

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

23 avril 2009

Avis sur la situation des établissements de santé
adopté le 23 avril 2009
par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
à l'exception de la CGT, de la CGT/FO et de Monsieur Le Guen (Député)

L'hôpital¹ n'est pas simplement une entreprise. Ni pour ceux qui y rentrent, ni pour ceux qui y travaillent. Ce qui s'y déroule met toute une communauté professionnelle au contact de réalités fortes, souvent dures, de situations humaines parfois aux limites, qui donnent au monde hospitalier sa singularité et sa grandeur.

Et pourtant l'hôpital est aussi une entreprise, et même parfois une très grosse entreprise, par la multiplicité de ses métiers, par la complexité de son organisation, par les processus d'organisation et de gestion qu'il doit par conséquent impérativement mettre en œuvre pour sa production de soins.

C'est pour ces deux raisons, prises ensemble, que s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Cette efficacité globale de l'organisation hospitalière est attendue par tous. Par ceux qui y travaillent, d'abord, mais aussi par tous les Français, qui se souviennent qu'ils ont eu recours à l'hôpital et qui savent qu'ils y auront recours, aux moments les plus difficiles, et qui lui font confiance.

L'hôpital est une partie de notre « capital de confiance » collectif.

La mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent.

A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion.

¹ Terme générique désignant les établissements de santé publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Trois fédérations les suivent : la FHF, la FEHAP, la FHP.

D) La complexité des activités des établissements et l'importance des enjeux humains et financiers qui sont en cause appellent un investissement intellectuel important d'une part, une gouvernance interne efficace d'autre part

1) Le nécessaire investissement intellectuel

La connaissance et la compréhension de l'activité hospitalière ont incontestablement progressé dans les dernières années. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a exercé une forte pression en obligeant les gestionnaires – centraux et locaux – à améliorer les instruments de mesure et d'analyse de cette activité.

a) Au niveau des administrations centrales, de la HAS, des régimes de sécurité sociale et des fédérations professionnelles.

Le renforcement de l'expertise de la DHOS², l'apport de l'ATIH et de la MeaH, le concours de la CNAMTS et de la DREES ont facilité la mise en œuvre d'un courant d'études qui permettent une compréhension plus étendue de l'économie des établissements. Les bases de données (celle de la FHF ou le groupement de comptabilité analytique d'Angers par exemple) regroupent désormais des données cohérentes en nombre et qualité. Les études sur l'échelle nationale des coûts ont progressé.

Des indicateurs (diagnostic flash, indicateurs sur les composantes de la productivité, approches des disparités territoriales par une cartographie fine) mettent en lumière des dispersions dont la compréhension est indispensable à une bonne gestion.

L'attention portée aux problèmes concrets d'organisation – c'est le cas notamment des études de la MeaH – et la diffusion, amorcée, des savoir-faire concrets acquis dans ces études accélèrent la prise en compte des processus d'amélioration des pratiques.

La procédure de certification a conduit à une mobilisation autour des enjeux de la qualité mais la HAS constate une grande variabilité entre établissements.

Ce mouvement est encore insuffisant.

Comme ces études ou collectes statistiques n'ont été mises en œuvre que de façon récente, on manque de « profondeur historique » et de suivis pluriannuels. Reposant souvent sur des échantillons, elles souffrent d'une représentativité parfois insuffisante. Pour mieux apprécier les parcours de soins individuels, il faudra rapidement réussir dans le double chantier de l'identification du médecin prescripteur et de la facturation directe dans les établissements publics de santé.

De ce fait il reste encore des zones où la connaissance et la compréhension des données économiques sont insuffisantes (c'est largement le cas sur le sujet – pourtant sensible de la convergence intersectorielle ou de l'insuffisance du secteur en aval du MCO). Cette carence justifie des études complémentaires et leur diffusion sur un mode qui permette concrètement la mise en œuvre de leurs conclusions.

Enfin, le Haut Conseil considère que la réussite de la future agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière, l'ANAP, est un enjeu capital dans l'amélioration de l'efficacité de notre système hospitalier.

² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) sont rattachées à la DHOS.

b) Au niveau des ARS

Les agences vont assumer des responsabilités accrues. Ce sera le cas notamment pour assurer la cohérence entre les conséquences « spontanées » de la T2A en termes de spécialisation et de variations de parts de marché d'une part, de préoccupations d'équilibre régional d'autre part. Ce sera aussi le cas pour concevoir une meilleure intégration des établissements de santé dans une approche plus globale du système de soins (avec, à titre d'exemple, les progrès à assurer en matière de réseaux de soins et de prise en charge des urgences).

Elles doivent disposer des moyens nécessaires : un noyau significatif de cadres – médecins et non médecins – qui mettent en ordre raisonné les données issues des comptabilités et tableaux de bord des établissements. C'est l'investissement préalable si on veut que les ARS utilisent de façon cohérente les moyens juridiques qui sont les leurs en s'appuyant sur les analyses de la réalité médicale, sociale et économique des établissements d'une part, sur le développement d'une expertise opérationnelle d'autre part.

c) Au niveau des établissements de santé

Les établissements de santé sont des unités complexes (la taille moyenne des établissements MCO les met dans les 0,2% d'entreprises de plus de 250 salariés en France par exemple).

Ils doivent se doter de meilleurs instruments de pilotage et de suivi pour achever la trop lente montée en charge de la comptabilité analytique et développer de façon plus systématique l'analyse des processus de production et des moyens de leur optimisation.

Puisque la gouvernance de l'hôpital associe nécessairement médecins et autres personnels soignants, directeurs et cadres, il faut le développement d'une culture commune. S'il convient de ne pas multiplier les structures de concertation et de ne pas demander aux médecins des travaux qui peuvent être suivis par les cadres hospitaliers, le temps requis des médecins pour participer à l'élaboration et à l'exploitation des données socio-économiques et des indicateurs ne doit pas être considéré comme du temps « pris » sur leur activité de soins.

C'est un investissement indispensable pour accélérer l'action de réforme.

2) L'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire.

Le bilan provisoire des dernières réformes (notamment sur la gestion par pôles et l'analyse médico-économique) montre qu'on a progressé. Il faut aller plus loin et assurer que le travail commun entre professionnels de soins, gestionnaires et représentants des usagers, travail coordonné par le conseil exécutif qui regroupe direction et représentants de la CME, débouche sur des décisions opérationnelles en s'appuyant sur des procédures clarifiées.

II) L'équipement hospitalier

1) Un secteur crucial pour les Français

Les établissements de santé occupent une place de premier rang dans la réponse aux problèmes de santé des Français : une personne sur six est hospitalisée dans l'année, soit en « hospitalisation complète » (séjour avec hébergement dans l'un des 220 000 lits de « médecine-chirurgie-obstétrique », MCO), soit en « hospitalisation partielle » (chirurgie ambulatoire ou hôpital dit « de jour », dans l'une des 20 000 places de MCO). Mais le recours global à l'hôpital est beaucoup plus important : soit au titre des soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), soit au titre des séances et cures (dialyse, radio et chimiothérapies), soit encore au titre des 33 millions d'actes dits « externes ». Enfin – mais ce

point est hors du champ de cet avis – il faudrait ajouter toutes les hospitalisations qui ne concernent pas les soins aigus : soins de suite, psychiatrie et soins de longue durée.

Ce recours massif à l'hôpital concerne toutes les tranches d'âge, avec toutefois une nette prédominance des personnes âgées ; il touche toutes les catégories socioprofessionnelles, même si c'est certes de façon inégale.

L'hôpital est enfin un employeur très important : 1,2 millions de personnes y travaillent (environ 1 million d'ETP), les charges de personnel représentant près de 70% des dépenses des établissements.

2) Densité et qualité des établissements

Le réseau des établissements de santé (MCO) est un réseau dense : environ 4 lits (ou places d'hospitalisation partielle) pour 1000 habitants en moyenne, ce qui place la France dans une position médiane par rapport aux autres pays de l'OCDE. Mais les inégalités territoriales, aussi bien en termes bruts qu'en termes corrigés tenant compte de la part de population âgée plus « hospitalo-requérante », sont importantes.

Il emploie des personnes qui sont souvent hautement qualifiées et toujours très fortement impliquées. Les difficultés de recrutement et de carrière qu'on connaît sur quelques métiers et sur quelques territoires de santé appellent une réaction rapide.

La qualité technique des établissements de santé est, dans l'ensemble, très élevée et les assurés sont soignés sur les standards les plus exigeants – et souvent innovants.

Ces caractéristiques – de densité et de qualité – ont permis au système hospitalier d'absorber, sans trop de tensions, la croissance régulière du volume de son activité (évaluée à plus de 1% par an). Mais il n'y a pas eu d'inflation désordonnée du recours à l'hôpital surtout si on rapporte les chiffres précités à l'augmentation de la population (pondérée légèrement « vers le haut » par son vieillissement). Cette croissance est liée essentiellement à la « densité » technique de la prise en charge (c'est l'effet « structure », c'est-à-dire l'évolution du coût moyen de chaque passage).

3) Le système hospitalier engage des financements importants (la dépense hospitalière est de 72 Md€ en 2008, dont 75 % dans le secteur MCO sur lequel l'étude du HCAAM est centrée).

Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE³.

C'est bien entendu la disponibilité et la qualité de l'offre qui expliquent l'importance de la dépense hospitalière.

Mais elle renvoie aussi à :

- * des défauts dans l'organisation des soins. On évoque souvent une tendance à « l'hospitalo-centrisme » et plus précisément un secteur MCO excessif. Ce peut être le cas par exemple pour une part des urgences. L'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation – chirurgie ambulatoire et HAD – contribuent à des hospitalisations abusives en MCO ;

- * des organisations ou processus insuffisamment productifs.

Leur exacte appréciation est cruciale pour le pilotage de la politique hospitalière et sa traduction opérationnelle.

³ Même si sa part dans les dépenses de santé a constamment baissé depuis 20 ans.

III) L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers : une vraie égalité devant les soins ; de hauts standards de qualité

L'accessibilité de l'offre hospitalière est une notion multiforme : distance d'accès, délais d'attente, coût restant à la charge de l'assuré. On peut considérer que cette accessibilité est, dans l'ensemble, très bonne ; elle est d'ailleurs ressentie comme telle. Il existe en revanche, sur tous ces points, quelques situations très insatisfaisantes, en nombre limité mais qui peuvent être aiguës.

1) L'accessibilité physique aux établissements de santé est dans l'ensemble aisée

La proximité du service hospitalier, qu'il conviendrait de définir par des temps de parcours maximum, par type de besoin de soins, et non pas comme des distances moyennes à des équipements, est globalement bien assurée. C'est sur certaines disciplines et dans certaines zones géographiques seulement que l'on constate la permanence de « points noirs », où le délai d'accès excède le souhaitable voire ce que recommande le consensus médical⁴.

La France n'est, par ailleurs, pas considérée par l'OCDE comme confrontée à une situation de liste d'attente pour les opérations programmées. Même si, là aussi, des délais d'intervention existent dans certaines disciplines (ophtalmologie p.ex.).

2) L'information des usagers – et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent.

La mise en ligne de la plate-forme internet d'information sur les établissements de santé, le site Platines, représente un effort de communication des pouvoirs publics envers les usagers.

Le site Hopital.fr développé par la FHF, la FEHAP et la FNCLCC, va également dans le sens d'une meilleure information du grand public.

Le rapport de certification de la HAS, qui comprend désormais une version synthétique, est rendu public. Il est de plus relayé par les médias nationaux ou régionaux.

3) La sécurité et la qualité des prises en charge

C'est un champ désormais mieux connu et mieux suivi.

La fermeture de petites unités (maternités et unités de chirurgie) dont la taille ne garantissait ni la qualité ni l'économie a été bien amorcée. Elle doit être poursuivie, notamment en chirurgie. Les formules de communauté hospitalière de territoire et de groupement de coopération permettront une action à la fois plus résolue et socialement mieux acceptée.

La généralisation des procédures de certification contribue grandement à l'amélioration de la qualité. La diffusion de référentiels de bonne pratique et leur suivi dans des tableaux de bord, désormais publics, permettent de nets progrès (c'est le cas par exemple pour les maladies nosocomiales).

L'amélioration du cadre de vie des patients est réelle, liée à des investissements importants et à la présence de professionnels attentifs et compétents.

4) Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste – et c'est souhaitable - élevé

Le taux de prise en charge des soins hospitaliers est très élevé (plus de 90% des dépenses sont remboursées par un régime obligatoire d'assurance maladie ; une bonne partie du solde par les couvertures complémentaires). Mais il reste encore des situations de reste à charge très élevé.

⁴ C'est le cas notamment pour l'infarctus.

On peut donc dire que les frais hospitaliers sont à la fois de très loin les mieux couverts en moyenne, et, en même temps, les premiers responsables des taux d'effort excessifs, notamment pour les ménages modestes dépourvus de couverture complémentaire ou dont le contrat n'offre que des garanties limitées.

a) C'est la puissance des exonérations (notamment pour les assurés en ALD et pour les soins coûteux – l'ex « K50 ») qui explique ce taux élevé.

Ce taux d'engagement ne baisse pas de façon significative sur la période récente.

b) Mais ce système de prise en charge a des défauts significatifs

b1) une fréquence – certes faible - de reste à charge élevés dans le champ de la dépense remboursable

Elle provient de l'application du ticket modérateur dans les services de médecine pour les prises en charge inférieures à trente jours et de forfaits journaliers en nombre élevé (notamment en psychiatrie).

Bien entendu, ces reste à charge (RAC) élevés sont très largement pris en charge par les organismes complémentaires qui réalisent ainsi une mutualisation opportune de ces risques.

Il n'en demeure par moins qu'ils pénalisent les assurés qui n'ont pas de complémentaire ou dont le contrat ne couvre le forfait que sur une durée limitée.

On devrait corriger ces situations.

b2) les dépassements

Ils sont désormais relativement fréquents et parfois d'un montant important ; la diminution de l'offre en tarifs opposables dans certains territoires de santé et/ou dans certaines spécialités s'accroît.

C'est dans ce contexte que le HCAAM avait considéré que l'accès des patients à une offre à tarifs opposables ou à défaut maîtrisés était l'objectif prioritaire. Cela passe par le cantonnement des dépassements en établissement.

A défaut d'un scénario de « reconquête » (augmentation du tarif opposable dans le cadre d'une refonte globale du système de rémunération des médecins impliquant une croissance des honoraires pris en charge par les régimes de base), deux approches sont en cours de discussion, l'une - le dispositif prévu par le projet de loi HPST – dans le cadre parlementaire, l'autre - le secteur optionnel – dans le champ conventionnel.

L'action autonome des organismes qui gèrent les couvertures complémentaires tendant à rendre les dépassements plus transparents et à peser sur leur niveau pourrait contribuer au règlement de ce problème.

*

* *

Confirmant avec insistance la position qu'il avait émise lors de ses précédents rapports, le Conseil considère que l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements, n'est pas acceptable. Il a décidé de mettre ce sujet à son programme de travail.

IV) Il existe des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements

1) La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue

Ainsi ne connaît-on que de façon très partielle l'insuffisance des structures en aval du MCO – notamment pour les SSR et les prises en charge des personnes âgées. On n'a pas d'analyse rigoureuse du potentiel de développement et du bilan économique de la HAD eu égard à son déploiement.

Cet état de fait permet la diffusion d'idées fausses (par exemple la comparaison du coût des urgences avec le C, surestimation des zones de concurrence entre urgences et PDS..).

Or il existe une grande plasticité dans le « besoin en capacité » de MCO comme l'a montré une récente étude de la DREES à l'horizon 2030 : selon les trois scénarios analysés, le besoin en lits MCO se situe, par rapport au niveau de 2004, à +36% dans le scénario le plus conservateur, à + 11% si on prolonge les progrès réalisés ces dernières années et à – 4% si on adopte une politique plus volontariste.

2) Le rapport du HCAAM a porté notamment sur

a) Les soins non programmés

La réponse à la demande de soins non programmés est le fait de la médecine de ville, des services d'urgence.

a1) Le recours aux services d'urgence des établissements de santé a considérablement augmenté (de 7 à 16 millions de passages entre 1986 et 2006).

Une très grande partie des passages dans ces services ne renvoie pas à une situation grave de santé ce qui explique le faible taux d'hospitalisation consécutif à ces passages. Il s'agit le plus souvent d'épisodes banals, de faible gravité.

Des motifs puissants expliquent ce recours : la disponibilité et la certitude d'une prise en charge « complète » (consultation, soins et actes techniques de biologie et de radiologie) – et ces atouts l'emportent, même si les assurés savent d'expérience ou pressentent que les temps d'attente et de passage peuvent être longs.

L'offre « en ville » ne peut pourvoir à la totalité de cette demande. L'assuré peut être loin du cabinet de son médecin (il est par exemple sur son lieu de travail) ; comme la plupart des médecins sont seuls dans leur cabinet, la prise en charge d'une demande urgente n'est pas toujours facile même pendant les heures d'ouverture de leur cabinet ; les disparités de densité médicale peuvent affecter la disponibilité de la médecine de ville ; la PDS a une portée limitée.

Ces éléments expliquent certains traits structurants du système actuel

60% des passages aux services hospitaliers d'urgences se font, du lundi au vendredi, de 6 h à 18 h, durée qui recouvre très largement la période d'ouverture des cabinets des médecins de ville (ces 7M de passages présentent près de 3% des C et V des médecins libéraux hors PDS⁵).

⁵ Estimation réalisée à partir d'un échantillon de 900 000 passages aux urgences soit 6% du total national à partir des données des établissements de la région parisienne du réseau cyber-urgences.

La permanence des soins la nuit et le dimanche prend en charge environ la moitié des recours sur ces périodes (plus le dimanche que la nuit, notamment entre 0 et 8h⁶).

Il est donc illusoire de vouloir freiner très sensiblement la pression sur les urgences dans les conditions actuelles de l'exercice en ville. Reste à organiser la prise en charge, et ce à un double niveau :

- encourager les structures hors des établissements de santé (c'est le cas avec les maisons médicales ou des pôles de santé) ;
- améliorer les procédures internes aux hôpitaux notamment pour diminuer les temps d'attente et de passage et mieux prendre en charge les malades qui devront être hospitalisés, notamment par le développement de procédures d'admission directe.

a2) *il faut encore « crédibiliser » la PDS.* A la fois pour soulager la pression qui s'exerce sur les établissements de santé et pour « amortir » les frais d'astreinte. Les progrès de la régulation sont encore insuffisants.

a3) *Les consultations externes dans les hôpitaux publics* – en nombre élevé, 29 M en 2006 pour le MCO – sont mal connues. Leur coût est mal analysé ; mais il est vraisemblablement trop élevé dans certains cas.

L'organisation est parfois défectueuse. Mais là encore, l'étude réalisée par la MEAH doit permettre de généraliser la rationalisation des organisations, étant observé que sur certaines spécialités et dans certains territoires, ces consultations externes sont le principal voire le seul accès offert aux patients.

b) L'HAD : des objectifs à préciser, un bilan à affiner

Son développement est récent. La part importante d'initiatives locales explique les disparités régionales de taux d'équipement. On a adopté ces dernières années une politique plus volontariste.

Le niveau actuel reste insuffisant (100 mille prises en charge pour 2,3 M de journées).

Or ce type de prise en charge hospitalière est considéré comme efficace et économe. Il peut par ailleurs répondre au souhait des malades et de leur famille.

Mais il n'y a pas d'analyse rigoureuse ni sur la cible potentielle ni sur le bilan économique de la HAD. Cette incertitude ne permet pas de dire s'il faudrait aller au-delà de l'objectif de 15 000 places prévu pour 2010.

Le développement d'études pour la constitution d'une échelle nationale des coûts et sur les indications d'HAD a été opportunément engagé.

c) Les marges encore existantes sur la prise en charge en ambulatoire

Que cela concerne la chirurgie ou la chimiothérapie, la prise en charge en ambulatoire est de plus en plus souhaitée par les patients. Les hôpitaux publics n'ont pris conscience que très récemment de la nécessité d'organiser cette offre ambulatoire. Ils doivent encore poursuivre dans ce sens.

d) L'insuffisance des structures aval (SSR et long séjour d'une part, établissements médico-sociaux d'autre part)

Elle est mal connue mais unanimement déplorée.

⁶ Ce qui explique le coût élevé de la visite dans cette tranche horaire – plus de 213 €.

L'option d'un développement fort du secteur médico-social est nécessaire si on veut n'avoir recours à l'hospitalisation en MCO qu'à bon escient.

Les besoins en personnel qu'il implique devraient rendre moins difficiles les ajustements d'effectifs du secteur MCO.

e) Les rapports entre les médecins traitants et les structures hospitalières, qu'il s'agisse de l'admission ou de la sortie, devraient être améliorés et rationalisés.

f) La faiblesse des réseaux de soins

On est au tout début du processus. Et ce, avec des résultats mitigés.

Il est temps de sortir de la phase expérimentale incertaine et heurtée dans son financement et son organisation. C'est un enjeu central notamment pour la qualité des prises en charge des personnes âgées.

3) Les voies d'amélioration

Comme indiqué au début de cet avis, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part.

Le projet de loi HPST devrait permettre de procéder aux restructurations nécessaires. Les outils que constituent les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient y contribuer.

Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital.

V) Le constat de disparités⁷ – non justifiées par la nature des charges – entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires pousse à leur mobilisation

1) Le constat : d'importantes disparités dans les indicateurs

L'apparition récente d'indicateurs d'efficience (qu'il s'agisse de la qualité ou de la productivité des prises en charge) est liée à la T2A qui a amené les administrations et les établissements à mieux repérer les zones d'écart, préalable à leur explication puis à leur résorption.

Le trait commun de ces analyses, c'est le constat d'une forte dispersion des indicateurs. Sans doute faut-il être prudent dans son interprétation. Mais par son ampleur cette dispersion renvoie incontestablement à des différences de productivité.

Le développement d'études de terrain (notamment les études de la MEAH) qui, de façon convergente, soulignent l'importance des problèmes organisationnels (cf. étude sur les blocs opératoires, la gestion des lits ou les temps d'attente et de passage dans les services d'urgence) montre qu'il s'agit très souvent d'améliorations dans l'organisation des services. La productivité des fonctions de logistique – qui pèsent plus de 15% dans les charges – est très inégale. D'où des écarts de coût anormaux entre établissements. Les progrès dans la mutualisation et l'externalisation dans les établissements publics sont encore insuffisants. Pourtant ces formules permettent à l'équipe de direction de concentrer son action sur le

⁷ Il ne faut pas croire que les disparités sont le fait des seuls établissements publics. Ainsi, on constate dans les cliniques que le CA par euro de salaire varie sensiblement autour de la moyenne : on va de 1,25 à 2,75 (source Observatoire économique des cliniques, FHP).

« cœur de métier » que constituent les soins et de rechercher des économies, dégagant des moyens additionnels au profit des soins.

Cet objectif de gain de productivité doit être permanent sur les principaux postes de dépenses⁸.

*

* *

C'est pour réduire cette dispersion et amener l'ensemble des établissements vers le meilleur niveau d'efficacité qu'on a entrepris de faire converger leurs moyens budgétaires.

2) Une approche prudente des convergences tarifaires

a) Les données de base de la gouvernance financière

a1) *une nouvelle doctrine pour l'allocation des ressources*

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) est évidemment le sujet majeur des dernières années.

On doit cependant prendre garde à ne pas confondre les questions : la T2A ne décide pas du volume des ressources, qui résulte exclusivement de l'enveloppe de l'ONDAM votée par le Parlement (en ce sens, il serait inexact de dire que la garantie d'un revenu global suffisant pour le fonctionnement des hôpitaux exige une multiplication de leurs actes). En revanche, la T2A gouverne la répartition de cette ressource globale entre les différents établissements hospitaliers. La nouveauté, par rapport à la « dotation globale » instaurée en 1983, qui reposait fondamentalement sur la reconduction historique des budgets, est considérable : la clé de partage des ressources entre hôpitaux s'efforce désormais d'être la plus proche possible de l'importance de leur activité soignante.

Ce principe consistant à répartir les ressources disponibles en fonction de données médicales a déjà été adopté par une vingtaine de pays de l'OCDE, et apparaît comme un gage d'équité et de bonne gestion.

Généralisée depuis 2005 dans le secteur privé, elle s'applique selon les mêmes modalités au secteur public depuis 2008. Dans les deux secteurs, la montée en charge est progressive puisque des « coefficients de transition » doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012.

Le Conseil confirme l'avis positif qu'il avait porté dans son rapport de 2005. Il considère que le passage de la T2A à 100% en 2008 était vraisemblablement l'option la plus réaliste dès lors qu'elle ne trouvait son plein effet que sur quatre ans et qu'on acceptait d'en corriger certains aspects ou incidences par l'augmentation des dotations MIGAC.

⁸ % d'établissements ayant tout ou partie de l'activité externalisée

	public	privé lucratif
Restauration, linge déchets	40%	91%
Achats, maintenance	4%	6%
Prestations techniques	59%	74%
Activités médico-techniques	41%	48%
Gestion du personnel, formation	10%	11%
informatique	28%	44%
Contrôle, finances, contrôle de gestion	0%	18%

Le poids des personnels externalisés dans le public est de 1,3% de la masse des rémunérations (source : DHOS), il est de 8% dans le privé (source : Observatoire économique des cliniques, FHP). Il faut cependant tenir compte de du fait que les médecins ne sont pas comptés dans les effectifs du privé, à l'inverse du public ; le ratio du privé devrait être sensiblement abaissé pour être comparé à celui du public. Il faut, par ailleurs, être prudent.

Cette approbation du principe de la T2A n'invalide pas l'analyse faite à l'époque sur les possibles effets pervers d'un tel mode de répartition, inhérents à tout mode de répartition à l'activité. Leur suivi doit faire l'objet d'une vigilance permanente qui incombe désormais au « Comité d'évaluation de la T2A » : risque d'actes ou d'examen abusifs, risque d'abandon d'activités regardées comme insuffisamment rentables, de contre-sélection de patients dont les coûts seraient mal reconnus, ou encore de négligences dans la qualité des soins dispensés. Il convient par ailleurs de veiller à mettre en cohérence les effets spontanés de la T2A (en termes de spécialisation, d'implantation et de « parts de marché ») d'une part, les nécessités d'un équilibre par territoires et secteurs d'autre part. Le Haut Conseil souhaite qu'on vérifie que la composition et le mode de fonctionnement de ce comité permettent le développement d'un débat plus « ouvert ».

La généralisation de la T2A à 100% doit être accompagnée par l'octroi de moyens financiers en sus des tarifs de la T2A. Les MIGAC, loin d'être contraires à la logique de la T2A, en sont le complément nécessaire pour autant que les crédits de l'espèce soient documentés et discutés avec les Fédérations professionnelles.

Bien qu'introduite aujourd'hui « à 100% » dans les budgets hospitaliers, la T2A ne couvrait en 2008 que 76% des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.

Certaines dépenses ont, en premier lieu, vocation à être prises en charge en dehors de la T2A de manière forfaitaire : les dépenses d'enseignement et de recherche, les dépenses liées à diverses missions d'intérêt général (prévention, aide médicale urgente, soins aux détenus, vigilance sanitaire, etc.) et les dépenses destinées aux adaptations structurelles. Tel est l'objet des dotations rassemblées sous l'ensemble MIGAC (« Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »). Il n'est toutefois pas possible, aujourd'hui, d'assurer que le montant fortement croissant des MIGAC (6,6 Mds€ en 2008, soit +37% depuis 2005) correspond exactement à leur contenu de principe. Ce point, fondamental pour la crédibilité du système et l'équité de répartition entre les deux secteurs – le secteur privé n'émargeant guère aux MIGAC – nécessite encore des efforts de transparence. Il justifie pleinement la mise en place, à partir de 2008, d'une démarche obligatoire et spécifique de contractualisation avec l'ARH pour l'attribution de MIGAC.

En second lieu, s'il est admis que des dépenses de médicaments ou dispositifs médicaux innovants et coûteux soient couvertes « en sus » de la tarification à l'activité, il convient de s'assurer qu'elles ne pèsent pas négativement sur les efforts d'optimisation. Mais cela suppose que ces listes de médicaments et dispositifs médicaux « en sus » (qui représentent environ 3,5 Mds€, et plus de 60% des dépenses de médicament à l'hôpital) soient gérées de manière dynamique, et que les nouvelles inscriptions sur la liste en sus conduisent à réexaminer le bien-fondé des anciennes.

a2) l'accompagnement – très imparfait – du « nouveau cours » par les contrats de retour à l'équilibre

Même si le changement a été mené à pas comptés, certains établissements n'ont pu suivre, d'où l'apparition de situations dégradées.

Le Conseil ne trouve pas contestable dans son principe la mise en place de plans d'accompagnement. Mais le bilan qui en a été dressé, pour la première génération d'entre eux, est – à juste titre – sévère.

La nouvelle génération devrait être gérée avec plus de rigueur ; elle devrait être désormais mieux étayée par la disponibilité de données sociales, économiques et financières pertinentes et sous-tendus par des plans d'actions opérationnels.

a3) L'ONDAM/MCO fixé ces dernières années l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix.

Mais la dégradation de la situation financière de certains établissements montre qu'il aurait été dangereux de le contraindre davantage. Non qu'une telle contrainte eût été en soi irréaliste. Elle aurait tout simplement excédé la capacité d'évolution et de gouvernance du système et des mesures plus radicales n'auraient pas été comprises en raison des risques sociaux liés aux compressions d'effectifs du personnel qu'elles auraient entraînées.

Certains membres du Conseil ont estimé que l'ONDAM avait été fixé à un niveau trop faible.

b) Les voies de la convergence

b1) la convergence intra-sectorielle

C'est sans conteste le point prioritaire. Comme le secteur public est plus homogène dans les prestations que fournissent les divers établissements publics, l'analyse des dispersions et leur résorption sont plus facile.

Elle ne pose pas de problème de principe, ce qui ne veut pas dire que sa conduite soit aisée. Il s'agit d'en échelonner le cadencement de façon opportune. C'est le cas des options retenues pour autant qu'on sache par la gestion des aides à la contractualisation lisser, si nécessaire et de façon temporaire, les situations les plus critiques.

b2) la convergence inter-sectorielle entre le secteur public et le secteur privé

C'est un sujet très polémique. En témoigne « le grand écart » entre les positions des différentes fédérations professionnelles : plus de 12Md€ de « surfinancement » du secteur public selon la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ; guère d'écart selon la Fédération hospitalière de France (FHF). Sans doute y a-t-il dans ces positions une part de « jeu de rôle ». Mais il y a surtout une grande difficulté à apprécier la situation actuelle, préalable à toute mise en œuvre de la convergence dont le Parlement a fixé le terme à 2012.

Le principe n'est pas contestable : il n'y a aucune raison de payer à des tarifs différents des prestations homogènes. C'est l'approche qui a été retenue dans la loi de 2005.

Reste à établir :

- le niveau de l'écart qu'il convient de justifier ou de résorber

- d'expliquer l'origine des écarts et de les classer en :

* éléments qui justifient une différence de tarifs (la loi précitée prévoit ainsi très normalement que la comparaison – puis la convergence- doivent se faire pour des prestations de nature comparable).

* éléments qui ne peuvent fonder – en tout cas durablement – une différence de tarifs.

b3) le rapport remis au Parlement⁹ chiffre à 37% « l'écart facial » en 2008.

Ce chiffre – le seul officiel – est contesté par la FHF qui estime que la comparaison faciale est calculée sur un champ trop étendu¹⁰. Elle propose que l'écart facial soit calculé sur un champ plus restreint où l'activité dans le secteur privé a une densité minimale.

⁹ Octobre 2008.

¹⁰ Elle considère que les tarifs accordée au secteur privé sur des activités où celui-ci est quasiment absent sont irréalistes.

Elle fixe alors l'écart facial à 25%.

Le Conseil recommande qu'on diligente des études sur cette approche.

b4) cet « écart facial » peut renvoyer :

- à des différences de champ dans la computation des charges dans les deux secteurs ;
- à des différences dans la nature des charges (notamment le case-mix des secteurs). Elles justifient un écart de tarifs ;
- à des contraintes qui s'imposent au gestionnaire à case-mix identique. On doit essayer de les résorber progressivement, et à défaut on doit admettre qu'elles autorisent un écart de tarifs au moins de façon temporaire ;
- à des différences de productivité. Elles ne peuvent fonder une différence de tarifs.

La plupart des intervenants dans ce débat admettent que le problème se pose dans ces termes.

Reste donc à « éclater » l'écart facial – dont a vu qu'il faisait l'objet de deux approches différentes – entre ces motifs.

*

* *

- on a progressé sur l'analyse des différences de champ et on pourrait rapidement stabiliser cette analyse.

- des études – encore partielles et imparfaites – ont permis une première approche de la différence dans la nature des charges, ce qui a conduit dans les campagnes budgétaires 2008 et surtout 2009 de restructurer les modalités d'allocation financière (adoption de la version V11, basculement des tarifs vers les MIGAC pour tenir compte de la précarité et de l'urgence...). De ce fait l'écart facial est ramené, en 2009, à 26% (contre 37% dans le calcul DHOS précité pour 2008).

- on a pu vérifier, mais de façon très rustique, que l'écart résiduel n'était pas lié de façon significative à des différences objectives dans le coût des facteurs de production (coût salarial du personnel non médical, charges fiscales).

*

* *

Mais on ne sait toujours pas à quel niveau s'établirait l'écart résiduel une fois qu'auraient été prises en compte, de façon plus complète, les différences dans la nature des charges.

Le Conseil prend acte de ces résultats intermédiaires.

Il en tire deux conclusions :

* dans l'immédiat, il n'est pas possible qu'on adopte une politique budgétaire qui différencie sensiblement les évolutions tarifaires des deux secteurs. On peut cependant envisager des ajustements ponctuels et certains rapprochements tarifaires pour des prestations effectivement comparables s'ils sont correctement documentés.

* il faut poursuivre très activement les études pour arriver à un resserrement des estimations et établir ainsi la ligne de convergence à assurer.

VI) Perspectives financières

Les principes de la T2A définissent les règles de répartition des ressources.

Mais c'est bien évidemment l'ONDAM qui définit concrètement le niveau de la dépense¹¹.

La crédibilité de l'ONDAM est donc le problème central du pilotage budgétaire des établissements de santé.

La fixation de l'ONDAM/MCO doit s'appuyer sur :

- l'analyse des segments d'activité sur lesquels il faut encore accroître les moyens d'une part et les marges d'économies liées à une amélioration dans l'organisation de l'offre de soins et de l'efficacité interne des établissements d'autre part ;
- la capacité des établissements à assumer cette ligne budgétaire. Elle renvoie à une amélioration de leur gestion. Or celle-ci ne peut être ni radicale ni très rapide dans une communauté de travail complexe et parfois inquiète. L'investissement dans la connaissance de l'économie des établissements et leurs processus de production est, comme il a été dit au début de cet avis, un enjeu primordial ;
- la capacité, au niveau central, des administrations de l'état, de l'assurance maladie et des fédérations professionnelles et au niveau local des ARS à mieux organiser l'offre de soins.

Le Conseil considère qu'on peut envisager que l'ONDAM MCO progresse moins vite que l'ONDAM global, ce qui permettrait de financer l'ONDAM médico-social. Il pourrait évoluer à un rythme légèrement inférieur à celui de la richesse nationale sur le moyen terme. Cette évolution correspond à la fois à une adaptation des besoins relatifs du médico social et du MCO, et à l'amélioration de la productivité telle qu'évoquée précédemment. Cette option peut entraîner pour certains établissements des baisses d'effectifs dont l'incidence sur l'économie locale et la situation de l'emploi sera d'autant plus faible qu'on développera résolument le secteur médico-social. L'ajustement des effectifs est cohérent avec le turn-over du personnel et les possibilités de mobilité – dont il faudrait mesurer l'attractivité – au sein du secteur public de santé.

Notre capacité à tenir cette ligne budgétaire serait plus effective si on accroissait l'effort afin de mieux expliquer à l'opinion – et au premier rang, la communauté hospitalière – les enjeux de cette évolution d'une part, de la rassurer en rappelant sans cesse la force de notre hospitalisation et la « progressivité assumée » du changement d'autre part.

¹¹ Nul doute que la T2A serait plus « acceptée » si elle se déployait dans le cadre d'ONDAM plus élevés.