

FINANCEMENT DES HÔPITAUX : PRINCIPES, ENJEUX ET PILOTAGE

Comment réformer la T2A ?



DES de Pharmacie Université de Franche Comté
29 août 2019



Plan

Le financement des établissements de santé à l'activité

- De l'ONDAM à la T2A
- Le fonctionnement de la T2A

Réformer la T2A : dans quel sens ?

- Les critiques de la T2A
- Les pistes de réforme

Le financement des établissements de santé à l'activité

De l'ONDAM à la T2A

Le fonctionnement de la T2A

3

Les réformes hospitalières depuis 40 ans (1)

- **LOI DE REFORME HOSPITALIERE DU 31 DECEMBRE 1970**
 - service public hospitalier ; **carte sanitaire**
- **LOI DU 19 JANVIER 1983**
 - Objectif : ralentir la très forte croissance des dépenses hospitalières en les encadrant : modification radicale du financement des hôpitaux en substituant au Prix de Journée une **Dotation Globale** (enveloppe à caractère limitatif)
- **LOI HOSPITALIERE DU 31 JUILLET 1991**
 - **projet d'établissement**
 - création d'un nouveau document contractuel : le **SROS** qui apporte un volet qualitatif en complément de la carte sanitaire, plus quantitative.
 - **conférence sanitaire**
 - **droits des malades**
 - renforcement des rôles de la CME, du CTE et de la CSI

4

Les réformes hospitalières depuis 40 ans (2)

- **CREATION DE L'OQN (Objectif Quantifié National) EN 1993**

- Volonté de **réguler les dépenses** hospitalières du secteur lucratif (cliniques privées)
- Le principe est celui d'une enveloppe fermée, régulée par un **mécanisme de type « prix / volume »** (si les volumes générés tendent à faire dépasser l'objectif global de dépenses, l'État révisé les prix de journée et de forfaits à la baisse).

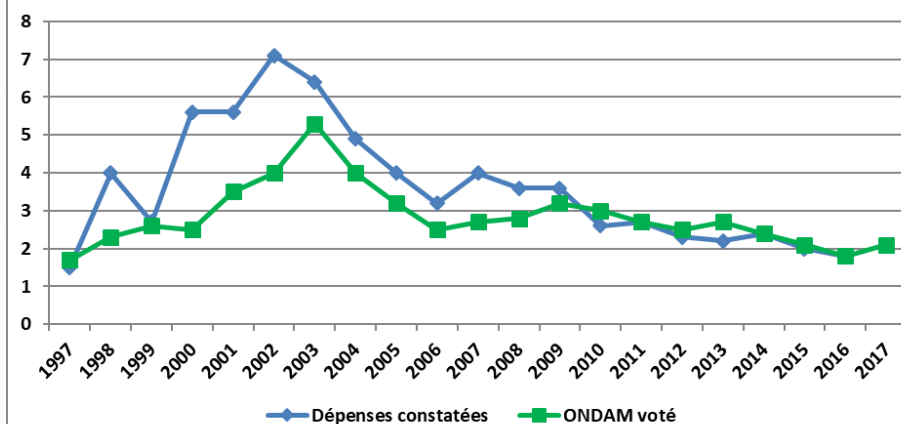
- **ORDONNANCE DU 24 AVRIL 1996 (PLAN JUPPÉ)**

- Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (**ARH**)
- Création de l'**ONDAM** fixé par la LFSS
- Poursuite de la généralisation du **PMSI**
- Mise en place de la procédure d'Accréditation

5

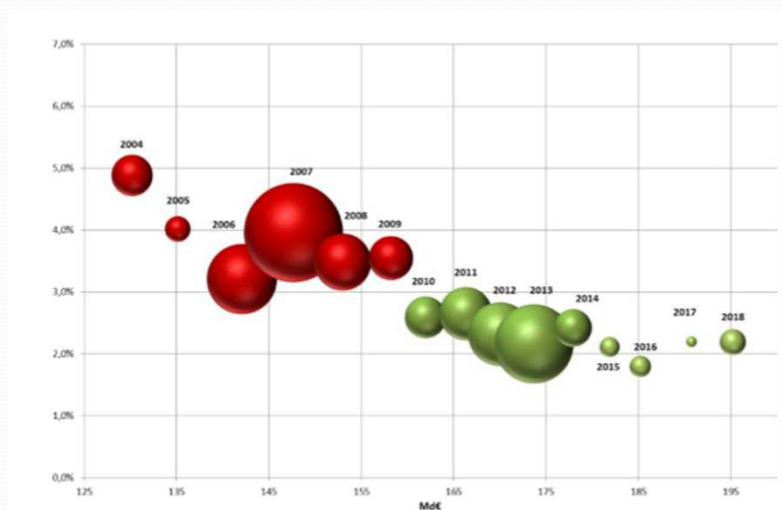
L'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie)

L'ONDAM voté et les dépenses d'assurance maladie constatées (taux de croissance en %)



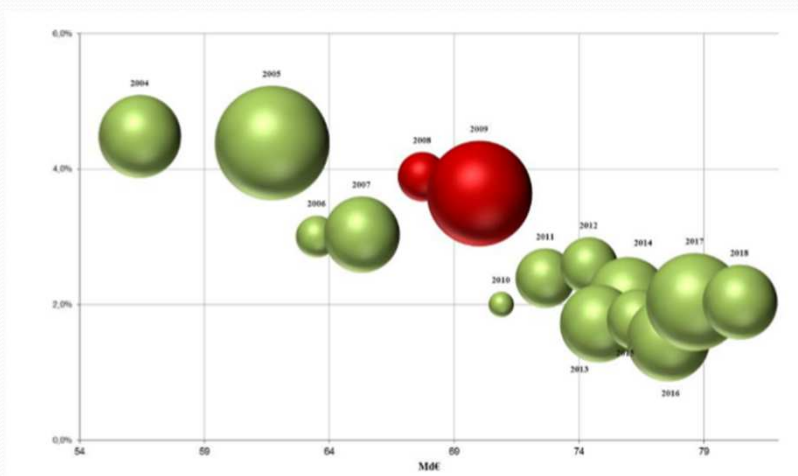
6

L'ONDAM global depuis 2004



7

L'ONDAM ES depuis 2004



8

L'ONDAM 2019

	Montant (Md)	Taux 2017	Rappel taux constaté 2018
Soins de ville	91,5	2,5 %	2,4 %
Etablissements de santé	82,7	2,4 %	2,0 %
Etablissements médico-sociaux	20,8	2,2 %	2,6 %
FIR	3,5	4,8 %	3,1 %
Autres PEC	1,9	6,3 %	4,3 %
TOTAL	200,3	2,5 %	2,3%

1 bis, rue Cabanis - CS 41402 - 75993 Paris cedex 14 - T +33 1 44 06 84 44 - F +33 1 44 06 84 45 - e-mail fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

Une accélération des réformes début 2000

**Depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991
et l'ordonnance du 24 avril 1996 :**

- > La loi du **2 janvier 2002** : réorganisation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
- > La loi du **4 mars 2002** : reconnaissance des droits du malade et mise en place d'un nouveau système d'indemnisation de l'accident médical
- > L'ordonnance du **4 septembre 2003** : modification du régime de planification et d'autorisation des activités de soins
- > La loi du **6 août 2004** relative à la bioéthique
- > La loi du **9 août 2004** de santé publique
- > La loi du **13 août 2004** de la réforme de l'Assurance Maladie, avec la mise en place de la HAS
- > L'ordonnance du **2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé et introduisant l'EPRD

C'est ce dispositif législatif qui entoure le plan Hôpital 2007

Le plan Hôpital 2007 et l'instauration de la T2A

Objectifs du Plan Hôpital 2007 (2002)

Redonner aux établissements de santé les moyens de leurs ambitions et de leur adaptation :

- > en garantissant un **financement plus équitable** fondé sur l'activité, la **T2A**
- > en renforçant l'**autonomie** pour responsabiliser les acteurs
- > en les incitant à optimiser et l'utilisation de leurs ressources
- > en soutenant l'effort de **modernisation**, d'adaptation et de coopération entre établissements de santé
- grâce à un **plan national de relance de l'investissement** (immobilier et systèmes d'information)

11

Les objectifs du financement à l'activité

Article 33 de la LFSS pour 2004

- **Médicalisation** du financement
- **Harmonisation** des modes de financement et **convergence** inter-sectorielle (équité de traitement public/privé)
- Développement de l'**efficience** des producteurs de soins : incitations, outils de pilotage...

12

Au commencement était la dotation globale...

LE PRINCIPE

« La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année ... d'une dotation globale au profit de chaque établissement, versée mensuellement par les organismes d'assurance maladie... Le représentant de l'État en région arrête le montant de la dotation à partir de celle de l'année précédente et augmentée selon un taux directeur national fixé annuellement par les ministres concernés en fonction des hypothèses économiques générales dont les prévisions de prix et de salaires. »

CONSEQUENCES DIRECTES :

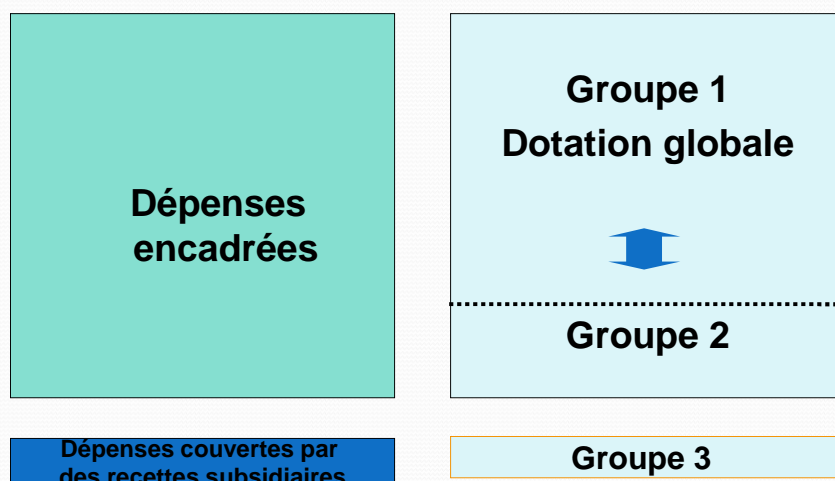
- une **gestion de trésorerie** simplifiée et sécurisée

Mais

- une situation financière des hôpitaux **figée**, avec **rentes** de situation
- Une **incapacité à financer les progrès techniques** en terme de molécules particulièrement onéreuses (AZT, Interféron...) ou de dispositif médicaux

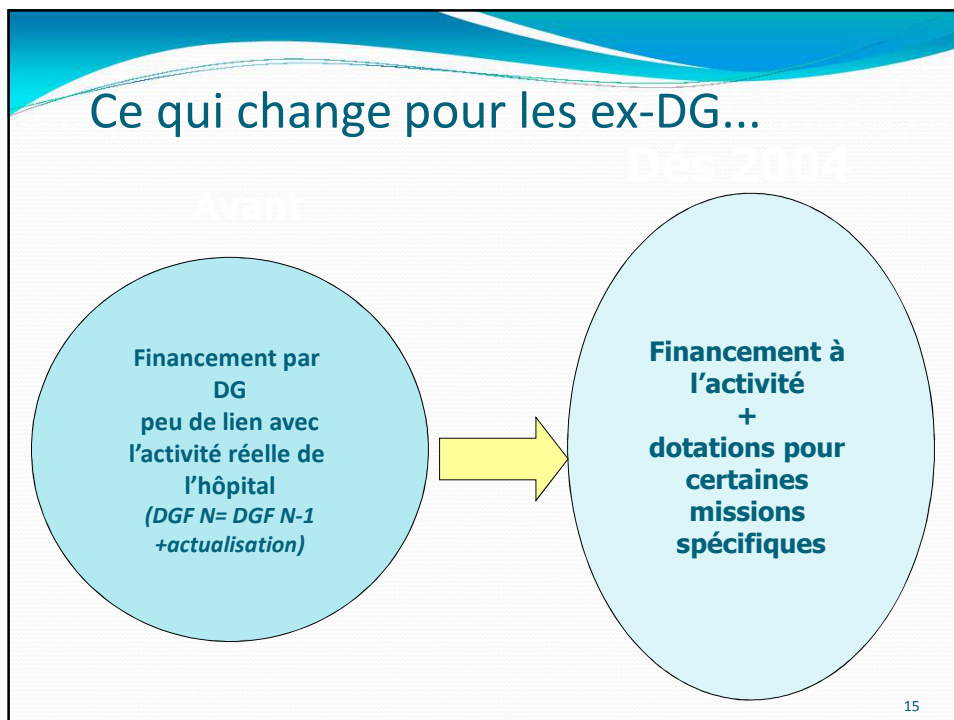
13

La DG est un solde

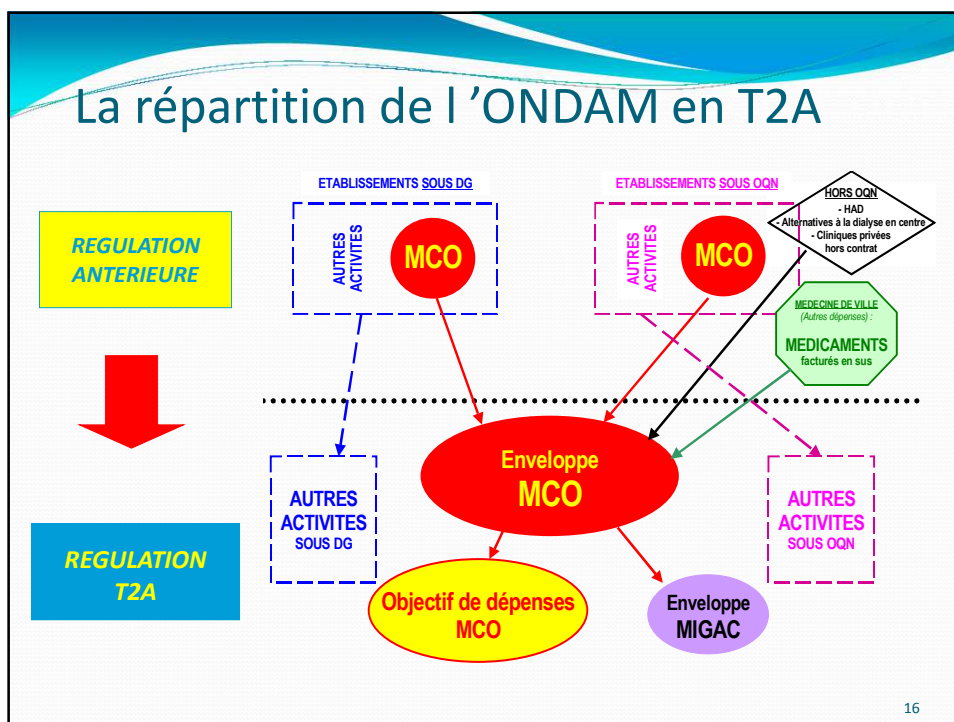


14

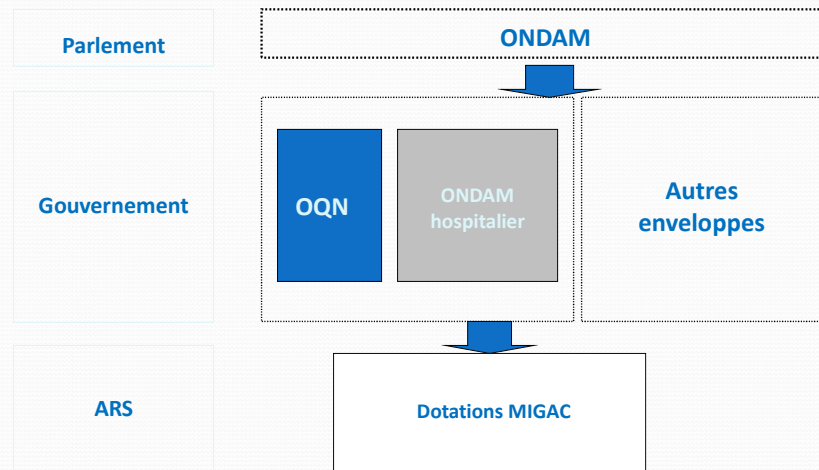
Ce qui change pour les ex-DG...



La répartition de l'ONDAM en T2A

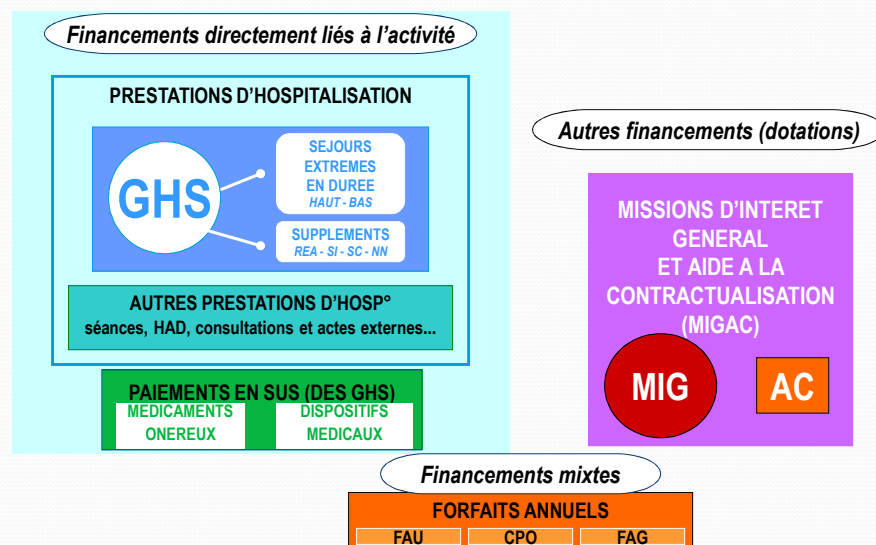


L'allocation de ressources aux établissements de santé

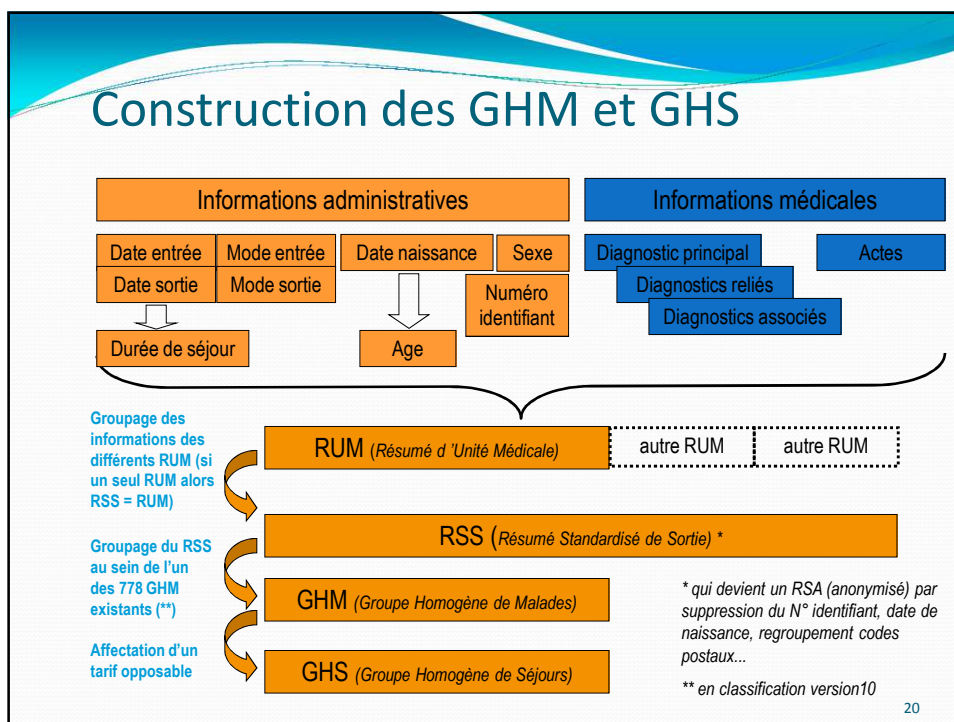
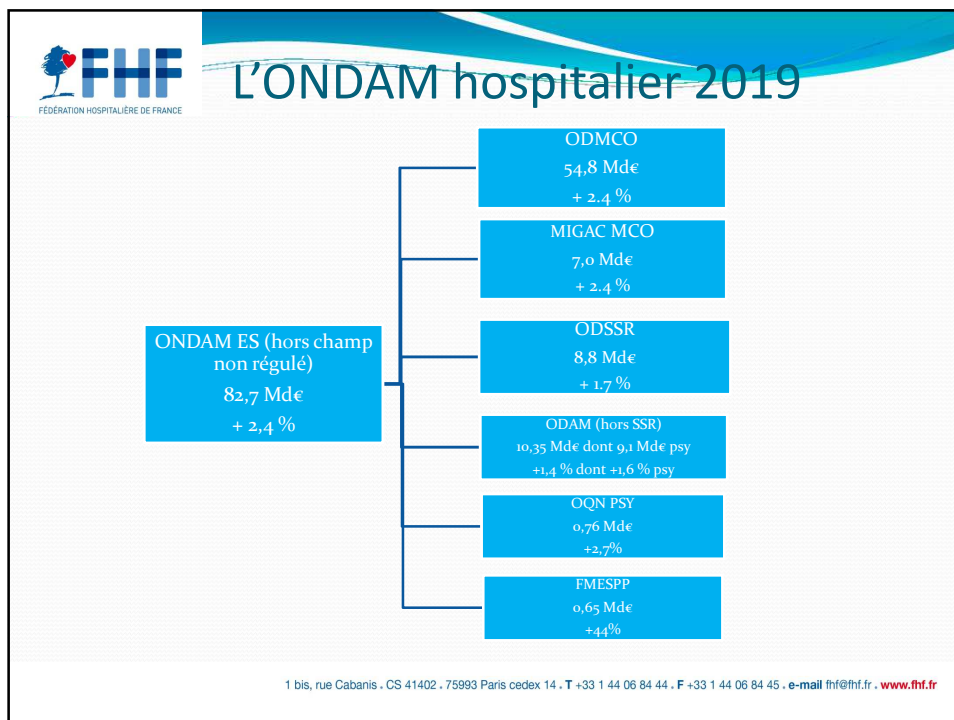


17

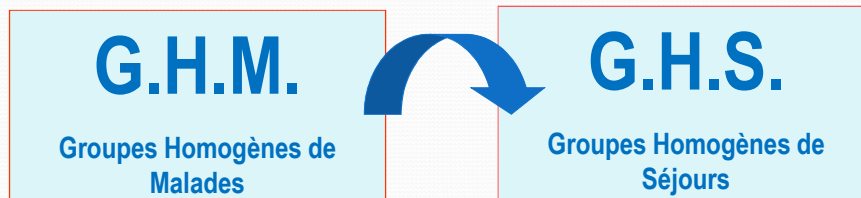
Les différentes modalités de financement



18



Le paiement au tarif par séjour : les GHS



LA DEFINITION DU GHM REPOSE SUR UNE **NOTION DE VALORISATION MOYENNE** QU 'IL A FALLU ASSOUPPLIR AU VU DES SITUATIONS CONCRETES :

- écarts en terme de **durée de séjour** : l 'EXH (suppléments journaliers au delà d'une borne) en sus du GHS
- écart en terme de lourdeur de la prise en charge engendré par le **passage en unité spécialisée** (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie) : suppléments journaliers en sus du GHS

21

Une politique tarifaire médicalisée

>> la définition de tarifs nationaux

Le modèle tarifaire est bâti à partir de plusieurs étapes :

- **Tarifs bruts, fondés sur les données ENCC** et intégrant d'éventuelles modifications de classification (V11b, puis par années)
- **Tarifs repères, intégrant des contraintes tarifaires** de santé publique (ex. Plan cancer)
- **Tarifs de campagne, intégrant une contrainte** pour contenir l'ampleur des effets revenus

22

La politique tarifaire 2019

1/ Soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie, interventionnel et médecine

- Revalorisation de 17 couples de GHS, en tarifs uniques, les plus sous financés
- Suppression des bornes basses tarifaires sur les niveaux 2 et 3
- Incitation à la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)
- Interventionnel : mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T et les séjours de niveau 1, suppression des bornes basses tarifaires sur les niveaux 1,2 et 3.

2/ Soutien en faveur de l'obstétrique du secteur privé

- tarifs de 6 GHS d'obstétrique ex OQN augmentent en moyenne de 2.5 %

3/ Diminution des tarifs de dialyse pour financer la création du forfait MRC

- forfait « maladie rénale chronique avancée » mis en place à compter du 1er juillet 2019

23



Evolution tarifaire 2019

	Ex DG
HAD	0,96 %
Dialyse (hors centre)	0,16 %
PO/SE/ATU/FFM	0,16 %
Total GHS hors dialyse	0,20 %
GHS dialyse	- 2,30 %
Total GHS	0,16 %
Suppléments hors transports	0,16 %
Suppléments transports	0,0%
Evolution moyenne	0,19 %

- L'évolution moyenne des tarifs ex DG de 0,19 % intègre une provision volume de 2 %
- Mises en réserve prudentielles : 415 M€ dont 240 M€ sur ODMCO ex DG (coefficient prudentiel -0,7%)

1 bis, rue Cabanis - CS 41402 - 75993 Paris cedex 14 - T +33 1 44 06 84 44 - F +33 1 44 06 84 45 - e-mail fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

Evolution tarifaire 2017

	Ex DG (bruts)	Ex DG yc smur et étudiants	Ex OQN (bruts)	Ex OQN yc exo charges
HAD	0.7 %	0.7 %	0.7 %	0.2 %
Dialyse	0.0 %	0.0 %	0.0 %	- 0.5 %
PO/SE/ATU/FF M	0.0 %	0.0 %	0.0 %	- 0.5 %
GHS	- 0.7 %	- 1.1 %	- 1.0 %	- 1.5 %
GHS dialyse	- 0.4 %	- 0.7 %	- 4.0 %	- 4.5 %
Total GHS	- 0.7 %	- 1.1 %	- 1.2 %	- 1.7 %
Suppléments	0.4 %	0.4 %	0.4 %	- 0.1 %
Evolution moyenne	- 0.6 %	- 0.9 %	- 0.9 %	- 1.4 %

- L'évolution moyenne des tarifs ex DG de – 0,9 % intègre une provision volume de 2,8 %
- L'évolution moyenne des tarifs ex OQN de – 1,4 % intègre une provision volume de 1,9 %

1 bis, rue Cabanis - CS 41402 - 75993 Paris cedex 14 - T +33 1 44 06 84 44 - F +33 1 44 06 84 45 - e-mail fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

2 échelles tarifaires

Le tableau ci-dessous décrit les différences de périmètres de charges couvertes par les tarifs.

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans tarif	Inclus dans tarif	Hors tarif
Honoraires médecins (uniquement dans le cadre de l'activité libérale des PH)	Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales		Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur I
	Rémunérations personnels non médicaux	Rémunérations personnels non médicaux	Honoraires auxiliaires médicaux hors infirmiers (2° R 162-32-1 CSS)
			Forfait "haute technicité"
Liste en sus Médicaments / dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, Médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, Médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Liste en sus Médicaments / dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Transports secondaires (inter-établissements) non définitifs		
Transports	Charges logistiques, hôtelières et générales.	Charges logistiques, hôtelières et générales.	Transports

Source : DGOS

2 échelles tarifaires : exemples

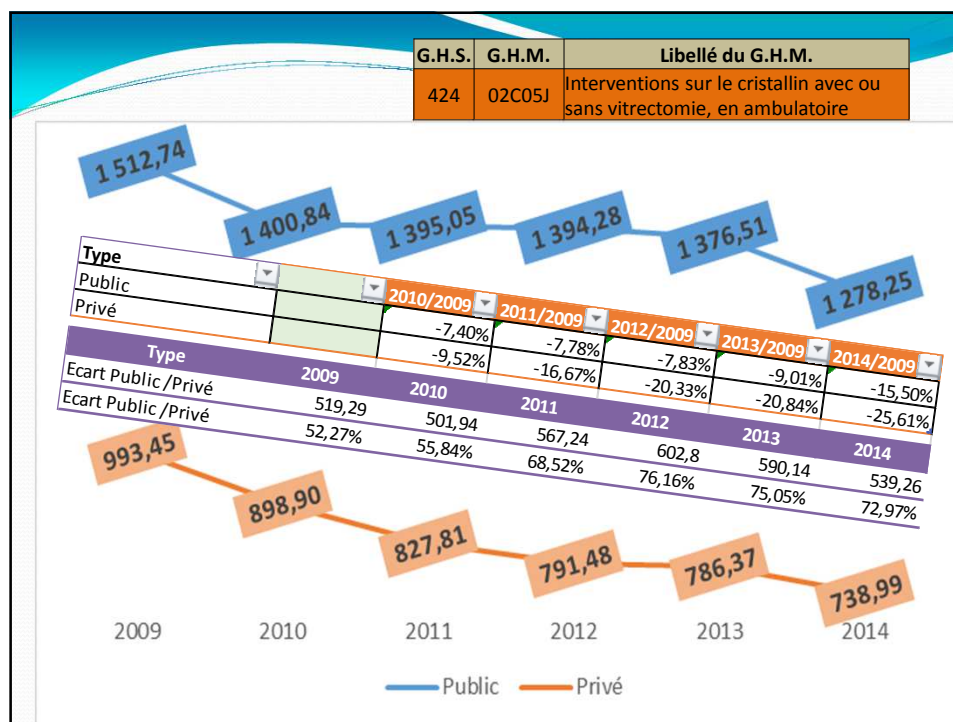
ETABLISSEMENTS PUBLICS

GHS	GHM	LIBELLÉ	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
5486	14Z11A	Accouchements multiples par voie basse chez une primipare, sans complication significative	3	16	3 275,95		909,98	122,9
5490	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative		11	2 439,42			90,18
5494	14Z13T	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, très courte durée			1 485,74			

ETABLISSEMENTS PRIVES

GHS	GHM	LIBELLÉ	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
5486	14Z11A	Accouchements multiples par voie basse chez une primipare, sans complication significative	3	26	2 196,72		610,2	73,34
5490	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative		15	1 490,46			72,9
5494	14Z13T	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, très courte durée			907,64			

27



Les paiements « en sus »

- **Païement en sus** de certains médicaments et certains dispositifs médicaux, qui sont à la fois **onéreux** et introduisent une **hétérogénéité** dans les GHS (cf. Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016)
- Gestion de **listes limitatives** par voie d 'Arrêté (liste commune aux 2 secteurs pour les MO et 2 listes convergentes pour les DM)
- Flux à l'entrée et à la sortie (= diffusion de l 'innovation)
- Facturation sur la base du **prix payé par l'établissement** (prix d'achat) **avec une marge d'intéressement au regard du tarif de référence** (dispositif « EMI »)
- Régulation médicalisée via les **Contrats de bon usage**, devenus **CAQES** (art. 81 LFSS pour 2016)

29

Les financements mixtes : les forfaits annuels

→ **FORFAIT
ANNUEL
URGENCES**

→ **FORFAIT
COORDINATIONS DES
PRELEVEMENTS
ORGANES**

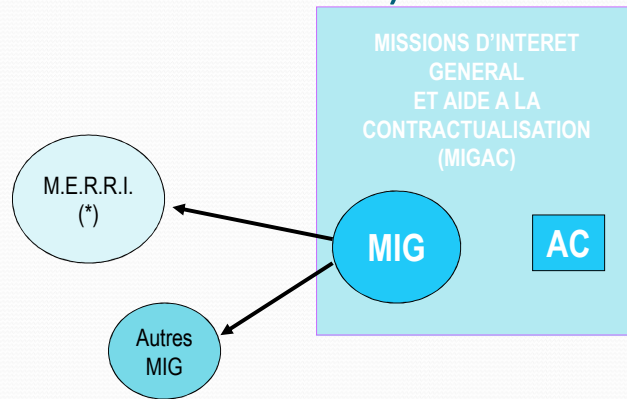
5 niveaux de forfait en fonction de l'activité et des spécificités de l'établissement

→ **FORFAIT ANNUEL GREFFE**

6 niveaux selon l'activité et la nature des greffes réalisées pour couvrir les dépenses exceptionnelles liées à la greffe : déplacements des équipes de prélèvement, astreintes spécifiques, coordination de transplantation.

30

Les « MIGAC » (Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)



(*) Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d 'Innovation

31

Les M.E.R.R.I. (missions, d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation)

- “héritage” du mécanisme dit des “13%” pour les CHU et CLCC, mais dispositif aménagé par la mise en place de socles fixes et de **parts variables**
- double objectif poursuivi : prendre en compte les surcoûts réellement entraînés par l'ensemble de ces missions et **moduler les montants** par établissement **en fonction d'indicateurs** de mesure de ces missions.
- Composantes :
 - Dotation socle : publications, inclusions projets de recherche, enseignement
 - Projets de recherche
 - Actes hors nomenclature

32

Les autres MIG

Regroupe certaines activités valorisées via les retraitements comptables, complétés au besoin d'enquêtes spécifiques et répondant généralement à 2 grandes caractéristiques de base :

- des missions qui doivent être maintenues quel que soit le niveau d'activité effectif
- et/ou des missions pour lesquelles il est difficile d'identifier les coûts par patient

A titre d'exemple : les SAMU, les équipes mobiles (soins palliatifs, gériatrie...), les soins à des populations spécifiques, etc.

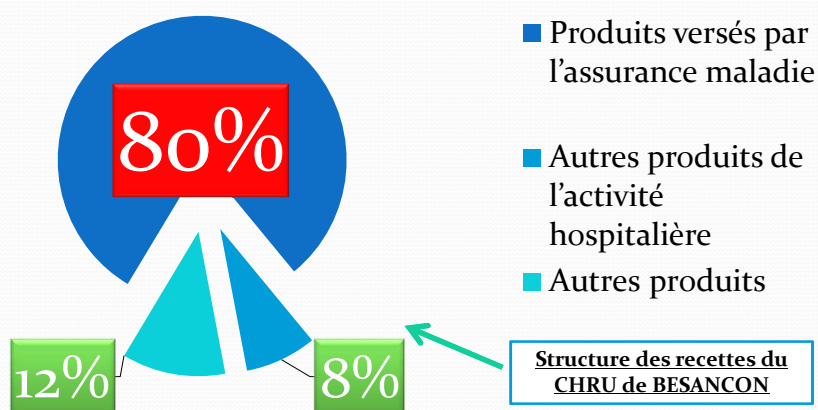
33

Les crédits « AC » (aide à la contractualisation)

- ➔ enveloppes allouées par les ARS sur la base de critères objectifs définis **régionalement** et s'appuyant sur les **orientations du SROS** et sur la recherche d'amélioration de la **qualité des soins**
- ➔ Ces enveloppes peuvent être issues de la campagne tarifaire ou du **Fonds d'Intervention Régional** (Articles du CSP : L1435-8 à L1435-11 et R1435-16 à R1435-36)

34

Un financement essentiellement par l'assurance maladie



35

COMPTES DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL	PREVISIONS N		
	CHARGES	PRODUITS	
Titre 1 : Charges de personnel	277 900 000	361 444 144	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	122 710 000	39 330 000	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier & général	37 750 000	79 275 856	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles	41 760 000		
TOTAL DES CHARGES	480 120 000	480 050 000	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0	70 000	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	480 120 000	480 120 000	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL

Tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle (information non soumise au vote du CA)

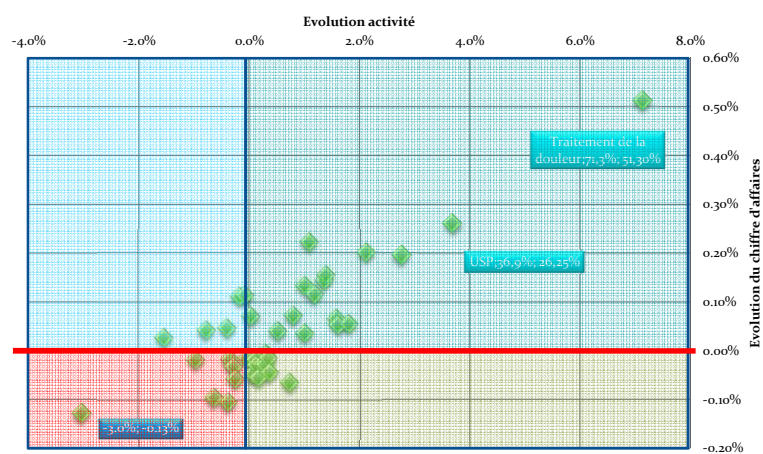
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0,00	70 000,00	RESULTAT PREVISIONNEL (PERTE)
+ valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,00	0,00	- produits des cessions d'éléments d'actifs
+ dotations aux amortissements et aux provisions	30 496 600,00	568 500,00	- quote part des subventions virée au résultat
		10 400 000,00	- reprises sur amortissements et provisions
SOUS TOTAL 1	30 496 600	11 038 500	SOUS TOTAL 2
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (1-2<0)	19 458 099,99	0,00	INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT (1-2<0)

Un pilotage des établissements optimisé

Séances de radiothérapie				
	RSS n	RSS n+1	Var n/n+1	Var n/n+1
Effectif	6 792	8 056	1 264	18,61%
Nombre de journées PMSI	6 792,00	8 056,00	1 264	18,61%
CA Total (euros)	2 648 500	3 080 572	432 072	16,31%
CA Moyen[CA Total/Effectif] (euros)	389,94	382,39	-8	-1,94%

37

Exemple de tableau de bord 1

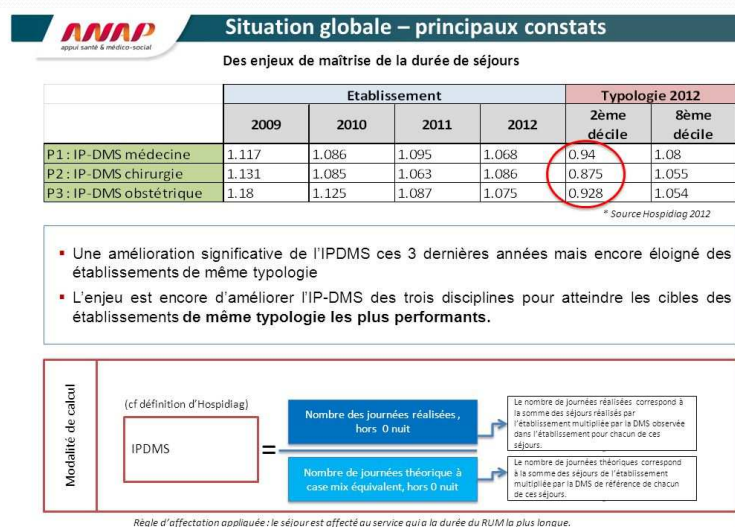


38

Exemple de tableau de bord 2

	N	N+1	Évolution (€)	Évolution
PÔLE ANESTHÉSIE - REANIMATION CHIRURGICALE	8 120 118	8 029 312	-90 806	-1,12%
PÔLE AUTONOMIE HANDICAP	12 142 698	11 971 004	-171 695	-1,41%
PÔLE CANCEROLOGIE	22 642 873	22 919 549	276 676	1,22%
PÔLE COEUR POUMON	28 044 877	27 671 279	-373 597	-1,33%
PÔLE DES LIAISONS MEDICO-SOCIO-PSYCHOLOGIQUES	427 009	421 638	-5 371	-1,26%
PÔLE IMAGERIE	226 122	223 275	-2 847	-1,26%
PÔLE INVESTIGATION ET INNOVATIONS CHIRURGICALES	53 171 865	52 142 131	-1 029 735	-1,94%
PÔLE MEDICO-CHIRURGICAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	18 158 195	18 103 413	-54 782	-0,30%
PÔLE MERE-FEMME	11 190 194	11 080 744	-109 450	-0,98%
PÔLE PATHOLOGIE AIGUË ET CHRONIQUE, TRANSPLANTATION, EDUCATION	30 789 047	30 464 572	-324 475	-1,05%
PÔLE URGENCES - SAMU - REANIMATION MEDICALE	8 216 389	8 215 535	-854	-0,01%
Total général	193 129 386	191 242 451	-1 886 935	-0,98%

Exemple de tableau de bord 3



Réformer la T2A : dans quel sens ?

Les critiques de la T2A

Les pistes de réforme

41

Les biais théoriques du financement à l'activité

- ☐ « **DRG creep** » : déformation du case-mix par amélioration du codage (gain en exhaustivité) ou par surcodage (pratiques déviantes)
- ☐ **segmentation** des séjours
- ☐ **réduction induite des durées de séjour, sortie précoce** des patients vers le domicile, **transfert rapide** vers l'aval (SSR, RF, HAD)
- ☐ **sélection des patients** pour écarter les cas les plus lourds
- ☐ **sur-fourniture de soins** ou **sous-fourniture de soins**

42

IRDES

Activité, productivité et
qualité des soins
des hôpitaux avant et après
la T2A

Zeynep Or 1,2, Julia Bonastre 3
, Florence Journeau 3,
Clément Nestrigue 1
Avril 2013

« Par ailleurs, les taux de réadmission à 30 jours pour les principales prises en charge cardiovasculaires et de cancérologie ont augmenté depuis l'introduction de la T2A. Avec les indicateurs utilisés, nous n'avons pas mis en évidence de stratégie de discrimination des patients polypathologiques et plus âgés par les établissements. La très forte augmentation des taux standardisés de certaines interventions/actes suggère toutefois la possibilité d'une induction de la demande peu ou pas justifiée ».

43

DREES

E & R
Engin Yilmaz, Albert
Vuagnat
Juin 2015

Entre 2002 et 2012, ce taux (le taux de réadmission à trente jours après un séjour chirurgical) a globalement augmenté de façon régulière.

Cependant, **la réforme de la tarification n'a pas eu d'effet significatif pérenne sur cette hausse.**

En effet, l'accroissement observé de ce taux est d'abord lié à une modification des pratiques, en particulier pour la chirurgie de la cataracte et l'implantation chirurgicale de dispositifs de perfusion. Il s'explique également par la modification structurelle de la population des patients, avec plus de polypathologies liées au vieillissement.

44

Les critiques pratiques du financement à l'activité

- L'opacité du système
- Un système technocratique
- Une instabilité permanente des règles
- L'effet inflationniste

45

Un système de financement difficilement lisible

Complexité inhérente au changement d'organisation dans un système de soins ; l'hôpital est un lieu où coexistent différentes logiques d'acteurs (médecins, soignants, gestionnaires, ...), dont le décroisement est toujours difficile.

Complexité et l'opacité des dispositifs de gestion de la T2A :

- grand nombre de GHS (démultiplié aujourd'hui avec la V11),
- existence de plusieurs sources complémentaires de recettes (MIGAC, ATU, ...),
- manque de points de repères sur la hiérarchie relative des tarifs au sein d'une même spécialité,
- notions de bornes haute et basse des durées de séjour comme facteur correctif,
- ...

46

Un système technocratique

Grimaldi A., Vernant J.P. « Réflexions sur les modalités de financement des hôpitaux », L'information psychiatrique, 93(1), 21-26, 2017

Le « pouvoir managérial » reste attaché à la T2A en raison de modes de régulation sophistiqués, qu'il propose à chaque étape de complexifier un peu plus.

47

L'instabilité permanente des règles de financement

- versions successives de la classification des GHM,
- changement des tarifs, circulaire dite des « actes frontières »,
- traitement de certains forfaits.

Le premier effet de cette instabilité est de rendre encore plus difficile la définition de **stratégies d'action pertinentes et efficaces**. En supposant qu'un établissement ait pu, à un instant donné, définir une stratégie d'évolution de son activité et mettre en chantier les changements d'organisation adaptés à cet objectif, il ne lui est nullement garanti que cette stratégie reste efficace dans la durée, si des modifications substantielles de tarifs ou de règles d'affectation des séjours aux GHS surviennent.

48

L'effet inflationniste

La T2A incite à augmenter l'activité hospitalière. Ceci peut être souhaitable dans certains cas, notamment dans les systèmes où les délais d'attente pour la chirurgie programmée sont un réel problème, comme en Angleterre ou au Danemark. Mais ceci ne doit pas se faire de manière incontrôlée.

Ce n'est pas non plus valable forcément pour toute l'activité médicale, car cela convient aux actes et prises en charge standardisées (Gervais, 2015).

De plus, la T2A génère un **risque d'induction de la demande** par les établissements, notamment pour les hospitalisations de jour et certaines chirurgies légères (Guterman, 2006).

Par ailleurs, on sait que l'introduction d'un financement à l'activité à l'hôpital peut **modifier l'équilibre des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire** et ainsi avoir des répercussions sur les coûts médicaux en médecine de ville (Cash *et al.*, 2003).

Sans une planification rigoureuse et efficace de la capacité d'accueil et de prise en charge des patients, la T2A peut donc à la fois affaiblir la Maîtrise des dépenses hospitalières et distordre le financement des soins en fonction des besoins.

49

L'effet inflationniste (2)

La capacité des financeurs (correspondant plutôt à celle des acheteurs dans les autres pays) à contrôler la demande de soins hospitaliers devient capitale avec la T2A. Lorsqu'il n'y a pas de seuil d'activité (défini *a posteriori*) imposé aux établissements, ceux-ci peuvent augmenter le volume des soins les plus profitables, éventuellement au détriment de la collectivité.

En France, **le contrôle des dépenses hospitalières globales est assuré par un mécanisme de baisse de tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité globale.** Il n'existe pas de seuils d'activité individualisés par établissement et une augmentation de l'activité globale ne reflète pas forcément le même gain d'efficacité pour tous les établissements.

Ainsi, à enveloppe globale constante, **certain établissements vertueux peuvent être pénalisés lorsque d'autres établissements, pratiquant le cas échéant la sélection de patients et l'induction de la demande, voient leurs recettes augmenter sans pour autant être plus efficaces du point de vue de la collectivité.**

50

La nécessité d'un contrôle externe

- Repérer des erreurs de codage des données médicalisées transmises susceptibles d'induire un **paiement injustifié** par l'Assurance Maladie
- S'assurer que les établissements se conforment bien à leurs **obligations de produire de l'information médicalisée de qualité**

Un **contrôle d'initiative régionale**, organisé en deux étapes :

- **Un contrôle automatisé**, portant sur tous les établissements de la région, destiné à repérer des « atypies » au sein des informations transmises
- **Un contrôle approfondi**, sur site, des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région

51

Feue la dégressivité tarifaire

L'article 41 de la LFSS pour 2014 (Art L.162-22-9-2 CSS) a introduit un nouveau mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé appelé mécanisme de dégressivité tarifaire :

- Minoration des tarifs de 20%
- À partir franchissement seuil d'activité variable
- Pour certains GHS seulement : 5% (par exemple pour la racine 03C14 « Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans ») à 53% (pour la racine 10C13 « Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité »)

Abandon sous pression FHP, UNICANCER dans LFSS 2018 (art 66)

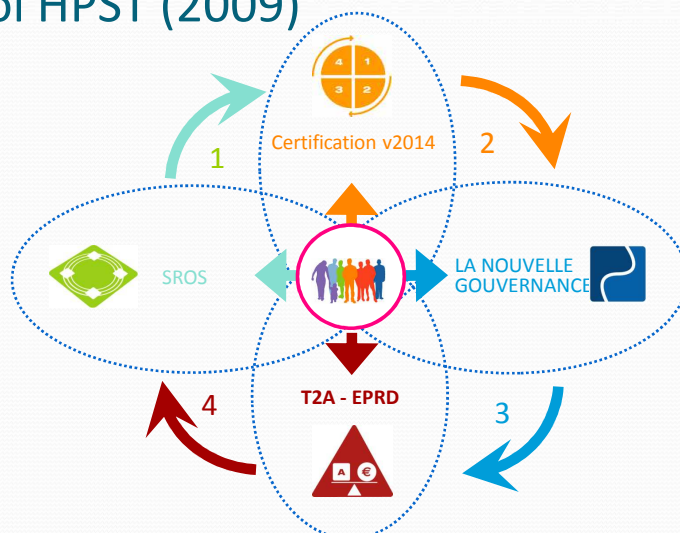
52

L'inadaptation de la T2A aux réformes récentes



53

La loi HPST (2009)



54

Le CORETAH

Mission : soumettre au ministre de la santé des propositions qui feront l'objet de mesures dès le PLFSS 2014.

Une tarification liée au parcours de soins et qui servira quatre objectifs :

1. • **Un objectif d'appui au service public territorial de santé** : pour mieux réguler l'offre de soins, identifier des solutions qui sécuriseront les établissements géographiquement isolés ;
2. • **Un objectif de fluidification des parcours** : les tarifs doivent pousser les acteurs à coopérer. Dans ce cadre, les **maladies chroniques ou complexes** fassent l'objet de propositions spécifiques. Les soins palliatifs méritent une attention particulière.
3. • **Un objectif de qualité et de pertinence** : les ré-hospitalisations doivent être financièrement sanctionnées. Par ailleurs, le CORETAH étudie la possibilité d'une tarification dégressive au-delà d'un certain nombre d'actes.
4. • **Enfin, un objectif de neutralité, de stabilité et de lisibilité.**

Les outils tarifaires sont là pour servir une politique : une offre de soins de qualité et accessible à tous.

55

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (2016)

Une réforme de fond, au long cours...

- LMSS du 26 janvier 2016, articles 107 (JORF du 27 janvier 2016)
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 (JORF du 29 avril 2016)
- Modèle de convention constitutive de GHT
- Modèle de convention d'association CHU-GHT
- Fiche de procédure juridique DGOS-ARS
- Guides : général, achats, SIH...

Mais la disposition sur EPRD et T2A a été censurée par le CC.

56

Qu'est-ce qu'un GHT ?

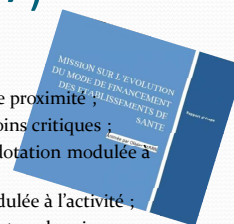
- Un **regroupement obligatoire et conventionnel** d'hôpitaux publics, sans personnalité morale, autour d'un EPS « support »
- Objectifs :
 - Un **projet médical partagé** pour une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients
 - Une **rationalisation de la gestion**
- **Gouvernance**
 - par un **comité stratégique**, composé pour chaque hôpital du directeur, du PCME, et du directeur des soins,
 - sous contrôle du **comité territorial des élus**, composé des élus locaux.

57

Les rapports VERAN (2016-2017)

Propositions

- Mettre en place une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux et le SSR de proximité ;
- Instaurer un financement par dotation modulée à l'activité pour les unités de soins critiques ;
- Supprimer les bornes basses et hautes pour les soins palliatifs et instaurer une dotation modulée à l'activité pour les équipes mobiles de soins palliatifs ;
- Accompagner la modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité ;
- Faire évoluer le financement des urgences pour développer des liens avec les centres de soins programmés ;
- Adapter la T2A à la nécessité de coopération entre acteurs (en particulier dans le cadre du projet médical partagé des GHT) ;
- Introduire une modulation de financement à la qualité de façon à prendre en compte la satisfaction des usagers, celles des personnels et le recueil d'indicateurs de résultats ;
- Réécrire la circulaire « frontière », en redéfinissant le contenu de prises en charge en hospitalisation de jour pour sortir de contentieux stériles ;
- Instaurer un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles ;
- Lancer une réflexion sur la définition des forfaits pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales afin de prendre en compte l'ensemble des coûts de prise en charge.
- Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes et en créant une instance d'arbitrage impartiale.



58

« Ma santé 2022 » (2018)

9 chantiers + 1 :

1. STRUCTURATION TERRITORIALE DES SOINS DE PROXIMITÉ
2. RÉGULATION ET SOINS NON PROGRAMMÉS
3. GHT / GRADATION DES SOINS
4. QUALITÉ ET PERTINENCE
5. RÉFORME DU FINANCEMENT
6. NUMÉRIQUE
7. ADAPTATION DES FORMATIONS AUX ENJEUX DE SANTÉ
8. RENFORCEMENT ET RECONNAISSANCE DES FONCTIONS MANAGÉRIALES À L'HÔPITAL
9. ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'EXERCICE ET ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS
10. CHANTIER TRANSVERSAL : PRÉPARATION D'UN PROJET DE LOI « MA SANTÉ 2022 » SOUMIS À CONCERTATION

Ces chantiers regroupent **70 PROJETS ET SOUS-PROJETS** dont **1/3 A DÉMARRÉ OU EST EN PASSE DE L'ÊTRE.**

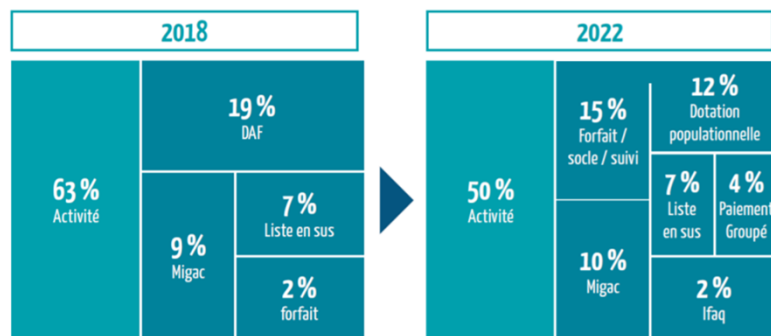
59

Le rapport de la Mission AUBERT (2019)

- L'extension et l'amplification du **financement à la qualité**, adapté à l'ensemble des secteurs de l'hospitalisation, et qui représenterait environ 2 milliards d'euros (2 % du financement) en 2022 ;
- La montée en charge progressive de **forfaits pathologies chroniques** à hauteur de près de 5 milliards d'euros à horizon 2022 ;
- La mise en œuvre d'un **paiement à la population** qui représenterait notamment pour la psychiatrie une part importante du financement (8 milliards d'euros) ;
- La réforme du financement des activités de soins de suite et de rééducation (SSR) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour réviser les échelles tarifaires de ces deux secteurs et déterminer un financement socle pour ces deux activités ;
- L'introduction suite aux réformes précitées de **paiements groupés** (court séjour-SSR et court séjour HAD) pour certaines prises en charge. Au final, le financement des soins hospitaliers en France opérera une transformation majeure

60

Le rapport de la Mission AUBERT (2019)



61

Mise en œuvre de MS2022 (I)

LFSS 2019

- négociations conventionnelles pour créer les fonctions d'assistant médical et soutenir la structuration des CPTS
- mise en place de forfaits pour la prise en charge hospitalière du diabète et de l'insuffisance rénale chronique
- mise en place d'un forfait expérimental de réorientation des urgences (octobre 2019) pour les patients ayant besoin d'une consultation simple vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée
- augmentation de 60 à 300 millions d'€ annuels pour financer la qualité dans les établissements de santé (IFAQ)

62

Mise en œuvre de MS2022 (II)

Loi OTSS 2019

Quatre thèmes pour décliner Ma Santé 2022:

- les parcours et les carrières des professionnels, y compris leur formation
- l'offre de soins dans les territoires
- le virage numérique
- la simplification et la sécurité juridique.

Le recours à légiférer par ordonnances pour 6 des 23 articles du projet de loi s'explique par le besoin de mener une concertation plus approfondie sur certains sujets (hôpitaux de proximité , statuts médicaux) tout en respectant le calendrier arrêté pour la réforme des études médicales.

63

Où en est-on ?

- Financement à la qualité
- Financement de la psychiatrie
- Financement du SSR
- Financement des pathologies chroniques
- Liste en sus

64

Financement à la qualité

- Un poids croissant : 50 M€ en 2018, 200 M€ en 2019, 1 Md€ à horizon 2022
- Une liste d'indicateurs qui devraient se simplifier
- Un plus grand nombre d'ES concernés
- Une rémunération 60% au résultat et 40% à l'évolution
- Une différenciation des ES en fonction de leur classement au sein du groupe de comparaison ?
- La place plus grande de l'indicateur certification ?
- De nouveaux indicateurs communs à tous les secteurs d'activité (indicateurs QVT) ?

65

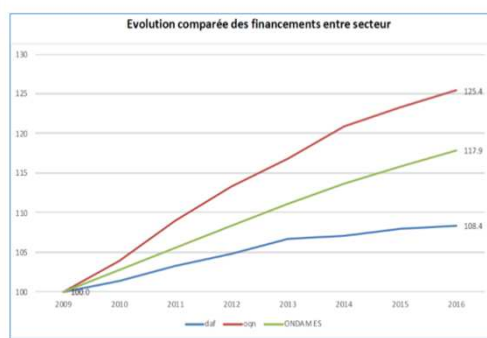
Indicateurs IFAQ 2019

Indicateur	Seuil d'obligation de recueil	MCO	HAD	SSR
Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO	500 séjours cibles ET si moins de 75% de la population est âgée de + de 75 ans	X		
Satisfaction des patients hospitalisés - chirurgie ambulatoire	500 séjours cibles	X		
Evaluation et prise en charge de la douleur	MCO : 500 séjours cibles SSR : 31 séjours cibles	X		X
Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés - HN D3.1		X	X	X
Consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains ICSHA 3		X	X	X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	MCO : 500 séjours cibles SSR : 31 séjours cibles	X		X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire	31 séjours cibles	X		
Niveau de certification		X	X	X
Tenue du dossier patient	31 séjours cibles		X	
Evaluation du risque d'escarre	31 séjours cibles		X	
Dépistage des troubles nutritionnels	31 séjours cibles		X	
Projet de soins et projet de vie	31 séjours cibles			X
Coordination en HAD	31 séjours cibles		X	

66

Financement de la psychiatrie

Passer d'un modèle inéquitable à un modèle commun et structurant pour l'offre de soins

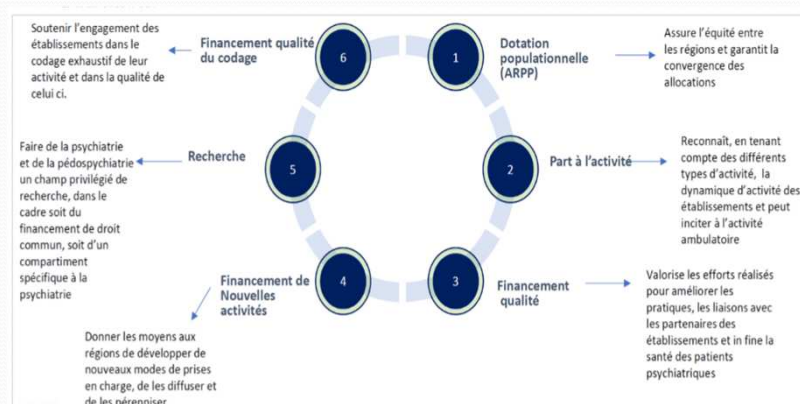


Région	DAF et OQN par habitant	Nb de psy libéraux pour 10000 hbs
Auvergne Rhone Alpes	113.26	1.93
Bourgogne Franche Comté	115.06	1.56
Bretagne	123.53	1.62
Centre Val de Loire	98.80	1.32
Corse	130.88	1.60
Grand est	106.82	1.49
Hauts de France	114.72	1.42
Ile de France	115.80	2.92
Normandie	110.80	1.41
Nouvelle aquitaine	118.52	1.74
Occitanie	116.14	1.81
Pays de la Loire	92.62	1.54
PACA	116.30	2.34
Total	113.07	1.80
écart type	9.81	0.44
taux de dispersion	9%	25%

67

Financement de la psychiatrie

Objectif PLFSS 2020



68

Financement du SSR (1)

Réforme suspendue par la LFSS 2018 jusqu'en 2019, dont l'architecture serait globalement maintenue :

- Valorisation à l'activité (DMA part activité)
- Socle
- Compartiments complémentaires : o Molécules onéreuses (MO), o Missions d'intérêt général (MIG), o Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), o Plateaux techniques spécialisés (PTS)

69

Financement du SSR (2)

Le ministère propose de faire évoluer le modèle dès LFSS 2020 pour :

- Revoir les modalités de calcul du socle pour le déconnecter de l'activité réalisée
- Modifier le calendrier d'entrée en vigueur de la réforme (décalage au 1er janvier 2021)
- Améliorer la classification, simplifier le recueil et le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour mieux décrire la prise en charge en SSR.

70

Financement des MC et des épisodes de soins

L'article 38 de la LFSS pour 2019 introduit un nouveau mode de financement forfaitaire de la prise en charge des pathologies chroniques, dans un premier temps le diabète et la MRC.

2 arrêtés expérimentaux parus en juillet 2019 :

- Épisode de soins chirurgical colectomie pour cancer
- Episode de soins chirurgical PTH PTG

71

Liste en sus

- Expérimentation à venir dans cadre article 51 LFSS 2018 et Décret n° 2018-125 du 21 février 2018
- Meilleur recueil des usages/respect des indications
- Réforme des modalités de financement avec un intéressement accru à la négociation tarifaire

72

Une œuvre ouverte...



73

« L'œuvre est ouverte aussi longtemps qu'elle reste une œuvre. Au-delà, l'ouverture s'identifie au bruit ».

Umberto ECO, l'Œuvre ouverte, 1962

74

Merci pour votre attention

Emmanuel LUIGI
Directeur Général Adjoint du Centre Hospitalier Universitaire
de Besançon
dga@chu-besancon.fr

75