

Le point sur...

HÔPITAL PUBLIC ET REDDITIONS DE COMPTES

Robert HOLCMAN

*Directeur d'hôpital, auditeur à la direction de l'inspection
et de l'audit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris,
docteur HDR en sciences de gestion**

Résumé

L'hôpital public relève de plusieurs mandants. Chacun lui fixe des objectifs. Il est à la fois incité à accroître sa productivité et ses recettes, tout en contribuant à l'effort de compression des dépenses de l'assurance-maladie, son financeur, alors même que ses recettes sont les dépenses de cette dernière. Par ailleurs, ses tutelles lui demandent d'améliorer son efficacité et son efficience ; dans le même temps il est placé sous l'œil vigilant du public par le biais des médias. Cet article montre qu'à chaque objectif correspond une relation de redevabilité *ad hoc* avec le mandant. Mais la multiplicité des relations qui en découlent ne fait que refléter la complexité (et les possibles contradictions) des objectifs.

Mots-clés

Santé publique, hôpitaux publics, objectifs multiples, mandants multiples

Abstract

— *French Public Hospitals and Accountabilities* — Public hospitals have several principals. Each of them set them objectives. They have meanwhile to increase their productivity and revenues while contributing to restraint the spendings of the public body (assurance-maladie) in charge of their financing which constitutes its revenues. Besides, their supervisory bodies ask them to improve their efficacy and their efficiency; at the same time they are under close public scrutiny through the media. This article shows that to each objective set corresponds an *ad hoc* accountability relationship with the principal. But the multiplicity of relationships actually only reflects the complexity (and the possible contradictions) of the objectives.

Keywords

Public health, public hospitals, multiple objectives, multiple principals

* robert.holcman@free.fr

Interroger la reddition des comptes des organismes publics (au sens large) pourrait tenir pour acquis la similarité de l'organisation de leurs budgets respectifs ; or il n'en est rien. Le déroulement simultané sur une année calendaire de trois exercices budgétaires (analyse de l'exécution du budget n-1 ; exécution du budget de l'année ; préparation et vote du budget de l'année n+1), de même que les règles de la comptabilité publique et les principes de finances publiques, sont des facteurs qui s'appliquent sans conteste aux comptes de l'ensemble des structures publiques. En revanche, le vote en année n-1 de l'intégralité des autorisations de dépenses et de recettes masque une réalité non partagée entre toutes les structures publiques : l'hôpital public a vu, en quelques années seulement, l'analyse de son exécution budgétaire s'effectuer en même temps que son exécution, et ses dépenses directement corrélées au niveau de son activité, et non plus fondées sur une dotation budgétaire votée en année n-1.

Le remplacement du budget hospitalier par l'état des prévisions de recettes et de dépense (EPRD) et l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) ont profondément bouleversé l'architecture des comptes hospitaliers publics, en imbriquant un suivi infra-annuel des dépenses durant l'exécution budgétaire, et un niveau de recettes à la fois adossé au niveau de l'activité et déterminé par les tarifs des actes hospitaliers révisables chaque année, et faisant l'objet d'une régulation en cours d'exercice.

L'hôpital a d'autres particularités. C'est le seul service public à être financé à partir d'un régime de recettes identiques à celui d'associations et d'entreprises privées – même si, pour l'instant, son échelle tarifaire demeure spécifique –, et dont les directions peuvent être démisées en cas de dérives de leur gestion. Surtout, il doit rendre des comptes en fonction de critères et d'objectifs différents – parfois contradictoires – en fonction de ses mandants : Parlement, assurance-maladie, ministère de la santé, usagers eux-mêmes.

SUIVI INFRA-ANNUEL DES DÉPENSES, RECETTES VARIABLES ET RÉGULÉES

Le suivi biannuel de l'état des prévisions de recettes et de dépenses

Le budget a été remplacé par l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à compter du 1^{er} janvier 2006¹. L'EPRD s'applique aux établissements publics de santé, aux établissements privés d'intérêt collectif, et aux centres de lutte contre le cancer. L'EPRD couvre la même période que le budget – du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année – sauf dans le cas d'une première mise en exploitation d'un nouvel établissement ou d'une cessation définitive d'activité. Sa particularité vient de la mise en œuvre d'un suivi infra-annuel de son exécution. Contrairement au budget, dont l'analyse de l'exécution s'effectue une fois cette dernière réalisée – soit en année n+1 –, le suivi de l'EPRD se fait en cours d'exécution. Le directeur établit un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions ; cet état comparatif est accompagné, en tant que de besoin, de propositions de modifications de l'EPRD voté. Jusqu'à la fin de l'année 2015, la présentation des états comparatifs s'effectuait trois fois

1. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, modifié par le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007.

par an ; le rythme est de deux fois par an désormais². Ces états comparatifs de suivi et d'analyse de l'exécution de l'EPRD sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé³, structure de tutelle des établissements.

L'un des objectifs de la concomitance de l'exécution et de l'analyse de l'exécution de l'EPRD est de pouvoir corriger les dérives éventuelles en cours d'exécution budgétaire, et de ne pas juste constater une fois clôt le budget de l'année N. Longtemps, les directions hospitalières ont, en effet, utilisé ce décalage temporel pour imposer des dépassements budgétaires à leur tutelle, leur permettant notamment de ne pas procéder aux ni aux douloureux (et souvent impossibles) efforts de compression des dépenses ni à la réduction de l'activité.

Par ailleurs, ce contrôle renforcé est le corollaire du principe de fongibilité asymétrique offerte aux managers hospitaliers depuis 2012⁴. Alors que sous le régime du budget, le transfert de crédits d'un compte à l'autre devait obligatoirement être voté par le conseil d'administration lors de décisions modificatives, désormais, l'ordonnateur hospitalier peut – en cours d'exercice – procéder à des virements de crédits entre tous les titres ou chapitres, sans que ces virements puissent avoir pour conséquence d'accroître le montant des chapitres comportant des crédits à caractère limitatif⁵. Ces virements sont portés, sans délai, à la connaissance du comptable public de l'établissement.

Des recettes variables : de la dotation globale à la tarification à l'activité

L'une des caractéristiques les plus originales des budgets hospitaliers est leur modalité d'acquisition des recettes. Jusqu'en 2004, les hôpitaux publics étaient financés par une dotation globale et forfaitaire, qui couvrait la partie des recettes des établissements prise en charge par l'assurance-maladie – soit la plus grosse partie de leur financement. C'était une somme forfaitaire, dont le montant était fixé en début d'exercice budgétaire, et versé par douzième par la caisse primaire d'assurance-maladie dont dépendait l'établissement. Depuis cette date, le régime des établissements publics de santé s'est aligné sur celui des établissements privés (à but non lucratif et à but commercial) et associatifs qui est devenue un régime commun : celui de la tarification à l'activité (T2A). L'analyse de l'activité des établissements de santé était déjà structurée autour du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), une méthodologie de classification du séjour du patient au sein de groupes homogènes de malades à partir du traitement informatique du dossier médical sur la base d'une pathologie principale identique. La T2A a consisté à appliquer un tarif de financement à chaque groupe homogène de malades. Désormais, le financement des hôpitaux est directement corrélé au volume et à la nature de leur activité.

2. Décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé.

3. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, et le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, ont créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse une agence régionale de santé (ARS) qui se substitue à l'agence régionale de l'hospitalisation mais avec des objectifs et des compétences élargies.

4. Article R. 6145-5 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2012-1247 du 7 novembre 2012 portant adaptation de divers textes aux nouvelles règles de la gestion budgétaire et comptable publique.

5. Ces crédits limitatifs sont des dépenses de personnel, des dépenses à caractère permanent. La logique qui préside à la définition des crédits évaluatifs et des crédits limitatifs tient au caractère pérenne, ou non, des dépenses engagées. On ne peut envisager de gager des dépenses pérennes par des crédits non pérennes, c'est la raison pour laquelle les dépenses de personnels font, par nature, l'objet de crédits limitatifs.

La T2A se compose de quatre groupes de recettes : les financements directement liés à l'activité (l'affectation du séjour d'un patient dans un groupe homogène de patients entraîne la perception pour l'hôpital du tarif correspondant à un séjour comptabilisé dans ce groupe) ; les financements par dotation forfaitaire (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC ; Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, MERRI) qui prennent en charge les missions spécifiques de service public ; les financements par forfait (médecine d'urgence ; prélèvements d'organes ; transplantations). La dotation qui en résulte est désormais aléatoire et varie en fonction du volume et de la nature de l'activité. Elle est encadrée par des instruments de régulation destinés, notamment, à prévenir les risques de dérapages conduisant à une augmentation incontrôlée des dépenses que recèle ce mode original d'abondement.

Des recettes régulées

Le mode de financement fondé sur l'activité ne consiste cependant pas en l'application mécanique d'un tarif à chaque séjour hospitalier imputable à un groupe homogène de malades. La T2A est modulée par des instruments de régulation : un réglage prix/volume par la variabilité annuelle des tarifs, l'existence d'un coefficient prudentiel, l'application d'une dégressivité tarifaire.

Des tarifs variables chaque année

Tous les ans, les ministères de la santé et de la sécurité sociale fixent le tarif de chacun des groupes homogènes de malades⁶. Cette méthode de calcul et d'abondement est commune à tous les établissements de santé, seuls les tarifs diffèrent entre établissements commerciaux et établissements contribuant au service hospitalier – ces derniers bénéficiant d'une échelle de tarifs majorés pour tenir compte de leurs missions spécifiques de service public. Ces deux échelles tarifaires avaient vocation à converger vers une modalité de tarification unique. La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a interrompu ce processus de convergence tarifaire.

Un réglage prix/volume

En fixant chaque année les tarifs de prestations, et en maintenant ainsi la possibilité de les faire varier à la hausse ou à la baisse, les autorités conservent le moyen de procéder à une régulation prix/volume des dépenses de santé et donc de garder la maîtrise, même relative, de ces dernières. Les groupes homogènes de malades ayant connu la plus forte croissance en volume voient leur tarif minoré l'année suivante. Sans cette capacité de moduler les tarifs de chaque type d'activité, les autorités de santé ne pourraient que constater les variations de l'activité de soins pour les actes et les pathologies estimées les plus « rentables » par les établissements de soins. Avec ce moyen de régulation, elles peuvent, d'une année sur l'autre, réduire le tarif des prestations ou d'actes dont les dépenses auraient un caractère par trop inflationniste.

Le coefficient prudentiel

Depuis la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, le volume de recettes issues de la T2A peut être minoré par l'application d'un coefficient prudentiel destiné à constituer une

6. Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

réserve de crédits qui pourront être reversés en fonction l'état d'exécution de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM)⁷. La valeur du coefficient prudentiel peut être différenciée par catégorie d'établissements. Sur la base d'un avis rendu par le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie, tout ou partie de la réserve de crédits ainsi constituée peut être reversée aux établissements de santé. À l'instar du coefficient prudentiel, le montant du reversement peut être différencié par catégorie d'établissements au *prorata* de l'activité de chacun d'eux.

La dégressivité tarifaire

Depuis la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les autorités sanitaires se sont dotées de ce nouvel outil de régulation prix/volume : désormais, l'État peut fixer, pour tout ou partie des activités financées par la T2A, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité. Si le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé est supérieur au seuil fixé, les tarifs applicables à cette prestation ou à cet ensemble de prestations sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement, cette fois en cours d'exercice. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités. Bien que la T2A soit un mécanisme d'application nationale, il s'agit ici de la possibilité de faire varier les tarifs établissement par établissement.

Des dérives potentielles dans l'acquisition des recettes : survalorisation des séjours et dégradation de la qualité

L'un des objectifs⁸ de ces dispositifs de régulation est de prévenir les risques de dérives inhérents à la logique même de la tarification à l'activité. Le financement des établissements de santé n'est plus fondé sur une validation *ex ante* mais sur un abonde-ment au fil de l'eau en fonction des informations transmises par les hôpitaux eux-mêmes quant à leur activité, qui déclenche le règlement afférent. L'assurance-maladie est donc un financeur aveugle qui paie les établissements (environ 93 % des dépenses hospitalières) sur la base du codage des séjours qu'ils ont eux-mêmes effectués. Dès lors, cette nouvelle modalité de financement recèle un double risque : la survalorisation des séjours facturés à l'assurance-maladie, et la dégradation de la qualité de la prise en charge.

Survalorisation des séjours

Cette pratique peut emprunter plusieurs voies : la surcotation des dossiers, le fractionnement des séjours et/ou des actes ou le ciblage de la zone de rentabilité maximale des séjours. Dans la mesure où c'est le codage du dossier médical par l'établissement qui détermine le niveau de recettes générées par chaque séjour, la tentation est forte de procéder à un « surcodage », c'est-à-dire d'affecter les actes dont chaque patient bénéficie à des groupes homogènes de malades plus rémunérateurs que celui qui serait justifié. Sans effet sur la santé du patient, le surcodage génère davantage de recettes pour l'établissement. De

7. Fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.

8. Pas le seul, voir ci-dessous « Des formes différentes de reddition suivant les mandants ».

même, puisque c'est le séjour d'un patient qui déclenche le versement de la somme forfaitaire liée au séjour, sans véritable relation avec la durée de ce dernier, il peut être plus rémunérateur de mettre artificiellement fin à l'hospitalisation d'un patient, ou lui accorder une permission de sortie supérieure à deux jours, de façon à procéder à sa réadmission et générer ainsi un second séjour. Facturer deux séjours plutôt qu'un seul pour une même durée d'hospitalisation, et les mêmes frais afférents peut, en effet, générer plus de recettes. Enfin, chaque groupe homogène de malades est affecté d'une durée standard encadrée par une borne basse et une borne haute. Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse, le tarif du séjour est diminué de moitié ; si, au contraire, cette durée dépasse la borne haute, le séjour est majoré d'un supplément journalier. Dans la mesure, donc, où les dépenses liées au séjour s'accroissent à mesure que ce dernier se prolonge, la zone de rentabilité maximale de chaque séjour se trouve le plus près possible de chaque borne : en deçà, le tarif du séjour est minoré ; plus l'on s'en éloigne, plus s'accroît le pourcentage des dépenses par rapport aux recettes et moins le séjour est « rentable ». Il est donc tentant d'abrèger le séjour après la borne basse, ou bien de le laisser durer jusqu'à ce que la borne haute soit dépassée.

Baisse de la qualité

Quant à la baisse de qualité, elle peut s'exprimer par le biais de l'anticipation des fins de séjour ou de la sélection des patients. Dans la mesure où c'est l'hospitalisation d'un patient qui déclenche la facturation de son séjour, l'abrègement de ce dernier n'influe en rien sur le niveau de recettes qu'il génère. Par conséquent, il est économiquement rationnel pour les établissements de santé d'abrèger la durée des séjours des malades de façon à accroître les recettes (en accroissant le nombre de séjour potentiel par lit) et minorer les dépenses afférentes à chaque séjour. De même, au sein d'un même groupe homogène de malades, les coûts afférents au séjour sont très variables : en d'autres termes, pour une recette identique liée au séjour, connue à l'avance, les frais provoqués par ce même séjour peuvent minorer considérablement le « gain » effectif entraîné par le séjour. Afin de maximiser les recettes engendrées par chaque séjour, il peut être tentant – bien que peu déontologique... c'est le moins que l'on puisse dire – pour les établissements de santé, de sélectionner les patients les moins « coûteux » pour chaque groupe homogène de malades.

UNE REDDITION DES COMPTES COMPLIQUÉE PAR UN DÉCALAGE TEMPOREL ET UN CONFLIT D'OBJECTIFS

La reddition des comptes s'avère donc particulièrement complexe à l'hôpital public, et ce, pour deux raisons : le décalage temporel entre recettes et dépenses, d'une part, et l'existence d'un conflit d'objectifs entre maximisation des recettes au niveau local et contrôle des dépenses au niveau national, de l'autre.

Décalage temporel entre suivi des dépenses et notification des tarifs de recettes

On l'a vu, l'EPRD fait l'objet d'un suivi infra-annuel de son exécution, analysée et justifiée auprès de l'autorité de tutelle deux fois par an. Or si les dépenses observées sont réelles et définitives, on observe que les tarifs de recettes sont notifiés alors que l'exercice budgétaire est déjà largement entamé. Ainsi, pour l'année 2015, les tarifs n'ont été

publiés au *Journal officiel* que le 11 mars et la première circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire en cours a été publiée le 7 mai, alors que le premier état comparatif entre prévision et réalisation devait être présenté avant le 30 juin de l'année budgétaire en cours. Un décret du 16 décembre 2015 a pour but de remédier à ces pratiques en modifiant le rythme de suivi de l'exécution de l'EPRD⁹. Il y a donc une contradiction temporelle entre l'inertie de l'adoption des tarifs de prestations hospitalières et l'exigence de contrôle de l'exécution des budgets hospitaliers dont les prévisions de recettes sont pourtant adossées à ces mêmes tarifs.

Conflit d'objectifs entre efficacité des établissements et contrôle des dépenses d'assurance-maladie

Le régime de financement des établissements de santé induit des injonctions contradictoires pour ces derniers : incités, d'un côté, à la productivité et à l'efficacité, ils sont, de l'autre, enjoins de contribuer à l'effort de maîtrise de dépenses de sécurité sociale. Il y a un conflit d'objectifs entre ces deux impératifs. La productivité consiste à faire autant avec des moyens en baisse ou davantage avec des moyens identiques. Les trois quarts environ des dépenses sont constituées par la masse salariale. Dans la mesure où l'immense majorité du personnel relève de la fonction publique hospitalière, il est illusoire d'imaginer que les moyens des hôpitaux vont baisser à activité constante. C'est plutôt l'activité qui devrait augmenter à moyens quasi-constants, ce qui n'est pas le cas. Or les recettes de l'hôpital sont en même temps les dépenses de l'assurance-maladie : plus un hôpital est performant, plus il coûte cher à la sécurité sociale ; plus les hôpitaux maximisent leur activité, plus les dépenses hospitalières s'accroissent. Ces dernières (publiques et privées) représentent environ 40 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement au sein de la loi de financement de la sécurité sociale, et environ 80 % de ces dépenses hospitalières proviennent du secteur public : tout dérapage de ces dernières alourdit donc le déficit de la branche maladie-maternité-invalidité-décès de la sécurité sociale.

DES FORMES DIFFÉRENTES DE REDDITION DES COMPTES SUIVANT LES MANDANTS

La teneur de l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen selon lequel « La Société a le droit de demander compte à tout Agent public de son administration », ne se limite pas aux comptes au sens de la comptabilité publique mais s'étend à la gestion, à la façon dont l'administration concernée atteint ou non les objectifs qui lui sont fixés. Or, pour l'hôpital public, la reddition entremêle des objectifs très différents, parfois contradictoires, qui relèvent à la fois des comptes et de la qualité du service rendu. À ce titre, l'hôpital rend des comptes au Parlement, à l'assurance-maladie, aux agences régionales de santé, au ministère de la santé, et aux usagers eux-mêmes, dans un lien intermédié ou direct.

9. Décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé. Les dates d'arrêt et de transmission de ces états comparatifs au directeur général de l'agence régionale de santé seront fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le contrôle du Parlement

À partir de 2009¹⁰, le Gouvernement a eu obligation de présenter au Parlement, avant le 15 octobre de chaque année, un rapport consacré à la tarification à l'activité et ses conséquences sur l'activité ainsi que sur l'équilibre financier des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. L'accent devait notamment être mis sur l'identification des spécificités de l'activité des hôpitaux publics, et sur l'impact de ces dernières sur le coût des missions de service public qui leur incombent. Depuis 2013¹¹, ces modalités de reddition collective des comptes hospitaliers ont évolué. Désormais, le Gouvernement doit, avant le 15 septembre de chaque année, présenter au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce bilan rétrospectif doit notamment préciser les dispositions qui ont été prises sur la tarification à l'activité et ses conséquences ainsi que sur les dotations finançant les missions d'intérêt général.

La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences

L'impact de la T2A sur l'activité et sur l'équilibre financier des établissements publics et privés doit faire l'objet d'une description dans le rapport présenté au Parlement. Doivent notamment être mentionnées : les dispositions adoptées pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé ; la mesure de l'incidence de leurs missions de service public sur le coût ; les actions engagées pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, sur la qualité des soins, sur les activités de santé publique et sur la prise en charge des pathologies chroniques. À cela s'ajoutent les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, les zones de revitalisation rurale ou les zones de montagne.

Les dotations finançant les missions d'intérêt général

Le rapport doit contenir une analyse des différents éléments affectant le financement des missions d'intérêt général remplies par les établissements de santé. Cette analyse doit ainsi prendre en compte le bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé, l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, celle du montant des dotations régionales et celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, de même que les critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

Des recettes contrôlées, *ex post* et de façon aléatoire, par l'assurance-maladie

La survalorisation des séjours hospitaliers alourdit indûment la charge pesant sur l'assurance-maladie et conduit à une dérive des dépenses. C'est la raison pour laquelle, des contrôles sont menés, et parfois des sanctions prises. Après qu'ils ont été mis en demeure

10. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ».

11. Article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

de présenter leurs observations, les établissements de santé sont passibles d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée¹². Le montant de la sanction est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance-maladie de l'établissement ou bien – si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes – sur la base des recettes annuelles d'assurance-maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance-maladie de l'établissement.

Depuis 2011¹³, lorsqu'à la suite d'un contrôle, les caisses adressent une notification de payer des sommes indûment perçues, elles procèdent (avec l'accord de l'établissement) à la compensation entre les sommes indûment perçues ce dernier et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations – éventuellement constatées à l'occasion du contrôle – en précisant la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous-facturations. Cette disposition répond à l'observation faite par les établissements de santé, notamment publics, selon laquelle les erreurs dans le codage PMSI et dans la facturation T2A n'étaient pas systématiquement faites au détriment de l'assurance-maladie, mais pénalisaient parfois l'établissement lui-même. Les établissements publics de santé, qui offrent un panel très vaste d'activités de soins, ont en effet à gérer un nombre bien plus important de groupes homogènes de malades que les établissements privés ; ces derniers se sont, de surcroît, dotés de services de facturation dans l'ensemble très efficaces, contrairement aux hôpitaux publics.

Le régime de sanctions des agences régionales de santé

Lorsque la situation financière d'un établissement l'exige ou lorsqu'il présente une situation de déséquilibre financier, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) compétente peut enjoindre à l'établissement concerné de mettre en œuvre un plan de redressement et/ou de remédier au déséquilibre financier, et/ou encore aux dysfonctionnements constatés. Dans tous les cas, les demandes de l'autorité de tutelle conduisent à établir un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Si l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, qu'il refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou que le plan de redressement n'est pas exécuté ou qu'il ne permet pas de redresser la situation de l'établissement, le directeur de l'ARS peut placer cet établissement sous administration provisoire, en dessaisissant l'équipe de direction au profit d'administrateurs provisoires (généralement des inspecteurs généraux des affaires sociales –IGAS). La reddition des comptes en cours d'exercice prend là une dimension drastiquement contraignante en raison de cette possibilité de suspension des managers hospitaliers en cas d'écarts prolongés par rapport aux prévisions de recettes et de dépenses établies avant l'exercice budgétaire¹⁴. Cette mesure n'est pas que théorique,

12. Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

13. Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé, qui introduit l'article R. 133-9-3 dans le code de la sécurité sociale.

14. En cas d'administration provisoire, le directeur de l'établissement concerné (en tant qu'ordonnateur de l'EPRD) et/ou une partie de son équipe dirigeante sont placés en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion qui gère leur carrière et ses aléas.

elle est régulièrement mise en œuvre. Selon la Cour des comptes, de 2008 à 2012, trois administrations provisoires et un intérim ont été assurés au sein d'établissements publics de santé (Cour des comptes, 2014).

Rendre compte au ministère de la santé sur l'efficiencia et la qualité du service

Les hôpitaux doivent également rendre compte de la qualité du service rendu, tout particulièrement envisagé en fonction de la pertinence des actes de soins dispensés. Afin de les encourager dans cette voie, un programme expérimental a été lancé, corrélant qualité des soins et financements additionnels. Plus généralement, la procédure de certification interroge l'efficiencia des établissements de santé.

Pertinencia des actes

Le ministère de la santé a mis au point et diffusé en 2013¹⁵ un guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinencia des soins. Ce guide rappelle que la démarche mise en place au niveau national vise à construire une approche structurée globale de la pertinencia des soins et à développer les outils indispensables à son amélioration. Elle s'appuie principalement sur deux leviers le développement d'outils d'amélioration continue des pratiques professionnelles et la mise en place de plans régionaux de mobilisation des établissements et des professionnels de santé. Les recommandations d'amélioration des pratiques se fondent en grande partie sur les travaux de la Haute autorité de santé (HAS), à partir d'un travail qui a associé d'autres acteurs¹⁶. Ces travaux portent sur les pratiques (le « comment faire ? ») mais également sur la pertinencia de la réalisation du geste (le « pour quoi faire ? »). Le levier de mobilisation régionale s'appuie sur l'organisation par les ARS d'une concertation locale sur la base des constats réalisés en région. La concertation permet d'aboutir à la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la pertinencia sur l'ensemble de la région et, si nécessaire, de prévoir un accompagnement spécifique des établissements dont la pratique paraît éloignée de celle observée au niveau national. Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) a été sollicitée par le ministère de la santé pour l'élaboration de référentiels sur des activités ciblées. L'identification des activités a été établie en s'appuyant sur des données du PMSI en fonction de plusieurs critères, notamment quant au volume d'activité et à la dispersion des taux de recours par territoire de santé.

Programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Depuis 2013, le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ¹⁷) a comme objectif de susciter une réflexion sur la prise en compte de la qualité dans le mode de financement des établissements de santé. Il expérimente une possibilité de paiement à la qualité en complément de la tarification à l'activité. Ce programme privilégie l'incitation et non la sanction : aucune pénalité n'est applicable aux établissements qui s'engagent dans la démarche d'expérimentation, quel que soit le niveau de la qualité

15. Instruction n° DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013 relative au guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinencia des soins.

16. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé ; l'agence technique de l'hospitalisation (ATIH) ; la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

17. Il ne concerne que les établissements de santé ayant une activité de Médecine chirurgie obstétrique (MCO), dénommés aussi soins aigus, qu'ils soient publics ou privés.

des soins qu'ils dispensent. Les établissements pouvant bénéficier d'un financement au titre de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité doivent être identifiés à partir des démarches nationales de mesure de la qualité et en fonction d'un indice unique, appelé « score IFAQ », dont les modalités de calcul restent à préciser. La rémunération additionnelle qui leur sera versée dépendra du score IFAQ obtenu et sera comprise entre 0 et 0,5 % des recettes versée l'année précédente par l'assurance-maladie au titre de leur activité médecine, chirurgie obstétrique. La rémunération maximale potentielle d'un établissement ne pourra être ni supérieure à 500 000 euros ni être inférieure à 50 000 euros. Le premier appel à candidatures, lancé en juillet 2013, avait conduit à sélectionner 222 établissements de santé ; une seconde phase d'expérimentation s'était ouverte en 2014, avec un nouvel appel à candidatures visant cette fois 500 établissements (490 ayant été finalement retenus). Depuis 2015, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité a été généralisée à l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut¹⁸.

La certification

La procédure d'accréditation des établissements de santé¹⁹, lancée en 1996²⁰, a été remplacée en 2004 par la certification des établissements de santé²¹, destinée à évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. La certification étant conduite par la Haute autorité de santé, le but est de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Rendre compte à l'usager : palmarès, indicateurs et enquêtes de satisfaction

Pour un acteur public, la redevabilité ne se limite pas à justifier la régularité de ses comptes ni à fournir des indications généralement chiffrées permettant de mesurer et d'évaluer la conformité et la pertinence de ses actions par rapport à ses missions ainsi que ses performances. Elle inclut également une dimension qui relève plus de la transparence et qui consiste à donner à voir, notamment au grand public, l'état de sa gestion et de ses réalisations. Pour ce qui est de l'hôpital, cette exigence d'information de la part de l'opinion publique passe par des palmarès, des indicateurs et des enquêtes de satisfaction.

Les palmarès

L'apparition de palmarès hospitaliers s'inscrit dans une démarche consumériste qui s'est étendue au monde de la santé : à l'instar des produits de grande consommation, les

18. Décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

19. À ne pas confondre avec l'accréditation des médecins et des équipes médicales, qui perdure. Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée par la Haute Autorité de santé, pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure sont rendus publics.

20. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

21. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

soins hospitaliers ont désormais vocation à être comparés suivant l'établissement où ils sont dispensés. Dès 1997, le journal *Le Monde* avait présenté une liste noire des hôpitaux ; la même année, la revue *Sciences et avenir* publiait un classement de plus de 500 établissements de soins. Depuis lors, de nombreux organes de presse se sont lancés dans la publication plus ou moins régulière de palmarès²² des établissements de soins, fondés sur un certain nombre de critères jugés pertinents pour révéler la qualité des hôpitaux²³. Ce mouvement a naturellement trouvé son expression sur l'Internet. Les premiers sites de classement des établissements de santé ont vu le jour dans les pays anglo-saxons²⁴. Le ministère de la santé, aux États-Unis, a lancé le site Internet *Medicare Hospital Compare* qui compare les performances des établissements de santé sur la base du respect des procédures et des référentiels de soins à mettre en œuvre par type de pathologie. Le ministère français de la santé – en partie pour répondre au succès et aux dérives des palmarès publiés par la presse – avait créé la plate-forme « Platines » (Plate-forme d'informations sur les établissements de santé) qui fournissait au grand public et aux professionnels de santé des informations sur les principales caractéristiques des hôpitaux. La plate-forme Platines a été remplacée en 2013 par le site Internet « Scope santé », piloté par la Haute Autorité de santé, qui informe – prioritairement les usagers – du niveau de qualité de tous les établissements de santé, publics et privés.

Lancé en 2010, « Hospi Diag », quant à lui, est un outil informatique créé par cinq institutions²⁵ dans le but d'améliorer la performance des établissements de soins aigus relevant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Hospi Diag est fondé sur quatre principes directeurs : être un outil « presse-bouton » ; donner une vision globale et pluridisciplinaire de la performance ; permettre des comparaisons avec d'autres établissements de santé ; faire en sorte que les macro-diagnostics qu'il permet soient un support au dialogue, interne, dans l'établissement et, externe, avec les agences régionales de santé (ARS). Pour l'instant, il s'adresse aux professionnels de santé et n'est pas ouvert au grand public.

À l'instar d'Hospi Diag, et à destination des mêmes utilisateurs professionnels, une application informatique – « Ælipce » (aider à l'amélioration de la performance des organisations) – est conçue par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) pour contribuer à améliorer de la performance des organisations sanitaires et médico-sociales. Elle permet d'établir un état des lieux exhaustif de l'activité clinique et médico-technique d'un ou de plusieurs établissements, ou d'une partie d'établissement, en corrélant certains paramètres.

22. Le plus ancien est celui de l'hebdomadaire *Le Point* ; le journal *Le Figaro* liste les établissements les plus performants à partir de critères comparables ; l'hebdomadaire *L'Express* listait les établissements jugés les plus sûrs sur la base d'un indice général obtenu en matière de lutte contre les infections nosocomiales, et publiait également un palmarès des services d'urgences (il a cessé de le faire) ; *Le Nouvel Observateur* et la revue *Challenges* ont établi leur propre classement à partir de critères similaires à ceux du *Point*.

23. La robustesse de ces palmarès est remise en question par les principes de base de l'analyse statistique (Lombrail *et al.*, 1999).

24. En Grande-Bretagne, le site *Dr Foster* publie un guide qui classe les établissements en fonction des soins qu'ils dispensent et de leurs actions dans la lutte contre les maladies nosocomiales ; aux États-Unis, on peut citer *Healthgrades*, qui hiérarchise les hôpitaux par pathologies traitées, et juge leur résultat en les ajustant aux risques affrontés (âge, sexe, comorbidités...) ; *Usnews* est le site Internet du journal *US News and World Report* qui établit des classements dans différents domaines dont celui des hôpitaux, en focalisant ses critères sur les dotations en équipements et sur le rattachement à des structures universitaires.

25. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, la Haute Autorité de santé (HAS), l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les indicateurs

Dans le droit fil des palmarès, ont émergé, peu à peu, des indicateurs relatifs censés refléter la qualité du service rendu à l'usager de l'hôpital. On peut classer ces indicateurs de qualité et de performance en trois types : les indicateurs de résultats de santé, les indicateurs de procédures, les indicateurs de structure. Les indicateurs de résultats de santé donnent des informations concernant des événements non souhaités au cours du processus de soins (taux de mortalité, taux de complications, taux d'infections nosocomiales). Les indicateurs de procédures évaluent ce qui a été fait (ou non) par rapport à ce qui devrait l'être (consommation de solution hydro-alcoolique, nombre de patients traités à l'aspirine après un infarctus de myocarde, bon usage des antibiotiques...). Les indicateurs de structure portent sur les moyens consacrés au soin : ressources humaines, dotations matérielles et financières.

Historiquement, les premiers indicateurs hospitaliers portaient sur la lutte contre les infections nosocomiales qui venaient alimenter le tableau de bord des infections nosocomiales, établi par le ministère de la santé à partir des données relatives aux activités de lutte contre les infections que chaque établissement doit lui transmettre annuellement par voie de saisie informatique. Il avait comme objectif d'inciter tous les établissements de soins à évaluer leurs actions et les résultats obtenus (Holcman, 2016, 612).

En 2003 a été lancé le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité)²⁶ qui avait pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé et d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale) était le maître d'œuvre de ce projet. Les indicateurs COMPAQH étaient classés par objectifs prioritaires déterminés par le ministère de la santé en concertation avec les partenaires institutionnels hospitaliers. C'est à partir de ces objectifs prioritaires qu'ont été sélectionnés les indicateurs leur correspondant.

En 2007, sur la base de certains des indicateurs testés dans le projet COMPAQH, un recueil de cinq indicateurs de qualité des soins a été élaboré et mis en place dans des établissements volontaires qui devaient donc fournir les informations nécessaires (projet IPAQH, Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière). La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie a rendu obligatoire la fourniture des informations en question de la part de l'ensemble des établissements de santé à partir de 2008 (date à laquelle le projet IPAQSS, Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins, a pris le relais du projet IPAQH). Cette fourniture s'insère dans la procédure de certification.

Enfin, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, oblige les établissements de santé – publics comme privés – à mettre à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Enquêtes de satisfaction

Depuis 1996²⁷, chaque établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction de ses patients, portant notamment sur leur condition d'accueil et de séjour ; le résultat de ces évaluations est pris en compte dans la certification²⁸.

26. En 2010, COMPAQH est devenu COMPAQ-HPST (hôpital, patient, sécurité, territoire).

27. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

28. La référence 9 de la dernière version du manuel de certification des établissements de santé (version 2010 révisé 2014) porte à cet effet sur l'évaluation de la satisfaction des usagers.

De même, chaque personne hospitalisée reçoit avant sa sortie un questionnaire dont l'objectif est de recueillir ses appréciations et ses observations ; le directeur communique périodiquement aux instances internes de gestion²⁹ les résultats de l'exploitation de ces documents. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les agences régionales de santé.

En 2004 a été lancée l'enquête SAPHORA, dispositif standardisé d'enquêtes de satisfaction des patients hospitalisés mis en œuvre dans les centres hospitalo-universitaires et les centres de lutte contre le cancer, sur la base d'une soixantaine de questions³⁰. À partir de 2011, SAPHORA a été remplacée par une nouvelle mesure de la satisfaction des patients, l'enquête I-SATIS, qui se fonde sur une démarche téléphonique menée par un institut de sondage dans les semaines qui suivent la sortie de la personne hospitalisée. Chaque établissement obtient un indice de satisfaction et une estimation à partir de six indicateurs³¹. En 2014, l'enquête I-SATIS a été généralisée³² à l'ensemble des établissements de santé exerçant une activité de soins aigus (médecine, chirurgie ou obstétrique, MCO).

*

* *

La multiplicité des objectifs que les hôpitaux publics doivent remplir a entraîné la mise en place d'autant de relations de redevabilité envers leurs mandants : les financeurs (l'assurance-maladie), les autorités indépendantes (comme la Haute Autorité de santé), les tutelles (les agences régionales de santé, les agences sanitaires, le ministère de la santé), le Parlement et le public au sens large. *In fine*, on peut estimer que ce foisonnement et cette complexité qui résulte de l'ensemble de ces relations entraîne un coût certain en matière, d'une part, de ressources dédiées à la collecte, au traitement et à la diffusion des informations nécessaires à chaque reddition et, d'autre part, de lisibilité de l'ensemble. Cela étant, l'amélioration de cette situation ne sera possible qu'en traitant le problème d'origine, à savoir une meilleure mise en cohérence et formulation des objectifs afin d'atteindre, si ce n'est une simplification, au moins une clarification.

Références bibliographiques

Cour des comptes (2014), *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 17 septembre.

Lombrail, Pierre ; Naiditch, Michel ; Baubeau, Dominique ; Cunéo, Philippe ; Carlet, Jean (1999), « Les éléments de la «performance» hospitalière. Les conditions d'une comparaison », *Études et résultats*, n° 42.

Holcman, Robert (2015), *Management hospitalier*, Paris, Dunod, p. 612.

29. Conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, et comité technique d'établissement.

30. 61 questions exploraient : l'arrivée dans l'établissement ; les soins médicaux et infirmiers ; les prestations proposées ; la préparation de la sortie ; des variables complémentaires identifiées comme intervenant sur la satisfaction des patients indépendamment de la qualité de la prise en charge. Trois indicateurs de satisfaction des patients étaient également proposés : qualité des soins ; confort hôtelier ; organisation de la sortie.

31. Prise en charge globale du patient ; information des patients ; communication des patients avec les professionnels de santé ; attitude des professionnels de santé ; commodité de la chambre ; restauration hospitalière.

32. Le décret n° 2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS.