

**Les écarts des coûts hospitaliers
sont-ils justifiables ?**

**Réflexions sur une convergence tarifaire
entre les secteurs public et privé en France**

Zeynep Or (Irdes)
Thomas Renaud (Irdes)
Laure Com-Ruelle (Irdes)

DT n° 25

Mai 2009



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 • Email: diffusion@irdes.fr

- Directrice de publication : Chantal Cases
- Conseiller scientifique : Thierry Debrand
- Secrétariat de rédaction : Anne Evans
- Maquettiste : Khadidja Ben Larbi
- Diffusion : Suzanne Chriqui, Sandrine Bequignon

Les jugements et opinions qui pourraient être exprimés dans ce document de travail n'engagent que leurs auteurs et non l'Irdes.

Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ?

Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France

Zeynep Or, Thomas Renaud, Laure Com-Ruelle

Résumé

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises.

La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Notre analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts.

Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

Mots-clés : tarification à l'activité, convergence tarifaire, coût hospitalier, France.

Code JEL : H3, H4, L8.

1. Introduction

La Tarification à l'activité (T2A) a été introduite en France en 2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés¹. Le principe de la T2A est de fonder le financement des établissements sur leur activité, celle-ci étant décrite par Groupe homogène de séjours (GHS). La règle de base est de lier un tarif à un GHS, mais la manière dont celui-ci est établi varie d'un système à l'autre. En France, les tarifs reflètent les coûts moyens des établissements par GHS et ils sont, pour l'instant, distincts dans les secteurs public et privé. Le tarif public est un prix global « tout compris » alors que celui du privé ne rémunère que la clinique et son *staff* infirmier, les honoraires des divers professionnels de santé et certains examens étant financés en sus du tarif T2A.

La Tarification à l'activité vise à réduire les différences de coût entre les établissements pour une même prestation/soin. L'hypothèse sous-jacente est que cette variabilité des coûts entre les hôpitaux est due à des niveaux d'efficacité différents dans le processus de production de soins et que les établissements ont ainsi une capacité à réduire leurs coûts marginaux en améliorant leur productivité.

Il existe néanmoins des différences de coûts inévitables qui peuvent être justifiées par une hétérogénéité incompressible entre les différents types d'établissements. La littérature sur les variations des coûts hospitaliers est abondante. Il est essentiel de comprendre les facteurs qui contribuent à ces différences de coûts entre établissements pour apporter des réponses appropriées et justes dans le financement. Car des politiques de paiement mal ajustées peuvent affecter négativement l'accès aux soins hospitaliers ou compromettre la qualité du service, voire conduire à des soins inutiles au détriment de la collectivité. Ceci semble être encore plus essentiel dans le contexte du système hospitalier français, qui se caractérise notamment par une forte présence du secteur privé à but lucratif.

Alors qu'un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés, a été affiché pour 2012 mais vient d'être repoussé à 2018, on peut s'interroger sur la pertinence économique de cette décision et les justifications d'une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé. L'objectif de ce travail est de contribuer au débat sur la convergence des tarifs hospitaliers publics/privés dans le contexte de la T2A en identifiant les sources de variations des coûts hospitaliers. Nous nous appuyons, d'un côté, sur la théorie économique et, de l'autre, sur une analyse des données d'activité hospitalière françaises.

Nous proposons tout d'abord quelques éléments théoriques de compréhension sur les motifs de variation des coûts hospitaliers en synthétisant les principaux enseignements de la littérature économique (section 2). Nous présentons ensuite (section 3) une analyse du marché hospitalier français à l'aune de la T2A, afin d'illustrer les points de convergence et de divergence entre les établissements publics et les établissements privés à but lucratif. Afin de comprendre les différences

¹ Voir Or et Renaud (2009) pour une présentation plus détaillée de la T2A.

de coûts de production qui persistent entre établissements publics et privés, nous nous intéressons à la nature de l'activité de court séjour, à sa répartition entre les deux secteurs, aux facteurs de production des établissements et aux caractéristiques cliniques des patients pris en charge.

2. Les facteurs qui déterminent les variations de coût entre établissements

La littérature sur les déterminants des variations des coûts hospitaliers est abondante. On peut regrouper les facteurs les plus étudiés pour expliquer ces variations de coût par GHS (unité de base de paiement) en cinq catégories :

1. les effets induits par la taille et la gamme d'activités des établissements (économies d'échelle et de gamme) ;
2. les différences de caractéristiques des patients (*case-mix*) ;
3. les facteurs exogènes qui ne sont pas contrôlables par les établissements (les prix, la structure du marché hospitalier local, etc.) ;
4. les facteurs de production qui sont propres aux établissements (*skill-mix*, plateau technique, grille de salaires...) ;
5. la qualité des soins.

Il est admis qu'une partie des différences de coût observées entre les établissements peut être justifiée puisque tous ces facteurs ne sont pas forcément contrôlables par les hôpitaux, notamment dans le secteur public (Keeler, 1990 ; Malcomson, 2007).

Il existe également d'autres sources d'hétérogénéité liées aux missions qui sont assignées à certains établissements, comme l'enseignement et la recherche, mais nous ne développerons pas cet aspect ici puisque ces missions sont généralement financées par des enveloppes séparées². Il est cependant bien démontré dans la littérature que la fonction d'enseignement dans les établissements n'a pas simplement un coût direct mais a également un impact indirect sur les coûts de prise en charge des patients. Par exemple, les tarifs des DRGs (*Diagnostic Related Groups*) aux États-Unis sont ajustés pour tenir compte des surcoûts des établissements participant aux missions d'enseignement et de recherche (Or et Renaud, 2009).

2.1. Les économies d'échelle et de gamme

Le coût marginal³ de production d'un séjour hospitalier peut varier en fonction de la taille de l'établissement ainsi que de la gamme des soins produits.

² En France, il s'agit notamment des enveloppes MIGAC (Missions d'Intérêt général et d'aide à la contractualisation) et MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) qui financent les hôpitaux en sus de la T2A.

³ Le coût marginal est le coût unitaire supplémentaire induit par une nouvelle unité produite.

Dans le cas d'une entreprise produisant un seul bien, on dit qu'il existe des économies d'échelle si les coûts moyens de long terme baissent à la suite d'une augmentation dans l'échelle de production. Si le coût moyen augmente avec le niveau de production, on parle alors, au contraire, de « déséconomies » d'échelle. Les hôpitaux, qui sont des entreprises produisant une multiplicité de biens et de services, sont étudiés avec de nouveaux concepts qui distinguent les économies d'échelle réalisées sur une gamme de prestations (*ray scale*) des économies spécifiquement reliées à une prestation donnée. L'importance des économies d'échelle varie d'une industrie à l'autre.

La diversification de l'activité sur des produits similaires (en termes de technologie mobilisée) ou sur des produits complémentaires peut également réduire les coûts moyens par séjour (économies de gamme). Au contraire, les déséconomies de gamme surviennent si la production conjointe de différents services augmente les coûts moyens. Par exemple, un établissement hospitalier peut bénéficier d'économies de gamme en diversifiant son spectre d'interventions chirurgicales (partage des plateaux techniques et du personnel spécialisé en chirurgie...) mais pas forcément en ajoutant un service de pédiatrie dans sa gamme d'activité.

Il existe de nombreuses études qui s'intéressent à la taille et/ou au volume d'activité idéal des hôpitaux et au calcul des éventuelles économies/déséconomies d'échelle qui en découlent. Même s'il n'y a pas de consensus sur la taille idéale pour un hôpital, il est parfaitement démontré que, toutes choses étant égales par ailleurs, les coûts des hôpitaux varient en fonction de leur taille et que les éventuelles économies d'échelles diffèrent selon le type d'établissement (Gaynor et Voght, 2000 ; Weaver et Deokalikar, 2003 ; Preyra et Pink, 2006). De plus, les économies d'échelle ne persistent pas de manière continue : le coût marginal suit plutôt une courbe en « U » en fonction du volume de production. Au-delà d'une certaine limite, l'augmentation de la production de l'établissement peut engendrer des problèmes de coordination et d'organisation qui auront pour conséquence d'augmenter les coûts (Rosko, 1996). Dans ce cas de figure, percevoir des tarifs correspondant aux coûts moyens risque d'être pénalisant pour ces établissements dont les coûts marginaux augmentent avec le volume de production.

Le système *Medicare* américain ajuste par exemple ses paiements en fonction de la taille des établissements, sachant que, dans un système de tarification à l'activité, les petits établissements ont plus de difficultés financières à « étaler » leurs coûts fixes de manière à fournir un large spectre des soins sur un faible nombre de séjours. C'est pourquoi, dans le système américain, certains petits établissements, sont en dehors du champ de la tarification à l'activité et payés en fonction de leurs coûts réels s'ils sont considérés comme essentiels pour l'accès aux soins d'une population, rurale par exemple.

Par ailleurs, les établissements spécialisés sur certaines interventions ont des coûts moyens plus faibles que des établissements qui sont obligés de faire face à une multitude de patients présentant des situations cliniques très variées (Guterman, 2006 ; Greenwald *et al.*, 2006). En France également,

il a été démontré que les établissements qui sont spécialisés dans une discipline médicale sont plus coût-efficaces (Kerleau *et al.*, 2005). Ceci est cohérent avec l'hypothèse qui veut que les établissements qui sont spécialisés dans un type de prise en charge acquièrent un certain savoir-faire (meilleure connaissance des pathologies, meilleure utilisation des ressources disponibles), ce qui se traduit par une réduction du coût par cas traité.

Cela étant, la diversification du spectre d'activité ne permet de réduire les coûts dans un établissement qu'à la condition qu'il existe une certaine synergie entre ces activités. Or, dans le contexte hospitalier français, l'étude de Kerleau *et al.* (2005) montre qu'il existe peu de synergies pour la production conjointe des différentes disciplines médicales. Une étude suisse récente conclut également que, toutes choses égales par ailleurs, le coût moyen d'un séjour augmente avec le nombre d'unités médicales dans un hôpital (Farsi et Filippini, 2008).

Aux États-Unis, il a été également démontré que la spécialisation dans certains types de prise en charge, notamment chirurgicales (chirurgie cardiaque, digestive et orthopédique), était plus profitable. Dans le contexte hospitalier américain, les établissements privés spécialisés qui se concentrent sur quelques activités bien ciblées en chirurgie programmée et en chirurgie ambulatoire (*specialty hospitals*) jouent un rôle important ; en effet, leurs coûts de production sont très « compétitifs » et ils sont donc financés à des tarifs bien inférieurs à ceux des hôpitaux classiques (Ellis et Vidal-Fernandez, 2007).

2.2. Les caractéristiques des patients (*case-mix*)

Le principe de base d'un système de T2A est de définir des « produits » hospitaliers homogènes en identifiant et en classant les différentes prestations fournies pour un même séjour/patient. Toutefois, retranscrire de manière fidèle et homogène la diversité des cas cliniques traités est extrêmement difficile. Aux États-Unis, l'analyse des données *Medicare* montre clairement que les coûts peuvent varier largement à l'intérieur d'un même groupe homogène de malades (GHM dans le cas français), reflétant ainsi les différences dans la gravité des cas traités. Les études américaines suggèrent que l'impact sur les coûts de la variation au niveau des patients d'un même GHM est loin d'être marginal : ces variations intra-GHM expliquent environ 50 % des variations de coûts entre établissements (Lynk, 2001) et il semble que ce soit les GHM les plus lourds qui présentent le plus de variations de coûts intra-GHM.

Théoriquement, les variations de coût d'un patient à l'autre dans un même GHM ne constituent pas un problème en soi en T2A où les prix sont justement censés refléter un coût moyen. En pratique, le problème se pose puisque les patients ne sont pas distribués de manière aléatoire entre les hôpitaux et que certains hôpitaux risquent de recevoir systématiquement des patients plus lourds et plus coûteux pour un même GHM (Pope, 1990). En l'absence d'une analyse minutieuse des pratiques médicales dans les différents établissements, payer un tarif unique pour des patients aux profils

cliniques très hétérogènes peut conduire à un financement peu équitable, en sur-finançant indûment certains établissements et en sous-finançant d'autres ; cela risque également d'influencer les choix thérapeutiques des hôpitaux.

L'ajustement des paiements afin de refléter équitablement et fidèlement l'hétérogénéité de sévérité des patients traités est donc une question qui se pose dans tous les systèmes de T2A. Les pays affinent de manière régulière leurs classifications (DRG, GHM...). Par exemple, *Medicare* aux États-Unis est passé de moins de 500 DRG dans les années 1990 à plus de 1 000 en 2007 pour prendre en compte non seulement les diagnostics principaux, mais également les diagnostics secondaires et d'autres marqueurs de gravité. Cela étant, chercher à réduire l'hétérogénéité du classement des patients en affinant de plus en plus les GHM et en multipliant ainsi le nombre de groupes et de tarifs correspondants présente des inconvénients bien débattus dans la littérature (Or et Renaud, 2009).

D'ailleurs, le type d'établissement et le mode d'hospitalisation sont utilisés aux États-Unis comme des marqueurs de la « gravité du cas » traité (Ellis et Vidal-Fernandez, 2007). Par exemple, des prix différents sont payés pour le traitement d'une fracture de la cheville selon que celui-ci est réalisé en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou dans un centre spécialisé en chirurgie ambulatoire (ce dernier étant payé quatre fois moins que l'hôpital de jour).

2.3. Les facteurs exogènes

Les hôpitaux publics fonctionnent dans un environnement contraint : ils ne sont pas en mesure de choisir leur lieu d'implantation, ni de contrôler leur « recrutement » de patients. De plus, ils ont peu de marge de manœuvre pour gérer leur taille ou leurs orientations stratégiques en termes de types d'activités à privilégier. Tout cela influence leurs coûts, indépendamment de l'efficacité à court terme de l'hôpital (de Pouvourville, 2006).

Dans la plupart des pays, des mesures de correction sont introduites pour tenir compte des facteurs exogènes jugés incontrôlables par les hôpitaux publics tels que le coût local du bâtiment ou les disparités de niveau de vie (qui influent sur les salaires d'embauche du personnel). Par exemple, au Royaume-Uni les tarifs nationaux sont ajustés pour chaque établissement par un indice calculé localement en fonction du niveau des salaires et du prix de l'immobilier (*Market forces factor*). En France, les tarifs sont surpondérés pour la région parisienne et les Dom-Tom, mais aucun autre ajustement n'est réalisé pour prendre en compte les spécificités régionales.

De la même manière, la structure du marché hospitalier dans lequel opère l'hôpital peut avoir un impact direct sur ses coûts. Le bassin de population couvert (densité, composition sociale), le nombre d'établissements concurrents dans la zone, etc. ont des répercussions sur les coûts de fonctionnement d'un établissement. La théorie économique suggère qu'en raison du fort niveau

d'assurance qui existe sur le marché des soins⁴, la concurrence entre hôpitaux se fait surtout en différenciant leurs biens et services fournis (*product differentiation*) : par exemple, en investissant dans des technologies avancées (course à la technologie médicale), ce qui conduit à une duplication des soins coûteux (Robinson et Luft, 1985). Aux États-Unis, il a été prouvé que dans les zones très concurrentielles les hôpitaux ont des coûts de 3 à 8 % plus élevés (Rosko et Broyles, 1988 ; Rosko, 1996).

En ce qui concerne la population prise en charge, il est avéré que la « précarité sociale » des patients est une source de surcoûts hospitaliers (Rosko, 1996). Ce facteur est pris en compte aux États-Unis en ajustant les paiements en fonction du niveau de précarité de la population prise en charge. En Australie et aux États-Unis, les paiements sont également modulés pour les hôpitaux isolés qui ne peuvent pas avoir une activité suffisamment importante et qui ont des surcoûts liés au transport des patients. Dans la province de Victoria (Australie), des allocations spécifiques sont négociées avec chaque établissement individuellement pour compenser ces facteurs exogènes.

Dans le contexte hospitalier français, il est important de noter que certains facteurs qui ne sont pas contrôlables par les établissements publics le sont pour les établissements privés. Ainsi la composition du personnel médical et le niveau de salaire, par exemple, engendrent des coûts fixes pour les établissements publics puisque que la direction n'est pas libre de ses décisions de recrutement. Malgré l'existence de conventions collectives et de normes d'activité, ces éléments sont plus faciles à ajuster dans le pilotage des cliniques privées.

De ce point de vue, l'ensemble des règles de gestion hospitalière, y compris les décisions concernant la productivité (*i.e.* le type et le volume de soins fournis), constituent des facteurs « plus contraignants » pour les hôpitaux publics. Ceci doit être pris en compte dans les comparaisons de coût et d'efficacité entre secteurs (Carey *et al.*, 2007).

2.4. Les facteurs de production propres aux établissements

Les principaux facteurs de production qui influencent les coûts de prise en charge sont le capital humain (personnel), le capital immobilier (bâtiments) et les équipements (niveau de technologie). Les salaires représentent la composante la plus importante des coûts hospitaliers (deux tiers des coûts d'un séjour en moyenne). La part consacrée au salaire peut varier de manière significative en fonction du niveau de salaire moyen du secteur (public/privé) mais aussi de la composition de la masse salariale (*skill-mix*) et du niveau de technologie adopté dans l'établissement.

La densité de personnel par lit serait déterminée directement par les soins fournis, mais également par les décisions concernant la qualité des soins. Par exemple, en général, les soins médicaux

⁴ L'existence d'assurances maladie obligatoires et complémentaires qui remboursent la majorité des dépenses hospitalières rend les patients très peu sensibles au niveau de prix.

nécessitent plus de soins infirmiers par séjour tandis que les soins chirurgicaux nécessitent des soins d'anesthésistes et d'infirmiers spécialisés mais moins de soins au lit du patient. Les différentes catégories de personnel ayant des niveaux de salaire différents, leur composition et leur niveau d'expérience affecteront directement le coût individuel d'un séjour (Rosko, 1996). De plus, les établissements qui ont une obligation de service continu (24/24h) ont également besoin de plus de personnel médical (et non médical) pour assurer la continuité des services des soins et anticiper les cas urgents.

Si la réduction de la masse salariale est évidemment considérée comme une source d'efficience, dans le contexte hospitalier il est difficile d'identifier les marges d'efficience existantes sans remettre en cause la qualité des soins fournis.

À activité équivalente, le niveau de qualification du personnel est parfois utilisé comme un indicateur indirect de la qualité et de la sécurité des soins. Par exemple, plusieurs études empiriques montrent que les effectifs en personnel infirmier sont corrélés positivement avec des bons résultats de soins (IOM, 2003 ; Needleman *et al.*, 2006).

2.5. La qualité des soins

Dans le domaine de la santé, les fournisseurs de soins (établissements et médecins) ont un pouvoir discrétionnaire dans le choix des traitements fournis aux patients. Il n'est donc pas facile pour le financeur ou le régulateur d'évaluer le contenu exact de chaque traitement, ni leur pertinence par rapport aux besoins et/ou leur qualité. La T2A, par sa nature, fournit une incitation directe à réduire le coût des séjours, mais le risque d'y parvenir au détriment de la qualité est réel. L'introduction de la T2A peut amener les établissements à réduire la qualité de leurs soins de plusieurs manières, qui ont été largement débattues dans la littérature : réduction illégitime des durées de séjour, sélection des cas les plus « rentables » voire multiplication de soins peu justifiés mais rémunérateurs (*cf.* Or et Renaud, 2009 pour un exposé synthétique).

Par ailleurs, la qualité des soins est corrélée avec la productivité hospitalière et les facteurs de production. Même s'il est difficile de quantifier les répercussions financières des différentes stratégies de qualité, on admet en général qu'améliorer la qualité des soins peut augmenter les coûts de façon substantielle (Romley et Goldman, 2008).

C'est une question importante dans le cadre d'un système de tarification à l'activité où le financeur est censé payer un même prix pour une même qualité de soins sans que cela pénalise les efforts réalisés pour améliorer la qualité. Or, en l'absence de visibilité et de contrôle de la qualité de soins, le régulateur est dans une situation critique car il n'est pas en mesure de différencier les comportements efficaces de réorganisation des pratiques des comportements illégitimes qui engendrent une dégradation de la qualité des soins.

Dans les pays où la T2A est en place depuis un certain temps, comme aux États-Unis et en Australie, on s'interroge sur la manière d'ajuster les prix afin de refléter au mieux les différences de qualité des soins fournis. Cela nécessite de développer des indicateurs spécifiques au traitement considéré et mesurés par patient. Néanmoins, on sait que la plupart des facteurs déterminant la qualité sont liés au processus de soin et qu'il est possible d'améliorer ce processus par des incitations financières *ad hoc*. Ainsi, aux États-Unis, *Medicare* et *Medicaid* encouragent la participation aux programmes d'amélioration de la qualité en réduisant les tarifs des DRG (de -0,4 %) des établissements qui ne produisent pas les indicateurs de qualité demandés. De plus, *Medicare* a annoncé récemment qu'il ne paierait plus pour les séjours imputables à la non-qualité des soins fournis tels que certains séjours pour des infections nosocomiales (AAWC, 2007).

De ce point de vue, la relative opacité des données en France et le manque d'indicateurs de qualité (taux de complications postopératoires, de mortalité à 30 jours, mesure d'effets iatrogènes...) robustes, actualisés et comparables entre les secteurs public et privé, est un frein à la régulation du système et limite les possibilités d'incitation à la qualité.

3. L'analyse du marché hospitalier français

Pour développer des politiques de paiement appropriées en France, il est important de comprendre l'ampleur de ces facteurs sous-jacents qui peuvent expliquer les différences de coûts hospitaliers publics et privés. En l'absence de données des coûts comparables entre les deux secteurs⁵, nous comparons, dans cette section, de manière globale, le contenu et la structure de l'activité hospitalière dans les établissements publics et privés⁶, en nous appuyant sur les données du PMSI-MCO qui décrivent l'activité hospitalière de court séjour de l'année 2006.

3.1. Effets de gamme et de taille

Le type de prestations offertes par les établissements de santé a des répercussions sur les coûts de production. Il est donc nécessaire d'examiner la gamme de services fournis par les établissements publics et privés, à la fois dans son contenu et dans sa diversité. Les études américaines montrent que certains types d'activité hospitalière sont plus profitables par nature que d'autres. Horwitz (2005) relève par exemple que les chirurgies orthopédiques et cardiovasculaires sont des procédures profitables tandis que les soins relatifs au VIH ou à la prise en charge médicale des patients alcooliques sont très peu rentables. Il a aussi été démontré qu'en général, dans les établissements prenant en charge des GHM relativement lourds, la complexité et les coûts des séjours sont plus hétérogènes.

⁵ Les données de l'Étude nationale de coût commune aux secteurs public et privé (ENCC) n'étaient pas encore disponible lorsque cette étude a débuté ; elles le sont depuis la fin de l'année 2008.

⁶ Nous désignons les établissements anciennement financés sous dotation globale sous le terme « secteur public » et les établissements privés à but lucratif sous le terme « secteur privé ». Cette appellation peut être abusive, notamment pour le secteur public dans lequel les établissements privés non lucratifs (PSPH) peuvent être assez différents des établissements publics en terme de taille et d'activité.

Dans ce contexte, nous cherchons à répondre ici aux questions suivantes :

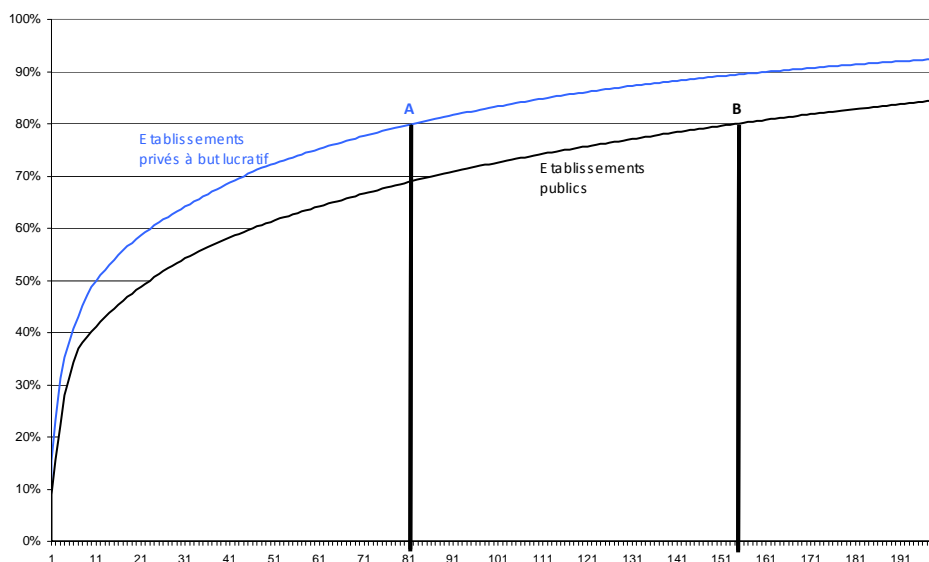
- Comment les profils des établissements publics et privés diffèrent-ils en termes de soins fournis (nature et diversité) ?
- Existe-t-il une différence réelle dans les pathologies prises en charge par les établissements privés qui pourrait avoir des répercussions sur les coûts ?
- Peut-on identifier des profils de taille et de gamme de soins qui peuvent expliquer les différences de coûts ?

3.1.1. Diversité de l'activité hospitalière mesurée par GHM

Le niveau de spécialisation de l'activité dans un secteur peut être appréhendé par des courbes de concentration (type courbes de Lorenz). Dans la Figure 1, ces courbes représentent le niveau de répartition de l'ensemble des séjours en fonction du nombre de GHM concernés dans le secteur public et le secteur privé. Plus l'aire délimitée sur le graphique est importante, plus l'activité est condensée dans un petit nombre de GHM. Précisons que, dans le graphique, les GHM sont classés par ordre croissant d'importance pour chaque secteur (en part des séjours réalisés) et que les GHM les plus fréquents ne sont pas forcément les mêmes dans les deux secteurs.

Ainsi, la Figure 1 démontre une plus forte concentration de l'activité dans le secteur privé que dans le secteur public où l'activité est plus diversifiée en termes de GHM : 80 % de l'activité des établissements privés à but lucratif est concentrée sur 82 GHM (point A), tandis que 80 % de l'activité des établissements publics est répartie sur 155 GHM (point B).

Figure 1 – Courbe de concentration de l'activité selon le nombre de GHM, par secteur



Source : PMSI-MCO 2006

Champ : activité totale en nombre de séjours et de séances

Guide de lecture : 80 % des séjours sont concentrés dans 82 GHM dans le secteur privé ex-OQN tandis qu'ils sont répartis sur 155 GHM dans le secteur public

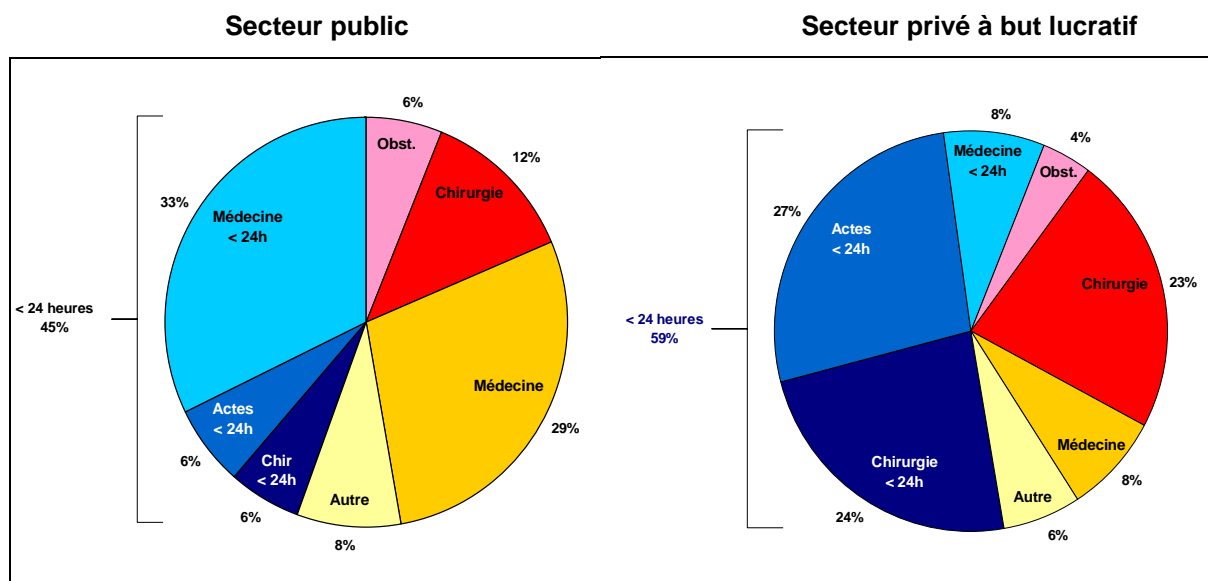
La Figure 2 détaille la répartition de la production des deux secteurs par grand type d'activité hospitalière (chirurgie, médecine, obstétrique, actes diagnostiques et exploratoires).

On constate, qu'au total, deux tiers de l'activité du secteur privé sont consacrés à la chirurgie ; si l'on comptabilise également les actes diagnostiques et d'exploration, cette part s'élève à trois quarts. À l'inverse, l'activité du secteur public est majoritairement médicale (62 % des séjours d'hospitalisation).

Les hospitalisations de moins de 24 heures représentent près de 60 % du nombre total de séjours réalisés dans les établissements privés, ce qui est nettement plus que la proportion observée dans le secteur public (45 %). Cette activité ambulatoire se concentre principalement sur :

- des actes exploratoires (27 %), en premier lieu les endoscopies digestives (17 % de l'activité totale) ;
- de la petite chirurgie (24 %), et notamment des interventions sur le cristallin (7 %) ou sur la peau (4 %).

Figure 2 – Répartition de l'activité de court séjour selon le type de prise en charge



Source : PMSI-MCO 2006

Champ : activité totale en nombre de séjours d'hospitalisation complète (hors séances de la CMD 28)

Le secteur public présente un profil différent. L'essentiel des séjours d'hospitalisation est composé de prises en charges médicales (29 %), ce qui représente 53 % des séjours de plus de 24 heures contre 22 % pour les interventions chirurgicales. Les actes exploratoires et de chirurgie ambulatoire ne représentent que 12 % de l'activité du secteur public. On relève, en particulier, un grand nombre de séjours de moins de 24 heures associés à des affections médicales très différentes : facteurs influant sur l'état de santé (18 %), tumeurs (3,6 %), appareil circulatoire (3,3 %), maladies endocriniennes (2,6 %), système nerveux (2,3 %), etc.

3.1.2. Comparaison des pathologies prises en charge

On peut se demander si au niveau des pathologies précises prises en charge en médecine et en chirurgie, il existe également des variations importantes entre établissements publics et privés. Nous comparons ci-dessous la part de chaque secteur dans la prise en charge de différentes pathologies.

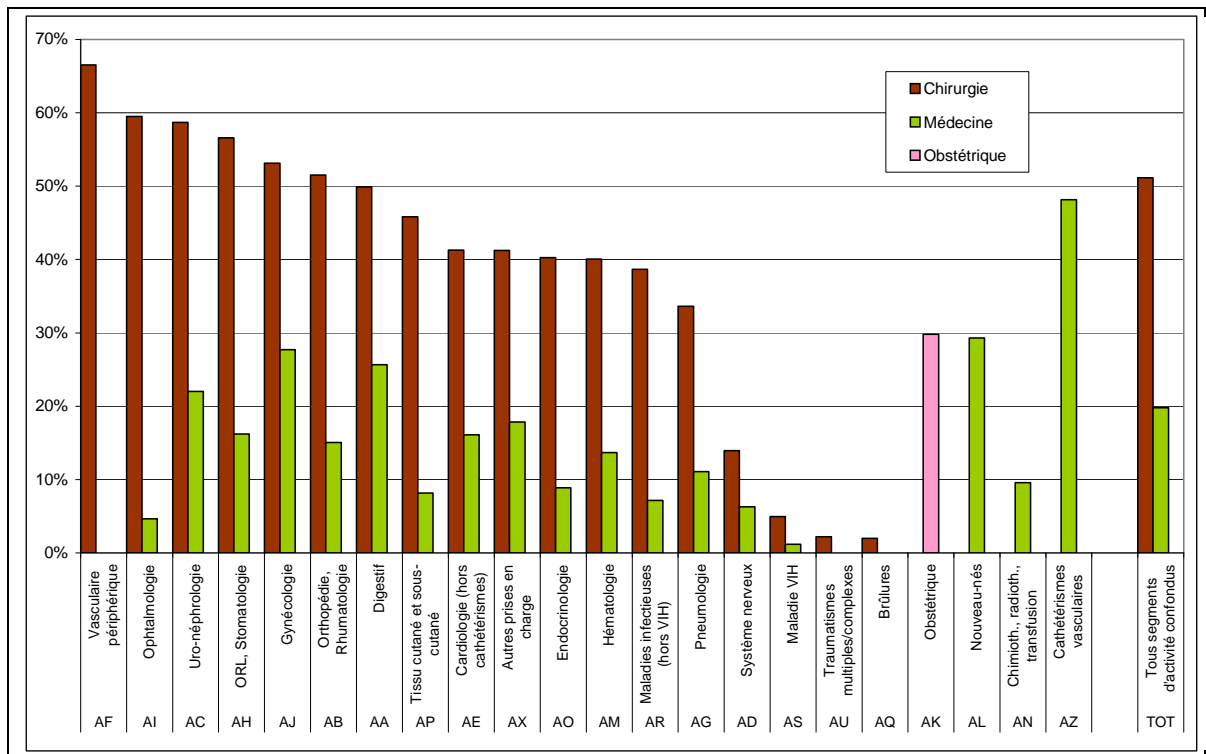
La Figure 3 dresse un panorama d'ensemble de l'activité de MCO en France en 2006 selon le segment d'activité médicale et de sa répartition entre secteur public et privé (en volume total de séjours d'hospitalisation complète de plus de 24h). Nous utilisons la typologie développée dans le cadre de l'OAP (Outil d'Analyse du PMSI) v5.2 qui permet de décomposer l'intégralité de l'activité de court séjour en 23 segments distincts.

Les segments d'activité sur lesquels le secteur privé est dominant en chirurgie sont les suivants : la chirurgie vasculaire périphérique (67 % des séjours en France sont réalisés dans les établissements privés à but lucratif), l'ophtalmologie (60 %), l'uro-néphrologie (59 %), l'ORL (57 %) et la gynécologie (53 %). Les séjours d'orthopédie-rhumatologie et de chirurgie digestive sont équi-répartis entre les secteurs privé et public.

D'autre part, certains types de prise en charge apparaissent entièrement dévolus au secteur public, à la fois en chirurgie (neurochirurgie, prise en charge des traumatismes lourds ou des brûlures) et en médecine (endocrinologie, maladies infectieuses, VIH, maladies du système nerveux...).

Comparativement à sa faible activité en médecine, le secteur privé se distingue par une activité médicale assez fréquente en gynécologie, obstétrique et prise en charge des nouveau-nés (autour de 30 % des séjours). Enfin, parmi les séjours pour des actes médico-techniques spécifiques, si le privé participe aux séjours pour cathétérisme vasculaire à hauteur de presque 50 %, sa participation est bien moindre en cas de chimiothérapie, radiothérapie ou transfusion (<10 %).

Figure 3 – La part du secteur privé à but lucratif dans l'activité hospitalière de court séjour, par segment d'activité



Source : PMSI-MCO 2006

Champ : séjours d'hospitalisation complète > 24h (hors CMD 24 et 28)

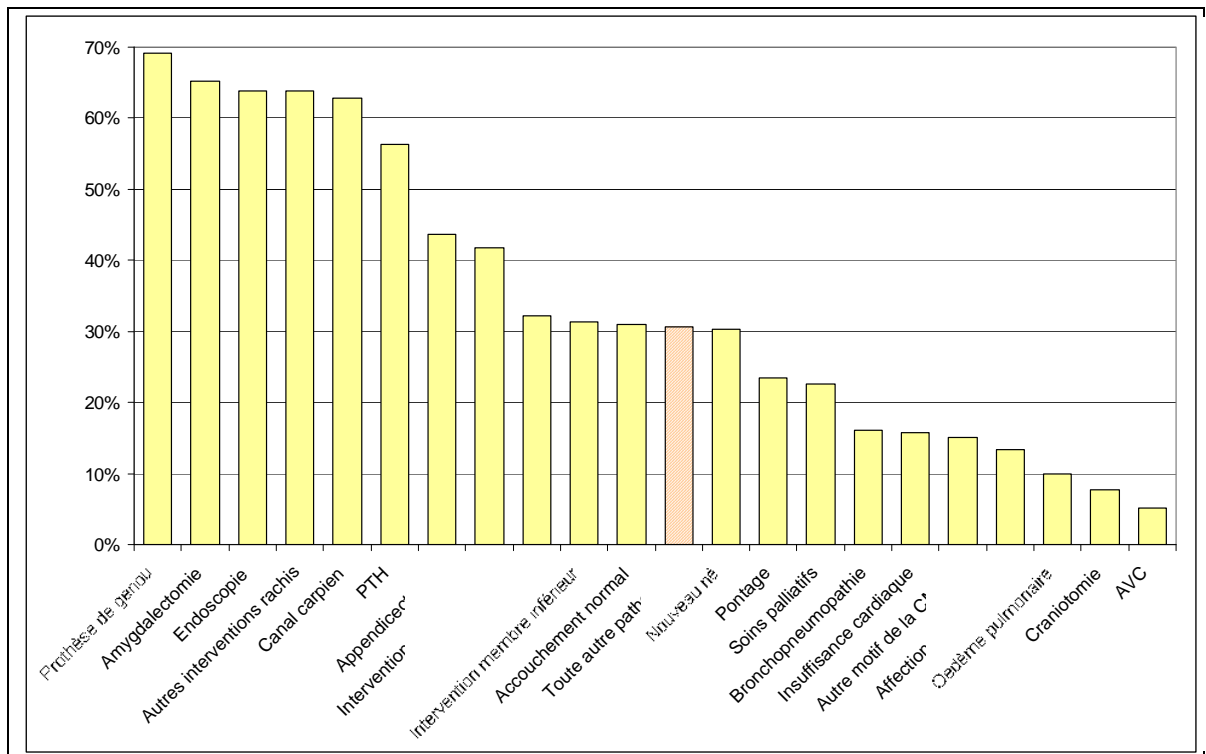
Guide de lecture : le secteur privé à but lucratif réalise 67 % des interventions vasculaires périphériques (segment d'activité AF), 22 % de l'activité médicale en uro-néphrologie (AC) et 30 % de l'activité d'obstétrique (AK)

En complément de la description globale par segment d'activité, nous avons également analysé l'activité dans les deux secteurs sur quelques GHM particuliers (cf. Figure 4) : nous avons ainsi sélectionné 39 GHM, qui correspondent à 23 interventions/pathologies distinctes. Le choix de ces GHM s'est effectué selon plusieurs critères (fréquence, complexité, niveau de tarif associé...) ; nous avons privilégié les GHM pour lesquels il existe des différences significatives de fréquence ou de tarif entre les secteurs public et privé (cf. Annexe pour la liste complète des GHM et les critères ayant présidé à notre choix).

Au total, les 39 GHM retenus représentent une part d'activité identique pour le secteur public et le secteur privé (25 % des séjours d'hospitalisation complète dans les deux cas).

Les prothèses du genou, les amygdalectomies et les endoscopies digestives sont les interventions pour lesquelles la part du secteur privé sur le marché hospitalier est la plus importante : respectivement 69 %, 65 % et 64 % de ces interventions se font dans le privé alors que la part moyenne du privé dans le marché hospitalier n'est que de 31 % pour toutes les autres pathologies. À l'autre extrémité du spectre, on retrouve les prises en charge médicales lourdes (comme l'AVC, l'œdème pulmonaire, l'insuffisance cardiaque) pour lesquelles le secteur public est très dominant : moins de 15 % de ces prises en charges sont réalisées dans le privé.

Figure 4 – La part du secteur privé à but lucratif dans la prise en charge des différentes pathologies analysées



Source : PMSI-MCO 2006

Champ : séjours d'hospitalisation complète >24h (hors CMD 24 et 28)

Guide de lecture : 69 % des séjours pour prothèse du genou et 62 % des endoscopies sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif.

3.1.3. Répartition des établissements par taille

Une autre façon d'appréhender le niveau de concentration de l'activité et les éventuelles économies d'échelle réalisables consiste à analyser la taille des différents établissements par secteur et par statut (cf. Tableau 1).

Tableau 1 – Distribution des tailles d'établissement en nombre de lits installés par secteur et par catégorie d'établissement

		Nombre d'étab.	< 30 lits	30-99 lits	100-199 lits	200-349 lits	350 lits
Privé lucratif	Etab. chirurgicaux	163	13 %	77 %	10 %		
	Etab. médicaux	36	39 %	44 %	17 %		
	Etab. Pluridisciplinaires	399	4 %	43 %	42 %	11 %	0 %
	Ensemble privé lucratif	598	9 %	52 %	32 %	7 %	0 %
Privé non lucratif	Etab. chirurgicaux	15	7 %	93 %			
	Etab. médicaux	32	50 %	38 %	13 %		
	Etab. Pluridisciplinaires	102	12 %	39 %	32 %	15 %	2 %
	Ensemble privé non lucratif	149	19 %	44 %	25 %	10 %	1 %
Public	CHR/U	166	8 % ⁷	17 %	7 %	11 %	57 %
	HL	254	94 %	6 %		0 %	
	CH	574	13 %	26 %	22 %	20 %	18 %
	Ensemble public	994	33 %	20 %	14 %	13 %	20 %
Tous secteurs confondus		1 741	23 %	33 %	21 %	11 %	12 %

Source : SAE 2006

On remarque en particulier que :

- 90 % des établissements chirurgicaux et 83 % des établissements médicaux à but lucratif ont moins de 100 lits ;
- 84 % des cliniques privées comptent entre 30 et 200 lits;
- aucun établissement médical et chirurgical à but lucratif ne compte plus de 200 lits, tandis que cette catégorie représente 38 % des centres hospitalier publics et 68 % des CHR/U⁷;
- 11 % des établissements pluridisciplinaires à but lucratif totalisent entre 200 et 350 lits, contre 15 % des établissements privés non-lucratifs et 20 % des CH ;
- 94 % des hôpitaux locaux (qui sont exclus de la T2A, jusqu'en 2009) et 13 % des CH publics comptent moins de 30 lits ;
- la part de très petits établissements (moins de 30 lits) est de 9 % dans le secteur privé lucratif contre 19 % dans le secteur privé non lucratif ;
- il existe une grande variation de tailles au sein des CH également : 18 % comptent plus de 350 lits et 13 % moins de 30 lits.

Il est clair que ces profils très diversifiés ont des répercussions sur les coûts fixes des établissements. À cet égard, on ne peut pas considérer le secteur public comme un ensemble homogène, compte tenu des profils très contrastés des hôpitaux publics en termes de taille et de type d'activité.

⁷ Le nombre d'établissements dans la catégorie CHR/U est artificiellement trop élevé (166) puisque dans la base PMSI 2006, tous les établissements rattachés à des grandes entités hospitalières métropolitaines (AP de Paris et de Marseille...) sont considéré comme une entité identique et bénéficient du même classement de catégorie en CHR/U.

3.2. Les caractéristiques cliniques des patients (*case-mix*)

Dans la littérature, plusieurs critères ont été identifiés comme responsables de la variabilité clinique et donc des variations de coûts *intra-GHM* : l'âge du patient, le diagnostic principal et secondaire du séjour, la gravité de la pathologie et la complexité de l'intervention associée (Scanlon, 2006 ; de Pourville *et al.*, 2009). Il faudrait pouvoir examiner ces critères au niveau des séjours de chaque établissement, GHM par GHM, pour établir s'il existe une différence de profil de patient par type d'établissement. Ceci nécessiterait une exploitation fine du PMSI en distinguant notamment les diagnostics associés, sachant qu'ils sont parfois mal renseignés.

En l'occurrence, nous proposons ici une analyse moins ambitieuse en nous focalisant sur la distribution dans les établissements publics et privés de deux critères pour lesquels nous disposons de données agrégées : l'âge et la gravité clinique du GHM.

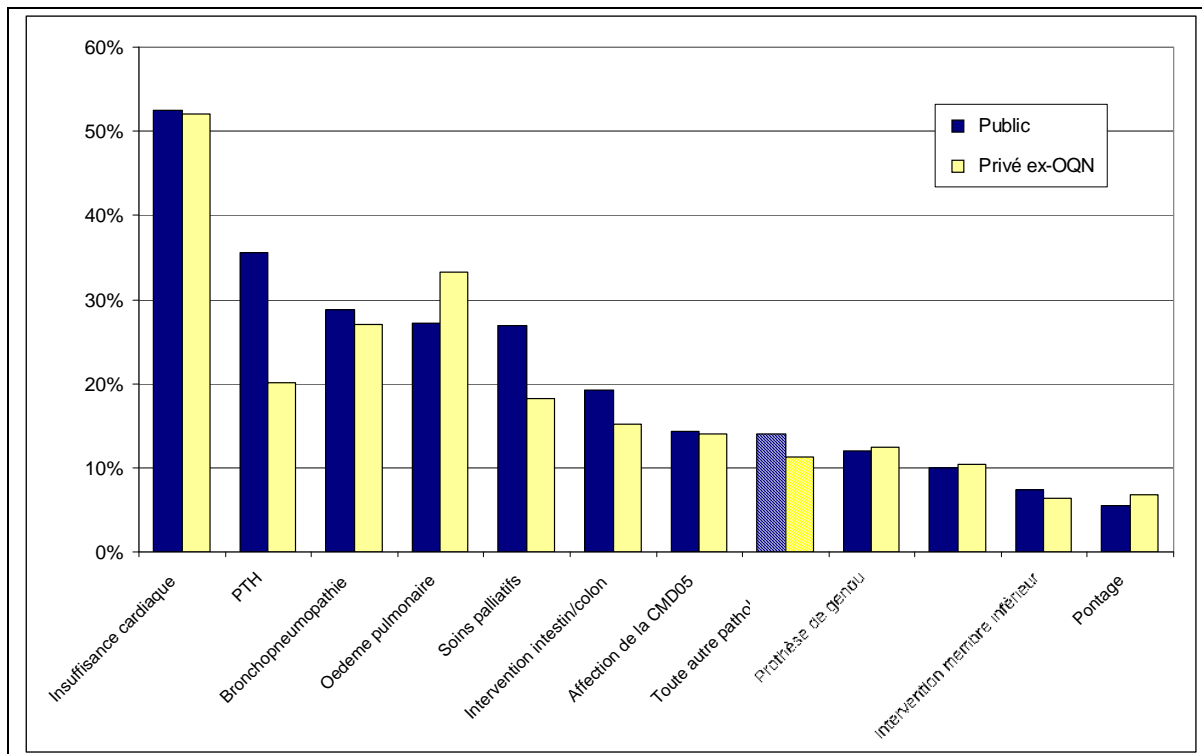
3.2.1. L'âge des patients

Nous comparons tout d'abord la proportion de patients âgés et très âgés (plus de 80 ans et plus de 90 ans) au sein d'un GHM ou groupe de GHM (*cf.* Figure 5 et 6).

La proportion de patients âgés (plus de 80 ans, voire plus de 90 ans) traités dans le secteur public est supérieure à celle rencontrée dans le secteur privé pour la plupart des pathologies. Toutes pathologies confondues, les patients qui ont 90 ans et plus représentent près de 3 % des séjours dans les établissements publics contre 1,5 % dans le privé. Si la PTH est majoritairement réalisée dans le privé (*cf.* Figure 4), les personnes très âgées sont plus largement opérées dans les établissements publics : le taux de patients de plus de 80 ans est de 36 % dans le secteur public contre 20 % dans le privé.

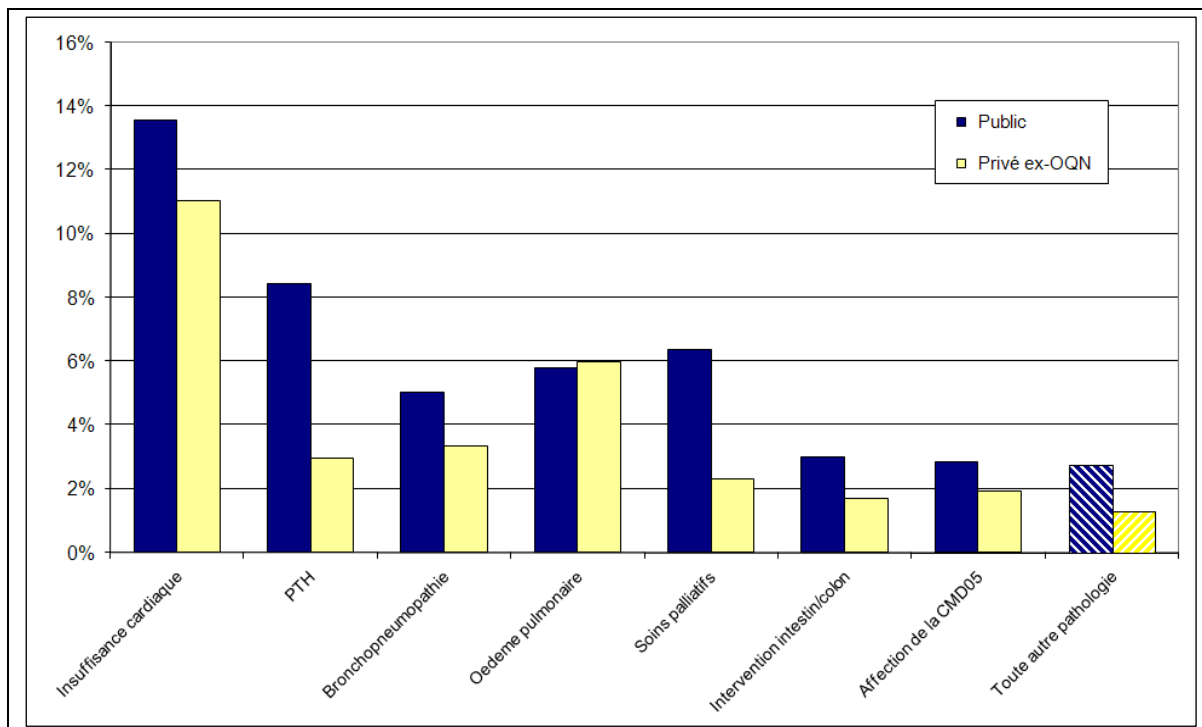
La sur-représentation des patients de plus de 80 ans et surtout de 90 ans dans le secteur public est sensible pour les soins palliatifs (6 % des patients ont plus de 90 ans contre 2 % dans le privé). Pour les interventions sur l'intestin et le côlon (dont 58 % des séjours sont réalisés dans le public), le taux de patients âgés est légèrement plus élevé dans le public que dans le privé (19 % contre 15 %). Concernant l'insuffisance cardiaque, la proportion de patients âgés de plus de 80 ans est très similaire dans les deux secteurs, mais la part des patients très âgés (plus de 90 ans) est légèrement plus élevée dans le secteur public. La prise en charge des œdèmes pulmonaires montre un taux de patients de 80 ans et plus supérieur dans le secteur privé (33 %) que dans le secteur public (27 %).

Figure 5 – Proportion de patients de plus de 80 ans dans l'activité des secteurs public et privé, selon la pathologie/intervention



Source : PMSI-MCO 2006.

Figure 6 – Proportion de patients de plus de 90 ans dans l'activité des secteurs public et privé, selon la pathologie/intervention



Source : PMSI-MCO 2006.

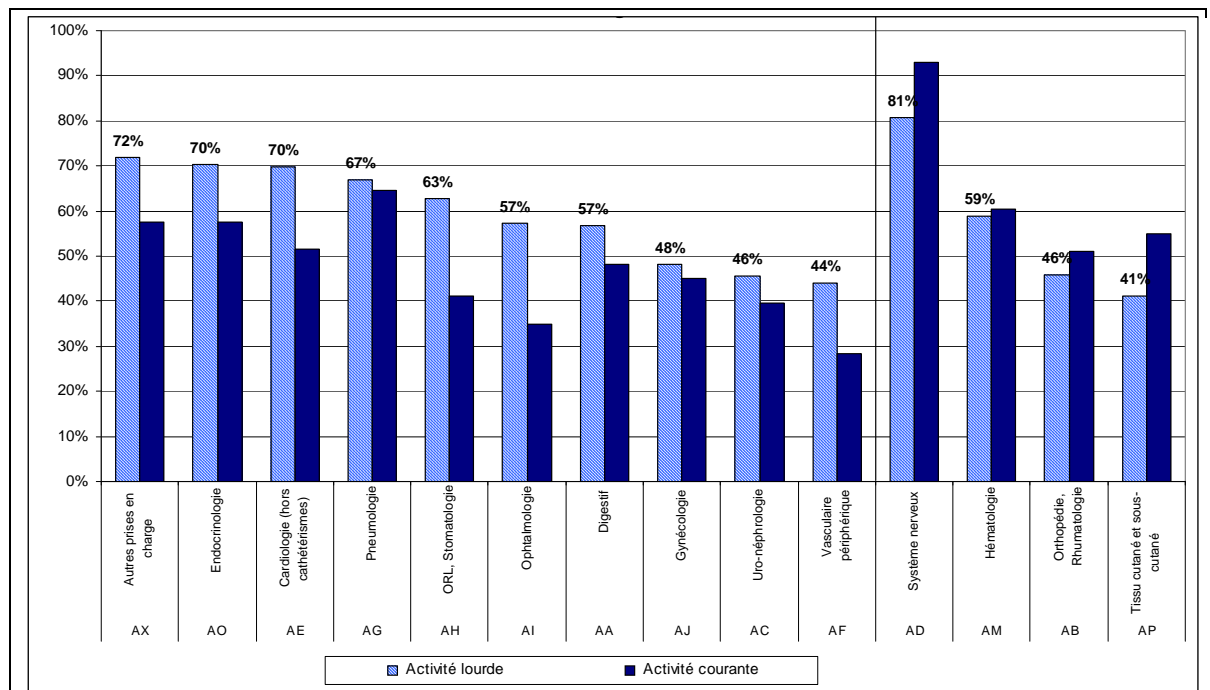
3.2.2. La lourdeur des séjours

Pour définir la gravité des prises en charge, nous nous sommes appuyés sur un indicateur de lourdeur mis au point dans le cadre de la classification OAP qui permet de considérer chaque GHM comme relevant d'une « activité lourde » ou bien d'une « activité courante »⁸.

La version 5.2 de l'OAP permet ainsi de distinguer 269 GHM lourds (43 % des GHM et 31 % de l'activité totale de MCO en 2006) et 357 GHM courants sur un total de 626 GHM (hors CMD 24 et 28).

Les Figures 7 et 8 présentent la part de marché du secteur public dans l'activité de chirurgie et de médecine lourde pour chacun des segments d'activité définis par l'OAP.

Figure 7 – Part du secteur public dans l'activité de chirurgie « lourde » (au sens de l'OAP) et courante



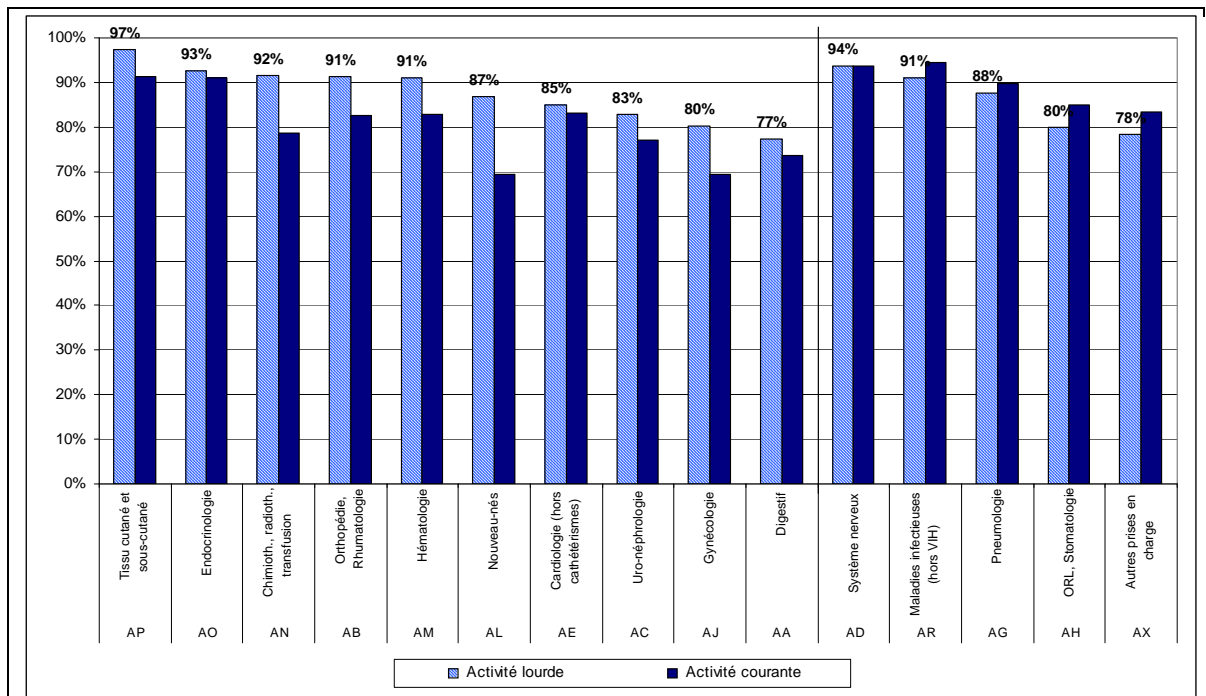
Guide de lecture : le secteur public réalise 70 % des interventions lourdes en endocrinologie (segment AO) contre 58 % des interventions courantes de ce segment d'activité.

Champ : séjours médicaux d'hospitalisation complète >24h (hors CMD 24 et 28).

Source : PMSI-MCO 2006.

⁸ Ce classement en GHM lourds et courants s'est appuyé sur l'analyse détaillée : des DP les plus fréquemment rencontrés dans chaque GHM, de l'âge des patients, de la nécessité de recourir, soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier et, enfin, de l'existence ou non de Complications ou morbidités associées sévères (CMAS).

Figure 8 – Part du secteur public dans l'activité de médecine « lourde » (au sens de l'OAP) et courante



Guide de lecture : le secteur public prend en charge 70 % des séjours de gynécologie « courante » et 80 % des séjours de gynécologie « lourde ».

Source : PMSI-MCO 2006.

Que ce soit en chirurgie ou en médecine, la part d'activité du secteur public est souvent plus élevée pour les prises en charge « lourdes » que pour les prises en charge plus courantes.

La différence est particulièrement importante en chirurgie (cardiaque, ORL et ophtalmologie). Par exemple, le secteur public concentre 70 % des chirurgies cardiaques lourdes alors qu'il ne prend en charge que 51 % de l'activité de chirurgie cardiaque courante.

La différence est moins sensible pour les chirurgies gynécologiques, uro-néphrologiques et vasculaire périphériques où le secteur privé prend une part légèrement plus importante de l'activité lourde même si le ratio des prises en charge lourdes/courantes dans le secteur public reste positif.

Au contraire, le secteur privé réalise plus d'interventions lourdes (barres de droite dans les figures) en chirurgie des tissus cutanés (59 % des interventions lourdes s'effectuent dans le privé contre 45 % des interventions courantes) et en orthopédie-rhumatologie.

En ce qui concerne les activités médicales, la plupart des séjours est réalisée en secteur public, le secteur privé ne réalisant que très peu de séjours qu'ils relèvent d'une activité lourde ou courante. Donc, les différences de proportions de séjours lourds et courants sont moins nettes, semblant refléter un moindre partitionnement de l'activité entre public et privé selon le niveau de lourdeur de la prise en charge, à l'exception des nouveau-nés (87 % des prises en charge lourdes de nouveau-nés sont

réalisées dans le public contre 69 % des prises en charge courantes) et, à un degré moindre, de la gynécologie.

3.2.3. Analyse d'hétérogénéité intra-GHM

On peut se demander si, parmi les séjours relevant de mêmes GHM (pour les GHM lourds en particulier), il ne subsiste pas une part d'hétérogénéité que l'on pourrait appréhender par le diagnostic principal (DP) notamment.

En partant des situations pour lesquelles il existe une différence importante de part de marché entre les secteurs public et privé (*cf.* section précédente), nous examinons ici l'hétérogénéité intra-GHM des diagnostics principaux rencontrés, à partir de quelques exemples. Rappelons, au préalable, que cette comparaison peut être entachée par des effets de codage car tous les établissements ne codent sûrement pas les DP de la même manière.

Le Tableau 2 présente la répartition des séjours par diagnostics principaux des patients pour trois GHM sélectionnés. Nous avons retenu un GHM chirurgical lourd, un GHM chirurgical courant et un GHM médical courant pour avoir une variété de cas de figure.

Premièrement, parmi les segments d'activité médicaux, le GHM médical courant 06M03V (gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA) représente 85 304 séjours, dont 38 % dans les établissements privés lucratifs. Toutefois on remarque deux DP beaucoup plus fréquents dans le secteur privé : K57 (diverticulose de l'intestin) et K29 (gastrite et duodénite) qui correspondent plutôt aux cas les moins graves de ce GHM. Dans le secteur public, ce sont les DP A09 (diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infection) et R10 (douleur abdominale et pelvienne) qui sont beaucoup plus fréquents (respectivement 71 et 84 % des séjours du GHM 06M03V assortis de ces diagnostics principaux sont pris en charge en public).

Deuxièmement, nous analysons le GHM 03C07V (interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA) qui fait partie de l'activité courante en ORL-Stomatologie. Sur 19 698 séjours réalisés en 2005, deux tiers ont été réalisés dans les établissements privés. Toutefois, on constate là encore certaines différences de fréquence des DP entre le secteur public et le secteur privé. En particulier, 70 % des tumeurs malignes et 54 % des tumeurs bénignes ont été prises en charge en public. Les trois DP les plus fréquents (J32, J33, J34) concentrent 88 % de l'activité des établissements privés dans ce GHM – J32 (sinusite chronique) en rassemblant 58 % à lui seul – contre 64 % de l'activité dans les établissements publics.

Le troisième GHM chirurgical retenu est 01C01S (interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS) qui génère 1 286 séjours, dont 86 % en secteur public. En effet, 13 % du total des séjours dans ce GHM, considéré comme lourd, sont pris en charge en secteur privé, mais avec une forte concentration des séjours sur un seul DP : I65 (sténose des artères précérébrales

n'entraînant pas un infarctus cérébral). Or, ce DP apparaît moins lourd que les nombreuses tumeurs et autres affections du cerveau et de la moelle épinière ainsi que les paraplégies et hémiparaplégies qui forment la majorité des DP de ce GHM dans le secteur public et privé non lucratif.

Tableau 2 - Exemples d'hétérogénéité intra-GHM appréhendée par le DP

DP sur 3 caractères	Libellé DP sur 3 caractères	Total	Public et privé non lucratif		Privé lucratif			
		Nb séjours	Nb séjours	% colonne	% ligne	Nb séjours	% colonne	% ligne
GHM Chirurgical lourd 01C01S Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS								
G95	Aff. De la moelle ép., NCA	84	80	7,2 %	95,2 %	4	2,3 %	4,8 %
S14	Les. Trauma. Des nerfs et de la moelle ép. Niv. Cou	86	85	7,7 %	98,8 %	1	0,6 %	1,2 %
G82	Paraplégie et tétraplégie	93	90	8,1 %	96,8 %	3	1,7 %	3,2 %
I65	Stenose des art. précéréb., n'entraînant pas un infarctus céréb.	347	246	22,2 %	70,9 %	101	57,1 %	29,1 %
Autres	94 Autres DP	676	608	54,8 %	86,2 %	68	38,4 %	13,8 %
<i>Ensemble GHM 01C01S</i>		1286	1109	100,0 %	86,2 %	177	100,0 %	13,8 %
GHM Chirurgical courant 03C07V: Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, 18 à 69 ans sans CMA								
J34	Mal. Du nez et des sinus du nez, NCA	2 302	722	11,9 %	31,4 %	1 579	11,6 %	68,6 %
J33	Polype nasal	3 932	1 441	23,7 %	36,6 %	2 491	18,3 %	63,4 %
J32	Sinusite chron.	10 357	2 432	40,0 %	23,5 %	7 925	58,2 %	76,5 %
J01	Sinusite aiguë	626	255	4,2 %	40,7 %	371	2,7 %	59,3 %
H71	Cholesteatome de l'oreille moy.	159	99	1,6 %	62,3 %	60	0,4 %	37,7 %
D14	T.b. de l'oreille moy. et de l'oreille moy. et de l'app. Resp.	306	165	2,7 %	54,2 %	140	1,0 %	45,8 %
C31	T.m. des sinus de la face	231	150	2,5 %	69,7 %	70	0,5 %	30,3 %
Autres	Autres DP	1 785	809	13,3 %	45,7 %	970	7,1 %	54,3 %
<i>Ensemble GHM 03C07V</i>		19 698	6 073	100,0 %	30,9 %	13 606	100,0 %	69,1 %
GHM Médical courant 06M03V Gastroentérites et mal. diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA								
R10	Douleur abdo. et pelvienne	26 382	18 773	35,90 %	71,4 %	7 540	23,1 %	28,6 %
K57	Diverticulose de l'intestin	18 298	8 253	15,80 %	45,2 %	10 028	30,7 %	54,8 %
K29	Gastrite et duodénite	5 558	2 336	4,50 %	42,2 %	3 215	9,8 %	57,8 %
A09	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infect.	4 522	3 804	7,30 %	84,2 %	714	2,2 %	15,8 %
Autres	Autres DP	35 066	22 942	43,90 %	66,1 %	11 871	36,4 %	33,9 %
<i>Ensemble GHM 06M03V</i>		85 304	52 304	100,00 %	61,7 %	32 654	100,0 %	38,3 %

Guide de lecture : le secteur privé concentre 57 % de son activité relative au GHM 10C01S sur le seul DP I65, alors que ce DP représente 22 % des cas traités dans ce GHM dans les établissements publics.

Source : PMSI-MCO 2006.

Ces quelques exemples montrent que l'hétérogénéité clinique intra-GHM peut être non-négligeable. Ici nous n'avons pas l'ambition de démontrer que cette hétérogénéité influe systématiquement au détriment du secteur public. Mais il serait important de mener une analyse plus systématique, notamment sur des GHM concentrant une forte activité, pour ne pas pénaliser les établissements qui prennent en charge plus souvent les patients les plus lourds.

3.3. Facteurs de production endogènes et exogènes

Nous comparons ci-dessous la composition des personnels dans les établissements publics et privés en exploitant la base de données SAE 2006 (Statistique annuelle des établissements de santé). Les données disponibles ne permettent pas de comparer les effectifs de médecins entre les deux secteurs, en raison des différences d'organisation et du manque de données sur les équivalents temps-plein (ETP) des médecins non salariés du secteur privé. La comparaison porte donc sur les autres catégories de personnel.

Tableau 3 – Le nombre de personnel selon la catégorie d'établissement (en ETP pour 1 000 lits installés)

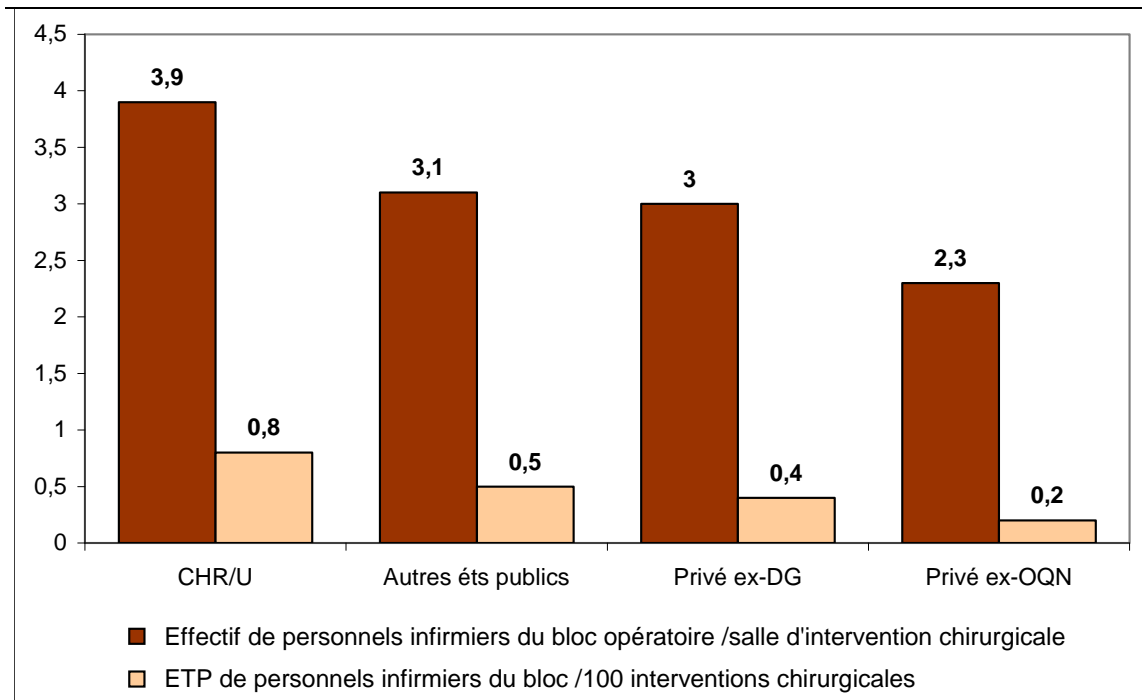
	<i>Encadrement</i>	<i>Infirmiers spécialisés</i>	<i>Infirmiers non spécialisés</i>	<i>Aides-soignants</i>	<i>Personnels techniques et ouvriers</i>	<i>Personnels administratifs</i>
Cliniques chirurgicales	38,4	49,0	450,6	292,2	41,7	91,3
Cliniques pluridisciplinaires	38,1	37,6	464,4	360,6	8,2	10,0
Privé - toutes catégories	37,8	38,9	456,4	345,9	15,6	26,1
CH	33,7	42,0	467,2	478,1	3,5	81,0
CHR/U	54,2	86,9	699,8	584,7	7,6	110,2
Public - toutes catégories	41,6	57,8	552,7	515,9	6,0	91,6

Source : SAE 2006

Les effectifs sont plus élevés dans le secteur public pour toutes les catégories de personnel, sauf pour le personnel médico-technique (Tableau 3). Le nombre d'infirmiers non-spécialisés dans les CHR/U est 60 % plus élevé que dans les cliniques chirurgicales, tandis que le nombre d'infirmiers spécialisés y est deux fois plus élevé. Cet écart diminue lorsqu'on compare toutes les catégories d'établissements publics mais demeure significatif : le nombre d'infirmiers spécialisés dans les établissements publics est 50 % supérieur à celui du privé et le nombre d'infirmiers non spécialisés est de 20 % supérieur.

La comparaison a également porté sur les effectifs soignants pour les activités chirurgicales selon les différentes catégories d'établissements. La Figure 9 présente le nombre de personnels infirmiers du bloc opératoire par intervention et par salle d'opération. On constate qu'il y a presque deux fois plus d'infirmiers par intervention en CHR/U que dans le secteur privé à but lucratif (Drees, 2008).

Figure 9 – Densité de personnel par salle et par intervention selon la catégorie d'établissement



Source : *Panorama des établissements de santé 2006 (Drees, 2008)*

En raison des différences dans le mode de facturation entre les établissements publics et privés, on ne peut pas comparer directement les différences de coût de personnel pour des GHM spécifiques. Néanmoins, on sait que les charges sociales sont plus élevées dans le secteur public. Les coûts salariaux y sont également supérieurs : le secteur public offre, à profil de personnel équivalent, des salaires horaires en moyenne 12 % plus élevés que le secteur privé (Collet, 2005).

On peut supposer que ces disparités en termes de personnel médical sont directement liées aux différences de type d'activité et de profils de patients pris en charge entre les deux secteurs : l'activité est plus médicale et plus urgente en public alors qu'elle est plutôt chirurgicale et programmée dans le privé (cf. Section 3.1).

Il n'existe malheureusement pas de données pertinentes et comparables permettant de mesurer les répercussions que peuvent avoir ces différences d'effectifs et de composition du personnel médical sur la qualité des soins fournis : cela permettrait d'estimer les marges d'efficience existantes sans remettre en cause la qualité.

4. Conclusion

Comment la littérature économique sur la variation des coûts hospitaliers et l'analyse du marché présentée dans ce rapport peuvent-elles aider au débat actuel sur la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés ?

Tout d'abord, dans tous les pays où la T2A a été introduite, déterminer un niveau de prix (ou un tarif) optimal correspondant aux différentes activités hospitalières mesurées par groupes homogènes de prestations (les GHS) constitue un véritable défi. Le mode de calcul de ces tarifs varie d'un pays à l'autre. Le choix affiché actuellement en France est de payer un tarif unique, basé sur les coûts moyens observés, et commun à tous les types d'établissements publics et privés. Pourtant, la revue de la littérature menée et les expériences étrangères nous montrent que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte les facteurs de production qui ne sont pas contrôlables par les établissements mais qui impactent néanmoins directement les coûts. Par ailleurs, la littérature économique a identifié la taille de l'établissement et sa gamme d'activité, les différences dans les caractéristiques des patients pris en charge et la qualité des soins comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements, à prise en charge équivalente et au-delà des probables différences d'efficacité entre établissements.

Notons également que le modèle *Medicare* américain, en place depuis 25 ans, n'a pas réussi à diminuer les écarts de coût existant entre établissements. D'ailleurs, *Medicare* modifie ses paiements en fonction des types d'établissement et des priorités d'accès aux soins, ce qui n'est pas la philosophie adoptée en France.

De plus, pour obtenir les bénéfices attendus d'une tarification à l'activité, il est important de définir le périmètre des activités et des dépenses couvertes par le paiement de manière cohérente et transparente pour tous les établissements. Le prix/tarif doit couvrir tous les coûts liés aux séjours de manière à inciter les établissements à fournir des soins de manière plus efficace, à condition que les coûts portent sur le même périmètre de dépenses pour tous les types d'établissement. À cet égard, le fait que le coût de certains examens ainsi que les honoraires des médecins soient exclus des tarifs T2A du secteur privé et remboursés à part constitue une incohérence majeure ; cela risque d'inciter les établissements privés à externaliser au maximum certains soins. Cette hétérogénéité dans le mode de financement des différentes prestations d'un même séjour (examens, explorations, analyses biologiques...) a des effets pervers bien démontrés dans la littérature. Dans un contexte de convergence des tarifs publics et privés, il ne s'agit pas là d'un problème technique secondaire mais d'un problème qui remet fondamentalement en cause les incitations inhérentes à une T2A en introduisant un mode de tarification commun sur deux périmètres d'application distincts.

Il est également important de rappeler que, dans le contexte de soins français, la régulation des prix/tarifs n'est que partielle puisque les dépassements d'honoraires dans le secteur privé s'ajoutent aux prix administrés. Cibler une convergence portant uniquement sur une part du prix facturé par les

établissements privés, avec un prix global pour les établissements publics n'a pas de pertinence économique. De plus, la part non-régulée du prix (les dépassements d'honoraires) représente une barrière à l'accès aux soins pour les plus bas revenus.

Par ailleurs, l'analyse de l'activité hospitalière présentée dans ce document montre qu'il existe une forte partition des soins (au niveau des GHM ou des segments d'activité) entre les secteurs public et privé. Des stratégies de spécialisation par secteur et par type d'établissement sont donc avérées. Le positionnement du secteur privé est plus axé sur des activités programmées, majoritairement chirurgicales, et correspondant à des prises en charge potentiellement plus homogènes et moins lourdes. L'activité médicale est essentiellement l'apanage du secteur public, en particulier pour quelques segments d'activité plus lourds et hétérogènes par nature, pour lesquels le public réalise plus de 90 % de l'activité médicale (hématologie, neurologie, endocrinologie, pneumologie). Il est important de garder ce constat à l'esprit lorsque l'on compare les coûts et les tarifs spécifiques entre les deux secteurs.

Les établissements privés jouent un rôle significatif dans l'offre des soins hospitaliers en France. Il est toutefois important d'appréhender les limites de leur vocation. Les mécanismes tarifaires introduits ne doivent pas compromettre la capacité du système à fournir des soins complexes, ni mettre en danger l'équité d'accès aux soins en fragilisant les établissements publics.

Parallèlement, les profils des établissements publics et privés varient largement en termes de taille et de concentration d'activité : les établissements privés lucratifs sont typiquement des cliniques de taille moyenne (la moitié des cliniques comptent entre 30 et 100 lits et un tiers entre 100 et 200 lits) alors que le secteur public compte à la fois beaucoup de très petits et de très grands établissements (un tiers des hôpitaux dispose de moins de 30 lits et 20 % en comptent plus de 350). À cet égard, on ne peut pas considérer le secteur public comme un ensemble homogène.

Payer des prix différents pour un même service hospitalier selon qu'il soit réalisé dans un établissement public ou privé n'a pas de légitimité économique *a priori*. Toutefois, la littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent contribuer à produire des différences de coûts, à niveau d'efficacité égal. Ces facteurs étant souvent intimement liés à l'établissement lui-même, il existe différents profils d'établissements avec autant de profils de coût associés. Ces différences sont néanmoins imputables à la taille de l'établissement, à sa zone d'implantation, à la diversité de sa gamme d'activité, aux hétérogénéités des cas pris en charge, à la qualité des soins qui y sont prodigués et à un ensemble de contraintes exogènes plutôt qu'à son appartenance au secteur public ou privé *stricto sensu*.

C'est pourquoi il importe de sortir de cette impasse où l'on oppose systématiquement secteur public et privé afin d'examiner les spécificités économiques et médicales de chaque type d'établissement et, ainsi, mieux cibler le financement approprié pour des soins de bonne qualité et accessibles à tous.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Stéphane Finkel (ARH Paca) pour sa contribution à l'extraction des données pertinentes du PMSI, ainsi que Michel Grignon (McMaster University), Jean-Claude Moisdon (ENSMP) et Chantal Cases (Irdes) pour leurs commentaires constructifs et Anne Evans pour sa relecture attentive.

Cette étude a partiellement bénéficié d'un financement de la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Bibliographie

AAWC (2007), "Changes to Medicare Hospital Payment 2007-2008", Association for the Advancement of Wound Care, on line, <http://www.aawonline.org/medicare-payment.shtml>

Carey K., Burgess J.F., Young G.J. (2007), "Specialization and Physician-Ownership in the US Hospital Industry: beyond the Moratorium", *Health Economics, Policy and Law*, 2: 409-418.

Collet M. (2005), "Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés entre 1999 et 2002", *Études et Résultats* n° 377, Drees.

Delattre E., Dormont B., McClellan M. and Milcent C. (2001), "Systèmes de tarification et évolutions de la variabilité des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis". *Document de travail Drees*, 2001.

Drees (2008), "Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006", Collection Études et Statistiques, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris.

EHM (2007), Executive Healthcare Management, MS-DRGs, "What is at Stake for Hospitals and Physicians?" <http://www.executivehm.com/currentissue/article.asp>

Ellis R.P., Vidal-Fernandez M. (2007), "Activity-Based Payments and Reforms of the English Hospital Payment System", *Health Economics, Policy and Law*, 2: 435-444.

Farrar S., Sussex J., Yi D., Sutton M. *et al.* (2007), "National Evaluation of Payment by Results", *Health Economics Research Unit*, Report to the Department of Health, November 2007.

Farsi M., Filippini M. (2008), "Effects of Ownership, Subsidization and Teaching Activities on Hospital Costs in Switzerland", *Health Economics*, 17: 335-350.

Gaynor M. et Vogt W. (2000), "Anti-Trust and Competition in Health Care Markets", dans *Handbook of Health Economics*, chapter 27, Elsevier, Amsterdam, pp. 1405-87.

Greenwald L., Cromwell J., Adamache W., Bernard S., Drozd E., Root E. and Devers K. (2006), "Specialty Versus Community Hospitals: Referrals, Quality, and Community Benefits", *Health Affairs*, Volume 25 (1), 106-118.

Guterman S. (2006), "Specialty Hospitals: A Problem or a Symptom?" , *Health Affairs*, Volume 25 (1): 95-105.

Horwitz J. (2005), "Making profits and providing care: Comparing Non-profit, for Profit and Government Hospitals", *Health Affairs*, vol. 24(3): 790-801.

IOM (2003), Institute of Medicine, "Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses", Washington, National Academies Press, 2003.

Keeler E.B. (1990), "What Proportion of Hospital Cost Differences is Justifiable?", *Journal of Health Economics*, 9: 359-365.

Kerleau M., Or Z. et Le Vaillant M. (2005), "Caractéristiques régionales et structures de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux", in *Dossiers solidarité et santé*, no.2, pp. 35-47. La Documentation Française.

Lynk W.J. (2001), "One DRG, One Price? The Effect of Patient Condition on Price Variation within DRGS and across Hospitals", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 1(2), pp. 111-137.

Malcomson J.M. (2007); "Hospital Cost Differences and Payment by Results". *Health Economics, Policy and Law*, 2: 429-433, Cambridge University Press.

Needleman J., Buerhaus P.I., Stewart M., Zelevinsky K. and Mattke S. (2006), "Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality?", *Health Affairs*, vol.25 (1): 204-211.

Or Z. et Renaud T. (2009), "Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères", *Document de travail IRDES*, n° 21, 22 pages.

Pope G. (1990), "Using Hospital-Specific Costs to Improve the Fairness of Prospective Reimbursement", *Journal of Health Economics*, 9 (3): 237-51.

de Pouvourville G. (2006), "Les conditions d'une concurrence loyale entre le secteur public et privé", *Revue Hospitalière de France*, no.508, pp. 12-15.

de Pouvourville G., Ulmann P., Barnay T., Or Z., Renaud T., Le Vaillant M., Milcent C., Lorand S., Baillet S. et Gerolimou O. (2009) « Exploitation seconde de la base de l'étude nationale de coût (ENC) », *Dossier Solidarité et Santé*, n°9.

Preyra C. et Pink G. (2006), "Scale and Scope Efficiencies through Hospital Consolidations", *Journal of Health Economics*, volume 25(6), pp. 1049-68.

Robinson J. et Luft H. (1985), "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay and Cost of Care", *Journal of Health Economics*, 4(4) : 333-56.

Romley, J., Goldman, D. (2008), "How Costly is Hospital Quality? A Revealed-Preference Approach", NBER Working Papers, 13730.

Rosko M. (1996), "Understanding Variations in Hospital Costs: an Economics Perspective", *Annals of Operations Research*, 67: 1-21.

Rosko M, Broyles R. (1988), *The Economics of Healthcare: A Reference Handbook*, Greenwood Press, Westport, 1988.

Scanlon W.J. (2006), "The Future of Medicare hospital payment : Modest proposals in light of Medicare's challenges", *Health Affairs*, vol. 25 (1): 70-80.

Smith P., Preker A., Light D., Richard S. (2005), "Role of Markets and Competition in Purchasing to Improve Health Systems Performance", J. Figueras, R. Robinson et E. Jakubowski (eds), Chapter 5, pp.102-121.

Street A., Maynard A. (2007), "Activity Based Financing in England: the Need for Continual Refinement of Payment by Results", *Health Economics, Policy and Law*, 2: 419-427.

Street A., Vitikainen K., Bjorvatn A., Hvenegaard A. (2007), "Introducing Activity-Based Financing: a Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden", *CHE Research Paper 30*, Centre for Health Economics, University of York.

Weaver M., Deolalikar A. (2003), "Economies of Scale and Scope in Vietnamese Hospitals", *Social Science and Medicine*, vol. 59 (1), pp. 199-208.

Ys S. (1978), "Variation of Hospital Costs and Product Heterogeneity", *Korean Journal. Prev Med.* 11(1): 123-127.

Annexe

Sélection des pathologies

L'analyse a porté sur une sélection de 39 GHM qui peuvent être regroupés en 23 pathologies ou interventions distinctes. La sélection a été effectuée, en considérant les critères suivants :

- la fréquence des GHM ;
- le type de prise en charge concernée (médicale vs. chirurgicale) ;
- le niveau de complexité du GHM ;
- le niveau du tarif associé, en particulier les GHM dont les tarifs sont très élevés et/ou dont les tarifs diffèrent de manière importante entre secteur public et secteur privé ;
- en essayant d'inclure systématiquement les deux GHM « frères » (c'est-à-dire les GHM se terminant en V et en W).

Pathologie	GHMv10	Libellé
Craniotomie	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA
	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA
AVC	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA
		Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA
Broncho-pneumopathie	04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA
	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA
Œdème pulmonaire	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire
Pontage	05C04V	Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA
	05C04W	Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA
Insuffisance cardiaque	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA
	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA
Intervention intestin/côlon	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA
	06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA
Appendicectomie	06C08V	Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA
	06C08W	Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA
	06C09W	Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
Intervention membre inférieur	08C08Z	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge inférieur à 18 ans
	08C09V	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
	08C09W	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 avec CMA
PTH	08C23V	Prothèses de hanche sans CMA
	08C23W	Prothèses de hanche avec CMA
Prothèse de genou	08C24Z	Prothèses de genou
Autres interventions rachis	08C27V	Autres interventions sur le rachis sans CMA
	08C27W	Autres interventions sur le rachis avec CMA
Césarienne	14C02A	Césariennes sans complication significative

	14C02B	Césariennes avec autres complications
	14C02C	Césariennes avec complications majeures
Accouchement normal	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative
Nouveau-né	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif
	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif
Soins palliatifs	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte
Amygdalectomie	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours
Canal carpien	24C54Z	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours
Endoscopie	24K28Z	Endoscopies digestives diagnostiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours
Affections de la CMD05	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05
Autre motif de la CMD23	24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire
Hémodialyse	28Z04Z	Hémodialyse, en séances
Chimiothérapie	28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances
Toute autre pathologie	Tous les autres GHM	

Tableau 4 – Activité de MCO pour les interventions/pathologies sélectionnées en 2006

	Hospitalisations complètes (> 24h)				Hospitalisations de jour (< 24h) et séances			
	Secteur public	Secteur privé ex-DG	Secteur privé ex-OQN	Total HC	Secteur public	Secteur privé ex-DG	Secteur privé ex-OQN	Total HDJ et séances
Accouchement normal	352 134	39 131	175 173	566 438	0	0	0	0
Amygdalectomie	10 083	1 880	22 408	34 371	12 945	4 560	60 851	78 356
Appendicectomie	46 121	5 538	39 921	91 580	0	0	0	0
Autre affection de la CMD05	61 202	4 017	9 976	75 195	80 972	10 190	36 234	127 396
Autre motif de la CMD23	78 179	5 710	14 907	98 796	710 948	56 696	58 560	826 204
Autres interventions rachis	18 921	2 701	38 039	59 661	0	0	0	0
AVC	68 026	2 883	3 780	74 689	0	0	0	0
Broncho-pneumopathie	40 186	5 190	8 668	54 044	0	0	0	0
Canal carpien	3 783	660	7 501	11 944	25 794	5 639	94 190	125 623
Césarienne	97 306	10 944	51 322	159 572	0	0	0	0
Craniotomie	16 121	688	1 392	18 201	0	0	0	0
Endoscopie	21 687	5 756	48 402	75 845	83 653	41 720	649 422	774 795
Insuffisance cardiaque	122 120	9 690	24 784	156 594	0	0	0	0
Intervention intestin/colon	34 844	6 001	29 196	70 041	0	0	0	0
Intervention membre inférieur	45 917	3 278	22 518	71 713	0	0	0	0
Nouveau-né	459 737	51 346	222 740	733823	0	0	0	0
Œdème pulmonaire	65 004	6 565	7 872	79 441	0	0	0	0
Pontage	2 972	626	1 107	4 705	0	0	0	0
Prothèse de genou	13 877	4 275	40 659	58 811	0	0	0	0
PTH	42 349	8 009	64 886	115 244	0	0	0	0
Soins palliatifs	54 388	13 635	19 922	87 945	0	0	0	0
Hémodialyse	0	0	0	0	1 215 152	121 508	1 353 981	2 690 641
Chimiothérapie	0	0	0	0	710 747	258 125	708 964	1 677 836
Sous-total des GHM retenus	1 654 957	188 523	855 173	2 698 653	2 840 211	498 438	2 962 202	6 300 851
Toute autre pathologie	5 118 552	582 852	2 527 027	8 228 431	3 077 178	1 050 715	2 470 664	6 598 557
Ensemble	6 773 509	771 375	3 382 200	10 927 084	5 917 389	1 549 153	5 432 866	12 899 408

Source : PMSI-MCO 2006

Achévé d'imprimer le 16 juin 2009 par :
Top Chromo
114, avenue Louis Roche
92230 Gennevilliers
Dépôt légal : Mai 2009

Documents de travail de l'Irdes

- **Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France/** Grignon M., Kambia-Chopin B. Document de travail Irdes n° 24, avril 2009.
- **Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères/** Or Z., Renaud T. Document de travail Irdes n° 23, mars 2009.
- **The Preferred Doctor Scheme: A Political Reading of a French Experiment of Gate-keeping/** Naiditch M., Dourgnon P. Document de travail Irdes n° 22, mars 2009.
- **Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom/** Grandfils N., Sermet C. Document de travail Irdes n° 21, février 2009.
- **Dynamic Estimation of Health Expenditure: A New Approach for Simulating Individual Expenditure/** Albouy V., Davezies L., Debrand T. Document de travail Irdes n° 20, janvier 2009.
- **La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?/** Or Z., Com-Ruelle L. Document de travail Irdes n° 19, décembre 2008.
- **A Refutation of the Practice Style Hypothesis: The Case of Antibiotics Prescription by French General Practitioners for Acute Rhinopharyngitis/** Mousquès J., Renaud T., Scemama O. Document de travail Irdes n° 18, octobre 2008.
- **Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use/** Or Z., Jusot F., Yilmaz E. Document de travail Irdes n° 17, septembre 2008.
- **Drug Price Setting and Regulation in France/** Grandfils N. Document de travail Irdes n° 16, Septembre 2008.
- **Comparability of Health Care Responsiveness in Europe. Using Anchoring Vignettes from SHARE/** Sirven N., Santos-Eggimann B., Spagnoli J. Document de travail Irdes n° 15, septembre 2008.
- **Etat de santé des populations immigrées en France/** Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. Document de travail Irdes n° 14, juillet 2008.
- **The Sooner, the Better? Analyzing Preferences for Early Retirement in European Countries/** Blanchet D., Debrand T. Document de travail Irdes n° 13, juillet 2008.
- **Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health/** Tubeuf S., Jusot F., Devaux M., Sermet C. Document de travail Irdes n° 12, juin 2008.
- **Health Status, Neighbourhood Effects and Public Choice: Evidence from France/** Debrand T., Pierre A., Allonier C., Lucas V. Document de travail Irdes n° 11, juin 2008.
- **Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification/** Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. Document de travail Irdes n° 10, mai 2008.
- **Private Supplementary Health Insurance: Retirees' Demand/** Franc C., Perronnin M., Pierre A. Document de travail Irdes n° 9, avril 2008.
- **Working Conditions and Health of European Older Workers/** Debrand T., Lengagne P. Document de travail Irdes n° 8, février 2008.
- **Promoting Social Participation for Healthy Ageing/** Sirven N., Debrand T. Document de travail Irdes n° 7, janvier 2008.
- **Psychosocial Resources and Social Health Inequalities in France: Exploratory Findings from a General Population Survey/** Jusot F., Grignon M., Dourgnon P. Document de travail Irdes n° 6, septembre 2007.
- **Baromètre des pratiques en médecine libérale Résultats de l'enquête 2006 «L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons»/** Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. Avec la collaboration de Bataillon R., Samzun J.-L. et Rochaix L. Document de travail Irdes n° 5, août 2007.
- **Sickness and Injury Leave in France: Moral Hazard or Strain?/** Grignon M., Renaud T. Document de travail Irdes n° 4, février 2007.
- **Organisation du travail et santé des seniors en Europe/** Debrand T., Lengagne P. Document de travail Irdes n° 3, février 2007.
- **Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons/** Lardjane S., Dourgnon P. Document de travail Irdes n° 2, février 2007.

Autres publications de l'Irdes

Rapports 2008-2009

- **Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature/** Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. Avec la collaboration de Ambroise C. et Marek A. Rapport Irdes n° 1734, décembre 2008, 146 pages. Prix : 30 €.
- **Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation Asalee/** Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. Rapport Irdes n° 1733, décembre 2008, 144 pages. Prix : 30 €.
- **Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement/** Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. Rapport Irdes n° 1689, juin 2008, 166 pages. Prix : 35 €.

Questions d'économie de la santé 2009

- **Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande/** Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Questions d'économie de la santé n° 141, avril 2009.
- **L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients/** Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H. Questions d'économie de la santé n° 140, mars 2009.
- **Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage/** Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Questions d'économie de la santé n° 139, février 2009.

Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? **Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France**

Zeynep Or (Irdes), Thomas Renaud (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes)

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises.

La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Notre analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts.

Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

One Price for All? Sources of Cost Variations between Public and Private Hospitals

Zeynep Or (Irdes), Thomas Renaud (Irdes), Laure Com-Ruelle (Irdes)

Within the framework of its activity-based payment system, introduced in 2005, the French government is now seeking to achieve price convergence between public and private hospitals. This paper questions the economic justification of this convergence by examining the literature on hospital costs variation and analyzing French hospital activity data. The literature on hospital economics identifies many factors which can generate cost differences between hospitals a part from efficiency. These include hospital size and its range of activity, differences in patient characteristics and quality of the care. The results from the literature suggest that DRG prices should be adjusted to take into account these factors, which are not always under the control of public hospitals but which have a direct impact on their costs.

In addition, the analysis of French hospital activity indicates a strong partitioning of the type of care provided between the public and private sectors, corresponding to different hospital profiles. Not taking these different profiles into account when setting DRG prices could endanger the capacity of the hospital system to provide necessary care as well as equity of access.