

DISCOURS INTRODUCTIF

Congrès de l'Echelle Nationale des Coûts

Bordeaux 7 novembre 2013

Thématique : T2A, ENCC et coopérations : quelles interactions ?

Madame l'ajointe au Maire,

Monsieur le Directeur Général de l'offre de soins, cher Jean Debeaupuis,

Monsieur le Directeur Général, cher Philippe Vigouroux,

Mesdames et Messieurs les Docteurs et Professeurs

Mesdames et Messieurs les directeurs,

Mesdames et Messieurs,

Mes chers amis,

Permettez-moi tout d'abord de saluer personnellement Alain Heriaud, à qui nous devons le plaisir de nous retrouver à Bordeaux aujourd'hui. C'est lui en effet qui avait accepté d'engager les équipes du CHU dans ce projet, projet qu'a poursuivi son successeur Philippe Vigouroux, que je remercie également chaleureusement.

Je suis ravi d'être de nouveau parmi vous cette année, afin de donner le coup d'envoi de ce 17^{ème} séminaire de l'Echelle Nationale des Coûts, rendez-vous incontournable du monde hospitalier, qui chaque année rencontre un vif succès.

Nous avons la chance cette année, d'être accueilli dans la magnifique ville de Bordeaux. Je ne doute pas que les hospitaliers sauront, tout au long de ce séminaire, apprécier sans en abuser, la douceur de votre ville mais aussi de votre vignoble ! Je crois d'ailleurs que vous aurez le privilège de visiter et de dîner ce soir dans l'un des plus prestigieux de la région (le Château Smith Haut Lafitte).

Je me dois de remercier vivement les organisateurs de ce séminaire : les membres du comité scientifique de l'ENC, avec lesquels la FHF entretient depuis longtemps des liens de confiance. Je tiens bien entendu à remercier l'équipe du CHU de Bordeaux et de SPH Conseils, mais je souhaite également saluer l'engagement de celui qu'on ne présente plus, Yves GAUBERT, responsable du pôle finances de la FHF et de toute l'équipe du comité scientifique présidé par Gabriel Nizand, avec le concours actif de Véronique Gilleron et Virginie Valentin.

Si nous sommes réunis ici aujourd'hui, c'est tout d'abord car nous sommes tous conscients, et c'est une conviction que porte la FHF depuis maintenant plusieurs années, de l'importance de l'échelle nationale des coûts pour nos établissements, une échelle qui d'être en adéquation avec la bonne description de l'activité médicale. De la qualité de ces outils dépend en effet le juste financement.

Les travaux techniques ont permis, au cours des dernières années, de faire progresser la reconnaissance de l'activité la plus complexe, même si cela n'a pas toujours eu la traduction financière escomptée. Vous noterez que j'emploie sciemment un euphémisme...

Vous le savez tous, les dernières semaines ont été marquées par une polémique violente sur le codage et sur le recours à des sociétés de conseils pour améliorer la description de l'activité médicale. Dans cette affaire, la FHF souhaite apporter tout son soutien aux équipes médico-administratives qui, partout, n'ont pas d'autres soucis que celui de l'intérêt général et de l'intérêt de leurs établissements. Beaucoup de propos blessants ont été tenus dans la presse à l'égard des équipes hospitalières et permettez-moi donc d'apporter tout mon soutien à la communauté médicale et au directeur de Saint-Malo, ici présent. J'ai personnellement saisi la Président de la CNIL afin que le sujet de l'optimisation du codage soit abordé posément et que des solutions soient dessinées pour apporter les clarifications qui s'imposent dans la réglementation tout en préservant les intérêts des patients et des établissements.

Notre séminaire se tient aujourd'hui dans un contexte économique particulièrement difficile et tendu qui n'épargne ni les français ni leurs hôpitaux publics. Les inquiétudes sont nombreuses. Les efforts demandés sont importants et difficiles à réaliser. Nos établissements sont chaque jour confrontés à des tensions lourdes qui rejaillissent parfois sur le climat social. Je sais les efforts que vous et l'ensemble des équipes hospitalières – médecins, soignants, gestionnaires - avez dû et su fournir au cours des dernières années. Et je tiens ici, en ma qualité de Président de la FHF, à saluer votre travail sur le terrain et à vous rendre hommage.

Cet hommage est d'autant plus appuyé que, en dépit des difficultés, les résultats des hôpitaux publics sont au rendez-vous. Nos établissements publics sont en équilibre, leur part de marché ne cesse de progresser depuis 2005, leur gestion est saine et surtout, plus que jamais, les français reconnaissent la qualité et la sécurité des soins offerts par l'hôpital public. J'ai ainsi été particulièrement frappé par le récent sondage Opinionway publié par le Figaro Magazine dans lequel plus de 90% des français déclarent leur attachement aux hôpitaux publics et à leurs personnels, dont ils souhaitent d'ailleurs voir le nombre progresser.

Une réalité qui contraste singulièrement avec l'image souvent véhiculée par les médias, mais aussi par nos camarades de l'hospitalisation privée, cher Jean-Louis Dourousset, ou encore par certains hauts responsables ministériels, d'hôpitaux publics à la dérive, incapables de se réformer, empêtrés dans leur déficits. Rappelez-vous, il y a encore quelques mois certains réclamaient même que les hôpitaux publics soient gérés par le secteur privé... Non ! L'hôpital public n'est pas un bateau ivre. Oui l'hôpital public tient bon, il avance, il est piloté grâce à l'engagement indéfectible de leurs équipes médicales, soignantes et managériales. Ces réalités, la FHF ne cesse de les porter auprès des dirigeants, des responsables politiques et ministériels. Mais au regard des enjeux, je crois qu'il est aussi de votre responsabilité à tous de rappeler autour de vous ce qu'est la réalité de l'hôpital public. Une réalité faite de progrès, d'évolutions, de réorganisations, d'humanité et de qualité des soins.

Vous le savez, nous sommes actuellement dans la période du PLFSS 2014, dont le texte sera discuté au Sénat la semaine prochaine, après avoir été adopté en première lecture à l'Assemblée. Avec une progression fixée à +2,3%, l'ONDAM hospitalier est pour la première année en moindre progression que l'ONDAM des soins de ville. Comme je le disais il y a un instant, la FHF n'ignore pas le contexte économique général. Elle est une organisation responsable qui ne minimise pas l'effort fait par la nation pour porter à 2,3% le taux de progression des dépenses hospitalières. Pour autant, ce taux est bien en deçà des besoins de nos établissements et ce PLFSS se traduira, cette année encore, par de lourds efforts pour les établissements publics de santé et médico-sociaux, avec près de 577 millions d'euros d'économies nécessaires. Depuis 5 ans, plus de 2 milliards d'euros d'efforts ont ainsi été réalisés.

Les efforts qui nous sont demandés seront difficiles et douloureux. Ils impliquent, dès lors, que nos établissements soient soutenus par les pouvoirs publics et que les politiques conduites soient cohérentes. Or, je ne vous cache pas que je reste parfois dubitatif quant au sens général des politiques suivies, qui, d'un côté nous demandent des efforts difficiles et, de l'autre, alourdissent les charges, rendant les économies encore plus complexes. Ainsi, ces derniers mois, les pouvoirs publics ont pris plusieurs mesures qui vont engendrer d'importants surcoûts :

- La suppression du jour de carence : 70 millions d'euros

- La revalorisation des catégories C : 245 millions d'euros
- La revalorisation du SMIC,
- La hausse des taux de cotisation CNRACL...

Au delà de ce souci de cohérence, c'est au respect de l'équité que je souhaite aujourd'hui en appeler. Les hôpitaux publics prendront et assumeront leur part de l'effort mais ils ne doivent pas être les seuls. A ce titre, j'ai d'ores et déjà indiqué à la Ministre que la FHF sera attentive au déroulement de la prochaine campagne tarifaire afin que la situation que nous connaissons cette année ne se reproduise pas. Nous ne pouvons en effet accepter que les tarifs de nos hôpitaux publics diminuent trois fois plus que ceux des cliniques. Nous ne pouvons accepter que les cliniques soient seules à bénéficier du crédit d'impôt compétitivité. Car en effet, clinique comme hôpitaux c'est le même argent public qui nous finance.

A l'occasion de ce PLFSS, nous avons, comme chaque année, rencontré de nombreux parlementaires en amont des débats, afin de leur faire part de nos inquiétudes mais surtout de nos priorités pour l'avenir du système hospitalier français. Je me félicite tout particulièrement de voir dans ce PLFSS le report de la facturation individuelle – du Projet FIDES pour les intimes -, réclamée de longue date par la FHF.

Ce PLFSS dessine également, à travers l'expérimentation de nouveaux modes de financement pour le parcours de soins, les premiers contours d'une évolution du modèle de Tarification à l'Activité, évolution que la FHF appelle de ses vœux depuis plusieurs années déjà. Ces avancées sont certes positives mais encore largement insuffisantes et le fameux CORETAH semble, pour l'heure, insuffisamment ambitieux et en tout cas beaucoup trop concentré sur les ajustements techniques du modèle, au détriment des évolutions politiques.

Notre modèle de tarification doit connaître des évolutions fortes car la T2A telle que nous la connaissons est arrivée à ses limites. Un modèle de financement n'est rien d'autre que la traduction de choix et d'objectifs politiques. Alors que les objectifs politiques assignés à notre système de santé changent (pour plus de parcours de santé, de coopérations), notre système de financement doit évoluer en profondeur. En la matière, la communauté hospitalière publique a fait part de ses propositions, pour l'heure encore peu entendues :

1/ Identifier les missions de service public et garantir leur juste financement

2/ Définir de nouveaux mécanismes de financement de l'investissement et des activités de recherche

3/ Redéfinir le périmètre des activités payées au séjour

4/ Redéfinir un nouveau cadre pour la régulation prix / volume

6/ Nécessité absolue d'une gestion des outils de tarification par un organisme indépendant

7/ Création d'un comité d'évaluation de la T2A indépendant

Par ailleurs, je regrette que ce PLFSS ne mette pas fin réellement au dispositif de convergence, pourtant annoncé par le Président de la République. Je l'ai dit tout à l'heure, la convergence tarifaire se poursuit puisque les tarifs publics ont diminué 3 fois plus que ceux du privé en 2013, engendrant une convergence de près de 300 millions d'euros. Il en va de même, et c'est le sens de nos amendements au PLFSS, pour le dispositif de convergence tarifaire dans le secteur médico-social, qui doit être abrogé, tant il met en péril la qualité des soins, mais aussi plusieurs milliers d'emplois dans ce secteur.

Il est temps de redonner plus de transparence et de lisibilité au système de financement, car si ce modèle a eu un impact positif pour nos établissements, des limites sont apparues aussi bien dans la façon dont il est conçu, que dans sa régulation. C'est pourquoi plusieurs mesures nous paraissent nécessaires et font l'objet de propositions d'amendements au PLFSS :

- **Donner une plus grande autonomie à l'ATIH**, afin d'assurer une transparence totale dans la construction tarifaire. C'est pourquoi la FHF souhaite la transformation de cette agence en une Agence Technique de l'Information en Santé, qui sera responsable de la gestion de l'ensemble des classifications et des bases de données.
- **Mettre en place des contrôles plus équilibrés de la T2A**, en réformant les compositions de la commission régionale de contrôle ainsi que des équipes de contrôle. Il est en effet nécessaire de faire évoluer les modalités d'évaluation et de contrôle du système de financement qui sont aujourd'hui source d'incompréhension pour les hospitaliers.

Au delà de ces éléments très importants, je souhaite devant vous insister sur un enjeu qui me semble essentiel pour l'avenir de nos établissements : celui de l'investissement hospitalier. Investir c'est préparer l'avenir. Or aujourd'hui, je ne vous cache pas mes inquiétudes quant aux limites de la T2A pour soutenir une politique d'investissement.

En dépit des efforts conduits ces dernières années et permis par les plans Hopital 2007 et Hopital 2012, la modernisation du parc hospitalier est loin d'être achevée. En outre, l'évolution du paysage sanitaire va entraîner une modification profonde du rôle et de la place des établissements : développement de la chirurgie ambulatoire et de la télémédecine, matérialisation des coopérations hospitalières... Autant d'enjeux qui rendent indispensable la poursuite d'une politique d'investissement dynamique.

Or, la T2A ne permet aujourd'hui pas de financer les investissements. Il est donc nécessaire de construire un mode de financement pérenne pour les investissements hospitaliers ; un mode de financement détaché de l'activité des établissements, afin de leur permettre de renforcer l'efficacité des projets menés, tout en respectant l'autonomie des établissements.

La définition d'un nouveau modèle de financement des investissements hospitaliers doit s'inscrire dans la réflexion plus globale sur l'évolution du modèle tarifaire. Je souhaite avancer quelques propositions et principes tendant à dessiner ce nouveau mode de financement des investissements :

- En premier lieu, **ce nouveau modèle ne devra plus être uniquement lié à l'activité des établissements**. L'hétérogénéité des hôpitaux, de leur activité, de la population accueillie ne doit pas se traduire par des impossibilités, dans certains cas, de conduire des investissements.
- Ensuite, le nouveau modèle de financement des investissements devra **privilégier les subventions en capital plutôt que l'endettement**. Ce dernier ne doit plus être le résultat de stimulations de court terme des pouvoirs publics mais **redevenir une décision autonome des établissements**, prise indépendamment et en conscience. La tarification à l'activité n'étant pas conçue pour absorber les surcoûts importants liés aux grands projets hospitaliers de restructuration, elle constitue une difficulté supplémentaire pour les établissements en difficulté devant se moderniser. Cette situation, exacerbée par le contexte bancaire actuel, plaide en faveur d'une politique publique centrée sur le renforcement des capitaux permanents des établissements et le soutien des capacités d'autofinancement afin de réduire rapidement la dépendance financière des hôpitaux vis-à-vis des organismes bancaires.
- **La diversification des sources de financement**, tant des fonds propres que des emprunts, est une autre piste devant être privilégiée. L'appel plus large à des fonds régionalisés (FEDER, ADEME...) devrait être envisagé de même que la possibilité pour les établissements de faire appel aux dons privés au travers de fondations aujourd'hui encore très balbutiantes.
- Le **renforcement de l'évaluation de la performance** des investissements est une autre dimension incontournable qui doit accompagner l'évolution du modèle de leur financement : l'élévation de l'efficacité, la surveillance plus étroite des résultats obtenus et la responsabilisation plus forte des décideurs hospitaliers sont autant de priorités qui doivent se concrétiser. A cet égard, l'ANAP pourrait utilement mettre à profit son savoir-faire pour aider les hospitaliers dans cette voie. Pour autant que cette aide ne soit pas conçue comme une tutelle supplémentaire exercée au nom des pouvoirs publics...
- **A plus long terme**, la problématique du financement des investissements renvoie au modèle même d'organisation hospitalière souhaité. A l'opposé d'un modèle qui verrait l'Etat ou les collectivités se substituer aux établissements dans les choix et le

financement des investissements, **il appartient aux hospitaliers d'être à la hauteur de leurs responsabilités et de dessiner les contours d'une organisation hospitalière renouvelée.** Une organisation reposant sur la **stratégie de groupe** avec pour principe cardinal la **mutualisation** et la complémentarité entre établissements. Dans ce modèle, la décision d'investissement revient aux hospitaliers, réunis dans des organisations de coopération, au plus près des territoires. Leur financement est assuré en partie par des prêts et garanties consentis entre les hôpitaux, au moyen par exemple d'une agence de financement hospitalier géré par et pour les hospitaliers. Enfin l'évaluation des investissements est elle aussi de la responsabilité des hospitaliers, garantissant ainsi des choix d'investissement plus rationnels mais aussi des retours sur investissement plus exigeants car collectifs.

Avant de conclure, je tenais à vous remercier, toutes et tous, professionnels de l'information médicale et des finances présents ce matin, pour votre engagement quotidien. Vous occupez une place essentielle au sein des établissements de santé, et je sais que vous n'avez eu de cesse d'être sollicités, au fil des différentes réformes qui ont impacté les hôpitaux publics.

L'information médicale est aujourd'hui au cœur du système de pilotage de l'hôpital. Elle est l'expression de la production hospitalière, de son volume, mais surtout de sa qualité. Je suis heureux de pouvoir, aujourd'hui, vous remercier pour la contribution essentielle que vous apportez à nos établissements.

Je vous souhaite, Mesdames et Messieurs, mes chers amis, d'excellents travaux !

Je vous remercie.