

MISSION SUR L'EVOLUTION
DU MODE DE FINANCEMENT
DES ETABLISSEMENTS DE
SANTÉ

Animée par Olivier VERAN

Rapport d'étape

« Je m'en souviens comme si c'était hier. Mon directeur me convoque – c'était en novembre- et m'informe que tout le budget alloué au service d'orthopédie étant consommé pour l'année, je devais limiter les poses de prothèses aux vraies urgences et repousser le programme à l'année suivante. C'était ça, le budget global.

La T2A, ça a été l'inverse : plus on opérait, mieux c'était. Au début, pas de problème. Ensuite, on a commencé à établir des objectifs prévisionnels d'activité, pour estimer ce que le pôle rapporterait à l'établissement. Un peu de travail administratif, mais on s'en est chargé. Ensuite, on nous a demandé de garder les malades moins longtemps et de nous mettre sérieusement à l'ambulatoire. Une petite révolution, mais on s'est adapté et nos malades apprécient.

Le problème, c'est quand on a commencé à voir apparaître des objectifs d'activité basés non plus sur les besoins estimés de la population, mais sur des critères médico économiques permettant de ne pas faire « perdre de l'argent » au pôle, parce que si on fait perdre de l'argent au pôle, on nous enlève des vacances, puis on ne remplace pas les arrêts maladie, puis les départs à la retraite.

Là où je dis qu'il y a un problème, c'est quand on parle plus de durée moyenne de séjour que de projet de soins. Quand on rechigne à participer à des staffs avec les rhumatologues ou les gériatres parce que ce n'est pas une activité valorisée. Quand il est plus important de remplir une ligne de code dans les délais que d'envoyer un courrier de sortie dans les délais. Certains collègues médecins disent en CME qu'ils sont parfois tentés de prescrire un acte en plus pour facturer un hôpital de jour. Est-ce que c'est vrai ? Moi je n'en suis pas là, mais on ne peut pas nier que la pression soit ressentie de plus en plus fortement.

Qu'on fixe des tarifs pour une activité, OK. Que les tarifs fixent notre activité, ça sera sans moi ! »

Contenu

Introduction.....	4
1 Des effets positifs historiques de la T2A sont majoritairement reconnus par les professionnels rencontrés	7
1.1 Égalité de traitement entre établissements de même statut	7
1.2 Adaptation à l'activité	8
1.3 Soutien aux techniques de gestion	9
1.4 Responsabilisation des acteurs	11
2 Des effets pervers sont maintenant exprimés sur des aspects majeurs	13
2.1 Un accent mis sur les actes mesurables au détriment de l'aspect relationnel du soin.....	13
2.2 Un temps de codage considéré comme trop long et nécessitant des compétences spécialisées.....	15
2.3 Une responsabilisation des médecins pouvant conduire à influencer leur démarche de soignant	15
2.4 Une instabilité du système et une complexité qui rendent difficile une stratégie pluriannuelle.....	17
2.5 Ce que la T2A ne décrit pas.....	18
3 Ce qui amène à apporter des amendements significatifs au système à compter du PLFSS 2017	21
3.1 Un financement qui s'adapte à la variété des missions remplies par les établissements de santé	21
3.1.1 La T2A est adaptée au financement des activités standardisées et bien identifiées par des actes : chirurgie, activités interventionnelles.....	21
3.1.2 Une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux et les SSR de proximité, et pour les soins critiques, afin de les sécuriser	21
3.1.3 Une redéfinition des règles de financement dans le domaine des soins palliatifs pour éviter toute crainte éthique	26
3.1.4 Une modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité.....	29
3.1.5 Une évolution du financement des Urgences pour développer les liens avec des centres de soins non programmés.	32
3.1.6 Une T2A qui s'adapte à la nécessité de coopération entre acteurs : GHT... ..	36
3.1.7 Définir des modalités justes et souples des soins de santé mentale : travail à conduire en deuxième phase.....	37
3.1.8 Préparer la mise en place d'une modulation du financement à la qualité selon des	

modalités innovantes d’appréciation de la qualité des soins	38
3.2 Un financement au rendez-vous du virage ambulatoire.....	39
3.2.1 Une réécriture de la circulaire frontière visant à lever les obstacles au développement de l’ambulatoire en médecine.....	39
3.2.2 La mise en place d’une tarification intermédiaire entre la consultation externe et l’HDJ40	
3.2.3 Poursuivre la réflexion sur la définition de forfaits et parcours pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales	42
3.3 Un financement qui retrouve un souci de simplicité	43
3.3.1 Aller vers une simplification des recueils de données	43
3.3.2 Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous pour éviter les pratiques variables d’une année à l’autre, d’un établissement à un autre sans explication.....	44
3.3.3 Mettre en place une vraie instance d’arbitrage des contentieux	45
3.3.4 Rechercher la simplification de la facturation.....	47
3.4 Un financement compréhensible et utilisé à ce pour quoi il est fait : répartir équitablement les ressources fixées chaque année par les élus.....	48
3.4.1 Affirmer le principe de la neutralité tarifaire	48
3.4.2 Privilégier pour les politiques de santé publique des financements starters (AC et FIR) ou par MIG.....	49
3.4.3 Normer le plus possible les financements MIG : l’exemple de la définition de couts moyens pour une équipe SMUR.....	50
4 Synthèse comparative des propositions	51
Conclusion	58
Annexe 1 : Membres du Comité	59
Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées	61
Annexe 3 : contribution de Pierre-Louis BRAS	

Introduction

Par une lettre de mission du 10 Novembre 2015, Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé m'a demandé de conduire une réflexion allant dans le sens de sa volonté de réformer progressivement et en profondeur le mode de financement des hôpitaux. Cette volonté a plusieurs motifs :

- L'évolution des besoins des patients et le développement des maladies chroniques qui amènent à revoir les modalités de prise en charge médicale et financière. Le financement au parcours est à encourager.
- La crainte d'effets inflationnistes de la T2A essentiellement fondée sur l'activité.
- Une prise en compte insuffisante de la qualité des soins délivrés et de leur pertinence.

Je conduis cette mission en m'appuyant sur un comité de pilotage dont la composition est précisée en annexe 1. J'ai tenu à la présence au sein de ce comité de compétences diversifiées (médecins, directeurs, issus du secteur public, du secteur privé lucratif et non lucratif, membres de la CNAM et d'ARS, économistes, sociologues) et d'opinions contrastées afin de profiter de débats animés, contradictoires. Chacun siège à titre personnel. Selon des règles de fonctionnement déterminées dès la séance d'ouverture, le rapport et les propositions qu'il contient relèvent de ma seule responsabilité. Chaque membre du comité a en revanche été invité à commenter le rapport, les commentaires figurent en annexe. Et les aspects les plus discutés des propositions figurent comme tels dans le rapport.

L'organisation des travaux s'est jusqu'ici effectuée selon trois modalités :

- Trois demi-journées de réunions plénières toutes les 3 semaines ont été organisées. Chaque demi-journée porte sur des thèmes particuliers qui étaient présentés, analysés, et débattus entre membres de la mission.
- Des ateliers régionaux de 6h avec des médecins, des soignants et des gestionnaires ont été mis en place afin qu'ils puissent partager leurs expériences, leurs ressentis, et leurs besoins. Des déplacements à l'AP-HP, à Lyon dans une HAD et aux HCL, à Lille ont été organisés en ce sens. Ainsi, la mission s'est efforcée d'être à l'écoute, au plus près des professionnels. D'autres déplacements sont envisagés, notamment à Poitiers, tandis que je me rendrai dans des territoires d'Outre-Mer dans la seconde partie de la mission pour aborder au plus près du terrain et à leur demande les difficultés de financement propres à ces territoires.
- Des auditions sont conduites avec l'appui de l'IGAS. Elles sont, ensuite, partagées avec tous les membres du comité. Ces auditions concernent aussi bien la rencontre d'acteurs institutionnels (Fédérations, syndicats, sociétés savantes, associations, conférences) que de professionnels de terrain (médecins généralistes, paramédicaux, chercheurs...). La liste des personnes rencontrées figure en annexe. Au total, ce sont déjà plusieurs centaines de professionnels rencontrés à travers les auditions et les ateliers.

Le choix fait dès le début de la mission d'appuyer les travaux du comité sur l'expérience des professionnels s'est, cela était prévisible, heurté à une difficulté clairement identifiée : celle consistant à bien distinguer les effets de l'ONDAM de ceux de la T2A. Celle-ci est un mode de

répartition d'une ressource limitée fixée par le Parlement chaque année. Toute réforme du mode de répartition de l'enveloppe s'accompagne d'une redistribution des moyens dans le cadre d'une enveloppe fermée. Par exemple, la création de nouveaux modes de rémunération de soins pour un établissement impacterait mécaniquement les tarifs par ailleurs. Ainsi, si j'ai bien sûr compris que dans un contexte budgétaire tendu, des demandes portent sur des moyens supplémentaires, les contraintes inhérentes au cadre de réflexion du comité ont été systématiquement rappelées.

En premier lieu, les travaux du comité constituent, plus de dix ans après la mise en place de la T2A, un bilan de son utilisation permettant d'en identifier les points forts et les faiblesses. Les professionnels de santé n'accordent pas un blanc-seing à la T2A, même s'ils reconnaissent qu'elle a constitué un très grand progrès par rapport au budget global, qui freinait le développement et la modernisation des structures. La T2A est en revanche décrite comme peu adaptée, parfois même comme un obstacle aux soins, dès lors qu'il s'agit d'activités non programmées et non standardisées (médecine de maladies chroniques principalement), dont le coût est imparfaitement connu. D'autres aspects positifs de la T2A sont mis en avant. On retiendra principalement l'amélioration de l'efficacité et de la réponse aux besoins des patients, un management plus dynamique au sein des hôpitaux, la responsabilisation des acteurs dans l'utilisation des ressources, et une plus grande égalité de traitement entre établissements de même statut.

Comme tout système, la T2A a des inconvénients. Certains ont été réglés, d'autres demeurent. La T2A génère des effets pervers dans la durée car les acteurs s'adaptent et la réalité se modifie. Au cours des années, le codage nécessaire à la tarification à l'activité s'est complexifié, le coût du codage porté par une démarche d'optimisation a augmenté (équipes DIM et TIM, prestataires extérieurs, contrôles, etc.), la charge de travail administratif a empiété sur le temps consacré au soin. Il est cependant à noter que les données saisies servent aussi à d'autres fins que la seule tarification. La T2A favoriserait, par ailleurs, la concurrence entre établissements plutôt que la coopération, y compris quand le parcours du patient l'exigerait. De plus, le régulateur ferait reposer sur les hôpitaux une incertitude sur les tarifs (non-respect de la neutralité tarifaire) dans le cadre d'une stricte régulation prix/volumes rendant difficile l'élaboration d'une stratégie pluriannuelle. Enfin, les charges fixes de certaines missions de service public seraient insuffisamment prises en charge. Ce dernier point mérite d'ailleurs qu'on s'y attarde. Nombre d'interlocuteurs, tout en estimant que le cadre général de la T2A est trop complexe, émettent dans le même mouvement le souhait que la T2A décrive mieux et de façon plus précise les soins et les missions des établissements.

Au-delà de discours parfois très critiques, argumentés, contre le tout T2A, l'essentiel des apports porte sur une transformation de la T2A là où elle aurait moins de pertinence, plutôt que sur sa suppression pure et simple. C'est d'ailleurs la vertu d'un système que d'évoluer régulièrement pour rester dynamique, juste, et efficace.

Compte tenu de l'ampleur du travail attendu, j'ai souhaité articuler les travaux du comité sur plusieurs niveaux et placer les perspectives dans des temps différents.

Un temps s'inscrit dans le référentiel du mode de rémunération actuel à l'activité, visant d'une part à évaluer les réformes en cours (hôpitaux de proximité, urgences, SSR) mais aussi les points les plus critiques apparus au cours des travaux du comité (soins critiques, soins palliatifs, médecine ambulatoire à l'hôpital).

L'autre temps de la mission s'affranchit de l'imminence des attentes en matière de mesures correctives de la T2A, et ne se fixe aucune contrainte théorique quant au cadre d'évolution du financement des hôpitaux, tout en prenant garde de rester ancré dans le réel. Cette réflexion, en partie inspirée de modèles internationaux, porte notamment sur le financement au parcours, le financement de l'investissement, de l'innovation, de la recherche, de la formation.

L'ensemble des travaux sont conduits en parallèle, mais tous n'ont pas, à ce stade, atteint le même niveau de maturité. Ce présent rapport se veut ainsi un point d'étape qui collige l'ensemble des propositions de court terme, pour la plupart des mesures correctives au système de financement actuel. Certaines propositions sont applicables par voie réglementaire, d'autres peuvent relever d'une prochaine loi de financement de la sécurité sociale. Le rapport ouvre également la voie à des réformes plus profondes du système de financement, et je prévois ainsi un second rapport, afin de formuler, plus que des idées et des concepts, des propositions systémiques concrètes et applicables couvrant l'ensemble des enjeux fixés par la lettre de mission. Il sera notamment question d'innovation, et d'investissement, enjeux majeurs pour nos établissements de santé et qui reviennent dans nombre d'auditions.

1 Des effets positifs historiques de la T2A sont majoritairement reconnus par les professionnels rencontrés

La tarification à l'activité (T2A) est, depuis 2004, le mode principal de financement des établissements de santé de court séjour MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Les professionnels rencontrés lors des auditions lui reconnaissent pour la plupart un certain nombre d'atouts, notamment en comparaison de la dotation globale de financement qui la précédait. Ils sont appuyés en cela par différentes études.

La T2A a l'avantage de permettre une augmentation d'activité en cas d'évolution démographique et une répartition plus équitable des moyens financiers entre les établissements. Elle favorise les « gains de productivité » et a entraîné une augmentation d'activité des hôpitaux publics, notamment pour les activités standardisées (chirurgie, médecine interventionnelle) pour lesquelles les coûts de production sont bien maîtrisés, évaluables et prévisibles. La logique de moyens, qui prévalait jusque-là, a cédé la place à une logique de résultat budgétaire conforme à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances. Désormais les recettes issues des activités hospitalières déterminent les dépenses et les ressources allouées correspondent davantage aux besoins de chacun.

1.1 *Égalité de traitement entre établissements de même statut*

La motivation première de la mise en place de la tarification à l'activité était de corriger l'iniquité du mode de financement antérieur, puisqu'au sein du même secteur hospitalier (aussi bien public que privé à but non lucratif) les établissements de même statut juridique pouvaient relever d'un financement variant fortement pour la même prestation, en raison du caractère « historique » des principes de ce financement, sans lien avec la réelle mobilisation des ressources.

La T2A a ainsi réduit les inégalités de traitement intra-sectorielles entre établissements et a levé « l'inhibition de l'hôpital public » liée au budget global. Elle a dynamisé fortement ce secteur, en inversant la motivation des gestionnaires de l'hôpital public, puisqu'au lieu d'un budget fixe à utiliser au mieux, elle lui confie une activité à piloter au mieux pour générer un financement.

Il est à noter qu'aucun professionnel entendu par la mission n'a fait état d'un regret du système par dotation globale. Lors des rencontres organisées à l'AP-HP, son directeur général Martin Hirsch a évoqué la « nostalgie du budget global » comme « prêtant à sourire », tant les améliorations apportées par la T2A sont patentées.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) fait un bilan positif de la T2A, notamment parce qu'en répartissant l'ONDAM en fonction de l'activité, elle a permis de s'adapter aux besoins de la population et des établissements en charge de satisfaire ces besoins. Par ailleurs, parmi les objectifs de ce mode de financement, figurait celui de conférer davantage d'autonomie aux établissements dans leur politique de développement. Or d'après les données relatives aux évolutions d'activité, cet

objectif serait atteint. Désormais, les établissements n'ont plus besoin de se tourner « systématiquement » vers les autorités de tutelle pour développer des activités selon Jean Olivier ARNAUD – Directeur Général CHRU de Lille.

Le budget global était « une catastrophe » pour le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon, qui considère la T2A comme « le système de répartition des ressources le plus abouti à ce jour. Il permet aux établissements de recevoir des financements en fonction de ce qu'ils font et non de ce qu'ils sont ». La T2A « a sauvé l'hôpital public » en valorisant le travail, en favorisant les projets, en permettant une plus grande transparence et en mobilisant les médecins. D'autres aspects très positifs ont été constatés tels que des progrès dans la connaissance des coûts de production.

Par ailleurs, la mise en place d'une tarification au séjour hospitalier a modifié les ressources des établissements de santé publics anciennement sous dotation globale, mais également celles du secteur privé sous OQN. En effet, pour ce secteur les précédents éléments de ressources variaient d'une région à une autre, voire d'un établissement à un autre. La T2A a ainsi harmonisé le financement entre établissements publics et privés, grâce à une rémunération basée sur la « pratique médicale moyenne », c'est-à-dire un forfait identique par pathologie. Toutefois, ce forfait est différent entre les secteurs Ex-DG et Ex-OQN, pour tenir compte notamment des modes de gestion du personnel médical. Aucun représentant du secteur privé ne s'est plaint pour autant du système de tarification à l'activité, même si sa mise en œuvre a fait l'objet de critiques, tout comme « l'existence de deux échelles tarifaires, suite à la suppression de l'objectif de convergence tarifaire », selon le président de la FHP Lamine Gharbi.

La principale critique porte sur l'effet volume, qui favoriserait les gros établissements au détriment des hôpitaux ou cliniques de taille plus modeste. C'est notamment ce constat, qui plus est dans un contexte de tension autour du financement des ex hôpitaux locaux, qui a présidé à la récente réforme du financement des hôpitaux de proximité, dont il sera question plus loin.

1.2 Adaptation à l'activité

La mise en place de la tarification à l'activité dans le court séjour, en 2004, a incité les établissements de santé à améliorer leur efficacité en développant leur activité tout en maîtrisant les coûts et les durées de séjour. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée via un objectif national de dépenses, une certaine forme de concurrence par l'activité s'est mise en place, notamment entre les secteurs public et privé. Cette concurrence s'est substituée à la concurrence plus politique qui prévalait auparavant entre établissements et entre secteurs pour se voir octroyer une part de l'enveloppe globale.

De nombreux acteurs du secteur public attribuent à la T2A un gain de « parts de marché » en chirurgie et en médecine d'actes (le terme « parts de marché » est volontairement repris ici car fortement utilisé, ce qui illustre bien une critique formulée contre la T2A, abordée plus loin). Il a été

ainsi mentionné lors des rencontres de l'AP-HP, qu'en 2010 les établissements publics représentaient 58,7 % des parts de marché contre 48,7% en 2004. Pour la FHF, la T2A a dynamisé le secteur public en termes de parts de marché, elle avance par exemple un chiffre en hausse de 10 points en 10 ans pour la chirurgie. A l'inverse, dans le secteur des SSR qui est resté en dotation globale, un élan similaire n'a pas été observé.

Il est en effet indéniable que l'activité a augmenté dans les établissements de santé depuis l'introduction de la T2A, et si les différentes études qui analysent cette hausse n'arrivent pas exactement aux mêmes estimations, selon les périodes étudiées et les méthodes retenues, elles constatent globalement une croissance de la « production ». Cette croissance de la production est pour bonne part liée à la croissance de la population et à son vieillissement. Après standardisation par l'âge, on ne constate sur la période 2003-2011 qu'une faible augmentation du recours à l'hospitalisation qui passe de 247 pour 1000 à 250 pour 1000 en 2011, légère augmentation qui peut s'expliquer par un effet T2A. Les progrès techniques ont aussi ouvert de nouvelles possibilités de prise en charge des personnes âgées, la hausse des taux de recours concernant essentiellement les plus de 65 ans.¹

De la même façon, dans un rapport relatif à l'évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 pour les hospitalisations de court séjour, la DREES constate également une hausse de l'activité mais évalue plutôt que la modification de la structure de la population (accroissement et vieillissement) est responsable de 80% de la hausse du nombre de séjours.² Ce rapport précise par ailleurs que la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées. L'essentiel de cette progression est dû aux activités chirurgicales et semble s'être faite en deux temps : d'abord une augmentation du nombre de séjours (+11,5%), puis, à partir de 2008, un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés (+5,8%).

1.3 Soutien aux techniques de gestion

Il a été souligné lors des auditions l'effet positif de la T2A sur la gestion hospitalière. Elle a en effet enrichi le dialogue entre équipes médicales et de direction. Elle a aussi contribué au développement d'outils médico-économiques qui permettent de mieux piloter les politiques nationales en matière de santé. Ainsi, un système d'information exhaustif permettant de connaître et d'analyser l'activité de la totalité des établissements de santé de court séjour en France a été mis en œuvre. Cela a permis à l'assurance maladie d'avoir une meilleure vision de la nature des « produits de santé » qu'elle remboursait, à savoir les différentes pathologies. La T2A a permis une connaissance affinée de l'activité des établissements de santé, connaissance jusqu'alors très réduite en raison du défaut de qualité et d'exhaustivité du recueil.

¹ F. Evain Hospitalisation de court séjour Evolution des parts de marché entre 2003 et 2011, DREES 2013

²F.Evain Hospitalisation de court séjour Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011, DREES, 2013

La T2A a apporté une définition de plus en plus précise des « prestations hospitalières » en portant à 2 600 le nombre de Groupe Homogène de Malades en 2009 alors qu'il y en avait 700 au 1er mars 2005. Un tel outil apporte à l'Etat deux leviers d'action en lui permettant de jouer sur la politique tarifaire.

L'Etat peut ainsi estimer ce qu'il pense être le « juste » prix de la prise en charge par pathologie en utilisant les travaux de l'étude nationale de coûts pour en construire une référence tarifaire : les Tarifs Issus des Coûts (TIC). Des mesures de « calage tarifaire » ont ainsi été prises, dont la plus emblématique est la baisse de rémunération sur l'intervention du cristallin de 35% en cinq ans pour le secteur privé. D'autres pathologies ont également été ciblées par ce type d'opération. Mais l'utilisation des TICs comme seule référence pose problème par le décalage dans le temps de la prise en compte de l'évolution des coûts de prise en charge, de la notion d'efficacité et des innovations diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles. Cependant, un indicateur de fiabilité des coûts a été mis en place depuis deux ans qui comporte trois axes dont l'évolution des pratiques.

Le deuxième levier de l'Etat est de piloter une politique tarifaire incitative ou désincitative. Par exemple, pour la chirurgie ambulatoire, un tarif unique entre hospitalisation complète et ambulatoire a été défini. Pour la maternité, le tarif des césariennes est volontairement plus faible que ce à quoi aboutirait une application neutre de l'application du calcul. Enfin, des activités dites « protégées » sont rémunérées au-dessus des références tarifaires issus des coûts (soins palliatifs par exemple). Ce pilotage par les tarifs est soumis à de nombreuses critiques, il en sera question plus loin.

Les innovations instrumentales de gestion, qui visent à outiller des analyses dites « médico-économiques » se sont également beaucoup développées au sein des établissements, contribuant ainsi à un pilotage stratégique plus fin de l'activité.

Une étude de la DREES³ recense ainsi de nombreux exemples d'outils au niveau des services et des pôles d'un panel d'établissements : tableaux de bord, indicateurs, outils d'analyse de l'activité, CREA (comptes de résultat analytique), TCCM (tableau coûts case-mix), fiches budgétaires, fiches de préparation de l'EPRD. Tous ces outils permettent une acculturation économique-managériale du personnel médical et soignant. Cette acculturation se serait faite, aux dires même de nombreux directeurs d'établissements, dans des proportions et à une vitesse initialement sous estimée, tandis que certains professionnels du soin regrettent « le temps où l'on parlait de projet de soins avant de parler de business plan ».

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le pôle devient en général une unité de référence pour définir le périmètre de définition des outils. Cependant, une grande variabilité est constatée dans la façon de construire les indicateurs, dans le nombre et le niveau de détail des indicateurs, ou dans le degré d'accessibilité des informations. Cette variété des nouveaux outils de gestion est liée à des

³ JC. MOISDON, M. PEPIN Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements, mai 2010

approches différentes, visant une meilleure connaissance de l'activité médicale ou l'évaluation de l'efficacité d'une organisation. La taille des établissements, les outils déjà en place, le volontarisme manifesté par les acteurs ont également un impact.

Cependant, ces efforts sont mis à mal par le ressenti que la pression exercée par les Pouvoirs Publics sur le niveau de l'ONDAM devient trop forte et que ces différents apports de la T2A perdent leur sens.

La baisse régulière des tarifs n'est ainsi pas comprise et fait craindre, au delà des efforts de réorganisation réalisés (chirurgie et médecine ambulatoire, coopération inter établissements, centrales d'achat, etc.), une dégradation des conditions de travail des soignants et une diminution de la qualité des soins.

1.4 Responsabilisation des acteurs

Ces outils de connaissance de l'activité et de l'efficacité contribuent également à développer des logiques de responsabilisation appuyées notamment sur des contrats annuels de pôle, qui définissent de manière concertée des objectifs de progression, des moyens associés, et les modalités de reconnaissance de l'atteinte de ces objectifs. Ces informations peuvent également soutenir les échanges entre acteurs, dans le cadre des décisions stratégiques pour l'établissement (discussions budgétaires, négociation d'investissements, choix de développement d'activités, ...).

De façon plus globale, la T2A a eu un impact sur les organisations hospitalières. Comme mentionné lors des auditions, l'activité des équipes médicales et soignantes et leur dynamisme sont reconnus. Les professionnels ont modifié leurs comportements et sont davantage responsabilisés. Le management a lui aussi évolué.

Dans son second rapport, le Comité d'évaluation de la T2A qualifie ce mode de financement de « puissant vecteur » de changement au sein des établissements de santé⁴. Il estime que la T2A a conduit les établissements à reconsidérer en profondeur leur stratégie, en cherchant à accroître leur activité, et à envisager quelques premiers changements organisationnels, même s'ils demeurent encore le plus souvent assez modestes.

Des effets plus significatifs sur la nature des coopérations entre les différents acteurs sont observés. La T2A a notamment contribué à développer un langage commun sur l'activité, en rendant incontournable l'approche médico-économique de l'activité médicale.

Le lien établi par la T2A entre les paramètres financiers de l'établissement et une représentation formalisée de l'activité médicale, via les GHS, contribue à ce résultat, de même que la décentralisation du processus de codage, malgré les fréquentes difficultés rencontrées pour aboutir

⁴ Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, septembre 2009

à une bonne fiabilité.

De plus, on constate un décloisonnement entre acteurs gestionnaires et acteurs du soin. Ainsi, dans le secteur public, sous l'impulsion de la T2A et de la nouvelle gouvernance, les « trios de pôle » constitués d'un médecin, d'un cadre soignant et d'un administratif, sont appuyés par un directeur délégué ou peuvent avoir recours à l'expertise d'un contrôleur de gestion.

La mise en œuvre de ces nouvelles organisations joue un rôle essentiel dans l'adaptation d'un établissement au financement à l'activité. En effet, comme rappelé par un membre du comité, beaucoup de défauts sont attribués à la T2A mais il ne faut pas oublier que l'organisation de l'hôpital, elle-même, joue aussi un rôle essentiel, car pour une même activité on peut avoir des résultats très différents selon les hôpitaux.

Plusieurs professionnels ont souligné la nécessité de réadapter, voire transformer le système. Le réadapter, car la T2A a certes pu produire des résultats positifs mais a aussi finit par générer des effets pervers dans la durée, les acteurs s'adaptant et la réalité se modifiant. De façon générale, aucun système n'est bon de façon pérenne, et il convient de le faire évoluer quand l'équilibre entre les effets favorables et les effets déviants est rompu. Le transformer, pour qu'il rende mieux compte des activités de soins en médecine de maladie chronique, ce que la T2A n'a jamais fait.

2 Des effets pervers sont maintenant exprimés sur des aspects majeurs

De nombreux témoignages, exprimés aussi bien par des membres du comité que par des professionnels de santé entendus en audition et lors des ateliers, font état d'un malaise lié à la tarification à l'activité. La logique de résultat budgétaire qui lui est associée est ressentie comme étant parfois en contradiction avec les objectifs de soins des professionnels de santé. Les critiques s'échelonnent entre le constat d'une perte de temps administratif au détriment des patients, une pression administrative renforcée, et jusqu'à la remise en question de pratiques professionnelles influencées par des objectifs comptables, vécus comme de véritables cas de conscience par les praticiens. Difficilement objectivables par des études, ces effets pervers sont toutefois à prendre en considération, compte tenu de l'effet délétère sur les professionnels, relayé par une part non négligeable d'entre eux.

2.1 Un accent mis sur les actes mesurables au détriment de l'aspect relationnel du soin

Dans le financement à l'activité, une part importante du temps médical et paramédical n'est pas prise en compte de façon pleinement satisfaisante : si 100% des charges dues aux journées travaillées sont bien intégrés, ces charges sont ensuite réparties à l'unité d'œuvre journée. Par ailleurs, les activités non techniques sont difficilement quantifiables. Ainsi, hors des consultations, de la réalisation d'actes invasifs ou d'opérations chirurgicales, les soignants s'investissent dans « un temps collectif » indispensable au fonctionnement de l'hôpital, mais non spécifiquement identifié dans la valorisation de l'activité. Le système de tarification à l'acte exclut, sauf exceptions relevant de crédits MIGAC, les activités de prévention et de coordination, telles que les réunions de concertation pluridisciplinaire ou les avis transversaux. Certaines de ces activités donnent cependant lieu à un financement via les MIG et le FIR.

Prise en charge complexe

Il est fréquemment reproché à la T2A de mal prendre en compte dans leur globalité, donc de mal rémunérer les séjours des patients porteurs de pathologies multiples, qui requièrent une prise en charge par plusieurs spécialités, ou les diagnostics complexes, pour lesquels le temps investi collectivement à l'investigation n'est pas du tout pris en compte.

Par ailleurs, certaines spécialités dont les prises en charge sont, par nature des pathologies traitées, plutôt constituées de consultations longues et de peu d'actes techniques considèrent ce mode de financement comme particulièrement inadapté, même si les consultations C2 et C3 constituent un début de réponse.⁵

L'absence de reconnaissance des consultations infirmières (annonce, accompagnement...) est également relevée, ce qui ne permet pas d'attribuer les moyens adéquats pouvant alléger la charge des services hospitaliers. D'autres exemples sont mis en avant, comme une psychologue clinicienne rémunérée via un fonds implémenté par l'industrie pharmaceutique, faute de pouvoir faire

⁵ CMIT et SPILF, Propositions de la discipline « Maladies infectieuses et tropicales » sur l'évolution à apporter à la tarification des actes hospitalier, janvier 2013

reconnaître son activité au sein de l'hôpital dans lequel elle exerce.

Ainsi, la T2A ne valorise finalement pas la prise en charge des malades qui requièrent le plus d'attention ; ceux porteurs d'affections chroniques, ceux les plus âgés, ou encore les patients en situation de précarité même si la détermination de différents niveaux de sévérité avec en particulier la prise en compte de la durée de séjour, a été sur ce plan un progrès.

Prise en charge de la précarité

La faible prise en compte du « handicap social » altérerait la qualité de la prise en charge des patients précaires.⁶ Le risque d'une sélection des patients est alors évoqué régulièrement.

En effet, d'après la DGOS, la durée moyenne de séjour des patients non-précaires est estimée à 6,5 jours contre 8,1 jours pour des patients précaires. Quatre dimensions de la précarité peuvent potentiellement être sources de surcoûts : précarité sociale, précarité monétaire, précarité liée à la qualité du logement, et l'accès aux droits.

Le financement de ces surcoûts est censé être pris en charge par la MIG précarité, une enveloppe de 160 M€ finançant les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. De plus, les PASS généralistes et dentaires sont financées par des dotations MIG pour un montant total en 2015 de 60 M€. Ces deux MIG seraient financées très en dessous des surcoûts réels, et nombre d'acteurs hospitaliers appellent à fonder un nouveau modèle pour reconnaître cette mission à sa juste hauteur.

La répartition de cette MIG était basée depuis sa création en 2009 sur des données des séjours AME, CMU et CMUC de 2009 transmises par la CNAMTS. La DGOS travaille actuellement sur de nouveaux critères permettant de mieux répartir cette enveloppe entre les établissements effectivement les plus mobilisés par la prise en charge des patients précaires.

En attendant, cette insuffisance de valorisation paraît difficilement amendable dans le cadre de la T2A, car pour prendre en compte toutes ces activités non techniques, il faudrait munir les soignants de chronomètre et leur demander de l'activer à chaque tâche effectuée. Comme dénoncé par un membre du comité, il serait alors indispensable de...comptabiliser le temps passé à comptabiliser le temps.

En parallèle, le codage devient plus lourd pour tenter de mieux rendre compte de la complexité des parcours de soins des patients, augmentant le temps passé par les médecins à coder plutôt qu'à prendre soin des malades. Ainsi, le nombre de GHM a fortement augmenté ces dernières années, mais sans pour autant permettre une description exhaustive de l'activité des soignants. Il faut cependant rappeler ici que la T2A est une tarification à l'activité et non à l'acte ; il n'est pas possible de retrouver chaque acte de chaque professionnel. Outre la lourdeur du recueil que cela eut supposé, cela aurait eu un effet potentiellement inflationniste.

⁶Castiel D, Bréchat PH, Grenouilleau MC. De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital. Presse Med 2007 ; 36 : 187-188

2.2 Un temps de codage considéré comme trop long et nécessitant des compétences spécialisées

Les GHM de T2A ont été multipliés par plus de 4, de 500 en 1986 dans la 1^{ère} version du PMSI à 2300 GHM en 2009. Cela a entraîné un temps d'appropriation du codage plus important pour chaque professionnel afin d'être sûr de la bonne valorisation de son activité. Il est difficile d'estimer précisément la charge que cela représente pour les soignants, puisque cela dépend notamment de la spécialité, de l'organisation du codage dans l'établissement, et des éventuels outils mis en place pour faciliter le codage. Les professionnels rencontrés donnent ainsi des estimations très variables, tout en soulignant que, quelle qu'en soit la durée, il s'agit de temps enlevé aux soins.

En parallèle, les médecins DIM, en charge de la gestion du PMSI depuis les années 80, se sont également spécialisés dans le codage tandis que les hôpitaux recrutaient des équipes élargies de TIM (techniciens du codage). Des ressources soignantes et administratives ont ainsi été détournées du soin direct aux patients au profit de la description de l'activité réalisée, description qui sert de base à l'allocation des ressources.

Des professionnels regrettent que le coût de la T2A n'ait jamais été estimé, incluant la masse salariale nécessaire au codage/traçage, le temps soignant mobilisé pour le codage, le recours à des prestataires extérieurs, l'achat de systèmes d'information, etc. Par ailleurs, l'optimisation est devenue une pratique incontournable dans les hôpitaux : elle consiste à valoriser le mieux possible une activité, ce qui, dans une enveloppe fermée qu'est l'ONDAM hospitalier, revient à mieux valoriser son activité que les autres établissements hospitaliers. « Une bascule d'un motif secondaire d'hospitalisation en motif principal peut faire varier la cotation d'un séjour dans des proportions sensibles » confie un médecin DIM.

L'optimisation peut devenir une source de conflits au sein d'un établissement, notamment lorsqu'il est fait appel à des sociétés spécialisées dans l'optimisation, et qui demandent à avoir accès aux dossiers médicaux des patients afin de procéder à une réévaluation du codage. Il est souhaitable qu'une évaluation du coût généré par ce recueil d'information soit réalisée.

Au-delà du champ MCO, la saisie de l'activité est fortement critiquée par les acteurs de terrain exerçant en SSR. Le PMSI, en vigueur depuis 1996 mais seulement à titre informatif, y comporte plusieurs volets, la partie diagnostic, la dépendance et le catalogue des actes (CSARR). La complexité du recueil et le temps qu'il faut y consacrer inquiètent à la veille de l'entrée en vigueur d'un nouveau mode de financement pour le secteur, la dotation modulée à l'activité, qui sera basée sur ce codage.

2.3 Une responsabilisation des médecins pouvant conduire à influencer leur démarche de soignant

La recherche d'efficacité financière est perçue par certains professionnels comme une pression permanente qui les pousse à augmenter l'activité et diminuer les coûts de séjour, parfois aux dépens de la qualité. La valorisation de l'activité aurait pour eux des conséquences sur leurs pratiques et entraînerait des « comportements opportunistes », que l'on retrouve évoqués dans la littérature, tels que la manipulation du codage des niveaux de sévérité, le renvoi prématuré des patients à leur domicile ou dans d'autres structures de soins et le morcellement des séjours.⁷ Certains témoignages livrés à la mission et correspondant à des situations individuelles confirment ces comportements, sans que cela permette de généraliser, ni même de mesurer l'ampleur du phénomène.

Pour ce qui relève du morcellement des séjours, une étude récente conclut que la mise en œuvre de la T2A ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des réadmissions lors de séjours chirurgicaux.⁸

Il est difficile de nier le risque de déviance d'un système pensé pour décrire une activité et qui pourrait en venir à l'influencer. En effet, l'existence même d'incitations et désincitations tarifaires atteste que les pouvoirs publics envisagent de pouvoir inciter ou au contraire contenir une activité de soin donnée sur la base de ce qu'elle rapportera à l'établissement. Et qu'est le contrôle T2A sinon la sanction de pratiques d'optimisation du codage qui seraient considérées comme border line ? Quelle est la frontière que les professionnels du soin n'iraient jamais franchir pour valoriser leur activité ?

Le système de financement à l'activité ne devrait en théorie avoir aucune conséquence sur les stratégies thérapeutiques proposées aux patients : hospitalisation complète ou incomplète, durée de séjour ... D'une part, l'activité générée par un médecin n'a pas d'impact sur sa rémunération (à l'exception théorique des médecins hospitaliers sous contrat de cliniciens hospitaliers et des médecins rémunérés à l'acte). D'autre part et surtout, les médecins sont dotés d'une éthique forte et de garanties en matière d'indépendance professionnelle, qui devraient les conduire à faire toujours le choix du juste soin pour leurs malades. Ainsi, l'éthique médicale viendrait contrebalancer les hypothétiques tentations inflationnistes des gestionnaires. Le ressenti exprimé par certains professionnels nuance le principe affirmé ci-dessus. La réforme de la gouvernance hospitalière, l'apparition de médecins managers, la multiplication des indicateurs médico - économiques permettant aux équipes de se comparer entre établissements ou au sein d'un même établissement ont accompagné un changement de pratiques. Ainsi est-il courant désormais d'entendre un médecin parler de business plan pour décrire une évolution prévisionnelle d'activité de soin, comme l'expression « part de marché » est entrée dans les mœurs pour décrire la proportion que représente sa file active de patients dans le total des demandes de soins d'un territoire. Une équipe dynamique avec une activité en croissance et bien valorisée a plus de chances de voir en retour ses projets de soins accompagnés. Jusqu'où peut aller la motivation à « bien faire » ?

Des médecins sont démarchés par des sociétés de conseil qui leur présentent, à partir de l'exploitation de données PMSI, la valorisation globale de l'activité de leur service, détaillant jusqu'aux taux de recours, et comparant leur activité à celle des services d'établissements voisins. Ces données sont par ailleurs disponibles sur le site de l'ATIH. Cette valorisation est ensuite corrélée

⁷Z.Or, U.Häkkinen, Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire, IRDES DT n°53 décembre 2012

⁸ E. Yilmaz, A. VUAGNAT Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital DREES Juin 2015

avec le nombre de soignants qui pourraient en théorie être « financés », et que pourraient revendiquer les médecins dans le cadre d'une future discussion contractuelle auprès de leur direction.

Et ayant encore la perception d'une influence de la T2A sur la démarche des soignants, une étude du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP) menée en 2012⁹ auprès de praticiens relève un certain nombre de dysfonctionnements concernant l'hospitalisation non complète. Certains soins complexes et/ou longs ne sont pas réalisés sous la forme de soins externes, car pas suffisamment valorisés. Ces soins ne sont pas non plus organisés en hospitalisation de jour, car non conformes aux critères retenus par la DGOS via la circulaire frontière, et à haut risque de contrôle par l'assurance maladie. Ils sont alors réalisés en hospitalisation classique, avec pour conséquences, entre autres, une perte de temps pour les patients et une augmentation du coût pour la société. Autre exemple recueilli, l'admission systématique en Unité de Surveillance Continue des patients sortant de réanimation afin de bénéficier du supplément de valorisation financière. Cela ne peut se faire qu'au détriment des patients de gravité intermédiaire des urgences ou des autres services, qui pourraient être admis en USC mais ne valident pas forcément les critères de valorisation.

Selon le MDHP, la pression à l'activité constitue un danger pour l'éthique des professionnels

Selon les témoignages recueillis auprès du MDHP, la T2A a pour conséquence principale de transformer la pratique de la médecine et ses valeurs en un système économique comme les autres dominé par l'« esprit marketing ». Les intervenants ont indiqué que la pression exercée par la T2A pouvait modifier les comportements des soignants, en les forçant à privilégier et à augmenter les actes et soins les plus « rentables ».

Ainsi, lors d'une rencontre à l'AP-HP avec le MDHP, un témoignage d'un chef de clinique en neurologie a particulièrement interpellé le comité. Lors du diagnostic d'un patient, à l'heure du choix à effectuer, le jeune médecin se serait demandé s'il ne serait pas plus intéressant pour l'établissement qu'il effectue un acte invasif en plus sur le patient. Cette situation de conscience, au cœur de l'éthique médicale et du serment d'Hippocrate, doit particulièrement attirer l'attention si elle s'avère généralisée. Cependant, les auditions menées par la mission tendent à estimer qu'une telle interrogation a un caractère marginal. D'autres médecins rencontrés par la mission affirment qu'il n'existe pas de remise en cause des principes éthiques de la profession médicale.

2.4 Une instabilité du système et une complexité qui rendent difficile une stratégie pluriannuelle

Chaque année, les établissements attendent avec impatience et inquiétude l'arrêté publiant les

⁹ Etude MDHP jointe en annexe 3, transmise par Anne Gervais, membre du Comité.

nouveaux tarifs. Sous l'effet conjugué de l'augmentation de l'activité des hôpitaux et de la maîtrise de l'enveloppe de l'ONDAM votée par le Parlement, les tarifs sont régulièrement revus à la baisse sans que l'on sache précisément à l'avance les critères retenus et donc le montant et les spécialités concernées.

Ce manque de lisibilité pose plusieurs problèmes :

- il entrave les projets d'investissement des établissements de santé car il permet difficilement de prévoir les recettes qui seront constatées sur une période pluriannuelle, alors même que des investissements importants ne peuvent produire leurs effets qu'à terme.

- il démotive les équipes car un surcroît d'activité ne signifie pas nécessairement plus de recettes d'une année sur l'autre. Par exemple, l'impact des tarifs 2016 associés au coefficient prudentiel ferait perdre, à activité constante, 3 millions d'euros au CH de Mulhouse et 1 Million d'euros au CH du Havre (source : les directeurs de ces établissements vus en audition).

- Les cliniques du secteur privé se sentent défavorisées avec une non convergence des tarifs et des révisions de tarifs qu'elles perçoivent surtout comme des « prix sanction » pour favoriser le secteur public (FHP). La méthode de comparaison entre l'échelle tarifaire du public et celle du privé doit progresser pour être totalement partagée par les acteurs concernés.

Cet inconvénient qui est souligné ici est cependant pour partie la contrepartie d'une force du modèle : l'échelle des tarifs suit l'échelle des coûts avec un décalage de deux à trois ans pour des raisons techniques. Une stabilité absolue conduirait à décorréliser les tarifs des coûts, ce qui serait immanquablement critiqué et remettrait rapidement en cause le modèle.

Des évolutions d'une autre nature doivent par contre être strictement limitées.

2.5 Ce que la T2A ne décrit pas

Il ne faut pas confondre cotation, et évaluation. La T2A n'est pas un outil d'évaluation des soins, encore moins de leur qualité. La T2A est un outil de cotation qui ne s'attache pas aux pratiques professionnelles ni à leurs résultats. On parle volontiers de la T2A comme outil d'efficacité, mais c'est bien d'efficacité allocative dont il s'agit, de performance économique, c'est à dire le rendement de l'attribution des ressources, davantage en termes quantitatifs que qualitatifs. La réforme du financement a surtout intégré l'impératif économique comme première préoccupation. Au détriment des exigences de qualité ? Il faudrait pour y répondre mesurer l'activité en contrôlant la qualité, car une hausse de l'activité qui se ferait au détriment de la qualité ne saurait s'interpréter de façon positive. Les récents travaux visant à instaurer un financement très parcellaire selon des critères qualitatifs (IFAQ) attestent d'une volonté du régulateur de mesurer la performance qualité des

établissements. Ces débuts sont jugés timides, au travers d'indicateurs ponctuels, sans éléments sur la qualité globale des soins.

En revanche, plusieurs études n'ont pas réussi à isoler un effet de la T2A sur la qualité des soins.

Ainsi, une mesure de la qualité des prises en charge peut être appréhendée par le taux de réadmission à trente jours après un séjour chirurgical. Une hausse des réadmissions peut être le signe de la dégradation de la qualité des soins. Ce taux a été étudié sur une période qui s'étend de 2002 à 2012, donc à la fois sur la période qui précède la T2A et sur la période faisant suite à sa mise en place.¹⁰ Les études constatent que le taux de réadmission a augmenté à la fois dans le secteur public et le secteur privé sans que la T2A ait un effet significatif pérenne sur cette hausse. En effet, l'augmentation du taux de réadmission est d'abord liée :

A titre principal à une modification des pratiques (chirurgie de la cataracte et implantation chirurgicale de dispositifs de perfusion).

A titre secondaire au changement structurel de la population des patients (plus de poly pathologies liées au vieillissement).

Une critique entendue à l'égard de cette étude est qu'elle ne porte que sur des séjours chirurgicaux et sur un nombre très élevé de séjours ce qui empêcherait de déceler des augmentations de réadmission dans des secteurs d'activité spécifiques. Une étude de l'IRDES d'Avril 2013¹¹ analyse des prises spécifiques et observe sur les deux dernières années analysées une hausse des réadmissions dans les 30 jours pour l'AVC et l'infarctus du myocarde. Cela justifie de suivre cet indicateur en routine.

La commission consultative nationale d'éthique avait mis en garde en 2007 : la T2A, « en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'exams cliniques longs et précis, [...] conduit à considérer comme "non rentables" beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie, en gériatrie ou en pédiatrie »¹². Dans l'étude de l'IRDES citée plus haut, les indicateurs utilisés ne mettent pas en évidence de stratégie de discrimination des patients poly pathologiques et plus âgés par les établissements. Toutefois, la très forte augmentation des taux standardisés de certaines interventions/actes suggère la possibilité d'une induction de la demande peu ou pas justifiée. On constate par ailleurs des taux de mortalité à 30 jours à la baisse sur trois prises en charge (chirurgie du cancer colorectal, prise en charge des infarctus aigus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux). Ces résultats sont globalement rassurants, mais il est impossible d'isoler l'impact de la T2A dans ces tendances par rapport aux autres réformes hospitalières (telles que l'introduction de seuils de volume d'activité pour la chirurgie cardiaque et la cancérologie). Les tendances observées pour la mortalité cardiovasculaire à l'hôpital sont très

¹⁰E.Yilmaz, A.Vuagnat, Tarification à l'activité et réadmission, Economie et statistique, N° 475-476, 2015

DREES, Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital ? Etudes et Résultats, n°0922, juin 2015.

¹¹Zeynep Or Activité, productivité et qualité des soins avant et après T2A IRDES, DT 56 pages 47 et 48 Avril 2013

¹²CCNE, avis 101 du 28 juin 2007 « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier »

similaires à celles observées dans les autres pays de l'OCDE et reflètent également les progrès médicaux intervenus dans ce domaine thérapeutique.

Citons enfin les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves à l'hôpital, réalisée par la DREES en 2004 et 2009, qui suggèrent que la qualité des soins ne s'est pas dégradée depuis la mise en place de la T2A.¹³

La FHF a également mené des études dont les résultats ne permettent pas de conclure à une dérive liée à la T2A sur la diminution de la qualité et de la sécurité des soins (réadmissions, files d'attente), ou sur la sélection des patients. Ainsi, l'étude effectuée reliant évolution des tarifs et évolution de l'activité démontre une indifférence à un incitatif prix qui orienterait l'activité. Elle souligne néanmoins que des analyses plus précises méritent d'être conduites.

Le ressenti exprimé par certains interlocuteurs de la mission d'un risque de sélection des patients d'une part, d'un risque de diminution de la qualité des soins d'autre part ne semble donc pas vérifié par les études conduites et citées ci-dessus. Mais ces études n'abordent la qualité que sous un angle restreint, faute de disposer d'indicateurs plus complexes et sans doute plus fiables. Le chantier de l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital, comme celui de la pertinence des soins, reste immense.

L'impact potentiellement négatif de la T2A sur la qualité des soins demeure une préoccupation majeure des professionnels entendus par la mission. Comme le résume un médecin gériatre, « la T2A doit être conservée parce qu'elle permet un lien avec l'activité et qu'elle incite à l'efficacité. Mais elle ne doit pas représenter l'intégralité du financement pour éviter que la notion de rentabilité devienne délétère pour le patient ». Pour un autre médecin, « le soin n'est pas le même lorsque l'aide-soignante pose sur la table le plateau repas en aidant le patient ou en le laissant seul faute de temps disponible pour l'aider à se nourrir. La T2A ne permet pas de différencier ces types de soins. La rémunération de l'Institution sera la même ».

Enfin, la T2A n'évalue pas plus les organisations des équipes professionnelles qu'elle n'évalue la qualité des soins : qualité des transmissions entre équipes du matin, d'après-midi et de nuit, répartition des missions entre ces mêmes équipes, mise en commun des pratiques et des difficultés rencontrées ne sont pas prises en compte alors même que l'impact sur la qualité des soins est considérable.

¹³ DREES, Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité, études et résultats n°761, mai 2011

3 Ce qui amène à apporter des amendements significatifs au système à compter du PLFSS 2017

3.1 *Un financement qui s'adapte à la variété des missions remplies par les établissements de santé*

3.1.1 La T2A est adaptée au financement des activités standardisées et bien identifiées par des actes : chirurgie, activités interventionnelles...

L'application de la T2A à certaines activités standardisées, telles que la chirurgie ou la médecine interventionnelle, ne fait pas aujourd'hui débat. Leurs « coûts de production » sont évaluables et prévisibles, les actes réalisés peuvent être décrits de façon précise, et le financement des structures est donc en adéquation avec les frais engagés.

Parmi les centaines de personnes entendues, aucune n'a remis en cause la T2A pour les activités standardisées.

Certaines spécialités hospitalières appellent même à mieux individualiser, au sein de l'activité, les actes techniques. C'est notamment la demande portée par le syndicat des radiologues hospitaliers, qui déplore que l'imagerie soit considérée comme une dépense et non comme une activité à part entière, génératrice de recettes. Leur demande ne porte cependant pas sur une reconnaissance externe par la T2A mais sur l'obligation faite aux établissements de valoriser la prestation radiologique en interne à partir d'une comptabilité analytique adaptée et homogène afin que les radiologues participent au dialogue de gestion interne. Des établissements le font déjà. Il s'agirait de l'étendre et d'harmoniser les règles applicables.

3.1.2 Une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux et les SSR de proximité, et pour les soins critiques, afin de les sécuriser

a. Les hôpitaux de proximité

« Un moment donné, il faut choisir. Ou on estime que nos petits établissements ont encore leur place, pour éviter que les personnes âgées souvent atteintes de plusieurs pathologies soient hospitalisées à des kilomètres de leurs familles dans de services de médecine d'hôpitaux supports souvent plein à craquer, auquel cas on stabilise notre financement ; ou on estime qu'on coûte cher et qu'on n'a plus notre place, dans ce cas-là on nous achève. Mais ces discours contradictoires permanents, cette épée de Damoclès au-dessus de notre tête, c'est le meilleur moyen de ne pas pouvoir recruter de soignants et de ne pas être en mesure de faire notre travail. On a notre place ? Très bien, dans ce cas on stabilise notre budget d'une année sur l'autre, quitte à le moduler à la marge pour éviter les effets inflationnistes et nous motiver à être plus efficaces ».

Situation actuelle.

Les hôpitaux de proximité sont répartis inégalement sur le territoire. Ils sont souvent implantés dans des zones à faible densité de population, mais ne sont pas nécessairement isolés géographiquement des autres établissements de santé.

Les hôpitaux de proximité ont comme caractéristiques principales de réaliser peu d'actes, d'avoir une DMS longue (notamment du fait du manque de structures d'aval), et d'être davantage positionnés sur la prise en charge post-aigüe et le médico-social. Ils seraient défavorisés par la rémunération à l'activité qui pénalise les faibles niveaux d'activité et les prises en charges d'une durée supérieure à la moyenne établie. Par ailleurs, les activités de coordination ne sont pas prises en compte dans ce modèle de financement.

Ces hôpitaux jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de la personne âgée. Ils sont également facteurs d'attractivité pour les professionnels de santé (notamment les libéraux) et ils confortent l'animation du territoire (action de prévention et de promotion de la santé).

Problèmes posés

Aujourd'hui, avec la fin de la dérogation à la T2A de l'activité de médecine pour les ex-hôpitaux locaux et le rapport de la Cour des comptes demandant la mise en place d'un modèle de financement plus adapté à leurs spécificités (faible volumétrie, DMS longue, PA, niveaux de sévérité...), une réforme s'avère nécessaire.

Cette réforme du financement des hôpitaux de proximité est en cours de mise en œuvre par la DGOS. Il y aurait 243 établissements inclus dans le dispositif, majoritairement des ex hôpitaux locaux. A ce jour, les hôpitaux de proximité ont été définis dans le Code de la Santé Publique et le mode de financement est décrit dans le Code de la Sécurité Sociale.

Les critères d'éligibilité tiennent notamment compte de la densité de population et de ses caractéristiques (*cf. Encadré) afin de maintenir des structures de médecine pour des populations âgées et/ou précaires. Ces établissements devront coopérer avec les soins de ville, les SSR/EPHAD, et le second recours.

Le modèle de financement de ces hôpitaux de proximité intégrera :

Une dotation forfaitaire garantie, composée d'une part fixe (appuyée sur les recettes passées) et d'une dotation basée sur des critères de population.

Afin d'encourager et valoriser un développement de ces structures, l'établissement percevra un complément si son activité de l'année n est supérieure à la dotation forfaitaire garantie.

Ce modèle, neutre d'un point de vue budgétaire, garantit un maintien des revenus pour les hôpitaux qui seraient passés sous T2A, tout en étant plus favorable que la T2A pour les ex hôpitaux locaux. De plus, le financement est lissé sur 2 ans, ce qui permet d'atténuer l'impact ponctuel d'une baisse d'activité qui peut être liée au départ d'un médecin, par exemple.

Pour le comité, ces établissements, sélectionnés selon des critères de pertinence au regard de la population couverte, doivent être maintenus au regard de leur mission essentielle de proximité pour une population souvent âgée qui souhaite rester près de chez elle et de son médecin traitant.

La philosophie de la réforme semble la bonne. Dès lors qu'on reconnaît à un établissement de santé une mission particulière de proximité et un service rendu indispensable, il est cohérent d'en stabiliser le financement, tout en conservant une exigence d'efficacité à travers une modulation à l'activité.

De plus, la Dotation Organisationnelle et Populationnelle (DOP), basée sur les aspects territoriaux, est un nouveau modèle de financement qui évite la logique productiviste de la T2A et les écueils de la dotation globale tout en répondant aux besoins des zones les plus fragiles. Cela pourrait encourager la diversification des activités de ces structures en sécurisant les recettes, et le développement des liens entre établissements. La DOP gagnerait à tenir également compte du taux d'équipement du territoire en structure d'aval (EHPAD et autres structures médico-sociales, SSR ...) et de la démographie des professionnels de santé ambulatoire du territoire (paramédicaux, les médecins généralistes étant pris en compte dans le modèle).

La question s'est posée du seuil maximal d'activité d'un établissement donné, exprimé en nombre de séjours par an, qu'il conviendrait de retenir. Plusieurs acteurs auditionnés souhaitent limiter le dispositif aux petits établissements, déterminés par un seuil bas, de l'ordre de 2000 séjours. Des établissements de plus grande taille, situés dans des zones à forte démographie, peuvent avoir une part importante de leur activité relevant des missions de proximité (les actes spécialisés étant réalisés dans des gros établissements supports éloignés), avec peu de structure d'aval et une démographie médicale ambulatoire en tension, avec pour conséquence des durées moyennes de séjour longues. Le comité propose par conséquent de retenir un seuil élevé d'activité, de l'ordre de 6000 séjours par an, tout en laissant le choix aux établissements d'entrer dans le dispositif ou non.

Recommandations

→ **Appliquer la réforme en cours** en retenant comme critère de sélection des établissements la borne haute de 6 000 séjours par an.

→ **Etendre la réforme en cours** aux activités SSR assurées par les hôpitaux de proximité, ainsi qu'aux établissements intégralement SSR répondant aux mêmes critères.

→ **Offrir la possibilité, aux établissements qui le souhaitent, de refuser ce nouveau dispositif.**

*Les critères d'éligibilité liés aux caractéristiques du territoire (20 min autour de l'établissement) :

Part de la pop âgée de plus de 75 ans > à la moyenne nationale

Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté > à la moyenne nationale

Densité de population < au seuil de 150 personnes par km2 indicateur OCDE de la ruralité

Part des omnipraticiens pour 100 000 habitants < à la moyenne nationale

L'établissement qui se situe sur un territoire répondant à au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes, peut être éligible à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité. Deux critères de rattrapage pourront être ajoutés : l'ES travaille avec des médecins en exercice mixte ville/hôpital, ou il est le seul offreur en médecine sur son territoire.

b. Soins critiques

« D'un côté, on nous dit de maintenir ouverts 6 lits de réa. De l'autre côté, on nous reproche de ne pas remplir ces lits suffisamment au cours de l'année. On entend toujours dire qu'on perd de l'argent avec la réa. Il faut être cohérent. Si c'est une mission importante pour le territoire, il faut la financer indépendamment de son activité, ou seulement à minima ».

Situation actuelle.

La notion de filière de soins critiques renvoie aux prises en charge réalisées dans les unités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue : 7,3 millions de journées ont été réalisées en 2014 avec une répartition globalement équitable d'un tiers pour chacune des trois principales catégories de soins critiques. Ces unités peuvent être dédiées à la prise en charge des patients adultes ou spécialisées pour les prises en charge pédiatriques et néonatales.

Le financement des unités de soins critiques est actuellement établi sur la base d'une double modalité :

-Le tarif du GHS du patient qui a connu un passage dans une unité de soins critiques lors de son hospitalisation.

- Un supplément forfaitaire journalier (REA, REP, STF, SRC¹⁴) censé couvrir les surcoûts des séjours avec passage dans ces unités. Le montant du supplément varie en fonction de l'unité concernée si plusieurs conditions sont réunies (autorisation/reconnaissance de l'unité, actes réalisés, indices de gravité, etc.).

14 REA pour supplément réanimation, REP pour supplément de réanimation pédiatrique, STF pour supplément soins intensifs, SRC pour supplément surveillance continue ;

Au global, les suppléments ont généré en 2014 des recettes de 2,4 milliards d'euros hors néonatalogie dont 54% sont issus de suppléments de réanimation, 26% de soins intensifs et 20% de surveillance continue.

Les recettes des unités de soins critiques sont, elles, difficilement identifiables de façon exhaustive car le tarif du GHS est affecté à l'ensemble du séjour sans qu'il soit possible, au niveau national, d'isoler précisément la ou les parts afférentes aux passages au sein des unités de soins critiques.

Problèmes posés

La difficulté principale pour les acteurs réside dans le niveau global de financement des soins critiques. Les activités de soins critiques sont caractérisées par une activité fluctuante qui ne permet pas de couvrir les coûts fixes importants qui résultent de l'application des normes de fonctionnement.

Ces coûts fixes varient, par ailleurs, considérablement en fonction de la dimension des services et des établissements.

Plus précisément, trois problèmes sont principalement évoqués en fonction de la prise en charge :

- Concernant la réanimation, le niveau des suppléments journaliers est jugé insuffisant au regard des coûts constatés.
- Concernant les soins intensifs, l'absence de critères liés à l'attribution du supplément soins intensifs génère, selon les professionnels, une dispersion des financements qui pénalise la valorisation des prises en charge les plus complexes.
- Concernant la surveillance continue, la non prise en compte de la lourdeur par des indicateurs de charge en soins, n'autorise pas, ici aussi, la valorisation des prises en charges plus complexes et plus lourdes.

De plus, il convient de noter que toutes les journées réalisées en soins critiques ne donnent pas lieu à un supplément car elles doivent remplir les conditions de l'arrêté du 19 février 2015¹⁵. Ainsi, 87% des journées réalisées en réanimation adulte, 83% des journées réalisées en réanimation pédiatrique et 93% des journées réalisées en réanimation néonatale donnent lieu à un supplément de réanimation stricto sensu (REA, REP ou NN3).

Le comité retient le principe suivant : dès lors qu'une activité, soumise à autorisation, répondant à des missions spécifiques au sein d'un territoire de santé, serait soumise à des variables qu'elle ne peut maîtriser, comme c'est le cas s'agissant du taux d'occupation d'unités de soins critiques, il est

¹⁵ Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

licite d'en stabiliser le financement, tout en conservant une part modulée à l'activité.

Recommandations

Instaurer un financement par dotation modulée à l'activité, comme suit :

- **Une part socle sous forme de forfait annuel garanti** en fonction du dimensionnement de l'unité et de l'activité des années antérieures. Ce forfait annuel de soins critiques permettrait de prendre en considération la mobilisation des moyens pour ces unités, quel que soit le volume d'activité réalisé dans l'année en cours ;
- **Un financement lié à l'activité de l'année en cours** via les GHS. Les différents niveaux de sévérité permettent de tenir compte de la lourdeur des soins nécessaires pour les patients réellement accueillis en année N.

3.1.3 Une redéfinition des règles de financement dans le domaine des soins palliatifs pour éviter toute crainte éthique

« J'ai le sentiment, à tort ou à raison, que si je garde mon patient hospitalisé le bon nombre de jours en soins palliatifs, mon hôpital va gagner de l'argent. C'est quand même un peu limite... »

Situation actuelle

Selon la circulaire DHOS du 25/03/2008¹⁶, les soins palliatifs sont des « soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de conserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ». En 2014, le financement des soins palliatifs a représenté entre 1 et 1,5 Milliards d'euros pour l'ensemble des modalités existantes : USP, LISP, EMSP, HAD, SSR.

L'offre hospitalière spécialisée est aujourd'hui organisée de façon graduée pour les soins palliatifs. L'offre croissante de prise en charge est la suivante :

- l'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié (Equipes mobiles de soins palliatifs ou EMSP),

¹⁶ Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

- les Lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein de services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents,
- les Unités de soins palliatifs (USP) pour les situations les plus complexes de fin de vie

Il convient de noter que le développement des soins palliatifs à domicile (HAD, SSIAD, réseaux, médecine libérale) ou en SSR est encouragé par les pouvoirs publics afin d'augmenter le confort du patient et limiter l'hospitalisation.

La tarification est fonction de chacun des types de soins fournis.

Le financement des unités et lits identifiés de soins palliatifs en médecine, chirurgie et obstétrique (USP et LISP) repose sur la T2A avec une majoration de 30 % pour le LISP et une majoration de 50 % pour l'USP par rapport à un hébergement standard. A partir de 2009, une correction a été apportée au financement des soins palliatifs en révisant, notamment, la fixation des bornes hautes et basses afin de ne pas pénaliser les séjours longs.

La borne haute pour les USP et LISP a été fixée volontairement à la durée médiane des séjours soit 12 jours. Ce chiffre est volontairement très en-deçà des règles habituelles de fixation des bornes hautes (DMS X 2,5 soit 48 jours) et très en dessous des DMS (16 à 19 jours selon les GHM). Les ES reçoivent ainsi plus rapidement le complément à la journée (EXH) en sus du GHS et les séjours longs s'en trouvent mieux rémunérés.

La borne basse de 4 jours offre, en dessous de la borne, un tarif de séjour (EXB) supérieur au prix de journée mais inférieur au forfait GHS plein. Ainsi les séjours courts restent relativement bien rémunérés. La borne basse ne s'applique, par ailleurs, pas aux séjours avec décès qui eux, se voient attribuer un forfait GHS plein. Ainsi, les séjours qui se finissent à l'hôpital après une plus longue prise en charge du patient à domicile ne sont pas pénalisés.

Les tarifs associés aux soins palliatifs en MCO sont fixés au-dessus de ce que donnerait l'application stricte de l'ENC. Selon l'ATIH, les soins palliatifs via le tarif GHS en MCO seraient sur-financés à hauteur de +8,8 % soit un peu plus de 50 Millions d'euros au niveau national. Pour le secteur ex-DG, le sur-financement est de plus de 10 %.

Concernant les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), elles sont financées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui apporte des ressources pour les charges de personnels, les frais de déplacement, et une partie des frais de structure de l'établissement de rattachement.

En hospitalisation à domicile, le financement du séjour se fait comme toute prise en charge en HAD avec le modèle tarifaire issu de la classification en GHPC (Groupes Homogènes de Prises en Charges) qui pondère les modes de prise en charge principal, de prise en charge associé et l'indice d'état général de Karnofsky du patient.

Problèmes posés

Malgré un financement renforcé, deux problématiques principales restent aujourd'hui posées par les professionnels :

- Des problèmes d'ordre éthique et moral seraient soulevés par les objectifs ressentis de réduction des durées de prise en charge par rapport à des soins qui devraient être individualisés et déconnectés de toute préoccupation financière.
- Des disparités territoriales en termes d'offre de soins palliatifs se développent, tandis que l'incitation à une prise en charge palliative à domicile (HAD, SSIAD) ou en SSR reste mesurée.

Concernant les problèmes d'ordre éthique, le financement au prix de journée a, dans un premier temps, été envisagé comme une solution mais une première modélisation indique un effet potentiellement déstabilisant sur de nombreuses unités de soins. Par exemple, le passage au prix de journée pour un établissement de santé du secteur ex-DG montre que sa valorisation diminuerait pour tous les séjours inférieurs à 12 jours (de -5 % à -68%) et augmenterait fortement (de +7 % à +19,5 %) pour tout séjour supérieur à 14 jours (cf. annexe).

Une seconde option, simple et respectueuse de l'ONDAM, a été privilégiée par la mission. Elle consiste à supprimer les bornes basses et hautes afin de lever, à la fois, la pression ressentie sur les séjours trop courts pour être pleinement valorisés et de mieux rémunérer les séjours longs.

Recommandations

→ **Supprimer la borne basse** afin que le forfait GHS soit garanti dès le 1^{er} jour sans pression ressentie sur les courts séjours. A enveloppe constante, le niveau du GHS devra être légèrement abaissé.

→ **Supprimer l'utilisation d'une borne haute et la remplacer par un supplément journalier** à partir du 12^e jour. Ce supplément permettrait un tarif supérieur à l'EXH tout en étant inférieur à au prix de journée.

L'enjeu des inégalités territoriales fait l'objet du Plan 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie doté de 190 Millions d'euros. Il incite, notamment, à la prise en charge de proximité (infirmières en EHPAD, développement HAD et évaluations au domicile).

Cependant, des acteurs de terrains ont insisté sur la grande hétérogénéité dans la gestion, les critères de répartition et l'évaluation des crédits FIR pour les EMPSP. Il existe, en effet, plus de 400 EMSP en France sans qu'il y ait d'indicateurs d'activité homogène au niveau national. Or ces enveloppes financent l'intégralité des missions des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) y compris le déploiement en EHPAD.

→ **Mettre en œuvre des indicateurs d'activité communs au niveau national** pour les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et s'agissant d'un financement par le FIR demander aux ARS d'introduire une part modulable à l'activité pour le financement à hauteur de 20%. Cela facilitera transparence et visibilité dans l'attribution du financement.

3.1.4 Une modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité

« L'ARS nous a autorisé à augmenter notre nombre de lits de SSR. Incité, même. Formidable. Mais comme le financement est gelé, on fait comment ? Il faut absolument que le SSR public change vers quelque chose de dynamique. Dans l'absolu on aurait préféré un financement au forfait structure ou au prix de journée mais on nous dit que ce serait inflationniste. Du coup on nous a créé une usine à gaz avec je ne sais combien de centaines de tarifs. Mais bon, on préfère une mauvaise réforme à pas de réforme du tout. Et oui, on en est là... »

« Tous les matins, j'arrête mes soins vers 11h35, et je me mets derrière mon PC pour coder, et tracer. Ce n'est pas long, mais multiplié par tous les patients que je vois dans la journée, je suis obligé de m'organiser comme ça. Est-ce que j'ai un retour sur ces codes ? Aucun. Un intérêt pour ma pratique ? Aucun. Un intérêt pour mes patients ? Aucun. Là par exemple j'entre dans mon thesaurus, je sélectionne mon code massage et dans le traçage je vais marquer que j'ai fait un drainage plus un massage relaxant. Je clique. Voilà. Ce monsieur est arrivé pour la rééducation d'un AVC il y a 3 semaines, j'en suis à une douzaine de codes. Dites-leur, à Paris, qu'on n'a pas besoin de coder pour être heureux ! »

Situation actuelle.

Le système actuel de financement du SSR, de dotation globale pour les établissements publics, et de prix de journée pour les établissements privés, est un système inéquitable et non efficient. Les financements sont fixés sur une base historique marginalement révisée de mesures nouvelles pour la

DAF, et en fonction notamment de la mention spécialisée pour le privé lucratif. On observe une répartition géographique très hétérogène et une diversité d'activité importante (prise en charge locomotrice, neurologique, soins palliatifs ...).

Les défauts majeurs de ce système sont les suivants :

Aspect inflationniste dû à un financement à la journée dans le secteur privé lucratif

Arrêt des investissements dans le secteur public et ESPIC

Absence de description des activités réellement pratiquées dans des structures extrêmement diversifiées.

Absence d'information sur le contenu et la qualité des prestations servies aux patients.

Cela se traduit par un manque de dynamisme des établissements publics, qui ont créé 5 531 lits entre 2004 et 2014 (soit 15% d'augmentation) alors que dans le même temps le secteur privé en a créé le double (10 944 soit 50% de lits supplémentaires en 10 ans). Exprimée en journées, l'évolution des trois secteurs entre 2010 et 2014 est de 2% pour le privé non lucratif, de 6% pour le public et de 14% pour le privé lucratif.¹⁷

La répartition des financements est de plus fortement inéquitable sur le territoire. La dotation régionale la plus importante représente 679 fois la dotation la plus faible. Ramenée en dotation par journée de prise en charge, les financements s'étalent de 211 euros pour la région Centre à 1311 euros en Martinique. La première région de métropole (la Corse) est rémunérée à hauteur de 896 euros par jour. Dans le secteur privé, les iniquités sont, certes moins flagrantes, mais le prix de journée était fixé en 2014 à 114 euros en Lorraine contre 303 à la Réunion, soit plus du double.¹⁸

Pour remédier à ce constat, il a été acté dans le PLFSS 2016 de changer le mode de financement du SSR dès 2017 par une dotation modulée à l'activité.

Il s'agit d'un système lié à l'activité, avec une partie socle, calculée à partir de l'historique de l'activité, et permettant de sécuriser le financement pendant une période de transition et une part fondée sur l'activité de l'année en cours, permettant de tenir compte des prises en charge réalisées par les établissements au cours de l'année. A cette dotation modulée à l'activité (DMA), s'ajoutent des financements complémentaires permettant le financement de missions d'intérêt général, de plateaux techniques spécialisés ainsi que des molécules onéreuses.

Problèmes posés

Une réforme est attendue et souhaitée par les professionnels du secteur, afin de mettre en œuvre un financement qui reflète objectivement la lourdeur réelle des pathologies traitées. Toutefois, des critiques se font déjà entendre sur la lourdeur du système mis en œuvre, et notamment les outils techniques permettant le recueil d'information. Ainsi l'outil de description de l'activité ne permet pas à ce jour, de discriminer la lourdeur des prises en charge et l'intensité des actes réalisés. La lourdeur des saisies est également évoquée de façon récurrente avec le risque de création de plus de 650 Groupes Médico-économiques impliquant un acte de codage pour chaque professionnel de

¹⁷ Source DGOS

¹⁸ Source DGOS

rééducation.

De façon détaillée, la prise en charge d'un patient est classée dans un Groupe médico-économique (GME) associée à un tarif et déduit de 3 types d'informations à saisir dans l'outil de recueil :

Le diagnostic, cette partie du codage relève du médecin. Un professionnel entendu par la mission l'estime à 1 heure par semaine pour un sénior bien formé dans une unité de soins.

La dépendance, codée selon l'organisation par un docteur, une infirmière, un ergothérapeute, etc., ce n'est pas très long à faire mais les règles sont mal connues. Cela rend par ailleurs le codage très hétérogène. L'outil PMSI SSR est jugé comme inadapté à la saisie de la dépendance.

Le catalogue des actes (CSARR), qui permet de mesurer les ressources consommées, quand certains professionnels préféreraient que soit évaluée la pertinence des soins. C'est par ailleurs la part du codage la plus critiquée car considérée comme chronophage.

A titre d'exemple, des kinésithérapeutes rencontrés estiment leur temps dédié au codage et traçage (chaque code devant être justifié dans le dossier médical) à 30 à 45 minutes par jour. Or 130 codes sur les 500 de la nomenclature représentent 80% des actes codés. Il faut préciser que les établissements développent par ailleurs des thésaurus et mettent en place des outils informatiques facilitant la saisie (menus déroulants, favoris...).

De même, un malade en rééducation neurologique suite à un AVC qui fera un séjour de 25 jours en SSR pourra en théorie se voir affecter des dizaines de lignes de codages différents, dont une vingtaine pour les seuls actes de kinésithérapie. « Et tout cela, avant que le codage impacte les revenus de l'établissement, donc avant optimisation ! » confiait un professionnel.

Un autre reproche fait à ce système, est qu'il ne tient pas compte du potentiel de réadaptation du patient, c'est-à-dire qu'un même GME peut être attribué à des patients ayant certes le même diagnostic mais des capacités de récupération très différentes. Or le temps soignant à engager sera variable mais rémunéré de la même façon.

Enfin, le PMSI étant codé depuis 1996 sans que les données produites ne soient exploitées, les professionnels observent une démotivation à saisir l'activité. La partie socle s'appuiera donc sur un codage potentiellement de mauvaise qualité. Cela jette également un doute sur la fiabilité de l'ENC, basée sur cette classification et qui déterminera les futurs tarifs nationaux.

Il y a également des inquiétudes concernant la définition des tarifs, les simulations étant annoncées au mieux pour ce printemps 2016.

Le comité s'est beaucoup interrogé sur cette réforme du SSR. Voici les constats qu'elle partage :

Il est essentiel et urgent d'harmoniser les règles de financement entre secteurs public et privé. Sans même attendre l'application de la réforme, il serait juste de mobiliser une enveloppe pour amorcer des projets SSR publics dans les territoires.

Le codage/traçage des actes dans le recueil CSARR doit être réinterrogé, et à minima

considérablement simplifié et ce pour plusieurs raisons : d'abord, il est chronophage, mobilisant à hauteur de 4,5% de la masse salariale d'un établissement, soit autant de soins en moins pour les malades. Il est possible que le temps passé à discriminer deux actes réalisés par un kinésithérapeute soit supérieur au différentiel de temps mobilisé pour ces mêmes soins. Ensuite, il ne se justifie pas d'un point de vue médical, n'apportant pas d'information spécifique aux équipes de soins.

Le comité appelle à appliquer rapidement une réforme instaurant une dotation modulée à l'activité, comme le prévoit la LFSS. Le principe d'une part modulaire à l'activité est jugé nécessaire. Le comité s'est beaucoup interrogé sur la construction de la dotation socle. Le prix de journée est une option intéressante, mais à fort potentiel inflationniste. Un forfait structure ferait sens. Le principal pôle de dépense d'une unité SSR ne demeure-t-il pas la masse salariale disponible pour les soins ? Il serait possible de catégoriser plusieurs niveaux de SSR en fonction du personnel des structures, mais aussi du niveau de spécialisation des soins qui y sont réalisés. Si la solution est techniquement complexe à court terme, le comité propose d'étudier dans l'intervalle la possibilité d'une DAF modulée à l'activité, qui pourrait également s'appliquer au secteur privé, comme la loi le prévoit, mais avec une grande souplesse au démarrage de façon à ne pas déstabiliser les structures existantes.

Recommandations

- **Supprimer, ou à défaut simplifier au strict minimum la saisie des actes (CSARR)**
- **Limiter à 10% l'impact de la mise en place de la DMA en 2017.**
- **Engager l'amorçage d'unités SSR dans le secteur sous Dotation Annuelle de Fonctionnement.**
- **Dans un délai de 2 ans, mettre en place une dotation socle sur la base de forfaits structures et non sur la base d'une dotation historique**

3.1.5 Une évolution du financement des Urgences pour développer les liens avec des centres de soins non programmés.

« Nous avons ouvert dans notre hôpital une maison de garde gérée par des pédiatres libéraux. Ça marche du tonnerre, plusieurs milliers d'enfants sont maintenant pris en charge hors des urgences, ce qui est plus confortable pour eux, mais aussi pour l'équipe des urgences qui est moins débordée. Le problème, c'est qu'on ne perçoit plus le financement correspondant à ces enfants réorientés, sans pour autant pouvoir réduire nos équipes. Ce qui serait juste, c'est que l'assurance maladie nous reverse une partie des économies générées par notre système, sans quoi nous devons fermer la maison de garde et les enfants devront repasser dans

les urgences. »

« Moi, je veux bien que l'infirmière d'accueil oriente les patients qui n'ont pas besoin des urgences vers le cabinet de garde qui est ouvert en soirée. Pensez donc, on déborde en continu. Mais le problème c'est que ça va faire baisser mon activité, et qu'on va réduire le personnel des urgences, alors que les malades les plus graves seront toujours dans les murs. »

Situation actuelle

Le modèle de financement des urgences est actuellement un modèle mixte avec une part forfaitaire, composée d'un forfait annuel (FAU) versé mensuellement qui a vocation à financer les charges fixes et les charges semi-fixes par palier, et une part variable correspondant à l'activité qui rémunère les urgences à chaque passage via le forfait ATU. Il faut y ajouter les consultations et actes externes réalisés.

Lorsque le patient est hospitalisé, il y a facturation d'un GHS, que ce soit pour les passages suivis d'une hospitalisation mono-séjour UHCD ou en cas d'hospitalisation dans l'un des services cliniques de l'établissement.

Enfin, le SMUR est financé via une MIG et refacturation aux établissements de santé utilisateurs de transports secondaires.

Aux urgences, les patients sont classés selon une CCMU ou Classification Clinique des Malades des Urgences. Dans le cas des CCMU 1 et 2 l'état clinique du patient est jugé stable¹⁹. Les CCMU 3, 4 et 5 sont la minorité des actes mais ils concentrent les efforts des professionnels par la gravité des situations. Un passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation rapporte en moyenne à l'hôpital 125 euros (hors imagerie et biologie). Au niveau national, 22 % des passages des urgences arrivent via les pompiers ou la régulation.

Une réflexion en cours s'appuyant principalement sur un recalibrage du FAU et de la MIG SMUR permettrait de mieux rémunérer les établissements avec une activité répartie sur plusieurs sites, de mieux objectiver les dotations SMUR et de remédier au sous-financement des Urgences - SMUR à faible activité. Cette réflexion est à poursuivre.

L'exemple du Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain

- Organisation des urgences et de la MMG au CH de Poissy – St Germain en Laye :
 - Urgences adultes : 46 000 passages en 2014 (dont 5500 < 18 ans), dont 22% hospitalisés en

¹⁹ CCMU1 : état clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple (Exemples : angine, plaie sans suture, otite...)

CCMU2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences (Exemples : hypotension, entorse, plaie simple à suturer...).

MCO

- Urgences pédiatriques : 23 000 passages en 2014, dont 14% d'hospitalisés en MCO
- MMG pédiatriques (soirée et week-end, dans les locaux du CH) : 3500 passages annuels
- 87% des patients de la MMG sont réorientés via les urgences, 13% sont orientés par le centre 15.
 - Dispositif de financement 2015 SU / MMG :
 - La perception des honoraires des consultations ainsi que des majorations et astreintes de PDSA par les médecins libéraux de la MMG
 - La facturation de l'ATU par le CH, pris en compte dans le calcul du FAU perçu par le CH

Un mode de financement qui ne génère pas d'économie pour l'Assurance Maladie et induit même une dépense supplémentaire par rapport à une prise en charge exclusivement hospitalière liée au paiement des astreintes de PDSA, aux tarifs supérieurs des majorations PDSA et à la prise en charge des cotisations sociales pour les médecins libéraux de la MMG.

- Conséquence de la modification des règles de facturation des ATU

Dans le secteur des urgences, le financement actuel ne favorise pas la mobilisation des établissements sur des projets d'organisation territoriale. L'Établissement de santé n'a aucun intérêt à rediriger les cas les plus légers car seuls resteraient aux urgences les cas les plus lourds qui sont, en l'état actuel sous-financés.

Aujourd'hui, l'accès aux maisons médicales de garde se fait seulement après régulation. Et, compte tenu des coûts fixes, une réorientation ne fonctionnera pour l'hôpital et le système de santé que si le seuil des 10 000 passages est atteint, parce qu'une diminution des ressources affectées est alors possible tout en permettant un confort amélioré du patient.

L'un des freins principaux réside dans la difficulté de mobiliser un financement dans le cadre de projets d'organisation territoriale. Aujourd'hui, attribuer ou maintenir une autorisation de médecine d'urgence ne relève pas d'un financement régional alors que créer un centre de soins non programmés impacte directement les enveloppes des ARS. Or, les économies générées par une réorganisation territoriale (ATU/FAU) bénéficient intégralement à l'assurance maladie et ne peuvent être réutilisées par l'ARS.

Par ailleurs, plusieurs enjeux se dégagent entre l'offre de soins urgents et l'offre de soins non programmés dont la nécessaire optimisation du maillage Urgence-SMUR, l'encouragement au développement d'équipes de territoire d'urgentistes, l'articulation des urgences avec l'offre de soins non programmés c'est-à-dire une gradation de l'offre avec orientation des patients, et le développement des transferts infirmiers inter-hospitaliers (SMUR secondaires qui ne nécessitent pas la présence de médecins).

Problèmes posés

Cependant, un problème principal subsiste. Les urgences restent très surchargées par un nombre de patients qui ne cesse d'augmenter, ce qui peut contribuer à une dégradation de la qualité des soins tout en décourageant les équipes de professionnels.

Recommandations

- ✓ Conserver le financement mixte avec une part forfaitaire
- ✓ Encourager les structures ambulatoires d'initiative publique, privée ou mixte à prendre en charge les patients sans critères de gravité et/ou ne nécessitant pas d'exams complémentaires (CCMU 1 et CCMU 2), à tarif opposable et sans avance de frais. Cela suppose la création d'un forfait de réorientation pour les établissements suffisamment attractif quoique toujours inférieur à l'ATU.
- ✓ Des centres de soins non programmés, structures intermédiaires, pourraient prendre en charge le tri des patients, notamment dans les territoires isolés. Les ARS sont les mieux placées pour déterminer les meilleures solutions en fonction des territoires.
- ✓ Désinciter les Etablissements de Santé (ES) à prendre en charge les CCMU 1 et 2 dès lors qu'une offre structurée existe en ambulatoire.

Recommandations pour faciliter la coordination Urgences et structures de soins non programmées

- Inciter les ARS à réorganiser les soins urgents non programmés quand cela s'avère judicieux médicalement en permettant une fongibilité des enveloppes Ville-Hôpital. Le rôle des urgences d'un hôpital ne peut pas être le même selon qu'il existe ou non des solutions alternatives : SOS médecins, maison médicale de garde par exemple. Les ARS doivent pouvoir orienter les patients vers la maison médicale de garde en amont du service d'urgences, sans réorientation par les urgences.
- Moduler la part variable à l'activité en fonction de la nature de l'activité afin de mieux prendre en compte la sévérité de la pathologie du patient traité. Plusieurs forfaits remplaceraient les facturations d'ATU, de consultations et d'actes selon le modèle suivant :
 - Accueil et réorientation du patient (MMG, médecin libéral, consultation au sein de l'établissement...)
 - Patient ne nécessitant qu'une consultation et/ou des soins locaux
 - Patient nécessitant des actes de biologie ou d'imagerie standard
 - Patient bénéficiant d'une consultation et de soins sous anesthésie locale ou d'une immobilisation rigide
- Compenser les surcoûts éventuels dus à l'augmentation de la gravité moyenne des malades aux urgences.

3.1.6 Une T2A qui s'adapte à la nécessité de coopération entre acteurs : GHT...

« Nous montons actuellement un groupement hospitalier de territoire. C'est une bonne chose, parce que des équipes médicales sont en train de réfléchir à un projet médical commun, qui permettra de réorganiser des filières de prises en charge de maladies chroniques au plus près des patients. Mais je vois déjà le piège du mode de tarification de la coopération. Si moi, gros hôpital centre, je délègue du temps soignant dans un établissement plus petit, qui doit percevoir les recettes ? Comment on les répartit ? Et puis, le petit hôpital risque d'avoir peur que mes médecins recrutent les patients de son territoire pour faire le gros de la prise en charge, surtout la partie technique, dans mon centre au détriment du sien. S'il existait un financement au parcours entre hôpitaux ce serait déjà plus simple. »

Situation actuelle

L'une des conséquences des principaux effets pervers listés en partie 2 (l'accent mis sur les actes mesurables notamment) est de ne pas encourager les acteurs de la santé à coopérer.

En effet, la nécessité d'augmenter son activité pour accroître ses ressources T2A pousse souvent des établissements de santé d'un même territoire à la concurrence (maximisation des files actives et des volumes d'activité), indépendamment de l'intérêt du parcours du patient ou des besoins en offre de soins du territoire. Ainsi, le système de financement n'encourage pas l'organisation graduée des soins alors qu'il s'agit d'un objectif prioritaire du projet de modernisation du système de santé. Au cours des auditions menées, des exemples concrets ont été abordés, notamment dans le domaine des consultations avancées et de la chirurgie.

Au niveau du territoire, les ARS sont confrontées à la concurrence que se livrent les établissements pour obtenir une autorisation d'activité car les flux de revenus induits sont importants. La multiplication des recours au Tribunal Administratif contre les décisions prises par les Directeurs Généraux d'ARS sur les autorisations est l'une des illustrations de cette compétition.

Problèmes posés :

Ces enjeux pourraient s'inscrire dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire qui ont pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge graduée du patient. Cela passe, notamment, par un Projet Médical Partagé sur le territoire ce qui implique dialogue et cohérence dans la répartition des effectifs médicaux et des plateaux techniques.

La coopération entre établissements se concrétise par des équipes médicales de territoire favorisant les parcours et le maintien d'une offre de soins sur l'ensemble des territoires. Ces équipes ne peuvent se mettre en place que dans une logique de praticien à temps partagé. La T2A ne prend pas en compte les coûts supplémentaires liés au temps partagé des praticiens et qui sont de 2 types

- Le temps de trajet des praticiens entre les deux sites, inclus dans le temps de travail et ne générant aucune activité.
- Les dispositifs de compensation financière offerts aux praticiens hospitaliers pour les inciter à cet effort complémentaire et sur la base du volontariat (prime d'exercice multisite, mission d'activité d'intérêt général...)

La mission propose de suivre de près la mise en place des GHT et de déterminer les besoins en termes de modulation des financements pour lever les freins à la coopération. Le deuxième rapport formulera éventuellement des recommandations au vu des premiers constats réalisés après la mise en place des GHT.

Faut-il aller vers une dotation forfaitaire GHT modulée à l'activité ? Faut-il se limiter à des mécanismes de compensation des dépenses induites par la coopération ? Faut-il une règle pour tous les territoires ou de la souplesse pour faire la part belle à la concertation locale ?

Recommandations pour faciliter la coordination au sein des GHT

Le Comité Stratégique du GHT doit établir des règles financières dans le suivi des recettes et des charges impactées par la coopération définie par le projet médical partagé

Le Comité stratégique du GHT définit la gestion des ressources humaines médicales au sein du Groupement :

- Définir un cadre d'harmonisation des règles d'indemnisation de la permanence des soins pour conduire à minima à une harmonisation de l'offre employeur afin d'éviter le comportement du « passager clandestin ».
- Définir et construire les règles d'indemnisation/intéressement des équipes médicales s'engageant dans l'exercice territorial sur le périmètre du GHT.

3.1.7 Définir des modalités justes et souples des soins de santé mentale : travail à conduire en deuxième phase

Nous avons commencé à entendre les propositions faites dans le domaine de la Santé mentale. Des réflexions anciennes et riches existent. Il n'était pas possible dans le temps écoulé depuis décembre 2015 d'aboutir à une proposition précise, d'autant qu'une mission sur le sujet a été confiée à Monsieur Michel Laforcade et il m'est apparu nécessaire d'en attendre les conclusions. J'aborderai cette importante question du financement des soins de santé mentale dans la deuxième partie de

ma mission. Elle devra répondre aux difficultés identifiées de l'actuel mode de financement, notamment une iniquité dans la répartition des moyens disponibles entre territoires et établissements et la nécessité de soutenir les évolutions des prises en charge des patients.

3.1.8 Préparer la mise en place d'une modulation du financement à la qualité selon des modalités innovantes d'appréciation de la qualité des soins

« Je ne vois pas la qualité comme un outil d'évaluation négatif, au contraire. Si un service fait des soins de mauvaise qualité, il faut se poser toutes les questions avant la catastrophe, et donner les moyens, accompagner ce service vers plus de qualité. »

« Je suis sorti de l'hôpital un vendredi midi pour commencer ma rééducation dans un établissement spécialisé. J'ai attendu lundi après-midi qu'un médecin puis un kiné vienne me voir. Trois jours pour rien... la suite n'était pas plus réjouissante, à croire qu'il y avait un kiné pour 30 malades ! En discutant avec mes voisins, je me suis rendu compte que j'étais loin d'être une exception. Quand ma femme s'était fait opérer de la hanche, elle était allée dans un autre établissement, elle en était sortie ravie. »

La France avait pris un retard considérable dans l'évaluation de la qualité des soins, comme dans la transparence des données qui la décrivent. Le virage de la qualité a été initié à travers le développement d'indicateurs qualité d'une part, à travers le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité IFAQ d'autre part, qui vise à favoriser la progression des pratiques professionnelles au bénéfice des patients, selon une logique incitative. S'il est encore prématuré de conclure à l'impact du programme IFAQ sur la qualité réelle des soins, l'idée de valoriser financièrement la qualité a fait du chemin, et le programme a rencontré un succès au-delà des attentes.

D'autres pays vont déjà plus loin. En Europe, l'Allemagne et l'Angleterre se sont donné les moyens d'apprécier au plus près la qualité des prises en charge au même titre que la performance économique. Des expérimentations visent à moduler le financement des structures de soins et parcours de soins selon des critères qualité reposant sur trois évaluations combinées : la satisfaction des usagers, celle des personnels et le recueil d'indicateurs de résultats.

Lors des auditions, de nombreux professionnels nous ont dit souhaiter que la France s'inscrive à son tour dans cette démarche. Le comité, très intéressé par cette optique se propose de travailler dans cette perspective. En particulier, le secteur SSR expérimentant un financement modulé à la qualité, avec IFAQ, il est suggéré le recours à de nouveaux indicateurs correspondant à ceux cités ci-dessus

Cet outil ne reposerait pas comme prévu actuellement sur des indicateurs de processus qui sont longs à recueillir et qui sont discutés par les médecins et paramédicaux. Il reposerait sur quelques indicateurs de résultats travaillés avec les professionnels du secteur, une évaluation ciblée par les usagers des établissements et les professionnels du soin qui y exercent.

D'autres professionnels se sont dits très réticents à un financement modulé à la qualité, préférant une obligation de rendre publics les travaux engagés pour renforcer la qualité des soins dans un établissement. Pour ces professionnels, la logique économique ne doit pas devenir le moteur du changement s'agissant de la qualité des soins.

3.2 Un financement au rendez-vous du virage ambulatoire

3.2.1 Une réécriture de la circulaire frontière visant à lever les obstacles au développement de l'ambulatoire en médecine

« D'un côté on nous dit que l'avenir de l'hôpital c'est l'ambulatoire, de l'autre on nous contraint dès qu'on essaie de changer nos pratiques de soins. On a contacté l'assurance maladie pour définir avec eux des protocoles hôpital de jour pour être sûrs de rester dans les clous : fin de non-recevoir. Pire, la même année, on a été contrôlés sur ces protocoles, et retoqués. Allez comprendre, quand nos confrères de la région voisine font la même chose sans rencontrer de difficulté avec l'assurance maladie. Personne n'a la même lecture de cette circulaire frontière, et ça devient usant. Nous envisageons de fermer notre unité avec l'accord de la direction. Un soin non facturable en HDJ car jugé « trop léger » reste facturable en hospitalisation complète, mais le patient y passe plusieurs nuits pour rien. »

Situation actuelle

La circulaire dite « frontière » fait référence à l'instruction du 15 Juin 2010. Elle établit que « la facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient de moins d'une journée ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) répond à des critères précis relatifs notamment à l'état de santé du patient ». Elle précise également que « toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS »

A ces principes généraux sont associés quelques exemples précis concernant le patient diabétique, le bilan gériatrique ou encore le terrain à risque.

Elle s'inscrit donc dans la volonté de réguler les dépenses de l'Assurance Maladie face au recours à l'hôpital de jour (hdj) (626 euros en médecine, 675 euros en chirurgie depuis le 11 août 2014) au lieu d'actes de consultation générale moins chers et plus appropriés pour le patient (de 23 euros pour une consultation de généraliste à 69 euros une consultation de recours) .

Problèmes posés

Cette circulaire fait l'objet de difficultés de compréhension dans le monde hospitalier puisqu'elle ne fixe ni les conditions exhaustives, ni le cadre exact permettant à une activité d'être considérée comme de l'hospitalisation de jour. En l'absence de cadre clair, des sanctions ont été appliquées aux établissements avec un sentiment d'arbitraire ressenti par les équipes en fonction des territoires ou des pratiques des contrôleurs qui apparaissent hétérogènes. Les exemples mentionnés dans la circulaire sont devenus la règle restrictive.

De nombreux professionnels ont témoigné des difficultés d'application de cette circulaire, ce qui peut avoir pour conséquences un retour à l'hospitalisation complète, bien plus coûteuse pour le système de santé et donc à l'opposé de l'effet escompté. Ce traitement « à la carte » concernant la délimitation entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge correspondant à de l'activité externe n'est plus possible. Une réécriture de cette circulaire ou la clarification des modalités de contrôle afin de garantir transparence, lisibilité et égalité de traitement est nécessaire. Les acteurs pourront ainsi agir plus librement, proposer une prise en charge de qualité aux patients et ne pas s'autocensurer face au risque considéré aujourd'hui encore comme très élevé.

La réécriture butte cependant sur un écueil : la production d'une liste exhaustive des situations cliniques autorisant la facturation d'un GHS n'est ni souhaitable ni envisageable.

Recommandations

→Revoir la définition du contenu des prises en charge en Hospitalisation de jour.

3.2.2 La mise en place d'une tarification intermédiaire entre la consultation externe et l'HDJ

« Quand les HDJ ont fait leur apparition, on était enthousiastes. Enfin, on allait pouvoir faire des soins de qualité, de la prévention, de l'éducation thérapeutique... On est tombés de haut. Par exemple, on voulait monter une école du dos. Un malade vient pour une prise en charge à une étape clef de sa maladie chronique : il voit le rhumatologue, un kiné, une psychologue, une infirmière qui s'occupe de l'éducation thérapeutique, on fait en général un bilan d'imagerie, et on a même monté des groupes de parole. Techniquement, ça ne rentre pas dans les clous de la circulaire frontière et on s'est fait sanctionnés par la CPAM. Résultat, on n'avait que deux options : facturer comme une consultation, ce qui n'est pas représentatif des moyens mobilisés et ne permet pas de financer les postes de paramédicaux ; facturer en hospitalisation conventionnelle, et tant pis pour la sécu. Pour l'instant, on a préféré tout arrêter. D'autres collègues ont la main lourde sur les actes techniques, et arrivent pour le moment à maintenir une activité en HDJ. Il faut

Situation actuelle / Problèmes posés

Le système d'hospitalisation évolue. Le virage ambulatoire conduit à changer l'image de l'hôpital, qui était très liée à l'hébergement. De nombreux séjours de médecine sont sans nuitée aujourd'hui. Il convient donc d'anticiper l'augmentation prévisible de l'ambulatoire au sein des hôpitaux.

Or aujourd'hui, les Actes et Consultations Externes (ACE) sont sous-financés à l'hôpital par rapport à leur coût. Cela contribue à mettre certains établissements en difficulté financière alors même qu'ils sont efficaces.

Pour preuve, une étude économétrique sur des établissements de santé montre que la marge d'exploitation est moindre pour les hôpitaux dont la part d'activité externe est relativement plus importante (Evain et Yilmaz, 2011²⁰). Une autre étude menée par l'ATIH, qui s'appuie sur les données de la comptabilité analytique des établissements de l'échantillon ENC (2009), observe un écart entre les coûts et les recettes d'au moins 30% concernant l'activité ACE²¹.

A l'inverse, l'Hospitalisation de Jour (HDJ) est bien rémunérée et la rigidité imposée par la circulaire frontière amène certains professionnels à proposer des actes et analyses supplémentaires afin de pouvoir coder en HDJ. Cette pratique, coûteuse pour le système de santé et inutile, voire dangereuse pour le patient doit être prévenue par l'instauration d'un tarif intermédiaire pour prendre en compte l'intervention de plusieurs professionnels, la complexité de certaines consultations et encourager l'éducation thérapeutique.

Ainsi, dans un contexte de montée en charge de l'ambulatoire et de critiques de la T2A sur le financement de la médecine, il paraît opportun de développer un mode de prise en charge intermédiaire, entre la consultation externe simple et l'hôpital de jour, qui permettrait de prendre en compte des consultations complexes, pluridisciplinaires et pluri-professionnelles au sein des établissements de santé.

La mission considère cet enjeu comme majeur. Il s'agit de valoriser à sa juste hauteur une prise en charge pluri professionnelle qui aujourd'hui se fait en hospitalisation complète inutilement alors qu'elle ne justifie pas de nuitée, parfois en hospitalisation de jour avec un risque réel d'actes inutiles ou de déclassement lors de contrôles T2A, voire ne se fait pas du tout. Il faut déterminer un tarif fixe attribué à un profil de soins sur la base de leur caractère pluridisciplinaire et pluri professionnel, avec ou sans actes techniques, ces derniers étant dans ce cas valorisés en sus du tarif. De façon à inciter le développement de la médecine ambulatoire à l'hôpital, la mission propose que ces soins soient réalisés dans un environnement hospitalier.

Exemple du suivi de patients diabétiques : Outre la consultation médicale, le patient diabétique est susceptible de voir un ophtalmologue pour un fond d'œil, une diététicienne pour des conseils diététiques, une infirmière pour l'utilisation d'un holter glycémique.

²⁰ Franck Evain et Engin Yilmaz, « Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 28-29 | 2012/1-2.

²¹ ATIH « Comparaison par établissement de l'ENC 2009 des charges et des recettes des Actes et Consultations Externes aux recettes de cette activité ». Note du 12/01/2012.

Exemple du suivi de patients insuffisants cardiaques : Outre la consultation médicale, le patient insuffisant cardiaque est susceptible de voir une infirmière, une diététicienne et avoir un examen d'imagerie.

Ces exemples pourraient être multipliés dans de nombreuses spécialités. Il est important de bien noter que des prises en charge ambulatoires de qualité font intervenir plusieurs professionnels dont les compétences sont nécessaires au patient et peuvent ne pas correspondre aux critères fixés par la circulaire frontière ou par la pratique des médecins contrôleurs de l'Assurance Maladie en charge des contrôles T2A.

Recommandations

→ Créer un tarif intermédiaire pour valoriser des soins pluri professionnels et pluri disciplinaires ambulatoires et définir les critères de mise en œuvre de ce tarif.

3.2.3 Poursuivre la réflexion sur la définition de forfaits et parcours pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales

L'évolution tendancielle de l'augmentation des maladies chroniques en France est comparable à celle observée dans de nombreux pays de l'OCDE. Aujourd'hui, 1 Français sur 4 est concerné (15 Millions). D'après l'annexe 1 de la LFSS 2016, près de 11 millions de personnes étaient prises en charge pour une Affection Longue Durée (hors hypertension artérielle), soit 61% des dépenses d'assurance maladie, régime général.

Les maladies chroniques se caractérisent par un recours itératif aux soins, la collaboration de nombreux intervenants, un suivi biologique régulier associé à des consultations (examens angiologiques, consultations dentaires, ophtalmologiques, cardiologiques). Elles sont particulièrement favorables à une prise en charge ambulatoire.

Elles concernent des maladies non transmissibles (congénitale ou acquise : drépanocytose, mucoviscidose, hémochromatose, diabète, cancer, asthme...), des maladies infectieuses (VIH hépatites), certaines maladies mentales (psychoses...) ou des atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...).

Pour les patients atteints de maladie chronique, la qualité de vie est souvent impactée négativement. Ainsi, l'étude internationale DAWN2TM²² qui a étudié l'impact du diabète (type 1 et 2) sur le patient relate, qu'en France, 30 à 50% des patients présentent une détresse importante liée au diabète et 6 à

²² Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2TM. S.-M Consoli . Médecine des maladies métaboliques – 2013, 7, suppl. 1

17% une dépression probable. La prise en charge et le suivi est donc capital. Par ailleurs, seuls 40% des patients croient que le système de santé est bien organisé pour traiter leur maladie chronique.

La prise en charge et l'accompagnement des maladies chroniques reposent en partie sur la prévention et l'éducation thérapeutique²³, deux domaines valorisés aujourd'hui uniquement dans le cadre du FIR. De même, la T2A valorise les actes techniques au détriment d'autres prises en charge (IDE, diététicienne, psychologue, assistante sociale²⁴) qui sont pourtant un élément essentiel dans le cas des maladies chroniques. Enfin, les consultations pluridisciplinaires qui mobilisent un temps important en présence et en l'absence du patient ne sont pas prises en compte par le financement actuel.

La T2A n'apparaît donc pas comme le bon outil de cotation des soins donnés aux patients atteints de maladies chroniques.

Le comité a commencé à explorer plusieurs pistes.

Le financement au parcours apparaît aux yeux de nombreux professionnels de santé, comme une solution très adaptée. Ce financement au parcours pourrait être développé sur la base de programmes cliniques intégrés (par exemple : Accident Vasculaire Cérébral, cancer, Prothèse Totale de Hanche, Prothèse Totale du Genou, chirurgie bariatrique). Un forfait couvrant les frais hospitaliers et les soins de ville serait calculé sur la base des coûts du programme clinique intégré associé à un paiement à la qualité et ajusté au case mix selon des modalités adaptées en fonction de la pathologie. Si la théorie séduit bien sûr, on voit la complexité de la construction d'un tel modèle, et la mise en place pratique d'un outil capable de briser les silos entre ville et hôpital, entre ville et ville, entre hôpital et hôpital. L'identification du coordonnateur, comme les modes de fongibilité/répartition des enveloppes ne sont pas les moindres des difficultés à résoudre.

Il est aussi envisagé un financement via une « dotation globale à la cohorte », rétribuant les hôpitaux en fonction du nombre de patients suivis chaque année.

La réflexion porte également sur un forfait prenant en compte l'ensemble des coûts de la prise en charge : en présence et en l'absence du patient, lors de réunions pluridisciplinaires, lors de l'intervention des paramédicaux.

Ces réflexions feront l'objet de propositions concrètes lors du rapport définitif.

3.3 Un financement qui retrouve un souci de simplicité

3.3.1 Aller vers une simplification des recueils de données

²³ « Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation », Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2007

²⁴ Guide parcours de soins – Diabète de type 2 de l'adulte – Recommandations HAS mars 2014

« Un système intelligent permettrait d'automatiser le codage à partir d'un courrier de sortie bien rempli. Le courrier à l'avantage d'être lu et de servir aux soins des malades. Alors que des lignes de codes... En SSR, on code depuis 20 ans, mais comme on est financés en prix de journée, on n'a pas encore de DIM, on n'optimise pas encore vu que ça n'a aucun impact sur notre financement. On code pour du beurre, en quelque sorte. Mais là notre groupe va embaucher des DIM et des TIM, et on prépare des procédures pour nos personnels, pour un codage optimal. Ça va coûter un peu plus cher et mobiliser davantage nos équipes, mais au moins on est un groupe et on va pouvoir y mettre les moyens. »

Les professionnels expriment de façon unanime leur souhait de ne pas passer trop de temps à coder leur activité même s'ils comprennent l'utilité de ce recueil et l'effet qu'il a sur la répartition des ressources disponibles. Un travail est à engager pour atteindre cet objectif en utilisant le plus possible et de façon automatisée les informations existantes dans le cadre du suivi médical et administratif du patient : courriers de sortie, dossier de facturation, registres des blocs...Le temps qui sera ainsi « économisé » pourra alors bénéficier aux patients.

L'accent sera mis sur des systèmes d'information permettant de simplifier le travail de recueil, voire de l'automatiser à partir des données du courrier de sortie d'hospitalisation ; permettant aussi de donner au PMSI une vocation d'information sur les pratiques des équipes via un retour de données.

3.3.2 Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous pour éviter les pratiques variables d'une année à l'autre, d'un établissement à un autre sans explication.

« On vit très mal les contrôles. On a le sentiment d'être jugés par des personnes qui ne cherchent pas à nous comprendre mais seulement à nous sanctionner. Les règles sont opaques, l'assurance maladie refuse de faire des jurisprudences ou d'évaluer à priori nos pratiques. L'an dernier, on m'a refusé un dossier parce que je n'avais pas marqué dans le dossier que la ponction lombaire réalisée chez un malade avait nécessité des soins avant, pendant et après. Ils croient peut-être qu'on peut faire une ponction lombaire en salle d'attente ! »

Situation actuelle

Depuis 2007, la facturation T2A dans les établissements de santé est contrôlée et les indus liés à des erreurs conduisant à une surfacturation peuvent être sanctionnés par le directeur de l'ARS.

En 2012, par exemple, les contrôles T2A ont concerné 220 établissements, parmi lesquels 70 ont reçu une sanction pour un montant de 1,7 millions d'euros pour les établissements ex-OQN et de 2,3

millions d'euros pour le secteur public soit un montant moyen d'environ 56 000 euros²⁵. Les sanctions étaient principalement liées aux activités externes en GHS et à la gestion des co-morbidités.

Le montant des sanctions a largement diminué, de 44 millions en 2009 à près de 4 millions en 2012 (soit 91% de moins), même s'il a progressé de 29% par rapport à 2011²⁶. Ainsi, le montant des sanctions est faible par rapport au budget global des établissements. Cependant, à l'échelle d'un service cela peut représenter un montant important et être désincitatif quant à la prise de risque ou l'initiative de la mise en place d'une nouvelle activité.

Cet effet dissuasif peut être d'autant plus important que le degré de transparence des critères du contrôle est très variable en fonction des spécialités, des actes et des prises en charge supervisées.

Problèmes posés

A plusieurs reprises, nos interlocuteurs ont souligné l'absence d'une doctrine et de règles écrites homogènes, connus de tous. Ce manque de transparence et de lisibilité nationale des critères des contrôles externes de l'Assurance-Maladie semble encourager le sentiment d'une iniquité entre établissements en fonction des régions voire en fonction des médecins réalisant le contrôle au sein d'un même territoire.

Cet aspect « contrôleur dépendant » du contrôle fait d'autant plus l'objet de critiques que la première instance de recours est l'Unité de Coordination Régionale (UCR) où siègent, notamment, des ... contrôleurs. Ainsi, les contrôleurs semblent être juges et partie de leur propre fonctionnement.

Recommandations

→ Assainir le contrôle en définissant des principes connus de tous et homogènes sur le territoire dans la charte de fonctionnement existante.

3.3.3 Mettre en place une vraie instance d'arbitrage des contentieux

La procédure de contrôle actuelle prévoit qu'à l'issue de ses visites, le médecin conseil adresse un rapport à l'établissement. Celui-ci dispose alors d'un délai de 30 jours pour faire part de ses observations et éventuellement demander l'avis d'un expert, concernant les problèmes de codage ou de production de l'information médicale, auprès de l'ATIH. A l'expiration de ce délai, le rapport et les

²⁵ ATIH, Sanctions et contentieux résultant du contrôle 2012 de la T2A, campagne de contrôles T2A 2012 portant sur l'activité 2011, Décembre 2015.

²⁶ Idem

observations de l'établissement le cas échéant sont transmises à l'Unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR), placée auprès de la commission de contrôle et de l'ARS. Une procédure contradictoire s'engage alors, à l'issue de laquelle l'UCR procède au calcul du montant maximal de la sanction, avec l'appui de l'Assurance Maladie. Sur cette base, et après avis de la commission de contrôle, le DG d'ARS peut engager une notification de sanction. L'établissement dispose alors d'un mois pour faire part de ses observations. Enfin, si le DG d'ARS décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission de contrôle, qui rend un avis motivé dans un délai de 2 mois.

La loi prévoit donc un grand nombre d'allers-retours entre différents acteurs, médecin conseil, UCR, commission de contrôle et ARS. A chaque étape, l'établissement peut envisager des recours :

- Demande d'avis auprès de l'ATIH
- Echanges avec l'UCR puis la commission de contrôle pendant la procédure contradictoire.
- Saisine de la commission de recours amiable près de la caisse d'Assurance Maladie pour un recours sur la notification des sommes à payer

Toutefois, il est reproché à ces instances un certain manque de neutralité, du fait de leur composition. En effet, les médecins conseil sont rattachés à l'Assurance Maladie, l'Unité de Coordination Régionale est composée majoritairement de médecins pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. Enfin, la commission de contrôle, instituée par le décret du 31 mars 2010, est composée à parité de représentants de l'agence régionale de santé, désignés par son directeur général et de représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Afin d'équilibrer les recours, il est proposé de créer une instance d'arbitrage composée, en plus des membres de l'ARS et de l'Assurance Maladie, de représentants des établissements de santé. Vivement souhaitée par les DIM, par la voix du SDIM et du collège des DIM, cette entité permettrait aux établissements d'avoir une certaine visibilité sur les procédures de contrôles et de sanction, et fluidifierait les échanges entre contrôleurs et contrôlés.

Recommandations

→ Réviser les voies de recours en introduisant la parité par une meilleure représentativité des établissements.

3.3.4 Rechercher la simplification de la facturation

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), publics et privés d'intérêt collectif, est entré depuis 2010 dans une phase opérationnelle, sur la base des conclusions d'un rapport de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de décembre 2008. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a généralisé la facturation individuelle d'ici le 1er janvier 2016, avec un démarrage prévu au 1er janvier 2013 pour les consultations externes et au 1er janvier 2014 pour les séjours. Ce calendrier a fait l'objet de report par la LFSS 2014 au 1er mars 2016 pour les actes et consultations externes et au 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire.

FIDES prévoit de substituer à l'envoi mensuel de l'activité détaillée pour chaque acte et séjour adressé à l'ATIH un envoi au fil de l'eau à l'assurance maladie. L'objectif pour les pouvoirs publics est de disposer plus rapidement des données d'activité et financières des établissements publics de santé.

Sur le fond, l'efficacité d'un tel système interroge, dans la mesure où il n'a pas été démontré à ce jour que la consolidation des données des cliniques privées par l'assurance maladie dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation soit plus précise que le traitement réalisé par l'ATIH pour les hôpitaux.

Sur la forme, la mise en œuvre de ce projet impliquerait pour les hôpitaux la mise en place d'un nouveau système de facturation pour émettre des milliers de titres de recettes, en remplacement d'un envoi mensuel colligeant l'ensemble des données individuelles de séjours.

Pour mettre en place et faire fonctionner ce système, le recrutement d'agents de facturation viendrait alourdir les charges de personnel des établissements, dans des proportions importantes aux dires de nombreux directeurs d'établissements.

La mise en place du dispositif FIDES pour les actes externes et consultations peut se faire dans l'ensemble des établissements de santé même s'il devrait s'accompagner d'une simplification des règles de facturation devenues très complexes au fil des années. A titre d'exemple, le tarif à appliquer à un acte est accompagné d'exceptions souvent nombreuses et différentes selon qu'il s'agit d'un accident du travail, d'une femme enceinte...

L'expérimentation, actuellement conduite dans 7 établissements (1 PNL et 6 EPS), devrait pouvoir d'étendre, comme cela est prévu, à 19 ES supplémentaires prochainement. La généralisation du dispositif en revanche devrait être suspendue à une concertation large des acteurs, impliquant la communauté médicale, ainsi qu'une évaluation du rapport bénéfices attendus /complexité du dispositif, et du coût pour le trésor public.

3.4 Un financement compréhensible et utilisé à ce pour quoi il est fait : répartir équitablement les ressources fixées chaque année par les élus

3.4.1 Affirmer le principe de la neutralité tarifaire

« Oui, au début, les tarifs attractifs des soins palliatifs nous ont incité à accompagner le développement de lits dédiés au sein de notre établissement. Aujourd'hui, nous avons atteint nos objectifs. Du coup, nous ne redistribuons pas précisément les financements à l'activité du pôle, mais nous en faisons bon usage... autrement. »

Aujourd'hui, l'Etat joue sur le levier des tarifs pour inciter au développement d'une activité en la finançant au-delà des coûts moyens engendrés, ou au contraire pour en limiter d'autres en les sous-finançant et donc en laissant à la charge des établissements une partie des frais. Par exemple, les ARS témoignent d'une forte demande des établissements pour avoir des autorisations sur du soin palliatif, ce qui traduit le sur financement associé. Elles soulignent toutefois que cela a accompagné l'intégration du soin palliatif dans les mentalités des acteurs. La neutralité tarifaire, qui consiste à rémunérer une activité au plus proche du coût engendré du fait de sa réalisation, a d'ailleurs été envisagée pour le financement des soins palliatifs, mais les fédérations ont demandé le maintien des incitations financières qui ont un réel effet au niveau national. La limite toutefois de cette pratique est l'absence de fléchage du sur financement, qui est « noyé » dans les recettes de l'établissement.

Pour autant, certains membres du comité estiment que l'incitation tarifaire ne provoque pas de changement dans le comportement des professionnels de santé. Ainsi, l'hématologie a longtemps été sous financée, mais n'a pas été arrêtée pour autant. Elle est par ailleurs mal vécue par les professionnels de santé : « Dès la première césarienne, je perds 23% de la valeur de l'acte. Au nom de quoi ? ».

N'est-il pas plus efficace d'inciter le développement d'activités telles que les soins palliatifs par d'autres arguments que l'incitation tarifaire ?

Ce débat a agité le comité, mais il en ressort malgré tout les éléments suivants :

- Il semble que les incitations positives contribuent à façonner les activités dans les établissements, et lorsqu'ensuite les tarifs diminuent, l'impact est très négatif.
- Par contre on voit clairement que les baisses tarifaires pour désinciter ne fonctionnent pas.

Parmi les autres leviers financiers permettant d'encourager au développement d'une activité sur le territoire, il pourrait être envisagé de recourir au fond d'amorçage. Ainsi, les ARS identifieraient des établissements dans lesquels développer cette activité et leur proposeraient un financement temporaire. Toutefois, la plupart des membres du comité s'accordent à dire que le fait d'avoir des tarifs sur évalués sur une période non définie a plus d'effet que lorsque l'établissement sait combien de temps va durer l'aide. Le fond d'amorçage motive donc moins qu'un financement considéré comme pérenne, car les établissements sont réticents à engager des dépenses à long terme sans savoir comment financer cette nouvelle activité ensuite.

L'incitation tarifaire, que ce soit par sur financement des tarifs ou fond d'amorçage, paraît donc avoir des effets limités dans le temps. Malgré tout, l'Echelle Nationale des Coûts (ENC), qui permet de déterminer le référentiel des coûts de chaque activité, élaboré sur la base de données issues d'un échantillon d'établissements de tous types, représente des coûts moyens et donc la sur tarification permet de compenser les coûts des séjours extrêmes.

Un système neutre et juste permettrait de se passer de l'incitation tarifaire, et l'éthique des professionnels de santé protège des dérives.

3.4.2 Privilégier pour les politiques de santé publique des financements starters (AC et FIR) ou par MIG

« Je vais demander à mes équipes en charge de ce dossier à l'ARS de vérifier mais je ne crois pas être en mesure de vous confirmer que les financements dédiés « soins palliatifs » soient effectivement utilisés pour ce type d'activité. Mais vous savez, la moitié des établissements de mon territoire sont en déficit, et il faut leur laisser une marge de fongibilité entre enveloppes. Quoi qu'il en soit, le seul moyen d'être sûr que l'argent d'un plan serve au plan est de procéder selon des objectifs de résultats évalués. En soins palliatifs par exemple, un fond d'amorçage corrélé à la création de x lits sera sans doute plus efficace et évaluable que des tarifs attractifs ».

Inciter par les tarifs n'est pas la bonne formule pour les raisons indiquées ci-dessus. Mais le régulateur dispose d'outils efficaces pour impulser une politique ou mettre en œuvre un plan de santé décidé. Les acteurs du système de santé peuvent recevoir des crédits temporaires dits « starters » pour engager une action précise. Ces crédits sont nécessaires pour mettre en place les équipes et équipements nécessaires. Recrutement de personnels, construction de locaux, achats de matériels représentent des dépenses qui ne peuvent pas être couverts par des recettes car l'activité n'a pas encore commencé.

A titre d'exemple, si l'autorité sanitaire estime nécessaire un nouveau centre de greffes du foie dans

un établissement, une équipe sera constituée et formée, des locaux seront réservés, des équipements seront acquis et cela, bien avant la réalisation de la première greffe.

En fonction de l'activité concernée, ce temps de financement pourra avoir une durée variable, à définir de façon contractualisée. Le vecteur de financement pourra, selon les cas être une AC (aide à la contractualisation), une MIG temporaire ou un soutien par le FIR.

Cette solution aurait l'avantage de pouvoir cibler l'argent investi dans des priorités nationales, comme la prise en charge des cancers ou le développement des soins palliatifs, vers... ces priorités nationales, avec une évaluation plus rigoureuse basée sur des indicateurs mesurables.

3.4.3 Normer le plus possible les financements MIG : l'exemple de la définition de couts moyens pour une équipe SMUR

« Une année, on vous attribue une MIG de 150 000 euros, pour embaucher un médecin, une infirmière, une secrétaire, dans le cadre d'un grand plan. L'année d'après, l'ARS vous réduit la MIG de 15%. Je fais comment, pour rendre 15% de temps soignant ? Ce n'est pas sérieux. »

La DGOS a engagé depuis plusieurs années un travail d'homogénéisation des charges financées par des crédits MIG. A titre d'exemple, une équipe SMUR reconnue comme nécessaire par l'ARS serait financée de la même façon d'un établissement de santé à un autre : composition de l'équipe normée et utilisation des coûts moyens constatés.

Ce travail est à encourager afin de mettre fin à deux reproches entendus régulièrement par la mission : des différences dans les crédits attribués entre établissements de santé pour une même mission, des diminutions de crédits réalisées en pourcentage sans lien avec le contenu de la mission.

4 Synthèse comparative des propositions

1° Mettre en place une dotation modulée à l'activité pour les Hôpitaux et les SSR de proximité

MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE PAR LA DGOS	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Une part socle composée d'une part fixe et d'une Dotation complémentaire sur la base de critères populationnels, territoriaux, organisationnels</p> <p>Dotation forfaitaire garantie (DFG)</p> <p>Dotation modulée à l'activité (DMA)</p>	<p>Appliquer la réforme en cours en retenant comme critère de sélection des établissements la borne haute de 6 000 journées par an.</p> <p>Etendre la réforme en cours aux activités SSR assurées par les hôpitaux de proximité, ainsi qu'aux établissements intégralement SSR répondant aux mêmes critères.</p> <p>Offrir la possibilité, aux établissements qui le souhaitent, de refuser ce nouveau dispositif.</p>

2° Instaurer un financement par dotation modulée à l'activité pour les unités de soins critiques

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Un tarif GHS affecté à l'ensemble du séjour</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Un supplément journalier si la prise en charge correspond aux critères de l'arrêté du 19 février 2015</p> <p>=T2A et supplément forfaitaire</p>	<p>Une part socle sous forme de forfait annuel garanti</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Un financement lié à l'activité de l'année « n » en cours</p> <p>=Dotation modulée à l'activité</p>

3° Supprimer les bornes basse et haute pour les soins palliatifs et instaurer une dotation modulée à l'activité pour les EMSP.

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Lits identifiés soins palliatifs (LISP) et Unités de soins palliatifs (USP) financés par une T2A « aménagée » avec une borne haute très tôt.</p> <p>Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) financées par les crédits FIR réparti par les ARS selon des critères variables et parfois méconnus sur le territoire</p>	<p>Supprimer la borne basse et aligner le tarif des très courts séjours sur le forfait GHS plein.</p> <p>Supprimer la borne haute et mettre en place un supplément journalier à partir du 12^e jour.</p> <p>Mettre en œuvre des indicateurs d'activité communs au niveau national pour les EMSP.</p> <p>Introduire une part modulable à l'activité pour le financement à hauteur de 20%.</p>

4° Accompagner la modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Dotation globale pour les Établissements publics et la majorité des Établissements privés à but non lucratif</p> <p>Prix de journée pour Établissements privés à but lucratif et quelques établissements à but non lucratif</p>	<p>Supprimer, à défaut simplifier au strict minimum la saisie des actes (CSARR)</p> <p>Engager l'amorçage d'unités SSR dans le secteur financé par une dotation annuelle de financement.</p> <p>Dans un délai de 2 ans, mettre en place une dotation socle sur la base de forfaits structures et non sur la base d'une dotation historique.</p>

5° Faire évoluer le financement des Urgences pour développer les liens avec des centres de soins non programmés.

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Modèle mixte avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une part forfaitaire, composée d'un forfait annuel (FAU) - Une part variable correspondant à l'activité qui rémunère les urgences à chaque passage via le forfait ATU - Les consultations et actes externes réalisés. 	<p>.</p> <p>Inciter les ARS à réorganiser les soins urgents non programmés.</p> <p>Créer un forfait de réorientation pour les ES suffisamment attractif quoique toujours inférieur à l'ATU et au FAU afin d'encourager les structures ambulatoires d'initiative publique, privée ou mixte à prendre en charge les patients sans critères de gravité et/ou ne nécessitant pas d'examen complémentaires (CCMU 1 et CCMU 2).</p> <p>Désinciter les Etablissements Publics de Santé (EPS) à prendre en charge les CCMU 1 et 2 dès lors qu'une offre structurée existe en ambulatoire.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><u>Pour faciliter la coordination</u></p> <p>Inciter les ARS à réorganiser les soins urgents non programmés quand cela s'avère judicieux médicalement en permettant une fongibilité des enveloppes Ville-Hôpital.</p> <p>Moduler la part variable à l'activité en fonction de la nature de l'activité afin de mieux prendre en compte la sévérité de la pathologie du patient traité.</p> <p>Compenser les surcoûts éventuels dus à l'augmentation de la gravité des malades aux urgences.</p>

6° Adapter la T2A à la nécessité de coopération entre acteurs

PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Le Comité Stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) doit établir des règles financières dans le suivi des recettes et des charges impactées par la coopération définie par le projet médical partagé.</p> <p>Le Comité stratégique du GHT définit la gestion des ressources humaines médicales au sein du Groupement :</p> <p>→ Définir un cadre d'harmonisation des règles d'indemnisation de la PDS pour conduire à minima une harmonisation de l'offre employeur afin d'éviter le comportement du « passager clandestin ».</p> <p>→ Définir et construire les règles d'indemnisation/intéressement des équipes médicales s'engageant dans l'exercice territorial sur le périmètre du GHT.</p>

7° Introduire une modulation du financement à la qualité

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
Programme d'incitation financière à l'amélioration à la qualité (IFAQ)	Faire évoluer les indicateurs de façon à prendre en compte la satisfaction des usagers, celle des personnels et le recueil d'indicateurs de résultat.

8° Réécrire la circulaire frontière pour sortir de contentieux stériles

SITUATION ACTUELLE	PROPOSITION DE LA MISSION
Instruction du 15 Juin 2010	Revoir la définition du contenu des prises en charge en Hospitalisation de jour.

9° Instaurer un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION

N/A	Créer un tarif intermédiaire pour valoriser des soins pluri professionnels et pluri disciplinaires ambulatoires.
-----	--

10° Lancer la réflexion sur la définition de forfaits pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales :

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
N/A	<p>Prendre en compte l'ensemble des coûts de la prise en charge de pathologies chroniques médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En présence et en l'absence du patient - Lors des réunions pluridisciplinaires - Lors de l'intervention des IDE, diététicienne, psychologue, assistante sociale <p>Penser à une « dotation globale à la cohorte » rétribuant les hôpitaux en fonction du nombre annuel de patients suivis chaque année.</p>

11° Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous avec une vraie instance d'arbitrage:

PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Rééquilibrer le contrôle en prévoyant que les contrôleurs soient eux-mêmes contrôlés dans une certaine mesure.</p> <p>Mettre en place une vraie instance d'arbitrage composée de membres de l'ARS et de l'Assurance Maladie, de représentants des établissements de santé</p> <p>Mettre en place des registres de dispositifs implantables et prothèses gérés par des sociétés savantes. Cela permettrait de contrôler d'éventuels abus tout en permettant des études épidémiologiques et des études coûts/efficacité afin qu'une régulation par les professionnels permette une pertinence médicale associée à la pertinence économique.</p>

12° Rechercher la simplification de la facturation:

PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Mettre en place le dispositif FIDES pour les actes externes et consultations tout en l'accompagnant d'une simplification des règles de facturation devenues très complexes au fil des années.</p>

13° Affirmer le principe de la neutralité tarifaire, privilégier pour les politiques de santé publique des financements « starter » (AC et FIR) ou par MIG, et normer le plus possible les financements MIG:

MODE DE FINANCEMENT ACTUEL	PROPOSITION DE LA MISSION
<p>Existence de tarifs incitatifs (surfinancés) et de tarifs désincitatifs (sous-financés)</p> <p>Aide à la contractualisation (AC), MIG, FIR.</p> <p>Différences dans les crédits attribués entre établissements de santé pour une même mission, diminution de crédits réalisées en pourcentage sans lien avec le contenu de la mission.</p>	<p>Affirmer le principe du tarif neutre et privilégier les AC, FIR et MIG.</p> <p>Normer et homogénéiser les charges financées par des crédits MIG</p>

Conclusion

Le comité a acté dès la première session en décembre 2015 la nécessité de segmenter nos travaux de manière à élaborer, dans un premier temps, des propositions pouvant nécessiter le recours à la loi, dans les délais de préparation du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

D'autres enjeux, tout aussi majeurs pour le financement des établissements de santé, sont abordés par le comité depuis sa création, et feront l'objet d'un prochain rapport : notamment, les modalités de financement de l'investissement, de l'innovation et de la recherche, le financement des soins de santé mentale, le financement de l'hospitalisation à domicile, les problématiques liées à l'utilisation de la liste en sus, les problèmes spécifiques rencontrés dans les territoires Outre-Mer.

Nous souhaitons aussi approfondir la réflexion sur le financement des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques. Nous faisons le constat dans le présent rapport que la T2A n'est pas l'outil le plus adapté pour rendre compte de la complexité et de la chronicité des parcours des malades. Nous souhaitons, en nous inspirant de modèles mis en place à l'étranger, avancer dans nos réflexions sur la mise en place de financements au parcours, à la cohorte, et/ou aux forfaits.

Enfin et compte tenu de la volonté de Madame la Ministre de la Santé de conduire un virage ambulatoire, il est utile d'examiner les modalités de financement qui accompagneraient efficacement cette stratégie.

Dans cette perspective, nous poursuivons nos travaux, en vue de la remise d'un rapport définitif au début de l'année 2017.

Annexe 1 : Membres du Comité

Les quinze membres de la mission T2A :

Dr Marc Attia	Médecin radiologue, ancien président-directeur général de Capio Santé ;
Nicolas Belorgey	Chercheur en sciences sociales et politique de la santé ;
Dr Michel Boussaton	Chirurgien orthopédiste, créateur de la Clinique Médipôle-Garonne de Toulouse, président du conseil régional de l'Ordre des médecins de Midi-Pyrénées, président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de Midi-Pyrénées ;
Pierre-Louis Bras	Inspecteur général des affaires sociales (Igas), président du Comité d'orientation des retraites (Cor), ancien directeur de la sécurité sociale et ancien secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales ;
Dr Roland Cash	Economiste de la santé, ancien responsable scientifique de la mission T2A au ministère de la Santé ;
Dr Benoît Elleboode	Médecin de santé publique, conseiller médical du directeur général de l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes,
Dr Annie Fouard	Responsable du département hospitalisation à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ;
Dr Anne Gervais	Hépatogastro-entérologue à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), vice-présidente de la commission médicale d'établissement ;
Jacqueline Hubert	Directrice générale du CHU de Grenoble ;
Fabrice Leburgue	Directeur du GH Seclin-Carvin (Nord et Pas-de-Calais), président de la commission spécialisée de l'organisation des soins (Csos) du Nord-Pas-de-Calais-Picardie ;
Dr Dominique Manach	Médecin en département d'information médicale (Dim) et directrice du contrôle de gestion de l'AP-HP ;
Erwann Paul	Directeur adjoint aux finances du CH Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes (Essonne) ;
Frédéric Pierru	Chercheur en sciences sociales et politique de la santé ;
Gérard de Pouvourville	Economiste de la santé, professeur titulaire de la chaire santé à l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (Essec) ;
Dr Olivier Vallet	Généraliste, économiste de la santé, directeur général adjoint du centre médicochirurgical Marie-Lannelongue (CCML) au Plessis-Robinson (Hauts-de-Seine).

La mission a été soutenue dans son travail par un membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et deux Elève-Directeurs d'Hôpital de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Public (EHESP) : Alexandra Ferrero et Cédric Maréchal.

Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées

Cédric ARCOS (Directeur de cabinet de la FHF)

Docteur ARGAND (Hospices Civils de Lyon - HCL)

Jean-Olivier ARNAUD (DG - CHU de Lille)

Harold ASTRE (Directeur de la recherche au CHU de Poitiers)

Docteur Jean Louis BACRI (Pôle de Neurologie et Spécialités Médicales, CH de Valenciennes)

Docteur Eléonore BAYEN (AP-HP)

Dr. Jean-Luc BARON (Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée)

Thierry BECHU (Délégué Général de la branche MCO de la FHP)

Dr. Max BENSADON (Directeur général adjoint, chef de service API - Architecture et Production Informatiques - pour l'ATIH)

Professeur BERARD (HCL)

Dr. Emmanuel BERNACHON (Chef du Pôle Gériatrie-Autonomie du GHSC, Chef de service du CSG, médecin gériatre)

Pascal BEROUT (Syndicat des Radiologues Hospitaliers - SRH)

Dr. Gabriel BOSSY (Vice-président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée FHP, président FHP-SSR)

Sandrine BOUCHER (Unicancer)

Pr. Frank BOUDGHENE (Président du Syndicat des Radiologues Hospitaliers)

Christophe BOUTELOUP (Elsan)

Emmanuel BOVIER (Hospitalisation à Domicile - HAD)

Thierry BRETON (Institut National du Cancer - INCA)

Pr. Thierry BROUSSEAU (Chef du Pôle Biologie-Pathologie-Génétique du CHRU de Lille)

Philippe CART (SRH)

David CAUSSE (Coordonnateur du pôle santé-social et directeur du secteur sanitaire - FEHAP)

Elodie CHAPEL (Syndicat des Managers Publics de Santé - SMPS)

Pr. Michel CLAUDON (Président de la Conférence des présidents de CME de CHU)

Pr. CLARIS (Président de CME - HCL)

M. COLAS (Association Nationale des Hôpitaux Locaux -ANCHL)

Pr. COLIN (HCL)

Dr. CONRAY-TARGE (HCL)

Guillaume COUILLARD (HCL)

Edouard COUTY (Ancien DGOS)

Pascal COROND (HCL)

Christian CUMIN (CFTC)

Dr. Valérie DAMOURETTE, Médecin DIM au GHSC

Emmanuel DAYDOU (FHP)

Mme Virginie DELATTRE (Cadre Supérieur de Santé du Pôle Gériatrie-Autonomie du GHSC, site de Seclin)

Dr. Raphael DEMETTRE (syndicat des DIM)

Dominique DEROUBAIX (DG HCL)

Dr. Jean-Pascal DEVAILLY (AP-HP)

Bruno DONIUS (Directeur Général Adjoint et Co-Président de la Fédération médico-économique du CHRU de Lille - Conférence des DG de CHU)

Max-André DOPPIA, Renaud PEQUIGNOT et Jacques TREVIDIC (Avenir Hospitalier)

Dr. Joëlle DUBOIS (cheffe de service Classification Information Médicale et Modèle de Financement – CIMMF pour l'ATIH)

Dr. Eric DUBOST (Soin et Santé HAD Lyon)

Dr. DUFFET (DIM)

Vincent DUPONT (Directeur des Ressources Financières du CHRU de Lille)

Yves-Jean DUPUIS (Directeur général de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne - FEHAP)

Pascale FLAMENT (Unicancer)

Cédric FORAY (Advisory Services)

Michael GALY (Conférence des directeurs de CH)

Dr. Bernard GARRIGUES (Conférence des présidents de CME de CH)

Dr. Bernard GASTAUD (Service Médical Assurance-Maladie)

Dr. Claire GEORGES (Présidente du Collectif PASS)

Dr. Véronique GILLERON (Collège des DIM)

Eric GINESY (Délégué national de la FNEHAD)

Dr. Laurence GIRARD (AP-HP)

Dr. Jean-Yves GRALL (DG de l'ARS Nord Pas-de-Calais Picardie)

Dr. Fanny GIESEK, Chef du service de SSR du site de Seclin, GHSC, médecin gériatre

Eric-Alban GIROUX (CFDT)

Dr. Patrick GOLDSTEIN (Chef du Pôle Urgences-SAMU-SMUR-Centre Anti-Poison du CHRU de Lille)

Karine HALGRAIN (UNSA)

Housseyni HOLLA (Directeur de l'ATIH)

Dr. Elisabeth HUBERT (Présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile - FNEHAD)

Pr. JULLIARD (HCL)

Pierre-André JUVEN (Sociologue, post doctorant)

Françoise KALB (UNSA)

Marie KERNEC (Directrice de la Clinique mutualiste de la porte de l'Orient - Lorient)

Dr. Xavier KYNDT, Chef de Pôle Santé Publique du Centre Hospitalier de Valenciennes

Dr. Jean-Marc LA PIANA (Médecin généraliste, directeur de « La Maison de Gardanne », responsable du réseau soins palliatifs des Bouches du Rhône)

Bruno LAPIERRE (HAD)

Dr. David LAPLANCHE (DIM CH de Troyes)

Amélie LECOCQ (Directrice de la Recherche en Santé au CHRU de Lille)

Dr. Antoine LEMAIRE, Chef de Pôle Cancérologie et spécialités Médicales du Centre Hospitalier de Valenciennes

Florence MAURY (CFTC)

Pierre de MONTALEMBERT (SMPS)

Arnaud MORIGAULT (Advisory Services)

Dr. Brigitte NELKEN (Vice-Présidente de la CME et Co-Présidente de la Fédération Médico-économique du CHRU de Lille)

Dr. Gabriel NISAND (Collège des DIM)

Jerôme NOUZAREDE (ELSAN)

Patrick OLIVIER (ELSAN)

Marc PALLARDY (Doyen Faculté de Pharmacie-Paris Sud)

Pr. Yvon PELISSIER (CHU de Montpellier)

Pr. Antoine PELLISOLO (AP-HP)

Marc PENAUD (Membre du bureau de la CNDCH, Directeur du CH de Mulhouse)

François PINARDON (Responsable du pôle Finances)

Pr. Dominique PORQUET (Faculté de pharmacie)

Danielle PORTAL (Conférence des DG de CHU)

Dr. Jean-François PROLONGEAU, Vice Chef de Pôle Cancérologie et Spécialités Médicales au CH de Valenciennes

Mme Zinaib RIET (Présidente de la Conférence nationale des directeurs de CH, Directrice du CH du Havre)

Michel ROSENBLATT (CFDT)

Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE (Directrice Adjointe du secteur sanitaire - FEHAP)

Pr. RUFFION (HCL)

Dr. SANCHEZ (DIM)

Christian SAOUT (Collectif Interassociatif Sur la Santé - CISS)

Véronique SAUVADET (Cheffe de service Financement et Analyse Economique (FAE) pour l'ATIH)

Dr. Christophe SEGOUIN (Syndicat des DIM)

Jérémy SEICHER (SMPS)

Jean-Claude STUTZ (UNSA)

Dr. Namik TARIGHT (Syndicat des DIM)

Dr. Didier THEIS (Collège des DIM)

Elisabeth TOME (Déléguée Générale de la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France - FHP)

Dr. Marie-Christine TURNIN (Collège des DIM)

Hélène VEGARA (Infirmière)

Pr. VERGNENEGRE (Vice-président de la Conférence des Présidents de CME de CHU)

Marie-Paule VIGOUROUX (Infirmière à la retraite et représentante des usagers)

Dr. Jérôme VIGUIER (INCA)

Gérard VINCENT (Délégué général de la Fédération hospitalière de France - FHF)

Eric WETTLING (UNSA)

Cette contribution n'a pas pour objet de manifester en désaccord avec les constats et les propositions du rapport. Elle vise seulement à insister sur la nécessité de rétablir un équilibre entre les exigences en termes d'efficacité économique et les exigences en termes de qualités qui sont actuellement adressées aux établissements de santé²⁸.

La tarification à l'activité contraint les hôpitaux à être efficaces économiquement. S'ils produisent des GHS à un coût supérieur au tarif, la sanction est rapide (dégradation des comptes, plan de redressement, difficultés à investir...). Cette exigence de performance économique peut légitimement alimenter les craintes que la poursuite de l'efficacité économique entraîne une dégradation de la qualité des soins dispensés aux patients (raccourcissement indu de la durée des séjours, réduction de l'attention portée aux patients, économies sur la dimension relationnelle des soins). Ces craintes sont d'autant plus fortes que le niveau d'évolution de l'ONDAM est actuellement contraint ; la T2A n'est que l'outil qui permet de répartir l'enveloppe hospitalière Issue de l'ONDAM entre les divers établissements.

Rien n'atteste que ces craintes soient fondées mais les inquiétudes formulées sont légitimes. Si, avec la T2A, nous disposons d'un instrument puissant pour mesurer les performances économiques, nous ne disposons pas de données équivalentes pour mesurer la qualité des soins.

Mesurer la qualité des soins suppose de mobiliser trois types d'indicateurs :

-des indicateurs cliniques
et plus particulièrement des indicateurs de résultats tels que des taux de mortalité ou des taux de réadmission ajustés sur le risque. Nous disposons en France de nombreux indicateurs de processus (ils servent même de base à un système de paiement à la qualité) mais nous manquons d'indicateurs de résultats. Alors qu'ils existent dans de nombreux pays à l'étranger, ils n'ont pas été développés en France ;

-des indicateurs visant
retracer l'expérience des patients. La manière dont les patients ont vécu leurs soins est, bien évidemment, partie intégrante de leur qualité. Nous devrions disposer prochainement de tels indicateurs à travers le dispositif *e-satis*. Mais aucun résultat n'est encore public ;

-des indicateurs visant à
mesurer l'expérience de leur travail par les soignants. On peut craindre un effet que les exigences d'efficacité économique se déploient au détriment des conditions de travail des soignants. Si ces conditions de travail sont dégradées, si les soignants ne sont pas fiers des soins qu'ils prodiguent, on peut penser que les soins effectivement délivrés seront nécessairement de piètre qualité.

²⁷ Efficacité économique entendu ici dans son acception restreinte : rapport entre les GHS produits et les dépenses engagées sans prise en compte de la qualité de la production.

²⁸ Cette argumentation a été plus longuement développée dans PL. Bras " hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? » Les tribunes de la santé, n° 35, été 2012

Mesurer la qualité des soins dans ces trois dimensions (résultats cliniques, expérience des patients, expérience de soignants) est possible. Des expériences étrangères l'attestent. Il ne faut pas sous-estimer l'investissement nécessaire pour construire ces mesures. Un investissement conséquent en termes d'études et de recherches a été réalisé pour construire le dispositif de tarification, rien ne justifie que l'on ne réalise pas un investissement similaire pour le suivi de la qualité.

De telles mesures sont nécessaires pour légitimer le dispositif T2A ; en l'absence de tels indicateurs, la T2A sera toujours soupçonnée d'alimenter une dégradation de qualité. De telles mesures sont nécessaires pour piloter le niveau de l'ONDAM ; les taux actuels d'évolution de l'ONDAM exigent chaque année des progrès importants de productivité de la part des établissements de santé. Or ces taux sont fixés en fonction de contraintes macro-économiques (équilibre des finances publiques) sans considération de leur impact sur qualité des soins délivrés. Il importe donc de vérifier que les progrès de productivité attendus ne sont pas obtenus au détriment de la qualité des soins. S'il s'avérait que le niveau de l'ONDAM ne permet pas de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins, le législateur, actuellement aveugle sur les conséquences de ses décisions en termes de qualité, en tiendrait certainement compte lors de la fixation de l'ONDAM.

Bien évidemment, l'enjeu de la mesure de la qualité n'est pas simplement global et macro-économique. Ces mesures de qualité des lors qu'elles sont établies au niveau national mais aussi au niveau de chacun des établissements, voire de chacun des services, peuvent servir de support et de guide pour conduire des politiques d'amélioration de la qualité au niveau local. On peut d'ailleurs envisager d'associer à ces mesures des pénalisations ou des bonus tarifaires selon les résultats obtenus. Pour autant, avant même de s'interroger sur la pertinence de développer un système de paiement à la performance qualité, il convient de développer un système pertinent d'appréciation de la qualité des soins délivrés.

La T2A nous a permis de nous donner une mesure de la production des soins, cette mesure brute doit être complétée par une mesure de la qualité des soins dispensés.

