

Les coûts de l'hôpital, le prix du service public

Les récents débats au sein du Haut conseil de l'assurance maladie au sujet des « surcoûts » de l'hôpital public ont pu laisser l'impression que les hôpitaux publics français coûtaient beaucoup plus cher que les établissements privés pour des prestations équivalentes.

La FHF ne peut accepter de laisser se diffuser une telle affirmation qui ne repose sur aucun élément objectif et n'a pas de sens à partir du moment où les éléments comparés ne sont pas comparables.

Sans rentrer dans le jeu d'une polémique stérile et dangereuse pour l'image de notre système d'hospitalisation, la FHF souhaite apporter quelques éléments utiles à la compréhension du débat et montrer que ces attaques contre l'hôpital public correspondent davantage à l'agitation d'un vieux cliché qu'à une réalité objective.

1- Aucune étude objective ne montre que l'hôpital est globalement plus cher que le secteur privé.

Aucune étude globale ne montre de manière claire et précise que, pour des prestations équivalentes, l'hôpital public est plus cher que le secteur privé.

Les deux points sur lesquels s'appuyaient les récentes critiques contre l'hôpital sont inexacts :

- En ce qui concerne les ratios de personnels :

Les ratios de personnels comparés reposent sur des bases différentes : ils ajoutent pour le secteur public certaines activités dont les structures de personnels diffèrent fortement et que l'on ne retrouve pas du tout au même niveau dans le secteur privé (comme la psychiatrie par exemple).

Si l'on compare sur des activités similaires (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique), les écarts se réduisent très sensiblement.

Par ailleurs il convient de souligner que si les ratios sont supérieurs dans le public pour les personnels qualifiés, ils sont très nettement supérieurs dans le privé pour les personnels non qualifiés (ASH) qui ont bien entendu un coût moindre.

- En ce qui concerne l'activité :

Là encore les comparaisons se fondent sur des bases différentes :

- l'absence de distinction entre l'activité programmée et non programmée fausse la comparaison. Les activités programmées sont « sur valorisées », les activités non programmées sont « sous valorisées ».

- les parts de marché ne sont pas du tout les mêmes dans le public que dans le privé : le public réalise plus de 80% de la médecine, la chirurgie est réalisée en

majorité dans le privé (sauf pour la chirurgie lourde où le public est majoritaire), l'essentiel de l'obstétrique est réalisée dans le secteur public. Or il s'avère que l'homogénéité de la classification GHM n'est pas du tout la même en médecine, chirurgie, obstétrique : en effet, elle est bien meilleure en chirurgie qu'en médecine.

- l'activité de réanimation n'est pas répartie de manière homogène, les études citées reposent sur des données non actualisées où la réanimation (environ 5% des séjours mais 12% des budgets des hôpitaux publics !) est estimée au tiers de sa valeur.

- les études auxquelles il est fait référence ne prennent pas en compte les séjours hors normes et atypiques qui se retrouvent majoritairement dans le secteur public

Le risque pris par les établissements publics est donc plus grand que celui des établissements privés qui, d'une part, font beaucoup plus de chirurgie, et, d'autre part, choisissent leurs activités.

2- Le coût des missions de service public.

Le service public hospitalier au cœur des missions de l'hôpital. Le service public fait partie de l'identité même de l'hôpital public français. Parler donc de « surcoûts » pour qualifier les charges particulières induites par les missions de service public de l'hôpital est un contresens complet. Il s'agit de dépenses spécifiques liées à des missions que le secteur privé ne remplit pas et qui font la grandeur de notre modèle hospitalier français.

- Continuité de l'activité :

L'activité non programmée, c'est à dire l'accueil permanent de tous les usagers 24 heures sur 24 a une incidence directe sur les dépenses de l'hôpital.

Ainsi l'activité de garde sur place que l'on ne retrouve pas dans les établissements privés peut représenter un charge très importante pour les hôpitaux (d'une vingtaine de gardes dans un gros centre hospitalier à plusieurs dizaines de gardes chaque nuit dans un CHU).

- Accessibilité de tous :

L'hôpital accueille et prend en charge tous les usagers quelle que soit leur situation sociale. Cette obligation essentielle du service public hospitalier a une incidence directe sur ses coûts : incidences sur la durée de séjour, incidences en termes de poly-pathologie, et incidences en termes de créances irrécouvrables (plus de 60 millions d'euros pour la région Ile-de-France).

Par ailleurs le financement de services sociaux (assistantes sociales) sur son budget est une spécificité de l'hôpital. Les programmes d'action pour les plus démunis (PASS) sont également spécifiques à l'hôpital. Il en est de même pour les pathologies psychiatriques aiguës qui relèvent toujours des établissements publics.

- Enseignement et innovation :

S'il est pris en compte dans les CHU, l'enseignement destiné aux personnels paramédicaux est assuré dans de nombreux centres hospitaliers. Par ailleurs, les écoles paramédicales sont la quasi exclusivité des hôpitaux et des établissements participant au service public hospitalier.

En ce qui concerne l'innovation un certain nombre de financements ont été prévus mais il apparaît clairement qu'ils ne couvrent pas les différentes facettes du processus de l'innovation à l'hôpital.

- Coopération internationale :

Les hôpitaux publics et notamment les CHU sont impliqués dans de multiples actions de coopération internationale et parfois à la demande même des autorités gouvernementales (ex programme Esther). Par ailleurs, dans certains DOM un fort recrutement de pathologies lourdes en provenance des pays limitrophes est pris en charge par les établissements publics.

- Santé publique, réseaux et prévention :

La participation des hôpitaux à de multiples réseaux de santé est fortement consommatrice de temps et sous-estimée ou oubliée dans les budgets MIGAC (centres de planning familial, soins dentaires pour les plus démunis, formation diabetologie...).

- Sécurité sanitaire et gestion des crises :

Charges particulières liées à certains plans (Biotox, prévention canicule...).

3- Les différences de réglementation et de pratiques.

En dehors des charges induites par les missions de service public, les hôpitaux doivent également appliquer des règles différentes qui faussent la comparaison entre les deux secteurs d'hospitalisation.

- Les règles relatives aux personnels

Un des obstacle majeur à la comparaison public / privé est la différence de traitement des personnels médicaux :

- La rémunération des personnels médicaux dans les structures privées sous la forme d'honoraires non intégrés aux budgets de ces établissements est différente du secteur public où la salaires des médecins font partie intégrante des budgets hospitaliers. Le bordereau 615 utilisé comme base des coûts médicaux dans le privé n'est pas exhaustif et ne représente pas l'ensemble des charges sociales en rapport avec ces honoraires (une partie d'entre eux étant pris en charge par l'assurance maladie)
- Les directives européennes sur le temps de travail des médecins ne s'appliquent pas aux médecins non salariés des établissements privés. La nouvelle réglementation issue de ces directives a un impact très lourd sur les structures publiques et fausse donc la comparaison entre ces deux secteurs
- L'hôpital ne maîtrise pas l'évolution des salaires de la fonction publique

La FHF estime que l'hôpital public et les établissements privés n'ont rien à gagner dans cette querelle d'un autre temps. La question de savoir qui est le plus « cher » n'a de sens qu'à partir du moment où l'on sait précisément ce que réalise chacun des secteurs.

Il ne s'agit pas d'une quelconque crispation de l'hôpital public sur son mode de fonctionnement – la FHF a toujours milité pour une modernisation des structures et des modes de gestion – mais bien d'une défense de ce qui fait l'essence même de notre modèle hospitalier français.

La FHF compte poursuivre cet effort de clarification en réalisant très prochainement une étude plus approfondie et chiffrée sur les coûts spécifiques de l'hôpital public.

Dans la même logique et dans la perspective de la mise en place de la tarification à l'activité, la FHF souhaite que soit très rapidement fixé un niveau de MIGAC suffisant pour permettre le maintien de la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux publics.