

Congrès GERICCO

Finances et soins hospitaliers

Céline LAGRAIS

Directrice Générale du Groupe Hospitalier Territorial
Rance Emeraude

Saint Malo – Cancale - Dinan

- **1 – Décrypter le sujet : finances, performance hospitalière, de quoi parle-t-on ?**
- **2 – La question du « modèle financier » : pourquoi l'hôpital – par son modèle financier – est-il engagé dans une course à la production performante ?**
- **3 – Appréhender la complexité du contexte ... Pourquoi cette course à la performance apparaît-elle sans fin aujourd'hui ?**
- 4 – Quelles sont raisons d'espérer pour les docteurs ?**

01

Finances , performance, de quoi parle-t-on ?

1 – Finances, performance hospitalière, de quoi parle-t-on ?

- Performance > terminologie large
- Performance financière
 - > quantifiable par des indicateurs et ratios multiples
 - > mais variable dans le temps : avant l'équilibre, aujourd'hui le besoin d'autofinancement, la pertinence des actes, etc
- Définition proposée > capacité de l'établissement à réaliser ses projets → hôpital « performant » = *H dont les projets structurants se réalisent dans un temps « choisi », lui permettant de développer l'offre de médicale et de soins qui correspond aux besoins de « sa » population sur « son » territoire.*



02

**La question du modèle financier
ou la performance obligée**

2 – La question du modèle financier de l'hôpital

**Le modèle repose sur un lien de financement direct
entre le fonctionnement de l'hôpital et ses investissements**

L'exploitation (= le fonctionnement quotidien)

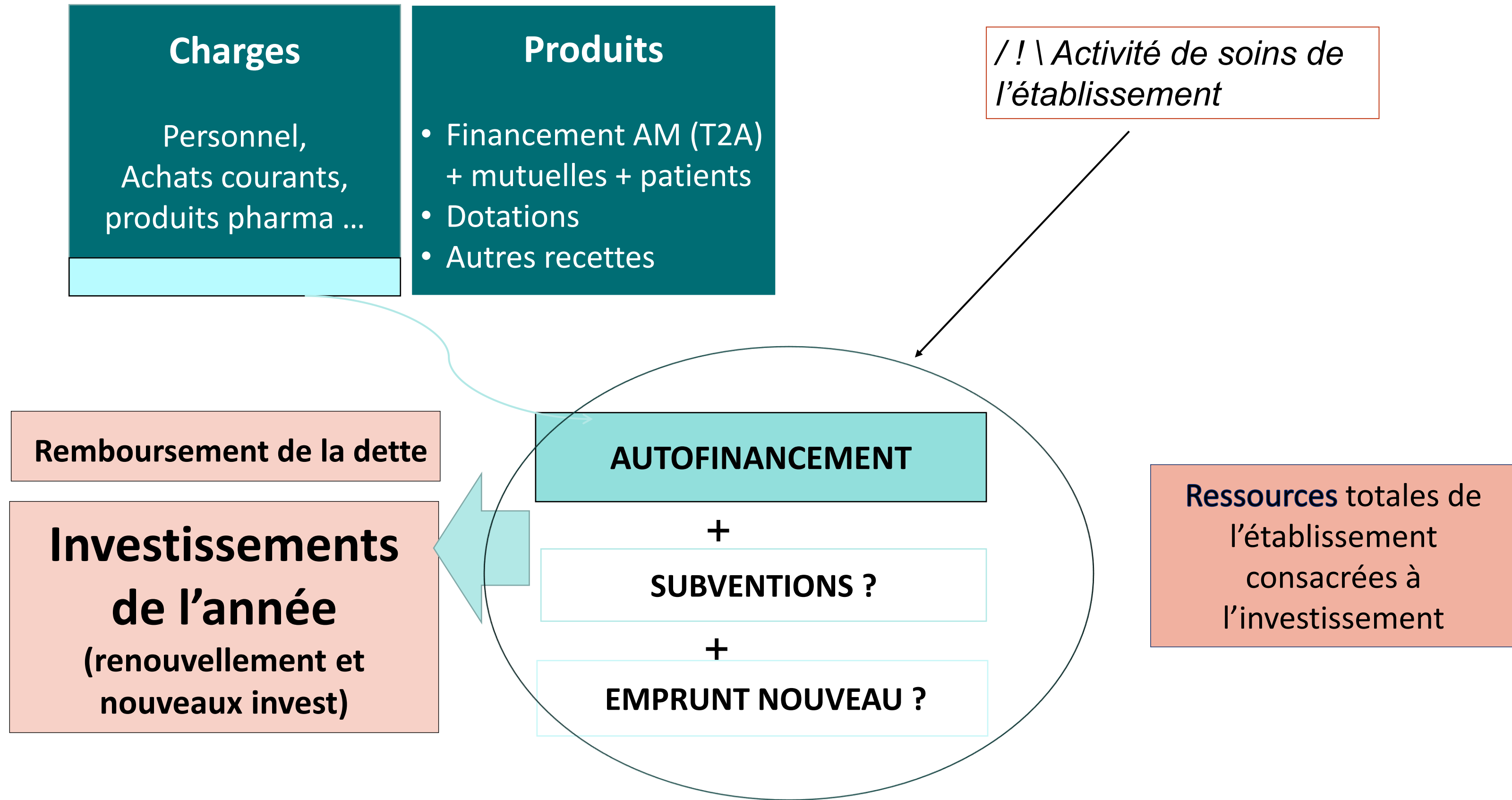
- L'hôpital « consomme » des ressources (personnel, achats, services) pour remplir sa mission de soins
- L'hôpital « produit » sa prestation « soins » à destination des patients > payée par les financeurs : AM, mutuelles, patients, autres partenaires



L'investissement (et son financement) (l'outil de travail)

- Dépenses d'investissements (les bâtiments, les matériels médicaux ou non, le mobilier, l'informatique y compris les logiciels ...)
- Ressources dédiées à l'investissement « **l'autofinancement dégagée par l'exploitation** » + emprunts + subventions

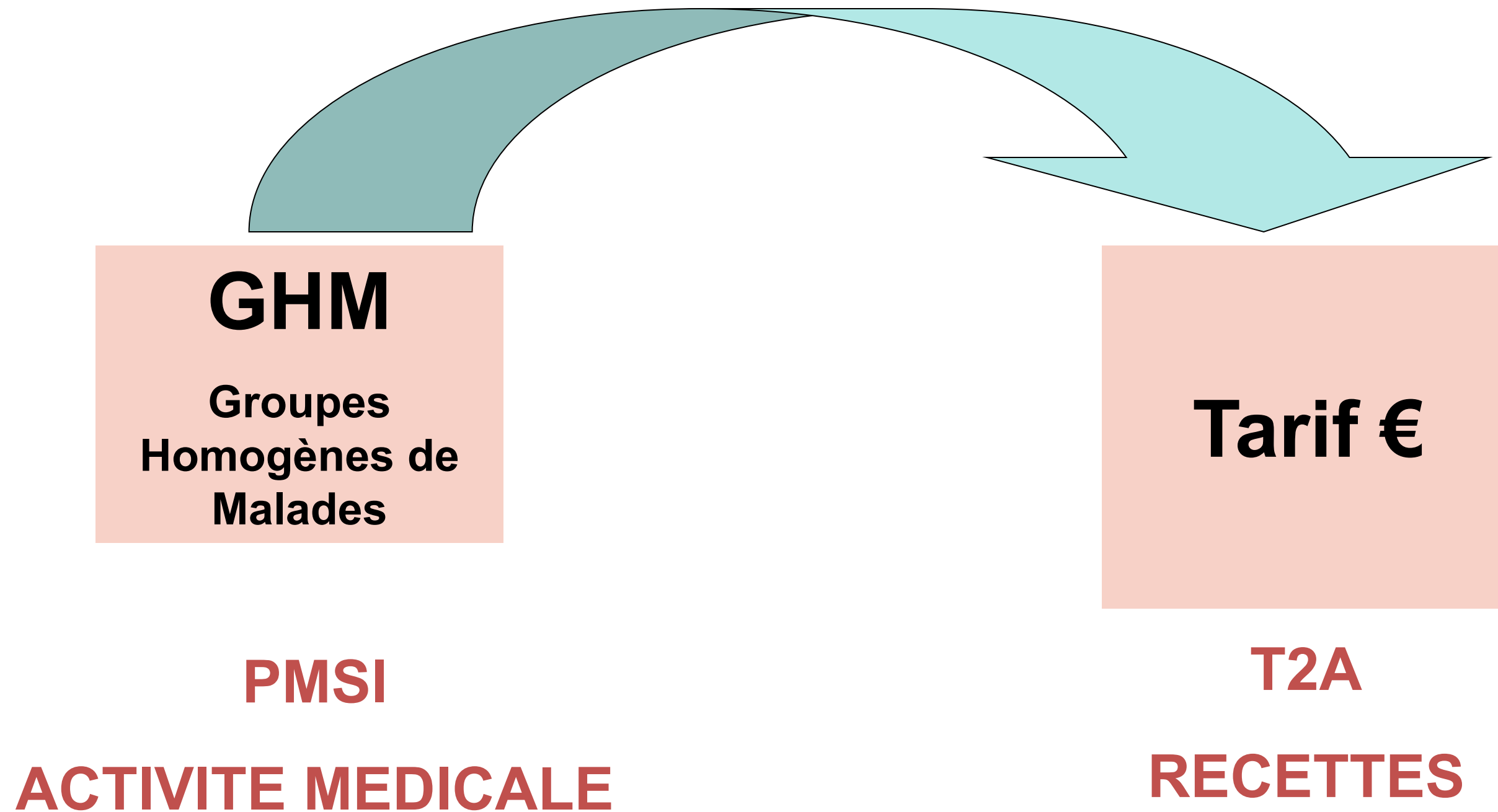
2 – La question du modèle financier de l'hôpital



2 – La question du modèle financier de l'hôpital

Modèle T2A d'apparence simple depuis 2008 :

Un séjour → un codage médical → un **GHM** → un tarif ... mais ce système vaut seulement pour une partie de **l'hospitalisation MCO**

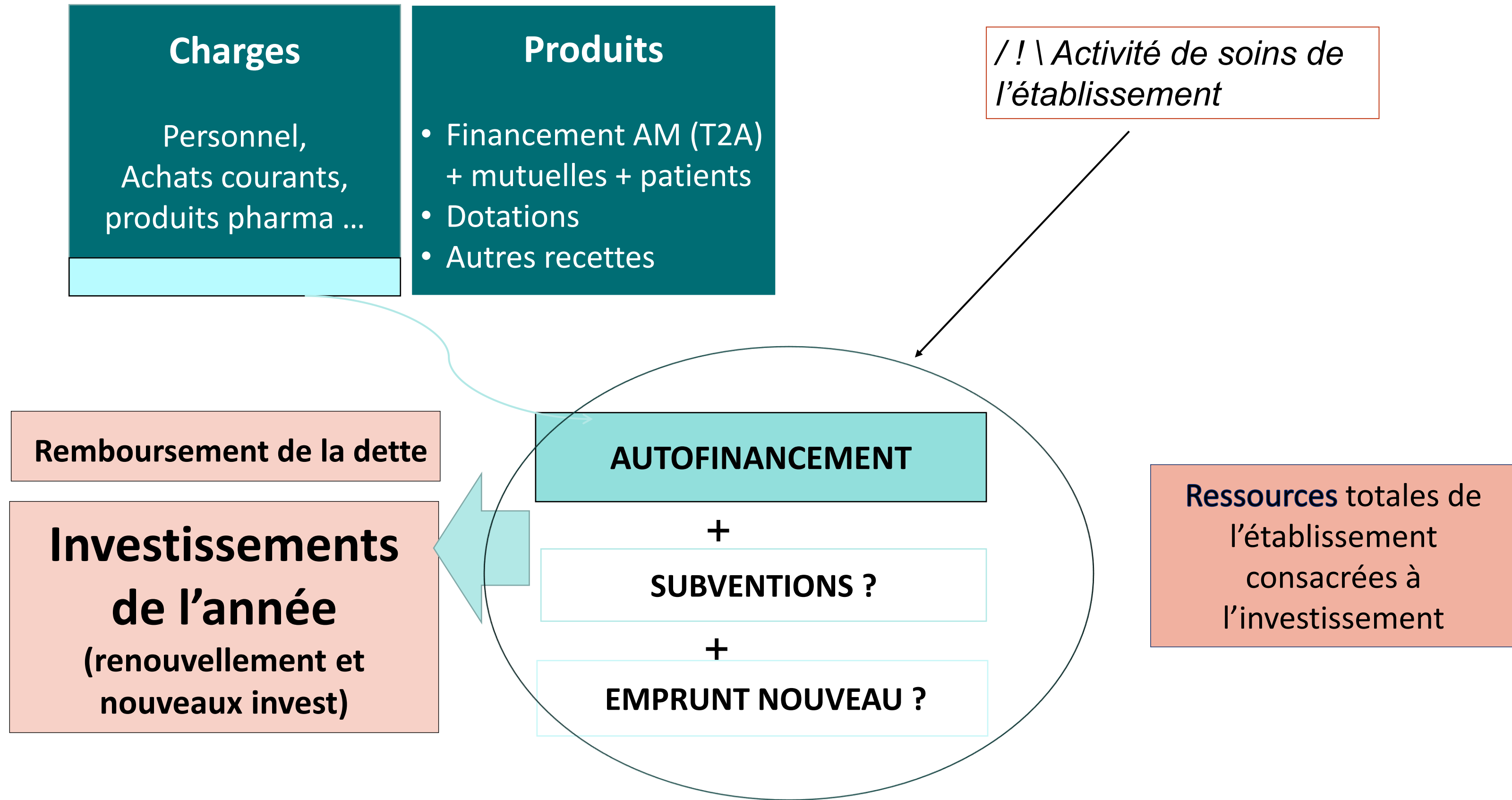


[®] La T2A



- Elle ne concerne pas toutes les recettes hospitalières
- Elle est une modalité de distribution d'une enveloppe fermée

2 – La question du modèle financier de l'hôpital



2 – La question du modèle financier de l'hôpital

Dans ce modèle, il devient donc impératif d'être performant :



- **Etre performant pour se moderniser**
- **Se moderniser pour être performant**



- Si l'hôpital performant est celui qui garde son avenir (offre de soins) entre ses mains, alors la performance financière est incontournable pour garantir les investissements (matériels, murs, informatiques)
- Mais l'investissement ne peut pas être seulement un « boulet » ... L'investissement comme levier de transformation des organisations ?
- **Pose la question du cadre de contrainte ... le présupposé est celui d'un financement intégral de l'investissement par la structure de production → est-ce acceptable ? C'est la question du modèle ...**

03

**Le contexte de forte contrainte
ou la course sans fin ?**

3 – Pourquoi la « course sans fin » ? contrainte nationale

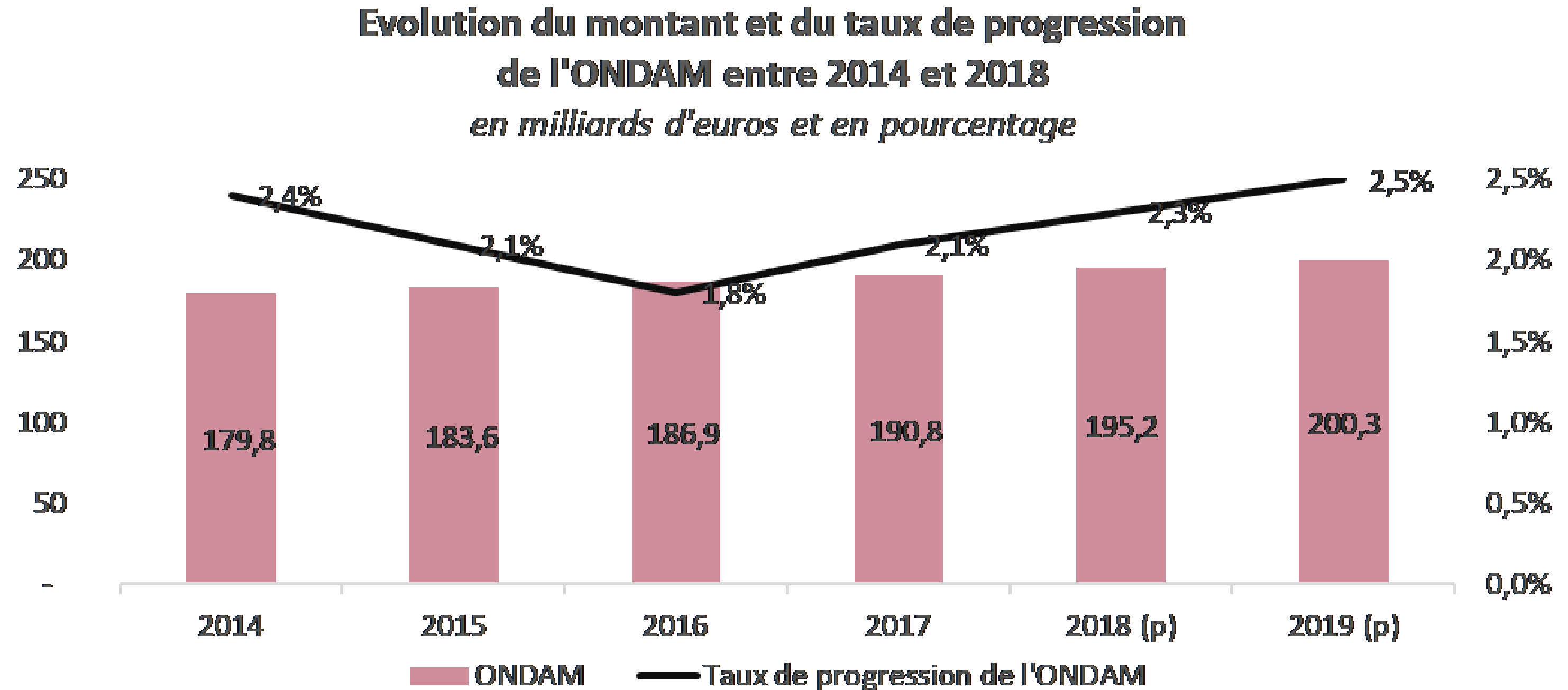
- Pourquoi l'hôpital serait-il soumis aujourd'hui à une « obligation de performance » permanente ?
- Les règles du jeu financier ont changé depuis 30 ans > Pilotage des dépenses de santé selon une approche budgétaire plutôt que sanitaire, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie ONDAM (sauf durant le COVID) ; Il est voté par les parlementaires chaque année lors de l'examen du projet de loi pour la sécu
- ... alors que la consommation de biens médicaux augmente inexorablement : vieillissement, recours aux soins, innovation et le coût unitaire du soin également (tensions sur les RH hospitalières) → croisement des courbes :



Pourquoi malgré un ONDAM en hausse la contrainte n'a-t-elle jamais été aussi forte ?

3 – Pourquoi la « course sans fin » ? contrainte nationale

Les ressources disponibles – ONDAM (avant crise COVID)



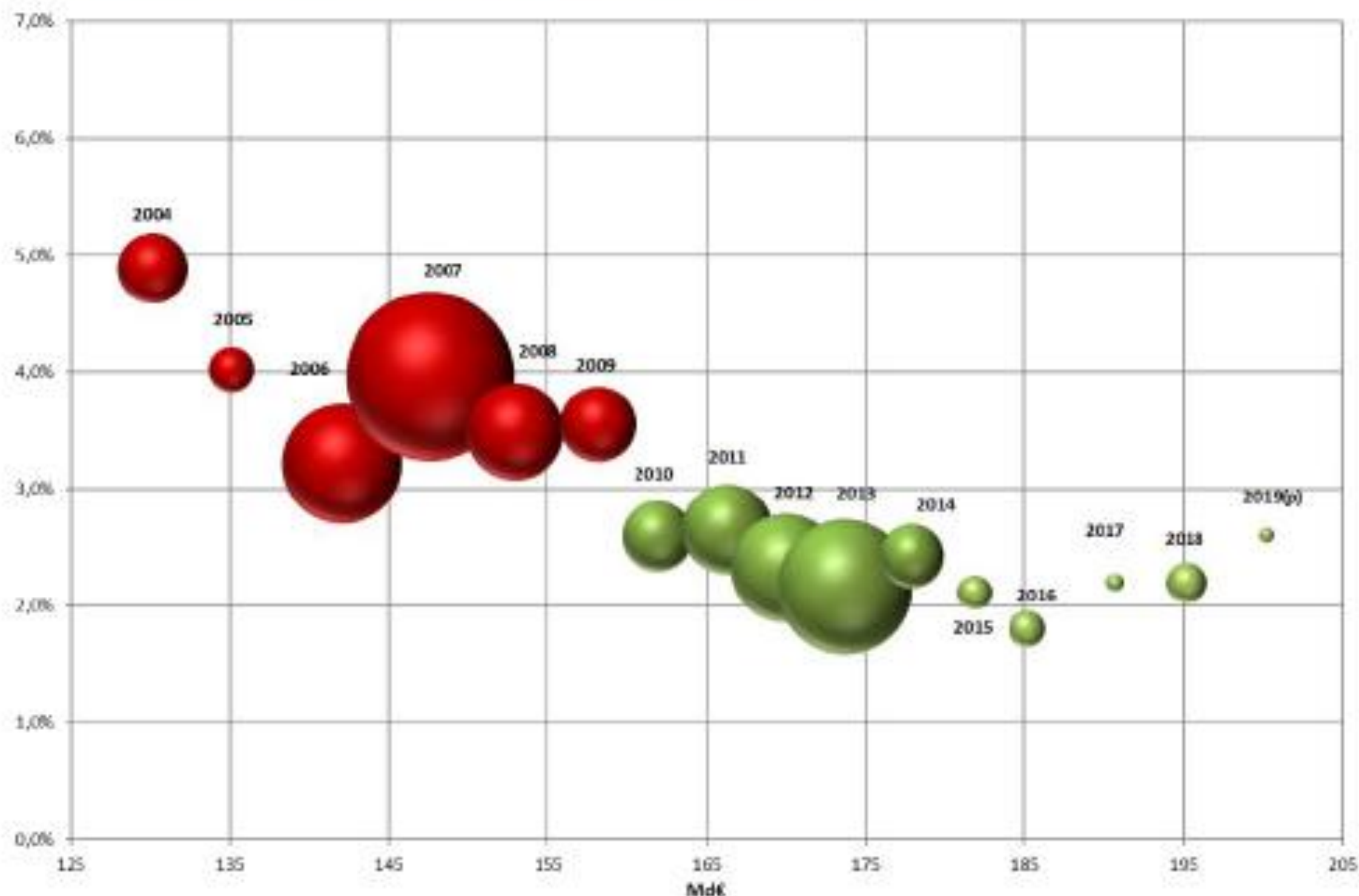
3 – Pourquoi la « course sans fin » ? contrainte nationale

Tentative d'explicitation en 5 étapes :

- 1: L'ONDAM progresse toujours mais moins vite qu'avant
- 2 : Il progresse surtout moins vite que les charges
- 3 : Au sein de l'ONDAM, l'enveloppe consacrée aux établissements de santé est moins dynamique que d'autres comme celle des soins de ville ou des transports
- 4 : Dans l'ONDAM « établissement de santé », la partie « masse tarifaire » (somme consacrée aux tarifs T2A) est amputée par « l'innovation » (nouveau médicaments, molécules coûteuses)
- 5 : Sur la partie « restante », une « provision volume » est réalisée pour contenir les dépenses lorsque l'activité augmente (régulation prix / volume)

Constat 1 - Evolution de l'ONDAM dans le temps ...

Graphique 1 • Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 2004



**ONDAM 2020
+ 2,3 %, soit 206 Mds €**

Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2018, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) atteindraient 195,2 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 2,2%.

Constat 2 – Les charges progressent plus vite que les produits...

Économies sur la tendance à réaliser pour tenir l’Ondam voté, compte tenu de l’évaluation du tendancier de dépenses et du taux de l’Ondam voté

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tendancier (%)	4,1	4,1	3,8	3,9	3,6	4,3	4,5	4,5
Ondam voté (%)	2,6	2,7	2,4	2,1	1,7	2,2	2,3	2,5
Quantum d’économie (en milliards d’euros)	2,2	2,41	2,41	3,19	3,41	4,05	4,17	3,83

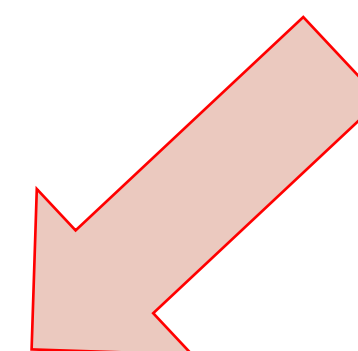
- D’une année sur l’autre, les dépenses des hôpitaux augmentent mécaniquement → 70% des dépenses d’un hôpital, c’est le personnel. Or il y a des grilles de salaires, des augmentations automatiques... il y a l’inflation aussi : si bien qu’à activité constante, on estime que les dépenses de l’hôpital augmentent de 4%.
- Or chaque année, l’augmentation prévue dans le projet de loi de finances de la sécurité sociale, c’est autour de 2%. 2 à 2.5% selon les années.

⇔ 4% de dépenses en plus tendancielle, 2% accordés → chaque année, l’hôpital doit faire des économies, même si son budget augmente > annexe LFSS explicite

Constat 3 – Place de l'ONDAM « établissements » ...

Évolution de l'ONDAM 2020 par sous-objectif*

	Montant (en Md€)	Taux d'évolution
ONDAM TOTAL	205,3	2,3%
Soins de ville	93,6	2,4%
Etablissement de santé	84,2	2,1%
Etablissement et services médico-sociaux	21,6	2,8% 3,2% objectif global de dépenses
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,9	2,9% 4,1% pour l'OGD personnes âgées
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	2,6% 2,4% pour l'OGD personnes handicapées
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	1,0%
Autres prises en charges	2,4	5,2%

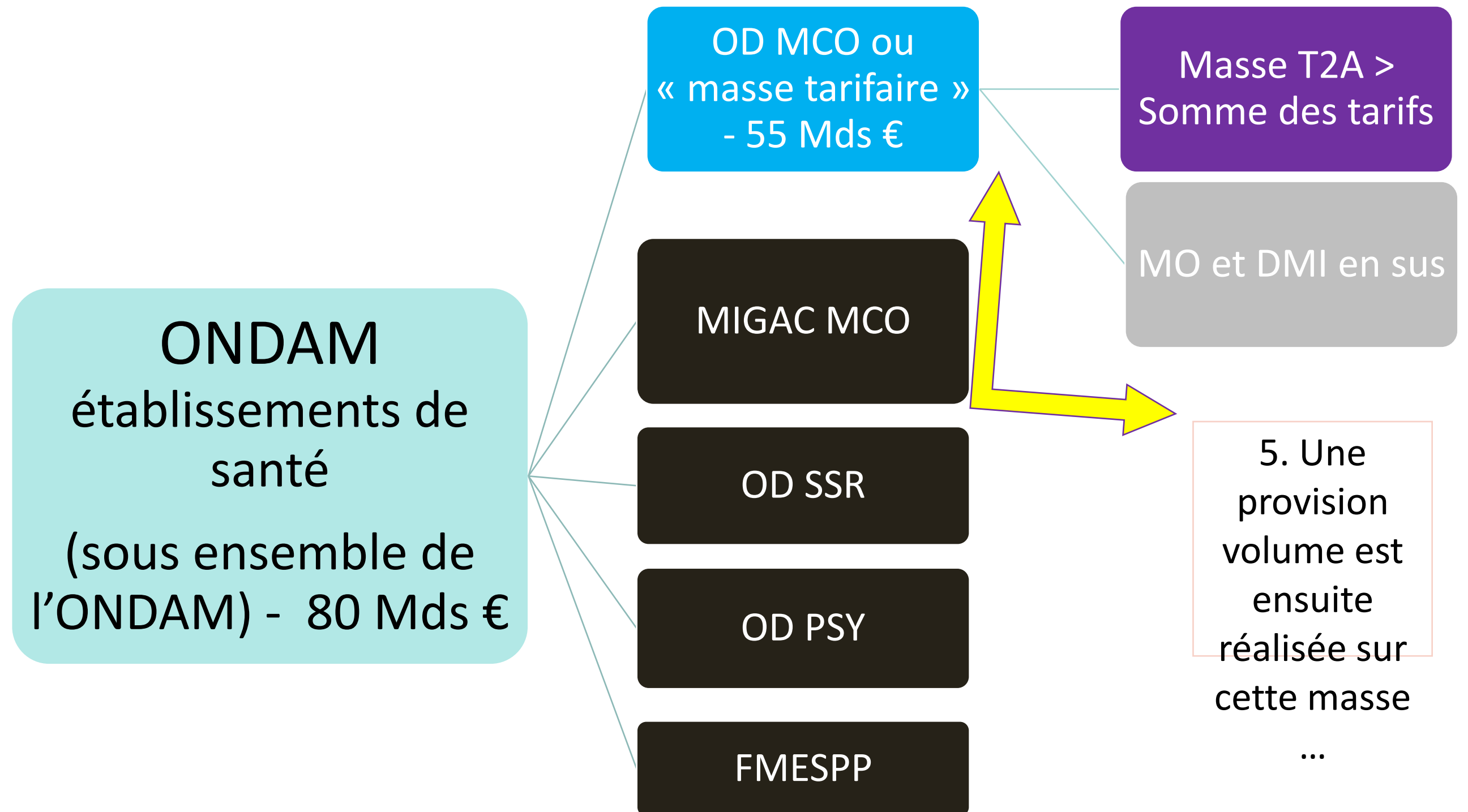


Pourquoi, malgré l'ONDAM qui augmente, parle-t-on de « contrainte budgétaire » dans nos établissements ?

Constats 4 et 5

4 : Dans l'ONDAM ES, la partie « masse tarifaire » est amputée par l'innovation

5 : Sur la partie « masse tarifaire restante », une provision volume est réalisée pour contenir les dépenses lorsque l'activité augmente (régulation prix / volume)



Pourquoi, malgré l'ONDAM qui augmente, parle-t-on de « contrainte budgétaire » dans nos établissements ?

➔ Ces 5 constats expliquent pourquoi un ONDAM qui augmente peut conduire à des tarifs qui baissent et in fine pour les établissements, à activité égale, à des ressources qui baissent d'une année sur l'autre ...

Et si les recettes baissent ... avec des charges qui augmentent ...

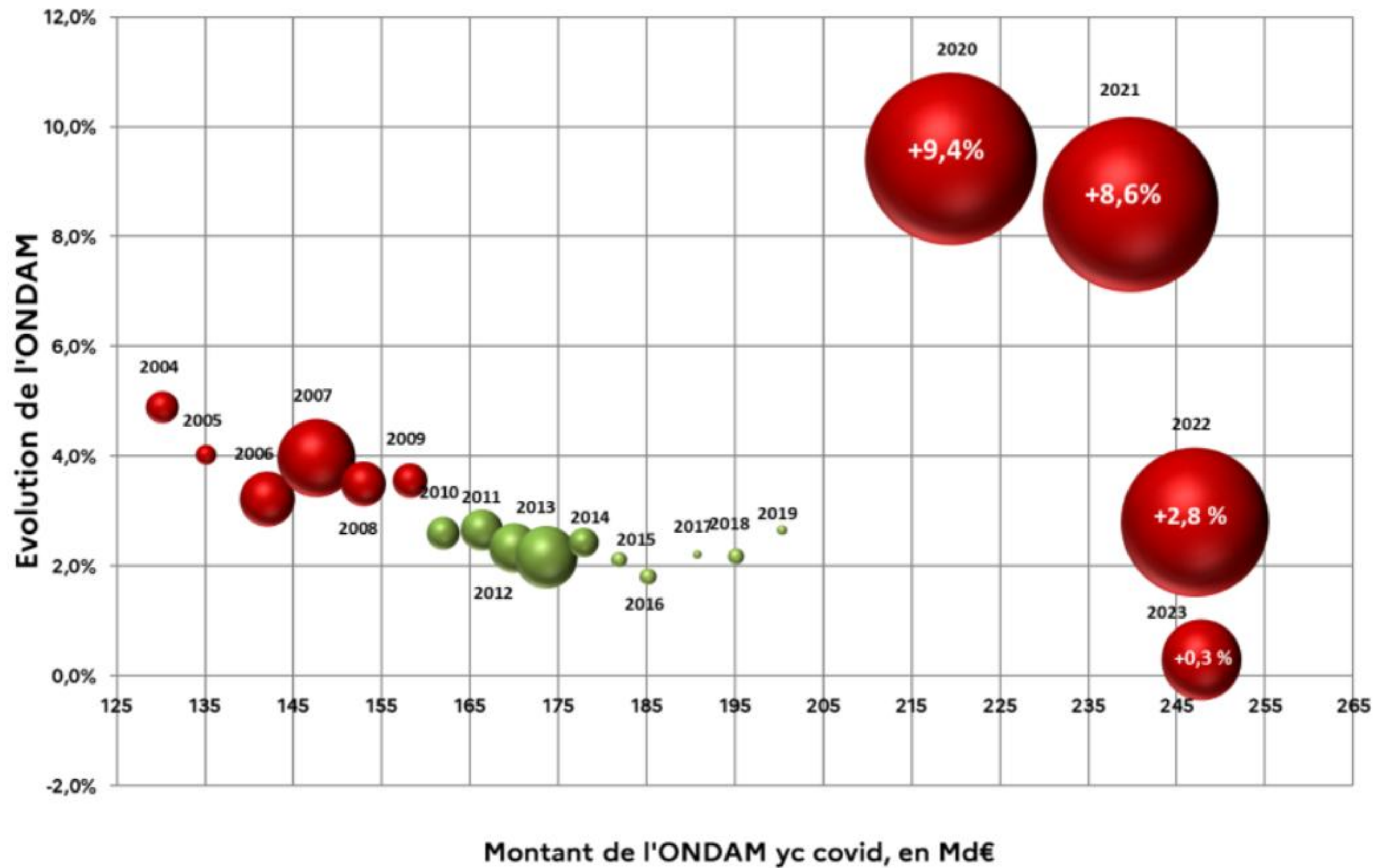
➔ dégradation mécanique de la situation financière de l'hôpital

➔ baisse directe des ressources d'investissements

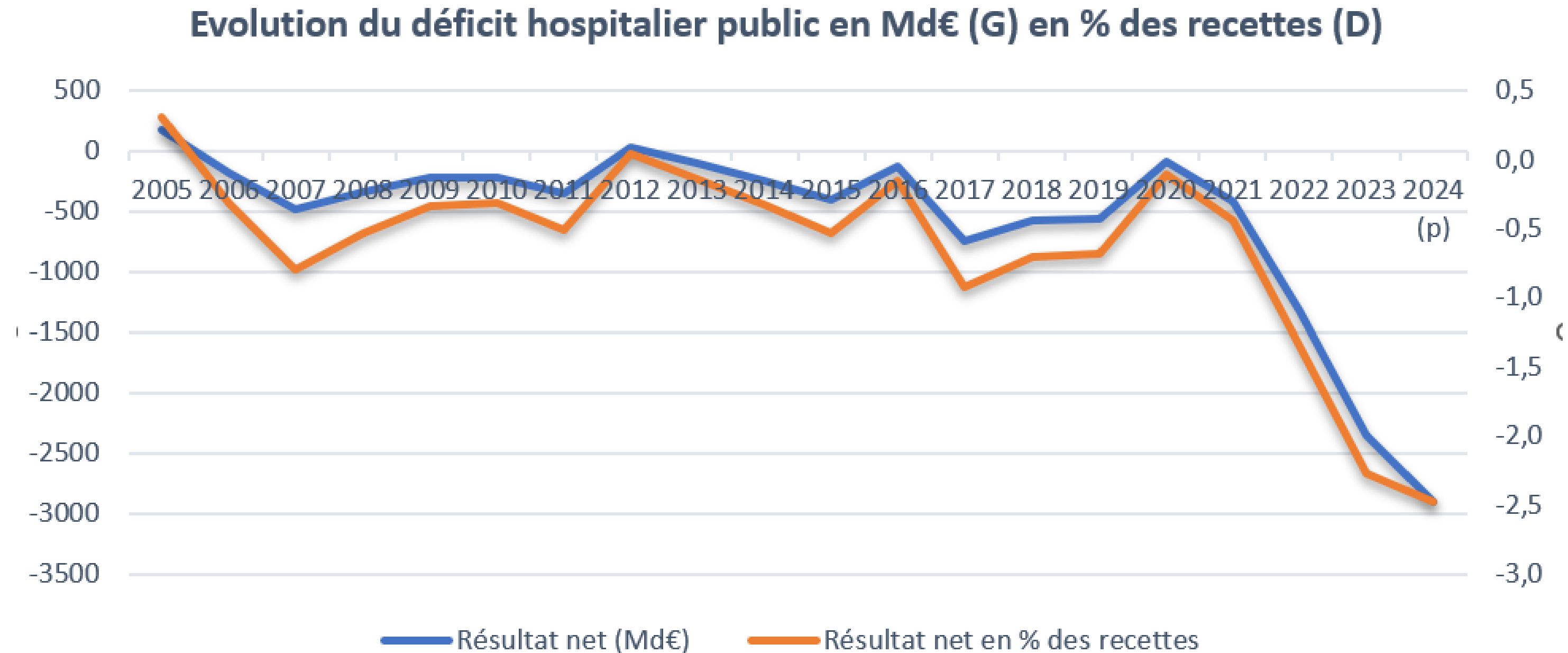
... le statu quo de la structure de production « HOPITAL » n'est plus possible, l'action de performance devient OBLIGATOIRE ➔ contexte de plan performance permanent ?

Cette course à la performance oblige(ra)it les hôpitaux à des gains de d'efficience annuels pour compenser les écarts > comment les acteurs de soins peuvent-ils le comprendre et l'intégrer au quotidien ?

La suite de l'histoire ...



Un déficit hospitalier public 2024 le plus élevé jamais enregistré depuis 2005

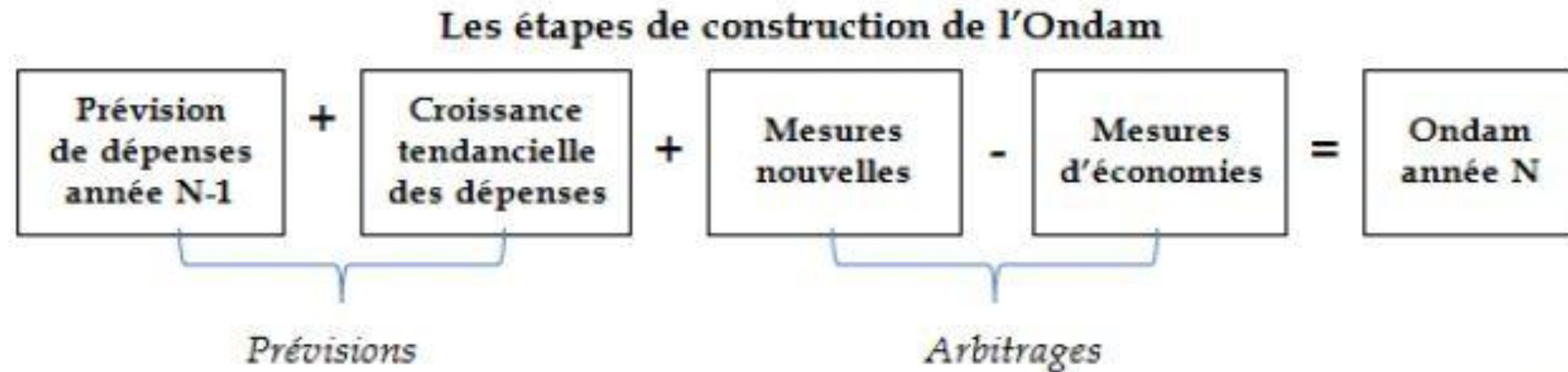


04

Les raisons d'espérer

4 – Des raisons d'espérer ?

- Un modèle ONDAM vivement critiqué (extrait rapport IGAS)



- Des tentatives d'évolution du modèle global
 - Financement à la qualité –Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) depuis quelques années
 - *Expérimentations sur les parcours et la responsabilité populationnelle*
- Mais jamais de discussion sur le financement de l'investissement par l'hôpital lui-même !

4 – Des raisons d'espérer ?

- Si on considère qu'il est encore « possible » de parler de performance à l'hôpital ... alors on doit s'interroger, la performance, comment ?

➔ ce sont des actions concrètes évidentes (mais difficiles à accepter isolément, sans leur donner un sens)

- - sur les charges
- - sur les produits
- - sur la stratégie d'investissement (lissée, productive, équilibrée)

Question : y'a-t-il une autre voie de passage, basée sur une gouvernance Direction - Docteurs claire et alignée qui permettrait d'atteindre des cibles de performance financière (pour garantir la réalisation des projets et donc sécuriser l'offre / qualité ET égal accès aux soins ?) tout en donnant du sens à l'action collective ?

4 – Des raisons d'espérer ?

Si le modèle n'évolue pas ... alors il faut (faudrait / faudra) choisir ses combats quant aux leviers de performance à actionner :

- La question de la carte hospitalière et des implantations
- La question de la gradation des filières de soins
- La question des équipes partagées (liens RH)
- La question des gouvernances communes et des process d'arbitrage partagés
- La question de l'adéquation entre l'offre et le besoin de santé (et non forcément la demande !!!)

Cela n'est pas possible que par l'incontournable alliance entre la direction et les docteurs.

>>> on assiste donc sans doute à une transition :

- ***Des indicateurs pertinents qui évoluent*** : des indicateurs financiers ou de volume d'activité à des indicateurs géo-populationnels ? (exemple de l'étude FHF récente)
- ***Du type de dialogue de gestion*** à mettre en place dans nos établissements : place des parcours, place de l'éco soins, place de la pertinence des actes



En conclusion

En conclusion

- Le modèle financier d'allocation des ressources entre hôpitaux ET de fonctionnement hospitalier actuel (lien production – investissement) « oblige » l'hôpital à questionner sa performance

La communauté médicale est en droit d'attendre un état des lieux objectif et quantifié de la situation de départ (hauteur de la marche à monter)

- Donner du sens = La pédagogie autour de l'effort

La performance n'est pas une fin en soi mais doit permettre à l'établissement de disposer d'une autonomie financière lui garantissant la possibilité de conduire ses projets, pour répondre aux besoins de la population // cf définition de la performance choisie au départ

- Porter collectivement

- Identifier les facteurs limitants

Deux facteurs sont « très limitants » = l'attractivité auprès des patients / le recrutement de docteurs



Merci de votre attention

Pour toute question :
Direction@ghre.fr