



Campagne budgétaire et tarifaire 2011

SOMMAIRE

Malgré les annonces, une campagne peu transparente	2
L'équation impossible de la campagne 2011 pour les hôpitaux publics	2
Contrairement aux annonces, l'évolution des MIGAC sera quasi nulle en 2011	2
La sous-tarification des séjours de Réanimation, surveillance continué et soins intensifs se poursuit.....	3
Une évolution des tarifs qui vise à privilégier le secteur privé	3
L'évolution des GHM révèle une fois encore la différence de traitement en faveur du secteur lucratif :	4
Une convergence inique et non-médicalisée	4
Des transferts de financements volontairement réalisés du public vers le privé	6

ANNEXES

1) Tableau des MIGAC transmis par la DGOS suite à la réunion de campagne en date du 2 mars 2011.....	7
2) Tableau des évolutions des suppléments Réanimation, USC, SI.....	8
3) Courriers communs FHF, SFAR, SRLF.....	9
4) Analyse des différences public/privé pour quelques exemples de GHM concernés par la convergence ciblée.....	18

Une campagne 2011 qui révèle les limites du mode actuel de financement et qui fait le choix du secteur privé au détriment des hôpitaux publics

La Fédération Hospitalière de France avait alerté il y a quelques mois les pouvoirs publics des limites du PLFSS 2011 et des conséquences néfastes qui ne manqueraient pas d'en découler pour les hôpitaux.

La campagne budgétaire et tarifaire 2011 ne fait que confirmer ces craintes auxquelles se rajoute une volonté manifeste des pouvoirs publics de favoriser l'hospitalisation privée, en faisant subir aux hôpitaux publics une baisse forte de ses tarifs, une convergence tarifaire particulièrement inéquitable et en gelant les crédits MIGAC qui ont pourtant vocation à financer les missions d'intérêt général qu'ils assurent sur le territoire. Autant d'éléments qui confirment que le modèle actuel de tarification est dans une impasse.

Malgré les annonces, une campagne peu transparente

Souscrivant pleinement à la volonté de transparence affichée initialement par la DGOS, la FHF ne peut cependant que regretter l'absence de communication d'éléments fondamentaux pourtant utiles à la compréhension de la campagne tarifaire, à l'instar des enveloppes sous-jacentes à sa construction. Par ailleurs, l'appréciation de ces enveloppes sera d'autant plus difficile que les mesures de gel et les provisions ont été intégrées en valeur faciale.

* * *

L'équation impossible de la campagne 2011 pour les hôpitaux publics

Alors que les parlementaires ont voté un taux de progression de l'ONDAM de 2,8%, les tarifs des hôpitaux publics diminuent de 0,83% en 2011, diminution réelle probablement supérieure à 1% avec effet classification. Dans le même temps, leurs charges progresseront mécaniquement de + 3,3%.

En respectant l'anticipation de progression d'activité de 2,4% par le gouvernement, qui constitue une augmentation très forte, les hôpitaux ne verront donc leur chiffre d'affaire progresser, dans le meilleur des cas que de 1,5%. Alors que les cliniques verront leur chiffre d'affaire progresser de 2.35%.

Contrairement aux annonces, l'évolution des MIGAC sera quasi nulle en 2011

Affiché à 3.1%, le taux d'évolution des MIGAC, objectif à objectif est en réalité de 1.86%. Après correction du changement de périmètre (financement des internes), il passe à 1.01%, mais cela n'intègre pas le débasage lié au financement de la permanence des soins (60M). A cette situation s'ajoute le gel annoncé de 350 M€

La sous-tarification des séjours de Réanimation, surveillance continue et soins intensifs se poursuit

Bien que portée conjointement par la FHF et les sociétés savantes, la demande de revalorisation des suppléments n'a pas été entendue.

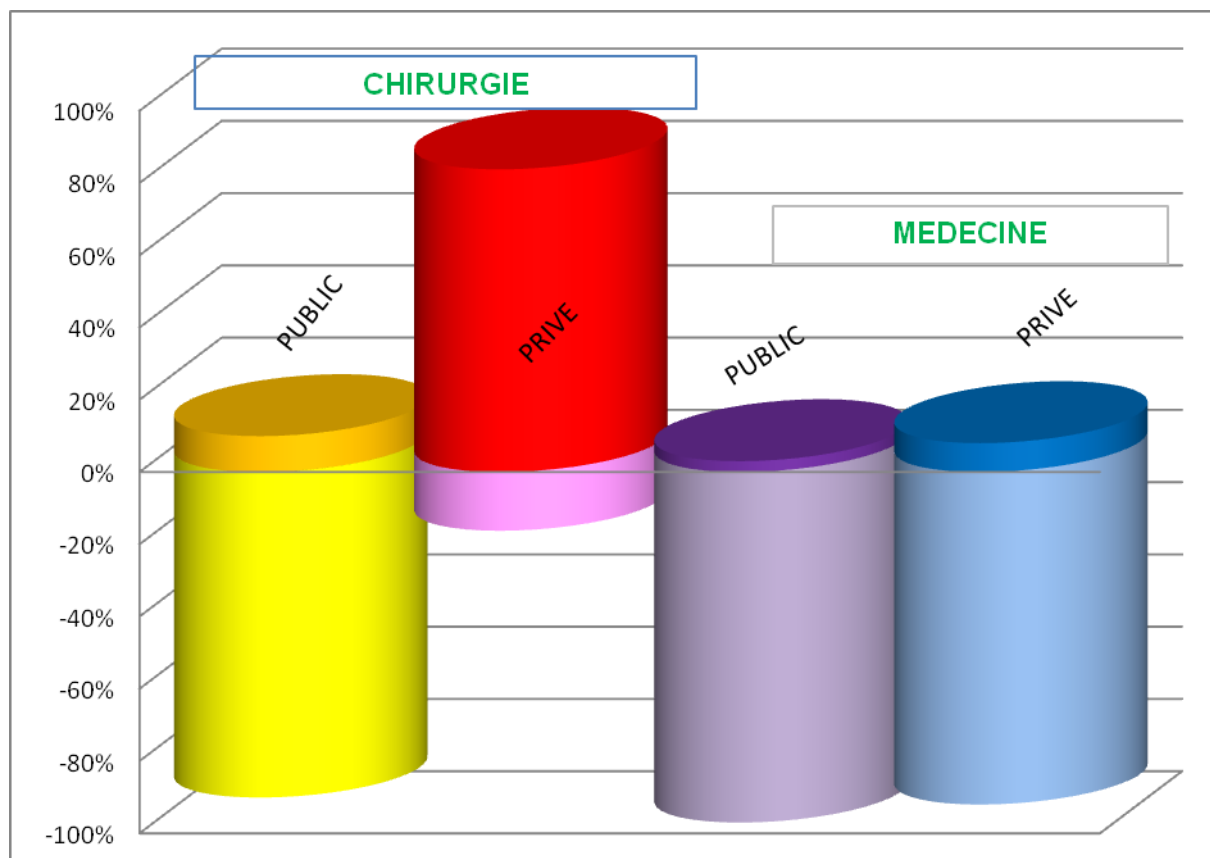
La sous-tarification des séjours de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, évaluée à plus de 10% par les sociétés savantes, impacte tout particulièrement les unités qui pourtant respectent les normes réglementaires de fonctionnement et qui prennent en charge les malades les plus lourds. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les services concernés concentrent les exigences réglementaires les plus fortes.

Une évolution des tarifs qui vise à privilégier le secteur privé

Au-delà de la rigueur affichée par les éléments de campagne 2011 qui s'inscrivent dans une conjoncture économique difficile, une analyse approfondie des choix opérés dans cette campagne fait ressortir le traitement très défavorable réservé au secteur public.

- Dans le secteur public : 149 tarifs augmentent tandis que 2244 diminuent. 90% des GHM de chirurgie **diminuent**.
- Dans le secteur privé : 1009 tarifs augmentent tandis que 1342 diminuent. 84% des GHM de chirurgie **augmentent**.
- La convergence ciblée concerne 193 GHM, 60% d'entre eux relèvent de la chirurgie.
- L'évolution technique de la CMD 14 (obstétrique) est finalisée, mais sa mise en œuvre, appelée par la FHF pour 2011, a été reportée à 2012. Alors que la quasi-totalité des tarifs publics diminuent de 0.6%, seuls 65% des tarifs privés diminuent, dans la limite de 0.10%. Dans le même temps, 35% des tarifs privés, augmentent de 0.7% avec même une hausse de 31% pour l'avortement en ambulatoire

L'évolution des tarifs des GHM révèle une fois encore la différence de traitement en faveur du secteur lucratif



- Dans le secteur public : 149 tarifs augmentent tandis que 2244 diminuent. 90% des GHM de chirurgie **diminuent**.
- Dans le secteur privé : 1009 tarifs augmentent tandis que 1342 diminuent. 84% des GHM de chirurgie **augmentent**.

Une convergence inique et non-médicalisée

Rappel de la définition de la convergence: la Sécurité sociale doit rémunérer à un même tarif des prestations équivalentes hors " les différences liées à la nature des charges, c'est-à-dire les contraintes spécifiques des secteurs ou des établissements (non inclusion des honoraires dans les tarifs des séjours ex-OQN, compensations liées à l'exercice de certaines missions de service public par exemple)». Source: rapport au Parlement 2010.

⇒ **La poursuite de la déconnexion des tarifs de toute logique médicale :**

Dans sa présentation de la campagne aux Fédérations en date du 2 mars 2011, la DGOS a indiqué avoir procédé à un élargissement de l'assiette de la convergence ciblée (193 GHS en 2011 contre 35 GHS en 2010) du fait d'une méthode de sélection différente, **non centrée sur l'analyse médicale**.

La méthode retenue n'intègre en outre aucune notion de coûts et donc de référence à l'ENCC. Les 193 GHM concernés par la convergence ciblée sont ainsi tous inférieurs aux coûts décrits dans l'ENCC. **La déconnexion entre le mode de fixation des tarifs et les coûts réels constatés sur le terrain se poursuit donc, retirant sa pertinence au modèle de financement.**

En outre, alors que le rapport de l'IGAS de janvier 2006 préconisait la conduite d'études approfondies de convergence afin de mesurer pleinement les effets et d'encadrer les dérives, ces études n'ont toujours pas été menées à bien. Ceci n'a toutefois pas empêché dans le même temps l'émergence de nouveaux sujets (financement de la qualité, dégressivité tarifaire). Aujourd'hui conduites, les sujets « taille et gamme » et « activité non-programmée » sont en phase finale mais aucune perspective d'utilisation ne se dessine. La FHF s'interroge sur le coût pour la collectivité du recours à des prestataires onéreux, dont les résultats ont été jugés non probants par le commanditaire. Il est surprenant qu'une réunion dédiée à l'élaboration d'un guide méthodologique d'allocation des crédits d'aide à la contractualisation ait été programmée puis déprogrammée, tandis que les études permettant d'objectiver les différences liées à la nature des charges ne sont toujours pas abouties.

⇒ **Des tarifs qui ne correspondent pas à la lourdeur des cas traités par les hôpitaux publics et à leur hyperspécialisation :**

De nombreux exemples de GHM choisis pour la convergence ciblée recouvrent, dans les faits, des **prises en charge médicales extrêmement différentes entre le public et le privé :**

- GHM 03M111 : *affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1.*
- GHM 03C311 : *Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau1.*
- GHM 08C321 : *Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau1.*
- GHM 08C431 : *Interventions non mineures sur la main, niveau 1.*
- GHM 11C031 : *Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1.*
- GHM 08C252 : *prothèse d'épaule, niveau2.*

Pour chacun de ces GHM, d'une part, le mode d'entrée (urgences/programmé) diffère, et d'autre part la lourdeur des prises en charge est diamétralement opposée.

D'une façon générale, **l'hôpital n'est pas le lieu de la polyvalence mais celui de la succession d'hyper-spécialités.** Une situation qui n'est que très partiellement prise en compte dans les classifications et dans l'ENC qui négligent toutes deux les faibles effectifs.

On montre qu'un hôpital moyen développe davantage de spécialités qu'une Clinique moyenne (gamme globale), mais également qu'à l'intérieur de chaque spécialité, la gamme couverte (panel intra spécialité) est généralement plus large à l'hôpital qu'à la clinique (qui ne couvre souvent qu'un morceau de spécialité). Le maintien des compétences et l'organisation à mettre en œuvre pour accueillir cette multiplicité de cas induit forcément des surcoûts qui auraient du être mis en lumière si les études complémentaires avaient été conduites efficacement.

Nombre de GHM en V11 pour 30, 50 et 80% de chiffres d'affaires :

N.de GHM pour atteindre...	ex DGF	ex OQN
30% du CA	47	13
50% du CA	153	43
80% du CA	554	214

La CMD 14 (obstétrique) est une illustration de l'effet taille et gamme des hôpitaux publics qui assurent la prise en charge des grossesses à risque. Cette année devait entrer en vigueur une nouvelle classification dédiée à la CMD 14 permettant un juste financement de ces activités, mais son application a été différée à 2012, maintenant les hôpitaux publics dans une situation difficile.

⇒ **Une non prise en compte de la spécificité des activités non-programmées :**

Les activités non programmées sont une spécificité très forte des hôpitaux publics qui accueillent à toute heure du jour ou de la nuit les patients qui s'adressent à eux. Malheureusement, cette spécificité n'a pas été étudiée sur la base d'une méthodologie satisfaisante alors que les surcoûts sont réels.

Il importe, dans la tarification, de distinguer le caractère « programmé » du caractère « programmable ».

Des transferts de financements volontairement réalisés du public vers le privé

⇒ **Financement de la permanence des soins :**

En 2009, les tarifs publics ont fait l'objet d'un débasage tarifaire à hauteur de 760M€ en année pleine, correspondant aux frais de gardes et astreintes des personnels des établissements de santé publics.

Aujourd'hui, la campagne 2011 prévoit de retirer 60M€ de cette masse afin de financer les frais de gardes et astreintes des personnels libéraux des établissements de santé privés, antérieurement financés sur l'enveloppe des soins de ville.

Aucun transfert de financement n'a été opéré entre les deux sous-objectifs, alors que l'état des lieux et la réorganisation n'en sont qu'au stade de projet.

⇒ **Les MIG qualité des soins en cancérologie**

Déjà financées dans l'enveloppe MIG, ces activités sont l'objet en 2011 d'un redéploiement vers le secteur privé à hauteur de 2M€

⇒ **Le financement des internes**

Objet d'une évolution en 2011, le financement des internes se traduit par un dégrèvement de l'enveloppe tarifaire du secteur public au profit des Missions d'intérêt général, dont peuvent bénéficier l'ensemble des établissements, à hauteur de 70 M€.

ANNEXES

- 1) Tableau des MIGAC transmis par la DGOS suite à la réunion de campagne en date du 2 mars 2011.
- 2) Tableau des évolutions des suppléments Réanimation, USC, SI.
- 3) Courriers communs FHF, SFAR, SRLF.
- 4) Analyse des différences public/privé pour quelques exemples de GHM concernés par la convergence ciblée.

- 1) Tableau des MIGAC transmis par la DGOS suite à la réunion de campagne en date du 2 mars 2011.

Dotation MIGAC : passage de l'objectif 2010 à l'objectif 2011

Montants en M€

Objectif 2010 :	8 142
------------------------	--------------

Fongibilité

Fongibilité et changements de champ	31,6
-------------------------------------	------

Débasages

Débasage crédits AC pour couvrir une partie de la sur-exécution 2010 (50% marge régionale, 50% AC nationale)	-200,0
--	--------

Rebasages

Internes (depuis l'ODMCO)	70,0
---------------------------	------

Base 2011 après fongibilité	8 044
------------------------------------	--------------

Mesures nouvelles

MN 2011	303,7
Economies	-54,0

Objectif 2011 :	8 294
------------------------	--------------

Evolution par rapport à la base ajustée

3,10%

Evolution par rapport à l'objectif 2010

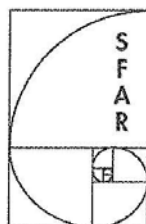
1,86%

2) Tableau des évolutions des suppléments Réanimation, USC, SI.

Evolution des suppléments journaliers Réa, SI, SC

2006			2007			2008			2009			2010			2011		
Suppléments journaliers																	
Code	Libellé	Tarif 2006 (en €)	Code	Libellé	Tarif 2007 (en €)	Code	Libellé	Tarif 2008 (en €)	Code	Libellé	Tarif 2009 (en €)	Code	Libellé	Tarif 2010 (en €)	Code	Libellé	Tarif 2011 (en €)
			REP	Supplément de réanimation pédiatrie.	950,00	REP	Supplément de réanimation pédiatrie.	919,42	REP	Supplément de réanimation pédiatrie.	922,98	REP	Supplément de réanimation pédiatrie	922,98	REP	Supplément de réanimation pédiatrie	922,98
SRA	Supplément de réanimation	824,91	REA	Supplément de réanimation.	838,16	REA	Supplément de réanimation.	811,18	REA	Supplément de réanimation.	814,32	REA	Supplément de réanimation	814,32	REA	Supplément de réanimation	814,32
STF	Supplément de soins intensifs	412,95	STF	Supplément de soins intensifs.	419,58	STF	Supplément de soins intensifs.	406,08	STF	Supplément de soins intensifs.	407,65	STF	Supplément de soins intensifs	407,65	STF	Supplément de soins intensifs	407,65
SRC	Supplément de surveillance continue	274,97	SRC	Supplément de surveillance continue.	279,39	SRC	Supplément de surveillance continue.	270,39	SRC	Supplément de surveillance continue.	326,12	SRC	Supplément de surveillance continue	326,12	SRC	Supplément de surveillance continue	326,12
NN1	Supplément néonatalogie	297,80	NN1	Supplément néonatalogie.	316,67	NN1	Supplément néonatalogie.	306,47	NN1	Supplément néonatalogie.	307,66	NN1	Supplément néonatalogie	307,66	NN1	Supplément néonatalogie	307,66
NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs	416,92	NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs.	475,00	NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs.	459,71	NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs.	461,49	NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs	461,49	NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs	461,49
NN3	Supplément réanimation néonatale	824,91	NN3	Supplément réanimation néonatale.	950,00	NN3	Supplément réanimation néonatale.	919,42	NN3	Supplément réanimation néonatale.	922,98	NN3	Supplément réanimation néonatale	922,98	NN3	Supplément réanimation néonatale	922,98

3) Courriers communs FHF, SFAR, SRLF.



Madame la Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins
Ministère de la Santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Paris le 29 septembre 2008

Madame la Directrice,

La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Fédération Hospitalière de France (FHF) se doivent d'attirer votre attention sur les montants des suppléments attribués (selon certains critères) aux séjours en Réanimation.

En effet, ces suppléments sont actuellement sous évalués.

Nous avons déjà souligné cette situation à partir de différents exemples issus de services de réanimation, autorisés par les schémas régionaux d'organisation sanitaire, dans différentes catégories d'établissements répartis sur le territoire français.

Une étude de l'ATIH avait, hâtivement de notre point de vue, conclu à l'équilibre de telles unités si elles atteignaient la taille de 12 lits.

Nous avons transmis il y a maintenant plusieurs mois, une analyse critique de cette étude qui présentait plusieurs biais méthodologiques, notamment :

- en n'ayant pas inclus les coûts des indemnités de suggestion des gardes et astreintes obligatoires dans ce type d'unités,
- en ayant affecté des dépenses de biologie identiques à celles des unités classiques de médecine et/ou chirurgie (alors que les consommations sont naturellement bien plus importantes en réanimation),
- en ayant réalisé la même erreur en ce qui concerne les dépenses en matière d'imagerie médicale, ainsi d'ailleurs que dans le domaine de l'amortissement et de la maintenance du matériel médical très important dans ce type d'unité.

Ces erreurs corrigées, il est possible d'estimer la sous évaluation des suppléments de réanimation à au moins 16 % en 2008.

J..

Cette situation est d'autant plus paradoxale qu'il s'agit de services aux exigences réglementaires très lourdes et dont le caractère essentiel dans la sécurité sanitaire ne peut échapper à personne.

Cette situation peut conduire également les gestionnaires hospitaliers à porter un jugement négatif sur de telles unités au motif de leur non rentabilité et de leur déficit structurel ; ceci alors que leur caractère indispensable est évident.

La correction de cette situation devient désormais une urgence dans le contexte difficile de déficit d'une majorité d'établissements publics, établissements qui sont le siège, sinon quasi-exclusif, du moins très largement majoritaire de telles unités.

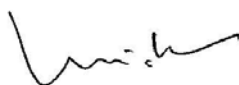
Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions de croire, Madame la Directrice, en l'assurance de nos salutations les meilleures.

Pierre CARLI



Président de la SFAR

Bertrand GUIDET



Président de la SRLF

Gérard VINCENT



Délégué Général de la FHF



LE DELEGUE GENERAL

Madame la Directrice de l'Hospitalisation et
de l'Organisation des soins
Ministère de la santé, de la jeunesse, des
sports et de la vie associative
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Paris le 24 juin 2009

N.Réf. YG/GLB/LT/09-0323

Objet : Financement des activités de Réanimation et des Unités de Surveillance Continue

Madame la Directrice ,

Par un courrier co-signé par les Sociétés Savantes de Réanimation et daté du 29 septembre 2008, la Fédération Hospitalière de France appelait votre attention sur les lacunes du dispositif de financement de cette activité, la sous-évaluation des montants des suppléments attribués et l'impérieuse nécessité d'apporter un correctif.

Ce dysfonctionnement majeur est désormais bien connu, mais en 2009 s'y est ajouté celui lié au financement des unités de surveillance continue.

Celui-ci résulte de deux phénomènes. Il s'agit tout d'abord du caractère incomplet des listes d'actes : à cet effet il est essentiel de procéder à des ajustements techniques et la FHF ainsi que les Sociétés savantes ne manqueront pas de vous faire parvenir rapidement leurs propositions.

Mais au-delà de cette lacune liée aux critères médicaux, se pose le problème des établissements de petite taille et/ ou engagés dans des rapprochements Public/Privé. Ainsi, les unités de surveillance continue des hôpitaux de proximité qui sont généralement polyvalentes sont lésées par ce mode de financement. Cela s'observe pour toutes les unités qui ne sont pas adossées à un service de Réanimation, ainsi que pour les USC d'établissements qui se sont volontairement engagés dans une coopération avec un ou plusieurs autres établissements. Certains d'entre eux ont accepté la fermeture et le transfert de leur activité de chirurgie et perdent de facto les suppléments liés à la réalisation d'un geste chirurgical, sans qu'aucune compensation n'ait été envisagée.

Le développement de ces coopérations, qui répond à une volonté politique, ne peut se traduire sur le terrain si les établissements engagés sont financièrement pénalisés.

De manière sous-jacente se pose la question de la pérennité de ces établissements, dont la légitimité n'est pas à remettre en cause mais qui, faute d'équilibre économique, sont menacés.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis – CS 41402 – 75993 PARIS CEDEX 14

Tel : 01 44 06 84 44 – Fax : 01 44 06 84 45 – www.fhf.fr

Ces éléments me conduisent à aujourd'hui à exprimer le souhait de voir ces établissements reconnus au moyen de l'attribution d'une aide à la contractualisation.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, en l'assurance de mes salutations les meilleures.


Gérard VINCENT



Madame Roselyne BACHELOT

Ministre de la Santé, de la Jeunesse
et des Sports
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Paris le 15 février 2010

Madame la Ministre,

Par courrier en date du 29 septembre 2008, la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Fédération Hospitalière de France (FHF) avaient appelé votre attention sur la sous-tarification des séjours de réanimation.

Ces séjours sont actuellement sous évalués du fait de l'insuffisance du niveau des suppléments qui y sont rattachés. Nous l'avions déjà souligné à partir de l'exemple de plusieurs services de réanimation, dans différentes catégories d'établissements.

Une étude de l'ATIH avait, hâtivement de notre point de vue, conclu à l'équilibre économique de telles unités si elles atteignaient la taille de 12 lits.

Nous avons procédé depuis lors à une analyse critique de cette étude, qui présente plusieurs lacunes :

- non inclusion des gardes et astreintes
- dépenses de biologie, d'imagerie, de maintenance et d'amortissement des matériels médicaux, comptabilisés au même niveau que pour des unités classiques de médecine et/ou chirurgie (alors que les charges de ce type sont naturellement bien plus importantes en réanimation).

Après correction, nous estimons à au moins 16 % la sous-évaluation des suppléments de réanimation.

Cette situation n'a pas été corrigée par l'introduction des niveaux de sévérité de la V11 des GHM.

Même si la proportion de séjours avec des niveaux de sévérités élevés est naturellement plus importante dans les services de réanimation, et donc source d'une augmentation des recettes, elle ne peut suffire à compenser le déficit du fait que les GHS ne contribuent au financement des services et unités de réanimation qu'à hauteur de 30 à 35 %.

./.

Cette situation est d'autant plus paradoxale qu'il s'agit de services aux exigences réglementaires très lourdes et dont le caractère vital n'échappe à personne, et que par ailleurs la réduction du nombre de lits, dans le cadre des SROS de troisième génération, concentre sur les unités restantes les patients les plus lourds.

Elle est aggravée par le fait que le supplément accordé aux unités de surveillance continue, dont certaines sont obligatoirement annexées aux services et unités de réanimation, n'a toujours pas été relevé à hauteur de 50 % de celui de réanimation, contrairement à ce qui avait été décidé lors des réunions de travail sur les "USC".

La correction de cette situation devient urgente dans un contexte de déficit de nombreux établissements, alors que les hôpitaux publics accueillent la quasi-totalité des structures de réanimation.

Nous vous prions de croire, Madame la Ministre en l'assurance de notre haute considération.

Le Président de la SRLF,



Dr Jean REIGNER

Le Président de la SFAR,



Pr Pierre CARLI,

Le Délégué Général de la FHF,



Gérard VINCENT

Le Vice-Président de la SFAR,



Dr Laurent JOUFFROY



Paris le, 28 février 2011

Xavier BERTRAND
 Ministre du travail, de l'emploi et de la santé
 Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
 127 rue de Grenelle
 75700 Paris 07 SP

Objet : financement des activités de réanimations, surveillance continue et soins intensifs

Monsieur le Ministre,

Par courriers en date du 29 septembre 2008 puis du 15 février 2010, la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Fédération Hospitalière de France (FHF) avaient appelé votre attention sur la sous-tarification des séjours de réanimation, notamment dans les unités respectant les normes du décret « Réanimation », en particulier en ce qui concerne le personnel.

Ces séjours sont actuellement sous évalués du fait de l'insuffisance du niveau des suppléments qui y sont rattachés. Nous l'avions déjà souligné à partir de l'exemple de plusieurs services de réanimation, dans différentes catégories d'établissements.

Une étude de l'ATIH avait, hâtivement de notre point de vue, conclu à l'équilibre économique de telles unités si elles atteignaient la taille de 12 lits. L'analyse critique de cette étude avait fait apparaître plusieurs lacunes :

- non inclusion des gardes et astreintes
- dépenses de biologie, d'imagerie, de maintenance et d'amortissement des matériels médicaux, comptabilisés au même niveau que pour des unités classiques de médecine et/ou chirurgie (alors que les charges de ce type sont naturellement bien plus importantes en réanimation).

Après correction, nous estimions à plus de 10 % la sous-évaluation des suppléments de réanimation.

Une nouvelle étude présentée au séminaire de l'ENCC à Montpellier début décembre, s'appuyant sur une méthodologie différente des précédentes (Etude de type « Micro costing) et réalisée sur 25 Centres (CHU, CH, PSPH, dans lesquels sont implantés la très large majorité des unités de réanimation) a conclu à un sous financement de 12 à 14 %. Cette étude a également mis en évidence que le niveau de sous-financement est corrélé à la sévérité des patients, exprimée en nombre de défaillances d'organes et donc de suppléances (respiratoire, cardio-vasculaire, rénale, neurologique, hépatique...). Ainsi, les unités prenant en charge ces patients voient leur niveau de sous-financement croître.

Cette situation pénalise et met en cause dans les établissements les services prenant en charge les malades les plus lourds, et garants de la sécurité. Ne pouvant perdurer, cette situation rend impérieuse la nécessaire réévaluation des montants des suppléments, et ce, dès la campagne 2011.

Ce caractère urgent est renforcé par l'absence de correction suffisante un temps imaginé par l'introduction des niveaux de sévérité de la V11 des GHM. Même si la proportion de séjours avec des niveaux de sévérités élevés est naturellement plus importante dans les services de réanimation, et donc source d'une augmentation des recettes, elle ne peut suffire à compenser le déficit puisque les GHS ne contribuent au financement des services et unités de réanimation qu'à hauteur de 30 à 35 %.

Aussi, si le sous-financement a certes diminué, vraisemblablement de l'ordre de 3 à 4%, il demeure dans des proportions bien trop inquiétantes. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit de services aux exigences réglementaires très lourdes et dont le caractère vital n'échappe à personne, et que par ailleurs la réduction du nombre de lits, dans le cadre des SROS de troisième génération, concentre sur les unités restantes les patients les plus lourds.

La correction de cette situation devient urgente dans un contexte de déficit de nombreux établissements, alors que les hôpitaux publics accueillent la quasi-totalité des structures de réanimation.

Cette situation est aggravée par le fait que le supplément accordé aux unités de surveillance continue, dont certaines sont obligatoirement annexées aux services et unités de réanimation, n'a toujours pas été relevé à hauteur de 50 % de celui de réanimation, contrairement à ce qui avait été décidé lors des réunions de travail sur les "USC". Notre demande conjointe et ancienne de porter le niveau de supplément surveillance continue au niveau de celui des soins intensifs n'a pas été entendue.

A cela s'ajoute la nécessité de développer un indicateur spécifique d'USC en remplacement des listes d'actes ou de diagnostics. Imparfaites, celles-ci requièrent une maintenance annuelle qui s'avère difficile. Néanmoins, la FHF tient à votre disposition ses propositions d'évolution pour la campagne 2011.

De plus, les sociétés savantes souhaitent se mobiliser pour établir un indicateur à la fois plus pérenne et plus représentatif de l'activité de surveillance continue. A cet égard, des travaux préliminaires permettent de penser qu'un tel développement sur la base du « TISS 28 » actualisé serait une piste fiable, tout en permettant une mise en œuvre dès la campagne 2012.

Enfin, nous souhaitons attirer votre attention sur les activités de soins intensifs. Il est indispensable d'encadrer les suppléments perçus par ces unités, en les conditionnant au respect de critères relatifs à l'état des patients. En effet, ces unités sont les seules unités de soins critiques à suppléments non assis sur des critères patients, générant ainsi un possible effet d'aubaine sur leur développement. Cette hypothèse, bien que paradoxale eu égard à la logique diminution de telles unités, ne doit pas être négligée, d'autant que l'ensemble des suppléments des unités de soins critiques sont issues de la même enveloppe.

Les solutions à l'ensemble de ces problématiques sont ici rapidement énoncées, tout au moins dans leurs pistes, et n'attendent plus qu'une réelle volonté politique. L'absence de leur mise en œuvre susciterait l'incompréhension des spécialistes de ces disciplines et de l'hôpital public.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de notre haute considération.

Le Président de la
Société de Réanimation de
Langue Française



Docteur Jean REGNIER

Le Président de la
Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation



Docteur Laurent JOUFFROY

Le Délégué Général de la
Fédération Hospitalière de
France



M. Gérard VINCENT

- 4) Analyse des différences public/privé pour quelques exemples de GHM concernés par la convergence ciblée.

GHM 03M111 : Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1

TAUX DE CONVERGENCE 10 %

Public : 7833 séjours en 2009 (75.5%)

Privé : 2547 séjours en 2009 (24.5%)

L'analyse des DP montre de très importantes différences de populations. Dans le privé 85% des séjours sont pris en charge pour "Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires (K00-K14)" c'est-à-dire dans l'ordre d'importance d'apparition dans le privé pour "caries dentaires, dents incluses ou enclavées, maladies de la pulpe et des tissus périapicaux et autres pathologies". Ces prises en charges ne représentent que 40% des cas du public. A titre illustratif, le DP "K02 caries dentaires" est retenu dans 30% des cas dans le privé contre 9% dans le public.

A l'inverse, le public prend en charge 40% de patients étiquetés "Lésions traumatiques de la tête (S00-S09)" (essentiellement des fractures du crâne et des os de la face) ce qui est 4 fois moins fréquent dans le privé (10% des cas).

Ce constat se retrouve parfaitement au niveau de l'analyse des âges puisque toute la population jeune est essentiellement retrouvée dans le public (population typique des lésions traumatiques), la courbe s'inversant nettement au-delà de 50 ans. Ainsi la population de moins de 50 ans représente 57% des prises en charges publiques, alors que ce n'est que 40% des cas du privé.

Les durées de séjours font apparaître de vraies différences. 95% des séjours sont pris en charge en 1 ou 2 nuits dans le privé contre seulement 79% dans le public. Une partie de cette différence s'explique probablement très bien non seulement par les pathologies sous-jacentes différentes (pour caricaturer : trauma de la face en public, dentisterie en privé) mais également par les modes d'entrée des patients (par les urgences dans 44% des cas du public contre seulement 5% des cas du privé).

Enfin, lorsque l'on s'intéresse à la gamme développée par les uns et les autres, on s'aperçoit que les établissements publics concernés couvrent la moitié du temps au moins 58% de la gamme "ORL et stomatologie médicale" alors que dans le même temps la moitié des cliniques concernées couvrent moins de 25% de la gamme. Il existe une vraie différence de couverture de gamme dans les établissements couvrant ce GHM selon s'ils sont publics ou privés.

En conséquence de ces constats, le rapprochement tarifaire semble complètement aberrant et probablement injuste.

GHM 08C311 : Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans, niveau 1**TAUX DE CONVERGENCE 32 %****Public** : 3525 séjours (66.7%)**Privé** : 1763 séjours (33.3%)

Les pathologies prises en charges sont très différentes ici aussi puisque dans un cas, le public, cela concerne à 70% des lésions traumatiques (fractures essentiellement) alors que ce n'est le cas que de 36% des séjours du privé, et dans le second cas, le privé, la prise en charge dominante concerne des affections articulaires (45% contre 14% dans le public) notamment au niveau de la rotule.

La tranche d'âge 15-18 ans représente 66% des prises en charge du privé contre 49% pour le public qui réalise donc la majorité de ses séjours avec de plus jeunes enfants.

Par ailleurs, d'un point de vue organisationnel, 50% des séjours public arrivent par les urgences (ou par transfert), alors que ce n'est le cas que de 9% des séjours du privé.

Ce GHM n'aurait pas du être éligible au rapprochement tarifaire du fait des pathologies très différentes (traumatismes arrivés par les urgences dans le public, affections articulaires programmées dans le privé).

GHM 08C321 : Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1**TAUX DE CONVERGENCE 32 %****Public** : 26449 séjours (61.7%)**Privé** : 16424 séjours (38.3%)

Ce GHM est le même que le précédent, mais ici pour les patients adultes.

Même constat que précédemment (Traumatologie pour 77% des cas dans le public contre seulement 38% des cas du privé). Ce qui diffère ici c'est l'apparition des diagnostics d'arthrose (gonarthrose essentiellement) notamment dans le privé (22% des prises en charge contre seulement 8% dans le public), les autres affections articulaires (notamment de la rotule) restant une prise en charge majeure dans le privé (27% des séjours) et mineure dans le public (7% des séjours). On voit clairement ici un "case-mix interne" extrêmement différencié.

Au niveau des DAS, on trouve environ le même volume (0,89 dans le public et 0,94 dans le privé) mais par contre 25% des DAS du public sont dans la liste des DAS sévères contre seulement 9% de ceux du privé (ils sont ensuite exclus par l'algorithme sinon le séjour serait dans un GHS de niveau supérieur mais on constate que les exclusions sont plus courantes dans le public).

La structure d'âges est très comparable, par contre les séjours du privé sont un peu plus longs notamment du fait des séjours extrêmes.

Les modes d'arrivée sont ici aussi très différents puisque 60% des séjours du public rentrent par les urgences ou par transfert (ce qui n'est pas étonnant puisqu'on a vu que le public prenait en charge de la traumatologie essentiellement) alors que ce n'est le cas que de 12% des cas du privé (qui prend essentiellement en charge du programmé). La gamme de prises en charge dans cette spécialité est aussi un peu plus large dans le public.

La conclusion est la même que pour le GHM "enfant –ados", à savoir que le rapprochement tarifaire est absolument inéquitable du fait de telles différences de recrutement à l'intérieur de ce GHM.

GHM 08C431 : Interventions non mineures sur la main, niveau 1

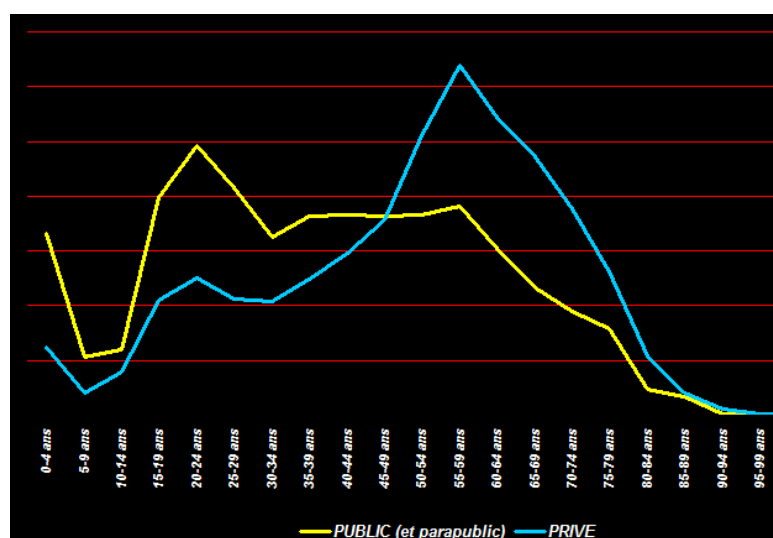
TAUX DE CONVERGENCE 32 %

Public : 7163 séjours (52.5%)

Privé : 6469 séjours (47.5%)

L'analyse des DP montre immédiatement une différenciation importante entre les patients du public [52% de traumatologie (c'est-à-dire des fractures et des atteintes traumatiques au niveau des tendons) et 13% de prises en charge d'arthroses] et les patients du privé [24% de traumatologie donc moins de la moitié de la fréquence du public, et 35% de prises en charge d'arthrose soit le triple de la fréquence du public]. Les multiples autres types d'atteintes (35% pour le public et 41% pour le privé) sont plus équitablement répartis ou trop rares pour être vraiment comparées.

L'analyse des âges est extrêmement illustrative : 37% des séjours du public concernent des patients de moins de 30 ans, alors que ce n'est le cas que de 18% des séjours du privé alors que les tranches d'âge plus concernées par les arthroses (par exemple 60-80 ans) représentent 33% des séjours du privé contre seulement 18% des séjours du public. Le graphique associé montre clairement deux courbes de répartition des âges très différentes :



Les durées de séjours sont très similaires avec toutefois un peu plus de séjours très longs dans le public.

La proportion des arrivées par les urgences illustre ici aussi l'opposition programmé / non programmé puisque cela concerne 42% des séjours du public alors que ce n'est que 5% des cas du privés.

Ce GHM n'aurait pas du être inclus dans la convergence tarifaire du fait des grandes différences observées d'un point de vue du recrutement entre le public et le privé.

GHM 11C031 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, niveau 1

TAUX DE CONVERGENCE 32 %

Public : 4930 séjours en 2009 (62%)

Privé : 3085 séjours en 2009 (38%)

Les profils des pathologies sous-jacentes sont également assez hétérogènes dans ce GHM. Le public prend en charge essentiellement (pour 36% contre 11% dans le privé) des maladies congénitales de l'appareil urinaire (généralement des ANOM. CONG. OBSTRU. DU BASSINET ET MALF. CONG. DE L'URETERE) alors que le privé est plus spécialisé sur les Maladies rénales tubulo-interstitielles (42% vs 26% dans le public) et les lithiases urinaires (34% vs 25% dans le public).

L'analyse des âges démontre que ce GHM n'a pas de cohérence inter-sectorielle. 28% des interventions du public concernent des enfants de moins de 5 ans, alors que c'est 7 fois moins fréquent dans le privé (4% des prises en charge). L'analyse de ce seul indicateur devrait inciter à surseoir à la convergence de ce GHM.

Les durées sont un peu plus longues dans le privé, mais au vu des populations très différentes prises en charge, cet indicateur n'est pas légitimement comparable.

L'éloignement des patients est aussi très hétérogène puisque 18% des patients du public résident à plus de 1 heure de l'établissement, alors que ce n'est le cas que de 5% des séjours des cliniques qui résident à plus d'une heure.

La convergence tarifaire de ce GHM n'aurait pas du être retenue au vu des différences majeures dans les populations accueillies.

GHM 08C252 : Prothèses d'épaule, niveau 2

TAUX DE CONVERGENCE 10 %

Public : 1251 séjours en 2009 (43%)

Privé : 1672 séjours en 2009 (57%)

L'analyse des DP montre que les prothèses d'épaule de niveau 2 du privé sont essentiellement liés à de l'arthrose (61% des cas contre 34% des cas dans le secteur public). A l'inverse, le secteur public réalise des interventions dues à des lésions traumatiques (essentiellement des fractures de l'épaule) de façon plus fréquente (52% vs 22% dans le privé).

Les âges, contrairement à la plupart des cas où l'on avait observé une forte dichotomie public=urgences/privé=programmé, se révèlent assez proches. Par contre les durées font clairement apparaître deux courbes très distinctes avec le privé dont l'essentiel des séjours séjourne entre 4 et 9 jours, alors que la plage de durées est beaucoup plus étendue dans le public, probablement du fait des prises en charge non programmées ne permettant pas une organisation et un ordonnancement des soins optimales. Le taux de patients arrivés par les urgences s'affiche à 35% contre 5% dans le privé.

Ce GHM est également un bon exemple d'hétérogénéité intersectorielle puisque dans un cas (public) on observe de nombreux séjours non programmés (traumatismes) et dans l'autre cas (privé) une écrasante majorité de séjours programmés (arthroses). Ce constat rend parfaitement inéquitable la convergence sur ce GHM.