

DATA
FHP-MCO

CHIRURGIE

**TENDANCES
ET PARTS
DE MARCHÉ**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

UNE PUBLICATION
DE LA FHP-MCO
JUN 2017

N°2



SOMMAIRE

Une chirurgie privée incontournable	3
Un point de méthode	4
L'ÉVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ	
Le secteur privé perd des parts de marché	5
L'augmentation de l'activité en chirurgie profite davantage au secteur public	6
Les activités chirurgicales emblématiques restent stables	7
La place de la chirurgie lourde	8
La distribution de la chirurgie par catégorie majeure de diagnostic (CMD) est très variable	9
Chirurgie ambulatoire : le différentiel entre les secteurs s'accroît au profit du privé	10
L'activité interventionnelle reste supérieure dans le secteur privé	11
L'activité interventionnelle cardiovasculaire progresse plus vivement à l'hôpital	12
QUI FAIT QUOI AUJOURD'HUI ?	
Répartition des parts de marché par racines	13
Quel case mix pour quel établissement ?	16
Les patients accueillis en chirurgie sont plus âgés dans le secteur privé	17
La sévérité des patients pris en charge	18

UNE CHIRURGIE PRIVÉE INCONTOURNABLE

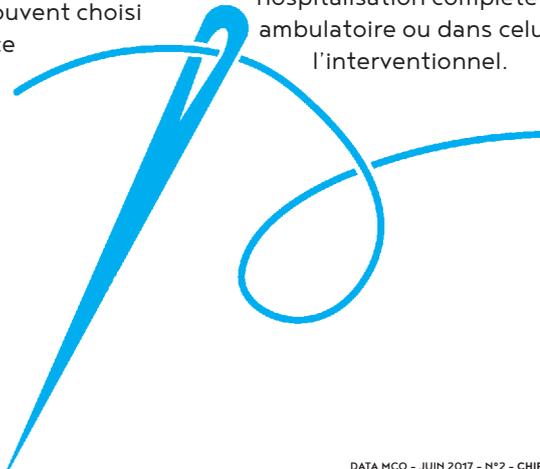
À l'heure où l'hôpital public constitue ses GHT, quelle est la place des chirurgiens libéraux et des établissements de santé privés dans la chirurgie en France ?

La chirurgie exercée dans les établissements de santé privés s'est développée en France au fil du temps à l'intérieur du cadre réglementaire historique défini par les pouvoirs publics et dans lequel ils pouvaient facilement recruter des médecins qualifiés.

L'ophtalmologie, la chirurgie orthopédique ou urologique sont par exemple des activités largement développées dans les établissements de santé privés, parce que ces médecins spécialistes ont souvent choisi un mode d'exercice libéral.

Les évolutions observées depuis 2009 montrent que si le secteur privé ne s'est pas affaibli (ses chiffres augmentent dans tous les domaines), le secteur public à quant à lui progressé beaucoup plus vite. Grâce à la T2A, ce dernier a profité davantage des facteurs bien connus d'augmentation de la consommation de soins : la croissance et le vieillissement de la population.

Le secteur privé où exercent des intervenants libéraux (chirurgiens ou non) occupe une place incontournable dans l'organisation de l'offre de soins chirurgicaux, que ce soit dans le champ de la chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire ou dans celui de l'interventionnel.



UN POINT DE MÉTHODE

Cette étude a été réalisée à partir des bases PMSI MCO 2009 à 2015.

Qu'est-ce que la chirurgie lourde ?

Au début du PMSI, il avait été jugé opportun de distinguer les activités de soin en fonction de leur lourdeur, chacun comprenant bien la différence entre des activités requérant des niveaux de compétence et d'équipement très différents.

Pour qualifier cette lourdeur, l'ATIH avait élaboré une méthodologie comportant une analyse statistique assez complexe, utilisant principalement, par racine de GHM, la DMS, la part de séjours ayant comporté au moins deux suppléments de soins critiques, et la distribution sur les niveaux de sévérité au sein de la racine.

L'ATIH a publié jusqu'à la version 11c de la classification (utilisée en 2011) une table indiquant pour chaque racine son caractère lourd ou moins lourd, mais elle n'a pas maintenu cette table par la suite.

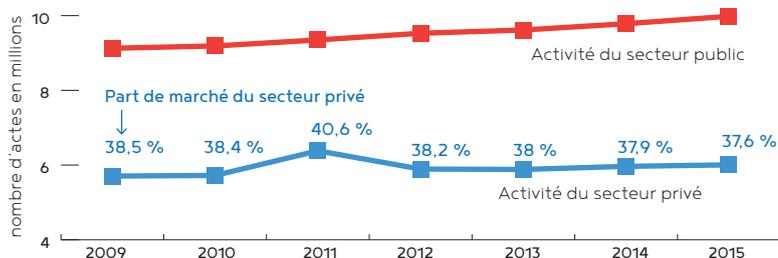
Depuis cette version 11c, la classification PMSI s'est enrichie de 77 nouvelles racines (souvent des dédoublements de racines anciennes, ou des réaménagements des CMD 14, 15 et 17), pour lesquelles l'ATIH n'a pas précisé le caractère de lourdeur. Pour ces 77 nouvelles racines qui concentrent 9,5 % de l'activité de chirurgie, la FHP-MCO a extrapolé la méthodologie d'évaluation de la « lourdeur » par analogie avec les racines d'où elles étaient issues. En effet, faute d'accès aux données détaillées nécessaires, la méthodologie statistique de l'ATIH n'était pas applicable.

L'ÉVOLUTION DES PARTS DE MARCHÉ

LE SECTEUR PRIVÉ PERD DES PARTS DE MARCHÉ

L'activité de chirurgie était jusqu'alors produite majoritairement par le secteur privé. La mise en œuvre de la T2a a rebattu les cartes en dynamisant le secteur public dont l'activité progresse deux fois plus vite que celle du privé.

Activité hospitalière médecine, chirurgie, interventionnelle et « non définie » (GHM en Z), hors CMD 14 et 15 (obstétrique mère et enfant) et hors activités en séance.



L'AUGMENTATION DE L'ACTIVITÉ EN CHIRURGIE PROFITE DAVANTAGE AU SECTEUR PUBLIC

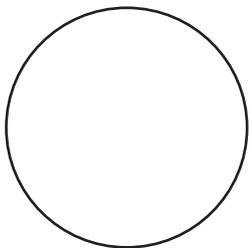
Bien que le secteur privé continue à progresser et conserve sa place de premier producteur d'actes de chirurgie, sa part de marché connaît une érosion modérée et se trouve challengée.

La progression du secteur public est en revanche très significative. Au plan national, son évolution est à rapprocher de celle de son activité totale.

Si l'activité chirurgicale globale augmente de 7,78 %, celle réalisée à l'hôpital croît de 9,36 % alors qu'en clinique elle progresse de 5,25 % (2009-2015).

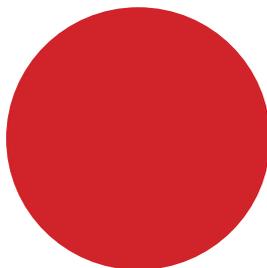
Augmentation totale de l'activité chirurgicale

7,78 %



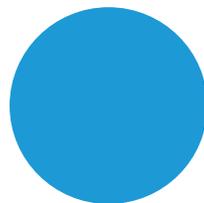
Augmentation de l'activité chirurgicale, secteur public

9,36 %



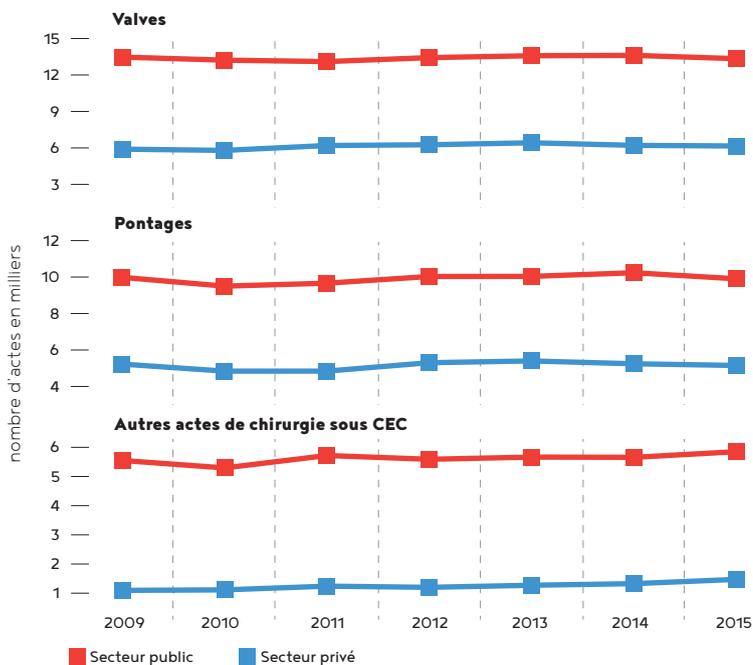
Augmentation de l'activité chirurgicale, secteur privé

5,25 %



LES ACTIVITÉS CHIRURGICALES EMBLÉMATIQUES RESTENT STABLES

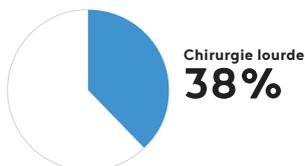
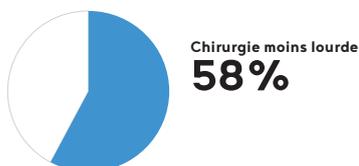
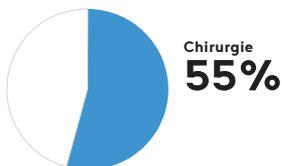
Dans le champ d'activité circonscrit de la chirurgie cardiaque sous CEC, on observe une grande stabilité de l'activité et de la répartition entre secteurs, malgré l'augmentation et le vieillissement de la population (2009-2015 : + 0,9 % pour le secteur privé). Des analyses plus ciblées montrent que les activités interventionnelles innovantes sont apparues en complément de la chirurgie sous CEC classique.



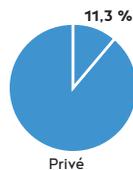
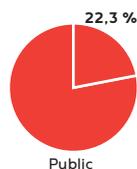
LA PLACE DE LA CHIRURGIE LOURDE

Le secteur privé prend en charge 38 % de la chirurgie lourde nationale (voir définition p. 4). Cette activité représente 11 % de l'activité du secteur privé, et 22 % de celle du secteur public.

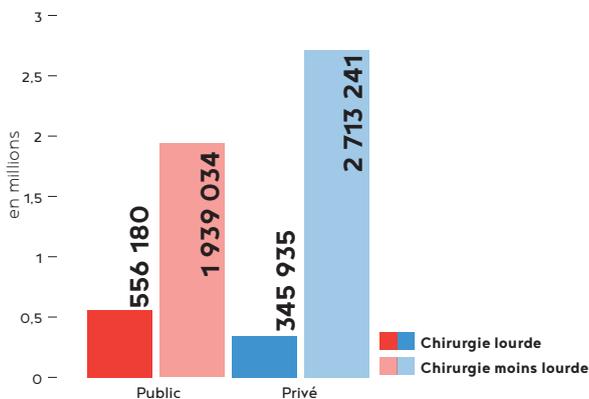
Part de marché du secteur privé



Poids de la chirurgie lourde par secteur



Nombre d'actes



LA DISTRIBUTION DE LA CHIRURGIE PAR CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC (CMD) EST TRÈS VARIABLE

Neurologie. La CMD 1 rend compte à la fois des activités de neurochirurgie lourdes pour lesquelles les autorisations données au secteur privé sont rares, et de la chirurgie du canal carpien, activité moins lourde, fréquente, et largement réalisée en secteur privé.

Ophthalmologie. Dans la CMD 2 aucun GHM n'a été classé lourd par l'ATIH, en raison de la méthodologie retenue, même si, par exemple, la chirurgie de la rétine est plus complexe que celle du cristallin.

Chirurgie bariatrique. Dans la CMD 10, le taux élevé du caractère lourd dans le secteur privé est lié au développement spectaculaire ces dernières années de la chirurgie bariatrique par gastrectomie longitudinale.

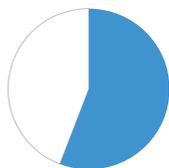
Affection de l'appareil génital masculin. Pour la CMD 12, la part de marché du secteur privé est à rapprocher de la démographie des chirurgiens urologues (historiquement plus des 2/3 des urologues exercent en secteur libéral).

Orthopédie. Il en est de même pour les chirurgiens orthopédistes (CMD 8), même si une grande partie de la chirurgie orthopédique est liée à la traumatologie et à l'accueil des urgences, préférentiellement orientées vers le secteur public.

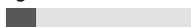
Part de la spécialité dans la chirurgie totale



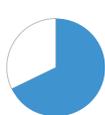
25 % orthopédie



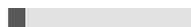
dont privé
55,6%



16 % ophthalmologie



dont privé
68,5%



9 % digestif

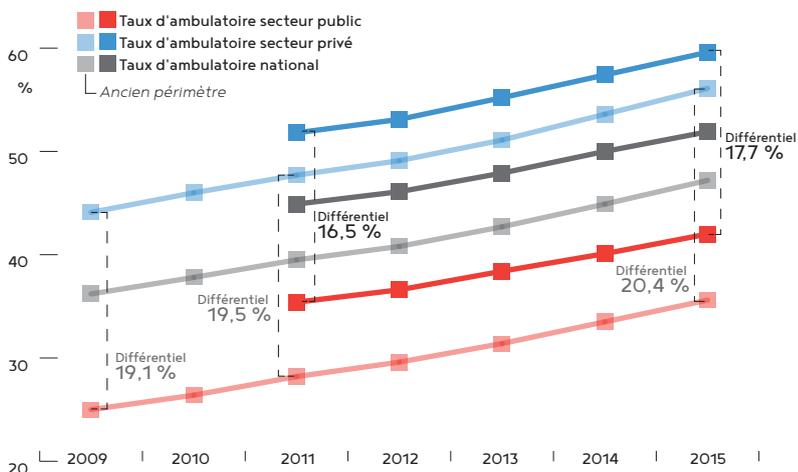


dont privé
45,1%

CHIRURGIE AMBULATOIRE : LE DIFFÉRENTIEL ENTRE LES SECTEURS S'ACCROÎT AU PROFIT DU PRIVÉ

Fortement présente en secteur privé depuis le début des années 90, la chirurgie ambulatoire continue à s'y développer à un rythme plus soutenu que dans le secteur public.

Depuis 2014, le ministère a introduit dans le champ de la chirurgie ambulatoire des activités précédemment non incluses en raison de leur caractérisation dans la classification PMSI (des GHM en K comme : extraction dentaire, IVG, etc.) et dont certaines sont majoritairement réalisées à l'hôpital. La définition de ce nouveau périmètre réduit le différentiel de 3 points entre les deux secteurs. En 2009, ce différentiel s'élevait à 19,1 % (16,5 % selon le nouveau périmètre) et en 2015 à 20,4 % (17,7 %).

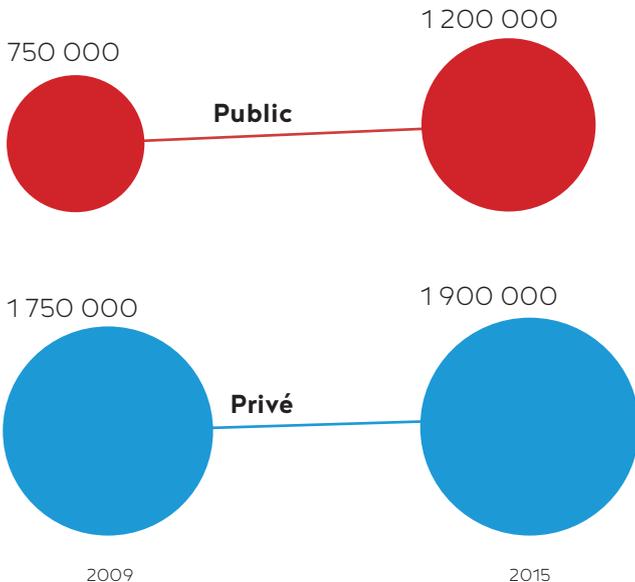


L'ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE RESTE SUPÉRIEURE DANS LE SECTEUR PRIVÉ

L'augmentation de l'activité publique est toutefois légèrement plus dynamique que celle des cliniques.

L'activité interventionnelle est difficile à cerner dans la mesure où le PMSI regroupe dans le même type de GHM en K, à la fois les activités d'endoscopie digestive et celles de radiologie ou cardiologie interventionnelles sophistiquées.

En nombre de séjours



L'ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE CARDIOVASCULAIRE PROGRESSE PLUS VIVEMENT À L'HÔPITAL

Cette activité, tous secteurs confondus, a doublé en 8 ans.
L'augmentation profite davantage au secteur public.

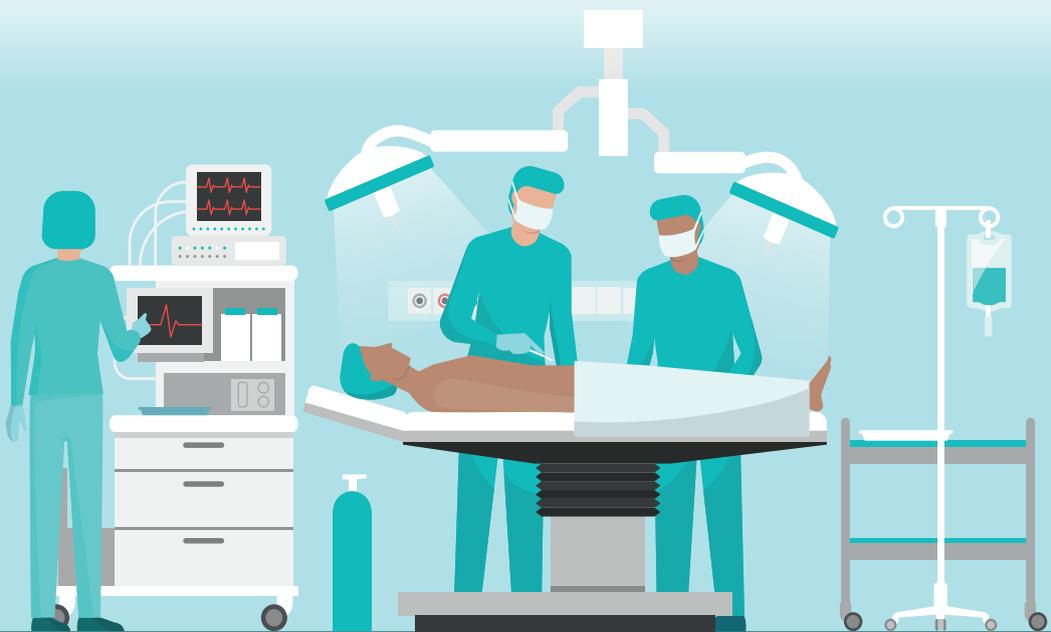
Secteur public : **+ 115,5 %**

Secteur privé : **+ 88,5 %**

Secteurs confondus : **102,7 %**

Si on applique ici la même méthode qu'en chirurgie pour évaluer la lourdeur des actes, nous constatons que sont réalisés deux fois plus d'actes interventionnels lourds dans le secteur public que dans le secteur privé.

Il faut noter que c'est le poids de l'endoscopie digestive qui impacte très fortement ce résultat car les trois quarts des presque 1,5 million d'endoscopies digestives isolées sont réalisées dans le secteur privé.



QUI FAIT QUOI AUJOURD'HUI ?

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ PAR RACINES

Quelles sont les activités chirurgicales les plus courantes ?

51 % de l'activité en chirurgie correspond à seulement 55 racines de GHM. Ces derniers représentent 63 % de l'activité des cliniques et 35 % de celle de l'hôpital.

Le secteur privé prend en charge par exemple 87,9 % des téno-synovectomies du poignet et 65,3 % des prothèses de genou.

Des autorisations refusées au secteur privé (données 2015)

Pour ces 3 groupes d'actes, le secteur privé n'a jamais obtenu d'autorisation :

- la pose d'implants cochléaires,
- les interventions chirurgicales pour nouveau-né groupes 8, 9 et 10,
- toutes les racines de GHM qui correspondent aux transplantations d'organes.

LES RACINES (CHIFFRES 2015)

Racine	Libellé	Effectif public 2015	Effectif privé 2015	Effectif France 2015	Part de marché privée
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	6 509	17 031	23 540	72,3 %
01C15	Libérations du médian au canal carpien	37 944	89 632	127 576	70,3 %
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	207 786	580 542	788 328	73,6 %
02C08	Autres interventions extraoculaires, âge > à 17 ans	24 743	42 879	67 622	63,4 %
02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculotomie	1 808	3 643	5 451	66,8 %
02C13	Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge < à 18 ans	2 843	5 136	7 979	64,4 %
03C06	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans	723	1 352	2 075	65,2 %
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	12 785	27 197	39 982	68,0 %
03C09	Rhinoplasties	11 360	22 507	33 867	66,5 %
03C11	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	3 992	6 037	10 029	60,2 %
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	8 011	20 797	28 808	72,2 %
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	1 910	5 753	7 663	75,1 %
03C17	Interventions sur la bouche	6 505	12 928	19 433	66,5 %
03C19	Ostéotomies de la face	3 520	7 013	10 533	66,6 %
03C21	Interventions pour oreilles décollées	4 584	8 984	13 568	66,2 %
03C27	Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	4 676	9 593	14 269	67,2 %
03C28	Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	19 827	47 404	67 231	70,5 %
03C30	Interventions sur l'oreille externe	858	1 718	2 576	66,7 %
05C17	Ligatures de veines et évinèges	33 753	78 877	112 630	70,0 %
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05	3 864	5 985	9 849	60,8 %
06C19	Hémorroïdectomies	11 387	23 319	34 706	67,2 %
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	764	1 644	2 408	68,3 %
08C24	Prothèses de genou	34 363	64 643	99 006	65,3 %
08C27	Autres interventions sur le rachis	22 563	41 543	64 106	64,8 %
08C33	Interventions sur la cheville et l'arrière-pied à l'exception des fractures	3 986	6 171	10 157	60,8 %
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	9 067	35 529	44 596	79,7 %
08C37	Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	34 207	77 499	111 706	69,4 %

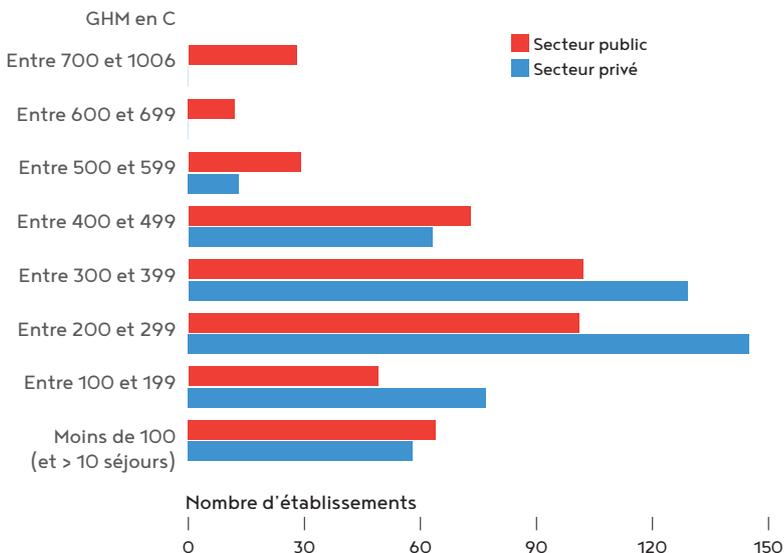
08C38	Autres arthroscopies du genou	7 348	18 838	26 186	71,9 %
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	4 851	13 058	17 909	72,9 %
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous	11 311	18 757	30 068	62,4 %
08C43	Interventions non mineures sur la main	11 150	19 268	30 418	63,3 %
08C44	Autres interventions sur la main	43 743	89 527	133 270	67,2 %
08C45	Ménisectomies sous arthroscopie	25 227	72 604	97 831	74,2 %
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	38 151	65 846	103 997	63,3 %
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	10 396	19 242	29 638	64,9 %
08C54	Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques	2 712	8 701	11 413	76,2 %
08C57	Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied	459	2 365	2 824	83,7 %
08C58	Arthroscopies de l'épaule	14 596	51 620	66 216	78,0 %
08C59	Ténosynovectomies du poignet	1 728	12 570	14 298	87,9 %
08C60	Interventions sur le poignet autres que les ténosynovectomies	5 455	14 209	19 664	72,3 %
09C03	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	30 001	75 799	105 800	71,6 %
09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	17 744	29 789	47 533	62,7 %
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	9 501	18 302	27 803	65,8 %
09C12	Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles	10 181	26 858	37 039	72,5 %
10C09	Gastroplasties pour obésité	608	2 762	3 370	82,0 %
10C10	Autres interventions pour obésité	5 282	8 522	13 804	61,7 %
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	17 010	27 817	44 827	62,1 %
11C07	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans	1 698	2 776	4 474	62,0 %
12C04	Prostatectomies transurétrales	24 871	38 354	63 225	60,7 %
12C08	Circoncisions	29 036	65 458	94 494	69,3 %
12C11	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	7 561	12 713	20 274	62,7 %
12C12	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes	2 421	4 032	6 453	62,5 %
12C13	Stérilisations et vasoplasties	1 144	2 157	3 301	65,3 %
21C04	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	2 496	6 453	8 949	72,1 %
21C06	Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	2 329	7 525	9 854	76,4 %
TOTAL		853 348	1 981 278	2 834 626	69,9 %

QUEL CASE MIX POUR QUEL ÉTABLISSEMENT ?

La diversité des prises en charge peut être représentée par le nombre de GHM différents décrivant l'activité d'un établissement.

Les établissements ayant plus de 680 GHM de chirurgie dans leur case mix sont tous des CHU. Seule l'AP-HP produit 1006 des 1041 GHM en C existant dans la classification PMSI. Les HCL offrent un case mix de 935 GHM, suivis de l'AP-HM avec 916 GHM.

Toutes les cliniques produisant plus de 500 GHM différents de chirurgie présentent un important volume d'activité.



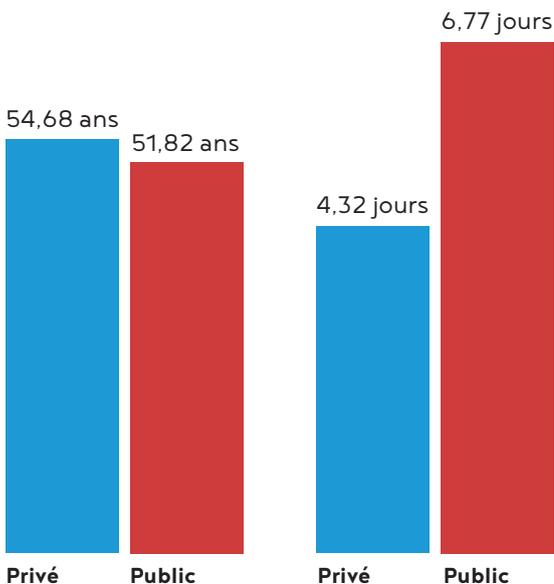
LES PATIENTS ACCUEILLIS EN CHIRURGIE SONT PLUS ÂGÉS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Sur les seuls séjours groupés dans des GHM en C, et exclusion faite des sans nuitée, la durée moyenne de séjour est de 4,32 jours en secteur privé et 6,77 jours en secteur public.

Sur les seuls séjours groupés dans des GHM en C, les âges moyens des patients pris en charge sont de 54,68 ans en secteur privé et 51,82 ans en secteur public.

**Âge moyen
des patients**

**Durée moyenne
de séjour**



**La durée moyenne
de séjour est plus élevée
dans le secteur public**

LA SÉVÉRITÉ DES PATIENTS PRIS EN CHARGE

Si 78,5 % des séjours en clinique sont de niveau de sévérité 1, dans le champ de la chirurgie, 93,3 % des séjours réalisés sont de niveau de sévérité 1 et 2. Seuls 6,8 % des séjours sont de niveau de sévérité 3 et 4.

Dans le secteur public, les séjours de sévérité 1 et 2 représentent presque 10 points de moins que dans le secteur privé, et à l'inverse, ceux de niveau 3 et 4, plus de 10 points de plus. A noter que les séjours de sévérité de niveau 4 ne représentent toutefois « que » 5,1 % des séjours totaux réalisés à l'hôpital.

Concernant le champ interventionnel, 96 % des séjours réalisés dans le secteur privé sont de niveau de sévérité 1 et 2.

4 % des séjours sont de niveau de sévérité 3 et 4.

A l'hôpital, 90 % des séjours sont de niveau 1 et 2, et 10 % (deux fois et demi de plus que dans le secteur privé) sont de niveau 3 et 4.

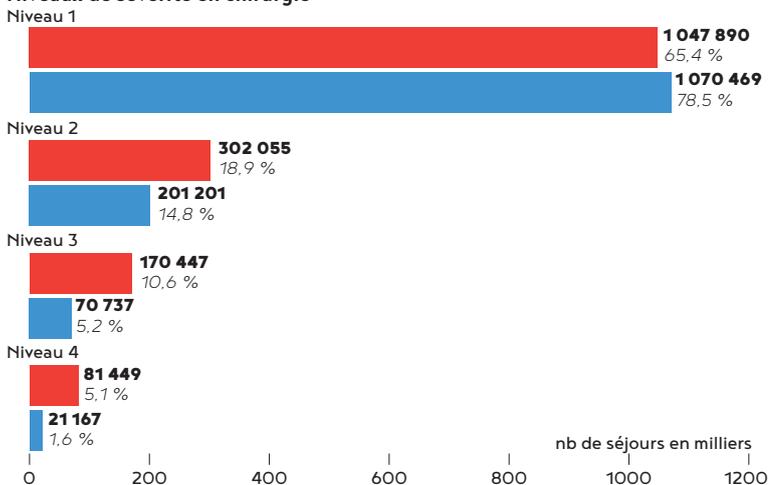
Les séjours les plus « sévères » ne représentent toutefois que 2,8 % des séjours totaux réalisés à l'hôpital.

Mais... Rappelons qu'une étude FHP-MCO de septembre 2014 montrait qu'à autorisation équivalente le case-mix était identique. Cette étude portait en particulier sur les plateaux techniques de chirurgie cardiaque.

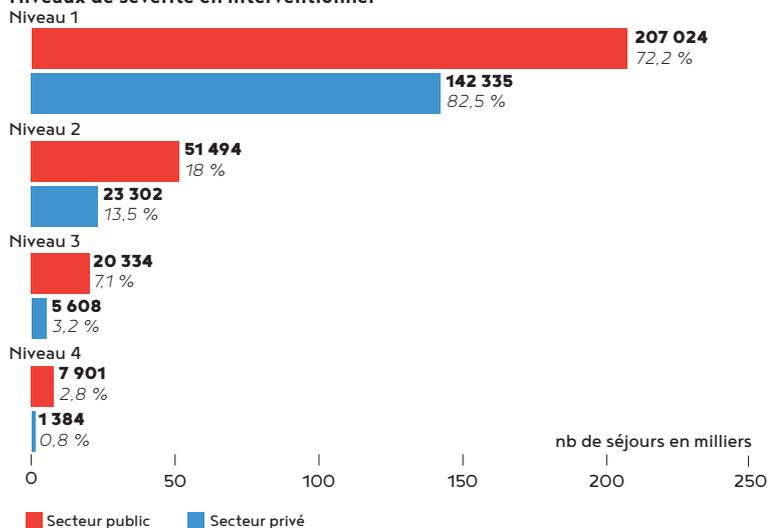
Niveau de sévérité des GHM en C (figure ci-contre)

Méthodologie : pour tenter d'approcher le niveau de sévérité des patients pris en charge dans chaque secteur, on peut observer la distribution des séjours sur les niveaux de sévérité de la classification PMSI. Cette distribution exclut, par définition, les séjours d'ambulatoire groupés dans des GHM en J ou en T, et les séjours « indéterminés » groupés dans les séjours en Z.

Niveaux de sévérité en chirurgie



Niveaux de sévérité en interventionnel



CHIRURGIE

TENDANCES ET PARTS DE MARCHÉ



Syndicat national
des 550 établissements
de santé privés exerçant
une activité en médecine,
chirurgie, obstétrique (MCO)

FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

 [@fhpmco](https://twitter.com/fhpmco)

 www.youtube.com/fhpmco