

DÉFICITS

Déficits, refusons la fatalité. Synthèse de la conférence du 7 novembre

Les déficits hospitaliers ne sont pas une fatalité, et les managers hospitaliers sont mobilisés car lutter contre un déficit c'est améliorer le service public. Mais ils ne pourront pas y arriver seuls, et auront besoin de règles de financement claires et stables, de modes d'évaluation calés sur leurs leviers d'actions et d'un mode de régulation qui fait la part belle à la coopération et au territoire.

Refuser la fatalité des déficits c'est également accepter la culture de l'excédent

Les professionnels hospitaliers affirment haut et fort que la culture du déficit est inacceptable, même si le secteur public dans son ensemble et l'Etat le premier tend à la banaliser depuis tant d'années.

Mais pour aller à l'encontre de cette fatalité du déficit, encore faut-il que la culture de l'excédent soit non seulement acceptée mais devienne culturellement acceptable.

Les déficits ne sont pas un problème en soit car ils ne sont qu'un symptôme de dysfonctionnements. Or ces dysfonctionnements ont des origines autant structurelles qu'organisationnelles, et si les managers hospitaliers peuvent avoir leur part de responsabilité, ils ne doivent pas être systématiquement stigmatisés, n'ayant pas, bien souvent, tous les leviers de résolution en main.

Les déficits ont connu des cycles d'évolution très différenciés

Le système de santé en France se caractérise par une contradiction fondamentale. D'une part il fait face à une demande croissante de soins qui est liée à l'évolution démographique et aux traitements de pointe des maladies fondamentales, mais aussi à l'évolution des normes sociales en la matière, notamment des attentes de la population. D'autre part il subit une pression citoyenne, celle de voir baisser les prélèvements sociaux qui financent la demande de soin.

Pour gérer cette contradiction apparente, le régulateur peut agir sur différents leviers. Telle la liste d'attente qui permet de répondre aux attentes mais de manière différée, ou le report du financement sur le secteur privé qui soulage le financement public, ou encore la limitation de l'offre. En France ces leviers sont relativement peu utilisés, l'ONDAM augmente chaque année ; pour des questions d'équité, le report du financement sur le privé se fait peu ; et même si sur certaines spécialités il existe les listes d'attentes en croissance. Il ne s'agit pas d'un phénomène généralisé. Le principal levier utilisé a été celui des efforts de productivité demandés aux établissements.

Sur les 6 dernières années ils représentent 18,8%, soit 7 milliards d'euros. Les déficits des établissements ayant augmenté de 6 milliards d'euros sur la même période, seul 1 milliard d'euros de productivité « nette » a pu être réalisé. Seulement 1 milliard ?...tout de même 1 Milliard !

Cela voudrait-il dire que les établissements sont arrivés au bout des efforts de productivité possibles ? Pour répondre à cette question, regardons un peu plus en arrière et analysons ces déficits. Entre 2002 et 2017, on observe 3 grandes phases d'évolution des déficits. De 2002 à 2007 une phase caractérisée par un creusement des déficits, de 2007 à 2012 une résorption des déficits et depuis 2012 une forte aggravation de ces derniers.

Ces trois grandes phases peuvent être interprétées de la façon suivante :

- Une première période qui correspond à l'instauration de la T2A, au cours de laquelle les établissements ont commencé à apprivoiser ces nouvelles modalités

Nicolas GASNIER-DUPARC

Associé Conseil Opérationnel
Grant Thornton

Axelle PAQUER

Associée
BearingPoint

Eric LÉBOUCHER

Président
Référés

PoI NOLET

Directeur du développement
secteur public
Grant Thornton

de détermination des recettes, à en comprendre les mécanismes et les incidences sur les ressources et donc sur les déficits. Pendant cette phase les établissements ont commencé à s'organiser, développer des outils et des compétences en matière de gestion, mais sans en percevoir les effets.

- Une deuxième période au cours de laquelle les établissements ont réagi, pris des mesures, se sont réorganisés, ont mené de réels efforts de productivité, ont aussi accru leur activité. On peut considérer que cette période correspond à une phase dans laquelle la T2A a pleinement joué son rôle vertueux de régulation et d'allocation efficace des ressources.
- Une troisième phase dans laquelle nous sommes toujours, et qui se caractérise par une forte aggravation des déficits et ce de manière croissante. Cette situation résulte de plusieurs facteurs, dont les principaux sont analysés ci-après.

T2A ombre ou lumière ?

Il est indéniable que la T2A a apporté de nombreux effets bénéfiques à l'hôpital public : une certaine efficacité allocative en mettant tous les établissements sur un pied d'égalité, le développement des outils et de la culture de gestion, l'instauration d'une logique d'organisation et d'efficience.

Mais il faut reconnaître qu'en même temps, la T2A a aussi provoqué des asymétries avec le privé, dont souffre l'hôpital public, tout comme en matière de financement de la psychiatrie et du SSR ou encore de la permanence des soins. Elle a aussi engendré des pratiques individualistes et concurrentielles qui vont à l'encontre de la pertinence des soins et de saine logique de coopérations territoriales public/public ou public/privé.

Sur la période 2007-2012, ce sont, semble-t-il plutôt les effets bénéfiques qui ont prévalu.

Mais ce qui est nouveau sur la dernière période c'est le détournement progressif qui a été fait de la logique de la T2A, qui de vertueuse est devenue au fil du temps plus perverse. Cela s'est traduit principalement par deux phénomènes. Le premier et le plus significatif est une « décorrélation » de plus en plus grande entre les tarifs et les coûts, qui a eu pour conséquence au sein des établissements une perte complète de sens sur la signification de l'activité à réaliser et les efforts qui étaient demandés. Le deuxième est une autre « décorrélation » principalement au cours de ces dernières années, entre les prévisions d'évolution du volume d'activité servant de base à l'élaboration des tarifs avec la réalité, générant ainsi un phénomène supplémentaire de baisse des tarifs.

A ces phénomènes liés à la T2A, se sont ajoutés d'autres phénomènes structurant comme la bascule de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire et l'activité externe, ainsi que le transfert de la prise en charge de ville vers les urgences hospitalières, qui ont à la fois pesé sur les coûts et les recettes, créant un effet de ciseaux négatif creusant les déficits.

Pour le reste, sur cette période, les établissements ont globalement réussi à maîtriser leurs dépenses de personnel et leurs dépenses médicales, et ce malgré la montée en puissance du coût des traitements innovants.

Le grand perdant aura été l'investissement, qui baisse de manière inquiétante. De plus de 6 milliards en 2011, il est passé sous la barre des 4 milliards en 2017. Cet indicateur est préoccupant car il est une projection de l'hôpital de demain. Et il ne fait qu'accroître le retard des établissements français par rapport à leurs homologues internationaux, singulièrement en matière numérique.

A la question : « reste-t-il dans ce contexte des gisements de productivité ? »... La réponse est « oui mais », car ils seront plus difficiles à gagner.

Il est indéniable que sur les dix dernières années, les hôpitaux se sont beaucoup restructurés, ont travaillé sur leurs organisations, ont introduit des notions d'efficience dans leurs décisions de gestion et d'investissement. Certains considèrent d'ailleurs qu'ils sont dans l'ensemble arrivés au bout de ce qui peut être réalisé comme gain d'efficience

en interne. Dès lors, la baisse annuelle systématique des tarifs contribue grandement au sentiment d'usure voire d'épuisement que les professionnels expriment.

La nouvelle frontière de la performance hospitalière !

Dans ce contexte, où sont les gisements de productivité et d'efficience dont on parle ?

Manifestement la nouvelle frontière des gains de productivité et d'efficience ne se situe plus dans l'hôpital mais en dehors, sur son territoire. Un des effets pervers de la T2A a été le développement puis l'exacerbation de la concurrence que se sont livrés les établissements entre eux et notamment les établissements publics. Dans un contexte de moindre croissance de l'activité hospitalière, la mise en place des GHT, et de façon plus générale, les logiques de coopération inter-établissements sur leur territoire devraient permettre aux établissements d'initier un nouveau cycle vertueux de réduction des déficits. La généralisation, au sein des GHT, de la pratique du projet médical de territoire est saluée par l'ensemble des professionnels comme une avancée majeure permettant de remettre les besoins du territoire au cœur de la stratégie hospitalière. Ce qui est certain, c'est qu'il faudra être persévérants pour aller chercher les effets relatifs de ces coopérations, et se montrer patients pour en constater les effets dans les comptes des établissements.

Les pistes qui ont d'ores et déjà été explorées par des établissements sont multiples :

- Mutualisation public/public ou public/privé de l'ensemble des plateaux techniques et logistiques, permettant ainsi à des hôpitaux de plus petite taille de bénéficier d'outils modernes et supportables financièrement à l'échelle de l'établissement ;
- Mise en place de filières médicales à l'aune du territoire :
 - Réallocation des activités d'hospitalisation sur le territoire afin de constituer des ensembles ayant une taille critique, plus attractifs et offrant une meilleure qualité de prise en charge;
 - Développement de nouvelles modalités de consultation ou d'intervention avancées sur les territoires qui soient valorisantes et valorisées pour les médecins et les soignants. Cela permettra notamment de limiter les flux de population vers les hôpitaux de référence et les coûts de transport, et de limiter la pratique abusive de l'intérim médical;
 - Développement de la télémédecine.
- Professionnalisation de certaines fonctions supports comme les achats ou le génie biomédical;
- Mutualisation des investissements pour éviter les doublons, la concurrence, et ainsi optimisation de l'activité et de la rentabilité des équipements;

Mais nous n'en sommes qu'au début, et ce nouveau territoire à défricher comporte encore beaucoup d'inconnues et de risques.

La loi laisse une grande liberté d'organisation de la gouvernance des GHT, ce qui est souhaitable, car en fonction des disparités de situations financières au sein d'un GHT, le mode de gouvernance fédératif ou fusionnel sera plus ou moins privilégié.

En matière de solidarité financière, cette dernière doit elle aussi s'apprécier au regard des disparités de situation financière des établissements membres du GHT et ne pas conduire à une situation qui pénalise tous les établissements au sein GHT. De même, pour que la solidarité financière se développe, il faut aussi que la performance financière s'apprécie à l'échelle du GHT et non pas à celle de chacun des établissements.

L'exploration de cette nouvelle frontière ne doit toutefois pas empêcher les établissements de poursuivre les efforts entrepris sur les organisations internes et notamment sur les plateaux médico-techniques, sur la massification des achats, sur l'organisation du temps de travail et notamment les cycles, voire d'explorer des pistes nouvelles comme le développement plus systématique de la pharmacie clinique afin de mieux réguler les prescriptions, ou continuer à faire la chasse aux actes non pertinents.