

COMMISSION PERFORMANCE, FINANCEMENT, INVESTISSEMENT 1ÈRES PROPOSITIONS

Réforme du financement des établissements de santé

Nombreux champs de financement concernés compte tenu des activités diverses des établissements publics de santé :

- 1ères propositions centrées sur activités MCO
- Autres activités abordées dans un second temps

Sachant que :

- La FHF participe aux travaux nationaux en cours sur les activités de SSR
- La FHF participe aux travaux nationaux en cours sur la médecine ambulatoire
- La FHF participe aux groupes de travail de la concertation Grand Age et Autonomie et notamment aux travaux sur les nouveaux financements
- Le financement de la psychiatrie constitue un axe de travail de la FHF, en lien avec les réflexions nationales

Complexité des mécanismes induisant le financement des établissements de santé → procéder de façon pragmatique plutôt que seulement conceptuelle + approfondir puis tester toute évolution du système

Réforme du financement des établissements de santé

- Une vision sur le long terme : une approche par les territoires ; la responsabilité populationnelle ; le chantier de la pertinence des soins...
- Des propositions et contributions sur le moyen terme : évolutions et modulations du modèle de financement et de la tarification
 - Travaux de la commission permanente
 - Propositions d'amendements au PLFSS
- Des mesures d'urgence pour le court terme et la phase de transition, en matière de régulation : dégel intégral ; restitution des sous-exécutions de l'enveloppe hospitalière ; arrêt des transferts d'enveloppes en cours d'année au sein de l'ONDAM ; arrêt de la régulation prix/volume, des baisses tarifaires et des prévisions surévaluées de volume économique ; plan d'urgences en psychiatrie.

Réforme du financement des établissements de santé

Travaux de la Commission fondée sur une évolution du modèle actuel de financement fondé sur la tarification à l'activité.

→ Tout retour en arrière vers un système de financement fondé sur des dotations indépendantes de la nature et du volume des activités réalisées est jugé dangereux.

→ Les activités encore actuellement financées par un système de dotation doivent évoluer vers des mécanismes liant activité et ressources.

Réflexion fondée sur chacune des étapes du mécanisme aboutissant à l'allocation des ressources aux établissements.

→ Constats critiques et propositions à chaque étape.

Réforme du financement des établissements de santé

Base du financement : principe du vote par la représentation nationale d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie annuelle (LFSS) résultant lui-même de la capacité contributive de la nation au financement du système de santé → principe de prix administrés et non de coûts de production commandant un prix de vente à un ou des acheteurs

Première question :

- *doit-on poursuivre ce modèle d'enveloppe fermée ?*
- *ou bien doit-on laisser libre les acteurs de la fixation du coût de leurs prestations ?*

Proposition 1 : Postulat de maintien de l'ONDAM car si libre fixation des prix des prestations, risque d'orientation des patients vers les structures aux coûts les plus bas, ce qui est contraire au principe du libre choix du patient

Réforme du financement des établissements de santé

Trouver le dispositif de **tarification et de ventilation** de la ressource le plus efficient (justification de la dépense publique) et le plus juste (équité entre les différents types d'acteurs).

Question 2 :

Faut-il un lien entre activité réalisée et ressources allouées au « producteur » de la prestation de soins ou dé-corréler activité réalisée et ressources allouées ?

Proposition 2 :

- Le mécanisme de la T2A reste préférable à tout système dé-corrélant activité et ressources perçues
- Les établissements doivent être dotés de la capacité à rémunérer l'investissement et la performance individuelle et collective des acteurs internes
- ➔ **Maintien d'un socle de T2A, reposant sur une description médicalisée de l'activité, à améliorer et à moduler**

Réforme du financement des établissements de santé

Trouver le dispositif de **régulation** de la ressource le plus efficient (justification de la dépense publique) et le plus juste (équité entre les différents types d'acteurs).

L'ONDAM se répartit entre plusieurs enveloppes : établissements de santé (41,3%), médecine de ville (45,5%) et établissements médico-sociaux (grand âge, handicap) (10,5%)

→ Système cloisonné malgré des interactions

Question 3 :

La répartition de l'ONDAM en sous-catégories (enveloppe de ville/établissements de santé)

- *Est-elle pertinente au regard de la prise en charge des pathologies des patients ?*
- *Permet-elle une juste répartition, entre les différentes catégories d'acteurs, de l'ONDAM ?*

Proposition 3 :

→ **Etendre la régulation financière à l'enveloppe de ville, l'effort devant être proportionnel au poids de chacun au sein de l'ONDAM**

→ **Instaurer une fongibilité pour les financements à l'épisode et au parcours de soins, pour la responsabilité populationnelle**

Réforme du financement des établissements de santé

Financement des EPS par forfait à l'épisode de soins (GHS/T2A) et par dotation (MIGAC/FIR) → masse consacrée au financement à l'activité résiduelle même si majoritaire en montant ;
Dé-corrélation progressive des tarifs de GHS des coûts de production (évolution de l'ONDAM inférieure à évolution des coûts ; politiques favorisant certaines activités)

Question 4 :

- *le modèle de détermination de la masse financière allouée aux établissements pour leurs activités et le modèle de calcul des coûts permettent-ils de couvrir les charges et de refléter de façon fiable les coûts exogènes exposés par les établissements?*
- *Quel niveau d'écart entre les coûts et les tarifs est supportable par les établissements ?*
- *Quel modèle alternatif de calcul des coûts et de détermination des tarifs des activités décrites par le PMSI ?*

Proposition 4 :

- **Faire de la mesure de l'écart entre coûts exposés et tarifs fixés un des éléments du vote de la LFSS + déterminer le niveau d'écart acceptable entre dépenses réelles prévisibles et ressources disponibles**
- **Mettre en place un modèle de détermination des tarifs qui reflète fidèlement les coûts exposés par les établissements, tout en restant dans une enveloppe fermée.**
- **Étendre ce modèle à toutes les activités pouvant faire en relever ou ne justifiant pas d'un financement par dotation ou forfait**

Réforme du financement des établissements de santé

Détermination du niveau de l'ONDAM à partir d'un volume d'activité correspondant à la consommation de soins des personnes qui recourent aux prestations des offreurs, sur l'ensemble de la France.

Question 5 :

Comment mieux tenir compte des caractéristiques épidémiologiques des « territoires », de leurs habitants, de l'offre et des comportements des populations ?

Proposition 5 :

- ➔ **Mesurer le niveau de consommation de soins par « territoire » et par « discipline »**
- ➔ **Sur cette base, « territorialiser » la progression des tarifs (sous-consommation et problématique d'accès ; surconsommation et développement de la prévention...)**

Réforme du financement des établissements de santé

Niveau des tarifs fixé en créant un lien de corrélation entre volume d'activité au niveau national et montant de l'ONDAM.

Déterminé annuellement en prenant en compte le volume et la nature de l'activité réalisée durant l'année précédente sur lesquels sont appliquées des hypothèses de variation.

Les variations d'activité, en volume et en nature, sont appréhendées au niveau national.

Question 6 :

Comment mieux prendre en compte les variations d'activité entre les régions, les départements ou territoires de proximité ?

Proposition 6, complémentaire à la proposition 5 :

Réfléchir à une modulation de l'évolution des tarifs en fonction de l'évolution réelle de l'activité des zones géographiques considérées (régions, départements, territoires de proximité).

Réforme du financement des établissements de santé

- Catégorisation des modalités de leur financement : hospitalisation conventionnelle – hospitalisation « de jour » – actes techniques - consultations et « forfaits » intermédiaires entre l’hospitalisation et la consultation
- Valorisation des actes techniques déterminée à dire d’expert ; valorisation des actes intellectuels

issue de discussions conventionnelles entre les syndicats de médecins libéraux et l’assurance-maladie sans participation des représentants des EPS

- Frontière entre hospitalisation de jour, consultations multiples, bilan, consultations complexes... difficile à établir, rendant délicate un système tarifaire adapté

Question 7 :

- *Comment adapter la catégorisation des prestations à l’évolution des modalités de prise en charge ?*
- *Comment définir un système tarifaire adapté, au-delà des frontières entre hôpital de jour, consultations multiples, complexes, bilan...?*

Réforme du financement des établissements de santé

Proposition 7

- Valorisation adaptée et évolutive des actes techniques (CCAM actuelle)
- Valorisation des prestations intellectuelles/durée des consultations (« CCAM clinique »)
- Description de la gradation des prises en charge : HdJ, ACE, forfaits...
- Association des fédérations hospitalières aux négociations conventionnelles
- Application des mêmes tarifs (majorations) et des modalités de facturations

Certaines activités réalisées par les établissements sont mal financées par le biais du GHM/GHS (grande variabilité des durées des prises en charge rendant moins opérante la référence au coût médian).

Proposition 8 : revoir le modèle de financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) afin de mieux couvrir les charges réelles induites par des normes en termes de personnel

Réforme du financement des établissements de santé

Limites connues du financement à l'activité en termes de pertinence et de coopération
Objectif de limiter les actes ou prestations redondants ou inutiles

➔ Financement englobant l'ensemble des prestations d'un parcours de soins type à expérimenter

Question 9 :

Comment moduler la T2A afin d'en atténuer les limites en termes de coopération entre les acteurs ?

Proposition 9 :

➔ **Expérimentation de financement au parcours sur des pathologies ciblées, pouvant inclure la prévention (projet « responsabilité populationnelle »), ou à l'épisode de soins**

Réforme du financement des établissements de santé

Système actuel d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, basé sur des indicateurs transversaux

Question 10 :

Comment lier financement et qualité de la prestation, au-delà du dispositif existant ?

Proposition 10 :

Lancer, ou suivre, s'il existe, un travail de recherche afin de :

→ déterminer les indicateurs qui peuvent être pris en considération pour appréhender la qualité d'un acte, d'un épisode de soins, d'un parcours de soins ou de tout type de prestations médicales.

→ créer un lien rationnel, par le biais d'indicateurs pertinents et utilisables dans le cadre d'un modèle d'allocation de ressources, entre activité réalisée, qualité de la prestation et financement.

Réforme du financement des établissements de santé

Jusqu'à aujourd'hui, la question de la pertinence a surtout porté sur les charges exposées par les établissements pour produire leurs prestations au travers du résultat d'exploitation qu'ils étaient en capacité de dégager.

Question 11 :

Comment interroger la pertinence des dépenses par une nouvelle approche ?

Proposition 11

Dans le cadre de la structuration de l'offre publique de soins au sein des GHT et en lien avec les travaux à venir sur la place et le rôle des hôpitaux de proximité, lancer une étude mesurant le lien entre prestations produites et ressources mobilisées;

- Produire, au moins pour les principales pathologies, les actes et les hospitalisations réalisés par territoire. Les confronter aux données épidémiologiques. En tirer des conclusions, des objectifs et des actions par territoire.

Réforme du financement des établissements de santé

Difficultés actuelles à maintenir et a fortiori accroître la capacité d'autofinancement du fait de la pression sur les tarifs,
Difficultés d'accès aux ressources externes en capital après la crise de 2008,
Difficultés à garantir les marges futures du fait des incertitudes pesant sur le niveau des tarifs à venir induites par leur caractère de prix administré.

Question 12 :

Quel modèle de financement des investissements ?

Propositions 12 :

➔ **Etude d'un mécanisme de distribution des ressources en fonction**

- **du taux de vétusté du patrimoine et de des conséquences sur les coûts d'exploitation**
- **De la nature du patrimoine (blocs, réanimations...)**
- **De la situation financière de l'établissement**
- **Du positionnement de l'établissement dans l'offre de soins**

MERCI DE VOTRE ATTENTION