



LE CHOIX DU SERVICE PUBLIC



Alors que l'hôpital public est placé au cœur de la réponse à la pandémie, le débat sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 met en lumière un paradoxe : en dépit d'importants efforts de restructuration qui ont porté leurs fruits, comme en atteste l'augmentation des parts de marché de l'hospitalisation publique en médecine et en obstétrique, mais aussi en chirurgie, la situation financière de l'hôpital public s'est dégradée depuis plusieurs années, avec un déficit qui dépasse six cents millions d'euros.

Comment expliquer ce paradoxe ?

En fait, la mise en œuvre de la tarification à l'activité a occulté certaines missions assumées par l'hôpital pour la collectivité, et a entraîné la sous-estimation de certains tarifs correspondant pourtant à des priorités de santé publique.

LE PLFSS 2010 DOIT RESOUDRE CES PROBLEMES ET AFFIRMER DES CHOIX COHERENTS EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE.

LE PLFSS 2010 DOIT PERMETTRE DE FINANCER A LEUR JUSTE VALEUR LES MISSIONS ASSUMÉES PAR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les hôpitaux publics assument depuis toujours un grand nombre de missions au bénéfice de la collectivité, sans recevoir de financement suffisant à ce titre dans l'enveloppe de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

En outre, la Cour des comptes, dans son rapport pour l'année 2009, a démontré que « le secteur public avait autofinancé l'augmentation de ses MIGAC par une sous-valorisation de ses tarifs ».

Il est à cet égard remarquable de constater que, cet été, le pays s'est préparé à la pandémie grippale en dégageant des moyens financiers pour l'acquisition de masques, de vaccins, de médicaments. Les patients les plus lourds devant bénéficier d'une hospitalisation, voire d'une réanimation, il a été demandé aux hôpitaux de prévoir des capacités supplémentaires qui ne manqueront pas de restreindre leur capacité à accueillir des hospitalisations programmées. Or, cette mission n'est à l'heure actuelle absolument pas financée par la dotation pour missions d'intérêt général. Quelle entreprise privée accepterait de telles contraintes sans contrepartie ? **On ne peut demander à l'hôpital public de constituer un « bouclier sanitaire » et lui refuser les financements correspondants.**

Les hôpitaux publics jouent un rôle essentiel dans notre système de santé, en soignant, toute l'année, toutes les personnes quelle que soit leur situation sociale, même lorsque la pathologie dont ils sont victimes n'est pas « rentable ». Ceci fait leur fierté, mais il est normal que la collectivité vérifie que l'allocation des ressources soit la plus judicieuse possible.

Pour cela, les hôpitaux publics demandent depuis longtemps que soient pris en compte les surcoûts liés à leur prise en charge des urgences, et des hospitalisations non programmées qui en sont la conséquence.

En France, l'an dernier, **88 %** des passages aux urgences, soit 13 millions de passages, et près de 2,7 millions d'opérations non programmées, ont été pris en charge par le service public hospitalier.

Pour les séjours d'hospitalisation complète, cela engendre un surcoût de **63 %¹** par rapport aux activités programmées, qui n'est pas pris en compte dans le cadre des missions d'intérêt général, et qui explique l'essentiel de la différence entre les tarifs des hôpitaux et des cliniques commerciales pour des actes en apparence identiques.

Il faut augmenter le financement des missions d'intérêt général (MIGAC) pour tenir compte des missions de l'hôpital public, et des coûts associés à l'impossibilité de programmer une grande part de l'activité.

LE PLFSS 2010 DOIT AUGMENTER LES TARIFS CORRESPONDANT A DES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

De nombreuses activités essentiellement réalisées par l'hôpital public (réanimation, néonatalogie, soins intensifs, médecine légale, unités neuro-vasculaires, ...) sont nettement sous-tarifées. Comme toutes les activités « non rentables », elles sont laissées par les cliniques privées aux hôpitaux publics, qui les assument parce qu'elles sont essentielles pour la population, et qu'elles conditionnent la qualité de l'enseignement et de la recherche.

L'exemple de la réanimation

Les établissements publics assurent 89 % de l'activité de réanimation, et 95% de la réanimation pédiatrique. Or, cette activité semble structurellement déficitaire du fait des ratios élevés de personnel imposés par les normes de sécurité, dans une proportion qui est évaluée par les sociétés savantes à au moins 15 %.

Alors que les hôpitaux sont invités à augmenter leurs capacités en réanimation et soins intensifs, il est essentiel de réévaluer la valorisation tarifaire de la réanimation.

Contact : Professeur Bertrand Guidet, CHU Saint-Antoine - APHP

¹ Etude du Professeur Gabriel Nisand (Hôpitaux universitaires de Strasbourg) sur les différences de coûts de prise en charge pour les activités programmées / non programmées.

L'exemple des unités neuro-vasculaires

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux est une priorité de santé publique, dont la responsabilité incombe essentiellement aux hôpitaux publics (66 689 patients traités contre 2 724 dans le secteur privé). Or, on observe que les tarifs fixés sont inférieurs aux coûts liés au fonctionnement de ces unités, comme le montre le tableau suivant, notamment pour les AVC les plus sévères.

AVC non transitoires	Tarifs 2009	Coûts réels	Ecart	Nombre annuel de séjours dans le public
Niveau 3	7 127,17	7 967	10,54%	10 082
Niveau 4	10 125,38	13 108	22,75%	4 082

Cet écart a été encore accru par de nouvelles exigences depuis 2006. Les hôpitaux publics doivent donc assurer le fonctionnement de structures déficitaires. **Le tarif des AVC non transitoires doit donc être adapté au coût réel de leur prise en charge.**

Contact : Professeur Destée, CHU de Lille, Tel. : 03 20 44 44 90

L'exemple de l'endocrino-diabétologie

La prise en charge des patients en médecine, par sa complexité, est souvent mal valorisée. Ainsi, plus de 80 % des plus de 75 ans sont-ils pris en charge à l'hôpital, car ils souffrent le plus souvent de multiples pathologies.

La prise en charge des patients diabétiques fait elle aussi appel à des spécialités multiples, du fait des caractéristiques de cette pathologie, et les coûts associés sont mal pris en compte par le modèle de la Tarification à l'activité. **Néanmoins, même en se fondant sur l'actuelle Etude nationale des coûts du ministère de la Santé, les tarifs doivent être revalorisés de 6 % pour l'ensemble des pathologies diabétiques et de 10 % pour l'ensemble des maladies endocriniennes.**

A ce jour un certain nombre d'activités ambulatoires telles que la mise à l'insuline ou la réalisation d'holter glycémique ne sont pas financées. L'éducation thérapeutique reconnue par la loi HPST n'a toujours pas de financement spécifique adapté aux différentes prestations.

Contact : Professeur André Grimaldi, CHU Pitié Salpêtrière – APHP, andre.grimaldi@psl.aphp.fr

L'exemple de la pédiatrie

La pédiatrie hospitalière est une activité exercée à plus de 90 % par les hôpitaux publics. L'une des raisons qui explique ce refus des cliniques commerciales de s'engager est le caractère saisonnier d'une partie de l'activité, qui pèse sur les coûts et rend nombre de prises en charge structurellement déficitaires.

A titre d'exemple, les bronchiolites, lorsqu'elles sont aggravées (niveau 3 ou 4 de sévérité) ont un tarif inférieur de 24 % à leur coût. Ces surcoûts doivent être compensés.

Contact : Gérard Cheron (Hôpital Necker – APHP),
gerard.cheron@nck.aphp.fr

LE PLFSS 2010 DOIT METTRE FIN AUX RENTES DE SITUATION INJUSTIFIEES DES CLINIQUES COMMERCIALES

La remise à niveau des tarifs sous-évalués ne doit pas peser sur les finances publiques, mais bien sur les rentes de situation, c'est-à-dire les cas où les coûts sont très nettement inférieurs aux tarifs, sans que la participation à des missions d'intérêt général puisse expliquer cet écart. Il n'est plus acceptable que l'Assurance maladie, lourdement déficitaire, finance les bénéfices indus des cliniques commerciales, au détriment des missions de service public assurées par les hôpitaux.

L'exemple de la cataracte dans les cliniques privées

Cette activité est très majoritairement exercée dans le secteur privé, à des tarifs sensiblement égaux aux tarifs publics, alors que les cliniques commerciales participent très peu à la permanence des soins. Cela permet aux cliniques privées de réaliser des bénéfices très importants et non justifiés, comme le montre l'écart tarif-coût qui dépasse 292 euros.

Libellé du GHM	Tarifs privés	Coûts réels	Ecart (tarif-coût)	Nombre annuel de séjours dans le privé
02C051 Interventions sur le cristallin, niveau 1	1 468,61	1 176	292,72	152 581

L'exemple de l'endoscopie digestive dans les cliniques privées

Cette activité très rentable pour les cliniques commerciales leur permet de réaliser, selon les données officielles du ministère de la Santé, d'importantes marges, comme le montre le tableau suivant.

Libellé du GHM	Tarifs privés	Coûts réels	Ecart (tarif-coût)	Nombre annuel de séjours dans le privé
06K02Z Endoscopie digestives, séjours de moins de 2 jours	852	773	79	277 832

L'exemple des drains transtympaniques dans les cliniques privée

Alors même que les indications de ces interventions sont très variables au plan national, et que la répartition de ces actes n'a aucune logique épidémiologique, il est pour le moins paradoxal de constater qu'il s'agit pour les cliniques commerciales d'une activité particulièrement lucrative, comme le montre le tableau suivant.

Contact : Guy Renou, Chef de service ORL, Centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye

Libellé du GHM	Tarifs privés	Coûts réels	Ecart (tarif-coût)	Nombre de séjours en cliniques privées
03C14J Drains transtympaniques en ambulatoire - 18 ans	646	413	233	58 644

LE PLFSS 2010 DOIT PERMETTRE DE RESTAURER L'EGAL ACCES AUX SOINS EN CONTROLANT LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Une proportion croissante de praticiens libéraux exerçant dans les cliniques pratique des dépassements d'honoraires. Selon l'IGAS, les praticiens exerçant en clinique ont facturé 470 M€ de dépassement, et 66 % des dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par les assurances complémentaires. Certes, il existe également une activité libérale de secteur 2 à l'hôpital, mais elle est exercée par seulement 5 % des médecins publics. En outre, à l'hôpital public, aucun patient n'est tenu de payer des dépassements pour accéder à des soins, à la différence des cliniques privées où ceux-ci deviennent toujours plus fréquents.

Pour lutter contre ces pratiques, qui battent en brèche l'égal accès des Français aux soins, il faut bien sûr une convention nationale avec la médecine de ville limitant le montant et l'ampleur de ces dépassements.

Mais il faut également veiller à maintenir une offre publique suffisante dans toutes les disciplines. Lorsque les cliniques exercent un monopole de fait sur certaines activités, cela conduit leurs praticiens à multiplier les dépassements d'honoraires.

CONCLUSION

Contrairement à une idée reçue, la Cour des comptes vient de relever dans son rapport pour l'année 2009 que le dépassement du secteur hospitalier public par rapport aux objectifs fixés par l'ONDAM n'était que de 0,2 % contre plus de 1 % pour les cliniques.

Le PLFSS 2010 doit maintenant mettre un terme aux rentes de situation indues des cliniques commerciales, ce qui doit permettre d'assurer un financement équitable des priorités de santé publique.

Il doit également corriger une situation où les tarifs des hôpitaux publics supportent les coûts des missions d'intérêt général peu ou pas financées.

Faire croire, comme le prétendent les cliniques commerciales, qu'une baisse des tarifs des hôpitaux publics pourrait générer des économies pour la Sécurité sociale relève dans ce cadre d'une véritable imposture, et ne pourrait que détériorer l'offre de soins à la population et l'exercice des missions d'intérêt général.



Fédération hospitalière de France

1 bis, rue Cabanis - CS 41402

75993 Paris cedex 14

Tél. : 01 44 06 85 21

Fax : 01 44 06 84 45

Mail : c.lussiez@fhf.fr

www.fhf.fr

www.hopital.fr

Document diffusé aux parlementaires et aux journalistes