



comprendre



phosphorer



décider



E-conférences

Comprendre, phosphorer, décider

Finances Hospitalières 2020



Crise sanitaire



Gestion hospitalière en période de pandémie : quels enseignements pour les responsables financiers ?

L'année 2020 constitue une parenthèse étonnante dans l'exercice de la gestion financière au sein de l'hôpital public. Elle marque à la fois l'implosion (temporaire ?) des carcans d'un système d'organisation, elle appelle à des réformes en profondeur et suscite de nouvelles interrogations sur les fondamentaux du financement de l'hôpital. Mais au total, permettra-t-elle de tirer les leçons qui s'imposent ?





L'implosion des carcans

Le covid a profondément modifié l'approche financière de la gestion hospitalière. La nécessité de faire face à l'immédiat, le besoin absolu de financer des besoins urgents, ont provoqué une révolution de nature existentielle pour les directions financières.

L'hôpital a subitement quitté un mode de pensée qui était presque exclusivement concentré sur la performance économique, sur l'allocation en fonction de l'activité, sur l'efficacité maximale des ratios technico-économiques. Sans transition, nous avons plongé dans un autre schéma d'analyse et de pensée, focalisés sur les règles de précaution et d'efficacité opérationnelle.

Abandonnés les schémas du juste à temps, du principe de négociation notamment avec les fournisseurs pour obtenir les meilleures conditions économiques et vérifier la maîtrise des flux tendus ; abandonnées les tractations avec les services médicaux afin d'ajuster la ressource avec l'activité, ou avec les

régulateurs pour arracher des autorisations d'ouverture de lits ou de recrutement de personnels.

Tous les circuits garantissant l'optimisation économique ont été bouleversés. Ils ont été tout simplement exclus, niés. Nous sommes revenus à une approche plus tournée vers le qualitatif, moins centrée sur l'économie, l'efficacité, la performance : c'est un retour au sens premier de l'approche par le patient, pour répondre à une obligation de soins.

La garantie de ressources devenant primordiale, le surcoût devient une donnée de gestion, au-delà des montants, voire de la pertinence économique de l'achat. C'est une inversion totale du référentiel. Le sujet n'est pas de réduire la dépense, mais de financer cet excédent de dépenses, sachant que les moyens propres de l'hôpital à cet instant ne permettront pas de couvrir la charge nouvelle.

L'opportunité de refondre un système : trois grandes réformes

Ce sentiment de disposer enfin de latitude, bien entendu couplée à un sentiment d'un grand sens de « responsabilité correspondante », a frappé les esprits. Les impacts, en termes de culture de gestion, sont réels et la prise de conscience dans sa conception rigide, doit évoluer dans de nombreux domaines de la gestion hospitalière.

Trois grandes réformes sont à réaliser.

La première réforme doit être celle de l'organisation interne de l'hôpital. Le découplage des moyens, des capacités, l'appel à plus de modularité : c'est tout un mode de gestion qui est remis en cause. Il faut faire preuve d'innovation dans la gestion des lits, des blocs, pour être plus performants ; augmenter les capacités sans nécessairement augmenter les coûts ; redistribuer, redéployer les équipements.

Il convient de mener un travail de fond, notamment en ambulatoire : aller vers plus d'efficacité dans les blocs, dans la capacité à prendre des rendez-vous, à gérer les urgences ; créer plus de mixité entre les pôles, plus de modularité ; parler d'efficacité globale. Nous devons optimiser la ressource,

c'est-à-dire mieux répondre aux besoins, et non rechercher d'abord l'économie des moyens. L'architecture de l'hôpital doit être repensée, de manière à assurer plus de souplesse, plus de modularité, plus de solutions de mise en commun de ressources. « Faire comme si » une nouvelle pandémie, quelle qu'elle soit, était à tout moment susceptible de survenir.

La deuxième réforme porte sur la réduction de la concurrence frontale entre établissements de santé publics, entre le public et le privé, et entre opérateurs. La crise du Covid ne fut qu'une trêve. Continuer de croire qu'un réseau « sera gagnant » en captant des marchés à un autre réseau est une illusion. Car c'est un jeu à somme nulle. Dans les régions les plus difficiles, chacun y perd. Le mode concurrentiel doit être fortement réduit.

C'est un leurre de croire que la mise en concurrence des acteurs améliore globalement l'efficacité collective : seule la coopération amène de l'efficacité globale. Pour prendre l'exemple de la région lyonnaise, durant la crise du Covid, les HCL et ses voisins se sont organisés fort efficacement avec la mise en place d'une cellule départementale, par délégation de l'ARS. La centralisation des besoins et des moyens, ainsi que





la gestion départementale des lits, ont été assurées par HCL. C'est une vraie réussite, et la confiance s'est instaurée entre acteurs.

Hélas, c'est bien le covid qui a créé les conditions d'une coopération temporaire. Ce que nous avons réussi à initier en situation exceptionnelle, semble impossible sur le long terme. Et ce serait un fantasme de croire qu'on aurait pu le réaliser en temps normal, car rien n'y incite et les obstacles sont considérables, qu'il s'agisse des modes de financement, ou des modes de rémunération. Ce sont deux systèmes qui s'ignorent, alimentés par deux voies parallèles, animés par des objectifs et des moyens distincts. D'autant que le patient a la liberté totale de choix d'un établissement par rapport à une offre sur un territoire.

La troisième réforme a pour but la mise en place du principe de mise en responsabilité populationnelle (les établissements de santé seraient alors collectivement responsables de la prise en charge de la population sur leur territoire). Peut-elle être un début de solution ? La « dotation populationnelle » est un mot dangereux, notamment si elle consiste à répartir des sommes globales au **prorata** du nombre d'habitants, ce qui est un concept réducteur et une nouvelle source d'injustice nouvelle, car il est construit sur une situation déséquilibrée dès le départ : état de l'offre, état de la santé de la population, niveau médical, état socio-économique.

La question de fond est de savoir si l'on parle de la gestion populationnelle pour mettre en place une vraie responsabilité populationnelle, c'est-à-dire une intégration des acteurs,

des schémas communs de travail, ou si au contraire, il s'agit simplement de répartir des montants. Il conviendra donc le trancher le sens même du mot, compris différemment entre responsables soignants et responsables nationaux.

D'autre part, on parle de dotation. C'est un mot lourd de sens en termes de financement, qui draine avec lui de nombreuses problématiques qui lui sont liées : activité, qualité, forfaits, base, assiette, écarts, ... Comment déterminer une dotation entre établissements qui n'ont pas la même efficacité qualitative et quantitative ? Comment tenir compte de la mission d'un CHU dont la vocation dépasse son simple cadre d'activité ? Comment alors répartir des montants entre acteurs qui n'ont pas la même mission ?

La dotation populationnelle ne va probablement pas induire plus de coopération. C'est une erreur d'imaginer que ce mode de financement changera les comportements en France, dont le système est intégralement basé sur la mise en captation des mêmes patients. A titre d'exemples, dans le domaine du cancer ou de la maternité, tous les acteurs sont actifs et en concurrence. Nous restons dans le flou, d'autant que la « gestion populationnelle » évoquée dans les textes du Ségur reste très exploratoire.

Sachons tirer les leçons des expériences réussies dans de nombreux pays : le concept évoqué plus haut comporte une vraie gestion intégrée, notamment en termes de délivrance des autorisations. Ce pourrait être une première piste de coopération.

Les incertitudes de la gestion financière de l'hôpital

Le Covid a fragilisé durablement la stabilité financière de l'hôpital, qu'il s'agisse de son mode de gestion ou de ses équilibres à long terme. Le Ségur, qui avait pour vocation de donner de nouvelles perspectives, ajoute un degré d'incertitude.

Commençons par la construction de l'EPRD. L'EPRD a toujours été pour le Directeur Financier un exercice d'anticipation : anticiper l'activité de l'année N+1, anticiper le PFSS, construire des modèles mathématiques comportant de nombreuses variables, ajustables de mois en mois, dans un glissement maîtrisé. Le covid a créé une parenthèse. A ce jour, il faut bien le reconnaître, les établissements ne savent pas comment l'année va se clôturer. Nous sommes face à une

page blanche. Nous vivons au jour le jour. Nous sommes passés d'un excès de maîtrise à un excès d'incertitude. En gestion opérationnelle, un EPRD en janvier est-il encore justifié ? La contractualisation avec les pôles a-t-elle encore du sens tandis que se réintroduit avec force le contour des services ?

D'autre part, examinons le PGFP : nous sommes passés d'un PGFP comportant des règles et des variables, à un PGFP ne comportant plus que des hypothèses. L'enjeu n'est pas d'établir des prévisions mais de proposer des hypothèses plausibles, dans un environnement qui reste aversif aux incertitudes : prévoir avec une certaine exactitude les conséquences financières d'un scénario possible ; mettre de la rationalité dans l'incertitude pour





conforter des décisions et rassurer ; prendre une décision qui rassure dans un environnement où l'on choisit une trajectoire, et non plus un résultat avec un objectif logique à atteindre, où l'on cherche un horizon avec des hypothèses qui n'ont pas de réalité extérieure, où on les choisit parce qu'elles sont plausibles et non pas parce qu'elles s'appuient sur des statistiques connues.

Analysons ensuite les pratiques des marchés. La prévision financière est d'autant plus compliquée que chacun s'interroge : les circonstances actuelles nous permettent de poursuivre vers un nouveau mode de gestion ou d'approche, d'adapter les pratiques en prenant acte de certaines réalités du marché ? Prenons un exemple : dans un contexte de situation économique difficile de nos fournisseurs, est-il encore concevable de poursuivre une politique de négociation musclée avec nos partenaires ? Ne risquons-nous pas d'accélérer la chute économique en poursuivant notre logique classique ? Est-ce le rôle de l'hôpital de soutenir l'économie locale, quitte à revoir nos objectifs économiques ? Pouvons-nous gérer avec l'œil rivé sur la productivité alors que risque de pandémie est une réalité durable ? Devons-nous revenir à un objectif interne d'efficacité économique d'optimisation de ressources, alors même que l'enjeu est de répondre à un besoin de rareté de cette ressource ?

Enfin, en termes de financement, l'hôpital est dans la plus grande incertitude. La période de Covid était pleine de promesses. De nombreuses annonces ont été faites. De nombreux dispositifs ont été avancés, tels que la garantie des ressources. Mais certains dispositifs promis et mis en place ont été brutalement interrompus. A titre d'exemple, les surcoûts des avances de financement ont été alloués en mai, puis n'ont pas été reconduits.

Il est délicat d'évaluer exactement les effets financiers de la pandémie, mais on peut raisonnablement considérer qu'à ce stade, seuls 50% des crédits promis ont été versés. On sait également que l'impact du Covid sur un budget normal de dépenses représente une augmentation de l'ordre de 10%. Une incertitude reste le financement de la revalorisation de la masse salariale. Le risque est que la décision de revalorisation des salaires hospitaliers se traduise par une contrainte financière sur l'hôpital. Il serait inconcevable que toute augmentation soit liée à une mesure d'économie équivalente sur le terrain. Mieux rémunérer le personnel, à condition qu'il y en ait moins ?

L'hôpital se trouve donc au milieu du gué. D'autant que le Ségur n'a pas clarifié les choses, tant sur le financement que sur les investissements. La question est de savoir comment se finance l'impact des revalorisations statutaires et salariales. Par quel biais va-t-on trouver la juste manière de réajuster les barèmes ?

En conclusion, la pandémie ne peut être et ne sera probablement pas un retour complet de balancier entre l'économie et la précaution à tout prix. La réponse à moyen et long terme est-elle au rendez-vous des attentes ? Non, probablement pas. Les contraintes budgétaires reviendront et les réflexes de rigidité seront de nouveau la règle. Peu de choses, probablement, bougeront.

Cela remet en cause la capacité de l'Etat à repenser ses processus. L'Etat sait faire face durant une période dérogatoire, il ne sait pas initier une simplification à plus long terme. Il ouvre les vannes, et puis il les referme et revient à une logique antérieure, comme si rien ne s'était passé. Les hôpitaux sont dans une nouvelle logique de fonctionnement, mais doivent, indéniablement, composer avec les règles d'un système rigide.


Camille
DUMAS

Directeur Financier des Hôpitaux de Lyon,
Coordinateur de la réunion des DAF de CHU





Agnès de Ribet

**Directrice du *marketing*
et de la communication**

T + 33 (0)1 41 25 85 85

E agnes.deribet@fr.gt.com



grantthornton.fr



« Grant Thornton » est la marque sous laquelle les cabinets membres de Grant Thornton délivrent des services d'Audit, de Fiscalité et de Conseil à leurs clients et / ou, désigne, en fonction du contexte, un ou plusieurs cabinets membres. Grant Thornton France est un cabinet membre de Grant Thornton International Ltd (GTIL). GTIL et les cabinets membres ne constituent pas un partenariat mondial. GTIL et chacun des cabinets membres sont des entités juridiques indépendantes. Les services professionnels sont délivrés par les cabinets membres. GTIL ne délivre aucun service aux clients. GTIL et ses cabinets membres ne sont pas des agents. Aucune obligation ne les lie entre eux : ils ne sont pas responsables des services ni des activités offerts par les autres cabinets membres.

© 2020 Grant Thornton. Tous droits réservés. Impression sur papier provenant de forêts gérées durablement. Ne pas jeter sur la voie publique. Création : Ynfluence. Crédit photo : shutterstock (photographies retouchées).