

# Les hôpitaux publics français: *Mettre fin aux idées reçues*

*28 èmes journées d'études de l'Association  
Nationale des Sages Femmes cadres*

*Cédric Arcos – Directeur de Cabinet FHF*



## Les hôpitaux publics en France: 1<sup>er</sup> acteur de santé

## ■ **L'hôpital public:**

- Plus de 1000 établissements sanitaires
- Acteur économique majeur, employant près de 800 000 agents
- Une capacité d'accueil de 330 000 lits et places, soit les **3/4 des lits d'hospitalisation en France**

## ■ **Le secteur médico-social public:**

- Plus de 1500 établissements sociaux et médico-sociaux
- Employant près de 55 000 agents
- Une capacité d'accueil de 300 000 lits et places

## ■ Un contexte difficile pour le service public hospitalier:

- ✧ Morosité des personnels
- ✧ Réorganisations vécues avec appréhension
- ✧ Sentiment d'un affaiblissement progressif du service public (loi HPST, Loi Fourcade)
- ✧ Fragilité financière des établissements
  - *Le déficit cumulé s'est certes amélioré en 2010 mais reste problématique*
  - *L'endettement du secteur est fort et pèse sur l'avenir*

➔ Conséquences: Plans de retour à l'équilibre,  
Suppressions de postes: 10 000 postes supprimés en 2009



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



# Pourquoi ces difficultés financières?

- Sous l'effet de la mise en place de la Tarification à l'activité, les hôpitaux publics ont vu leur situation financière se dégrader.
- En 2011, alors que leurs charges progressent mécaniquement de 3,3% les tarifs publics baissent de plus de 1%...

- **Le service public préféré des français:**

- 82 % des français ont une bonne image des hôpitaux publics, 81 % en sont satisfaits
- L'hôpital public est synonyme de qualité des soins pour plus de 2/3 des français et de bon accueil pour 70% d'entre eux

- **Des parts de marché qui progressent:**





FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

## ■ **Le Service Public se modernise:**

- ✧ Modernisation immobilière
- ✧ Modernisation des structures: *rationalisation des plateaux techniques, partages d'équipements...*
- ✧ Modernisation des organisations: *externalisation de certaines fonctions logistiques, mutualisation des achats...*

## ■ **Les coopérations se développent :**

- ✧ Les hospitaliers s'approprient progressivement les outils de coopération: Groupement de coopération sanitaire, Communauté Hospitalière de territoire
- ✧ Des projets médicaux de territoire se dessinent

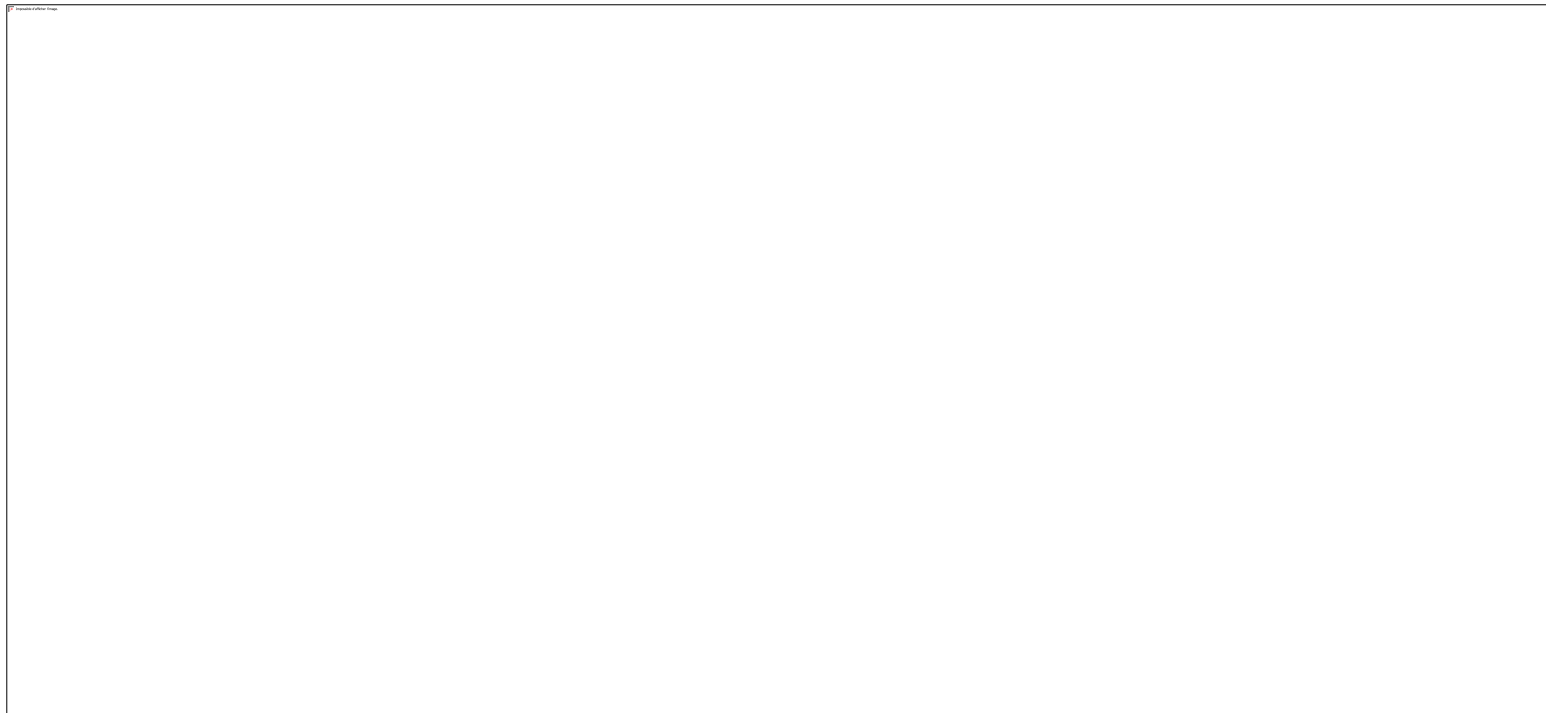
➔ **Objectif:** généraliser les stratégies de groupe public

➔ **Enjeu:** Concilier qualité et sécurité des soins, répondre au besoin de proximité des populations

Pour en finir avec les idées reçues

## Idée reçue n°1: Les dépenses des hôpitaux public ne cessent d'augmenter

- En 30 ans, les dépenses d'assurance maladie consacrées à l'hôpital public est passée de 41% à 34%.



- Les comparaisons internationales (OCDE) montrent en revanche un poids des dépenses hospitalières totales plus important dans la dépenses totale de santé, essentiellement en raison de l'importance du secteur lucratif

## Idée reçue n°2 : L'hôpital public ne se réorganise pas

- ✧ La durée moyenne de séjour en soins aigus a considérablement diminué et est inférieure à celle de tous les pays de l'OCDE, hors pays scandinaves: de 6,2 jours en 1995 à 5,5 jours en 2007
- ✧ Le nombre de lits a fortement baissé, passant de 4,6 à 3,6 pour mille habitants de 1995 à 2007
- ✧ Les structures de coopération se multiplient
- ✧ Les efforts de gestion sont considérables: Ex: achats (15 milliards d'euros annuels, gérés aux 2/3 par des structures mutualisées)

## Idée reçue n°3 : L'hôpital public coûte plus cher que les cliniques commerciales

- ✧ La dynamique d'évolution des dépenses est beaucoup plus forte dans le secteur commercial



- ✧ Depuis 2005, les hôpitaux publics ont réalisé plus de 2,5 milliards d'euros d'économies

## Idée reçue n°3 : L'hôpital public coûte plus cher que les cliniques commerciales (suite)

- ✧ L'écart tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques lucratives est de 19% (2010). Alors pourquoi payer plus le public pour un même acte?
- ✧ Hôpitaux/ cliniques: des missions différentes...et des coûts différents:
  - ✧ **Une mission différente:** les hôpitaux publics ne peuvent choisir leurs activités et prennent en charge tous les patients, sans aucune sélection de gravité, d'âge ou d'argent. Ex: 80% des patients de plus de 75 sont pris en charge dans le public...
  - ✧ **L'hôpital public, lieu de prise en charge des cas les plus graves:** Les 50 groupes de pathologies (GHM) les moins lourds (amygdalectomies, extractions dentaires, ligatures des veines, libération du canal carpien, etc.) sont pris en charge à 70% par les cliniques commerciales tandis que les 50 GHM les plus lourds (transplantations, traumatismes multiples graves, interventions cardiothoraciques, leucémies aiguës) sont pris en charge à 71% par l'hôpital public voire même à 100% pour les 6 GHM les plus lourds.

Les activités réalisées presque exclusivement dans les CHU (>80%) représentent 6% des recettes T2A des CHU  
Les GHS coûteux (>80 000€) représentent 16% des recettes T2A des CHU  
Les GHS coûteux (>80 000€) représentent 16% des recettes T2A des CHU

- **Public:** lieu de la prise en charge lourde
- **Privé:** modèle économique basé sur une concentration de leurs activités sur quelques prises en charge

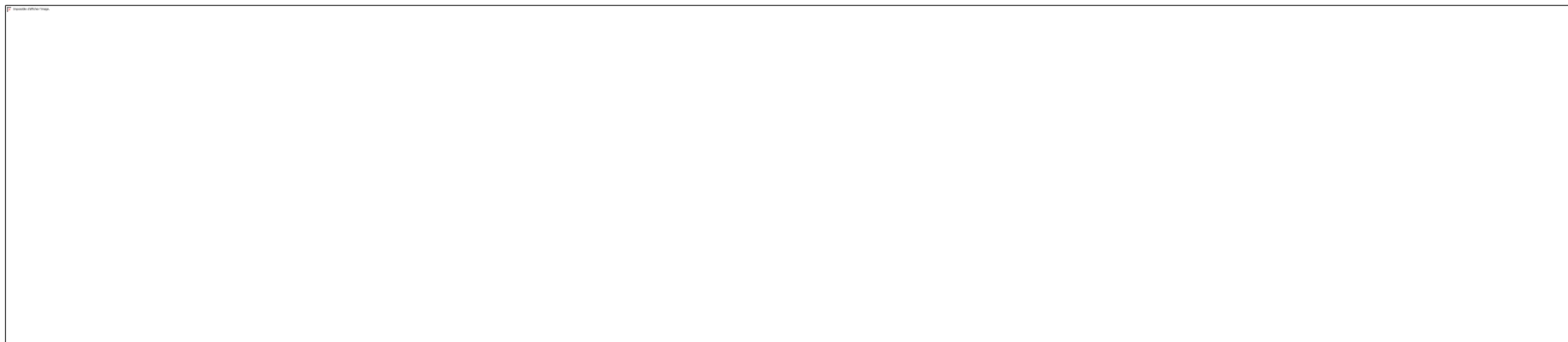
## Idée reçue n°3 : L'hôpital public coûte plus cher que les cliniques commerciales (suite)

✧ Les tarifs public et privé ne correspondent pas au même périmètre...et ne sont donc pas comparables:

- Les tarifs des cliniques ne comprennent pas une partie des examens biologiques et d'imagerie réalisés en externe et facturés à l'assurance maladie
- Les tarifs des cliniques ne comprennent ni les suppléments hôteliers, ni les dépassements d'honoraires (470 millions d'euros)
- Les tarifs des cliniques s'appuient sur des activités majoritairement programmées
- Les tarifs des hôpitaux ne tiennent pas compte des niveaux de sécurité ni des coûts liés à certaines activités d'intérêt général

## Idée reçue n°4: Les pouvoirs publics favorisent les hôpitaux publics

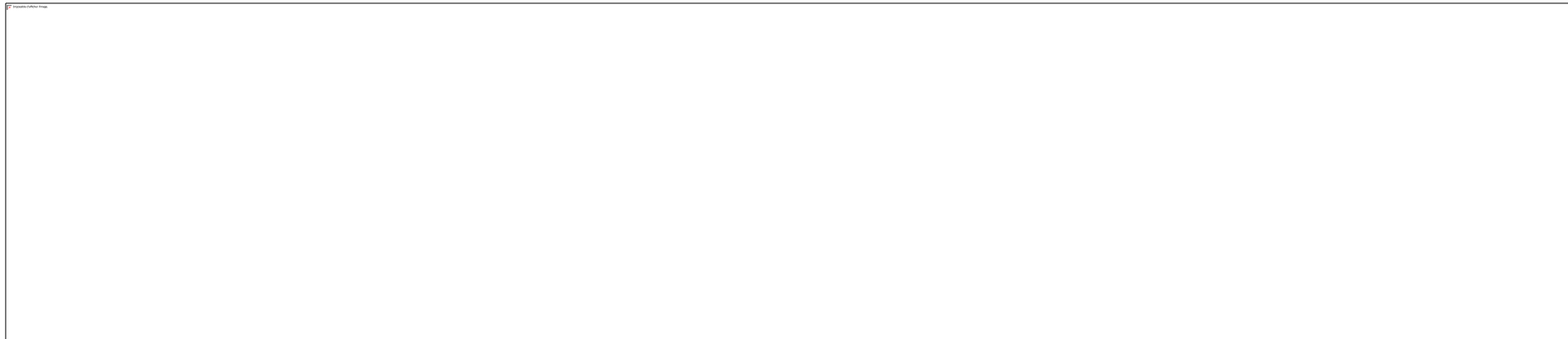
- La mise en œuvre de la convergence tarifaire se réalise dans des conditions peu transparentes, au détriment des hôpitaux publics



- Les choix de convergence visent nettement à privilégier le secteur privé: en 2011, 90% des GHM de chirurgie diminuent dans le public, 83% des GHM augmentent dans le privé
- La convergence est conduite en dehors de toute logique médicale: les tarifs convergent alors même qu'ils recouvrent des réalités différentes
- Le financement des missions d'intérêt général est lui aussi sous-évalué: stagnation de l'enveloppe en 2011,

## Idée reçue n°5: Le coût des cliniques privées ne pèse pas sur le budget des ménages

- Depuis 2000, les dépassements d'honoraires (chirurgie privée) ont explosé de + 6% par an
- La part des dépenses payées par les ménages varie de 1 à 3 entre public et privé:



## Idée reçue n°6: L'hôpital public ne joue plus un rôle central dans la recherche

- L'hôpital public consacre chaque année plus de 2 milliards d'euros à la recherche, à l'enseignement et à l'innovation
- 78 premières mondiales réalisées au sein des CHU
- Un lieu de diffusion et de généralisation des innovations
- De nouvelles perspectives ouvertes par les IHU

# Promouvoir l'hôpital public: une responsabilité collective

## ■ Promouvoir un service public exigeant et responsable

- ✧ Reconnaissance et valorisation du rôle spécifique de l'hôpital public
- ✧ Partage équitable des efforts entre les acteurs
- ✧ Poursuite des évolutions nécessaires au sein des hôpitaux publics
  - *Réorganisations des établissements*
  - *Evolutions des pratiques*
  - *Coopérations: rationaliser l'offre de soins et lieux la répartir*
- ✧ *Cohésion indispensable des équipes pour défendre l'Hôpital public*

## ■ **Proposer une vision ambitieuse du service public hospitalier: la plateforme politique de la FHF**

### ✧ **Un objectif :**

- Un service public garant d'une offre de soins lisible pour la population, pour les élus, pour les professionnels
- Une offre de soins plus performante en terme de qualité, de disponibilité, et d'efficience médico-économique

### ✧ **Des évolutions à conduire pour un service public:**

- Conscient de ses valeurs et de sa responsabilité
- Plaçant les patients au cœur de sa stratégie
- Ouvert à son territoire et à ses acteurs
- Décloisonné, au cœur d'une démarche de santé publique
- Novateur dans ses prises en charge et dans la coopération entre ses professionnels, en son sein et au sein du territoire
- Performant et renouvelé dans son management et sa gestion
- S'appuyant sur un financement renouvelé

**Merci de votre attention**