7 Une contrainte financière sans précédent dans le contexte de la tarification à l'activité

L'hôpital désormais soumis à une stricte logique financière

Dans le sillage du mouvement lancé par le plan « Hôpital 2007 », l'organisation budgétaire des hôpitaux a fait l'objet d'une réforme radicale : l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) a remplacé le budget. Cette transformation est la conséquence de l'échec des politiques visant à contenir les dépassements budgétaires des établissements et de la nécessité ressentie par les autorités de santé de mettre en œuvre un dispositif beaucoup plus contraignant.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

L'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)

L'EPRD n'est pas davantage un instrument de prévision que ne l'était le budget, c'est plutôt – comme le laisse supposer son intitulé – un instrument fin de suivi de l'exécution des autorisations de crédits données en début d'exercice. Auparavant, l'exécution du budget d'une année était estimée après la clôture de l'exercice afin de préparer le budget suivant, ce qui laissait aux hôpitaux tout loisir de dépasser en cours d'exercice les autorisations de crédits accordées – tant en dépenses d'investissement que

d'exploitation (ou de fonctionnement). L'objectif de l'EPRD est, au contraire, d'estimer et de sanctionner en amont tout risque de dépassement budgétaire, d'où le nom de cette nouvelle procédure : « état des prévisions de recettes et de dépenses ».

À chaque moment de l'exercice budgétaire, les responsables hospitaliers – ou leur tutelle, on va le voir – doivent être en mesure d'estimer les recettes et les dépenses à venir durant l'année d'exécution. C'est la raison pour laquelle, les instances paritaires – en l'occurrence le comité technique d'établissement (CTE[19]) – de chaque hôpital ainsi que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dont il dépend devront être informées de l'EPRD quatre fois par an. En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, le conseil d'administration de l'hôpital pourra recourir à un audit externe et – si besoin est – adopter un plan de redressement à la demande de l'ARH. La commission médicale d'établissement (CME[20]) et le comité technique d'établissement peuvent conjointement saisir le conseil d'administration de la situation financière de l'hôpital.

19. CTE : équivalent dans la fonction publique hospitalière du comité technique paritaire Constitué exclusivement (pour la partie « employés ») des représentants du personnel – titulaires et contractuels – élus sur proposition des organisations syndicales de l'établissement. Il ne dispose que d'un avis consultatif mais doit être informé des différents éléments intéressant le fonctionnement de l'hôpital : incidents, projets de la direction, organisation et conditions de travail, orientations financières…

20. La CME représente le corps médical. Elle est composée des médecins chefs de service, qui y siègent de droit, ainsi que des membres du corps médical élus par leurs pairs. Outre son rôle consultatif dans les domaines de l'investissement, du budget, des réseaux de soins, du bilan social et des centres de responsabilité, la CME tient un rôle effectif dans la formation continue des praticiens hospitaliers, le projet médical, l'organisation des activités médicales et l'amélioration de la qualité des soins. Elle peut se subdiviser en commissions suivant les sujets qu'elle souhaite évoquer : effectifs, gardes et astreintes, finances, activité libérale…

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Sous le régime du budget, un déficit d'exploitation n'obérait pas la capacité de l'hôpital à commander et à investir. Désormais, avec la logique financière de l'EPRD, tout déficit d'exploitation diminuera les fonds propres de l'hôpital et obligera à repenser les modes de financement des investissements prévus. Selon les termes même des concepteurs du projet, « *L'EPRD tend à privilégier les investissements financièrement équilibrés* ». L'EPRD introduit donc un pilotage par les recettes dont le niveau commande les dépenses.

Avec le budget, l'équilibre demeurait l'objectif ; avec l'EPRD, il devient la réalité. L'EPRD fait donc prévaloir une logique financière dans la gestion des hôpitaux *via* un pilotage par les recettes : ce sont ces dernières qui déterminent les dépenses, auxquelles s'ajustent les moyens et, donc, l'activité. Ce n'est plus l'activité qui détermine les moyens à mettre en regard, mais c'est à ces derniers que l'activité doit s'ajuster.

Une gestion réellement défaillante ?

L'esprit qui sous-tend cette réforme est que les moyens actuels de l'hôpital public sont suffisants pour répondre à ses missions et que les difficultés budgétaires et financières qu'il rencontre ressortissent à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses qui seraient inconsidérées et à un éventuel gâchis des fonds employés. C'est cette conception qui préside à la possibilité ouverte au conseil d'administration, d'une part, et à la CME et au CTE, d'autre part, de contester le bien-fondé du management financier des établissements publics de soins. On peut avancer, malheureusement, qu'il n'a pas été porté remède aux difficultés structurelles qu'affronte l'hôpital public.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Par delà une certaine fongibilité entre groupes de dépenses (à l'exclusion du financement de dépenses pérennes par des recettes non pérennes), rendue obligatoire par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), rien de fondamental n'a été modifié dans la structuration des dépenses des hôpitaux, et donc dans leur nature. Les groupes de dépenses sont les mêmes, bien qu'ils aient été rebaptisés « titres ». En dépenses, on trouve le personnel (titre 1), les charges à caractère médical (titre 2), les charges à caractère hôtelier (titre 3), l'amortissement, les provisions financières et exceptionnelles (titre 4). Les recettes sont structurées autour de trois titres : les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) ; les produits de l'activité hospitalière (titre 2) ; les autres produits (titre 3).

Contraindre ainsi les hôpitaux, leur appliquer un régime budgétaire aussi draconien, les forcer à une gestion par le fonds de roulement, donner aux organisations syndicales et à la communauté médicale la possibilité de saisir le conseil d'administration des dérives constatées dans les dépenses revient au fond à porter l'anathème sur la qualité de la gestion des équipes de direction.

Il n'est pas question ici d'introduire un discours catégoriel, bien au contraire ! Pour avoir appartenu à des équipes de direction, l'auteur de ces lignes peut témoigner du niveau insuffisant de compétence de certains de leurs membres. Le problème, hélas, n'est pas là : s'il suffisait de remplacer la part (pas si importante que cela) de directeurs incompétents par des techniciens chevronnés pour rétablir la situation financière et budgétaire des établissements de santé, ce serait là une merveilleuse nouvelle et l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) aurait toutes les chances de fonctionner.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Mais il n'en est pas ainsi : quels que soient la composition des équipes de direction et l'environnement réglementaire imposé à la décision budgétaire, les difficultés structurelles de financement des hôpitaux ne changeront pas. En faisant semblant de considérer le budget des hôpitaux comme suffisant, les autorités sanitaires déconcentrent au niveau des établissements l'absence de décision politique prise au niveau national quant à leur nombre trop élevé.

On l'a vu, les moyens engagés pour l'hôpital sont importants mais dispersés toutefois entre de trop nombreux d'établissements. Aucun gouvernement n'ayant jusqu'à maintenant réussi à faire admettre et à organiser la restructuration de l'offre de soins hospitaliers, il a été décidé de contenir l'enveloppe globale des dépenses hospitalières en laissant le soin aux directions locales de gérer la pénurie ainsi provoquée. Encore une fois, trop d'hôpitaux tue l'hôpital.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Les risques liés au couple T2A/EPRD

La contrainte financière et budgétaire qui enserre désormais le fonctionnement des hôpitaux est d'autant plus préoccupante qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une modalité nouvelle de financement adossée à l'activité des établissements publics et assimilés. La tarification à l'activité (T2A) est une réforme prometteuse dont l'objectif est de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Elle consiste à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. À chaque acte, chaque pratique, chaque

type de soin, correspond un tarif : le financement public des hôpitaux dépendra désormais[21] du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers.

La tarification à l'activité (T2A)

Jusque-là, le financement des hôpitaux était assuré pour les trois-quarts de leurs recettes environ par une dotation dite « globale », fixée au début des années 1980 et évoluant à la marge depuis lors. Quels que soient l'activité des hôpitaux, leur évolution, leur dynamisme ou leur inertie, leur dotation globale restait inchangée ou presque. Ce système pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence, puisque tout cela se faisait à budget inchangé. Pire encore, la dotation globale encourageait l'inertie et la perte de technicité des hôpitaux : à budget inchangé, il est plus facile de gérer un établissement de moins en moins technique et donc de moins en moins dépensier.

L'autre grand objectif de la tarification à l'activité est d'inciter les hôpitaux à la productivité. Dès lors que les recettes des hôpitaux sont assurées par les « gains » tirés de leur activité, ils sont incités à minorer les dépenses occasionnées par les actes producteurs de ces recettes. En d'autres termes, si une appendicite « rapporte » 100 par la T2A, on fera en sorte qu'elle ne coûte pas 110, et même qu'elle puisse dégager des marges de

21. Une fois la T2A entrée totalement en vigueur : le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité se fait progressivement, par « instillation » d'un pourcentage de T2A croissant année après année.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

manœuvre budgétaires afin de permettre le financement d'activités structurellement plus coûteuses. Pour ce faire, une réflexion quant aux moyens engagés (matériels, temps d'utilisation du bloc opératoire, personnels sollicités, etc.) devra être menée sur la base d'une comptabilité analytique performante, qui fait globalement défaut au système hospitalier public aujourd'hui.

La productivité est un terme difficile à accoler aux hôpitaux : comment, en effet, ne pas transposer au monde du soin l'image de Charlot serrant hystériquement des boulons dans *Les temps modernes* et s'imaginer opéré à la chaîne par des praticiens l'œil rivé sur la pendule ? C'est bien souvent les excès ou la caricature des efforts de productivité qui viennent à l'esprit des personnels des hôpitaux dès lors que des préconisations de rationalisation du travail leur sont soumises.

En réalité, les hôpitaux ont des réserves immenses de productivité sans impact aucun sur la qualité des soins. Dans un bloc opératoire, par exemple, inciter à la productivité ne revient pas à demander aux chirurgiens d'accélérer leurs interventions mais de s'interroger sur les raisons qui peuvent expliquer que le temps séparant deux interventions soit deux, trois, quatre fois plus important, voire davantage encore, dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce n'est pas de la qualité de la pratique chirurgicale qu'il s'agit-là, mais de nettoyage, d'asepsie, d'organisation, de logistique. De même, la qualité des soins ne serait pas diminuée si chirurgiens et anesthésistes fixaient de concert le début des interventions afin d'éviter que les uns attendent les autres, et *vice versa*.

Cette évaluation de la productivité est censée ne pas se limiter au secteur public et au service public hospitalier : la tarification à l'activité a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

des établissements de santé, quels que soient leur statut, leur mode de financement et leurs objectifs. Une fois entrée pleinement en vigueur, elle concernera aussi bien les hôpitaux publics que les établissements privés à but non lucratif ou bien les cliniques privées à but commercial. Dans ces conditions, tous les établissements pourront se comparer[22] : pour une activité donnée, ils pourront estimer s'ils sont plus ou moins productifs et/ou rentables que les autres structures de soins.

La « médicalisation » du financement des hôpitaux ainsi introduite était une nécessité. Sous le régime de financement précédent, on pouvait rencontrer une situation théorique où deux établissements similaires, avec le même volume de personnel, le même nombre de lits, les mêmes frais fixes, percevaient une dotation globale identique alors que l'un pratiquait des activités très coûteuses comme les greffes d'organes, la prise en charge de cancers, et l'autre des disciplines beaucoup moins onéreuses comme l'ophtalmologie ou la dermatologie... Désormais, sous le régime de la tarification à l'activité, les activités coûteuses étant davantage « rémunérées » que celles qui le sont moins[23], ces deux établissements disposeront d'une dotation publique ajustée au coût de leur activité réelle. Si le passage à la tarification à l'activité était nécessaire, cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'est pas sans risques (Garassus, 2006).

22. À quelques nuances près : les activités d'intérêt général, d'enseignement, par exemple, sont valorisées – même imparfaitement.

23. C'est en tout cas l'objectif revendiqué de la T2A. Dans la réalité, le lien entre tarif et coût n'est pas aussi mécanique qu'on veut bien l'affirmer. On n'entrera pas ici dans cette dimension très technique du sujet ; on se reportera utilement à Fessler et *al.* (2003), et à Fessler (2007).

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Privilégier les activités les plus « rentables » ?

L'EPRD a introduit dans les hôpitaux la nécessité d'un pilotage par les recettes : la tarification à l'activité est censée se fonder (Fessler, 2005) sur la variation des recettes versées aux hôpitaux en fonction de la lourdeur et de l'intensité en moyens de l'activité. Dans ces conditions, tout gestionnaire va être tenté de maximiser ses recettes et de minimiser ses dépenses en encourageant la pratique d'activités « rentables » et en minorant les activités « non rentables ». Qu'est-ce qu'une activité rentable pour un établissement ? Sous le régime EPRD/tarification à l'activité, c'est une activité qui génère des recettes substantielles en mobilisant peu de moyens.

Il ne faut pas se voiler la face, cette attitude est déjà présente dans les hôpitaux. Le PMSI (programme de médicalisation du système d'information), fonctionnant actuellement dans les hôpitaux, classe les malades par groupes homogènes et attribue un volume de points en fonction de la lourdeur du cas traité[24]. Au final, le volume total de points « produits » par l'hôpital est rapporté au total de ses dépenses pour estimer le coût moyen de son point ISA. C'est là une mesure pertinente de l'efficacité et de la productivité d'un établissement. Si, jusqu'à présent, son caractère non tarifiant n'en faisait qu'un indicateur parmi d'autres aux yeux des dirigeants hospitaliers, il n'en reste pas moins que les directions d'hôpital – rejointes en cela par les chefs de service – ont toujours été particulièrement attentives à la « performance » de leurs établissements, telle que mesurée

24. Les groupes sont les GHM (groupes homogènes de malades) et les points sont des points ISA (indice synthétique d'activité).

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

par le coût du point ISA de chacune des activités qui les composent.

Il en va tout autrement aujourd'hui[25] : les recettes des hôpitaux étant directement fonction de leur activité, et leurs dépenses mises sous un contrôle draconien, tous les établissements vont être confrontés à la tentation de privilégier leurs activités les plus rentables en termes de tarification à l'activité et les moins consommatrice en moyens (moyens en personnels, en équipements, en consommables). Des établissements plus réactifs et non astreints au service public hospitalier peuvent même être amenés à accroître au maximum leurs activités les plus rémunératrices.

Les autorités sanitaires sont bien conscientes de ce risque inflationniste puisqu'elles conservent le pouvoir de fixer le tarif des actes à la base de la tarification à l'activité. En d'autres termes, s'il se trouvait confronté à une élévation trop marquée des versements liés à telle ou telle activité, à tel type d'actes considérés comme particulièrement « rémunérateurs », le ministère de la Santé diminuerait le niveau de la tarification pour, au final, contrôler le volume global des dépenses qui y sont liées.

Une division du travail entre public et privé ?

En plus d'un éventuel effet inflationniste, le couplage EPRD/tarification à l'activité risque de conduire à une division du travail de soins – entre le service public hospitalier et les

25. Demain plus précisément : on a vu que la T2A n'était pas encore à plein régime d'application.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

établissements commerciaux et/ou au sein même des deux secteurs. Le secteur hospitalier commercial ne pourra qu'accentuer son mouvement de regroupement et de spécialisation déjà engagé, la nouveauté risquant de venir d'un mouvement similaire au sein du service public hospitalier. Or ce dernier est en charge de missions incontournables et incompressibles.

Pour prendre un exemple trivial, la différence entre le secteur privé commercial et le secteur public hospitalier est la même que celle qui existe entre les centres auto et les garages généralistes. Les premiers se sont spécialisés dans des activités de « niche », standardisées, mesurables, évaluables, où les efforts de productivité peuvent jouer à plein ; les seconds admettent toutes les voitures et ont davantage de difficultés à rationaliser le travail de leurs agents. Comment comparer l'activité et l'organisation d'une structure qui remplace exclusivement des pots d'échappement, des pneus et des amortisseurs, avec celle d'un garage où l'on amène une automobile au motif qu'elle fait « clac-clac » ?

Mutatis Mutandis, le même type de comparaison peut se faire entre secteur public et secteur privé hospitaliers. Il est plus aisé de pratiquer des gains de productivité sur des activités standardisées et mesurables que sur la prise en charge de patients souffrants de multiples pathologies. Il est ainsi plus facile de rentabiliser un bloc opératoire utilisé pour pratiquer des appendicectomies que d'appliquer un calcul de rentabilité aux greffes d'organes et à la prise en charge des polytraumatisés. C'est l'un des facteurs explicatifs majeurs de la répartition spontanée entre secteurs public et privé, le second étant peu enclin à prendre en charge des activités peu standardisées et difficilement programmables.

Contraints par l'EPRD, aspirés par la logique de la tarification à l'activité, les hôpitaux peuvent légitimement renâcler à céder

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

au secteur commercial leurs activités courantes, standardisées et donc rentables pour conserver les activités les plus aléatoires en termes de durée de séjour et de moyens engagés. Ce débat n'est pas nouveau, il anime la vie économique depuis les mouvements de libéralisation de certains secteurs économiques. Sur une destination aérienne, par exemple, est-il légitime de protéger de la concurrence les parts de marché de l'opérateur historique qui assure un service toute l'année au détriment d'opérateurs privés qui cassent les prix durant les périodes touristiques et s'abstiennent de tout vol durant le restant de l'année ? Doit-on accepter l'argument selon lequel les prix plus élevés durant les périodes touristiques servent à financer le déficit des périodes creuses ?

Appliqué au secteur hospitalier, ce type de raisonnement conduirait s'interroger sur la nécessité d'une segmentation de l'activité, en particulier entre le secteur public hospitalier et le secteur privé. Faudrait-il – et c'est le souhait de certains – laisser au public les activités les plus coûteuses et les moins « rentables » et mettre sur le marché les autres activités ? Si la réponse était positive, encore faudrait-il accorder à l'hôpital public les moyens de sa mission et ne pas faire comme s'il se trouvait en position de concurrence équitable. Le problème actuellement est qu'on cherche à comparer l'activité des établissements publics de santé, leur financement et leur performance, à ceux du secteur privé alors même qu'on leur réclame des missions dont les autres structures de soins sont dispensées.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit