

Michel Dubois
LASS CNRS FRE 2747
michel-lass@wanadoo.fr

CONVERGENCE TARIFAIRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES ET PUBLICS MCO FRANCAIS

*examen critique du concept et de la méthode actuelle
de connaissance des coûts de production des soins*

QUI SUIS-JE ?

Michel Dubois

Chercheur associé Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé
CNRS FRE 2747 - Université Claude Bernard – Lyon

axes de recherche

système d'information comptable – contrôle de gestion –
performance organisationnelle – aide à la décision

NATURE DE LA COMMUNICATION

Factuelle et Interrogative

PLAN DE LA COMMUNICATION

- Définition de la convergence tarifaire des ES français
- Repères contextuels
- L'Etude Nationale de Coûts MCO
- L'Etude Nationale de Coûts MCO commune
- Conclusion provisoire

DEFINITION DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE

« Pour les années 2005 à 2012, (...), les tarifs nationaux des prestations (...) sont fixés en tenant compte du processus de convergence (...) devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008. »

Article 17, LFSS 2005

CONVERGENCE TARIFAIRE : INTERROGATIONS

- Pourquoi faut-il converger ?
- Pour converger, il faut savoir d'où l'on part et où l'on va : ce qui n'est pas le cas aujourd'hui faute d'études probantes tant en matière de coûts constatés qu'en matière d'analyse des écarts ; sans parler d'études d'impact du facteur organisationnel sur la formation des coûts
- Les écarts justifiés le seront en référence à quelle norme ?
- S'agit-il d'une convergence GHS par GHS ? Ou d'une convergence globale par annulation de la somme des écarts ?
- Pourquoi les travaux préalables d'impact de cette décision ne sont-ils pas publiés ?

REPERES CONTEXTUELS (I)

3 statuts juridiques

- personne morale de droit public
- personne morale de droit privé sans but lucratif
- personne morale de droit privé à but lucratif

2 secteurs tarifaires (données 2005)

- tarification à l'activité = personne morale de droit privé
- budget global (75 %) et tarification à l'activité (25 %)

=

personne morale de droit public et personne morale de droit privé Participant au Service Public Hospitalier

REPERES CONTEXTUELS (II)

3 statuts des personnels (les principaux)

- fonction publique hospitalière
- convention collective du privé à but non lucratif (FEHAP)
- convention collective du privé à but lucratif (FHP)

2 modes de rémunérations du personnel médical

- salariat = public + PSPH
- honoraires = autres personne morale de droit privé

REPERES CONTEXTUELS (III)

- Déficit de la sécurité sociale 2003 – 2005 : 39 milliards d'euros
- Déficit prévisionnel 2006 : 14 milliards d'euros
- Déficit de la branche maladie 2003 – 2005 : 31 milliards d'euros
- Déficit prévisionnel 2006 : 7 milliards d'euros
- Dépenses ONDAM 2005 : 135 milliards d'euros (+3,8 %)
- Evolution prévisionnel ONDAM 2006 : + 2,5 %
- Dépassement de l'objectif par les ES : 650 millions d'euros (+4,1 %)
(source : *synthèse PLFSS 2006*)
- Report cumulé de charges dans les EPS : 650 millions d'euros
(source : *FHF*)
- Décret nouvelle gouvernance

ETUDE NATIONALE DES COÛTS MCO I

Objectifs

- produire un référentiel de coûts destiné à l'allocation budgétaire (échelle de coûts, puis échelle de tarifs)
- décomposition par poste de dépenses
- faire évoluer la classification des GHM

Caractéristiques

- construite sur la base d'un échantillon en évolution constante (22 ES en 1995 ; 52 ES en 2004)
- construite selon les règles de la comptabilité analytique hospitalière (BO 97/ 2 bis)
- ENC de l'année N en N + 2

source : ATIH

ETUDE NATIONALE DE COUTS MCO II

Principales limites

- couvre uniquement le secteur tarifaire public (EPS + PSPH)
- ne concerne que l'activité Médecine Chirurgie Obstétrique
- logique purement comptable
- représentativité incertaine de l'échantillon (volontariat « *filtré* »)
- ne prend pas en compte les dépenses réelles de structure
- ne prend pas en compte les dépenses réelles MERRI
- le poids structurant de l'unité d'œuvre « *journée* »
- opacité des retraitements effectués
- ne permet d'expliquer ni la formation des coûts ni le pourquoi des écarts entre les différents établissements (HCAAM)

L'ETUDE NATIONALE DE COÛTS COMMUNE I

Enjeux politiques

- disposer en matière de coûts d'une référence commune aux acteurs privés / publics
- rendre neutre – en terme de tarifs des prestations – la prise en charge des patients par un acteur ou un autre
- favoriser la complémentarité entre les acteurs privé et public

Enjeux méthodologiques

- définir le périmètre à observer
- définir les critères de représentativité de l'échantillon
- définir et paramétrer les Missions d'Intérêt Général
- repérer les subventions croisées

L'ETUDE NATIONALE DE COUTS COMMUNE II

Enjeux méthodologiques (suite)

- définir un niveau d'activité normale des facteurs de production
- définir et valoriser les « *écarts justifiés* »
- muter d'une logique comptable à une logique économique
- produire des données d'aide à la décision

CONCLUSION PROVISOIRE I

- Le processus de convergence tarifaire n'a pas été « tracé » :
« *Faute d'outil commun, les études menées à ce jour n'ont pas permis de définir les modalités exactes d'une convergence* »

source : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

- Les éléments de méthode à la discussion doivent être objectivés
- Les effets tant de la *tarification à l'activité* que du processus de *convergence tarifaire* doivent faire l'objet de simulation
- En matière de coût, il faut muter d'une logique comptable à une logique économique
- Le processus de convergence tarifaire esquisse la nature même du système hospitalier français de demain

CONCLUSION PROVISOIRE II

- Le passage de l'injonction légale de convergence tarifaire à la mise en œuvre réelle, ainsi que l'acceptabilité sociale des conséquences induites, nécessite la construction d'une vision partagée de l'avenir du système par l'ensemble des parties prenantes
- Le défi stratégique consiste à favoriser l'évolution du système hospitalier actuel vers celui apte à répondre aux besoins sanitaires présents et futurs de la population dans des conditions d'accès, de coûts et de financement acceptables tant culturellement que socialement : la convergence tarifaire et la tarification à l'activité doivent demeurer de simples outils

MERCI DE VOTRE ATTENTION