Notre système de santé est-il en péril ? Réorienter la réforme de la gestion hospitalière (4/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. Une [note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le dernier sujet de préoccupation important à propos du système de santé concerne le financement de l'hôpital. Celui-ci a été fortement perturbé par la mise en place de la T2A depuis 2005. Cette dernière a réintroduit un lien financier direct entre l'activité des hôpitaux et leurs ressources financières. Cette réforme a renforcé l'importance et le pouvoir des « gestionnaires », ce qui a pu donner le sentiment que les hôpitaux étaient dorénavant assimilés à des entreprises soumises à un impératif de rentabilité.

La réalité est plus complexe car la T2A vise moins la « rentabilisation » des hôpitaux que la rationalisation de la répartition des dépenses entre eux en établissant un lien entre leurs recettes et leur activité mesurée par le nombre de patients pris en charge pondéré par le coût moyen des traitements de chacun d'entre eux. Le risque de ce mode de financement est paradoxalement d'inciter à la dépense en contribuant à privilégier la multiplication des traitements et des actes. De fait le rapport du HCAAM pour 2011 (op.cit.) note que la croissance de 2,8 % des dépenses hospitalières tarifées à l'activité en 2010 se décompose en une hausse de 1,7 % imputable à l'augmentation du nombre de séjours et une

hausse de 1,1 % imputable à un « effet structure » lié au déplacement de l'activité vers des prises en charge mieux rémunérées[1].

Cette évolution est inquiétante et pourrait conduire à une remontée des dépenses hospitalières sans autre justification que la nécessité budgétaire. La convergence des tarifs appliqués aux cliniques privées et aux hôpitaux publics et non lucratifs n'est pas une garantie contre cette dérive car les cliniques privées ne sont pas soumises à des incitations différentes. On touche là aux limites de la gestion par la concurrence, fut-elle fictive, dont les imperfections sont trop nombreuses pour qu'elle soit le seul moyen de régulation et de gestion.

Les hôpitaux publics reçoivent aussi des crédits forfaitaires destinés à assurer les missions d'intérêt général et de formation qui leur sont confiées. Cette enveloppe de crédit représente environ 14 % de leur budget exécuté en 2010[2]. Elle permet de financer les activités d'enseignement et de recherche des hôpitaux, la participation aux actions de santé publique, ou la prise en charge de populations spécifiques comme les patients en situation de précarité. Contrairement aux remboursements liés à l'application de la tarification, les montants des budgets correspondants sont limitatifs et faciles à modifier.

En conséquence la régulation budgétaire s'appuie souvent sur la mise en réserve d'une partie de ces crédits et la révision des montants attribués en fonction de l'évolution de l'ensemble de la dépense hospitalière. Ainsi en 2010 le dépassement en cours d'année de l'objectif de dépenses assigné aux hôpitaux, évalué à 567 millions d'euros, s'est traduit par une réduction de 343 millions d'euros du budget affecté aux missions d'intérêt général, soit un ajustement de l'ordre de - 4,2 % par rapport au budget initial (HCAAM, 2011).

La régulation de la dépense hospitalière a donc tendance à

porter sur la part du budget la plus faible qui est aussi la plus facile à maîtriser par les autorités centrales. Il est certes possible de réviser les tarifs de remboursement de la T2A, mais l'impact budgétaire est nécessairement retardé et les objectifs visés plus difficiles à atteindre. Le système de gestion budgétaire des hôpitaux est donc imparfait et il fait courir le double risque d'un dérapage mal contrôlé des dépenses régies par la T2A et d'un assèchement des enveloppes budgétaires qui servent au financement des dépenses qui ne peuvent pas donner lieu à facturation. Il n'y a pas de solution simple à cette difficulté : revenir au système antérieur de budget global pour le financement de la totalité de la dépense ne serait évidemment pas satisfaisant alors que la T2A a permis d'améliorer le lien entre l'activité des hôpitaux et leur financement ; faire peser tous les ajustements budgétaires sur les seules enveloppes de missions générales et d'investissement, surtout dans une période de rigueur, n'est pas plus acceptable. La tendance générale est de limiter le plus possible le champ de l'enveloppe de financement forfaitaire (Jégou, 2011) et d'étendre au maximum celui de la tarification à l'activité.

Mais la tarification n'est pas toujours parfaitement adaptée à la prise en charge de pathologies complexes et chroniques. On peut donc se demander si, à l'inverse, la mise en place d'un tarif de remboursement mixte comprenant une part fixe et proportionnelle ne serait pas plus efficace tout en facilitant la régulation d'ensemble du système du fait d'une enveloppe forfaitaire plus large. La partie fixe pourrait par exemple être déterminée sur la base de la population couverte (comme c'était le cas dans la modalité ancienne de budget global). Cette évolution aurait aussi l'avantage de faire reculer l'obsession gestionnaire qui semble avoir fortement contribué à dégrader le climat social au sein des hôpitaux.

[1] Les malades pris en charge par l'hôpital sont classés dans

un Groupe Homogène de Malade (GHM) sur la base du diagnostic. Pour chaque séjour d'un malade donné l'hôpital est rémunéré sur la base d'un tarif établi en Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui renvoie au GHM auquel appartient le malade et au traitement qu'il reçoit. En théorie ce système permet d'associer un tarif « objectif », en fonction du malade pris en charge. En pratique, le classement en GHM et GHS est très complexe, notamment du fait des pathologies multiples, et le classement est « manipulable ». Il en résulte que l'on ne peut pas savoir précisément si le glissement vers des GHS plus coûteux correspond à une aggravation des cas, à une manipulation du codage ou à une sélection des patients les plus « rentables ».

[\[2\]](#) Ces crédits dit MIGAC (pour Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation) atteignaient 7,8 milliards d'euros en 2010 sur un total de dépenses hospitalières du champ MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) de 52,7 milliards, Cf. HCAAM, 2011.