

HÔPITAL PUBLIC :

ETAT D'ALERTE



**LE SERVICE PUBLIC DE SANTE EST AUJOURD'HUI
MENACE PAR LES CONDITIONS
DE MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE**

1. L'HÔPITAL PUBLIC EST UN ATOUT POUR LA FRANCE	3
A. LES FRANÇAIS SONT ATTACHES A L'HOPITAL PUBLIC	3
B. L'HÔPITAL PUBLIC EST DE PLUS EN PLUS EFFICIENT	3
C. L'HÔPITAL PUBLIC S'EST REFORME POUR MIEUX REpondre AUX ATTENTES	5
D. L'HÔPITAL PUBLIC EST UN ACTEUR DU DEVELOPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL	5
LE CREUSET DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION	5
LA FORMATION DE TOUS LES PRATICIENS	6
UN ACTEUR ECONOMIQUE DETERMINANT	6
2. LE SERVICE PUBLIC DE SANTE EST AUJOURD'HUI MENACE	7
A. L'EGAL ACCES AUX SOINS DES FRANÇAIS EST FRAGILISE	7
B. L'ASPHYXIE BUDGETAIRE DES HÔPITAUX PUBLICS MENACE LE SERVICE PUBLIC	10
C. LA CONVERGENCE DES TARIFS PUBLICS/PRIVES CONDUIRAIT AU DEMANTELEMENT DU SERVICE PUBLIC DE SANTE	12
3. LES MISSIONS ET LES CONTRAINTES DES HÔPITAUX PUBLICS DOIVENT ÊTRE RECONNUES	13
A. MIEUX MESURER L'ACTIVITE DES HÔPITAUX PUBLICS	13
LES HOPITAUX PUBLICS NE CHOISISSENT PAS LEURS PATIENTS	13
LES HOPITAUX PUBLICS TRAITENT UN PANEL PLUS LARGE DE MALADIES QUE LES CLINIQUES COMMERCIALES :	13
B. FINANCER LES MISSIONS D'INTERET GENERAL ASSUMÉES PAR LES HÔPITAUX PUBLICS	15
LE FINANCEMENT DES MISSIONS D'INTERET GENERAL EST INSUFFISANT	15
C. COMPARER LES COÛTS DE REVIENT DES HÔPITAUX ET DES CLINIQUES SUR UNE BASE HOMOGENE	17
LES COUTS DES HOPITAUX COMPRENNENT DES DEPENSES QUI NE SONT PAS INCLUSES DANS CEUX DES CLINIQUES COMMERCIALES	17
D. ASSURER DES NORMES DE QUALIFICATION ET DE SECURITE IDENTIQUES ENTRE LES SECTEURS	18
L'HOPITAL PUBLIC APPLIQUE DES NORMES DE REPOS ET DE SECURITE PLUS CONTRAIGNANTES	18
L'HOPITAL PUBLIC EMPLOIE UN PERSONNEL PLUS QUALIFIE	18
CONCLUSION : DEFENDRE L'EXCELLENCE DES HOPITAUX PUBLICS ET L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS POUR TOUS	19

1. L'HÔPITAL PUBLIC EST UN ATOUT POUR LA FRANCE

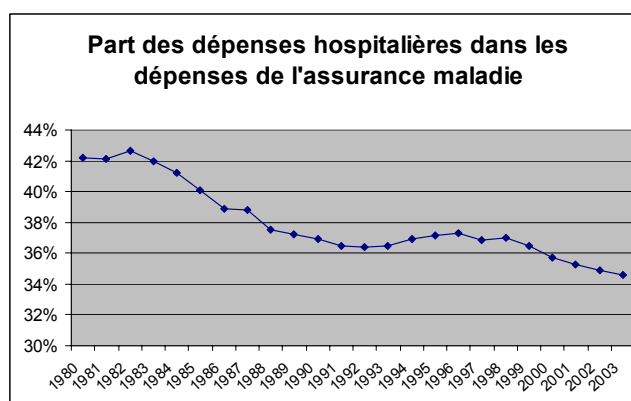
A. LES FRANÇAIS SONT ATTACHES A L'HOPITAL PUBLIC

En 2006, les trois-quarts des Français plaçaient leur système de santé au premier rang des atouts pour l'avenir de la France¹.

Les Français plébiscitent l'hôpital public. Selon un récent sondage TNS Sofres, publié en mai 2008², **81%** des Français sont satisfaits de l'hôpital public. Ce résultat est particulièrement significatif puisque **plus de trois Français sur quatre** ont dû s'y rendre au cours des douze derniers mois (pour eux ou pour un proche). Les Français considèrent **l'égalité de l'accès aux soins** comme « l'élément de définition le plus important du système hospitalier français ». Ils réaffirment donc avec force ce principe, faisant ainsi écho aux très vives protestations exprimées face aux projets de déremboursement de certaines dépenses de santé.

B. L'HÔPITAL PUBLIC EST DE PLUS EN PLUS PERFORMANT

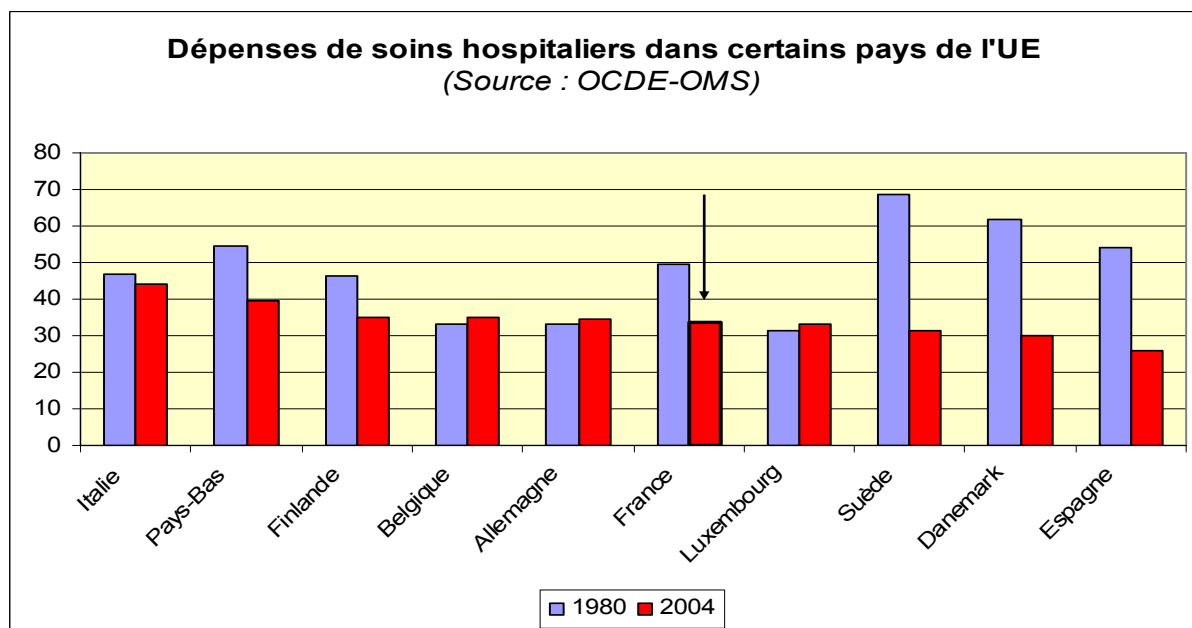
Contrairement à l'idée trop souvent véhiculée, la part des dépenses d'Assurance Maladie consacrée à l'hôpital public **n'a fait que baisser depuis 20 ans, passant de 42 à 34%.**



¹ Sondage CSA/Challenges réalisé en décembre 2005, « Radioscopie des Français ».

² Sondage TNS Sofres-Fédération hospitalière de France, « Les Français et l'hôpital », réalisé les 23 et 24 avril 2008.

Et cette baisse a été souvent **plus importante que chez nos voisins européens.**



Alors que la **DERIVE DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE A EU LIEU EN VILLE ET DANS LES CLINIQUES COMMERCIALES :**

⇒ Le rapport de la Cour des Comptes de 2007 le constate : « les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieurs de 187M€ à l'objectif, alors que celles des cliniques privées dépassent l'objectif de 168M€ »³. Quant aux dépenses de ville, la dérive dépasse trois milliards d'euros, en l'absence de tout mécanisme de régulation.

ONDAM 2007 - Réalisations en Md€

Sous-objectifs	Réalisations	Ecart par rapport à l'objectif	Taux d'évolution constatés
Dépenses de soins de ville	69,8	3,1	4,60%
ONDAM hospitalier	65,6	-0,2	3,30%
TOTAL ONDAM	147,8	3	4,20%

³ Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale, septembre 2007, p88-89.

C. L'HÔPITAL PUBLIC S'EST REFORME POUR MIEUX REpondre AUX ATTENTES

⇒ Depuis une dizaine d'années, les personnels hospitaliers sont les acteurs des nombreuses réformes de l'hôpital public : mise en place des ARH, accréditation, réforme de la T2A et de la gouvernance, regroupement d'hôpitaux etc...

Ces réformes se mettent en place, mais il faut du temps pour qu'elles permettent des gains d'efficacité substantiels. Assécher encore davantage les finances des hôpitaux publics ne peut que compromettre leur réussite.

Ce dynamisme commence à porter ses fruits : contrairement à une autre idée reçue, le secteur public **a regagné des parts de marché** aux dépens du secteur privé : il a augmenté sa part de **+1,15 % DEPUIS 2002**.

D. L'HÔPITAL PUBLIC EST UN ACTEUR DU DEVELOPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL

LE CREUSET DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

⇒ L'hôpital consacre **2 milliards d'euros par an** à la recherche, l'enseignement et l'innovation, soit plus de 15% du budget total des CHU. Les protocoles de recherche sont initiés et mis en œuvre à l'hôpital, en CHU ou en Centre Hospitalier Général. Les patients sont accueillis pour des essais cliniques dans les structures publiques. Depuis leur création il y a 50 ans, les CHU ont ainsi effectué 78 premières mondiales, relatées dans les journaux du monde entier, comme la première intervention chirurgicale sans cicatrice par voie transvaginale pour une ablation de la vésicule biliaire en 2007 au CHU de Strasbourg.

⇒ C'est à l'hôpital public **que se diffusent et se généralisent les innovations**, pour que les Français aient accès aux meilleurs soins. L'hôpital est par exemple l'un des moteurs indispensables de la politique des pôles de compétitivité lancée en 2004.

LA FORMATION DE TOUS LES PRATICIENS

L'hôpital assure la formation de tous les praticiens, même ceux qui exerceront ensuite dans le secteur commercial.

⇒ Il accueille chaque année **63 000** étudiants en médecine, **105 000** étudiants pour les professions paramédicales, et il assure la formation continue des praticiens hospitaliers et libéraux tout au long de leur carrière.

UN ACTEUR ECONOMIQUE DETERMINANT

⇒ Il est le **premier employeur** dans de nombreuses communes. Ses employés sont autant de consommateurs, indispensables au développement des activités alentours.

⇒ Il est un **acheteur très important** : il consacre chaque année 13 milliards d'euros à l'achat de biens médicaux et de services. L'hôpital est donc un véritable « stimulateur de croissance » pour nos industries de santé (fournisseurs de biens et de services, laboratoires...), et pour toutes nos grandes entreprises et PME qui travaillent pour lui.

Les Français attendent de l'Etat qu'il protège leur service public de santé parce qu'il garantit l'excellence des soins et l'égalité d'accès devant la maladie.

2. LE SERVICE PUBLIC DE SANTE EST AUJOURD'HUI MENACE

A. L'EGAL ACCES AUX SOINS DES FRANÇAIS EST FRAGILISE

⇒ La France est le pays européen où la part de marché des cliniques est la plus élevée. Dans de nombreux pays, on considère à l'inverse (voir tableau) qu'elles sont une source d'inégalités dans l'accès aux soins, du fait de la difficulté de réguler de manière équitable cette concurrence, ce qui explique qu'elles ne reçoivent aucun financement public.

	France	Allemagne	Belgique	Espagne	Finlande	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède
Existence du secteur privé à but lucratif	Autorisé et assez important	Autorisé et moyennement important	Interdit	Autorisé et assez important	Autorisé mais très limité	Autorisé et moyennement important	Interdit	Néant (fondations à but NON lucratif)	Autorisé mais très limité
Part du secteur privé lucratif dans l'activité totale	34%	25%	0%	34%	3%	23%	0%	0%	3%

Ce manque de régulation est une source de déséquilibre. A titre d'exemple, les **radiologues** exerçant en libéral, sans gardes de nuit et week-end, ont un revenu annuel moyen de 197 000€⁴, alors que leur salaire à l'hôpital public est de 65 500€⁵. Il est donc de plus en plus difficile pour les hôpitaux de les retenir et d'assurer leur mission de permanence des soins.

De même, dans le secteur privé, les praticiens sont payés uniquement selon le nombre d'actes qu'ils pratiquent. Cela crée donc un **biais sur la pertinence des soins** qui peut s'avérer coûteux, voire dangereux. Par exemple, le nombre d'endoscopies digestives a augmenté de 17% en seulement une année, entre 2005 et 2006. 73% de ces endoscopies ont été réalisées par les cliniques privées à but lucratif...

⁴ Fichiers SNIR (CNAMTS), version provisoire pour le SNIR 2005, et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

⁵ Articles R.6152-I à R.6152-99 du code de la santé publique. 9^{ème} échelon.

⇒ En outre, le marché français des cliniques commerciales attire aujourd'hui de **NOMBREUX INVESTISSEURS ETRANGERS** : La **Générale de Santé**, qui possède 175 établissements, est dotée de capitaux majoritairement italiens, le groupe **Vitalia**, qui a racheté 46 cliniques en deux ans, appartient au fond d'investissement américain Blackstone, **Capio**, qui possède 26 établissements, est détenu par des fonds américains et européens, **Médi-partenaires**, qui possède 22 cliniques, est doté de capitaux britanniques.

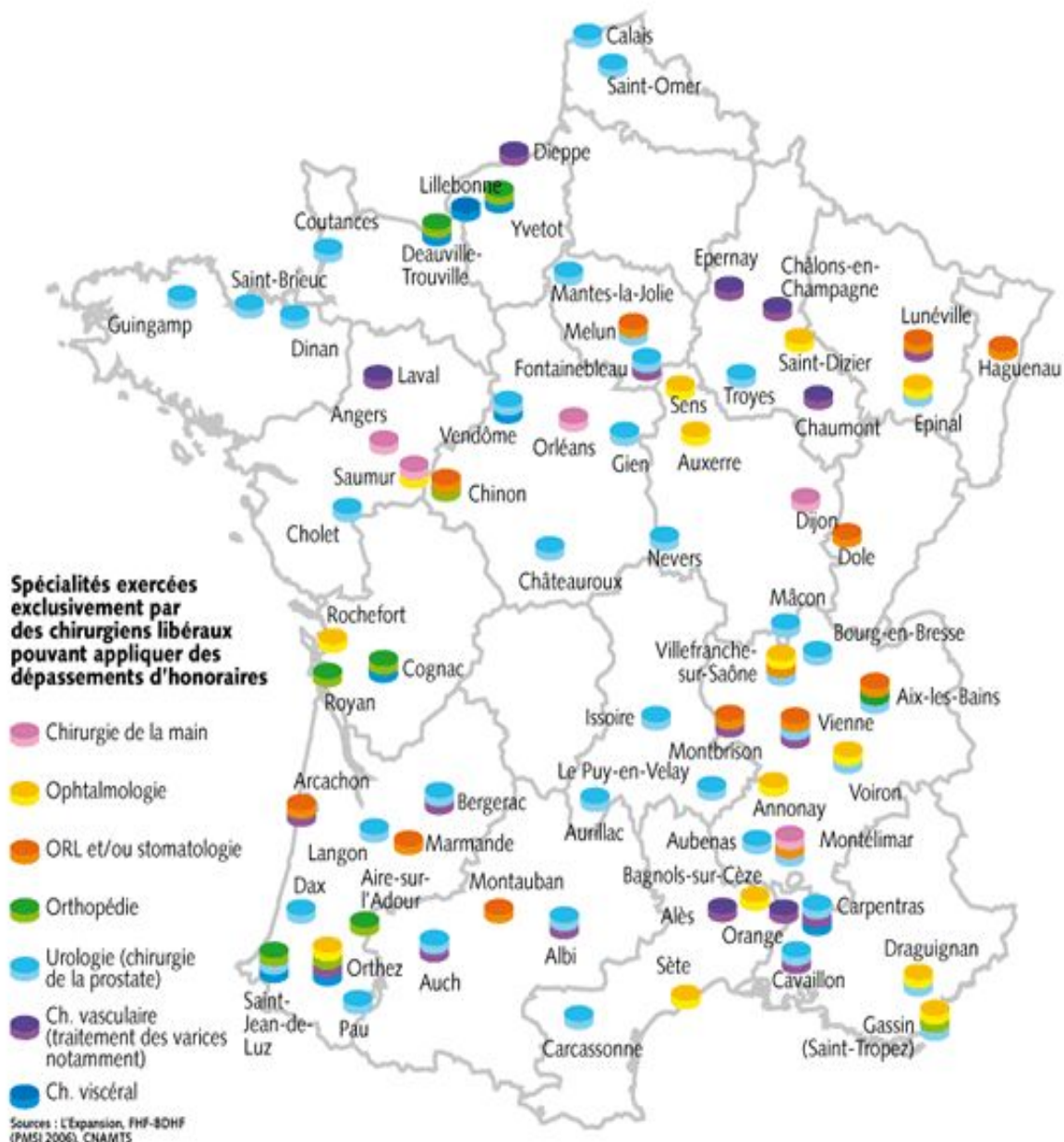
Le **DANGER EST GRAND** pour le système de santé français : Que se passera-t-il si ces investisseurs, en situation de monopole dans de plus en plus de régions, décident de revendre leurs établissements en même temps, d'autant que ces fonds exigent des taux de rentabilité financière de 15 à 20 % ? Comment peut-on accepter que des fonds étrangers réalisent de tels profits alors que dans l'Assurance Maladie accumule les déficits ?

Au mois de juillet dernier, Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé annonçait que l'Assurance Maladie devrait économiser **4 milliards d'euros par an dès 2009**. Un an auparavant, une étude publiée par la DREES⁶ avait montré que les cliniques commerciales avaient eu un taux de rentabilité financière de **16 %** en 2005, qui avait doublé en trois ans. Le groupe Générale de Santé a ainsi reversé **420M€** à ses actionnaires en 2006. Cela signifie qu'au moment où l'Assurance Maladie essaie de faire des économies, des actionnaires réalisent des profits, payés par l'argent public. **EST-CE ACCEPTABLE ?**

⇒ **Enfin, cette situation menace l'égalité des Français devant les soins, du fait de la proportion croissante de praticiens libéraux exerçant dans les cliniques en pratiquant des dépassements d'honoraires, non remboursés.** Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en clinique ont facturé **470M€ 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, et les **compléments d'honoraires demandés ne représentent que seulement 12 % du montant total des dépassements effectués en ville.**

⁶ Etude n°583 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005 », p8.

Or, on constate que dans certains territoires, **les cliniques ont déjà des monopoles sur certaines activités**. Ainsi par exemple, à Carpentras ou Chateaubriand, toute la chirurgie est réalisée par le secteur commercial. A Nevers, les deux urologues qui exerçaient à l'hôpital sont partis en clinique. Une personne souhaitant se faire opérer devra donc aller dans le secteur commercial, où les dépassements d'honoraires peuvent aller de 100€ à plus de 400€. En tout, ce sont **plus de 70 villes** dans lesquelles des chirurgiens de secteur 2 (c'est-à-dire autorisés à demander des dépassements d'honoraires) sont en situation de quasi monopole. Dans ces villes, l'égalité d'accès aux soins est d'ores et déjà très entamée.



B. L'ASPHYXIE BUDGETAIRE DES HÔPITAUX PUBLICS MENACE LE SERVICE PUBLIC

L'hôpital public est **sous-financé** depuis de nombreuses années, car il reçoit des moyens inférieurs à ses besoins minimums de fonctionnement. Les établissements ont tout mis en œuvre pour retarder le plus longtemps possible les conséquences pour le service public de cette **asphyxie budgétaire** : reprises sur les provisions, plans d'économies, emprunts...

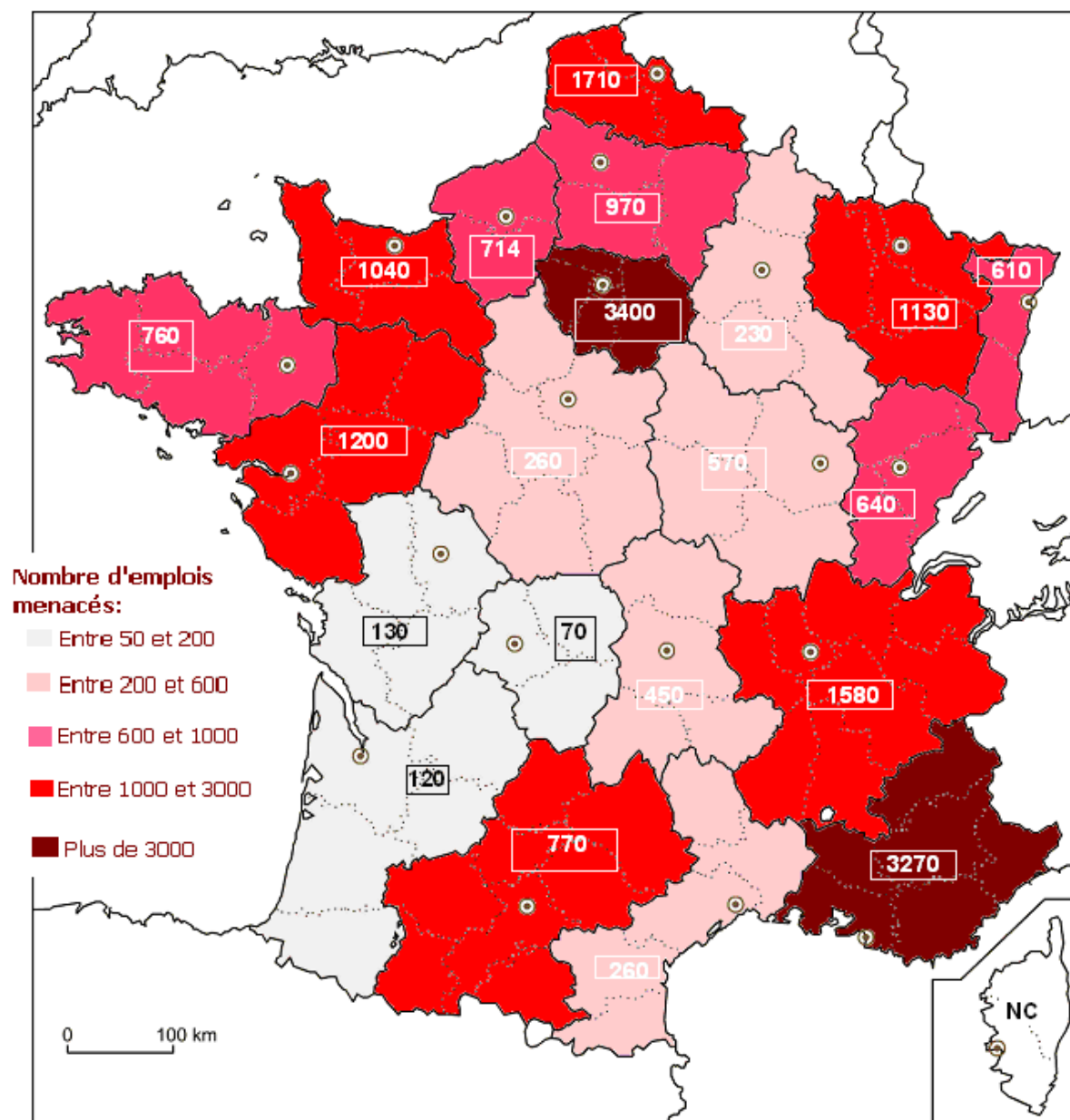
De nombreux projets d'investissements sont ainsi gelés ou remis en cause. L'hôpital se paupérise : **s'ils n'investissent pas aujourd'hui, comment les établissements seront-ils capables de répondre aux défis de la médecine de demain ?**

Et les situations déficitaires se multiplient. Pour équilibrer les budgets hospitaliers les établissements devront prendre des **mesures de réduction de l'emploi et de la masse salariale**. En effet, dans un contexte hospitalier où les dépenses de personnel représentent près de 70% des budgets et où les autres postes budgétaires sont fortement orientés à la hausse (médicaments, énergie, assurances...), on comprend facilement que les établissements ne pourront faire face à une telle impasse financière qu'en proposant une réduction sensible de leurs effectifs.

Ces suppressions d'emplois toucheront l'ensemble du territoire. En tout cela représente près de 20 000 emplois menacés en 2008. Et aucune région n'est épargnée. La convergence des tarifs du secteur public et du secteur privé ne fera qu'accentuer ces déficits. Au final, ce sont des dizaines de milliers d'emplois qui sont menacés.

Pour la FHF, cela est inacceptable. Un taux réaliste de progression de l'ONDAM hospitalier doit être impérativement voté, tenant compte des charges spécifiques des hôpitaux (médicaments, énergie, assurances...).
En 2008, ce taux doit être d'au moins 4,15 %.

SUPPRESSIONS D'EMPLOIS QUI SERAIENT NECESSAIRES DANS CHAQUE REGION POUR REVENIR A L'EQUILIBRE BUDGETAIRE, SANS DOTATION COMPLEMENTAIRE



Carte réalisée à partir des déficits des hôpitaux en 2007, exprimés en nombre d'emplois (en considérant qu'un emploi = 40 000 €),

C. LA CONVERGENCE DES TARIFS PUBLICS/PRIVES CONDUIRAIT AU DEMANTELEMENT DU SERVICE PUBLIC DE SANTE

Introduite en 2004 la tarification à l'activité (T2A) visait à rendre les hôpitaux plus efficaces. En effet, alors qu'ils étaient auparavant financés par une dotation globale, leurs recettes proviennent aujourd'hui du produit de leur activité et de dotations censées couvrir leurs missions d'intérêt général. Cela devrait donc les amener à augmenter leur activité et à réduire leurs coûts de revient.

A l'heure actuelle, les tarifs appliqués aux hôpitaux publics et aux cliniques commerciales ne sont pas les mêmes. Ils convergeront en 2012, « dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs »⁷.

Quel est l'objectif de cette convergence tarifaire ? Il s'agit de mettre le secteur public en concurrence directe avec le secteur commercial, pour qu'il réduise ses coûts de revient.

Mais faire converger les tarifs du public et du privé suppose que leurs missions et leurs contraintes de fonctionnement soient les mêmes, ce qui n'est pas le cas. L'alignement des tarifs du public sur ceux du privé entraînerait une baisse de près de 30% des budgets hospitaliers d'ici 2012, ce qui provoquerait un véritable démantèlement du service public et des suppressions massives d'emplois dans les établissements.

Il faut donc donner aux hôpitaux **les moyens de mener les réformes**, en évaluant à leur juste valeur les missions qu'ils assument, et en assurant une comparaison équitable. Pour cela, plusieurs conditions doivent être remplies.

⁷ Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005, article 17 VII.

3. LES MISSIONS ET LES CONTRAINTES DES HÔPITAUX PUBLICS DOIVENT ÊTRE RECONNUES

A. MIEUX MESURER L'ACTIVITE DES HÔPITAUX PUBLICS

LES HOPITAUX PUBLICS NE CHOISSENT PAS LEURS PATIENTS

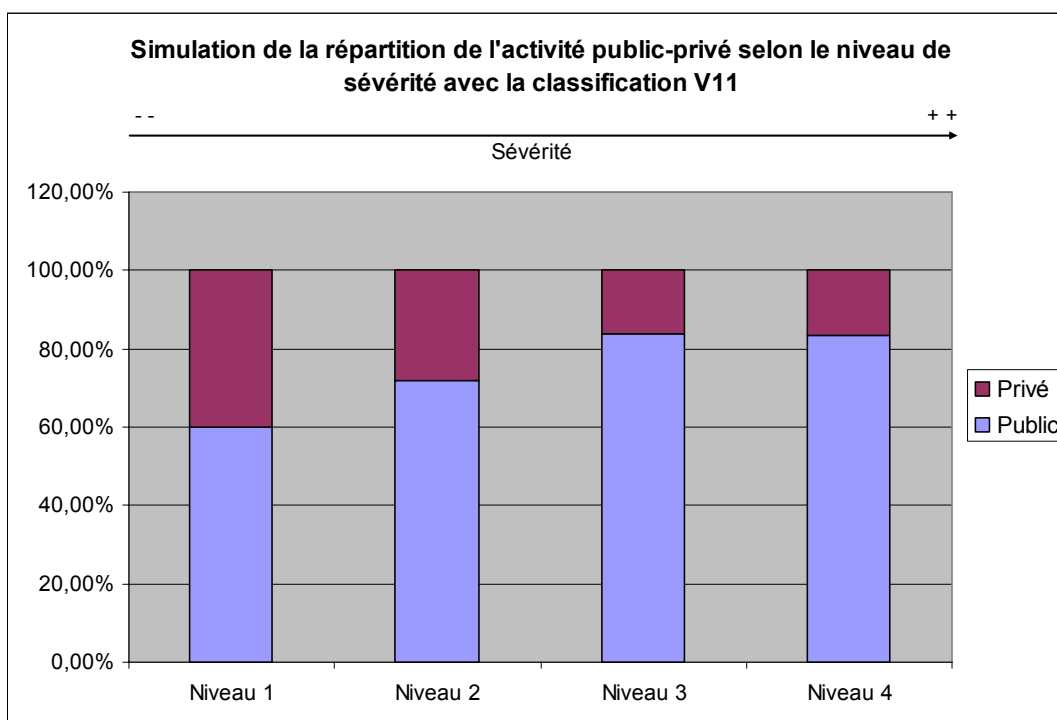
Les hôpitaux publics prennent en charge des pathologies plus variées et plus coûteuses. Ainsi, à l'hôpital, une personne âgée souffrant de multiples pathologies est-elle accueillie malgré les difficultés d'organisation que son séjour entraîne. De même, les patients en situation précaire nécessitent des traitements moins prévisibles, et souvent plus longs. A l'AP-HP, la durée moyenne de séjour des patients SDF est de 19 % supérieure à celle de la moyenne, à GHM, classe d'âge, sexe et mode de sortie équivalents⁸. **LES CLINIQUES COMMERCIALES DEFINISSENT, ELLES, LEUR PERIMETRE D'ACTIVITE EN TENANT COMPTE DE CES CRITERES.**

LES HOPITAUX PUBLICS TRAITENT UN PANEL PLUS LARGE DE MALADIES QUE LES CLINIQUES COMMERCIALES :

Les hôpitaux soignent **toutes les pathologies**. Ils réalisent 80 % de leur activité en traitant deux fois plus de pathologies différentes que les cliniques commerciales, et prennent en charge **la grande majorité des cas les plus lourds** : les 50 groupes de pathologies les moins lourds sont pris en charge à 70 % par les cliniques commerciales. Les 50 groupes de pathologies les plus lourds (transplantations, interventions cardio-thoraciques, leucémies aiguës etc.) sont pris en charge à 70 % par les hôpitaux publics. Ainsi si l'on applique la nouvelle classification des pathologies, la simulation effectuée par l'ATIH⁹ montre que la part de l'activité réalisée par le secteur public augmente clairement avec la sévérité des cas traités.

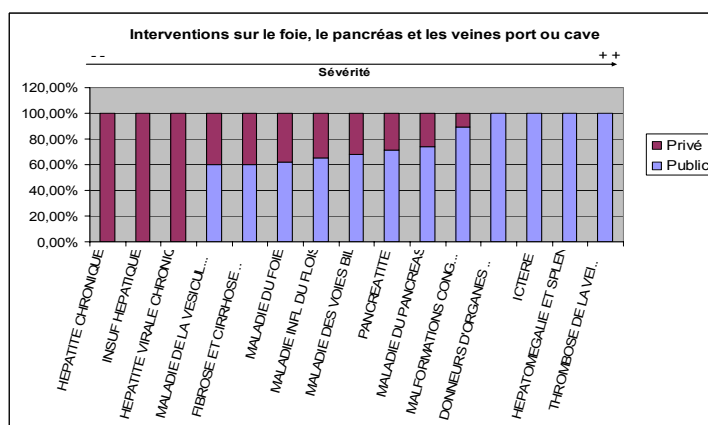
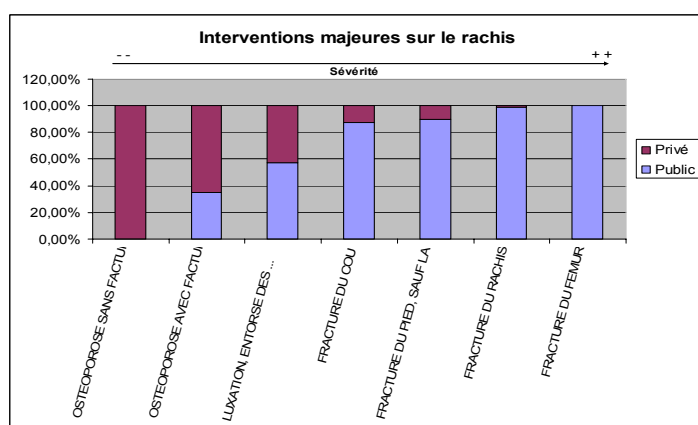
⁸ « Étude de la relation durée de séjour – variables sociales du système d'information hospitalier à l'AP-HP » par C. Agénie, J. Barraud, G. Chatellier, D. Farge-Bancel, J. Holstein, D. Manach, N.Taright. Avril 2007.

⁹ Rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la Version 11 de la classification des GHM, « Simulations diverses sur les données 2005 », p16-17.



Plus le niveau de sévérité augmente, plus la part de l'activité assurée par le public est importante.

Et au sein des groupes de pathologies traitées à la fois par le secteur public et par le secteur commercial, pour un même tarif, **LES HOPITAUX PUBLICS TRAITENT LES CAS LES PLUS LOURDS** et donc les moins rentables et les plus incertains.



Il est donc indispensable d'introduire dès cette année la nouvelle classification des pathologies, pour reconnaître la réalité de l'activité des hôpitaux publics.

B. FINANCER LES MISSIONS D'INTERET GENERAL ASSUMÉES PAR LES HÔPITAUX PUBLICS

LE FINANCEMENT DES MISSIONS D'INTERET GENERAL EST INSUFFISANT

Ces missions sont assurées presque uniquement par les hôpitaux publics. Elles sont de trois types :

- **LES MERRI** (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovations) qui correspondent aux activités universitaires de recherche et d'enseignement. Ces missions sont indispensables, car elles construisent la médecine de demain et les équipes médicales et soignantes qui la porteront.
- **LES MIG** (Missions d'Intérêt Général) qui couvrent par exemple le SMUR et le SAMU (soit 40M€ par an pour la seule APHP), les centres de dépistage anonymes et gratuits, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques (diabète, asthme etc.), les soins aux détenus etc.
- **L'AC** (Aide à la Contractualisation) pour accompagner les établissements dans leurs efforts importants d'investissement et de restructuration.

Ces dépenses ont certes augmenté ces dernières années, **mais cela reste largement insuffisant**. Certaines activités en sont encore exclues alors qu'elles constituent bien des missions d'intérêt général.

LES MISSIONS QUI RESTENT A FINANCER

- **L'ACCESSIBILITE DES SOINS** : L'hôpital public accueille tous les patients, quelle que soit leur situation sociale. Les dépenses liées aux seuls patients insolvables ont représenté en 2006 plus de 307 millions d'euros. L'hôpital public finance également les indispensables services sociaux sur son propre budget. Enfin, les séjours des **PERSONNES EN SITUATION PRECAIRE** (SDF, personnes en situation irrégulière etc.) coûtent 30% plus cher ⇒ c'est essentiellement l'hôpital public qui les accueille.

- **LA PERMANENCE DES SOINS** : l'hôpital public représente **la quasi-totalité des Services d'Urgence et d'Accueil**. Ceci pèse sur l'optimisation de l'activité en engendrant de nombreuses activités non programmées. Ainsi **88 %** des passages aux urgences sont pris en charge par le service public hospitalier ⇒ **20 %** de ces passages débouchent sur une hospitalisation ⇒ pour les séjours d'hospitalisation complète, cela engendre un surcoût de **63 %¹⁰** par rapport aux activités programmées. **En 2006, il y a eu plus de 13 millions de passages aux urgences à l'hôpital, représentant au moins 2,7 millions d'opérations non programmées et entraînant un surcoût important et non compensé.**

- **L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE** : Le service public de santé doit être accessible à tous les citoyens, sur l'ensemble du territoire. Les hôpitaux ont des **CONTRAINTES GEOGRAPHIQUES FORTES** alors que les cliniques commerciales n'en ont pas. Et cela a un coût : de nombreux hôpitaux publics sont installés là où aucune clinique commerciale n'investirait. Afin de garantir le maintien de ce service public dans des zones à faible densité, il faudrait permettre à certains hôpitaux de déroger aux grilles salariales et prévoir une dotation budgétaire forfaitaire de continuité de territoire.

- **LA PREPARATION DES CRISES SANITAIRES**

Pour pouvoir répondre aux pics d'activité saisonniers (pédiatrie) et aux **crises sanitaires**, les hôpitaux publics doivent surdimensionner leurs capacités d'accueil. Ceci a permis par le passé d'accueillir les victimes des catastrophes, celles de la canicule...

Les missions non incluses dans l'enveloppe des MIGAC sont financées par la partie de l'enveloppe soumise à la T2A, ce qui augmente les coûts, donc les tarifs des hôpitaux publics. Ce surcoût n'est pas lié à un manque d'efficience, mais au fait que les établissements publics assurent des missions indispensables mais non rentables. Pour prendre en compte le vrai coût de ces missions, il faudrait limiter à 50 % la part des dépenses financées par les tarifs, comme c'est le cas chez nos voisins européens.

¹⁰ Etude du Professeur Gabriel NISAND (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) sur les différences de coûts de prise en charge pour les activités programmées/non programmées.

C. COMPARER LES COÛTS DE REVIENT DES HÔPITAUX ET DES CLINIQUES SUR UNE BASE HOMOGENE

LES COÛTS DES HOPITAUX COMPRENNENT DES DEPENSES QUI NE SONT PAS INCLUSES DANS CEUX DES CLINIQUES COMMERCIALES

Les coûts des hôpitaux publics incluent **les honoraires des médecins**, contrairement aux cliniques privées.

Il est donc indispensable que les honoraires des médecins travaillant dans les cliniques commerciales soient intégrés dans les tarifs des GHS avant d'envisager une convergence tarifaire.

Les coûts des hôpitaux publics intègrent également **de nombreux actes externalisés** par les cliniques commerciales. La part des examens biologiques et d'imagerie est extrêmement faible dans le secteur privé. Or la médecine moderne ne peut pas fonctionner sans biologie et/ou imagerie. Ces examens sont donc réalisés « autour » du séjour, c'est-à-dire en dehors des cliniques, dans des cabinets de radiologie et dans des laboratoires. Ils ne pèsent donc pas sur les coûts des cliniques. **Les coûts du secteur privé pour l'Assurance Maladie sont donc sous-évalués.** En effet, ces actes représentent 10 à 15 % des coûts des séjours du secteur public, alors qu'ils ne sont pas comptabilisés dans les coûts du secteur privé.

LES COÛTS A LA CHARGE DES PATIENTS SONT PLUS ELEVES EN CLINIQUES

Les coûts des cliniques doivent également être augmentés pour tenir compte de nombreux suppléments hôteliers et des dépassements d'honoraires restant à la charge des patients, qui restent très rares dans les hôpitaux publics. En revanche, les tarifs des hôpitaux sont en général des tarifs « tout compris ».

⇒ En intégrant toutes ces dépenses non incluses dans le système actuel de calcul des coûts, **les tarifs du secteur commercial par séjour seraient souvent supérieurs à ceux du secteur public.** La convergence ne peut donc pas se faire en alignant seulement les **tarifs de l'Assurance Maladie** dans le privé et le public : il faut prendre en compte les coûts totaux de chaque séjour.

D.ASSURER DES NORMES DE QUALIFICATION ET DE SECURITE IDENTIQUES ENTRE LES SECTEURS

L'HOPITAL PUBLIC APPLIQUE DES NORMES DE SECURITE PLUS CONTRAIGNANTES

Les directives européennes sur le temps de travail des médecins et sur le repos de sécurité obligatoire ne s'appliquent pas aux médecins non salariés des établissements privés. Cela a bien sûr un coût important.

Il est incompréhensible que ce ne soit pas le cas alors que c'est la santé des Français qui est en jeu.

L'HOPITAL PUBLIC EMPLOIE UN PERSONNEL PLUS QUALIFIE

Par exemple pour les aides dans les blocs opératoires, on trouve des infirmières de bloc opératoire qualifiées dans le public, alors que l'on trouve encore dans le privé des personnes dépourvues de qualification. Là encore, c'est la santé des Français qui est en jeu.

Pour qu'il y ait convergence des tarifs, il faut une convergence des contraintes. A défaut, la qualité de l'offre de soins ainsi que l'égalité d'accès aux soins pour tous les Français, quel que soit leur domicile ou leur situation sociale, seront de plus en plus remises en cause par un processus aveugle de convergence.

CONCLUSION : DEFENDRE L'EXCELLENCE DES HOPITAUX PUBLICS ET L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

LES HOPITAUX PUBLICS FRANCAIS SONT RECONNUS DANS LE MONDE ENTIER POUR L'EXCELLENCE DES SOINS QU'ILS PRODIGENT. ILS SOIGNENT TOUS LES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LEUR REVENU, LEUR AGE OU LEUR PATHOLOGIE, ET QUELLE QUE SOIT L'HEURE A LAQUELLE ILS SE PRESENTENT. Ils ont donc des coûts plus élevés que les cliniques commerciales, pour des raisons structurelles que nous avons explicitées dans ce document.

Il ne s'agit pas cependant de nier pour autant les efforts qui doivent encore être faits dans les hôpitaux publics pour gagner en efficience. D'importantes mesures ont été prises, qui commencent à porter leurs fruits. Mais déstabiliser l'hôpital public en lui imposant des objectifs budgétaires irréalistes et des suppressions massives d'emploi ne favorisera pas la réussite des réformes. Bien au contraire, cela la compromettra.

La question se pose donc aujourd'hui avec force : quel système de santé voulons-nous pour l'avenir ?

Améliorer l'efficience des hôpitaux est certes indispensable, mais cela ne doit pas se faire aux dépens des missions du système de santé français :

- Comment garantissons-nous **l'égal accès aux soins pour tous** et sur tout le territoire ?
- Comment encourageons-nous **la recherche** pour que la France reste à la pointe de l'innovation ?
- Comment nous assurons-nous que tous les Français ont accès à ces **nouveaux traitements** ?
- Comment maintenons-nous l'accueil des patients présentant des **pathologies lourdes** ?
- Comment maintenons-nous la permanence des soins la nuit et le week-end en évitant que ne se créent de véritables **déserts sanitaires** ?

Pour défendre cette excellence, la FHF émet plusieurs propositions concrètes et réalistes :

⇒ **Arrêter la convergence des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées tant que les études préconisées par l'IGAS afin de préciser les écarts de coûts n'auront pas été réalisées.**

Pour être équitable, la convergence doit se faire en respectant ces différences de coûts, liées aux différences de méthodologie dans l'évaluation des coûts, aux missions spécifiques et indispensables du secteur public, et aux contraintes différentes auxquels les hôpitaux sont soumis.

Pour connaître plus précisément ces écarts de coûts, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), avait préconisé en 2005 de **mener seize études** avant de faire converger les tarifs. Ce rapport avait été demandé par le Ministre de la Santé pour étudier « les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics »¹¹. Trois années se sont écoulées depuis, et malgré les demandes réitérées de la FHF, aujourd'hui seules trois de ces études ont été menées. Pourquoi ?

⇒ **Séparer les deux enveloppes public/privé dans l'ONDAM**

Le périmètre du secteur public et du secteur commercial n'est pas le même. **Il est donc nécessaire de séparer l'enveloppe votée par le Parlement pour le secteur commercial de celle du secteur public**, pour que l'augmentation des dépenses des cliniques commerciales ne se fasse pas au détriment de l'hôpital public.

Ce fut par exemple le cas en 2006 avec le transfert de 191M€ de l'enveloppe publique vers les cliniques, comme l'a constaté la Cour des Comptes en septembre 2007 : « les transferts du secteur public vers le secteur privé : l'Objectif public a été amputé de 191M€ pour abonder de 23M€ l'OQN et de 168M€ l'Objectif privé [...] Les efforts de maîtrise ne s'imposent donc pas de manière identique aux deux secteurs d'établissements »¹².

Il est temps que le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale joue pleinement son rôle en régulant l'accroissement non justifié des dépenses, au détriment du seul secteur qui respecte ses objectifs : l'hospitalisation publique.

¹¹ *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, Rapport n°2006 009, présenté par Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS et Stéphanie SEYDOUX, Janvier 2006, p57.

¹² *Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale*, septembre 2007, p. 91

⇒ Dans les hôpitaux publics, limiter à 50 % du budget le financement par les tarifs, le reste étant financé par des dotations forfaitaires correspondant aux missions d'intérêt général.

⇒ Appliquer la nouvelle classification des pathologies, qui reconnaît la gravité des situations traitées à l'hôpital public

⇒ Intégrer dans les tarifs des cliniques les honoraires des médecins travaillant dans les cliniques commerciales

De manière générale, il convient de rendre le système actuel plus lisible et plus transparent, à la fois dans la détermination des tarifs et dans le calendrier de la réforme.

L'hôpital public est un élément clé de la cohésion sociale que les Français plébiscitent. Face au danger que représente une convergence tarifaire aveugle entre hôpitaux et cliniques commerciales, telle qu'elle est envisagée actuellement, ce modèle, fondé sur les principes de solidarité et d'égalité d'accès aux soins pour tous et sur tous les territoires, doit être défendu.