

FINANCEMENT DE L'HÔPITAL : OÙ VA-T-ON ?



Jérôme FRENKIEL
Rapporteur des questions
de santé publique pour
l'INPH

Quand la situation se dégrade, quand le bateau tangué, il faut désigner un coupable. Il en a toujours été ainsi, que la raison s'y retrouve... ou non. L'hôpital va mal, et l'une des raisons invoquées est l'insuffisance de son financement, attribuée à la tarification à l'activité (T2A). Que le financement soit insuffisant est une chose, dont il conviendrait de parler plus en détail. Que la T2A en soit la cause, ça c'est une autre histoire. Pour bien comprendre, il faut remonter dans le temps. En 1984, plus précisément. Avant le 1^{er} janvier de cette année-là, les hôpitaux bénéficiaient d'un mode de financement (prix de journée) fortement inflationniste. Ce que l'économie, depuis les chocs pétroliers et la cassure de la croissance, ne permettait plus. Aussi, à partir du 1^{er} janvier 1984, a été mis en place un principe de financement tout-à-fait trivial : celui de la non croissance. Les établissements gardaient, année après année, le même financement ajusté pour l'essentiel

à l'inflation. Cette mesure, d'urgence à l'origine, a été conservée pendant vingt ans, mais avec un virage majeur en 1996. Que s'est-il passé alors ? C'est simple : avant 1996, la dépense nationale pour les hôpitaux se constatait par agrégation des dépenses de chaque établissement. Mais depuis les ordonnances Juppé, la dépense nationale (objectif national de dépense de l'Assurance maladie, ONDAM) est votée chaque année au Parlement (Loi de finance de la sécurité sociale, LFSS). Et donc, depuis cette année-là, l'autorisation de dépense d'un établissement est l'application d'un certain mode de répartition sur la base de l'ONDAM.

Que vient faire là-dedans la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004 ? C'est simple : elle ne fait que modifier le mode de répartition de l'ONDAM entre les établissements, sans modifier en rien le principe de l'ONDAM. Il faut donc retenir trois choses fondamentales à propos de la T2A : 1- le rationnement du financement, c'est l'ONDAM, pas la T2A. 2- Par comparaison à la modalité antérieure (dotation globale), la T2A constitue un progrès consi-

dérable, puisque depuis 2004 la base de répartition de l'ONDAM n'est plus la photographie figée de la répartition de 1983, mais une répartition fondée sur le volume d'activité pondéré par la complexité médicale. Et enfin 3- Depuis la T2A, chaque établissement est responsabilisé sur son équilibre financier, ce qui n'était pas le cas avant. Il faut savoir que, pour cette raison, la T2A n'est pas du goût d'un certain nombre de directeurs, pour lesquels la dotation globale et son cortège d'irresponsabilité a des parfums de paradis perdu.

Alors, faut-il supprimer la T2A ? Il n'y a pas de raison qu'on ne puisse en discuter, mais alors faisons-le dans un cadre rationnel. Si le propos est simplement de revenir à la situation antérieure (ONDAM + dotation globale), c'est tout simplement absurde : le rationnement est toujours en place, et on revient à l'opacité et l'arbitraire. Si j'avais mauvais esprit (mais vous

me connaissez...), je penserais que c'est précisément l'objectif des détracteurs de la T2A. Inversement, faut-il conserver la T2A en l'état ? Pas nécessairement, mais pour répondre à la question il faut poser le problème pour ce qu'il est.

Le respect des contraintes budgétaires, en tant qu'objectif premier d'un hôpital ou d'un système de santé, est-il acceptable dans un pays civilisé ? La gouvernance par les nombres, selon la thèse chère à Alain Supiot ? Non, évidemment. Et pourtant c'est ce que nous subissons, année après année, pour ne parler que des hôpitaux. Inversement, la politique du chèque en blanc pour financer la boîte noire, ainsi que la réclame certains, est-elle plus légitime ? Certainement pas. Alors que faut-il faire ? La première chose, et c'est la position que nous avons défendue au Ségur de la santé, c'est que tout établissement, à tout moment, doit avoir les moyens de ses missions. Moyens matériels, moyens humains. Ce qui implique une véritable remise à niveau des salaires, *quoi qu'il en coûte*, ce qui va bien au-delà de quelques bricolages âprement négociés. Ce qui implique que les moyens matériels et les organisations soient au service du patient, et non des facteurs d'ajustement au service des politiques budgétaires. Ce qui implique l'éradication systématique des managements malfaisants, car les professionnels, au-delà du salaire, doivent travailler dans la sérénité. Ce qui implique également, en contrepartie, d'accepter unanimement que le travail est une valeur, et non l'ennemi d'une image dévoyée du progrès social.

Pour autant, cela suffirait-il à assurer à l'hôpital des lendemains qui chantent ? Ce serait trop simple. Car ce serait oublier un peu vite que l'hôpital en crise, et plus générale-

ment le système de santé, a pour contrepartie un coût, en proportion du PIB, parmi les plus élevés d'Europe... et du monde. Ce qui incite à penser que nous sommes confrontés à un problème d'efficacité et d'organisation bien plus qu'à un problème de ressource financière dans l'absolu. De fait, l'organisation globale du système de santé est-elle pensée sous l'angle de l'efficacité ? Dans le cadre d'une coopération sincère au service du patient ? Poser la question, c'est y répondre, malheureusement. Pourtant, certains sujets cruciaux ne sont désormais plus tabous : ils ont même été évoqués lors du Ségur de la santé. Je veux parler de l'équité populationnelle du financement, en d'autres termes du financement dit populationnel. Ainsi que de la pertinence des soins, et au-delà de l'efficacité *systémique* du système de santé. Mais il y a loin de la coupe aux lèvres. Pour ce qui est du financement populationnel, il est désormais partie constitutive du financement des établissements aussi bien MCO, SSR que psychiatrie. Mais avec un niveau de concertation et de transparence, disons, perfectible. Il est vrai que le sujet n'est pas simple, dès lors qu'il s'agit de déterminer qui doit bénéficier des évolutions de financement... ou en être pénalisés. C'est là que la transparence et le débat démocratique sont essentiels, étant conscients du fait que la France ne fait pas nécessairement autorité en la matière.

Reste ce qui est probablement la question essentielle : l'efficacité *systémique*. Non pas des différentes composantes de l'offre de soins, mais de l'ensemble de ses composantes, autour du patient. Parcours patient, pertinence des soins, efficacité *systémique*, efficacité : tout cela semble bien abstrait, et pourtant cela existe ailleurs et depuis longtemps : c'est le *managed care*, sous une forme ou sous une autre. La question n'est

Le respect des contraintes budgétaires, en tant qu'objectif premier d'un hôpital ou d'un système de santé, est-il acceptable dans un pays civilisé ?

pas de converger vers ce type d'organisation, car cela semble inéluctable. La question est de le faire sans trahir les fondements de solidarité et d'excellence de notre système, mais au contraire en les renforçant. Cela implique, pour l'hôpital, d'accepter de s'intégrer plus fortement à son environnement sanitaire, dans le cadre d'organisations (beaucoup) plus souples et (beaucoup) moins bureaucratiques. Cela implique, pour le secteur qui se dit libéral mais qui est fortement subventionné par l'Assurance maladie, d'accepter le jeu collectif, quand bien même cela aurait pour conséquence de revenir sur la liberté d'installation, ou conduirait à l'obligation de participer à la permanence des soins. Cela implique, enfin et surtout, un changement radical dans la gouvernance du système de santé, vers plus de démocratie, plus de rationalité et, disons-le, plus de courage politique.

Tout cela semble bien utopique, et certainement est-ce en effet très utopique si l'on considère l'état de sclérose de notre système. Je ne parlais que de la santé. Mais c'est cela ou l'effondrement. **A contrario**, si nous réussissions une évolution historique dans ce sens, on constaterait que nous aurons résolu, pour le même prix si je puis dire, celui du financement. C'est tout l'intérêt de l'efficacité *systémique*.

