

Présent(e)s CME : Guy BENOIT, Anne BUISINE, Catherine BOILEAU, Béatrice CRICKX, Anne GERVAIS, Martine MARCHAND, Valérie PERUT, Christian RICHARD

Présent(e)s CMEL : Michèle BOULE, Alain LUCIANI,

DEFIP : Carine CHEVRIER, Laurence NIVET

DMA : Didier LE STUM

Invités : Franck VON-LENNEP, Denis RAYNAUD

Excusés : Guy SEBAG, Michel ZERAH

**Informations diverses** Guy Benoit souhaite poursuivre dans le programme des CAR à venir, le travail commencé par Anne Gervais (suivi de la trajectoire financière, des investissements, point de suivi de sujets déjà abordés comme l'option Achat-Location). Une étude sur la précarité va être entreprise car la prise en compte de cette activité est importante pour les MIG.

La CAR accueille avec beaucoup d'intérêt Messieurs Franck Von-Lennep directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux (DREES) et Denis Raynaud, adjoint à la sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie qui présentent quatre études sur l'analyse économique du financement et de la production des établissements de santé.

#### **L'évolution des parts d'activités entre 2003 et 2011 en hospitalisation de court-séjour :**

Du fait de la variation de nomenclature, il est toujours difficile de faire des comparaisons sur une longue période. En valorisant les séjours au prix de 2009, il apparaît alors que l'augmentation d'activité entre ces deux périodes a augmenté de 18% pour l'ensemble privé-public mais de 22,9% pour l'hospitalisation publique. Pour ce secteur, cette hausse d'activité est liée pour les 2/3 à une augmentation du nombre de séjours et pour 1/3 à un effet structure, c'est à dire vers des séjours mieux remboursés. Sur cette période, la part d'activité, exprimée en séjours, est restée importante (73%), et stable, en médecine et a augmenté, au détriment du privé lucratif, en obstétrique (+4%) ainsi qu'en chirurgie (+4%). Le nombre de séjours en hospitalisation partielle a doublé dans le secteur public pour atteindre 24,4% des parts d'activités en 2011 mais reste néanmoins nettement moins importante que dans le privé lucratif (67,6%).

#### **L'amélioration de l'efficacité des hôpitaux publics entre 2003 et 2009**

Dans un contexte exigeant à la fois l'accès aux soins pour tous et la maîtrise des dépenses il était nécessaire pour les établissements d'accroître leur performance. L'efficacité productive, produire au moins cher, est la donnée la plus simple à mesurer (contrairement à la qualité). En prenant comme source les SAE, les données PMSI-MCO, la productivité des hôpitaux publics, avec capacité d'hospitalisation MCO, a progressé de 2%/an sur cette période. De 2005 à 2009 les moins productifs s'améliorent mais les écarts se creusent avec les plus productifs.

### **Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé**

Le but de cette étude était de déterminer les facteurs susceptibles d'expliquer l'hétérogénéité des situations financières des établissements de santé en prenant en compte des facteurs structurels et contextuels des établissements.

Il apparaît que la marge d'exploitation des hôpitaux publics se rapproche de celle des cliniques privées, et qu'il y a une augmentation de leur rentabilité économique en 2009. Des facteurs environnementaux influent sur les résultats. Ainsi une plus forte proportion de population urbaine dans le département a un effet favorable sur la rentabilité alors que le nombre de bénéficiaires de la CMUC ou l'augmentation de la concurrence (nombre d'établissements dans un rayon de 50 Km) ont un effet défavorable. Enfin la taille de l'établissement influe également sur la rentabilité : optimum pour les hôpitaux d'environ 800 lits, (500-1000 lits).

### **Les effets de la T2A et concurrence non tarifaire**

Cette étude vise à déterminer les effets induits par la mise en place de la T2A, et l'impact de la concurrence sur la performance des établissements.

L'étude prend comme hypothèse que le remboursement des soins au patient est bon et que l'attractivité repose donc sur la qualité et la réputation de l'établissement. Avec cette hypothèse l'amélioration de la qualité perçue conduit à une augmentation du nombre de patients dirigés vers l'établissement. Une concurrence forte inciterait à améliorer la qualité. Certains pays (Royaume-Uni) mettent en place des indicateurs de qualité par médecin.

Sur la période 2005-2008 l'augmentation d'activité en chirurgie, mesurée en nombre de séjours (9.3%) et la réduction de la durée de séjour (-2.4%) ont été plus importantes dans le secteur public que dans le secteur privé. L'évolution de ces deux indicateurs était d'autant plus importante que la concurrence était forte.

Il existerait donc une complémentarité des effets de la T2A et de la concurrence.

Plusieurs questions, sur des facteurs ayant pu contribuer à cette augmentation d'activité, ou de rentabilité, dans le public, n'ont pas trouvé de réponse :

- l'influence des investissements,
- l'influence la diminution du nombre de malades couverts par une mutuelle,
- l'influence des dépassements d'honoraires (ramenant vers l'hospitalisation publique des patients s'adressant auparavant au privé),

Il ne semble pas que l'amélioration de la productivité se soit faite au prix d'une diminution de la qualité des soins. En effet, si l'on prend comme indicateur la ré-hospitalisation, il n'a pas été observé de différence entre le privé et le public (ce qui est contradictoire avec l'étude de l'IRDES d'avril 2013). La concurrence n'aurait pas non plus d'influence sur le taux de ré-hospitalisation.

Enfin les participants s'interrogent sur la possibilité de continuer à améliorer la productivité au rythme de 2%/an à activité constante et moyens constants et d'une façon générale sur la pertinence d'une augmentation de l'activité (l'état de santé de la population ne se dégradant pas de façon majeure d'une année à l'autre).