

Performance et pertinence de la dépense hospitalière

Article rédigé sous la direction de **Sophie Beaupère**

Directrice des finances de l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), Déléguée régionale ADH Île-de-France

Avec le concours de **Frédéric Spinhirny**

Directeur référent Groupement Hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon,

Responsable « Réflexions stratégiques » de l'ADH, et de

Christophe Got

Directeur des affaires financières de l'Assistance publique Hôpitaux de Marseille,

Vice-président de l'ADH

L'hôpital offre-t-il un service pertinent aux financeurs finaux, les citoyens français, qui placent leur système de santé parmi les meilleurs du monde et l'hôpital au hit-parade de leurs services publics préférés ? Qui le défendent avec ardeur lorsqu'il est menacé tout en regrettant la lourdeur des prélèvements sociaux ?

ROI, Taux de marge brute⁽¹⁾... La dépense hospitalière est de plus en plus évaluée en s'appuyant sur les outils de gestion issus du secteur privé. Cette évolution est tout à fait logique dans le cadre d'un contexte très contraint en matière de finances publiques. La maîtrise de l'évolution des dépenses sociales nécessite plus que jamais une vigilance collective relative à la performance et à la pertinence des dépenses réalisées. Si les dépenses hospitalières représentent une part conséquente de l'ONDAM (44 %), leur taux d'évolution est proche de celui de la médecine de ville. L'introduction de la T2A en 2005 a incontestablement contribué à la maîtrise de cette évolution.

La nature même de l'activité hospitalière⁽²⁾ rend en revanche particulièrement complexe l'évaluation de la performance et de la pertinence de la dépense. En effet, la performance de la dépense ne se mesure pas uniquement selon une logique quantitative mais selon une logique médico-économique mêlant à la fois la qualité de la prise en charge, celle-ci pouvant être particulièrement lourde, et la maîtrise des dépenses.

L'efficacité de la dépense hospitalière doit donc être évaluée tant à l'aune de la maîtrise budgétaire et de la soutenabilité des dépenses publiques que de la capacité à offrir un accès équitable sur l'ensemble du territoire à une offre de soins de qualité.

Si la tarification à l'activité (T2A) est incontestablement un mode de financement plus juste et plus efficace que la dotation globale, le système actuel de financement des établissements hospitaliers comporte cependant des lacunes et des limites fréquemment soulignées.

(1) Taux de marge brute : cet indicateur est cité dans le rapport IGAS/IGF sur l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier. C'est en particulier le taux de marge brut non aidé, c'est-à-dire le rapport entre les produits d'exploitation auxquels sont soustraits les aides à la contractualisation relatives à l'investissement et au soutien financier. ROI : Return On Investment.

(2) Par dépense hospitalière on entend la dépense de l'ensemble des structures hospitalières qu'elles soient de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), de psychiatrie ou de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ces diverses structures, qui obéissent à des règles de financements différentes, répondent à des objectifs de service public spécifiques.

L'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH) est tout à fait favorable à une responsabilité forte des directeurs d'établissement en matière de résultat financier et d'efficacité budgétaire. Elle prône cependant une plus grande lisibilité du système. Afin de faire face aux enjeux sanitaires à venir, le modèle de financement doit également être à même de s'adapter de manière rapide et efficace aux nouveaux modes de prise en charge et à l'innovation. Cette adaptation, rendue particulièrement difficile par la contrainte financière, est néanmoins indispensable.

I. L'analyse de la performance et de la pertinence de la dépense hospitalière ne peut se faire uniquement sur la base de soldes de gestion mais doit se fonder sur une vision globale mêlant maîtrise des dépenses et évaluation de la qualité de la prise en charge du patient, de la pertinence des pratiques médicales


A. Un modèle économique spécifique lié à la nature de l'activité de service public hospitalier

De par leur activité, les établissements hospitaliers ont une structure de coûts et un modèle économique tout à fait spécifique. Le principal poste de dépenses, 63 % en moyenne, est constitué par les dépenses de personnel. Le second poste de dépenses d'exploitation est celui des médicaments. Une telle structure de coûts renvoie d'emblée à la spécificité de l'activité réalisée dans les établissements publics de santé et au caractère incompressible de certains coûts fixes. L'activité de réanimation est par exemple soumise à des ratios réglementaires en matière de personnel médical et soignant. Elle comprend de fait des coûts fixes ou quasi fixes importants. En parallèle, ce type d'activité peut connaître des fluctuations.

Les financements Assurance maladie attribués aux établissements hospitaliers sont aujourd'hui principalement liés à l'activité (à 75 %), les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (15 %) servant à financer les missions de service public non financées par le biais des tarifs ⁽³⁾.

La quête de l'équilibre financier dans un établissement hospitalier demande dans ce contexte beaucoup d'énergie. Elle nécessite de mettre en œuvre une maîtrise des coûts importante en faisant face dans le même temps à la demande de soins qui se présente et aux fluctuations du système tarifaire. Le système tarifaire est en effet par nature instable du fait de la régulation prix/volume. Les établissements hospitaliers doivent donc s'adapter chaque année à cette instabilité qui peut avoir des conséquences fortes sur l'équilibre économique d'une activité. La difficulté à atteindre l'équilibre financier pèse également sur les choix de long terme, notamment les choix d'investissement.

(3) *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport IGAS, mars 2012, p. 3, Décomposition des dépenses de l'Assurance maladie, sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité. En dehors des tarifs et des MIGAC, les autres financements étant relatifs aux médicaments et dispositifs médicaux implantables dont le coût n'est pas intégré aux tarifs et à des forfaits rémunérant spécifiquement certains éléments de l'activité hospitalière (urgences).



B. La mise en œuvre de la T2A s'est accompagnée d'une profonde évolution de la gouvernance interne au sein des hôpitaux

La mise en place d'un financement fondé sur l'activité a en effet rendu indispensable le partage d'informations et de responsabilité sur l'évolution de l'activité, les changements de tarifs, indispensables pour tendre vers l'équilibre médico-économique. La loi HPST⁽⁴⁾ consacre cette évolution avec la mise en place de la nouvelle gouvernance. Des pôles d'activité regroupant plusieurs services ont été constitués dans la très grande majorité des hôpitaux et un processus de contractualisation est fréquemment mis en place. Le directeur regroupant médecins et membres de l'équipe de direction favorise en outre un pilotage concerté. L'enquête réalisée dans le cadre de la Mission Hôpital Public⁽⁵⁾ montre que cette évolution de la gouvernance est probante : l'organisation en pôles d'activité a produit des effets positifs sur la maîtrise des dépenses et sur le management interne pour 75 % des personnes interrogées, sur la qualité de la prise en charge pour 66 % des personnes interrogées.

Ce co-pilotage est d'autant plus indispensable que l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité de la dépense hospitalière se fonde également sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge et de la pertinence des pratiques médicales. Le processus de certification des établissements de santé piloté par l'HAS est cependant souvent perçu comme lourd et décorrélé des autres contraintes auxquelles sont soumis les établissements hospitaliers. Par ailleurs, l'esprit de la T2A peut conduire à de l'inefficacité globale dans le système de soins. On évoque fréquemment à ce titre ses « effets pervers ». C'est le cas en particulier en matière de pertinence des actes et de qualité des soins. Nombreuses sont les études conduites notamment par des économistes de la santé, qui démontrent que la T2A peut conduire à des situations dans lesquelles les actes réalisés sont inutiles (mais valorisés) ou de moindre qualité.

Alors que la régulation s'opère aujourd'hui de façon uniforme sur l'ensemble des établissements, l'introduction de critères de qualité et de pertinence des actes dans le financement des hôpitaux permettrait de conférer une crédibilité médicale à la régulation. Surtout, ces nouvelles modalités de régulation doivent permettre d'éviter que la contrainte sur les tarifs hospitaliers ne se déporte sur le financement des missions d'intérêt général. Le système de tarification commence à évoluer aujourd'hui en ce sens pour lier davantage financement et atteinte de critères qualité cibles. À titre d'illustration le projet de recherche IFAQ⁽⁶⁾ vise à expérimenter une incitation financière à la qualité fondée sur les indicateurs qualité généralisés, les pratiques exigibles prioritaires de la certification et le degré d'informatisation du dossier du patient. Ce modèle de financement à la qualité permettra aux établissements expérimentateurs de bénéficier le cas échéant, en fonction de leur score ou des progrès accomplis, d'une rémunération supplémentaire.

Notons cependant que l'avant-projet de LFSS 2014 va davantage dans le sens d'une régulation portant sur les volumes d'activité que sur la pertinence des actes : « L'État peut

(4) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires).

(5) *Mission Hôpital Public*, coordonateurs Francis Fellingner/Frédéric Boiron, juin 2011-janvier 2012.

(6) IFAQ coordonné par COMPAQ-HPST s'achèvera en juin 2014.

fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation (...), des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité. Lorsque l'évolution d'activité ou le volume de l'activité d'un établissement de santé est supérieur [à ces] seuils, les tarifs nationaux (...) applicables aux prestations concernées de cet établissement sont minorés »⁽⁷⁾.

II. Si la tarification à l'activité (T2A) est incontestablement un mode de financement plus juste et plus efficient que la dotation globale, le système actuel de financement des établissements hospitaliers comporte des lacunes et des limites fortes

A. La T2A, un système fondé sur des principes d'équité et de réallocation des moyens en fonction de l'activité, porteurs d'efficience et de dynamisme

La réforme du financement de l'hôpital a participé à la mutation de son organisation. La T2A a introduit dans le fonctionnement hospitalier une logique accrue de performance médico-économique, qui a été utile au secteur public. En particulier, elle a permis de montrer la capacité d'adaptation et d'efficacité de l'hôpital public. Comme le souligne la Fédération Hospitalière de France, la part du déficit des établissements publics de santé a au cours de ces dernières années fortement diminué.

En outre, la T2A a suscité des restructurations et des recompositions hospitalières pertinentes, lorsque celles-ci étaient en rapport avec les besoins du territoire et les capacités des établissements. Des complémentarités plus importantes entre les établissements publics de santé mais également avec des établissements privés non lucratifs ou des cliniques commerciales ont vu le jour. Elles ont permis de constituer des filières de soins et de renforcer les logiques de compétitivité et de performance des établissements publics de santé.

Dans ce contexte, deux problématiques distinctes coexistent : la première est relative au niveau de ressources financières que le Parlement souhaite attribuer chaque année aux hôpitaux publics : en effet, le tendancier d'évolution des dépenses des établissements de santé (publics et privés) se situe « en routine » à un taux supérieur à 3 % (3,5 % estimé pour 2013) alors que le taux de progression de l'ONDAM est quant à lui inférieur à 3 %. Le taux figurant dans l'avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014 est de 2,4 % dont 2,3 % pour l'ONDAM hospitalier soit - 0,3 % par rapport à l'année dernière. L'écart est absorbé depuis plusieurs années par des efforts de productivité, mais ce mécanisme montre aujourd'hui ses limites. Ainsi, en 2012 le déficit des hôpitaux publics a représenté 150 millions d'euros, en diminution par rapport à 2011. En 2011, le déficit de l'ensemble des hôpitaux publics représentait en effet 455 millions d'euros, soit 1 % de leur budget (source FHF), sans progression depuis 2010, tandis que 2008 et 2009 ont été des années de réduction importante des déficits hospitaliers.

La seconde problématique porte sur les mécanismes de financement qui visent aujourd'hui l'ensemble des établissements de santé publics ou privés, notamment la tarification à l'activité.

(7) Un décret en Conseil d'État déterminera les modalités d'application de ces dispositions, « notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils ainsi que les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ».



B. Le manque de clarté des modalités de détermination des tarifs appliqués aux établissements complique le pilotage médico-économique des hôpitaux

L'introduction du système de tarification à l'activité (T2A) devait permettre de corriger certaines faiblesses du financement des établissements de santé, en substituant à un principe de reconduction d'une dotation globale une allocation de ressources proportionnée à l'activité de chaque hôpital, afin de donner aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement et de limiter les situations de rente. Les parts de marché des hôpitaux publics ne cessent de progresser sur l'ensemble des champs ce qui atteste du potentiel de l'outil T2A dès lors qu'il est mis au service d'une gestion dynamique.

En revanche, les modalités actuelles de détermination des tarifs des séjours hospitaliers sont critiquables sur plusieurs points :

- La non prise en compte des techniques nouvelles et innovantes dans les tarifs, par exemple la fibrillation atriale. Le GHS moyen est de 6 000 € et le coût patient est de 12 000 €. Le GHS couvre uniquement les DMS non remboursables en sus (5 900 €).
- La construction des coûts qui sert de base à l'élaboration des tarifs est critiquable : les données de comptabilité analytique ne sont pas certifiées, l'échantillon d'établissement est de faible taille (une cinquantaine d'hôpitaux), il n'existe aucune transparence sur les retraitements effectués par l'ATIH sur les données de comptabilité analytique collectée dans les établissements.
- L'échelle nationale des coûts connaît des imperfections : les modifications de tarifs effectués par le ministère en charge de la santé dans le cadre des campagnes tarifaires conduisent à distordre l'échelle des tarifs de sorte que certains d'entre eux sont sous ou sur valorisés. Le rapport IGAS 2012⁽⁸⁾ souligne ainsi que « l'absence de publication ex-ante des principes précis de modulation tarifaire comme l'absence de description publique précise des impacts attendus des décisions prises » laisse de la marge à de nombreux ajustements itératifs et opaques.
- Cet écart croissant entre tarifs T2A et coût des activités qu'ils financent a été démontré lors des journées relatives à l'Étude Nationale des Coûts 2011 par Jean-Claude Moisdon, directeur de recherche à l'école des Mines de Paris. Son analyse montre que l'enveloppe correspondant à l'ensemble des tarifs GHM/GHS est inférieure de 8 % au montant des coûts correspondants calculés dans le cadre de l'ENC (soit 2 milliards de moins) et demeure inférieure en moyenne de 5 %, y compris après prise en compte dans le calcul du débasage de la précarité, de la permanence des soins et des internes...
- La régulation prix-volume tend progressivement à dénier aux tarifs toute réalité économique. Cela complique la gestion des établissements au quotidien, notamment dans le rapport au corps médical qui appréhende mal l'idée que le revenu lié à son travail puisse être volatile (et parfois diminué). Par ailleurs, les effets des variations de tarifs d'une année sur l'autre sont particulièrement dommageables pour la bonne gestion des hôpitaux. La procédure budgétaire reste insatisfaisante en termes de lisibilité pour les gestionnaires hospitaliers. Certaines règles de codage sont fixées

(8) *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport IGAS, mars 2012.

en décembre N-1. Les tarifs de la tarification à l'activité ne sont fixés que le 1^{er} mars de l'année ; les dotations sont notifiées en mai, pour la première phase de notification, les dernières notifications intervenant en décembre ; les délibérations et approbations des états prévisionnels de recettes et de dépenses et des plans globaux de financement pluriannuel interviennent en juin ou juillet ; les crédits mis en réserve ne sont dégelés, lorsqu'ils le sont, que tardivement. Il est quasiment impossible pour un gestionnaire d'établissement de se projeter et donc de mettre en œuvre son projet d'établissement. La conclusion des CPOM avec les ARS par exemple repose sur des prévisions de recettes rendues particulièrement aléatoires. De même valider sur ces bases la rentabilité économique des projets d'investissement devient problématique.

III. Les orientations promues par l'ADH

Des mécanismes de financement de l'hôpital qui prennent davantage en compte les inégalités territoriales et la complexité d'exercice de certaines missions de service public.


Par son caractère uniforme, la T2A, par nature, s'applique indistinctement à l'ensemble des situations. C'était d'ailleurs l'un de ses objectifs que de procéder à une allocation de ressources équitable. Toutefois, certaines situations d'établissement dont les particularismes peuvent être objectivés, ne sont pas prises en compte. Peuvent être ainsi relevées les iniquités suivantes :

- la nature de l'activité (programmée ou non programmée) n'est pas prise en compte. De fait, un établissement qui assure de nombreuses prises en charge en urgences est déstabilisé dans son organisation (et donc plus coûteux) sans que les tarifs T2A en tiennent compte ; or pour certains établissements cette part d'activité peut représenter près de la moitié des admissions ;
- le case-mix de l'établissement : la T2A valorise davantage les disciplines techniques, qui comportent un nombre important d'actes. La médecine est de façon générale moins rémunératrice (sauf médecine gériatrique bien codée). Cette difficulté trouve également un écho dans la sous valorisation des consultations hospitalières, lesquelles ne prennent que très peu en compte le niveau de qualification et d'expertise des professionnels hospitaliers (un avis spécialisé d'un PU-PH chef de service n'est pas justement valorisé par la CCAM). En effet, la médecine spécialisée à fort investissement en temps et en connaissance, comme la pédiatrie, la médecine personnalisée, la réanimation lourde, la neurologie médicale lourde est sous valorisée.

Pendant de la T2A, le financement du service public hospitalier ne peut pas faire l'objet, plus encore que pour les tarifs, d'une régulation budgétaire aveugle. Les MIGAC ont vocation à financer les missions d'intérêt général et plus globalement l'ensemble des activités et des situations pour lesquelles la T2A n'est pas adaptée (permanence des soins, précarité, isolement géographique). De ce point de vue il est indispensable de travailler sur le nombre et la nature des missions plutôt que de progressivement raréfier la ressource pour chacune d'entre elles.

Par exemple, l'hôpital public supporte le coût des postes d'internes sans que cette charge soit inscrite et valorisée, alors qu'elle bénéficie à toute la collectivité. Qui plus est, leur financement diminue avec l'avancée des études au motif qu'ils produiraient des soins facturés par ailleurs. Se trouvent également exclues du financement les activités de SSR et de santé mentale, consommatrices de ressources et dont la performance médicale peine à être identifiée selon les critères existants.

L'accès aux soins d'une population paupérisée se concentre sur l'hôpital public, et pourtant la réforme de l'AME a fortement pénalisé les établissements publics, qui assument de nombreuses



missions qui n'ont pas un caractère sanitaire (citons par exemple l'accueil des sans-abris). De même, l'activité ambulatoire doit pouvoir être valorisée alors qu'aujourd'hui les tarifs des consultations sont sous-évalués eu égard aux charges fixes qu'elles mobilisent. Or l'accessibilité aux soins dépend en partie de ce volet d'activités.

Enfin, il est important de prendre en compte les réalités de territoire et le fait que des établissements, souvent isolés mais répondant à un besoin de la population, soient déficitaires. Des fonds spécifiques doivent permettre pour ces établissements de les accompagner et les aider à répondre à ces besoins de la population.

L'avant-projet de PLFSS 2014 prend en compte les limites du modèle actuel de financement des établissements de santé et prévoit des mesures dérogatoires. L'exposé des motifs de l'article 33 de l'avant-projet précise que ce modèle « ne permet en effet pas suffisamment de répondre aux enjeux de mise en œuvre d'objectifs de santé publique ou au déploiement de stratégies régionales de réponse aux besoins de santé des populations dans le cadre des projets régionaux de santé ».

Une responsabilité forte des directeurs d'établissement en matière de résultat financier et d'efficacité de la dépense qui doit avoir pour contrepartie une plus grande lisibilité du système.

La responsabilité des directeurs d'établissement en matière financière est le corollaire de l'autonomie des établissements de santé. Elle est en outre le levier essentiel pour garantir l'efficacité de la dépense hospitalière. Cette responsabilité s'exerce cependant dans un environnement souvent régi par une logique de court terme, la régulation de la dépense s'effectuant de fait fréquemment par des gels de crédits brutaux suivis d'injections d'aides en urgence, sans que soit pris le temps d'étudier la pertinence de la dépense et les engagements de performance de l'opérateur.

A. Aides à la contractualisation

Une réflexion sur les aides à la contractualisation est également souhaitable, en particulier en ce sens qu'elles doivent permettre l'adaptation de l'hôpital aux nouveaux enjeux du système de santé.

Ce constat a d'ailleurs été effectué en matière de coopération hospitalière par la mission « Hôpital public »⁽⁹⁾ et par le rapport relatif à la Stratégie Nationale de Santé⁽¹⁰⁾ : « la tarification à l'activité a certes permis de maîtriser les grands équilibres économiques, de stimuler le développement de certains établissements et de promouvoir une culture de l'efficacité. En revanche, elle n'incite pas, dans son état actuel, à l'organisation de la continuité de la prise en charge et aux coopérations ».

L'aide à la contractualisation et le dispositif du FIR (Fonds d'Intervention Régional) doivent être mis à profit pour promouvoir les projets et les restructurations des EPS. Il ne s'agit pas ici de soutenir artificiellement des établissements qui ne sont pas en mesure de se positionner stratégiquement ou de répondre aux besoins de la population, mais de permettre un peu plus aux établissements d'être sur un pied d'égalité avec les structures privées dans le cadre d'une logique concurrentielle.

(9) *Mission Hôpital Public*, coordonateurs Francis Fellingner/Frédéric Boiron, juin 2011-janvier 2012.

(10) *Stratégie Nationale de Santé*, feuille de route, 23 septembre 2013.

L'hôpital est au cœur des parcours de soins. Il en concentre souvent les difficultés les plus prégnantes. La promotion des parcours, qui doit permettre, outre l'amélioration des prises en charges, d'optimiser la dépense de soins, n'est pas prise en compte dans les financements actuels.

L'avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2014 (article 34) prévoit des expérimentations de parcours de soins sur des thématiques spécifiques : ces expérimentations concerneront l'IRC et le traitement du cancer par radiothérapie, deux prises en charge sur lesquelles des lacunes ont été identifiées par les professionnels et pour lesquelles existent des recommandations de bonne pratique.

B. Le cas de l'activité en psychiatrie


La réflexion entamée, dès 1989, sur l'application à la psychiatrie d'une tarification à l'activité pourrait apporter des éléments de réponse dans un domaine médical où le diagnostic est bien plus complexe que dans d'autres disciplines et où la prise en charge est plurielle et variée, multiforme et fortement liée aux choix thérapeutiques des différents intervenants médicaux et paramédicaux. Ainsi, le modèle, présenté en 2006, reposait sur quatre éléments : l'activité produite par l'établissement, les caractéristiques de la population desservie (« géo populationnel »), les missions spécifiques d'intérêt général (urgences, précarité...) et les médicaments particulièrement onéreux. À la condition que la part respective de ces différents compartiments soit équilibrée et, notamment, que la part « géo populationnelle » soit significative, ce modèle semblait être à même de faire évoluer le financement de la psychiatrie vers une meilleure adaptation des moyens aux besoins, dans un relatif consensus.

C. Une nécessaire clarification des modalités de financement de l'investissement

Dans le cadre du système de financement actuel, l'effort d'investissement est « censé » être couvert par les tarifs T2A. Toutefois, compte tenu des limites précédemment évoquées sur l'outil T2A lui-même ainsi que des conséquences des modalités de régulations budgétaires actuelles, les établissements ne sont plus en mesure de mobiliser suffisamment de capacité de financement pour assurer leurs investissements courants, et ce malgré les plans nationaux. En conséquence, la dette des hôpitaux n'a cessé de croître ces dernières années sous l'effet de l'importante vague de modernisation des structures existantes engagées durant la dernière décennie, à l'initiative des Pouvoirs publics. Le rapport IGAS/IGF sur l'investissement hospitalier ⁽¹¹⁾ rappelle ainsi que le montant de l'investissement hospitalier a doublé au cours de la période 2002-2012 en partie du fait des plans H2007 et H2012, ce qui a notamment eu la conséquence suivante : le surcroît d'investissement a été financé par un recours massif à l'endettement, saturant ainsi en partie la possibilité de recours à l'emprunt pour les investissements à venir d'autant que la situation bancaire est délicate. Dans le même temps, alors que la capacité des établissements à financer leurs établissements est réduite, il reste néanmoins des opérations inéluctables à financer (telle la mise aux normes de sécurité) ou les opérations de regroupement.

La mise en œuvre d'un nouveau dispositif de pilotage au niveau national à double niveau avec le rôle renforcé des ARS dans l'évaluation et la sélection des projets d'investissement et la

(11) *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, rapport IGAS/IGF, mars 2013.



création du COPERMO⁽¹²⁾ est trop récente pour permettre de déterminer si elle améliore l'efficacité et les conditions d'investissement des hôpitaux.

Un modèle de financement qui doit s'adapter de manière rapide et efficace aux nouveaux modes de prise en charge et à l'innovation pour faire face aux enjeux financiers et sanitaires à venir.

Comme le rappelle en préambule le rapport relatif à la Stratégie Nationale de Santé (SNS)⁽¹³⁾, la France, avec 12 % du PIB consacrés à la santé (plus de 240 Md€ en 2012) est le troisième pays de l'OCDE selon la part de la richesse nationale consacrée à la santé. La progression spontanée de l'ONDAM, hors de toute mesure d'économie, s'est établie à 4,4 % par an entre 2007 et 2012. Selon les calculs réalisés par les inspections générales des affaires sociales et des finances⁽¹⁴⁾, la progression tendancielle de l'ONDAM s'établira un peu en dessous de 4 % par an d'ici 2017. Dans ce contexte, la maîtrise de la progression des dépenses apparaît donc comme un enjeu majeur : une progression limitée à 2,5 % par an supposerait de réaliser un effort annuel d'économies de 2,5 Md€. Seules des mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé comme l'indique le rapport relatif à la Stratégie Nationale de Santé, permettront de soutenir cet effort d'économies tout en préservant la qualité et l'équité de l'accès aux soins et en faisant face mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...).

Concernant le poste de la dépense hospitalière, la Cour des comptes⁽¹⁵⁾ recommande au ministère de la Santé une mesure pour faciliter une maîtrise durable et objectivée de la dépense : la construction de l'ONDAM hospitalier en « tenant compte de l'évolution sous-jacente de la demande de soins », et non de charges des établissements, méthode jugée « instable ». Le remplacement par des outils mieux objectivés aboutirait par ailleurs probablement à des restructurations plus fortes, mais gagnerait en pertinence par rapport à une réduction rampante de moyens déconnectée des objectifs de performance du système de santé solidaire. La Cour des comptes, dans son rapport 2013, met par exemple en avant des mesures de pertinence en partie innovantes, en partie sous forme d'incitations, et qui rejoignent l'objectif de performance. Peuvent être notamment retenues :

- La gestion par les ARS de la permanence des soins ambulatoires (700 M€), pour éviter que les services d'urgences continuent d'être un premier recours pour de nombreux patients ; l'économie en coût de prise en charge et en séjours inadéquats serait majeure.
- Le renforcement de la chirurgie ambulatoire, qui outre son aspect économique rencontre le plus souvent un écho favorable parmi les patients.
- Le renforcement de l'hospitalisation à domicile, dont elle constate à la fois l'intérêt et la relative méconnaissance par les professionnels.
- La mise en place d'indicateurs d'activités minimales dans les plateaux techniques de chirurgie afin de rationaliser l'offre (67 % de taux d'occupation) et d'accroître parfois

(12) COPERMO : Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'offre de soins.

(13) *Stratégie Nationale de Santé*, feuille de route, 23 septembre 2013.

(14) *Proposition pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, rapport IGAS-IGF, juin 2012.

(15) Rapport annuel de la Cour des comptes 2013.

la qualité. Sur ce point il convient toutefois de veiller à l'adéquation des moyens adaptés de transport sanitaire et à la prise en compte des situations d'isolement géographique afin de réduire les risques médicaux inhérents à l'éloignement.

Chirurgie ambulatoire, parcours de soins, médecine personnalisée ⁽¹⁶⁾, hôpital numérique : ces grands chantiers sont à poursuivre pour dessiner l'hôpital de demain, adapté à la demande de soins et soutenable financièrement. Ils font déjà l'objet de mesures d'incitation ou de financement précédemment évoquées. Le risque demeure cependant que la contrainte financière et l'organisation du système de santé ne permettent pas de répondre de manière assez rapide et suffisante à l'ampleur de ces défis. Dans le domaine de la recherche et de la médecine personnalisée, les établissements hospitaliers dans le cadre par exemple de structures type Institut Hospitalo-Universitaire (IHU), Equipex ou Labex développent une activité de pointe. Le rapport relatif à la SNS ⁽¹⁷⁾ souligne que « la France s'est dotée dans les dernières années de nombreux outils au service de la recherche en santé, elle l'a fait de façon trop cloisonnée. Il convient de simplifier le nombre de structures et les modes de financement ».

La chirurgie ambulatoire est quant à elle un bon exemple de la nécessité de mettre en œuvre un système de financement réellement incitatif pour faire évoluer les pratiques. La Haute Autorité de Santé (HAS) vient ainsi de publier 30 septembre, dans le cadre d'un programme commun avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), des recommandations pour « adapter les incitations tarifaires afin d'accélérer le déploiement de la chirurgie ambulatoire en France ». En effet, une tarification identique avec la chirurgie conventionnelle a contribué à faire progresser la chirurgie ambulatoire mais la part des incitations tarifaires reste « difficilement mesurable ». Parmi ces recommandations, la HAS propose par exemple de considérer la prise en charge en chirurgie ambulatoire comme « une activité spécifique, dont les modalités d'organisation et la durée de prise en charge ont des conséquences sur les méthodes de calcul des coûts » ⁽¹⁸⁾. En matière de tarification et d'efficacité, les recommandations suggèrent de s'affranchir de manière progressive des tarifs qui sont fondés sur le coût moyen, afin de privilégier des tarifs qui soient fondés sur les pratiques les plus efficaces. La HAS propose aussi d'expérimenter le « paiement à l'épisode de soins » mis en place aux États-Unis dans le but de rémunérer l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, de la confirmation du diagnostic aux éventuelles ré-hospitalisations.

(16) Définition de la médecine personnalisée : la médecine personnalisée cherche à atteindre 3 buts : améliorer la prise en charge du patient, mieux comprendre la maladie et accélérer la mise à disposition de la molécule de demain pour les patients. Elle s'appuie sur des plates-formes de génétique moléculaire.

(17) *Stratégie Nationale de Santé*, feuille de route, 23 septembre 2013.

(18) Dans ce cadre, il conviendrait de mener des « études d'impact de différentes clés de ventilation des frais de structure ou de personnel en fonction par exemple des durées d'intervention chirurgicale ou des techniques utilisées ».



Bibliographie

- *Mission Hôpital Public*, coordonnateurs Francis Fellingier/Frédéric Boiron, juin 2011-janvier 2012.
- *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport IGAS, mars 2012.
- *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, rapport IGAS/IGF, mars 2013.
- Rapport annuel de la Cour des comptes 2013.
- *Stratégie Nationale de Santé*, feuille de route, 23 septembre 2013.
- Avant-projet PLFSS 2014.