



*Déficits, endettement, gaspillages, gabegie...  
Hôpital: état d'urgence ?*

## **SORTIR DES DEFICITS, PREPARER L'AVENIR...**

- Lamine GHARBI, président de la FHP-MCO
- Jean-Loup DUROUSSET, président de la FHP
- Thierry BECHU, délégué général de la FHP-MCO

# SOMMAIRE

- ◉ **Un système de santé « drogué » à la dette**
- ◉ **Pourquoi l'hôpital doit devenir plus efficient**
- ◉ **Déficits, endettement, gaspillages... Hôpital : état d'urgence... ?**
- ◉ **Pour un financement juste et équitable**
- ◉ **Dix propositions pour préparer l'avenir**

# INTRODUCTION

- ⊙ **Leur santé coûte de plus en plus cher aux Français** (nouvelles franchises, déremboursements successifs, hausse des complémentaires, ...)
- ⊙ **Or notre pays, même en période difficile, consacre beaucoup d'argent à la santé (170 milliards d'euros, +2,5% d'augmentation de l'Ondam 2012)**
  - ⇒ **Ce n'est pas aux Français de payer pour les dysfonctionnements du système**
  - ⇒ **C'est aux professionnels de santé d'apporter de l'efficacité au système**

# Deux remarques préliminaires...

- **Nos propos ne visent nullement à « casser » l'hôpital public ni à mettre en cause le dévouement et les compétences de ses personnels. Il s'agit de dénoncer le coût pour la collectivité du manque d'efficience et de la désorganisation des hôpitaux publics.**
- **Tous les faits et chiffres cités ci-après sont tirés de rapports officiels du ministère de la Santé, du gouvernement, de la Cour des Comptes, des chambres régionales des comptes, IGAS, et autres organismes officiels, ou encore de la lecture des médias. Ils sont donc vérifiables et nous pouvons vous fournir, bien entendu, les sources.**

- ⊙ **Dans un contexte fortement contraint de déficits, l'avenir est au « dépenser mieux »**
- ⊙ **Mettre fin au « puits sans fond » qu'est l'hôpital public avec le surcoût qu'il impose à la collectivité**
- ⊙ **Le but est d'inviter l'hôpital à se réorganiser pour qu'il devienne plus efficient**
- ⊙ **Se restructurer, adapter son offre aux besoins réels, rompre avec la culture des déficits, se désendetter et cesser de retarder les réformes nécessaires.**
- ⊙ **Car la situation est critique...**

# Les Français jugent favorablement le secteur privé

	Hôpitaux publics	Cliniques & Hôpitaux privés
Qualité des soins	83%	89%
Capacité à proposer un accueil et un séjour de qualité	65%	88%
Rapidité de prise en charge des patients	46%	80%
Bonne gestion comptable	55%	81%

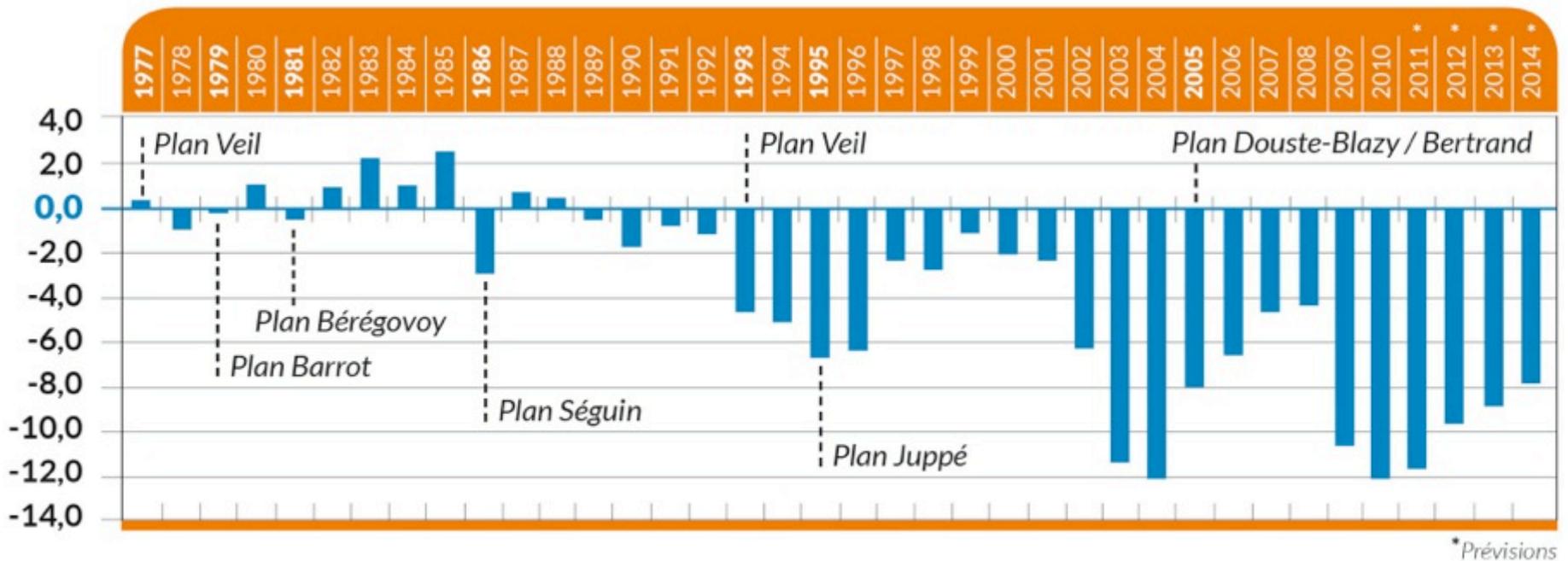
Enquête réalisée par Ipsos et Logica Business Consulting pour la Fédération de l'Hospitalisation Privée auprès d'un échantillon de 996 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Les interviews ont été réalisées on line via l'Access Panel d'Ipsos du 11 au 15 avril 2011.

# I – Un système de santé « drogué » à la dette

- ⊙ **Le dernier exercice bénéficiaire de l'assurance maladie remonte à ... 1988**
- ⊙ **Plus de 120 milliards d'euros de déficit cumulé en 23 ans**
- ⊙ **Une accélération depuis 15 ans: 91 mds de déficit cumulé depuis 1998**
- ⊙ **42 milliards pour les seules cinq dernières années (2007-2011)**

# L'assurance maladie en déficit chronique...

- Les plans de retour à l'équilibre se succèdent. En vain...



<sup>1</sup> Source: Commission des comptes de la sécurité sociale, rapports 2011 et antérieurs; graphique Alain Coulomb Conseil.

\*Prévisions

*Le déficit de la Sécurité sociale constitue en soi une anomalie. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte des déséquilibres durables de sa protection sociale (...). Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est un impératif (...). L'effort accru de rétablissements des comptes doit par priorité concerner l'assurance maladie. (Il faut) mobiliser avec constance toutes les marges d'efficience possibles.*

(Cour des Comptes, rapport 2011 sur la Sécurité sociale)

# Au final, une situation intenable...

- ⊙ **Les déséquilibres du financement de l'assurance maladie depuis des décennies mettent en péril le financement pérenne du système de santé des Français.**
- ⊙ **Cette politique est irresponsable alors que notre pays traverse une grave crise des finances publiques.**
- ⊙ **Elle pénalise les acteurs de soins privés qui, eux, font des efforts d'adaptation et de restructuration**
- ⊙ **Elle obère le financement des besoins réels de santé des Français**
- ⊙ **Pas une question droite/gauche mais une responsabilité morale si l'on veut continuer à agir pour la santé de tous.**

## II – Pourquoi l'hôpital doit devenir plus efficient

# 1. Il coûte cher à la collectivité...

## Des tarifs hospitaliers publics 28% plus élevés...

- ⊙ Les tarifs de remboursement des cliniques par l'assurance-maladie sont 22 % inférieurs à ceux des hôpitaux publics, pour une même prestation de soins (source : ministère de la Santé).
- ⊙ A l'inverse, les tarifs hospitaliers publics sont donc 28% plus élevés que ceux des cliniques...

## POURQUOI CE SURCÔT ?

- ⇒ Ce sont 7 milliards d'euros qui pourraient être ainsi économisés chaque année (source: Cour des Comptes)

# 1. Il coûte cher à la collectivité...

## Une enveloppe MIGAC qui a doublé en cinq ans...

- ⊙ **Les missions spécifiques de l'hôpital sont pris en charge par l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) = 20% du financement de l'hôpital**
- ⊙ **Elle a doublé entre 2005 et 2011, passant de 4 mds d'euros à 8,3 mds d'euros (1,1% pour les cliniques).**

# 1. Il coûte cher à la collectivité...

## Une convergence tarifaire en panne... !

- ⊙ La convergence a été repoussée de 2012 à 2018
- ⊙ Le gouvernement affirme que la convergence des tarifs a progressé, puisqu'on est passé d'un écart de 40% à 22%
- ⊙ En réalité, la baisse des tarifs a été obtenue de façon artificielle via une requalification en MIGAC d'anciens tarifs (« débasage » tarifaire)
- ⊙ La convergence n'a été réalisée qu'à hauteur de 300 M€ (+100 M€ prévu en 2012).

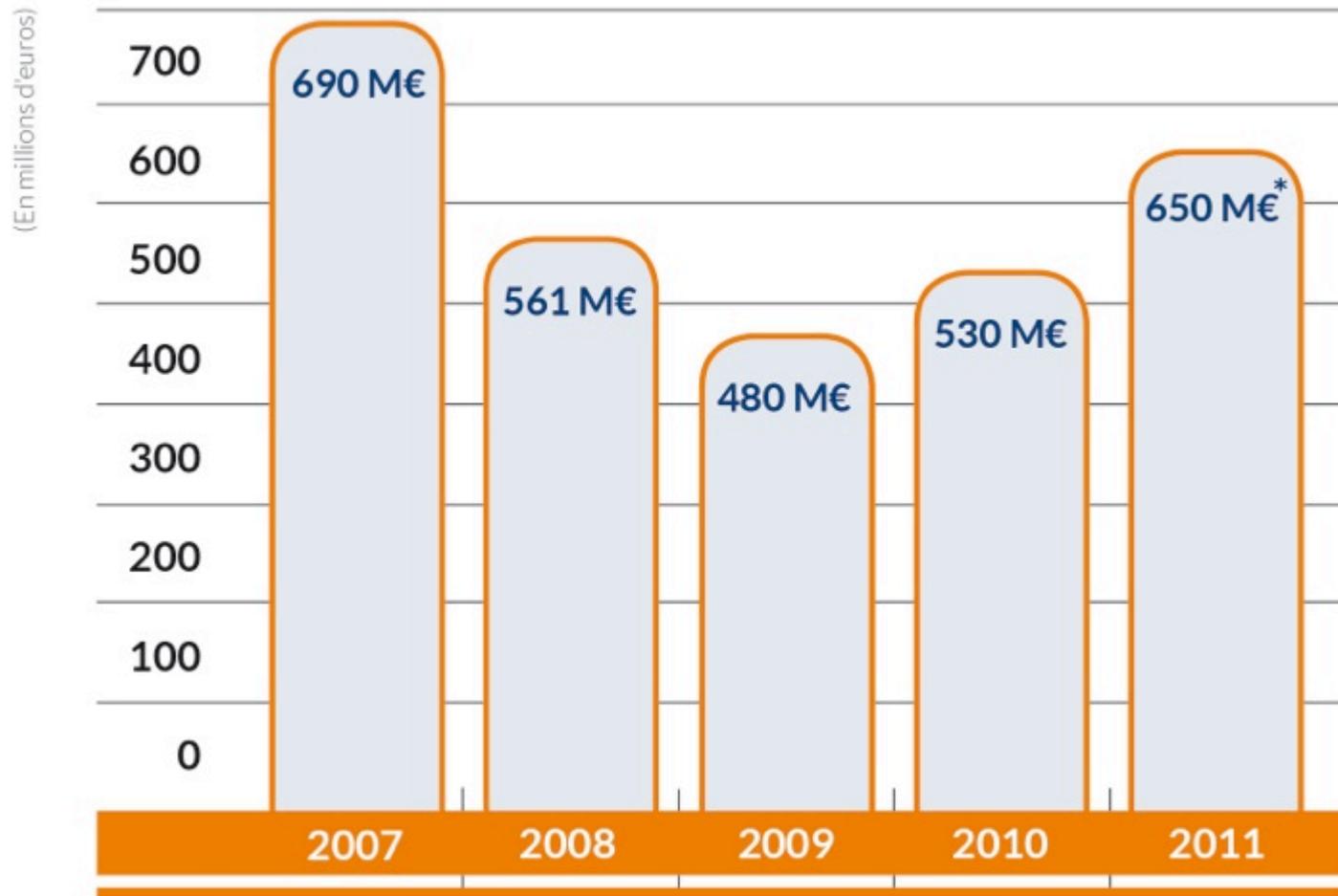
## 2. Il est plongé dans une culture du déficit...

### Les hôpitaux ont-ils vocation à être déficitaires ?

- ⊙ En dépit du doublement des MIGAC qui représentent 20% de leur financement, les hôpitaux publics ne parviennent pas à enrayer la spirale des déficits.
- ⊙ Le financement des hôpitaux représente 42% des dépenses d'assurance maladie
- ⊙ En 2010, le nombre d'hôpitaux en déficit est passé de 338 à 434, soit 41% des établissements.
- ⊙ On est loin du retour à l'équilibre en 2012 souhaité par le président de la République.
- ⊙ La situation s'aggrave...

## 2. Il est plongé dans une culture du déficit...

2007 à 2011, le déficit cumulé des hôpitaux publics = environ 3 milliards €



\* Prévision 2011

### 3. Il est financé par la dette...

- ⊙ En sept ans, l'endettement des hôpitaux publics a plus que doublé, passant de 10,1 à 24 milliards €.

**24 milliards €** (1,2% du PIB)

- ⊙ Soit un taux d'endettement de 57% (par rapport au budget annuel de l'hôpital)

#### DEUX EXEMPLES :

- ⊙ L'endettement de l'AP-HP = 2,37 milliards €
- ⊙ La dette des Hospices civils de Lyon (HCL) a été multipliée par huit en dix ans = 922 M €

### 3. Il est financé par la dette...

- ⊙ **En dépit du contexte de crise et de son endettement, il continue de recruter...**

**15.000 nouveaux fonctionnaires (+1,4%) en 2009**

- ⊙ **Avec un absentéisme qui bat tous les records**

**24,1 jours par an en moyenne par agent**

(22,6 jours dans les collectivités locales, 9 jours dans les grandes entreprises)

## III – Hôpital : état d'urgence ?

# Hôpital, état d'urgence... ?



**« En matière de gestion, les hôpitaux constituent de loin l'administration où il y a le plus de problèmes et de gâchis »**



(dixit un fin connaisseur du monde de la santé, plutôt marqué à gauche, entendu rue Cambon à la Cour des Comptes, rue Cambon)... (1)

(1) Cité dans *Acteurs publics*, 23 novembre 2009

Que nous dit le rapport de la Cour des Comptes sur l'organisation de l'hôpital (2009) ? *« Il y a partout des marges de progression »*

- Sur 39 hôpitaux auscultés, tous ont au moins un indicateur de production inférieur à la moyenne
- De nombreuses « situations de sureffectifs » qui expliquent les déficits
- Taux d'occupation des lits fréquemment aux alentours de 50%, quand ce n'est pas 25%
- Comptabilité analytique balbutiante et logiciels de gestion rares (les gestionnaires ne connaissent pas les temps d'activité des blocs opératoires, ni les temps d'attente, etc.)
- L'ignorance des coûts de production est particulièrement handicapante pour le pilotage
- *« Il arrive même que les directions ne sachent pas précisément combien de salariés travaillent dans l'établissement ».*

## **PATRIMOINE IMMOBILIER: mal connu, mal géré, sous-valorisé**

**Le rapport de la Cour des Comptes (de novembre 2010 et présenté la semaine dernière): les hôpitaux gèrent très mal leur important patrimoine immobilier (non affecté aux soins) qui est mal connu et insuffisamment valorisé.**

**On y apprend cette chose édifiante: la mauvaise connaissance du patrimoine privé par les établissements, liée notamment aux insuffisances de la comptabilité des hôpitaux.**

***« En se fondant sur cette analyse, le potentiel de valorisation du patrimoine privé pourrait "s'inscrire dans une fourchette très large de 1 à 11 milliards d'euros » (...) »***

**A l'AP-HP, la direction générale indique que le recensement du patrimoine sera achevé en... 2012 !**

## UN EXEMPLE EDIFIANT : LES HOSPICES CIVILS DE LYON

(source: Chambre régionale des Comptes)

**Les HCL, c'est 100 millions de déficit annuel, 922 M € de dette et ... un patrimoine immobilier de 600 M€**

- ⊙ **182 immeubles (1.550 logements), 68,5 ha de terrains urbains, 1.200 ha de bois et forêts, 365 ha de terrains agricoles, 6 ha de vignobles...**
- ⊙ **Au 26 rue Sala: des loyers pour les cadres de 0,99 € à 7,84€ le m2.**
- ⊙ **Un appartement de 71m2 = 71 € de loyer par mois !**
- ⊙ **Un appartement de 40 m2 = 30,40 € par mois !**
- ⊙ **Un appartement de 116 m2 = 230 € par mois !**

**Le métier des hôpitaux publics  
est-il de gérer de l'immobilier ?**

## PETIT FLORILEGE DES DEFICITS HOSPITALIERS...

*(Lu dans la presse...)*

- ⊙ « Les hôpitaux marseillais au bord du gouffre »
- ⊙ « L'AP-HP revoit à la hausse sa prévision de déficit pour 2011 »
- ⊙ « En déficit lourd, l'hôpital de Lens est mis sous surveillance... »
- ⊙ « L'hôpital de Cognac (Charente) prévoit un déficit de 1,5 million d'euros »
- ⊙ « Un déficit de 8,6 M€ au CHR Metz-Thionville »
- ⊙ « Evreux : pourquoi l'hôpital est placé sous perfusion »
- ⊙ « CHU d'Amiens: la situation financière est 'très critique' »
- ⊙ « Le CHU de Montpellier devrait afficher un déficit de 14,5 M € en 2011 »

## LES PRETS TOXIQUES...

**Les hôpitaux ont souscrit 3,3 milliards € de prêts toxiques**

*"L'isolement des directeurs d'hôpital lors de la décision d'emprunt a pu conduire ces derniers à réaliser des opérations risquées", et ce d'autant plus que "bon nombre d'entre eux ne disposaient ni des compétences nécessaires, ni de l'appui de services financiers suffisamment formés".*

(Commission d'enquête de l'Assemblée nationale, 15 décembre 2011)

## DES DEFICITS A... L'ENDETTEMENT...

- ⊙ L'hôpital d'Ajaccio « dans la situation d'un ménage surendetté » (64 M€ de dette pour un budget de 100 M€)
- ⊙ L'hôpital de Rambouillet plombé par l'endettement
- ⊙ etc.
- ⊙ L'AP-HM (Marseille) = 1,2 milliard d'euros de dette pour un budget de fonctionnement quasi identique

**Les hôpitaux de Marseille, c'est l'Italie... !**

**Combien d'années en excédent va-t-il falloir  
pour rembourser cette dette ?**

## VOUS AVEZ DIT GABEGIE, IRREGULARITES... ?

L'exemple des Hôpitaux de Marseille (source: Chambre régionale des Comptes)

- Rémunérations « irrégulières » : 5,9 M€ de primes versées indûment entre 2004 et 2010 au personnel non médical
- Primes d'intéressement et de « présentisme » irrégulières pour 1,4 M € en 2010
- D'autres primes ne reposant sur « aucun fondement législatif ou réglementaire » versées en 2008 et 2009 pour 1,2 M€
- 400 K€ pour le service Culture au titre de « Marseille capitale de la culture 2013 », service dirigé par l'épouse du directeur général et financé par la T2A (recettes destinées à l'activité médicale).
- La CRC enquête sur des soupçons de « favoritisme » et sur le fiasco des marchés informatiques de l'AP-HM. Une débâcle à 20 millions d'euros...

(Sources: Objectifs Méditerranée: « Les hôpitaux de Marseille au bord du gouffre ». Voir aussi <http://www.lamarseillaise.fr/sante/ap-hm-ce-que-coute-son-fiasco-informatique-22753.html>)

## ET PENDANT CE TEMPS QUE FAIT L'ETAT (le citoyen cotisant social) ? IL RENFLOUE...

### Quelques exemples...

- L'hôpital de Lens: 46 M€ versés depuis 2009, dont 19 M€ versé par l'ARS fin décembre 2011 pour éponger un déficit de 33,6 M€
- Le CHU d'Amiens (400 M€ de dette): en 2011, un déficit de 4 M€ en dépit d'une aide de 18 M€ (en 2010, une aide 21,6 M€ pour un déficit de 3,6 M€)
- CH du Blanc: l'ARS a annulé le déficit de 2,6 M€ du centre hospitalier
- Hôpital de Saint-Nazaire: l'ARS a apporté 800 000 euros à l'hôpital en 2010 et encore 1,2 M€ fin 2011

**A l'heure de choix cruciaux et difficiles pour la nation, si l'on additionne les déficits, la dette qui ne sera jamais remboursée... ou qui sera épongée par l'Etat,**

**Nous posons la question :**

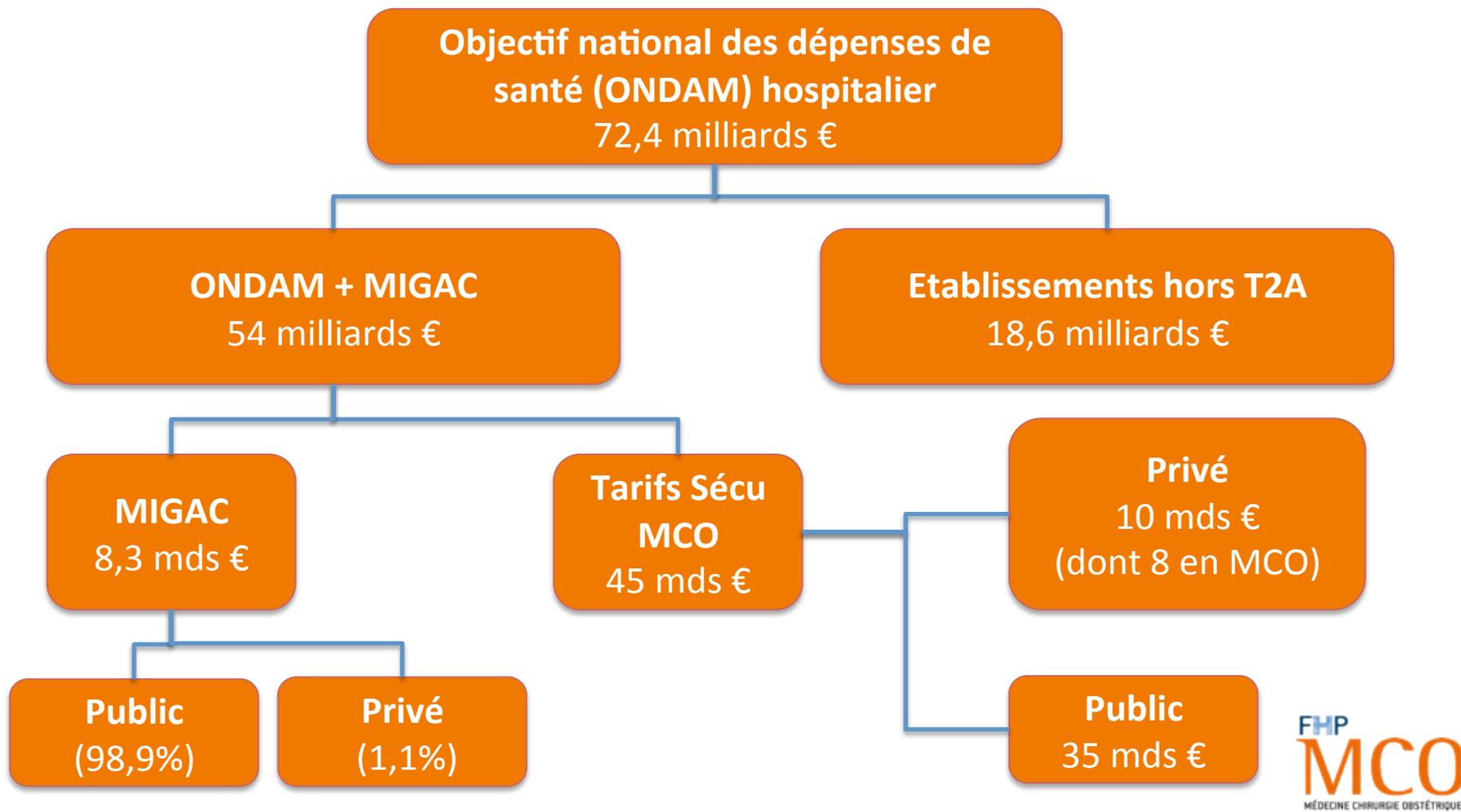
**QUEL EST LE VRAI COÛT DE L'HÔPITAL PUBLIC  
POUR LA COLLECTIVITE ?**

## La FHP et la FHP-MCO demandent au gouvernement...

- La mise sous administration provisoire de tous les hôpitaux déficitaires
- la publication de la liste des hôpitaux déficitaires depuis 5 années consécutives et du montant des déficits cumulés et de l'endettement
- la publication des montants d'aides versées au titre des contrats de retour à l'équilibre (CRE) et des subventions pour renflouer les comptes des déficits des hôpitaux.
- que la gestion des établissements publics déficitaires soit confiée au privé, comme c'est le cas en Suède et en Grande-Bretagne

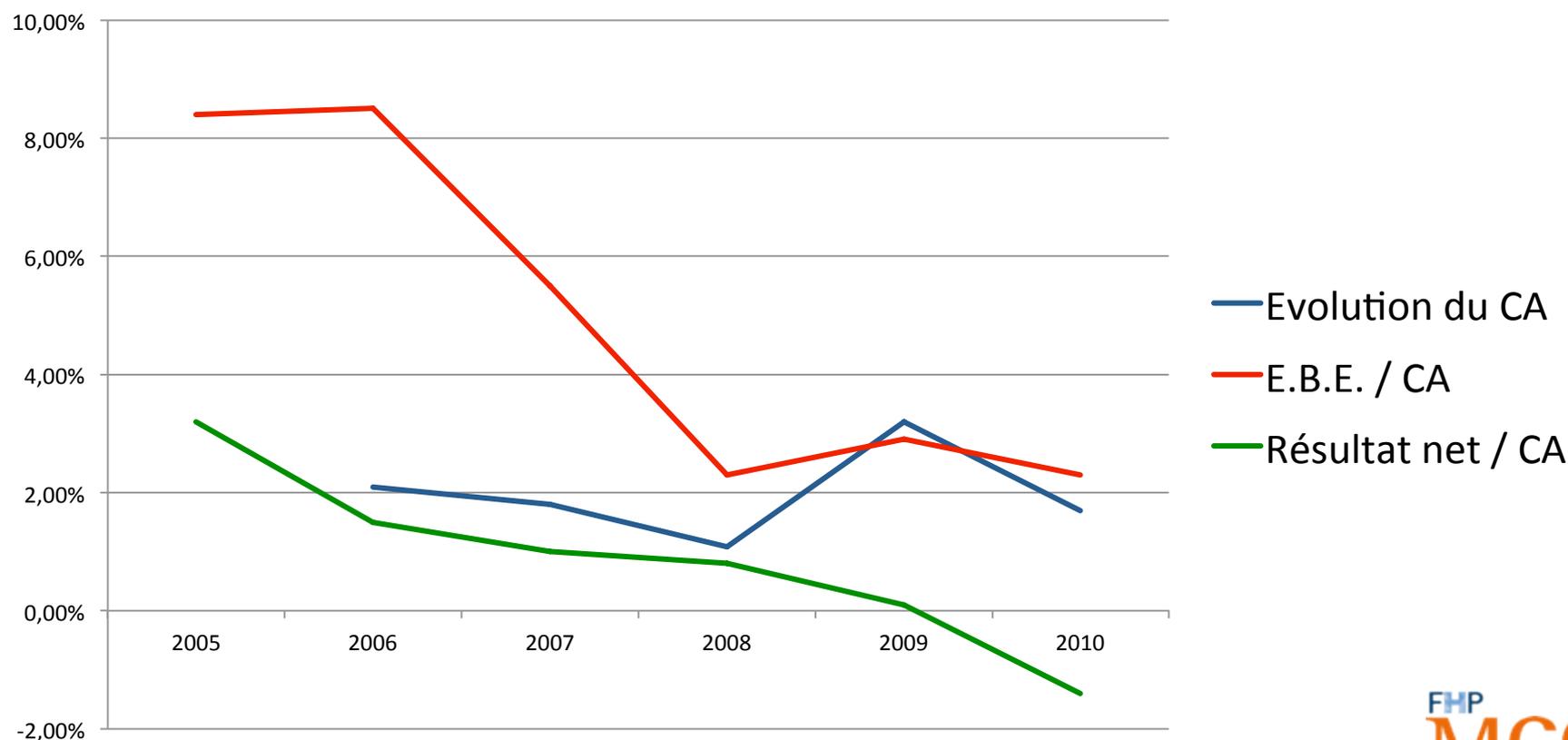
## IV – Pour un financement équitable et responsable du système de santé

Sur 72,4 mds €, les cliniques MCO reçoivent 8 milliards d'euros

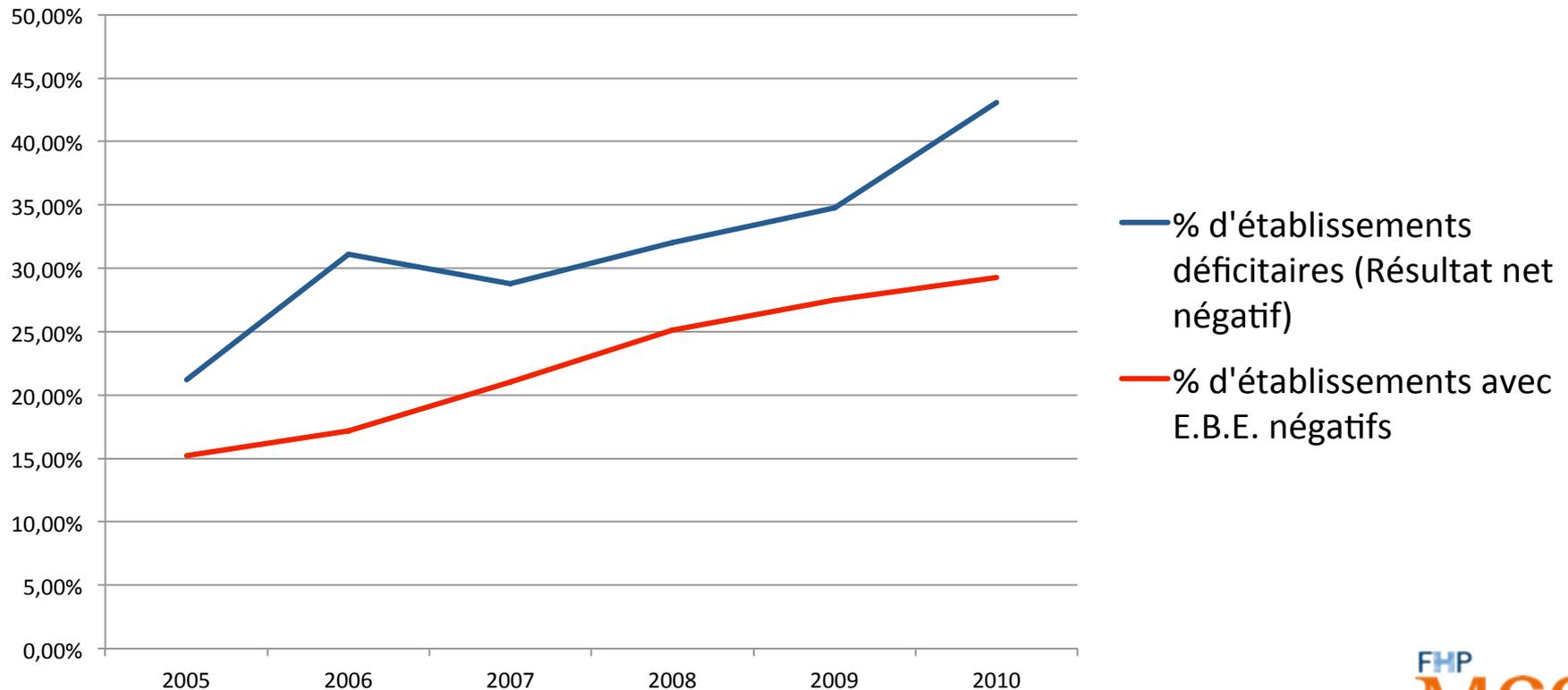


- ◉ **Face à des ressources contraintes et une enveloppe tarifaire qui n'évolue pas, ceux qui trinquent, ce sont les bons élèves du système...**
- ◉ **43% des cliniques et hôpitaux privés étaient en déficit en 2010**
- ◉ **Un secteur d'excellence menacé d'étouffement économique, avec ses 200.000 emplois non délocalisables**

## 2005-2010: une dégradation continue des indicateurs financiers = -1,4% de résultat net en 2010



## Une hausse du nombre d'établissements en déficit = 43% des établissements privés MCO en déficit



Un secteur condamné à des **gains de productivité** et à une **restructuration permanente...**

1992 : 1014\* établissements MCO



2009 : 579\* établissements MCO



2010 : 570 établissements



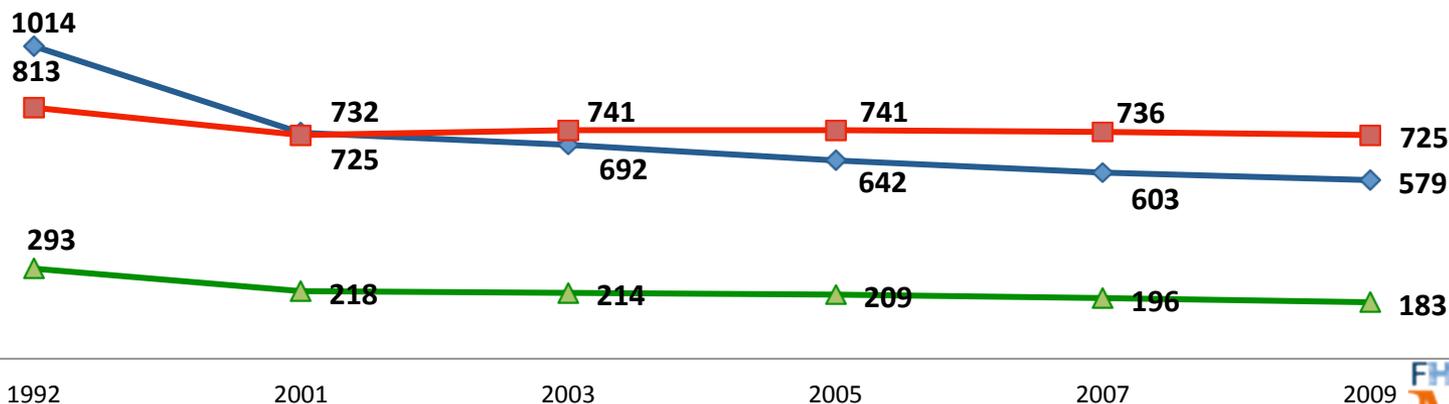
**44% d'établissements en moins en 20 ans**

Sources : DRESS, Observatoire Économique et Financier des Cliniques privées MCO édition 2011

## Seul le privé, contraint et forcé, assume sa part de restructuration

### Evolution du nombre d'établissements

- ◆ PRIVE - 2009 / 2001 = - 21%
- PUBLIC - 2009 / 2003 = - 2%
- ▲ ESPIC / Association - 2009 / 2001 = -16%



- **Une plainte contre l'Etat français pour distorsion de concurrence et mécanisme d'aides illégales d'Etat**
- **Deux fondements: l'écart tarifaire injustifié et l'allocation aux hôpitaux publics de 99% des MIGAC sans référence préalable et justifiée aux missions de service public**
- **Le financement discriminatoire génère des atteintes aux conditions d'un marché concurrentiel efficient**
- **Il affecte également la possibilité de choix pour les consommateurs/patients**
- **Cette distorsion de concurrence est la cause d'un affaiblissement, voire d'une disparition progressive d'une offre de soins privée, privant les consommateurs d'une concurrence source d'amélioration en termes de rentabilité et de qualité.**

## V – Dix propositions pour préparer l'avenir

- ◉ **Un double rôle de régulateur régional et de responsabilité de la bonne gestion des établissements de santé publics pour les DG ARS**
- ◉ **Mettre fin à cette dualité de fonction. Il est nécessaire de disposer d'agences régionales régulatrices indépendantes.**
- ◉ **Un pilotage national doit être assurée par une Agence Nationale de la Santé.**

- **La politique de financement du système de santé n'a été rien d'autre que celle du « ni ni » ou, dit autrement, une absence totale de politique claire, passant d'une logique de mutualisation, gérée de manière paritaire, à une logique d'universalisation des prestations et de fiscalisation, contrôlée par le Parlement et l'Etat..**
- **Arrêter un choix d'une véritable politique de financement de l'assurance maladie. une modalité moins sensible aux aléas de la vie économique, notamment de l'emploi.**
- **L'ONDAM est aujourd'hui respecté. Il convient maitriser les recettes du régime obligatoire et de déterminer le véritable rôle des organismes complémentaires.**

- **Coordonnées les politiques de santé publique - *Plan Cancer, Plan Alzheimer, Plan Soins Palliatifs, Plan ICRT, Plan Obésité, ....* - en veillant :**
  - **faire tomber les frontières ville/hôpital,**
  - **les prioriser,**
  - **les évaluer sur le plan médico-économique,**
  - **les accompagner par des incitations, notamment financières, indispensables pour garantir le nécessaire lancement de ces opérations.**

- ◉ Être en mesure de garantir à chacun de ses concitoyens un égal accès aux soins pour tous doit être la priorité de tout Etat.
- ◉ Cet objectif doit aujourd'hui prendre en compte deux problématiques majeures :
  - l'accès aux professionnels médicaux
  - l'accès à des plateaux techniques de proximité.

- **La double contrainte de la démographie médicale défavorable et de la capacité financière de notre système d'assurance maladie,**
- **Mais la volonté de maintenir un système de santé accessible pour tous**
- **Rechercher l'efficacité individuelle et collective.**
  - La standardisation et la sécurisation des procédés d'investigation et de traitement.
  - Une remise à plat des délégations de tâches
  - Le rôle essentiel du patient. Le patient acteur de sa prise en charge. Celui-ci cherche à savoir et à peser sur les décisions qui le concernent au premier chef.
  - **Il nous faut remettre en cause la chose la plus difficile ... nos habitudes, nos convictions, nos certitudes professionnelles et organisationnelles.**

- **Il est nécessaire de déterminer le modèle de convergence tarifaire des secteurs public et privé.**
- **L'économie attendue d'une convergence tarifaire entre secteur public et privé est de l'ordre de 7 milliards d'euros selon le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011.**
- **Pour cela, à court terme, dès 2012,... chaque année :  
La convergence tarifaire ciblée doit être poursuivie et amplifiée afin de produire au moins 250 millions d'euros d'économies (contre 100 M€ prévu en 2012, ce qui est insuffisant).**

## 7 – Requalifier les MIGAC\* sous forme tarifaire

- **Cette enveloppe d'un montant annuel de 8,3 milliards d'euros a été multipliée par deux en six ans.**
- **Cette enveloppe équivaut au budget total annuel de l'hospitalisation privée.**
- **Une grande partie est totalement injustifiée et vient aujourd'hui alimenter sous forme de subvention déguisée les contrats de retour à l'équilibre des établissements de santé publics.**
- **C'est autant de marges de manoeuvre (près d'un milliard) qui doivent être réinjectées dans une politique tarifaire.**

(\*Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation – définition : dotation ciblant des actions spécifiques non financées par les tarifs)

- ⊙ **La politique conduite depuis des années vise à soutenir les établissements en difficulté. Il est temps d'inverser cette logique infernale.**
- ⊙ **Il faut conduire une démarche « promotionnelle » et non plus « compassionnelle ». Il convient de motiver les meilleurs et non de soutenir ceux en difficulté.**
- ⊙ **Nous proposerons un modèle fondé sur des indicateurs issus de l'exploitation des bases de données PMSI décrivant les pathologies prises en charge (sur la base d'une expérimentation portant sur cinq pathologies).**

### - Adapter les contraintes réglementaires obsolètes

- ⊙ Les établissements de santé privés et publics sont encore sous le régime des obligations de moyens
- ⊙ Apporter de la souplesse de gestion leur garantissant une réactivité plus grande face à l'évolution de leur environnement mais également une efficacité accrue.

### - Simplifier les procédures administratives d'autorisation

- ⊙ Les établissements de santé sont soumis à de nombreuses contraintes administratives en matière d'autorisation d'implantation et de fonctionnement.
- ⊙ Il conviendrait aujourd'hui de simplifier ce droit en rapportant ces dispositions par établissement et non plus par nature d'activité.

- ⊙ Les établissements de santé privés sont présents sur tous les domaines d'activité.
- ⊙ Il y a trop de situations où malgré la prédominance d'une activité dans le secteur privé sur un territoire, la tutelle adopte une attitude dogmatique de « préférence du secteur public » en octroyant les autorisations au secteur public.
- ⊙ Il en est de même pour les missions de service public de permanence des soins, de formation des internes,...
- ⊙ Tout acteur économique se trouvant en situation de monopole est globalement moins performant et efficient et aussi plus coûteux qu'un acteur économique dans un environnement concurrentiel.
- ⊙ Les risques sont mieux maîtrisés si les autorités de tutelles disposent d'alternatives d'actions.

# Session questions-réponses



Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine, Chirurgie, Obstétrique