

# Le financement des établissements publics de santé

## Analyses et propositions de pistes d'amélioration du système

Commission des Affaires sociales  
de l'Assemblée nationale  
PLFSS 2013 – Audition du 3 octobre

A l'heure d'un effort budgétaire considérable pour le pays, et face à la nécessité de garantir les capacités d'action de la puissance publique tout en conduisant les réformes nécessaires à la réaffirmation du service public hospitalier, l'Association des directeurs d'hôpital propose au Rapporteur du PLFSS quelques réflexions sur le système de financement et sur les évolutions qu'elle considère souhaitables.

Nous croyons à un hôpital public moderne, efficace, capable d'innovation médicale et dans sa gestion pour permettre son adaptation aux nouvelles modalités de prises en charge des patients (ambulatoire, parcours de soins, prise en charge à domicile), tout en respectant les contraintes du financement collectif.

Parler des spécificités des établissements publics de santé renvoie à la mission de service public hospitalier, qui concerne 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.

### **La spécificité du service public hospitalier n'a pas empêché celui-ci d'évoluer.**

La réforme de son financement a participé à la mutation de son organisation. La tarification à l'activité, 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, contrairement aux annonces des contempteurs habituels de l'hôpital public, que notre secteur d'activité était capable d'adaptation et d'efficacité. 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.

Ces réorganisations se sont par ailleurs inscrites dans un nouveau contexte de dialogue au sein des établissements publics de santé, entre les chefs d'établissement, leurs équipes de direction et le corps médical. Cela est allé dans le sens d'une dynamisation du fonctionnement hospitalier et dans une logique d'efficacité qui, si elle est bien accompagnée et conforme à une vision républicaine de la santé publique, vient renforcer la qualité des prises en charge :

citons à cet égard la mise en place de tableaux de bord, d'indicateurs mais également la contractualisation interne avec les pôles sur des objectifs stratégiques.

**L'Association des directeurs d'hôpital salue la dynamique des établissements de santé et le dialogue de gestion renforcé entre directeurs et corps médical. L'ADH partage l'ensemble des analyses de la Fédération Hospitalière de France qui propose un regard objectif et dépassionné sur les réalités médicales, humaines, et économiques du secteur de la santé.**

Dans ce contexte, l'ADH distingue **deux problématiques distinctes** : la première est relative au **niveau de ressources** financières que le Parlement souhaite attribuer aux hôpitaux publics dans le cours de la prochaine législature et en particulier à l'occasion du débat sur le PLFSS 2013. La seconde 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 (T2A).

\*\*\*\*\*

# 1. Hôpital public et redressement des finances publiques nationales : enjeux collectifs et responsabilisation des acteurs

## *1.1. Les directeurs d'hôpital ont conscience des efforts qui s'imposent à l'ensemble de la sphère publique pour engager le redressement des finances publiques*

L'ADH mesure les enjeux de réduction de la dette publique et de retour rapide à l'équilibre des finances publiques. Les efforts que les hôpitaux publics ont réalisés en matière budgétaire ces dernières années témoignent de l'engagement des directeurs d'hôpital, et leur capacité à engager dans leurs établissements et à l'échelle territoriale un effort collectif d'optimisation des ressources et de réduction des coûts, dans une logique de santé publique.

La majorité des hôpitaux publics se sont engagés dans la voie de « l'optimisation des dépenses », parfois en instaurant de véritables logiques de contractualisation avec les agences régionales de santé : réorganisations internes (réduction des doublons et recherche des effets d'échelle), maîtrise des dépenses de médicament, rationalisation du recours aux plateaux techniques (actes de biologie, de radiologie etc.), contrôle accru des prescriptions.

Toutefois, **le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier exige chaque année un effort de productivité supplémentaire**, compte tenu de **la faible évolution des tarifs** d'une part, et, d'autre part, en raison du **gel des MIGAC** (dont sont essentiellement destinataires les hôpitaux publics) dont la vocation est de financer les missions de service public.

## *1.2. L'ADH considère que les marges de manœuvres pour poursuivre l'optimisation de la dépense hospitalière sont réduites*

La crise financière qui a touché l'économie française rend plus visibles mais surtout plus sensibles les difficultés budgétaires des hôpitaux publics, sans qu'il s'agisse de défauts de gestion interne.

En effet, **le tendanciel 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) quand le taux de progression de l'ONDAM est quant à lui inférieur à 3% (2,6% envisagé pour 2013).

L'écart est absorbé depuis plusieurs années par des efforts de productivité, mais ce mécanisme montre aujourd'hui ses limites.

Ainsi, en 2011, le **déficit** de l'ensemble des hôpitaux publics représenterait environ 487 millions d'euros, soit **1% de leur budget** (source FHF<sup>1</sup>), sans progression depuis 2010, tandis que 2008 et 2009 ont été des années de réduction importante des déficits hospitaliers.

**Ce rythme ne pourra pas être tenu sans mesures d'ordre plus structurel qui nécessitent un arbitrage politique.**

L'importance des charges liées aux **ressources humaines** des établissements (environ 63% sur les derniers exercices, tous types d'établissements confondus) **relativise toute marge de manœuvre** chefs d'établissements.

La part masse salariale est en diminution légère depuis dix ans (66% en 2003 par exemple) du fait des réorganisations. Mais les dépenses à caractère médical (18,5% en moyenne) consomment une part croissante des marges, notamment en raison du prix des innovations (par exemple, les produits et thérapeutiques liés au Cancer).

---

<sup>1</sup> EPRD 2011 des établissements de santé – étude menée auprès de 80% du parc hospitalier, Département Finances FHF, septembre 2012

### *1.3. L'Hôpital public joue un rôle particulier dans notre société, qui impacte nécessairement son modèle économique*

Les hôpitaux publics dispensent des soins, assurent la formation, mènent la recherche médicale ou y contribuent.

La dispensation des soins de haut niveau répond à un principe d'égalité d'accès, 7j/7 et 24h/24. Les urgences hospitalières accueillent l'ensemble des populations, y compris celles qui n'ont pas réellement besoin de soins urgents ou spécialisés mais qui ne trouvent pas de réponse en dehors de l'hôpital.

Mais on ne saurait, dans ces prises en charge, ignorer le facteur social de recours à l'hôpital public, notamment du fait du manque d'autres lieux « adaptés », tels que des foyers ou des structures d'aval. Répondre à cette demande, souvent relayée par des services publics ou des associations d'ailleurs, c'est aussi répondre à un besoin de la société, ce qui nécessite des moyens.

En parallèle au soin l'hôpital constitue un « amortisseur » social, ce qui pèse sur ses autres activités et prolonge, par exemple, la durée moyenne de séjour de ses patients par rapport à d'autres structures.

Une autre spécificité du service public hospitalier est qu'au-delà des soins, de la formation et de la recherche, il participe à des politiques de santé publique mais également de prévention.

Enfin, l'hôpital public de par les recrutements qu'il opère et les promotions professionnelles qu'il assure, constitue un vivier d'emplois et d'expertises qui permet l'accès à l'emploi de milliers de personnes.

**Le secteur public accomplit bien des missions qui ont de la valeur, même si elles n'ont pas de « prix » car ne sont pas facturables, ni prévues dans les tarifs.**

### *1.4. La poursuite du même effort budgétaire à l'hôpital public demandera des mesures d'ordre structurel sur les dépenses de santé dans leur ensemble*

La régulation budgétaire sur les tarifs T2A du champ MCO s'applique de façon uniforme, avec des tarifs parfois nettement inférieurs à ceux pratiqués dans d'autres pays. Or il serait logique de concevoir le produit hospitalier d'abord, pour **ensuite proposer un mode de financement adéquat.**

D'autre part, cette régulation « par le haut », ne permet pas de tenir compte des difficultés structurelles du système. C'est particulièrement vrai pour le taux de recours à l'hôpital. Le système français est souvent critiqué pour son hospitalo-centrisme mais les défaillances de la médecine libérale, l'absence de places en SSR ou les lacunes autour de la prise en charge de la personne âgées sont des facteurs d'inefficiences du système de soins (recours important à l'hôpital, notamment pour les personnes âgées, durées de séjour, recours aux urgences hospitalières...).

L'hôpital joue souvent le rôle de régulateur malgré lui. C'est une illustration parmi d'autres, est-ce normal que la permanence des soins (accès aux urgences...) pèse sur les seuls hôpitaux ? A titre d'exemple, la récente vague de froid a créé une forte sollicitation des urgences et a montré les limites de l'organisation du système en amont (accueil centralisé à l'hôpital) et en aval (quels relais après l'hôpital ?).

**On touche ici à l'organisation des filières et au chainage de la prise en charge des patients qui est une question primordiale dès lors que l'on souhaite améliorer notre système de santé.**

En synthèse, les améliorations apportées au système doivent être adaptées, simples, expérimentées au préalable et révocables si les conséquences de leur application se révélaient négatives.

### *1.5. La situation financière particulièrement dégradée de certains établissements et les difficultés de trésorerie qui tendent à se généraliser témoignent des limites de la régulation budgétaire actuelle*

Les difficultés d'accès au crédit, qu'il s'agisse d'investissement ou d'exploitation (lignes de trésorerie) font peser une menace sérieuse sur les établissements publics de santé.

La Fédération Hospitalière de France par la voix de son président a parlé à juste titre « d'état d'urgence »<sup>2</sup>. Dans un contexte de crise durable, la défection des principaux partenaires financiers (Dexia), la montée en puissance des règles prudentielles dits de Bâle III, les effets des programmes de relance des investissements (Hôpital 2007), l'impératif du retour à l'équilibre financier, le poids des créances non recouvrées, sont autant de facteurs aggravants.

Au surplus les établissements hospitaliers pâtissent désormais d'une image plutôt négative, trop souvent portée par les médias en mal de sensationnel ou par d'autres intervenants de santé, quand il ne s'agit pas d'une méconnaissance pure et simple, de la part des organismes bancaires.

La volatilité des tarifs et l'opacité des comptes financiers, font en effet apparaître les équilibres financiers hospitaliers comme fragiles et insécurisants.

Voici quelques pistes concrètes pour tenter de répondre à cette problématique :

- 1) **travailler l'image de l'hôpital**, promouvoir son rôle en tant qu'acteur économique, et communiquer avec les organismes bancaires sur des données précises et structurées : pour exemple, les réunions entre organismes bancaires et établissements hospitaliers organisées en Rhône Alpes en juin 2012. En Picardie, une réunion de même type est prévue en octobre 2012 ;
- 2) **développer le benchmarking financier entre établissements** à l'échelle locale, par des moyens simples comme la réunion périodique des DAF (celle-ci vient d'être réactivée en Aisne -Sud). Valoriser et diffuser le retour d'expérience à travers une plate-forme nationale ;
- 3) **adapter et simplifier le décret du 14 décembre 2011 sur le recours à l'emprunt**, en mettant en place une autorisation annuelle de recours à l'emprunt, incluse dans la décision d'approbation du PGFP : en effet les délais actuels d'obtention de l'autorisation (15 jours à 3 semaines) sont incompatibles avec la réactivité indispensable lors de la négociation d'un prêt, et ils enferment les hôpitaux dans une relation limitée aux seuls organismes institutionnels ;
- 4) **encourager mais structurer les démarches volontaires de notation**, pour tenter de contrebalancer l'écho médiatique disproportionné donné aux initiatives des agences de notation.
- 5) La possibilité d'émettre des billets de trésorerie pour certains établissements dans le PLFSS 2013 répond en partie à la problématique. Il faut poursuivre également certaines pistes comme :
  - **envisager d'offrir aux hôpitaux la possibilité de placer les fonds sur « un livret A hôpital » dans le prolongement des recommandations de la Fédération Hospitalière de France (« Livret H »)**, à l'image de ce qui existe déjà pour les associations (plafond de 76 500 €) ou les offres publics de l'habitat (dépôt illimité). Ceci permettrait d'asseoir des financements aux hôpitaux sur des placements des hôpitaux. Compte tenu de ces contreparties, les banques

---

<sup>2</sup> Les Echos, Tribune de Frédéric Valletoux, Président de la FHF

retrouveraient une capacité de financement. Rappelons que l'ensemble de la trésorerie globale des hôpitaux représente près de 3Mds€.

- Les solutions alternatives aux lignes de trésorerie (mesure de gestion relevant des directions d'établissements et des comptables publics) : affacturage, Dailly, paiement en ligne, facture en ligne, etc.

**Quel que soit le système retenu, il ne sera vertueux que si les acteurs eux-mêmes, directeurs, médecins, politiques, banquiers, financiers s'accordent sur une morale, une éthique, des valeurs à respecter.** Il est de la responsabilité du prêteur de ne pas être indifférent au caractère d'intérêt public de l'investissement qu'il finance. Cette morale vaut pour la décision d'investissement, comme pour le recours à l'emprunt.

## 2. Hôpital public et mécanismes de financement : voies d'évolution pour un système plus efficace et équitable

### *2.1. Conserver la T2A mais éclaircir les modalités de détermination des tarifs appliqués aux établissements*

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. Sur ce point, l'ADH souhaite la préservation du principe, sain, qui consiste à lier l'activité des établissements aux recettes dont ils bénéficient. **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.

Par ailleurs, l'ADH reconnaît à la T2A un rôle dans le management interne des établissements, en ce sens qu'elle permet de responsabiliser les équipes de soins sur leur activité et permet de normaliser le dialogue de gestion sur la base d'indicateurs et de données de coûts qui permettent de se comparer et induisent donc de l'émulation collective.

En revanche, l'ADH déplore les modalités de détermination des tarifs des séjours hospitaliers sur plusieurs points :

- **La non prise en compte des techniques nouvelles et innovantes** dans les tarifs, par exemple la fibrillation atriale :
  - GHS Moyen : 6 000 €
  - Coût patient : 12 000 €Le GHS couvre uniquement les DMS non remboursables en sus (5 900€).
- la convergence des tarifs organisée entre le secteur public et le secteur privé ne repose sur aucune étude qui permette d'attester que les activités réalisées sont comparables. **Dans le contexte actuel, l'arrêt de la convergence tarifaire est nécessaire.** En effet, une mise à plat des modalités de financement de priorités de santé publique est le préalable à la poursuite de cette dernière. A titre d'exemple, 2012 a vu baisser les tarifs de chimiothérapie et d'hématologie alors même que la lutte contre le cancer demeure une priorité nationale. Dans le même temps, le financement de nouvelles molécules innovantes très coûteuses (exemple du Yondelis pour lequel des centres de référence ont été désignés mais aucun financement pérenne n'a été déterminé) pèse lourdement sur l'équilibre financier des établissements ayant une activité importante en matière d'innovation.

- **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 (cf. rapport de l'IGAS sur la T2A, 2012) Cet écart croissant entre tarifs T2A et coût des activités qu'ils financent a été démontré lors des journées relative à l'Etude Nationale des Coûts (journées de Grenoble du 1er et deux décembre 2011) par Jean-Claude Moisson, 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 correspondant 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** ;

En conclusion, les coûts qui servent de référence aux tarifs qui financent les établissements ne sont pas véritablement significatifs. 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 en décembre N-1. Les tarifs de la tarification à l'activité ne sont fixés que le 1er 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.

## ***2.2. Améliorer les mécanismes de financement de l'hôpital***

Le financement de l'hôpital au sein de l'ONDAM se concentre en particulier sur la T2A qui finance l'activité MCO ainsi que sur les MIGAC. La T2A, malgré ses atouts, présente encore un certain nombre de limites intrinsèques ou techniques sur lesquelles l'ADH souhaite une réflexion nationale et la mise en œuvre d'améliorations. Quant aux MIGAC, ceux-ci font l'objet, sur le plan national comme régional, d'un pilotage inéquitable et d'une régulation dommageable.

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. C'est le cas pour la mise en œuvre du coefficient géographique qui consiste à appliquer des tarifs plus importants en certaines régions du territoire national. Les directeurs d'hôpital constatent 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, l'oncopédiatrie, la réanimation lourde, la neurologie médicale lourde est sous valorisée.

**Par ailleurs, l'esprit de la T2A peut conduire à de l'inefficience 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. Sur ces points l'ADH souhaite que les modes de régulation budgétaire tiennent compte de ces deux critères. Alors que la régulation s'opère aujourd'hui de façon aveugle 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.

**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 pour lesquelles la T2A n'est pas adaptée (permanence des soins, précarité...). De ce point de vue il est indispensable d'interroger les missions plutôt que de progressivement raréfier la ressource pour chacune d'entre elles. En ce sens, l'ADH plaide pour la poursuite des travaux qui doivent permettre d'objectiver les crédits alloués aux établissements au titre de ces missions sur des critères reconnus et transparents. Elle souhaite par ailleurs que ces financements reflètent justement les charges que requièrent les spécificités du service public hospitalier, qui ne se résument pas à une simple activité de soins.

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. Alors qu'ils sont censés être en formation avec tout ce que cela implique, 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. 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.

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). L'aide à la contractualisation et le dispositif du FIR (Fond d'Intervention Régional) doivent être mis à profit pour promouvoir les projets et les restructurations des EPS.

Il doit être possible, comme le propose le récent rapport IGAS/IGF sur la maîtrise de l'ONDAM, de faire progresser l'échantillonnage des tarifs, pour financer les MIGAC et structurer de manière plus pertinente l'activité.



## 2.3. Diversifier les financements soutenant et dynamisant l'activité hospitalière

### Aides à la contractualisation

L'ADH souhaite également une réflexion sur les aides à la contractualisation, en particulier en ce sens qu'elles doivent permettre l'adaptation de l'hôpital aux nouveaux enjeux du système de santé. Ni les tarifs T2A ni le financement des missions d'intérêt général ne permettent aujourd'hui d'accompagner les établissements dans leurs mutations, et en particulier dans leurs actions en faveur de la santé publique et de la prévention. 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. Le même constat a d'ailleurs été effectué en matière de coopération hospitalière par la mission « Hôpital public<sup>3</sup> ».

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. Si l'on souhaite intégrer les EPS dans une logique compétitive non faussée, il convient dès lors de prendre en compte ces réalités mais également de réfléchir aux difficultés que les établissements peuvent connaître pour le recrutement de professionnels, et notamment de praticiens.

### Le cas de l'activité en psychiatrie<sup>4</sup>

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. A 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.

### Pour une campagne d'investissement transparente

Enfin, **les directeurs d'hôpital souhaitent une clarification des modalités de financements de l'investissement**, qui dans le cadre actuel, 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 conséquences, 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, qui ont préféré financer des charges d'intérêts plutôt que de doter les établissements de capitaux propres.

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. Ces fonds doivent toutefois être différenciés des crédits FIR et AC évoqués précédemment.

<sup>3</sup> Mission Hôpital public co-pilotée par le Dr Fellingner et par F.Boiron, Président de l'ADH, rapport d'avril 2012

<sup>4</sup> Note « Quelques principes pour la psychiatrie publique, Chierici/Pradalié, Terranova sept.2012

#### ***2.4. L'hôpital a besoin de conserver un pilotage efficace, une capacité de décision et une gouvernance bien identifiée pour garantir la conduite des efforts médico-économiques.***

L'évolution de la tarification à l'activité est à réexaminer au regard principalement de la question récurrente de la convergence public-privé, mais aussi de la réorganisation territoriale de l'offre de soins dans un contexte de raréfaction de certaines démographies professionnelles, et de la solvabilité des patients. En écho à cette question, c'est le devenir de la notion de performance, si difficile à imposer dans le domaine public, mais désormais acquise, qui est posé.

Le financement des EPS doit dans le même ordre d'idée être lié à la gouvernance : avec la prévision annoncée d'un ONDAM maximal de 2,6% sur la durée (en fait inférieur pour les EPS en incluant les gels et les péréquations), et compte-tenu d'une politique salariale dont les règles restent définies en dehors des établissements, les arbitrages rendus plus difficiles reposeront sur les équipes dirigeantes. La capacité décisionnelle des chefs d'établissements doit dans ce contexte être préservée.