

CONVERGENCE PUBLIC PRIVE ET T2A

Mathieu ROCHER

Directeur Finances/systèmes
d'information
Centre Hospitalier de Haguenau

1

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

CONVERGENCE PUBLIC/PRIVE

Une pièce en trois
actes : entre comédie
et tragédie

2

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

PLAN

1er Acte : Présentation des acteurs

2ème Acte : Le pêché originel ou l'inefficience
(supposée) du secteur public

3ème acte : Le dénouement ou le report de la
convergence

Épilogue : En revenir à l'esprit...

3

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Premier Acte

Les acteurs en
présence

4

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

L'actrice principale : la convergence

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

5

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

La convergence tarifaire

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

6

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Les deux soupirants

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

7

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Une spécificité française : la place du secteur hospitalier privé

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

8

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Deux échelles tarifaires distinctes

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

Des disparités tarifaires indiscutables

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

Une absence de définition politique de la convergence

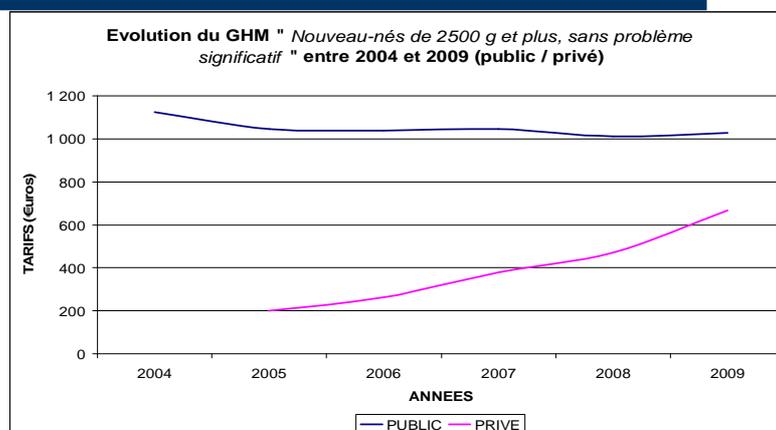
- Convergence vers une moyenne ?
- Une médiane ?
- Un optimum de rapport coût/bénéfice ?

11

Mathieu ROCHER - Convergence public/privé

Assises nationales cardiologie CH

La mise en œuvre de la convergence

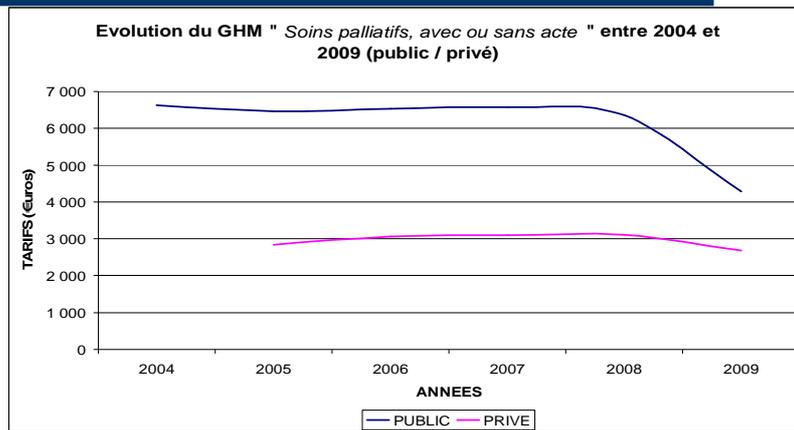


12

Mathieu ROCHER - Convergence public/privé

Assises nationales cardiologie CH

La mise en œuvre de la convergence



13

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Deuxième Acte

Le pêché originel :
l'inefficience
(supposée) du
secteur public

14

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Le dogme : un secteur public inefficace

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

15

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Le dogme à l'épreuve des faits

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

16

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Identité de tarif pour identité de prise en charge ?

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

17

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Une notion fondamentale : l'équilibre économique global

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

18

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Une notion fondamentale : l'équilibre économique global

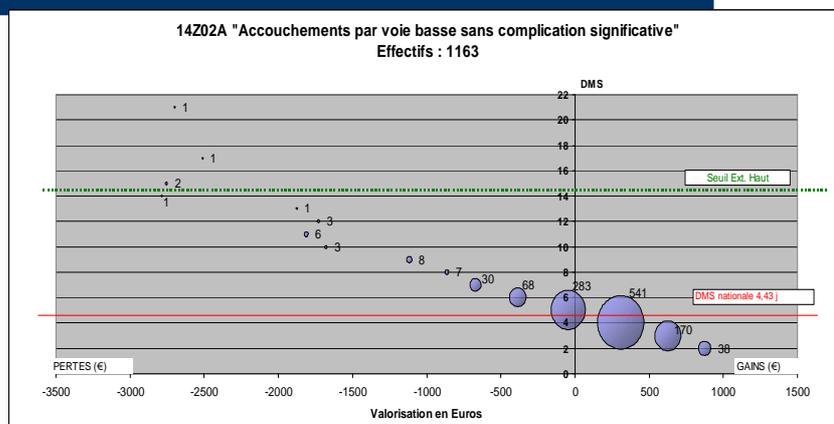
- La convergence ne peut s'opérer sur une seule catégorie de prise en charge, sur une seule partie des séjours concernés
- Les tarifs sont construits autour de la notion de « coût moyen » !

19

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Des activités « rentables »...

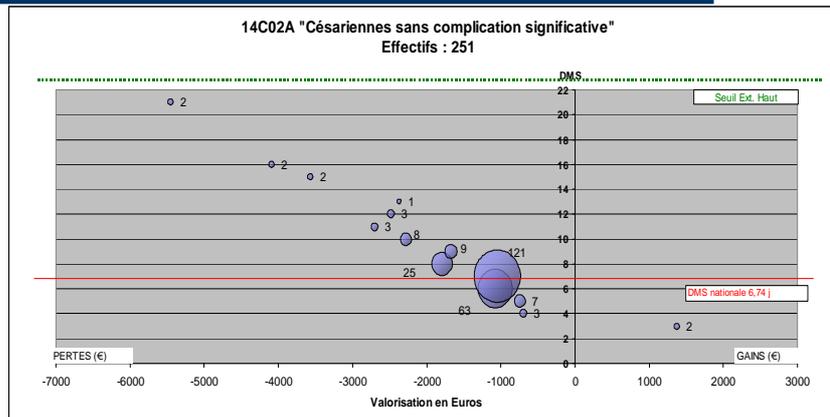


20

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

... qui doivent en compenser d'autres !

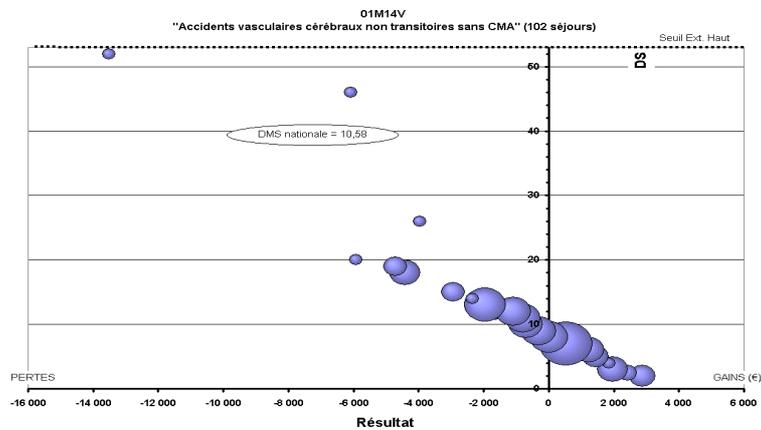


21

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Des séjours parfois « rentables », parfois (très) coûteux



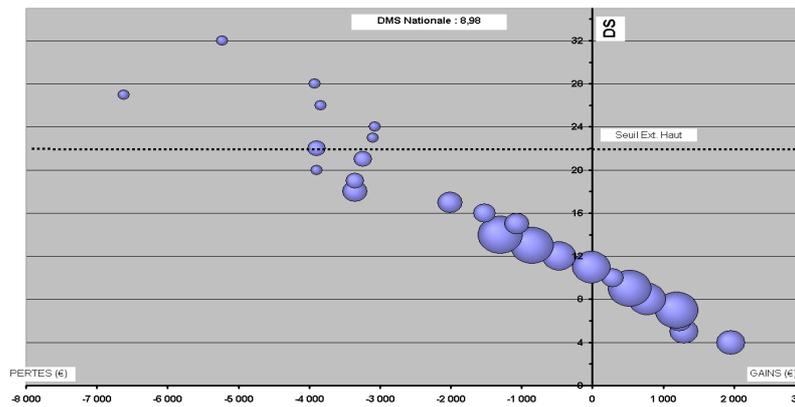
22

public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Des séjours parfois « rentables », parfois (très) coûteux

10M02W Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
(117 séjours)



23

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Comparaison franco-allemande

- En Allemagne : T2A depuis 2004
- Fortes restructurations hospitalières : privatisations d'établissements privés et réduction du nombre de lits (2000-2007) :
 - - 4 % établissements publics
 - - 5 % nb de lits
 - Le poids du privé lucratif est passé de 22% à 30%
- Bilan : + 3,8 % de dépenses hospitalières en 2008, soit plus qu'en France (inférieur à 3%).
- Un tiers des établissements publics en déficit.

24

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Troisième Acte

Le report de la convergence

25

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Les prémices

Rapport de l'IGAS de janvier 2006 :

- Nécessité d'études complémentaires
- Des conséquences en termes d'emploi et d'accès aux soins à mesurer
- Des facteurs de surcoûts exogènes au sein du public (masse salariale = 70 % des charges).

26

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Le dénouement : le report de la convergence

Courrier du 29 avril 2009 du ministre de la santé au président de la FHF :

- La convergence ne peut impliquer identité de financement si différences d'obligations
- Report de la convergence en 2018 pour « réaliser dans la sérénité les analyses nécessaires »

27

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

Assises nationales
cardiologie CH

Épilogue

Revenir à l'esprit
de la convergence

28

Assises nationales
cardiologie CH

Mathieu ROCHER - Convergence
public/privé

La convergence intra-sectorielle

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

La qualité de prise en charge au centre de la convergence

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

Convergence : à suivre...

Merci de votre
attention