



## La tarification des cliniques à la lumière du PMSI

Vincent Bonniol et Laurence Hartmann

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1917>  
ISSN : 1778-7440

**Éditeur**

IDEP - Institut d'économie publique

**Édition imprimée**

Date de publication : 15 décembre 1998  
ISBN : 2-8041-3042-8  
ISSN : 1373-8496

**Référence électronique**

Vincent Bonniol et Laurence Hartmann, « La tarification des cliniques à la lumière du PMSI », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 12 février 2007, consulté le 05 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1917>

---

public economics  
**économie publique**

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

**n° 2** – 1998/2



© De Boeck & Larcier s.a. 1998  
Département De Boeck Université  
Paris - Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite.

*Imprimé en Belgique*

D 1999/0074/138

ISBN 2-8041-3042-8  
ISSN 1373-8496

**économie**publique sur internet : [www.economie-publique.fr](http://www.economie-publique.fr)

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496

Vincent BONNIOL

ARH-PACA et GREQAM, Aix en Provence

Laurence HARTMANN

GREQAM, Aix en Provence

## **1. Introduction**

Depuis la réforme hospitalière de 1991, la réglementation des cliniques privées est soumise à deux types de contraintes dans le cadre des objectifs de maîtrise des dépenses de santé et d'efficacité de l'allocation des ressources. La première contrainte s'est traduite par l'introduction d'un objectif quantifié visant à réguler les dépenses du secteur privé au niveau macroéconomique ; il s'agit du mécanisme de tarification par enveloppe globale. La seconde contrainte concerne l'institution et la généralisation de l'outil d'évaluation de l'activité médico-économique des établissements hospitaliers : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). En permettant d'établir un lien entre l'activité médicale de soins d'une part, et la facturation d'autre part, cet outil met en lumière les inégalités tarifaires entre cliniques.

Dans une perspective de tarification, le PMSI devrait assurer une plus grande équité dans l'allocation des ressources entre les cliniques (celle-ci se traduisant par un prix identique pour une prestation égale). En effet, l'hétérogénéité tarifaire au sein du secteur privé est sans doute l'une des singularités majeures du système actuel de tarification. Si cette caractéristique est assez bien connue des pouvoirs publics [Picard, Vivies, 1995], les facteurs explicatifs d'une telle disparité le sont beaucoup moins. Cette opacité résulte à la fois du caractère libéral de l'offre de soins hospitaliers (absence d'accès aux données comptables) et du caractère approximatif des critères de

comparaison disponibles. Dans ce contexte, l'information délivrée par le PMSI revêt une importance cruciale pour la régulation des dépenses des cliniques, puisqu'elle permet d'appréhender statistiquement des sources de variabilité des facturations. À terme, l'outil devrait être exploité en vue d'une tarification à la pathologie analogue au système de remboursement prospectif des hôpitaux américains participant au programme Medicare et sur la base d'une concurrence par comparaison [Shleifer, 1985].

Le principe du PMSI repose sur une hypothèse simple : le séjour d'un malade dans un établissement de soins peut être décrit par l'un des quelque cinq cents Groupes Homogènes de Malades (GHM). On suppose donc l'homogénéité des cinq cents GHM en coûts unitaires et en activité médicale<sup>1</sup>. En amont, les travaux réalisés sur une vingtaine d'établissements publics volontaires ayant développé une puissante comptabilité analytique commune ont permis d'attribuer, par découpage de leur budget, un coût moyen à chaque GHM. On sait associer à chaque groupe une valeur moyenne en francs ou, de façon équivalente, en « point ISA »<sup>2</sup>. La mise en parallèle de la grille des GHM et de leur valeur associée définit « l'échelle relative de coûts », publiée au bulletin officiel et exprimée en points ISA. À partir des deux éléments précédents — activité d'un établissement décomposée en GHM et échelle relative de coût en point ISA —, on peut aggloméré-

---

1. Si ce principe n'est pas respecté aussi souvent que nécessaire, il est d'autant plus important de le rappeler puisque, d'une part, il sous-tend une grande partie des hypothèses fondant le caractère descriptif de l'outil, et d'autre part, il justifie une profonde politique d'évaluation et d'ajustement continue de l'outil auprès et avec ses utilisateurs. Par ailleurs, le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM s'effectue sur la base d'un recueil d'information exhaustif et réglementaire. Ce recueil (dont le support informatique se nomme RSS pour « Résumé Standard de Sortie ») est à la fois administratif et médical ; il comporte notamment, outre les informations permettant d'identifier le patient, les diagnostics et les actes thérapeutiques principaux effectués durant son hospitalisation. Ce RSS est ensuite soumis à un algorithme dit « de groupage » qui le classe dans un GHM. Ce GHM correspond alors à la signature, anonyme mais quantifiable et interprétable médicalement et économiquement, de l'activité de l'établissement pour le séjour considéré.

2. ISA pour « Indice Synthétique d'Activité ». Les points ISA sont en fait des francs calculés par découpage analytique des budgets, divisés par une constante en francs (par exemple le coût en francs de l'accouchement simple par voie basse sans complication : GHM 540). Cette unité relative a été créée pour permettre des comparaisons de coûts, sans se préoccuper d'une valorisation en véritable unité monétaire. L'hypothèse sous-jacente est que même si certains établissements ne produisent pas au même coût, les prises en charge de malades peuvent être classées les unes par rapport aux autres dans une permanente hiérarchie relative en coûts. En fait cette hypothèse est elle-même malmenée par l'extrême diversité des prises en charge médicale devant un même tableau clinique dans encore une majorité de situations.

rer l'activité d'un établissement en points ISA, et comparer cet agglomérat aux sommes en francs qui lui auront été allouées pour effectuer cette activité. Cette opération constitue le fondement de l'analyse médico-économique de l'activité des établissements de soins.

Ce mécanisme est à l'origine de toutes les comparaisons entre établissements et entre régions pour le secteur public. Il a également été testé pendant plusieurs années dans les cliniques volontaires de «l'expérimentation des 84». C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail. La constitution de la base de données issue de l'expérience a permis d'élaborer une première étude de la tarification des cliniques compte tenu de la classification des prestations en GHM. Bien que cette investigation soit encore exploratoire, elle permet de mettre en évidence quelques sources de variabilité des facturations. Pour présenter cette analyse, nous procédons de la façon suivante. La deuxième section expose les règles de paiement des cliniques et le problème de l'hétérogénéité tarifaire. La troisième section évoque l'impact attendu et observé de ces règles sur le comportement des producteurs. En quatrième section, nous décrivons le contexte de l'expérimentation des «84 cliniques» et le contenu de la base de données. La cinquième section présente une analyse comparative des facturations de cliniques sélectionnées. En conclusion, on met en évidence les principaux effets à l'origine de la variabilité des facturations.

## **2. Les règles de paiement des cliniques**

Le système de remboursement des cliniques repose sur une règle de paiement linéaire (un séjour donnant lieu à une tarification à l'acte et à un ensemble de paiements forfaitaires) et individualisée. Les composantes de la recette globale journalière d'une clinique sont des prix administrés, historiquement déterminés au cas-par-cas. Elles évoluent annuellement sur une base rétrospective et selon une indexation conjoncturelle qui est, aujourd'hui, modulée en fonction de la comparaison de l'objectif quantifié national (OQN) et des réalisations effectives.

### **2.1 La classification des prestations**

La tarification d'une clinique dépend de la prise en compte de trois éléments [Bousquet, 1998]: le mode de traitement, la discipline

médico-tarifaire (DMT) et la prestation. Les modes de traitement les plus courants dans le secteur privé sont l'hospitalisation complète et ambulatoire. Elles représentent environ 90 % de l'activité des cliniques. À chaque discipline de référence (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Moyen-séjour et Psychiatrie) correspond un ensemble de disciplines de prestation (ou DMT) associées à une classification des activités de production (discipline d'équipement). Les tarifs des différentes prestations sont alors définis en référence à ces disciplines médico-tarifaires. En hospitalisation avec hébergement, 88 % en moyenne des remboursements sont expliqués par quatre prix unitaires : les frais d'hébergement et de soins (ou « prix de journée » PJ), les frais de salle d'opération (FSO), les frais pharmaceutiques (PHJ) et les frais de salle d'accouchement (FSA).

Ces tarifs unitaires sont généralement des prix forfaitaires alloués soit par journée d'hospitalisation (PJ, PHJ), soit pour une intervention médicale bien définie (le FSA dans le cas d'un accouchement simple). Par ailleurs, la tarification à l'acte est liée à l'activité du bloc opératoire : la tarification est progressive et proportionnelle à la cotation de l'acte chirurgical<sup>3</sup>. Le remboursement d'une intervention chirurgicale est alors égal au produit des K opératoires par leur prix (FSO). La tarification de l'hospitalisation en chirurgie et anesthésie ambulatoires est semblable : un forfait par admission (forfait d'accueil et de suivi (FAS)<sup>4</sup>), et un paiement fonction de l'acte effectué (FSO ou frais de sécurité et d'environnement (FSE) selon le classement des actes).

D'autres éléments pris en charge par l'Assurance maladie peuvent intervenir dans la facturation d'un séjour (« partie haute du bordereau 615 »)<sup>5</sup>. De plus, les cliniques perçoivent des recettes accessoires, telles que les prestations supplémentaires et autres services à

---

3. La cotation des actes (exprimée en lettre-clé « K » opératoire) est répertoriée par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ; elle traduit le degré de technicité de l'acte chirurgical (nombre de Kc) et de l'acte d'anesthésie et de réanimation (nombre de Kare).

4. Il est notable que le FAS est l'un des rares tarifs homogènes sur l'ensemble du territoire et qu'il varie seulement en fonction du classement de la pathologie dans la NGAP.

5. Le forfait journalier (à la charge de l'assuré) (FJ), le forfait de sismothérapie (FSY), les frais d'accouchement dystocique ou gémellaire (FSG), les frais de séances de soins (SNS), le supplément de chambre particulière (SHO), les produits sanguins (SNG), les frais de transport des produits sanguins (TSG), le grand appareillage (GA), les prothèses internes (PIA), les appareils plâtrés (ACP).

la charge du patient, et des versements d'honoraires par les médecins<sup>6</sup>.

## 2.2 Les autres facteurs d'hétérogénéité tarifaire

En dehors des règles précédentes, les cliniques conventionnées ne sont soumises ni aux mêmes contraintes, ni à la même logique en matière de remboursement. Il en résulte une hétérogénéité tarifaire très importante. Cet état de fait dérive non seulement de l'évolution historique des prix administrés, mais aussi des relations conventionnelles entre établissements privés et Caisse régionale d'assurance maladie [J. Vivies, J. Picard, 1995]:

- depuis les procédures de classement des cliniques en cinq catégories<sup>7</sup>, certains tarifs applicables aux cliniques privées d'une région ont évolué de façon automatique. D'autres établissements ont réussi à bénéficier de mesures tarifaires discrétionnaires,
- entre les régions, le mode de tarification a été influencé par la politique sanitaire et la base de référence de chaque Caisse régionale d'assurance maladie.

Il en résulte qu'une même discipline de prestation peut être associée à des tarifs différents entre des établissements de même classement.

## 2.3 La recette de référence de la clinique

Compte tenu des principaux éléments de facturation et de l'activité hospitalière et ambulatoire, la « recette de référence »  $R_i$  de la clinique  $i$  au cours d'une période donnée résulte d'une règle de paiement linéaire. Si l'on pose que :

---

6. Ces derniers relèvent d'un contrat entre le praticien et sa clinique visant la rémunération de quelques services (secrétariat, location de cabinets de consultation). Il sont caractérisés par une forte dispersion et ne sont pas systématiquement requis par la clinique. Les versements d'honoraires équivalent en moyenne à 15 % des honoraires perçus par le médecin. Les règles régissant les versements d'honoraires dépendent, au plan externe, des pratiques courantes dans une région, et au plan interne, de l'implication financière des médecins dans l'établissement.

7. Arrêtés du 15 Décembre 1977 et du 29 Juin 1978.

- 1)  $j$  indice les disciplines médico-tarifaires d'hospitalisation complète,
- 2)  $h$  indice les disciplines médico-tarifaires d'ambulatoire,
- 3)  $PJ, PHJ, FSO$  sont les vecteurs tarifaires de l'activité ambulatoire,  
ex :  $PJ_j^l$  est le prix de journée que le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation a fixé par avenant tarifaire pour la DMT  $j$  la clinique  $l$ ,
- 4)  $FAS, FSE$  sont les vecteurs tarifaires de l'activité ambulatoire,
- 5)  $Kc, Kare, l, n$  sont les vecteurs d'activité;  $l$  représente le nombre de patients admis en hospitalisation complète et ambulatoire<sup>8</sup>, et  $n_j = \langle l_j, DMS_j \rangle$ ,
- 6)  $m$  est le nombre d'accouchements sans complication, et le tarif qui leur est associé

la recette de référence s'écrit<sup>9</sup>:

$$R_i = \langle (PJ_j^l + PH_j^l), n_j^l \rangle + m^l FST^l + \langle (Kc_j^l + Kare_j^l), FSO_j^l \rangle + \langle (Kc_j^l + Kare_j^l), FSE_j^l \rangle + \langle FAS_{h,j}^l, l_j^l \rangle$$

La centralisation des informations relatives à l'activité des cliniques est récente. C'est pourquoi les comparaisons entre établissements reposent sur des indicateurs médico-économiques simplifiés. Afin de comparer les niveaux de tarification des cliniques, les pouvoirs publics (et notamment les CRAM) ont reconstruit une « recette globale journalière » (RGJ) théorique par lit d'hospitalisation; la tarification linéaire est alors approximée par la tarification forfaitaire suivante :

$$RGJ^l = PJ^l + PHJ^l + \frac{75}{7} FSO^l \quad \forall j$$

Pour la plupart des disciplines médico-tarifaires, le FSO est multiplié par le quotient du nombre moyen de  $K$  chirurgicaux et d'anesthésie (estimé à 75, soit l'équivalent d'une appendicectomie) par la durée moyenne de séjour (évaluée à 7 jours). En normant ces deux variables, on peut apprécier les disparités tarifaires entre cliniques d'une même région et entre régions. L'indicateur a permis aux pouvoirs publics d'effectuer des arbitrages dans une perspective de réduction des écarts et notamment de niveler progressivement les tarifs les moins rémunérateurs. L'utilisation du critère intervient

8. La réglementation de l'activité ambulatoire impose que :  $730 \leq \sum_h l_h^i \leq 365p^i$ , avec  $p^i$  indiquant la capacité (nombre de places) de la structure ambulatoire.

9. Le signe  $\langle \dots \rangle$  symbolise le produit scalaire des vecteurs.

donc dans le cadre de la politique d'harmonisation tarifaire menée depuis la réforme hospitalière.

Néanmoins, le calcul de cette recette globale théorique n'est pas adéquat pour apprécier les sources de variabilité de facturation des cliniques. Tout d'abord, le K chirurgical moyen est supérieur à 75 (notamment dans les services très techniques, dits « hors catégorie »), et la durée moyenne de séjour inférieure à 7 jours. En 1995 par exemple, la durée moyenne de séjour s'établissait en moyenne à 5,3 jours pour l'activité MCO, et le nombre total de K chirurgicaux par entrée à 125. De plus, l'étude de la variation des RGJ entre établissements ne permet pas de rendre compte de la dispersion des tarifs, à travers des écarts qui ne reflètent pas significativement les disparités<sup>10</sup>.

En dépit de la variabilité des facturations, la tarification des cliniques est soumise, depuis 1992, à une régulation macroéconomique uniforme : l'Objectif Quantifié National (OQN). La règle de paiement des cliniques repose donc sur une double logique : le remboursement individuel au coût (apprécié) du service (« tarification au prix de journée ») et une régulation financière nationale (« politique d'enveloppe globale »)

## 2.4 La règle de paiement collective des cliniques

La politique d'enveloppe globale a d'abord été instituée, à titre transitoire, comme seul mécanisme de maîtrise des dépenses, dans l'attente d'une tarification à la pathologie ou au groupe de pathologie, à laquelle on prévoit déjà de la combiner<sup>11</sup>. En référence à un ensemble de règles conventionnelles, une enveloppe globale annuelle de dépenses est allouée au secteur privé dès l'année 1992, sur la base des dépenses enregistrées précédemment. Le mécanisme doit assurer la maîtrise des dépenses de santé, en modérant les effets inflationnistes d'un système de remboursement de type prix fixes par l'introduction de tarifs « flottants ».

---

10. À titre d'exemple, dans la région Languedoc-Roussillon, au 1<sup>er</sup> Novembre 1995, la RGJ varie entre 1 249,72 F et 1 327,31 F pour la chirurgie hors catégorie (soit un écart de 6,2 %), 650,28 F et 848,28 F pour la chirurgie en catégorie A (soit un écart de 30,45 %), et 552,62 F et 702,26 F pour la médecine en catégorie A (soit un écart de 27,08%). Parallèlement, la comparaison plus détaillée des prix de journée révèle des écarts parfois supérieurs à 60 %.

11. Art. 5.5 de l'accord de 1991.

Dans ses principes, la logique de la régulation par enveloppe est simple. On fixe un taux maximum de croissance des dépenses pour une période et une zone géographique. On égalise ensuite l'objectif ex ante et les dépenses *ex post* par une modulation des tarifs. Dans la réalité, le mécanisme consiste aujourd'hui à revaloriser homothétiquement chaque année les tarifs des cliniques sur la base d'un taux qui dépend de la comparaison entre activité prévue et activité réalisée. Il est accompagné de mesures d'harmonisation visant à réduire les écarts tarifaires les plus importants. Néanmoins, ces mesures restent très insuffisantes face à l'ampleur des corrections à effectuer.

Il existe donc une contradiction entre l'application d'un mécanisme uniforme et l'hétérogénéité tarifaire, qui demeure sans doute le trait marquant du système de remboursement des cliniques. Pour autant, il est difficile d'apprécier le poids des facteurs explicatifs de la variabilité des facturations. À ce sujet, l'analyse microéconomique de l'incidence des règles de paiement sur le comportement des offreurs apporte quelques éléments d'éclairage.

### **3. Impact des règles de paiement sur le comportement des cliniques**

La réglementation microéconomique des cliniques repose donc sur des mécanismes de paiement de type « prix fixes » (forfaits) unitaires. En l'absence d'un contrôle individuel des volumes, ces règles de paiement relèvent d'une logique de tarification au « remboursement des dépenses »<sup>12</sup>. Les effets d'une telle règle sont aujourd'hui bien connus [Ellis, MacGuire, 1986; Hodgkin, MacGuire, 1994; Ma, 1994; Mougeot, 1994; Mougeot et Naegelen, 1997, 1998; Newhouse, 1996]: les quantités de prestations deviennent une variable stratégique pour les offreurs, incités par la règle à les multiplier afin d'accroître leur revenu.

---

12. En effet, Mougeot (1994) explique que « lorsque les hôpitaux sont rémunérés en fonction des actes fournis (nombre de journées, nombre de K, de Z ou de B, ... etc) et lorsque le tarif unitaire est fondé sur une observation des coûts, le contrat entre le demandeur (ou plutôt l'assurance maladie) et l'offreur a la forme d'un contrat de remboursement des dépenses (ou contrat « cost plus » dans la terminologie anglo-saxonne) ».

### **3.1 Incidence de l'absence d'élasticité de la demande**

Un premier élément favorisant le développement des comportements stratégiques des offreurs réside en l'absence d'élasticité de la demande par rapport au prix. La grande majorité de la population française accédant aux soins des cliniques bénéficie d'une couverture sociale totale, dès lors que les interventions ont un coefficient technique supérieur à 75 K. La socialisation de la demande entraîne donc une absence d'arbitrage de la part des patients en fonction du prix des soins, dont la sensibilité s'affirme plutôt face à la qualité des soins<sup>13</sup>.

Bien que l'hypothèse d'induction de la demande par l'offre ne soit pas corroborée empiriquement [Jacobzone, Rochaix, 1997], il devient a priori facile pour les producteurs de susciter la demande ou/et de jouer sur la variable qualité afin de capter une part de marché plus importante et d'offrir un volume de soins plus important pour une même pathologie traitée.

### **3.2 Incidence des règles de paiement en présence d'aléa moral et de sélection adverse**

Il existe essentiellement deux limites au contrôle du comportement des offreurs face à la règle de paiement individuelle. D'abord, on a vu que les pouvoirs publics opposent aux cliniques une tarification qui n'a que peu de lien avec leur technologie de production ; les coûts étant inobservables par la tutelle, celle-ci fait face à un problème de sélection adverse, et rembourse globalement l'établissement sur la base d'un coût (historique ou non) annoncé et non révélé<sup>14</sup>. Malgré les mesures de maîtrise de l'évolution des prix (évolution selon un taux de revalorisation administré au niveau central), la déconnexion des prix et des coûts qui en résulte permet donc à certains des offreurs de bénéficier d'une rente, qui est variable selon leur pouvoir de négociation auprès des caisses ou selon l'évolution historique des

---

13. C'est pourquoi les travaux les plus récents reposent sur une formalisation de la demande en fonction de la qualité.

14. u sens de la théorie de la régulation. Se reporter par exemple à Baron et Myerson (1982), Laffont et Tirole (1993), Mougeot (1994) ou Mougeot et Naegelen (1997).

tarifs originels. Face à la règle, les comportements des offreurs peuvent se décliner diversement selon l'arbitrage entre bénéfice du patient et profit du producteur [Ellis, MacGuire, 1986]. Quant à l'incidence du mécanisme d'ajustement collectif des tarifs, il favorise, dans tous les cas (revalorisation ou dévalorisation des prix), les établissements dont la marge sur le coût moyen est forte.

De plus, il est impossible à la tutelle d'imposer aux offreurs une norme en termes d'activité, telles qu'un nombre de journées pour une pathologie, ou encore de contrôler systématiquement la qualité des soins. Face aux prix fixes, la stratégie optimale de l'offreur en situation de risque moral consiste à accroître le volume de prestations et d'accroître la qualité des soins dès lors que la demande est sensible à cet argument.

Quant aux effets de la politique d'enveloppe globale sur le comportement des cliniques, ils sont essentiellement de deux ordres. D'une part, le mécanisme a incité globalement le secteur à se restructurer<sup>15</sup>. Mais d'autre part, il semblerait conduire certains établissements à « une course au volume » [Delpit, Polton, Weill, 1994 ; Bonnet-Galzy et alii, 1995], donc à encourager le comportement de free-riding consistant compenser la baisse ou la stagnation des prix par un accroissement de l'activité.

### **3.3 Hypothèses de comportement**

Qu'il s'agisse de la régulation individuelle ou de la régulation collective des dépenses du secteur privé, les variables stratégiques sur lesquelles peuvent jouer les offreurs sont les quantités de prestations et la qualité des soins. Sans prétendre confirmer les prédictions de la théorie, l'analyse empirique suivante devrait permettre de mettre en évidence que l'hétérogénéité tarifaire du secteur privé n'est pas la seule source de variabilité des facturations. À travers l'étude des facturations moyennes des cliniques, on s'attend en particulier à déceler des éléments explicatifs de cette variabilité, qui tiennent tant à des effets prix qu'à des effets quantités ou des effets de cotation. On s'attend également à des effets d'arbitrage entre quantités de prestations

---

15. On compte la disparition d'environ 2400 lits en MCO sur la période 1991-96, soit environ 3 % des capacités du secteur privé. Ceci résulte essentiellement des opérations de regroupements entre cliniques.

(ou durée moyenne de séjour) et technicité des actes, substituables ou complémentaires selon l'activité des établissements.

Ces questionnements, liés au passage à une tarification à la pathologie, constituent le soubassement de notre analyse statistique, qui repose sur l'exploitation de la base de données PMSI-privé.

## **4. La base de données issue de l'expérimentation des « 84 cliniques »**

La base de données que nous avons exploitée provient de l'expérimentation dite des « 84 cliniques »<sup>16</sup>. Dès son origine, cette expérience a été engagée dans une perspective d'harmonisation des conditions de financement des secteurs hospitaliers public et privé [Briet, Guillaume, 1989] et s'est vue assigner deux objectifs :

- Le premier consiste à mettre en place un dispositif permettant la production de Résumés Standardisés de Sortie (RSS), semblables à ceux produits par les établissements publics de santé, afin de réaliser une analyse médicalisée de l'activité en établissements de santé privés et un classement des séjours en GHM.
- Le second objectif est d'exploiter cette expérience comme support d'évaluation de la faisabilité d'une tarification fondée sur les GHM et de ses conséquences sur les chiffres d'affaires des établissements<sup>17</sup>.

Avant d'exposer le contenu de la base de données, il convient de présenter la spécificité de cet échantillon de cliniques volontaires.

### **4.1 Les établissements expérimentateurs**

L'expérimentation a débuté en mars 1989 avec 16 cliniques volontaires, proposées par les syndicats. Décidée en 1991, l'intégration de 58 cliniques complémentaires s'est réalisée effectivement en juillet 1992,

---

16. On l'appelle également « expérimentation PMSI-privé ».

17. La tarification des établissements privés « à la pathologie » ou « au GHM » trouve ses fondements dans l'accord sur l'Objectif Quantifié National et dans la loi portant réforme hospitalière de 1991.

avec l'aval de la CNIL<sup>18</sup>. En 1993, 10 nouveaux établissements ont rejoint le groupe expérimentateur, que 6 cliniques avaient quitté dans l'intervalle. En 1995 enfin, ont été rattachées les cliniques qui avaient participé en 1994 à l'expérience menée en Languedoc Roussillon sous l'égide de la « Commission ministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification des soins d'hospitalisation ».

Au terme de l'expérience, l'échantillon d'établissements présentait les caractéristiques suivantes :

- Les cliniques de l'expérimentation représentaient 7 % des cliniques, 12 % des lits et environ 13 % des séjours de l'ensemble de la France métropolitaine. Ces cliniques sont essentiellement des cliniques de taille importante : elles ont 128 lits en moyenne pour 75 lits dans l'ensemble des cliniques. De ce fait, seulement 1,6 % des cliniques de moins de 80 lits ont participé à l'expérimentation contre 12,5 % des cliniques de 80 à 160 lits et 37 % des cliniques de plus de 160 lits.
- Toutes les cliniques ayant participé à l'expérimentation sont de catégorie A et 72 % d'entre elles disposent de lits de Soins Particulièrement Coûteux (SPC), pour 86 % des cliniques classées en A et 32 % ayant des lits de SPC pour l'ensemble des cliniques.
- Étant de taille plus importante que la moyenne, les cliniques pratiquant les trois activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sont davantage représentées (17 %), ainsi que les cliniques pratiquant la médecine et la chirurgie (12 %) ; à l'inverse les cliniques uniquement médicales ou chirurgicales sont très peu représentées, respectivement 2 % et 4 %.
- Enfin, en dehors de la région Languedoc-Roussillon, dont les établissements ont été intégrés dans le processus expérimental spécifique engagé en 1994 sous la houlette de la Commission ministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification, certaines régions ne sont pas représentées dans l'expérimentation (Basse-Normandie, Franche-Comté, Limousin, Corse), alors que d'autres assurent une présence proportionnellement plus forte, telles que l'Alsace (18 % de participant), la Bourgogne (14 %) et le Centre (13 %).

---

18. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

En définitive, ces établissements avaient tous un point commun : être volontaires pour mettre en place un recueil systématique d'informations médicales et administratives sur l'ensemble de leur activité de soins. C'est à ce recueil volontaire que l'on doit la constitution de la base de données la plus importante exploitée à ce jour, en France, sur l'activité des cliniques.

## 4.2 La base de données

Support de tous les travaux techniques engagés à partir de l'expérimentation, la base constituée depuis 1991 grâce aux établissements expérimentateurs contient plusieurs millions de Résumés de Sortie Standardisés (RSS), couplés avec autant d'images synthétiques des bordereaux 615 : les Résumés Standardisés de Facturation, ou RSF<sup>19</sup>.

Les données collectées dans ce cadre expérimental fournissent une image encore imparfaite mais déjà instructive de l'activité développée dans ces cliniques : le taux d'exhaustivité atteint globalement 92 % pour l'activité d'hospitalisation, 86 % pour les actes réalisés en ambulatoire et les séances. Ces taux attestent de l'implication des établissements dans un schéma expérimental auquel ils avaient choisi d'adhérer, et de la volonté positive des médecins exerçant dans ces établissements, à qui revient le travail de constitution des RSS.

La base fait ressortir la spécialisation des établissements, dont l'activité apparaît concentrée dans des secteurs bien définis<sup>20</sup> :

- Si la quasi-totalité des GHM y est représentée, 112 GHM suffisent à rendre compte de 80 % des séjours présents dans la base, et 124 concentrent 80 % des journées. En termes de chiffre d'affaires, 102 GHM permettent d'atteindre ce même pourcentage.

---

19. Depuis juillet 1994, ces derniers ont été « enrichis » des honoraires médicaux facturés aux patients durant leur hospitalisation, et sont désormais siglés RSFe.

20. La représentativité de l'échantillon de l'expérimentation est probablement biaisée en ce qui concerne la concentration de l'activité des cliniques sur quelques GHM relatifs aux disciplines Médecine-Chirurgie-Obstétrique. En l'absence d'accessibilité à la base nationale PMSI, il est impossible, dans cette étude, de confirmer ou non d'une concentration standard.

- Le phénomène est plus manifeste encore au niveau de chaque établissement: pour un tiers des cliniques expérimentatrices, 50 % du chiffre d'affaires est réalisé sur 10 GHM ou moins (et pour les autres établissements, 28 GHM au plus suffisent pour assurer la moitié des recettes).

Les informations contenues dans cette base permettent une investigation poussée, notamment dans l'analyse médico-économique des mécanismes d'allocation de ressources aux établissements en comparant les structures de factures associées à l'activité médicale.

## **5. Analyse des écarts entre chiffres d'affaires observés et théoriques**

L'un des axes de cette recherche a été l'analyse des facteurs d'inégalité de ressources entre établissements à activité égale. L'hypothèse est alors la suivante: pour une activité donnée, précisée par un vecteur en GHM  $V(a)$ , si une clinique facture  $S_1$  et une autre  $S_2$ , l'écart  $\Delta S$  dépend des (et peut être expliqué par les) éléments fondamentaux des factures dans les deux cliniques correspondant à l'activité  $V(a)$ . Nous souhaitons donc mettre en évidence des éléments de facturation permettant de mieux appréhender les raisons pour lesquelles certaines cliniques peuvent voir leur recette théorique (calculée sur la base d'une échelle d'allocation des ressources par GHM) s'éloigner de leur recette observée.

Dans le cadre des travaux effectués pour le comité technique de l'expérimentation, plusieurs échelles relatives de prix ont été constituées. Ces échelles ont permis, conformément aux objectifs initiaux de l'expérimentation, de mesurer les écarts entre les sommes de factures observées (appelées « chiffre d'affaires observé ») et les sommes de factures issues de l'échelle de prix (appelées « chiffre d'affaires théorique ou calculé » à partir du PMSI) par établissement<sup>21</sup>. Cela a

---

21. On appelle « chiffre d'affaires » la recette correspondant à l'activité de l'établissement facturée à l'assurance maladie dans le cadre des bordereaux (factures) 615 recueillies à travers les Résumés Standardisés de Facturation, et donc correspondant à l'activité décrite par les GHM de la base. On utilise donc le « chiffre d'affaires » dans le sens de la somme des factures de la clinique, incluant la somme des honoraires médicaux.

permis de mesurer l'impact d'une tarification théorique au GHM sur les cliniques expérimentatrices.

La première phase de l'exploitation de la base a donc consisté à utiliser les échelles en prix afin de procéder à des simulations tarifaires du chiffre d'affaires des cliniques<sup>22</sup>. Il s'agit alors de comparer quelques cliniques dont les simulations révèlent des écarts importants et opposés entre les deux variables : chiffre d'affaires théorique-chiffre d'affaire observé. Il est donc nécessaire de choisir des établissements comparables en taille et en offre de soins consommés. Pour ces établissements, des prix moyens unitaires par GHM et des quantités moyennes d'actes facturés par GHM peuvent être calculés. Le choix de couples d'établissements comparables, mais opposés en prix moyen du point ISA (c'est à dire à activité égale), constitue donc la seconde étape de notre analyse. La troisième phase de notre analyse consiste alors à étudier la facturation afin d'identifier des facteurs explicatifs des écarts. Pour ce faire, nous avons d'abord choisi dans l'activité de ces couples d'établissements des GHM caractéristiques et communs de l'activité des cliniques deux à deux, et parmi ceux reconnus comme étant les plus homogènes médicalement et économiquement. Nous avons ensuite analysé globalement les écarts de facturation observés pour les séjours correspondant à ces GHM, et étudié enfin le détail des factures de ces séjours, en cherchant à évaluer l'impact des différents facteurs sur les écarts.

Les calculs présentés ici sont issus d'une partie réduite de cette base, puisqu'ils ne concernent que quelques établissements expérimentateurs au cours d'une seule année d'activité. Enfin, il convient de noter que nous n'avons pas travaillé ici sur le contenu médical des GHM, pourtant susceptible de modifier une partie de nos conclusions.

## **5.1 Choix des établissements**

Sur la base des simulations réalisées, le choix des établissements a été effectué de la façon suivante. D'une part, deux groupes de cliniques très éloignées en terme de tarification ont été sélectionnés : un premier groupe rassemble les établissements les moins coûteux et le second les établissements les plus coûteux. D'autre part,

---

22. Cf. annexe 1.

nous avons créé un indicateur de similitude établi sur la présence/absence commune entre cliniques des GHM. Il compte les absences ou présences communes pour chaque GHM, entre deux établissements. Le tableau suivant rassemble quelques informations sur une sélection sur une sélection de 29 établissements :

Tableau 1 : **Écarts relatifs entre chiffres d'affaires observés et chiffre d'affaires théoriques<sup>23</sup> par établissement**

Clinique	Écarts relatifs	Étendue du Case-Mix	Effectif expérimental
1	5,68 %	287	3 463
2	- 21,15%	48	75
3	4,83%	252	1 870
4	2,64%	98	282
5	45,98%	7	8
6	- 1,88%	259	2 826
7	6,58%	148	769
8	9,03%	156	865
9	- 2,36%	198	885
10	15,74%	110	412
11	50,79%	90	453
12	- 10,64%	128	605
13	20,29%	120	642
14	6,62%	31	1 402
15	0,29%	111	294
16	- 11,01%	117	634
17	- 21,05%	264	1 630
18	5,85%	135	562
19	- 4,68%	203	2 217
20	- 1,03%	84	142
21	- 8,67%	45	744
22	3,45%	158	893
23	16,73%	117	755
24	8,01%	60	172
25	8,28%	68	230
26	13,60%	179	1 524
27	- 43,51%	30	473
28	20,52%	94	270
29	2,62%	123	372

23. Les chiffres d'affaires observés sont les chiffres d'affaires reconstitués à partir de la somme par clinique des factures fournies au regard des RSS ; les chiffres d'affaires théoriques sont les chiffres d'affaires reconstitués à partir de la somme des valorisations en points ISA de chacun des GHM multiplié par la valeur moyenne du point ISA en francs.

Les écarts relatifs sont calculés à partir de la simulation tarifaire et de la description de l'activité de chaque établissement sur la base de sa structure d'activité en GHM<sup>24</sup>. L'étendue du Case-Mix indique la diversité mineure de l'activité de ses établissements. Les effectifs, assez faibles pour cet échantillon de cliniques, montrent que les établissements sont de taille relativement petite, dont l'exhaustivité des données n'est pas toujours assurée.

La clinique 27 est la plus coûteuse et la clinique 11 la moins coûteuse pour l'assurance maladie. Les cliniques 2 et 5 doivent être écartées de nos investigations en raison d'effectifs trop faibles. Après avoir considéré l'indice de similitude entre activités<sup>25</sup>, on se propose de comparer les établissements 1 et 17 qui présentent à la fois des structures d'activités proches et des facturations éloignées.

Le Tableau suivant expose la liste des prix unitaires moyens<sup>26</sup> pour les établissements sélectionnés : la clinique 1 et la clinique 17.

Tableau 2: Prix unitaires moyens des cliniques 1 et 17

CODACT	Clinique	Nombre de prestations	Moyenne du prix unitaire	Somme	Variance du prix unitaire
FS	C1	19	488,64	9284,14	11491,84
FS	C17	5	530,58	2652,92	8659,46
FSO	C1	2428	16,58	40254,19	1,74
FSO	C17	1586	15,77	25006,03	9,77
FSO01	C1	236	16,29	3843,41	4,61
FSO01	C17	131	19,64	2572,95	21,75
PHJ	C1	3671	26,13	95937,82	32,80
PHJ	C17	1818	35,57	64669,96	25,82
PIA	C1	1058	8862,03	9376024,09	193339424,76
PIA	C17	558	5150,08	2873746,17	95451799,95
PJ	C1	3517	541,47	1904342,34	2460,46
PJ	C17	1639	586,91	961946,56	138,15
PJ01	C1	264	993,33	262238,39	425,31
PJ01	C17	125	937,82	117227,19	21403,20
SHO	C1	18	122,99	2213,75	756,17
SHO	C17	16	143,56	2296,95	1,50
SNG	C1	717	661,66	474406,64	417703,94
TSG	C11	6	17,29	103,73	0,13
TSG	C17	214	17,70	3787,28	0,06

24. Il s'agit de : (chiffre d'affaires théorique — chiffre d'affaires observé)/chiffre d'affaires observé. Il n'a pas été possible de calculer la significativité des écarts, mais les pouvoirs publics considèrent habituellement que les écarts financiers calculés sur la base PMSI ne sont pas significatifs en deçà de 5 %.

25. L'indice de similitude utilisé est fruste ; il a été calculé en considérant pour chaque couple de cliniques le nombre de GHM communs présents ou absents.

26. Pour le détail du code des prestations, se reporter à la première partie de l'étude.

Ce tableau fournit de nombreuses indications. Si l'on s'intéresse aux prix unitaires, on constate immédiatement que les frais de salle d'opération (FSO) sont relativement homogènes entre établissements, de même que les prix de journée (PJ) et, dans une moindre mesure, que les frais de pharmacie (PHJ). En revanche, on constate de forts écarts pour les prothèses (PIA) et le sang (SNG). S'il est vrai qu'en dehors d'une activité comparable nous devons garder prudence, la variabilité interne des prix dans chaque clinique nous conduit malgré tout à nous interroger sur les pratiques de tarification de ses éléments qui sont restés longtemps libres à la facturation et remboursés par l'assurance maladie.

## 5.2 Analyse comparative détaillée entre la clinique 1 et la clinique 17

Ces deux établissements ont un score de similitude de 318 et plus de 260 GHM chacun. Ils sont essentiellement spécialisés en chirurgie, notamment digestive, hépatico-biliaire et orthopédique. À ce stade de l'étude, nous mettons l'accent sur l'analyse de quatre GHM communs extraits des calculs effectués pour tous les GHM de chacun des deux établissements. Le choix de ces GHM permet d'illustrer les tendances générales de la facturation des deux cliniques. La comparaison porte sur les éléments suivants : la partie haute (clinique) et basse (médecine) du bordereau 615 (facture totale), la durée moyenne de séjour (à laquelle on devrait associer les prix de journée et les frais de pharmacie), le nombre moyen de prestations (frais de salle d'opération prix de journée et autres éléments de facturation), les valeurs en francs des tarifs (frais de salle d'opération prix de journée et autres éléments de facturation).

**GHM 51 : « Intervention sur le cristallin »**

	Effectif	Facture clinique moyenne	Facture médicale moyenne	Durée moyenne de séjour	Nombre moyen FSO	Nombre moyen PJ	Nombre moyen autres	Prix moyen SFO	Prix moyen PJ	Prix moyen autre
C1	96	4895,7	62,94	2,25	128,98	2,25	1,04	16,78	523,29	1494,15
C17	46	6526,74	3227,55	2,98	197,07	2,98	1,00	17,18	585,48	1396,35

Dans le traitement du GHM 51, la clinique 17 est plus coûteuse que la clinique 1 de 35 % : non seulement elle facture davantage de frais de salle d'opération (53 %) et plus de journées (32 %), mais ses tarifs sont plus avantageux. Lorsque l'on prend comme référence les

prix et les quantités de prestations de la clinique 1 (moins coûteuse), on constate que l'écart entre les deux facturations est expliqué par un effet prix relativement faible (2 %) et un effet quantité important (30 %). On observe des cotations différentes pour un GHM cliniquement reconnu comme homogène.

**GHM 213: «Grosse chirurgie digestive»**

	Effectif	Facture clinique moyenne	Facture médicale moyenne	Durée moyenne de séjour	Nombre moyen FSO	Nombre moyen PJ	Nombre moyen autres	Prix moyen SFO	Prix moyen PJ	Prix moyen autre
C1	40	48616,95	1231,69	22,55	204,25	22,50	5,40	18,26	863,35	4715,18
C17	12	73919,59	13215,08	22,67	299,17	22,67	6,08	27,43	1603,84	4828,04

Nous remarquons, à nouveau, que la cotation en frais de salle d'opération de la clinique 17 est pratiquement supérieure de 50 % à celle de la clinique 1 ; et si la durée de séjour est quasi homogène, les tarifs unitaires des prix de journée et frais de salle d'opération facturés accentuent encore l'écart de facturation entre ces deux établissements : les écarts s'élèvent respectivement à 86 % et 50 %. La reconstruction des facturation sur la base des variables de la clinique 1 permet d'identifier un effet prix de 39 % et un effet quantité de 10 % (essentiellement dû à la cotation médicale de l'acte). Au final, par rapport à la clinique 1, la clinique 17 est plus coûteuse de près de 52 % pour ce GHM.

**GHM 225: «Appendicectomie simple»**

	Effectif	Facture clinique moyenne	Facture médicale moyenne	Durée moyenne de séjour	Nombre moyen FSO	Nombre moyen PJ	Nombre moyen autres	Prix moyen SFO	Prix moyen PJ	Prix moyen autre
C1	122	3909,72	121,59	4,96	51,72	4,90	1,05	16,57	526,65	449,65
C17	19	5165,16	2268,99	5,11	100,70	5,11		19,88	619,03	

Les coefficients de frais de salle d'opération pour ce GHM standard confirment encore les écarts de pratique de cotation entre établissements pour une activité médicale très homogène. Dans le cas du GHM 225, la clinique 1 a l'habitude de coter l'appendicectomie en K50, alors que la clinique 17 la cote en moyenne à K100! Cet écart est tout à fait exemplaire dans le cadre des sources d'iniquité dans le système de tarification actuel : un même acte payé deux fois plus cher entre deux cliniques par ailleurs comparables. L'écart en facturation moyenne est d'environ 32 %, mais il ne traduit pas l'étendue de l'écart total entre les deux factures totales présentées à l'assurance maladie, puisque la partie honoraire est directement proportionnelle au

coefficient du « K opératoire ». L'effet prix s'élève ici à 4 % : son niveau relativement faible ne reflète pas la variabilité des prix de chaque prestation : la clinique 1 compense des tarifs relativement par la facturations de prestations accessoires. L'effet quantité joue à hauteur de 12 % : il est essentiellement imputable à la cotation médicale.

**GHM 274 : « Cholecystectomie compliqué »**

	Effectif	Facture clinique moyenne	Facture médicale moyenne	Durée moyenne de séjour	Nombre moyen FSO	Nombre moyen PJ	Nombre moyen autres	Prix moyen SFO	Prix moyen PJ	Prix moyen autre
C1	33	10691,32	284,92	7,24	122,73	7,15	2,06	17,68	550,02	2227,58
C17	17	11140,53	5724,85	5,94	236,91	5,94	0,82	25,54	706,72	1087,72

Tout en conservant un écart majeur sur les éléments de cotation de l'activité chirurgicale (122 à 236, soit encore presque du simple au double en cotation FSO), on observe enfin ici un exemple des effets de compensation des éléments de facturation : les effets prix et quantité jouent en sens inverse. En effet, la clinique 17 facture moins de prestations à hauteur de 17 %, mais ses prix entraînent un écart de 10 % (effet qui est renforcé par une cotation médicale plus importante). Les effets se conjuguent, se compensent parfois, et l'on observe que la clinique 17 est, en définitive, 4 % plus coûteuse que la clinique 1 pour la partie clinique de la facture. La partie honoraire risque, ici encore, d'accroître l'écart des factures présentées au remboursement.

Globalement, les prix unitaires moyens entre cliniques étudiées ici sont souvent comparables (cf. Tableau 1). Ils expliquent donc mal, à eux seuls, les écarts entre cliniques pour leurs prix moyens par GHM.

- Les établissements avantagés ou pénalisés par les simulations ne semblent pas pouvoir être caractérisés par des règles simples et systématiques. La tendance explicative générale entre les deux établissements 1 et 17 est la suivante : les effets de cotations sont importants, plutôt plus importants que les effets prix unitaires, plus importants aussi que ce que l'on attendait. Globalement, il y a 60 KFSO d'écart moyen par GHM non pondéré entre les cliniques 1 et 17, et environ 30 KFSO d'écart moyen pondéré par le nombre de séjours.
- Certains écarts de prix ne se justifient pas à travers les éléments analysés, et des écarts de cotation importants

apparaissent, y compris pour des GHM médicalement homogènes. Enfin, des pratiques de cotation différentes et des utilisations différentes de tarifs pour des séjours *a priori* homogènes apparaissent très clairement pour expliquer les plus grands écarts.

C'est l'ensemble de ces éléments (souvent antagonistes entre eux) qui conduit à des valeurs moyennes de tarif par GHM très différentes entre deux établissements opposés sur le graphe des simulations. Et c'est de l'ensemble de ces effets de cotation, de prix, et de pratique que les valeurs moyennes du point d'activité peuvent s'écarter pour certains établissements.

## Conclusion

À travers cette analyse, nous avons souhaité mettre en évidence deux caractéristiques principales de la tarification des cliniques : l'hétérogénéité tarifaire d'une part, l'hétérogénéité des pratiques médicales d'autre part. Si l'étude empirique gagnerait à être étendue à un échantillon représentatif de cliniques afin d'en inférer des tendances générales, son intérêt est de mettre à jour l'existence d'un effet quantité important pour expliquer la variabilité des facturations des établissements privés.

En particulier, pour un couple d'établissements et quatre GHM étudiés, il apparaît que l'une des cliniques (« coûteuse ») a tendance à facturer le traitement d'un patient de 4 % à 52 % plus cher par rapport à l'autre. L'effet prix varie de 2 à 39 % et l'effet quantité de -17 à 30 %. Ce dernier peut être décomposé de la façon suivante : un effet cotation qui joue en moyenne pour 50 %, et une durée moyenne de séjour toujours légèrement supérieure. Pourtant, l'effectif traité par la clinique coûteuse est toujours relativement faible par rapport à l'autre. Il semble donc ici que ce soit l'établissement bénéficiant de tarifs élevés qui a tendance à multiplier les actes et les journées facturés ; en général, lorsque un établissement traite un grand nombre de patients, celui-ci a intérêt à limiter la durée moyenne de séjour et à assurer une rotation importante des cas : en effet, le chiffre d'affaire d'une clinique croît plus vite avec le nombre de K opératoires (et donc avec le nombre de patients) qu'avec le nombre de journées de séjour. Ceci n'explique cependant pas la variabilité des pratiques de cotation

médicale, qui devrait être relativement homogène compte tenu de la codification des actes dans la NGAP<sup>27</sup>.

Cette illustration de la variabilité du comportement des cliniques sous-tend qu'un prix égal pour toutes les cliniques — notamment à travers des mesures d'harmonisation des tarifs — ne conduirait pas nécessairement à une prestation égale pour les patients et un coût identique pour l'assurance maladie. En revanche, on peut supposer que seule la substitution d'un système de tarification à la pathologie au système actuel de tarification à l'acte devrait inciter à une plus grande homogénéité des pratiques médicales au sein du secteur privé<sup>28</sup>. En effet, une tarification au GHM mettrait à plat l'actuelle réglementation construite sur l'ancienne classification de la NGAP. Seule l'absence de recul concernant l'actuelle classification des GHM incite à une certaine prudence : si l'homogénéité d'une partie des groupes est acquise, elle n'est pas encore assurée pour l'ensemble des GHM.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier vivement les deux référés anonymes de leurs précieux commentaires et suggestions qui ont largement contribué à l'élaboration de cet article.

---

27. Nomenclature Générale des Actes des Professionnels. Une analyse des caractéristiques des patients permettant de s'assurer de l'homogénéité de la population dans les deux cliniques fait défaut.

28. La politique de standardisation de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des patients, mises en œuvre par les ARH et l'ANAES, devrait déjà déboucher sur une réduction de cette hétérogénéité.

## Annexe 1

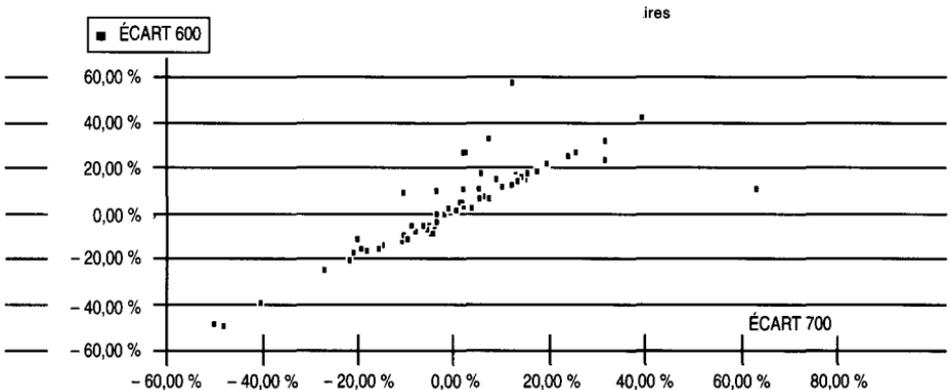
Dès le mois de juin 1994, une procédure de calcul d'échelle a été mise en place. En juillet 1994 deux échelles en prix relatifs, l'une calculée sur la base de 700 000 couples RSS-RSF, l'autre sur une base «nettoyée» comportant alors 600 000 couples ont été calculées. Un calcul de médianes de prix en francs par GHM calculées sur l'ensemble de la base, divisées par la plus petite des médianes, a rendu deux premières échelles.

Ces échelles relatives suivent bien la logique des GHM : complications et comorbidités majorent le prix du séjour «simple» correspondant. Elles sont très bien corrélées l'une à l'autre, ceci traduisant vraisemblablement la robustesse de la procédure de calcul ainsi que certainement l'inertie interne de la base.

Les simulations de chiffres d'affaires (CA) ont également été calculées. Pour cela, il a été nécessaire de calculer le chiffre d'affaires de chaque établissement en «point relatif» en fonction de l'activité décrite par son éventail de cas. Chaque GHM a été valorisé par le nombre de points relatifs lus dans l'échelle pour obtenir les CA théoriques en points relatifs de chaque clinique. La valeur générale du point est calculée en divisant le total des CA en francs par le total des CA en points. Le CA théorique en francs de chaque établissement a été calculé en faisant le produit de son CA théorique en points relatifs par la valeur générale du point relatif.

Globalement identiques, les écarts se situent presque tous entre -30 % et +30 %. Les écarts plus importants sont constatés pour quelques établissements qui n'ont pas une représentativité satisfaisante de leur éventail de cas, car ayant peu de séjours dans la base.

Corrélation des écarts de chiffres d'affaires entre simulations 600 et 700



Les rares écarts importants entre les deux simulations concernent ici encore deux ou trois établissements qui ont subi de très fortes pertes en nombre de séjours pendant le «nettoyage» de la base et qui devraient ne plus figurer dans nos calculs.

## Bibliographie

- BARON D.P., MYERSON R.B., Regulating a monopolist with unknown costs, *Econometrica*, 1982, vol. 50, n° 4, pp 911-930.
- BONNET GALZY et alii (ENA), *L'harmonisation des conditions de régulation des secteur public et privé hospitalier*, La Documentation Française, 1995.
- BOUSQUET F., La tarification des établissements privés hors dotation globale, note pour le CNEH, 1998.
- BRIET R., GUILLAUME M., Rapport sur l'harmonisation des systèmes de financement de l'hospitalisation publique et privée, 1989.
- Commissariat Général du Plan, (Delpit, Polton, Weill), Rapport Soubie-Portos-Prieur, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, La Documentation Française, 1994.
- ELLIS R. P. et MAC GUIRE T.G., Provider behavior under prospective reimbursement, cost sharing and supply, *Journal of Health Economics*, 1986, 5, 129-151.
- HODGKIN D., MAC GUIRE T.G., Payment levels and hospital response to prospective payment, *Journal of Health Economics*, 1994, 13, 1-29.
- JACOBZONE S., ET L. ROCHAIX, L'hypothèse de demande induite : un bilan économique, *Économie et prévision*, 1997, pp. 25-36.
- LAFFONT J.J. ET TIROLE J., *A theory of incentives in procurement and regulation*, MIT Press, 1993.
- MA A.C-T, Health care payment systems: cost and quality incentives, *Journal of Economic and Management Strategy*, MIT, 1994, vol. 3, 1, 113-142.
- MOUGEOT M., *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, 1994.
- MOUGEOT M., et F. NAEGELEN, La régulation contractuelle de l'offre de soins, Rapport MIRE, 1998.
- MOUGEOT M., NAEGELEN F., La réglementation hospitalière : tarification par pathologie ou achat de soins?, *Économie et prévision*, 1997, pp. 207-220.

NEWHOUSE J.P., Reimbursing Health Plans and Health Providers : Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature*, 1996, Vol. XXXIV, pp. 1236-1263.

PICARD S. et VIVIES J., Contribution à l'étude de la tarification des établissements privés d'hospitalisation, Rapport n° 95091 de l'IGAS, Juillet, 1995.

SHLEIFER A., A theory of Yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 1985, 16, 319-327.

## Résumé

En France, le secteur hospitalier privé est rémunéré sur la base d'une règle de remboursement du coût. On observe par conséquent une forte hétérogénéité des prix des prestations entre cliniques privées. Pour autant, ce facteur ne suffit pas à expliquer la variabilité du coût pour l'assurance maladie du séjour d'un patient dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Dans cet article, une analyse empirique comparative met en évidence l'importance d'un « effet pratiques médicales » à l'origine de l'hétérogénéité des facturations, qui semble traduire en partie l'impact de la règle de paiement sur le comportement des offreurs.

## Abstract

The payment rule of french profit-making hospitals is a cost-based reimbursement rule. Consequently, a significant heterogeneity of services prices can be observed in this sector. However, the cost variability for health insurance of a patient stay in a medically homogeneous group also depends on others determinants. In this paper, a comparative empirical analysis emphasizes the extent of a « medical practices effect » in invoicing heterogeneity that seems to point partially to the impact of the payment rule on suppliers behavior.

## Mots-clés

Économie de la santé ; Régulation de l'offre de soins médicaux ; Règles de remboursement du coût ; Effet des pratiques médicales ; Tarification à la pathologie.

**Key-words**

Health economics; Regulation of health care supply; Cost-based reimbursement rules; Medical practices effect; Prospective payment.

**Classification JEL**

I11; I18; I19; L51