Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL OCTOBRE 2016 N° 106

EDITORIAL

Dépenses de santé : la France trop raisonnable ?

Les « Comptes Nationaux de la Santé » 2015 que vient de publier la DREES livrent une information qui, très curieusement, n'a pas reçu toute l'attention qu'elle mérite : l'année dernière les dépenses totales de santé en France, soit la bagatelle de 262 Mds€, se sont accrues *moins vite* que le PIB en valeur soit respectivement + 1,5% et + 1,9%. C'est totalement inédit et même historique. Il était courant d'enseigner en économie de la santé que l'élasticité revenu des dépenses de santé était de l'ordre de 2 : 1% de PIB en plus entrainait une croissance de 2% des dépenses de santé. Si cette tendance avait été maintenue, la dépense de santé aurait augmenté de près de 10Mds en 2015 contre un peu plus de 4,5Mds « seulement ». Cela est d'autant plus intéressant que ce ralentissement touche particulièrement la France qui recule dans la hiérarchie mondiale des dépenses de santé. Selon les données récentes de l'OCDE – dont l'agrégat est légèrement différent de celui de nos comptes nationaux – avec 11% du PIB consacrés à la santé, la France se situe désormais en 6ème position derrière les Etats-Unis - détachés seuls en tête avec 17% - la Suisse (11,5%), le Japon (11,2%), l'Allemagne (11,1%) et la Suède (11,1%). Certes, les écarts sont faibles mais un dixième de point de PIB représente plus de 2 milliards d'euros ! En 2000, la France avec 9,5% occupait le 3ème rang mondial derrière les Etats-Unis (12,5%) et l'Allemagne (9,8%). Entre 2000 et 2015, les dépenses totales n'ont ainsi progressé en France que de 1,5 point de PIB contre 4,4 points aux Etats-Unis et 3,5 au Royaume-Uni. Ce dernier pays, longtemps considéré comme frugal, tutoie désormais les 10% de PIB, soit un point de moins que la France alors que la différence dépassait les 3 points en 2000. L'évolution des dépenses de santé est liée à celle de la consommation de biens et services médicaux (CSBM) qui en représentent les trois-quarts, le reste couvrant les indemnités journalières, la formation, la recherche, les coûts de gestion, etc. Cette CSBM s'est accrue de +1,8%, soit également moins que le PIB. Les dépenses hospitalières (+1,9%) restent plus dynamiques que les dépenses de ville (+1,7%) tirées vers le bas par le poste pharmacie, le seul à connaitre une diminution en valeur absolue, et le secteur public continue de croitre plus vite que le secteur privé (+1,1%). Nous le disions plus haut les pouvoirs publics ont peu ou pas commenté cette performance économique qui marque pourtant le succès d'une politique volontariste de maîtrise des dépenses de santé. La Ministre, lors de la présentation des comptes, a préféré mettre l'accent sur la structure de financement et la faiblesse du « reste-à-charge » des ménages qui avec 8,4% de la CSBM est l'un des plus faibles - sinon le plus faible - d'Europe. On la comprend. La maîtrise des dépenses est mal vécue par le monde de la santé qui subit les effets des coups de rabot qu'elle entraine, notamment à l'hôpital. Par ailleurs, il n'aurait peut-être pas été très habile de se féliciter de cette « performance » au moment où le gouvernement, à travers la convention des médecins libéraux, la revalorisation du point d'indice de la fonction publique hospitalière et le relèvement de l'ONDAM à 2,1%, s'apprête - opportunément - à desserrer le carcan des comptes pour 2017...

Claude LE PEN

SOMMAIRE

RECETTES & FACTURATION

Financement

Les modalités de calcul de la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité ..... page 2

La réforme du financement des services d'urgences hospitalières ..... page 4

ECONOMIE ET MARCHÉS FINANCIERS

Marchés financiers

Des conditions de financement par emprunt toujours plus attractives en 2016 ..... page 8

GESTION FINANCIÈRE

PGFP

Le Plan global de financement pluriannuel 2017-2020 : les nouvelles « règles du jeu » ..... page 12

INVESTISSEMENT

GHT

La comptabilisation des opérations d'investissement réalisées dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ..... page 16

STRATÉGIE & EFFICIENCE

GHT

GHT : où en est-on ? Premier panorama d'une (r)évolution du point de vue des établissements supports ..... page 25

PARUTIONS - AGENDA

..... page 28

ISSN 1955-642X

GHT

GHT : où en est-on ? Premier panorama d'une (r)évolution du point de vue des établissements supports

La mise en place des GHT constitue une (r)évolution seulement 10 ans après celui de la T2A. Une première phase de mise en œuvre a été engagée au 1er juillet, dont on connaît imparfaitement les contours :

- **Quelles caractéristiques et typologies de groupement découvre-t-on ?**
- **Quels choix opérationnels ont été faits pour la mise en œuvre des GHT ?**
- **Quelles difficultés ont été rencontrées ?**
- **Quelles priorités ont été retenues ?**
- **Quel impact constate-t-on sur la relation avec les autres acteurs, notamment la médecine de ville ?**

Jean-Pierre NORDMANN
Nordmann Conseil

Nous avons mené une enquête auprès des directions d'établissements de santé afin de dresser un premier panorama de la mise en place des GHT du point de vue des établissements supports. 83 d'entre eux ont accepté de répondre (61% des GHT). Le panel est représentatif par taille et profil d'établissements supports (par exemple : 23% des établissements supports des GHT interrogées sont des CHU dans l'enquête, contre 26% au niveau national). La couverture géographique de l'enquête est globalement satisfaisante, même si l'Aquitaine est surreprésentée (90% de taux de réponse) et le LRMP sous-représenté (29% de taux de réponse).

Une diversité importante de taille des GHT, qui pose deux questions : la stabilité de groupements qui n'ont pas atteint la taille critique, et la gouvernabilité de ceux disposant d'un nombre important de membres

Les G.H.T présentent des tailles très variables, allant de **deux établissements** (G.H.T de la Vienne avec le CHU de Poitiers et le GH Nord-Vienne) à vingt (autours du CHU de Saint-Etienne). En moyenne, un G.H.T se compose de **7,3 établissements**.

La taille des GHT est très variable d'une région à l'autre, passant d'une moyenne de 5,8 établissements en LRMP à 10,0 en Pays-de-la-Loire, si on exclut les contextes spécifiques de la Corse et de l'Ile-de-France.

En nombre de lits en MCO/SSR, la médiane de l'enquête s'établit à 1 840 lits. Lorsque l'on inclut tous les types de lits, dont l'hébergement, la médiane passe à 2 846 lits. Un G.H.T sur 10 dépasse les 5 000 lits.

Le bassin de population moyen s'élève à **565 000 habitants**, avec une dispersion très forte. Dans le cadre de l'enquête, le plus grand G.H.T interrogé s'étendait sur un bassin de population de presque **2 millions** d'habitants quand le plus petit dessert un territoire de **60 000 habitants**.

La diversité des tailles de GHT pose la question de la stabilité de certains groupements à terme :

- Comment maintenir par exemple un GHT sur un périmètre de 60 000 habitants alors que la moyenne s'établit à 500 000 habitants ?
- Quelle gouvernance performante ou gestion efficiente des processus (cliniques ou supports) dans un GHT à plus de 10 établissements ne disposant pas d'une personnalité morale ?

Une maturité forte sur les fonctions Achat et Systèmes d'Information, moindre sur les autres volets logistiques ou administratifs

La fonction achat est la fonction dont le niveau d'avancement est le plus élevé, avec **74%** des G.H.T ayant initié des travaux à ce sujet. Le taux est également important sur le volet Systèmes d'Information avec **72%** des G.H.T. à l'été 2016.

Concernant le DIM de territoire, **36 %** des G.H.T. n'avait engagé aucun travail à l'été 2016. Le taux se détériore à 41% sur le volet Formation.

Les délégations facultatives ont majoritairement été mises de côté puisqu'aucune réflexion n'a été engagée sur les fonctions logistiques et techniques dans 56 % des cas, et **64 %** pour ce qui concerne les fonctions administratives.

Des choix prudents de gouvernance

Sur les règles de décision du G.H.T, l'enquête révèle que le choix de l'égalité stricte et de la recherche du consensus a été majoritairement choisi, pour **80 %** des G.H.T. Dans **10 %** des cas, une pondération des voix a été décidée (10 % n'avait pas encore décidé dans l'attente de l'établissement de leurs Règlements Intérieurs de GHT).

Pour ce qui concerne la représentation médicale, 79 % des G.H.T ont opté pour le comité médical de territoriale, la commission médicale de territoriale n'étant choisie que pour **2 GHT sur 10**.

La toute nouvelle entité chargée d'incarnée la démocratie sanitaire reste encore à déterminer pour de nombreux G.H.T : si **50 %** des G.H.T ont opté pour un comité des usagers, **37 %** n'ont pas encore décidé et **13 %** ont choisi la modalité commissionnaire.

Une mise en place plutôt aisée du point de vue des établissements supports

33 % des G.H.T trouve leur genèse dans une C.H.T, quand **20 %** sont issus d'une addition de C.H.T et **8 %** d'une division de C.H.T.

Concernant les modalités de concertations, seulement 62 % des G.H.T ont organisé des réunions réunissant tous les établissements. Mais parmi ceux qui ont organisé des réunions, 56 % sont allés jusqu'à organiser des séminaires.

Le consensus autour du choix de l'établissement support a été la norme (selon les établissements supports), puisque 86 % d'entre eux le jugent fort, 10 % en niveau intermédiaire et 4 % en niveau faible.

Contrairement à certains points de vue, la mise en place des G.H.T a ici été globalement perçue comme plutôt facile. A la question « *Quel a été le niveau de difficulté générale quant à la mise en place des GHT sur une échelle de 1 (faible) à 4 (forte)* », 68 % considèrent que la mise en place a été de difficultés 1 ou 2.

Le regard porté sur l'ambition atteinte par les établissements supports est globalement positif, puisque 83% portent une appréciation positive sur le chemin accompli au 1er juillet 2016. Seul 17 % ont un regard neutre... et 0 % des établissements supports un regard négatif !

Parmi les difficultés, le manque d'adhésion médicale n'arrive qu'en 4ème position

41 % des G.H.T ont connu des difficultés liées au périmètre du G.H.T, c'est-à-dire un flou autour du territoire et du nombre d'établissements membres. 41 % des G.H.T ont dû gérer la volonté d'au moins un établissement de quitter le G.H.T, mettant à mal sa mise en place.

En troisième position arrivent des difficultés d'ordre politique (27 %) avec des jeux d'acteurs politiques locaux clivant.

Puis (seulement en quatrième position) des difficultés liées à l'adhésion médicale (23 %), avec des communautés médicales fortement opposées à la mise en place du G.H.T.

Une cinquième difficulté émerge spontanément (mais non sans surprise) : 22 % des établissements supports ont cité le calendrier comme une difficulté fondamentale. Il convient cependant de noter que 4 G.H.T sur 10 ayant cité spontanément cette difficulté ont souligné qu'elle était également perçue comme une contrainte positive.

Enfin, en sixième position a été mentionné le positionnement de l'ARS, avec 12 % des établissements supports qui estiment que leur ARS aurait été insuffisamment présente, rejoignant ainsi leur difficulté à définir le bon du périmètre du GHT. A noter que ces difficultés ne sont citées que dans 6 régions sur les 13 métropolitaines (la mention monte même à 27% des GHT de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Des priorités relativement homogènes autour de 6 thématiques médicales

A la question libre sur les filières de soins définies par les GHT comme prioritaires, 6 thématiques ressortent principalement :

- prise en charge des personnes âgées (42% de citations),
- prise en charge de l'urgence (42%),
- filière chirurgicales (37%),
- cancérologie (36%),
- gynéco-obstétrique et pédiatrie (33%)
- santé mentale (33%).

Les autres filières de soins recueillent moins de 20% de citations. Concernant les filières médicotechniques, l'enquête souligne un avancement plus fort sur la biologie (73 % des G.H.T ont engagé un travail sur l'organisation commune) que sur l'imagerie (58%) ou la pharmacie (56%).

On peut également que si le GHT a fréquemment été considéré comme hospitalo-centré, les directeurs interrogés n'en ont majoritairement pas la même perception. Pour 43% des sondés, le GHT permettra certainement de renforcer les liens avec la médecine de ville. 40% considère que ce renforcement pourra probablement être engagé à terme ou dans un futur proche. Seuls 17% considère que le GHT n'améliorera pas les liens ville / hôpital.

Ce premier panorama dresse ainsi le portrait d'une première phase réussie du point de vue des établissements supports : un niveau d'opposition médicale relativement faible, une mise en œuvre perçue comme à un niveau faible de difficulté, une ambition jugée satisfaisante.

Ce début de mise en œuvre s'est structuré autour d'approches relativement consensuels :

- le choix d'un établissement support qui s'est imposé dans la majorité des cas ;
- des choix de gouvernance qui permettent moins facilement d'engager des décisions contre l'avis de certains des membres ;
- une concertation relativement réduite que ce soit entre les établissements ou avec les CHSCT ;
- des réflexions sur les fonctions supports qui concernent d'abord celles matures pour des projets collaboratifs (achats et systèmes d'information) ;
- un certain optimisme quant à la capacité du GHT à s'ouvrir vers la médecine de ville.

En creux, se dessine néanmoins une complexité de mise en œuvre plus importante pour les prochaines étapes :

- les priorités médicales retenues nécessiteront parfois des évolutions importantes sur le territoire : nombre lignes de gardes Urgences/SMUR/SAMU, ouverture vers la ville pour la prise en charge des personnes âgées, exercice multi-site pour des praticiens chirurgiens, maillage en maternité et périnatalité, entre autres...
- certains niveaux d'avancement sont relativement faibles alors que les échéances sont proches : DIM de territoire, Formation, mise en place d'une démocratie sanitaire, notamment...
- les questions non consensuelles peuvent facilement devenir des freins comme ça a été le cas pour la définition du périmètre du GHT ou l'opposition de certains établissements à participer au groupement de leur territoire ;
- la diversité des tailles de GHT pose la question de la stabilité des périmètres ou modalités de gouvernance des groupements à terme.