

FINANCEMENT DES HÔPITAUX : PRINCIPES, ENJEUX ET PILOTAGE

Comment réformer la T2A ?



DES de Pharmacie Université de Franche Comté
2 octobre 2023





Plan

Le financement des établissements de santé à l'activité

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

Réformer la T2A : dans quel sens ?

- Les critiques de la T2A
- Les pistes de réforme

Le financement des établissements de santé à l'activité

De l'ONDAM à la T2A

Le fonctionnement de la T2A

Les LFSS (Lois de Financement de la Sécurité Sociale)

- La loi du 22 février 1996 réforme la Constitution de la Vème République afin de créer une nouvelle catégorie de lois, les **lois de financement de la sécurité sociale (LFSS)** :

- Associent la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale
- Déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et, compte tenu des prévisions de recettes, fixent les objectifs de dépenses
- Une loi ordinaire au périmètre défini et encadrée par une procédure particulière

<https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/role-et-pouvoirs-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-de-l-assemblee-nationale/les-fonctions-legislatives/l-examen-parlementaire-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale>

- L'ordonnance du 24 avril 1996 (Plan « JUPPÉ »)

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

La LFSS pour 2023

24 décembre 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 1 sur 297

LOIS

LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement
de la sécurité sociale pour 2023 [1]

NOR : ECOX2225094L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

(En points de produit intérieur brut)

	2022	2023
Recettes	27,0 %	26,9 %
Dépenses	26,6 %	26,1 %
Solde	0,4 %	0,8 %

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2021, sont approuvés :

1^{er} Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	206,8	235,4	-28,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,1	13,9	1,3
Vieillesse	247,8	250,5	-2,7
Famille	51,1	48,9	2,2
Autonomie	32,7	32,6	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	538,2	567,0	-27,7
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	538,0	567,3	-29,3

2^e Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	205,3	235,0	-29,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,6	12,4	1,2
Vieillesse	141,2	143,8	-2,7
Famille	51,1	48,9	2,2

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

Objectif global de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation

Correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale pour :

- les soins de ville,
- les établissements de santé publics et privés,
- les établissements médico-sociaux,
- les autres prises en charge

244,1 milliards d'euros en 2023

- PIB France 2022 = 2 639,1 milliards d'euros
- Budget Etat 2023 = 293,8 milliards d'euros en recettes, 455,2 milliards d'euros en dépenses

L'ONDAM 2023

Article 106

Pour l'année 2023, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	103,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	100,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,1
Autres prises en charge.....	3,4
Total.....	244,1

Progression (hors crise) de 3,7 % par rapport à 2022 (+8,6 Md€)

La construction de l'ONDAM

Une construction complexe mettant en jeu la CNAMTS, plusieurs ministères et directions d'administration centrale, sous la coordination de la DSS.

Un objectif visant à la maîtrise des dépenses, construit sous la contrainte des recettes et du déficit (-20,3 milliards d'euros en 2022 pour la branche maladie du régime général).

Un résumé par le taux d'évolution, différencié par sous-objectifs

Graphique 9 • Principe de construction de l'ONDAM 2023

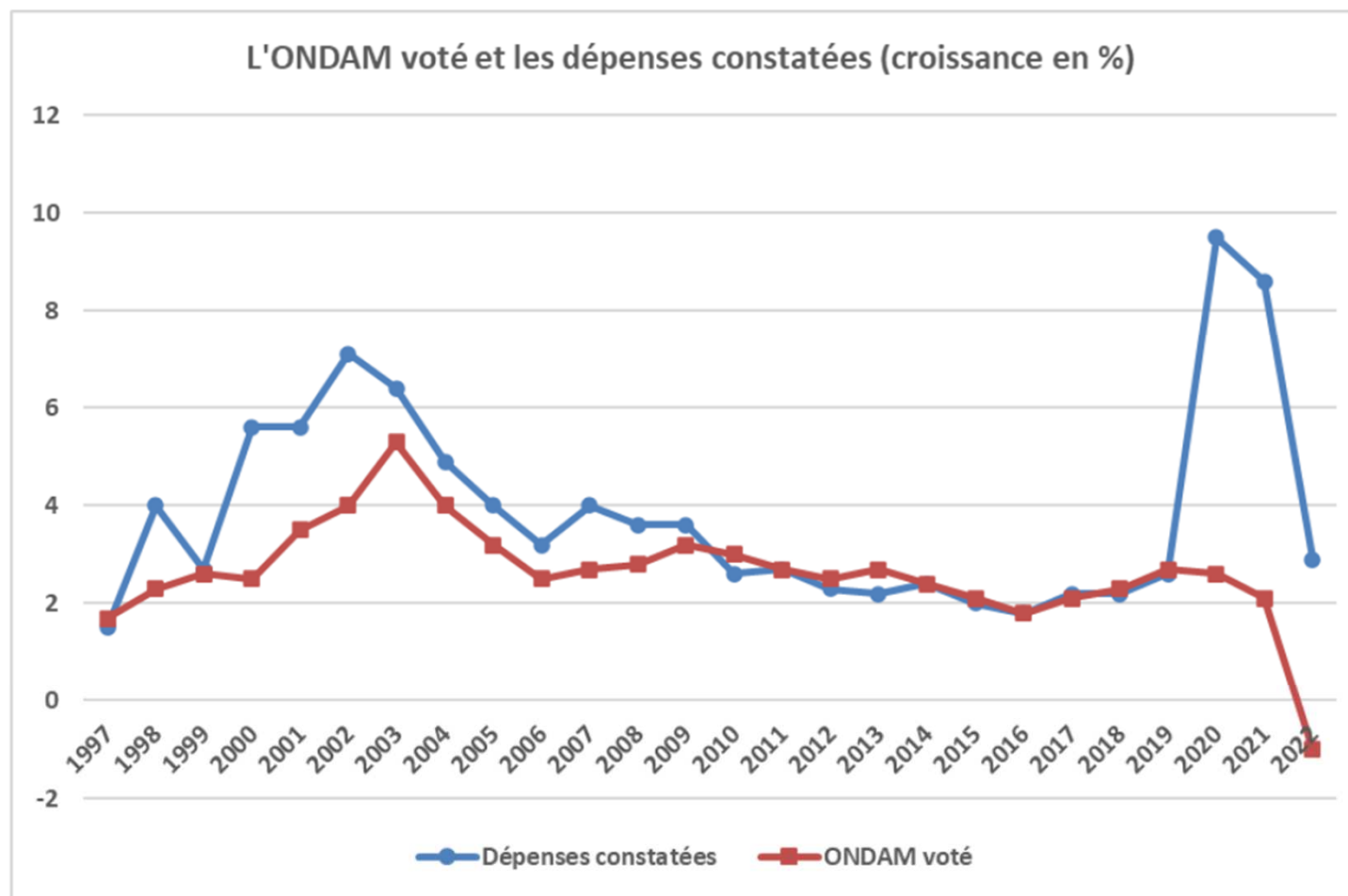


Note de lecture : hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM 2023 est de 3,7%.

Tableau 8 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2023

Montants en Md€	Base 2023	Taux d'évolution	Sous objectif	Taux d'évolution (hors crise)
ONDAM TOTAL	245,9	-0,8%	244,1	3,7%
Soins de ville	107,3	-3,2%	103,9	2,9%
Établissements de santé	97,1	3,7%	100,7	4,1%
Établissements et services médico-sociaux	28,5	5,1%	30,0	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	5,1%	15,3	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,9	5,2%	14,6	5,2%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,2	-2,0%	6,1	1,7%
Autres prises en charge	6,7	-49,2%	3,4	3,9%

L'évolution de l'ONDAM



Source : Haut conseil de l'assurance maladie jusqu'à 2012 et commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2012 ; FIPECO.

Les hypothèses de construction de l'ONDAM

Inflation

+

Mesures
nouvelles

-

« Mesures de
régulation

=

ONDAM

Cette construction intègre pour 2023 un contexte inflationniste persistant – 4,3% d'inflation en moyenne annuelle au sens de l'IPCHT, après 5,4% en 2022 - avec l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice de juillet 2022 ainsi qu'un impact financier portant sur le renchérissement des achats dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, la progression de l'ONDAM en 2023 se décompose de la manière suivante :

- Une évolution spontanée, avant prise en compte de l'impact de l'inflation et des mesures nouvelles, jouant pour +2,4 points de contribution¹. Cette progression intègre les effets des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude conformément aux préconisations du HCAAM de 2021, pour un rendement escompté de 0,9 Md€ sur les soins de ville.
- Un impact du contexte inflationniste sur les achats des établissements et la revalorisation du point d'indice jouant pour +0,9 point ;
- Des dépenses supplémentaires au titre de la vie conventionnelle en ville, de la trajectoire spécifique des produits de santé décidées dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux jouant pour +0,9 point ;
- La poursuite de la montée en charge des dépenses consécutives aux accords du Ségur de la Santé jouant pour +0,3 point² ;
- Les mesures de régulation et d'économies jouant pour -0,7 point.

La progression tendancielle de l'Ondam tous sous-objectifs confondus s'établirait ainsi à 4,4% hors crise mais dont effets conjugués de l'inflation et de la fin de la montée en charge du Ségur de la santé. Ce chiffre intègre le rendement des actions de maîtrise médicalisée. Il s'agit ainsi de la progression que suivrait l'Ondam en 2023 en l'absence de toute mesure de régulation et d'économie.

ONDAM tendanciel et économies

Depuis 2005, l'UNCAM adopte au printemps un rapport « charges et produits »

Ce rapport est destiné aux parlementaires et aux autorités de santé et vise à « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ».

Il est pris en compte par la DSS pour bâtir les mesures d'économies qui permettent de redresser l'évolution tendancielle de l'ONDAM (-0,7% pour 2023).

Encadré 3 – Des dispositifs conduisant à augmenter l'efficacité des dépenses

Les objectifs de transformation et de soutien au système de santé ont été renforcés et réorientés pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire, tout en posant les bases des transformations à initier pour renforcer l'efficacité du système et garantir la soutenabilité des dépenses de santé. L'investissement, qui constitue un Pilier central du Ségur de la santé, jouera un rôle prépondérant pour moderniser et adapter le système de soins.

Plusieurs des leviers disponibles seront mobilisés en 2023 afin de garantir la soutenabilité des dépenses de santé.

Tout d'abord, la **pertinence des prescriptions** sera renforcée grâce aux actions de maîtrise médicalisée qui sont refondues en lien avec le programme de rénovation de gestion du risque porté par l'assurance maladie et présenté en partie 3 ainsi que via l'adaptation des modes de tarification en prenant davantage en compte la qualité des soins (720 M€).

De plus, le développement des modes de prise en charge innovants et plus efficaces, en accroissant les alternatives aux hospitalisations et en faisant la promotion de la médecine et chirurgie ambulatoire, permettra de rationaliser la structuration de l'offre de soins. La poursuite de l'amélioration de l'efficacité des achats hospitaliers, via le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables), en favorisant les mutualisations et la gestion commune d'activités transversales permettra d'améliorer la performance interne des établissements de santé. Si la construction de l'ONDAM hospitalier n'intègre aucun impératif d'économie, le gain lié à ce programme sera intégralement rétrocédé aux hôpitaux.

Par ailleurs, comme chaque année, des **efforts sur les prix des médicaments et dispositifs médicaux** seront poursuivis, en cohérence avec les engagements pris dans le cadre du CSIS, pour soutenir l'innovation tout en la rémunérant à un prix juste et soutenable et modifier la structure de consommation des produits de santé, notamment en développant la prescription et l'usage des génériques, des hybrides et des biosimilaires en établissement et en ville. Ces efforts porteront au total sur un montant de 1,1 Md€, et permettront de respecter la trajectoire du CSIS, permettant même un taux de progression de 3%, supérieur au chiffre de 2,4%.

Des mesures d'efficacité porteront sur les secteurs où les gains de productivité ont été très élevés, en particulier en biologie et en imagerie, pour 400 M€. Enfin, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle collaboration avec les organismes complémentaires, avec la volonté de travailler conjointement sur des sujets structurels en lien avec la rénovation du système de santé. Une réduction des dépenses d'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 M€ a été intégrée à ce titre en 2023.

Enfin, les actions de contrôle et de **lutte contre la fraude** qui visent également à assurer la pertinence dans l'utilisation des ressources du système de santé seront poursuivies et amplifiées en 2023 (180 M€).

ONDAM et risques de dépassement

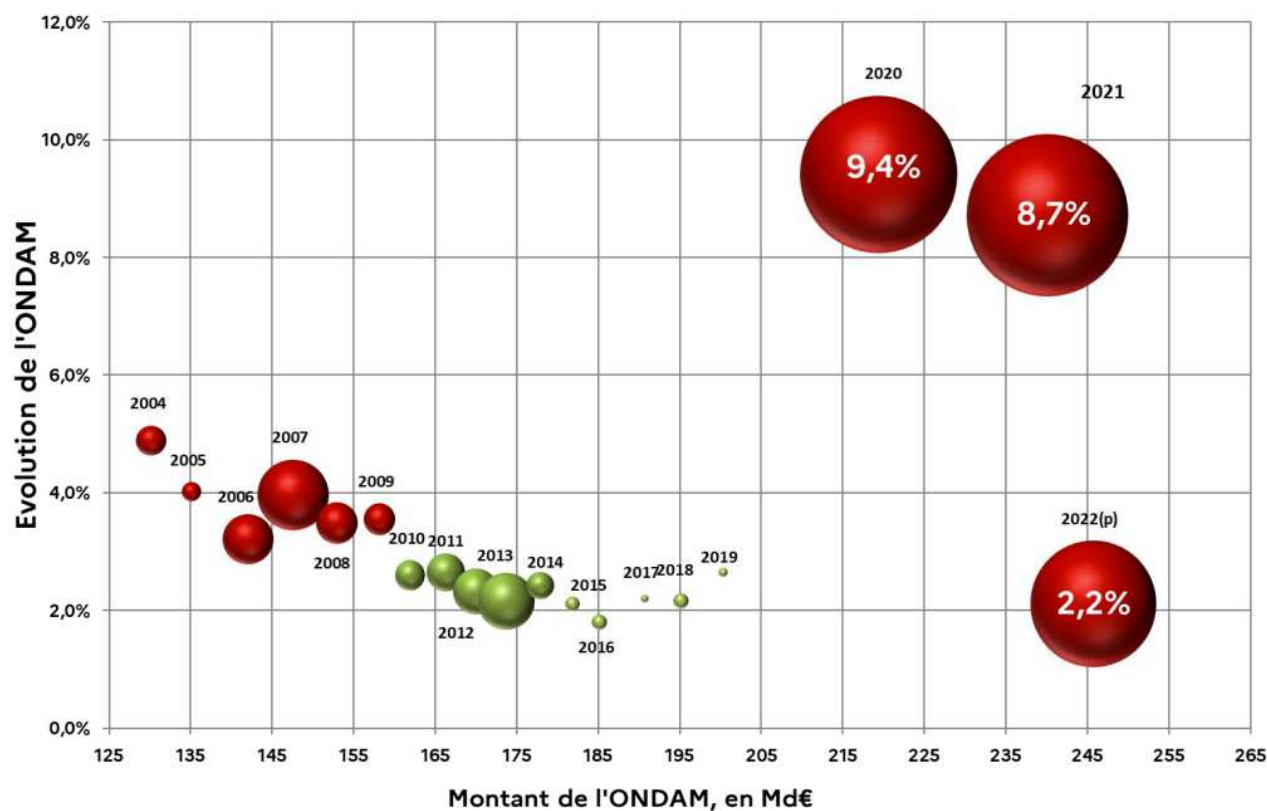
La commission des Comptes de la Sécurité Sociale a estimé en septembre que les dépenses relevant de l'ONDAM s'élèveraient à 247,6 Md€ et seraient supérieures de 2,8 Md€ à l'objectif 2023 rectifié. Le taux de progression de l'ONDAM 2023 serait de +4,8%% par rapport à 2022 (hors crise sanitaire).

Les causes du dépassement attendu sont :

- Effet de base 2022 défavorable
- Fort dynamisme des dépenses d'IJ, de produits de santé, de transports sanitaires
- Sécurisation Modulée à l'Activité
- Coefficient prudentiel -0,7%

L'ONDAM global depuis 2004

Graphique 3 – Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2022, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteignent 245,9 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 2,2%.

Le plan Hôpital 2007 et l'instauration de la T2A

Objectifs du Plan Hôpital 2007 (2002)

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

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

Les objectifs du financement à l'activité

Article 33 de la LFSS pour 2004

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

Au commencement était la dotation globale...

LE PRINCIPE

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

CONSEQUENCES DIRECTES :

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

Mais

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

La DG est un solde

**Dépenses
encadrées**

**Dépenses couvertes par
des recettes subsidiaires**

**Groupe 1
Dotation globale**



Groupe 2

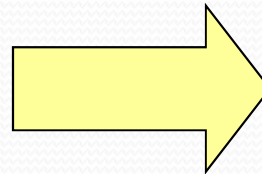
Groupe 3

Ce qui change avec la T2A...

Dés 2004

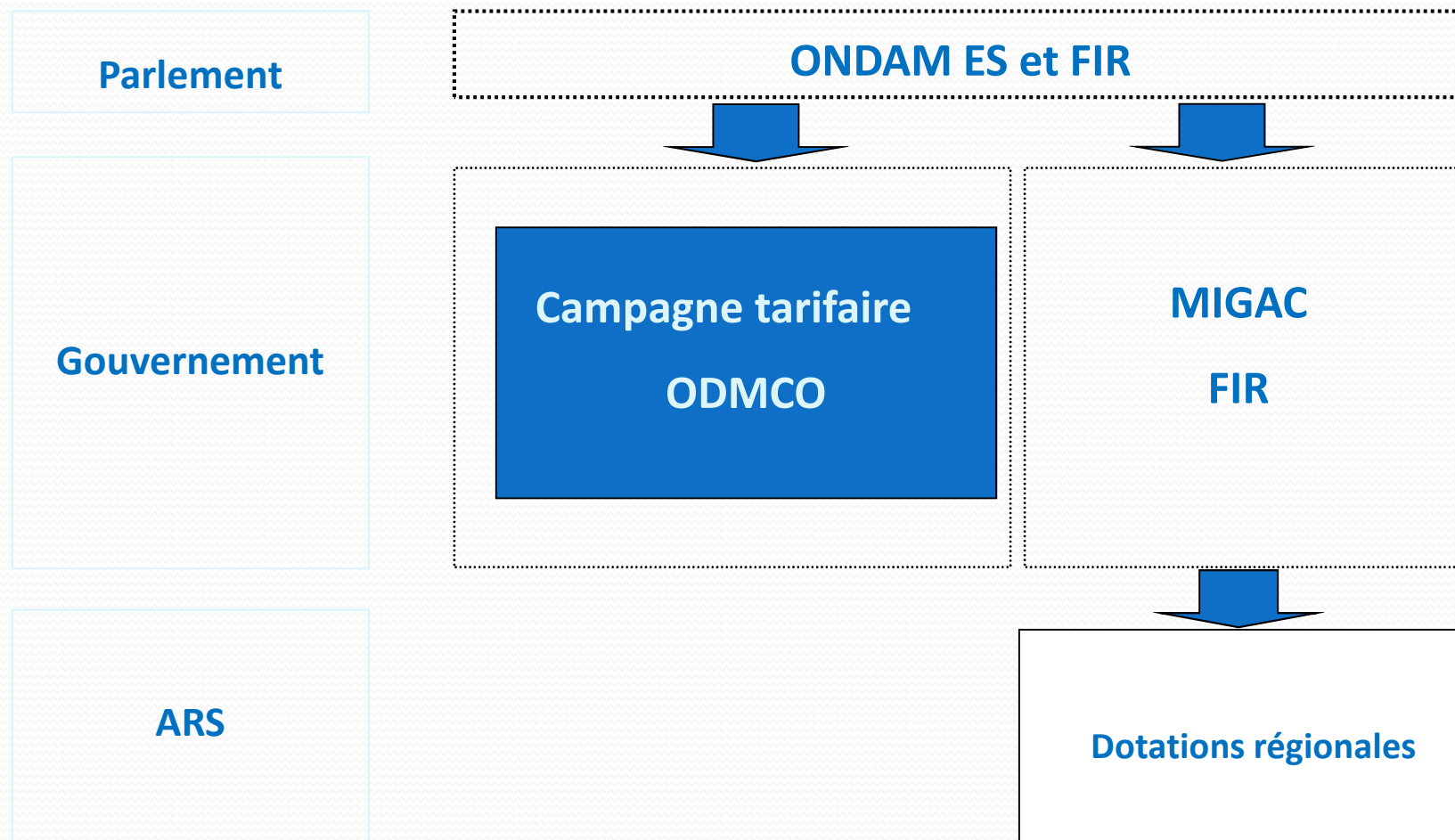
Avant

Financement par
DG
peu de lien avec
l'activité réelle de
l'hôpital
($DGF\ N = DGF\ N-1$
+actualisation)



Financement à
l'activité
+
dotations pour
certaines
missions
spécifiques

L'allocation de ressources aux établissements de santé



Les différentes modalités de financement

Financements directement liés à l'activité

PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

GHS

SEJOURS
EXTREMES
EN DUREE
HAUT - BAS

SUPPLEMENTS
REA - SI - SC - NN

AUTRES PRESTATIONS D'HOSP°

séances, HAD, consultations et actes externes...

PAIEMENTS EN SUS (DES GHS)

MEDICAMENTS
ONEREUX

DISPOSITIFS
MEDICAUX

Autres financements (dotations)

MISSIONS D'INTERET
GENERAL
ET AIDE A LA
CONTRACTUALISATION
(MIGAC)

MIG

AC

Financements mixtes

FORFAITS ANNUELS

FAU

CPO

FAG

La campagne tarifaire

- arrêté prestations et forfaits
- arrêté annuel fixant les tarifs (609 pages !)
- arrêté fixant les dotations régionales

Plusieurs circulaires tarifaires explicitant la politique suivie :

- tarifs
- dotations
- compensation certains surcoûts



31 mars 2023 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 35 sur 162

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

NOR : SPRH2308826A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-10, R. 162-33-1, R. 162-33-5 et R. 162-33-15 ;

Vu l'arrêté modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les tarifs des forfaits et suppléments déterminés en application des dispositions des 1^o et 3^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale sont fixés aux annexes I, II, III, IV du présent arrêté pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux annexes V, VI, VII et VIII du présent arrêté pour les établissements de santé mentionnés au *d* du même article.

Art. 2. – Les tarifs nationaux des forfaits déterminés en application des dispositions des 2^o, 4^o, 5^o et 6^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de

Une politique tarifaire médicalisée

la définition de tarifs nationaux

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

La politique tarifaire 2019

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

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

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

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

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

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

La politique tarifaire 2023

Paramètres de la construction tarifaire MCO-HAD 2023

Les arbitrages interministériels retenus

- ❑ L'annonce de la réforme à venir de la T2A à partir de 2024, faisant de **2023 une année de transition** (cf. ci-après dispositif SMA de sortie de la garantie de financement), qui conduit à **conserver les grands principes de paramétrage de la construction tarifaire** pour 2023.
- ❑ **Le financement à 100% par l'AMO des revalorisations intervenues en juillet 2022.**
- ❑ Des hypothèses retenues pour la projection d'activité et les paramètres de l'équation prix/volume dans le **respect des références de l'ancien protocole**
- ❑ Une **équation prix/volume unique pour l'ensemble des secteurs**, types d'activités et de prises en charge, soit :
 - ❖ Une **prévision volume** confirmée de **+0,9%** après prise en compte de l'effet CJO, à l'appui de l'analyse du groupe de travail inter-institutions sur la projection tendancielle pluriannuelle de l'activité d'hospitalisation pour le champ MCO.
 - ❖ Des **tarifs** proposés en évolution de **+ 0,7%** pour le champ MCO et de **+1,5%** pour le champs **HAD** sur le périmètre comparable à l'ancien protocole (hors mesures exceptionnelles intervenues depuis).

2 échelles tarifaires

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

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

Source : DGOS

2 échelles tarifaires : exemples

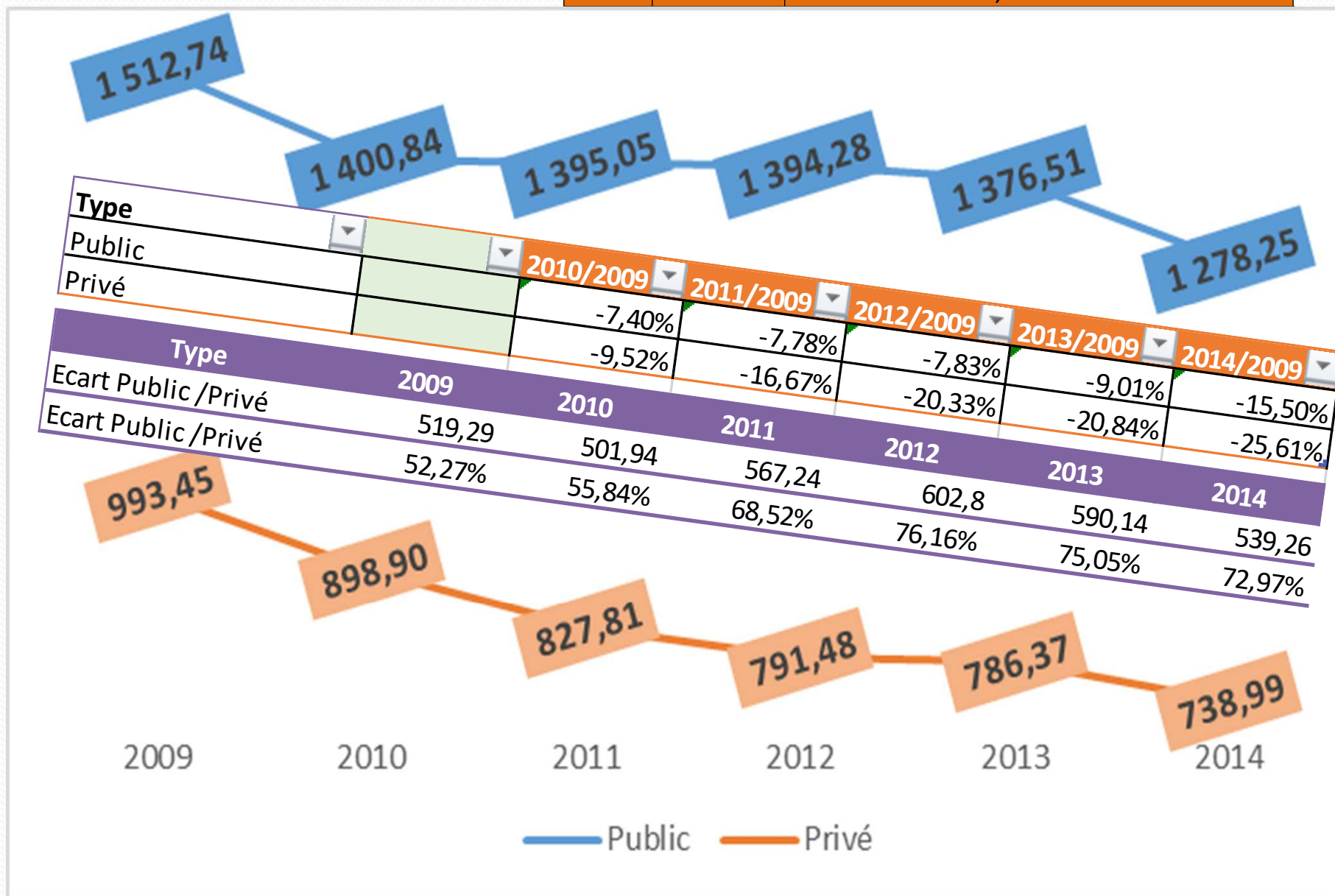
ETABLISSEMENTS PUBLICS

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

ETABLISSEMENTS PRIVES

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

G.H.S.	G.H.M.	Libellé du G.H.M.
424	02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire



Les paiements « en sus »

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

Les financements mixtes : les forfaits annuels

→ **FORFAIT
ANNUEL
URGENCES**

→ **FORFAIT
COORDINATIONS DES
PRELEVEMENTS
ORGANES**

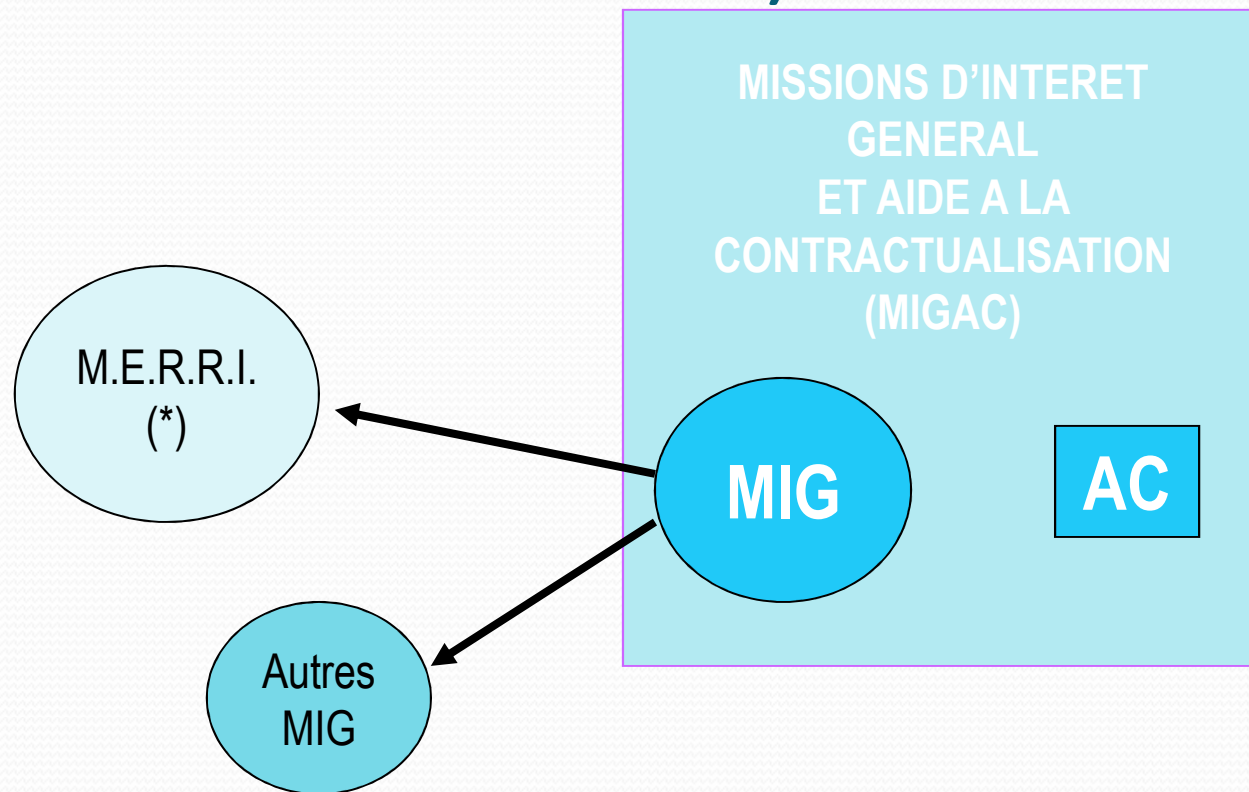
5 niveaux de forfait en fonction de l'activité et des spécificités de l'établissement

→ **FORFAIT ANNUEL GREFFE**

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

Les « MIGAC »

(Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)



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

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

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

Les autres MIG

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

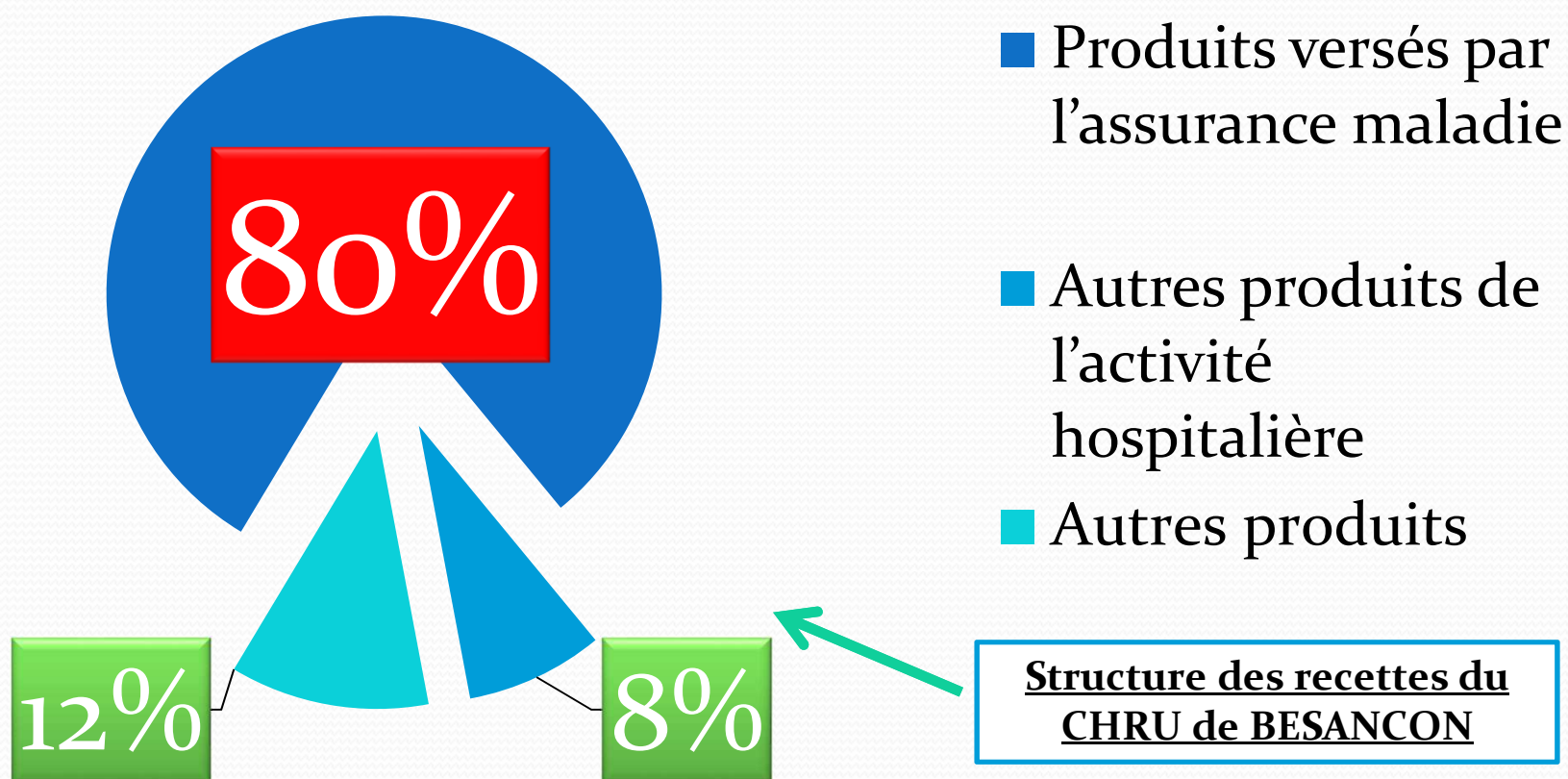
- des missions qui doivent être maintenues quel que soit le niveau d'activité effectif
- et/ou des missions pour lesquelles il est difficile d'identifier les coûts par patient

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

Les crédits « AC » (aide à la contractualisation)

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

Un financement essentiellement par l'assurance maladie



PREVISIONS N Tarifs et dotations

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL

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

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

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

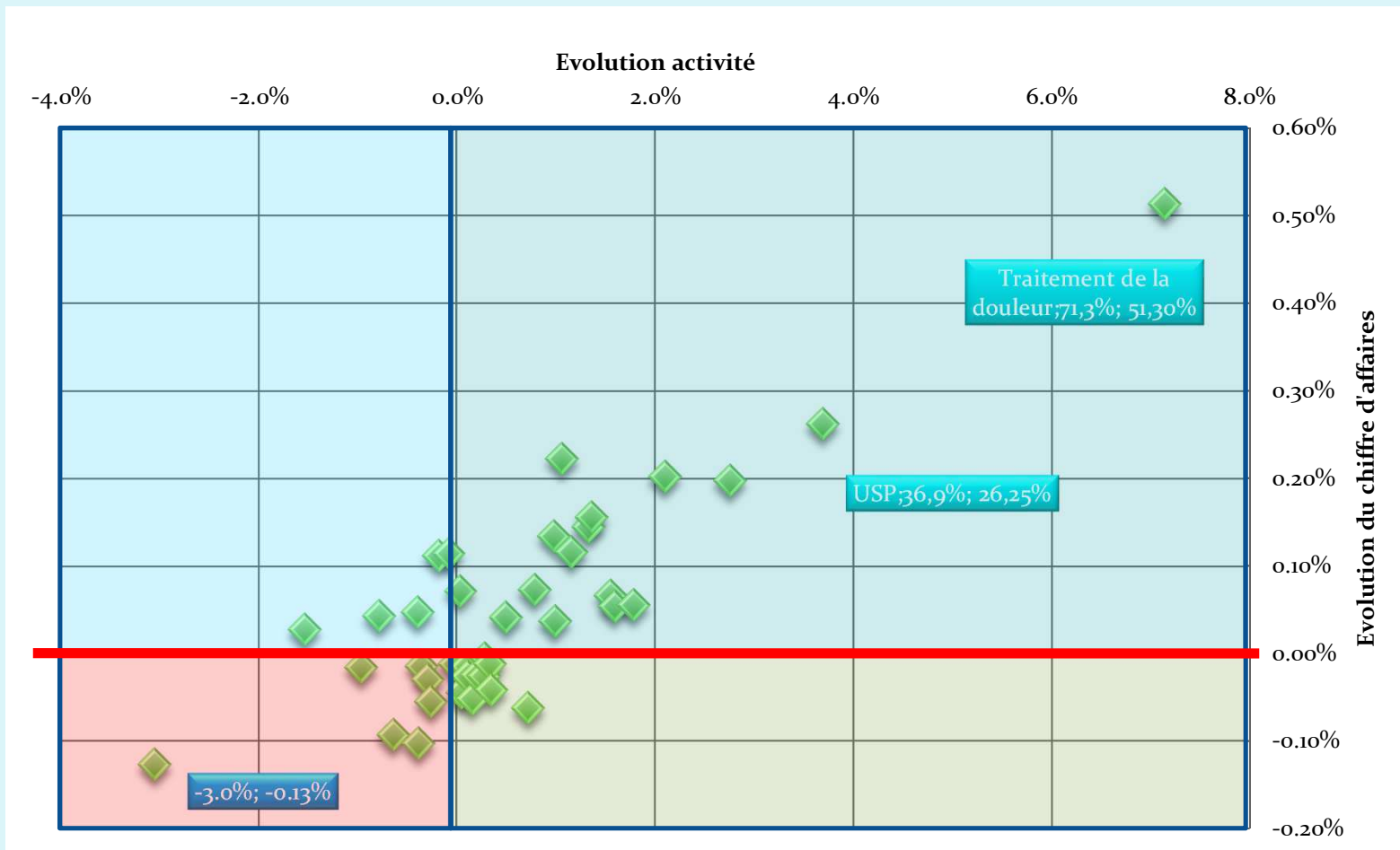
Un pilotage des établissements optimisé



Plus grande participation du corps médical à la gestion des établissements Publics

Evolution de la fonction de contrôle de gestion, du simple suivi budgétaire au pilotage de la performance

Exemple de tableau de bord 1



Exemple de tableau de bord 2

Tableaux de Bord Budgétaire à fin Décembre 2019
Pôle

Recettes		Dépenses	
<p>Versées par l'AM : hausse des recettes de 20 K€ /2018 (+ 0,1%) hors produits à recevoir estimés à 136 K€</p> <ul style="list-style-type: none"> • GHS : - 347 K€ (- 3,4%) /2018 hors produits à recevoir • Activité externe : + 75 K€ (+ 15%) /2018 en Anesthésiologie • MO sur liste : - 33 K€ (- 6%) en Réanimation Chir. et DMI sur liste : + 47 K€ (+ 17,7%) /2018 • Forfait Coordination Hospt. des Prélèvements d'Organes & Tissus : + 59 K€ (+ 12,8%) alloués à la CHPOT • Crédits alloués MIG-AC-FIR : + 196 K€ pour la mise à dispo de médecins au CH de Dole; + 40 K€ (+4,4%) pour la permanence des soins (PDSES); + 12 K€ pour le développement de la greffe. <p>Versées par les tiers : baisse des recettes de 111 K€ (- 11,8%) /2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation : - 122 K€ (- 15%) /2018 dont - 207 K€ (-30,3%) en Réanimation Chir. et + 84 K€ (+67,3%) en USCRC • En externe : + 11 K€ (+ 9%) /2018 <p>Autres recettes : hausse de 9 K€ (+34,3%) sur les retenues et versements sur activité libérale</p>		<p>De personnel : hausse des dépenses de 63 K€ (+ 0,31%) /2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical : + 7 K€ (+ 0,09%) /2018 • Personnel non médical : + 56 K€ (+ 0,45%) /2018 <p>À caractère médical : baisse des dépenses de 516 K€ (- 8,82%) /2018</p> <p>À caractère hôtelier et général : hausse des dépenses de 24 K€ (+ 7%) /2018</p>	
Recettes liées à l'activité	Masse salariale /effectifs	Dépenses à caractère médical	à caractère hôtelier et général
<p>➤ Effet volume : hausse du nombre de RUM + 3,21 %/2018 dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réa Chir : + 66 RUM (+ 9%) • USCRC : - 77 RUM (- 12,6%) • Unité ambulatoire d'anesthésie : + 55 RUM <p>➤ Baisse des recettes GHS de 347 K€ (- 3,4%) /2018 dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réa Chir : - 7 K€ (- 0,1%) → hausse du nombre de RUM, hausse du nombre de journées réalisées (+ 3,6%) et hausse du nombre de journées à suppléments: <ul style="list-style-type: none"> • De Réanimation (+ 45 j, soit + 54 K€) • De Soins intensifs (+ 169 j, soit + 66 K€) • USCRC : - 339 K€ (-23,9%) → baisse du nombre de RUM, baisse des journées réalisées, baisse du nombre de journées à suppléments de SC (- 196 j, soit - 63 K€) et donc baisse du chiffre d'affaires moyen par RUM (- 315€). Baisse de la part des séjours classés en chirurgie (-7,5%). 	<p>Personnel médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausse de l'effectif moyen rémunéré de médecins seniors /2018: + 2,44 ETP en Anesthésiologie - 0,12 ETP en Réa Chir/USCRC • Hausse de l'effectif moyen rémunéré des internes: + 0,35 ETP /2018 <p>Personnel non médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'effectif moyen rémunéré (- 1,56 ETP): + 2,39 ETP en Réa Chir/USCRC + 0,48 ETP en CHPOT - 1,98 ETP en prestations communes du pôle - 2,44 ETP en Anesthésiologie 	<p>✓ Autres produits pharmaceutiques en baisse de 378 K€ (- 10,5%) /2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie : - 164 K€ (- 7,5%) dont - 69 K€ sur les dispositifs médicaux d'abord respiratoire CAMSP (filtre humidif., sonde d'intub.,...) et - 53 K€ sur les autres DM d'abord CAMSP (capteur hémodynamique, circuit de récup.,...) • Réa. Chir. : - 216 K€ (- 16,9%) dont baisse de 65 K€ (-12,6%) sur les spécialités pharma avec AMM; - 45 K€ (-34,7%) sur les autres produits pharma; - 12 K€ (- 13,2%) sur les kits hemofiltre prismaflex; - 28 K€ (-33,2%) sur les dispositifs médicaux d'abord CAMSP (capteurs, sondes à oxygène, kits cathéter) • USCRC : - 3 K€ (- 2,6%) sur le petit matériel à usage multiple et sur les spécialités pharma avec AMM • CHPOT : + 5 K€ sur des dispositifs médicaux CAMSP (pack Cardiohelp, canules) <p>✓ Produits sanguins labiles : + 80 K€ /2018 (+9,8%) dont + 77 K€ sur l'UF A SSPI et + 14 K€ en USCRC</p> <p>✓ Sous traitance, entretien et maintenance: - 101 K€ /2018 (- 14,6%) dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • + 12 K€ sur les locations d'équipements à caractère médical • - 39 K€ sur la sous-traitance des laboratoires EFS • - 53 K€ sur les maintenance de matériel médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier Biomédical Hausse de 19 K€ (+32,4%) /2018 principalement en Anesthésio. • Transport transplantations CHU FAG: Baisse de 15 K€

Exemple de tableau de bord 3



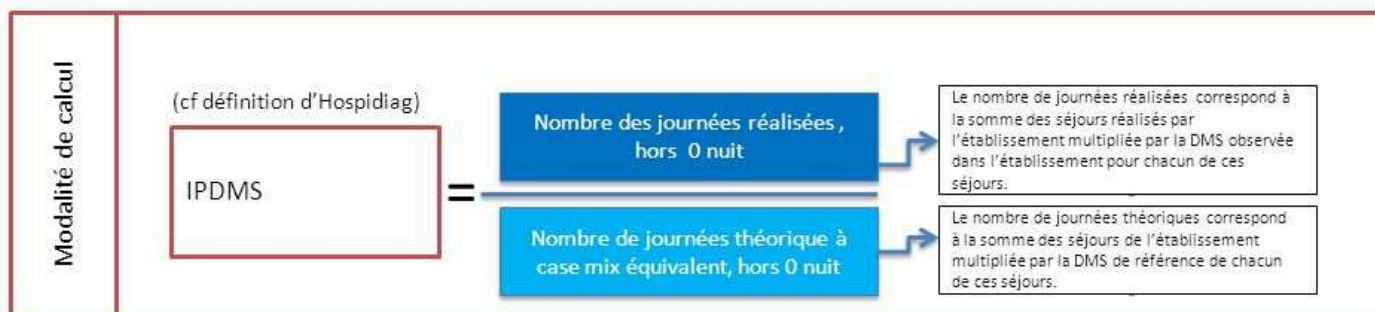
Situation globale – principaux constats

Des enjeux de maîtrise de la durée de séjours

	Etablissement				Typologie 2012	
	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
P1 : IP-DMS médecine	1.117	1.086	1.095	1.068	0.94	1.08
P2 : IP-DMS chirurgie	1.131	1.085	1.063	1.086	0.875	1.055
P3 : IP-DMS obstétrique	1.18	1.125	1.087	1.075	0.928	1.054

* Source Hospidag 2012

- Une amélioration significative de l'IPDMS ces 3 dernières années mais encore éloigné des établissements de même typologie
- L'enjeu est encore d'améliorer l'IP-DMS des trois disciplines pour atteindre les cibles des établissements de même typologie les plus performants.



Règle d'affectation appliquée : le séjour est affecté au service qui a la durée du RUM la plus longue.

Réformer la T2A : dans quel sens ?

Les critiques de la T2A

Les pistes de réforme

Les biais théoriques du financement à l'activité

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

IRDES

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

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

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



DREES

E & R

Engin Yilmaz, Albert
Vuagnat

Juin 2015

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

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

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

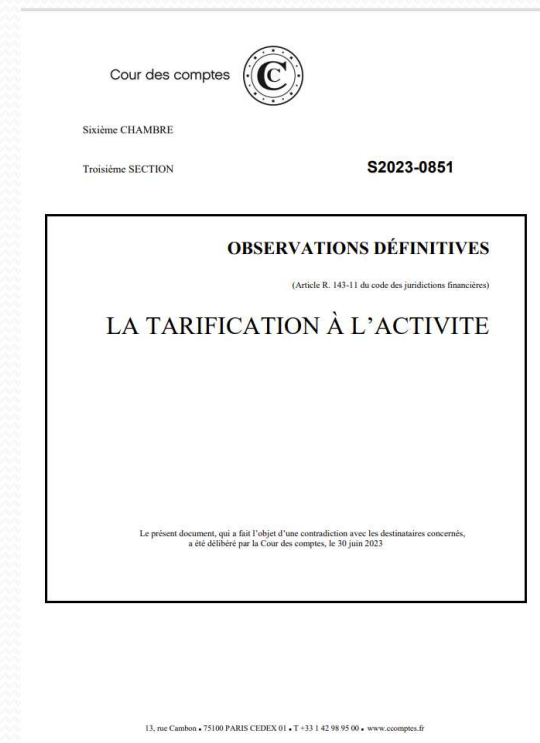
Les critiques pratiques du financement à l'activité

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

Un système de financement difficilement lisible (1)

« La T2A est devenue un monstre relativement ingouvernable, fait de milliers de chiffres et de règles, et également de conventions de calculs et d'approximations, si bien que les résultats sont inéluctablement frappés d'une incertitude non évaluable, et leur compréhension par les acteurs locaux très difficile ».

Frédéric Kletz et Jean-Claude Moisdon, métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier, ISEOR, recherches en sciences de gestion, numéro 106, 2015.



Un système de financement difficilement lisible (2)

- Multiplication excessive des tarifs
- Ecart à la neutralité tarifaire
- Déconnexion coûts /tarifs
- Actualisation des tarifs en fonction de l'ONDAM
- Adoption tardive des tarifs
- Des investissements insuffisamment couverts par les tarifs

Un système de financement difficilement lisible (3)

Tableau n° 10 : Répartition des produits versés par l'assurance maladie pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique par statut de l'établissement de santé en 2019

Type de produits (assurance maladie)	Établissements privés lucratifs	Établissements publics et Espic	dont CHR et CHU	dont CH	dont Espic
Tarification des séjours	81,4 %	64,2 %	59,2 %	67,5 %	69,2 %
Prestations spécifiques*	1,8 %	9,3 %	8,2 %	10,7 %	8,4 %
Médicaments et dispositif médicaux en sus	14,2 %	9,3 %	11,0 %	7,0 %	12,2 %
Forfaits annuels	1,4 %	2,8 %	2,0 %	3,9 %	1,4 %
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation	1,2 %	13,4 %	19,6 %	8,9 %	8,0 %
Hôpitaux de Proximité	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,1 %	0,8 %

Source : Cour des comptes d'après l'état financier des ARS.

* Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique : dont actes et consultations externes



Un système technocratique

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

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

L'instabilité permanente des règles de financement

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

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

L'effet inflationniste

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

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

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

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

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

L'effet inflationniste (2)

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

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

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

La nécessité d'un contrôle externe

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

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

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

Feue la dégressivité tarifaire

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

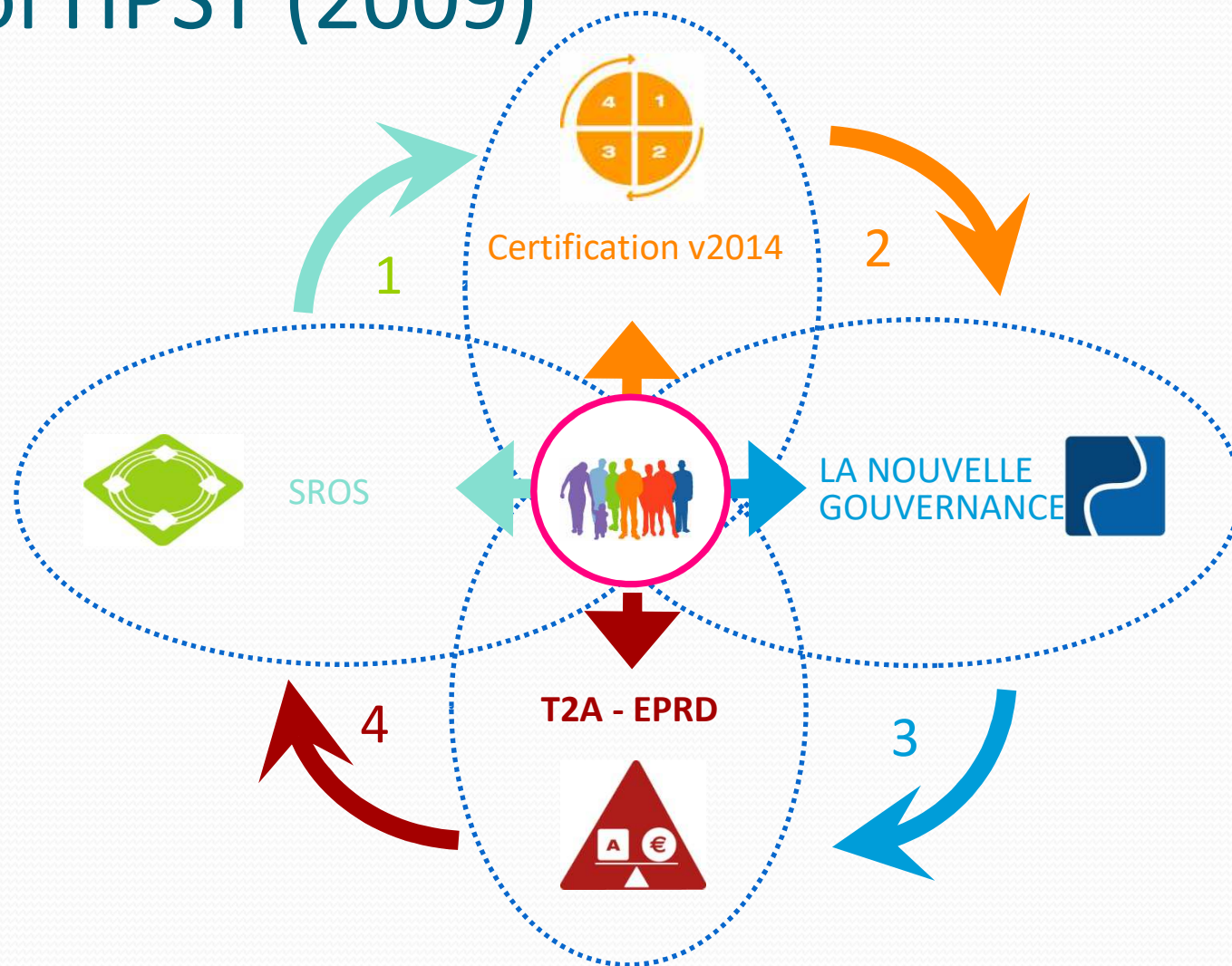
- Minoration des tarifs de 20%
- À partir franchissement seuil d'activité variable
- Pour certains GHS seulement : 5% (par exemple pour la racine 03C14 « Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans ») à 53% (pour la racine 10C13 « Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité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

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

L'inadaptation de la T2A aux réformes récentes



La loi HPST (2009)



Les Groupements Hospitaliers de Territoire (2016)

Une réforme de fond, au long cours...

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

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

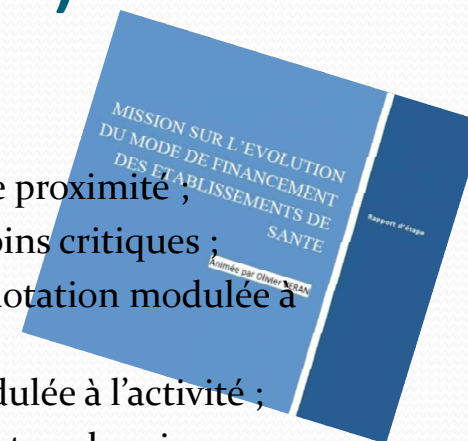
Qu'est-ce qu'un GHT ?

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

Les rapports VERAN (2016-2017)

Propositions

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



« Ma santé 2022 » (2018) et Ségur de la Santé (2020)

9 chantiers + 1 :

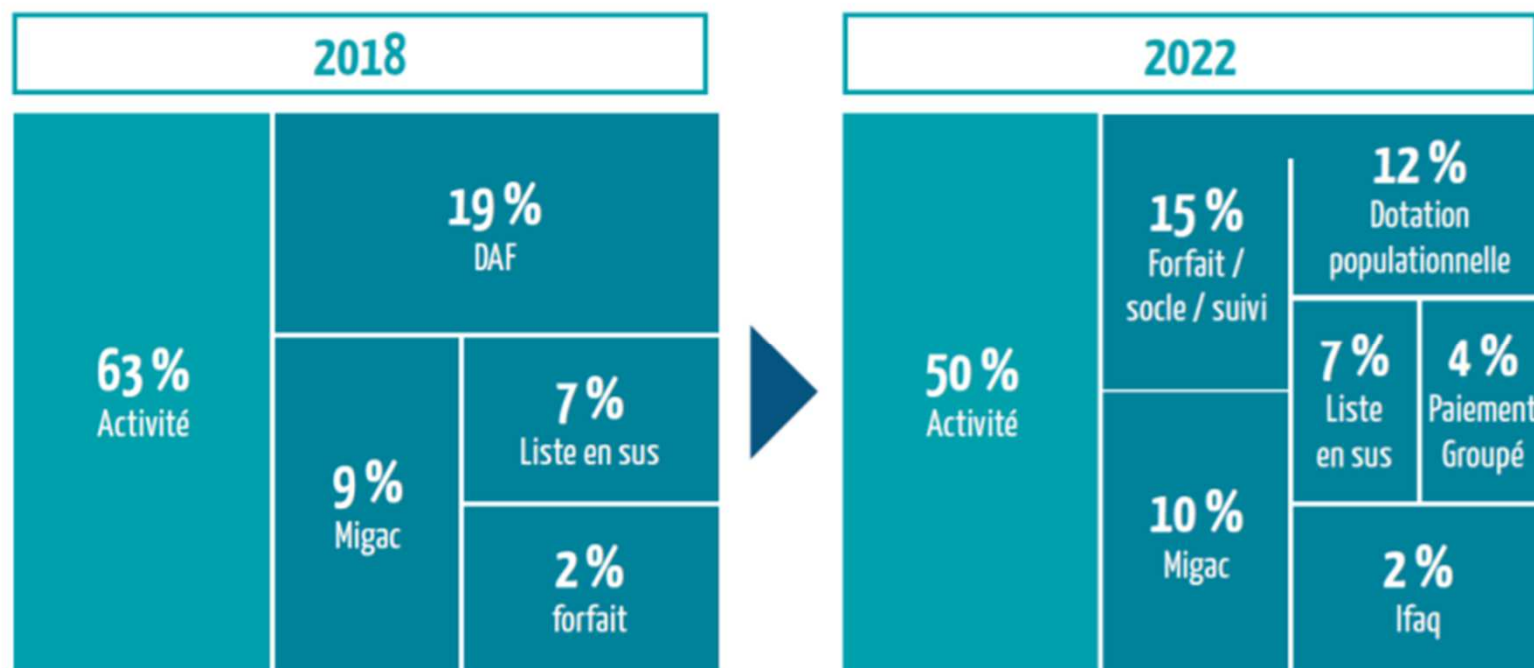
1. STRUCTURATION TERRITORIALE DES SOINS DE PROXIMITÉ
2. RÉGULATION ET SOINS NON PROGRAMMÉS
3. GHT / GRADATION DES SOINS
4. QUALITÉ ET PERTINENCE
5. RÉFORME DU FINANCEMENT
6. NUMÉRIQUE
7. ADAPTATION DES FORMATIONS AUX ENJEUX DE SANTÉ
8. RENFORCEMENT ET RECONNAISSANCE DES FONCTIONS MANAGÉRIALES À L'HÔPITAL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

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

Le rapport de la Mission AUBERT (2019)

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

Le rapport de la Mission AUBERT (2019)



Les principes communs (1)...



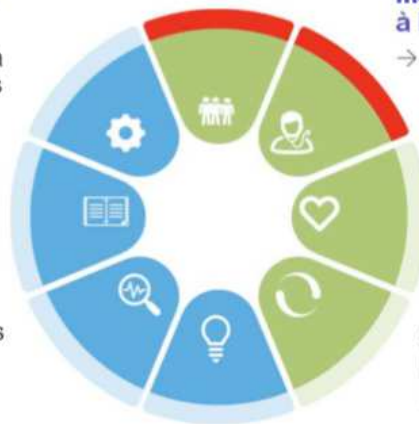
La mise en place de modèles de financement combinés dans un cadre sécurisé

Introduction de dotations calibrées sur des critères populationnels

- Mieux prendre en compte les besoins de la population et réduire les inégalités entre les territoires

Financement des activités d'expertise ou de recours

- Prendre en compte les besoins spécifiques de ces activités



Maintien d'une part conséquente de financement à l'activité

- Soutenir les dynamiques de développement d'activité et la réactivité des acteurs de soins

Prise en compte de la qualité dans tous les modèles

- Inciter à la qualité et à la pertinence des prises en charge

Soutien des transformations attendues de l'offre

- Encourager l'évolution des modalités de prises en charge en accord avec les politiques prioritaires de santé publique



Jes mécanismes de garantie de recettes / transition vers les nouveaux modèles pour sécuriser les établissements dans un contexte difficile : Aucun effet revenu négatif imputable aux réformes en 2021 et 2022, un accompagnement de la mise en place des modèles jusqu'en 2025

Les principes communs (2)



Un renforcement du rôle de l'échelon régional dans l'allocation des ressources

Une part importante de l'allocation des ressources se fera désormais au niveau régional

- Dotations populationnelles allouées au niveau régional ; rôle des ARS de répartir ensuite ces dotations entre les établissements de la région
- Rôle essentiel également du niveau régional dans l'identification et le financement des activités spécifiques ou de recours
- Un levier important pour appuyer les politiques régionales de structuration de l'offre de soins

Un enjeu d'appropriation des réformes et d'outillage de l'échelon régional

- Mise en place de gouvernances locales dédiées (comités régionaux de concertation)
- Outillage de l'échelon régional pour définir les critères d'allocation des dotations issues des dotations populationnelles
- Enjeu d'appropriation par les établissements et de pédagogie dans un calendrier très contraint



⁶
**Rôle des Comités
d'Allocation des
Ressources ?**

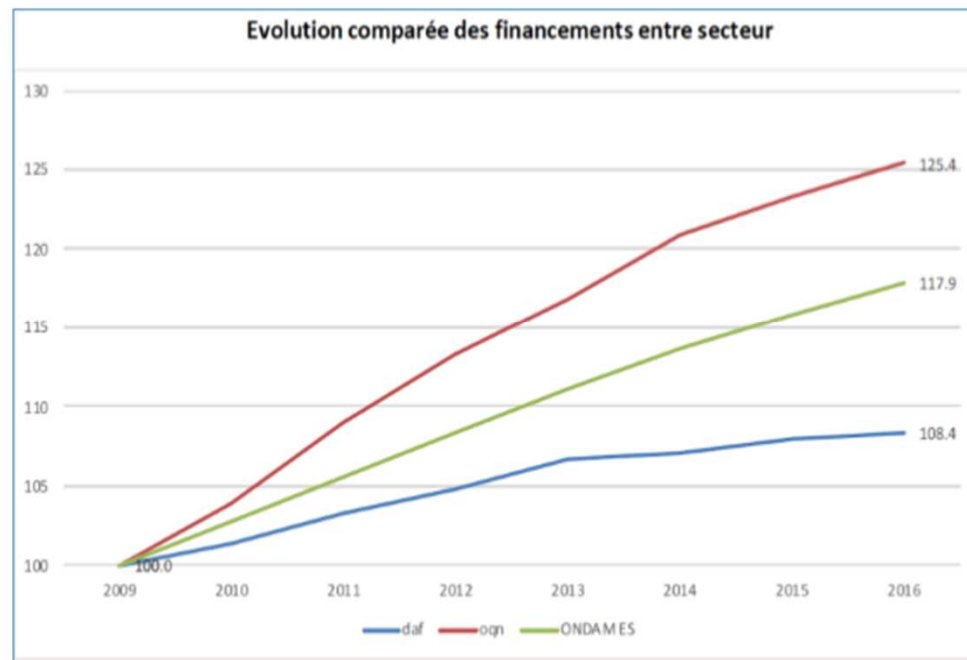
Les dotations populationnelles

Exemple de critères de répartition entre régions pour la psychiatrie

	Critères	Scénario 1
Les mineurs sont survalorisés à hauteur d'un coefficient de 2,35	Population avec survalorisation mineurs	80%
	Pauvreté	9%
	Isolement (taille des ménages)	1%
Médecins généralistes + psychiatries (libéraux <u>et</u> salariés en ES)	Densité médicale	5%
	Nb de places en MS	5%

Financement de la psychiatrie

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



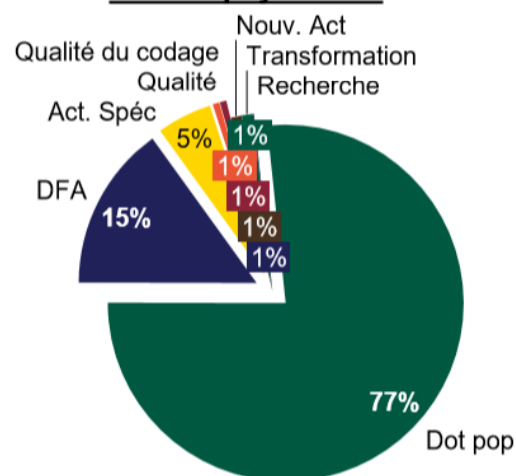
Région	DAF et OQN par habitant	Nb de psy libéraux pour 10000 hbs
Auvergne Rhone Alpes	113.26	1.93
Bourgogne Franche Comté	115.06	1.56
Bretagne	123.53	1.62
Centre Val de loire	98.80	1.32
Corse	130.88	1.60
Grand est	106.82	1.49
Hauts de France	114.72	1.42
Ile de France	115.80	2.92
Normandie	110.80	1.41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

PSYCHIATRIE : le modèle

Objectifs

- ▶ Constituer un support au déploiement d'une politique de santé mentale territorialisée, en cohérence avec la feuille de route ministérielle et les travaux de la Commission nationale de Psychiatrie
- ▶ Réduire les inégalités entre territoires et unifier les modalités de financement entre secteurs
- ▶ Soutenir les efforts d'innovation de prise en charge, de recherche, de qualité et de transformation des établissements

Modèle psychiatrie



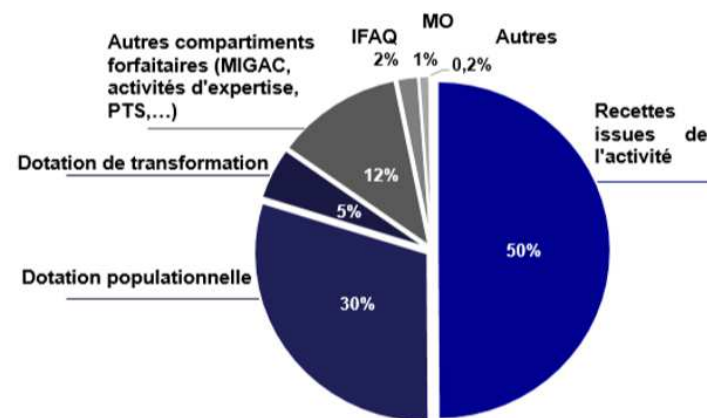
- ▶ **Une dotation populationnelle** pour reconnaître la responsabilité territoriale des établissements et corriger les inégalités régionales
- ▶ **Une dotation à la file active** pour valoriser l'activité des établissements
- ▶ **La reconnaissance d'activités spécifiques avec des financements dédiés**
- ▶ **L'intégration au dispositif IFAQ pour le financement à la qualité**
- ▶ **Des compartiments dédiés pour soutenir la transformation, la recherche, les nouvelles activités**

Financement du SSR

Réforme suspendue par la LFSS 2018, repoussée à 2022

Le modèle cible vise à financer les établissements SSR sur la **base des caractéristiques des patients qu'ils prennent en charge, des territoires qu'ils servent et sur la base d'objectifs de santé publique**, plutôt que sur la base de l'offre et des caractéristiques des structures existantes.

- | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dotations pilotées au niveau régional | <p>Allouer une partie des financements sur la base des déterminants des besoins de la population en SSR</p> <ul style="list-style-type: none">○ Dot pop : Assurer le rééquilibrage à destination des régions les moins dotées / équipées○ Dot transfo : allouer les financements sur la base d'objectifs de prise en charge en SSR par pathologie et/ou d'objectifs de santé publique |
| Recettes issues de l'activité | <p>Financer en partie l'activité au fil de l'eau, avec une meilleure prise en compte de la réalité des prises en charge</p> |
| Autres compartiments forfaitaires (PTS / MIG) | <p>Stabiliser le financement des équipements coûteux (PTS) et financer les activités d'expertise qui ont vocation à être portées par un nombre limitées d'ES et qui ne peuvent être correctement décrites par les outils de description de l'activité</p> |



*pourcentages donnés à titre indicatif

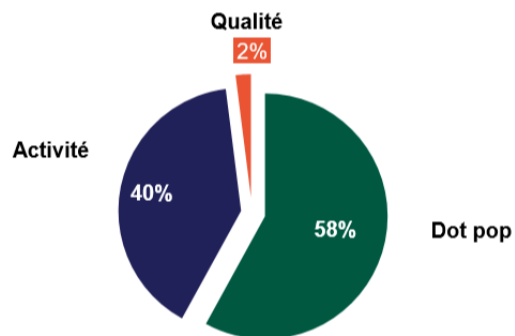
Financement des SU et SMUR

URGENCES : le modèle

Objectifs

- ▶ Mieux articuler Urgences et Soins non programmés de ville sans déséquilibrer le financement des structures hospitalières
- ▶ Mieux reconnaître l'intensité de prise en charge dans la valorisation de l'activité
- ▶ Mesurer la qualité des prises en charge dans les structures d'urgence

Modèle urgences

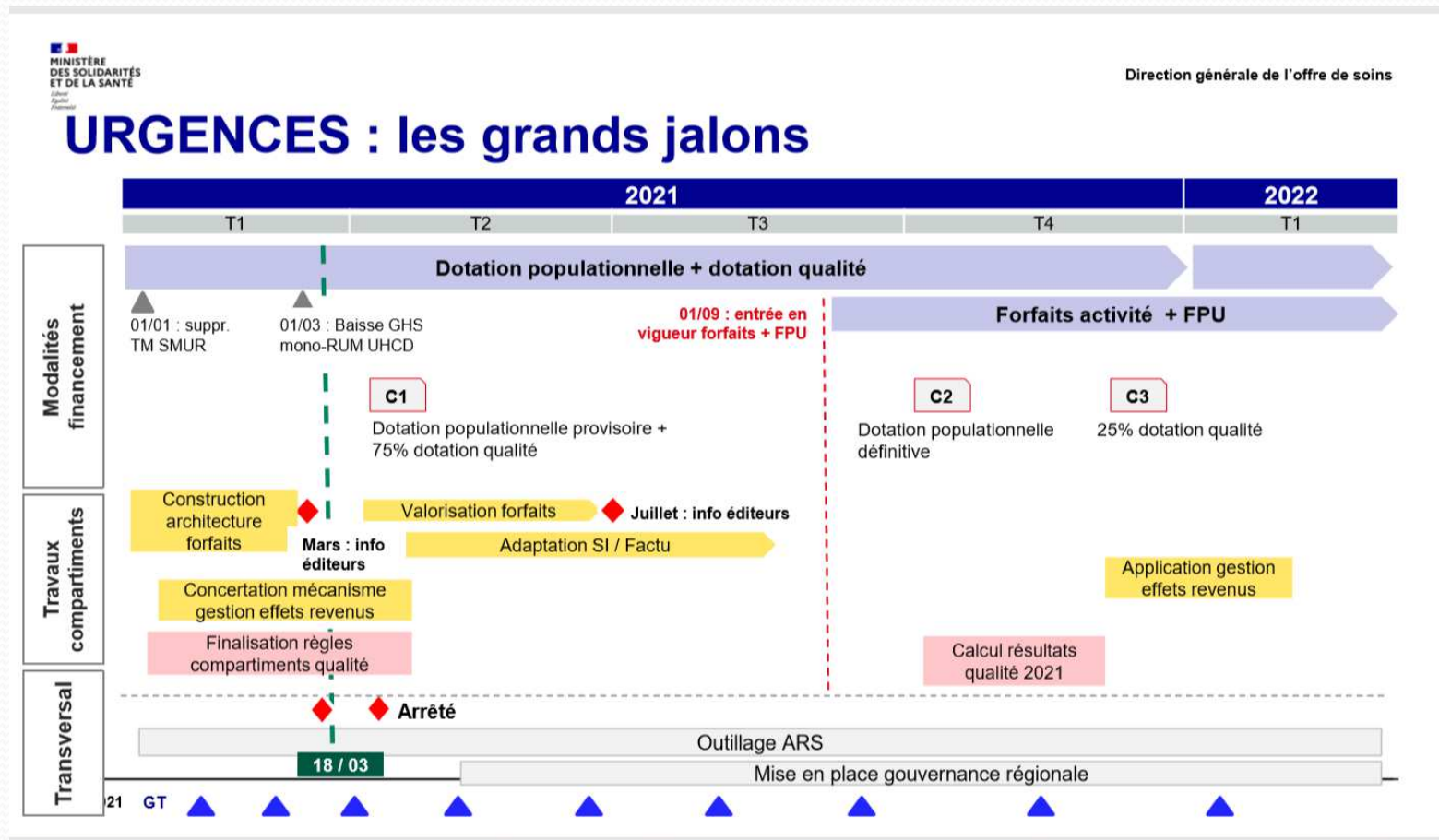


Dotations populationnelles attribuées sur critères régionaux pour SU et SMUR

Des forfaits liés à l'intensité des prises en charge et intégrant les honoraires des praticiens

Dotations qualité allouées annuellement sur la base d'indicateurs spécifiques urgences

Financement des SU et SMUR



Financement des MC et des épisodes de soins

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

2 arrêtés expérimentaux parus en juillet 2019 :

- épisode de soins chirurgicaux colectomie pour cancer
- épisode de soins chirurgicaux PTH PTG

Actualisation de l'arrêté MRC 25 et 27 septembre 2019

Liste en sus

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

Le Président s'en mêle !

« Enfin, pour que l'hôpital soit remis à l'échelle humaine, nous changerons pour tous les établissements publics comme privés, le financement. En effet, les besoins de santé évoluent et personne ne peut plus supporter que des établissements se fassent une concurrence nuisible. **On le sait bien et beaucoup des débats sont crispés autour de cette fameuse tarification à l'activité.** »

Discours du PR, Evry, 6 janvier 2023

« Je ne vais pas vous dire, on va sortir progressivement de la T2A. Il se trouve que ça, je l'ai déjà dit en novembre 2018, donc j'ai le sens à la fois du ridicule et de l'esprit de responsabilité. Quand des systèmes se sont installés et qu'on dit on va les changer progressivement, ça ne marche pas. Il faut qu'on procède différemment. **On doit sortir de la tarification à l'activité dès le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale**, pour aller vers un nouveau financement qu'on doit rebâtir sur la base d'un travail en profondeur et d'une concertation qui repose sur une **rémunération basée sur des objectifs de santé publique.** »

Discours du PR, Evry, 6 janvier 2023



Un financement sur des objectifs de santé publique

Dernier rapport IGAS-IGF 2023 non rendu public, 3 compartiments :

- un **financement à l'activité**, avec une "échelle tarifaire revue »
- des **dotations sur objectifs de santé publique** : prévention, qualité, pertinence des prises en charge
- des **dotations sur missions spécifiques** : MERRI, recours-expertise, AC, forfait, dotations populationnelles (urgences), dotation socle soins critiques, dotation soins non programmables

L'article 23 du PLFSS pour 2024

- **Les activités standard** demeurent financées à l'activité. Les règles de la T2A les concernant sont à maturité. Il s'agit des activités de chirurgie ou médecine qui se réalisent dans des conditions quasi-systématiquement comparables.
- **Les activités répondant à des objectifs de santé publique** se verront nouvellement financées par des dotations spécifiques. Il s'agit ici de reconnaître les missions de santé publique comme des missions à part entière des établissements de santé, en renforçant la prise en compte de la qualité et la pertinence, des organisations de soins fondées sur la coopération, la coordination des parcours de soins et la prévention.
- **Les activités de soins aigus, spécifiques, se verront nouvellement financées par un financement mixte** alliant tarification à l'activité et dotation identifiées par activités. L'objectif est de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire afin de garantir l'accès aux soins pour ces activités partout sur le territoire et indépendamment du niveau d'activité réalisé. C'est le cas par exemple des missions d'intérêt général telles que les urgences ou les soins critiques.

Par ailleurs, le financement des activités non programmables, qui est une préoccupation constante des acteurs de terrain, doit également pouvoir faire l'objet d'une valorisation spécifique.

L'article 23 du PLFSS pour 2024

Financement à l'activité	Dotation relative à des objectifs de santé publique	Dotation relative à des missions spécifiques
<p><i>Tarifs</i></p> <p>Financement au séjour, à la séance ou à la consultation</p>	<p><i>Dotation annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Prévention- Qualité et pertinence de soins- Coordination des parcours de soins- Objectifs nationaux ou régionaux de santé publique (exemples : santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques).	<p><i>Dotation annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation- Activités de recours et d'expertise- Prise en charge de certaines maladies chroniques- Dotation forfaitaires complémentaires au financement par les activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés.

Financement à la qualité

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 30 août 2023 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé

NOR : SPRH2322263A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-23-15 et R. 162-36 à R. 162-36-4 ;

Vu le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2022-1775 du 31 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement des établissements de santé ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 29 juin 2023 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 2 août 2023 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 2 août 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - L'arrêté du 31 décembre 2022 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé est abrogé.

Dispositif mis en place en 2016 (cf. article 51 de la LFSS pour 2015), étendu et augmenté régulièrement : 50 M€ en 2018, 700 M€ depuis 2022

Résultat 50%

- Seuil minimal par groupe de comparaison
- 70% des ES rémunérés
- Valeur cible

Evolution 50%

- Seuil : résultat >0
- Rémunération si évolution stable ou positive

[Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0203 du 02/09/2023 \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045030000)

IFAQ 2023

- Qualité des prises en charge perçues par les patients (i-satis)
- Qualité des prises en charge cliniques
 - Évaluation et PEC de la douleur
 - Evaluation et traçabilité du risque d'escarres
- Qualité de la coordination des PEC
 - Alimentation DMP
 - Usage MSS
 - QLS
- Démarche de certification par la



Financement à la qualité : perspectives

Nouvelle lettre de mission IGAS pour propositions à mettre en œuvre en 2024

- Evolution vers la pertinence
- AAP portés par les ARS sur la base d'un cahier des charges national pour identifier sites pilotes en 2024
- Pistes
 - PREMs (*patient-reported experience measures*)
 - PROMs (*patient-reported outcome measures*)
 - Concept des soins de santé basés sur la valeur (*value-based healthcare*)
 - RSE ?

Une œuvre ouverte...

	2023	2024		2025		2026	
	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2
Modèle général	création des compartiments en LFSS	évolution bases ARS + nomenclature comptable		Mise en place des compartiments- santé publique - et missions spécifiques			
Financements mixtes : socles + activité	Travaux modèle réanimation	application à blanc réa		application pour la réanimation			
		Travaux modèle soins intensifs		application soins intensifs			
Soins non programmables	Finalisation modèle	Concertation et application à blanc		application dotation soins non programmables			
Objectifs santé publique	Conception modèle de financement sur obj. de santé pub.			Mise en place sur qqes territoires		Généralisation	
	Evolution du modèle IFAQ			application nouveau modèle financement qualité/pertinence			
Application des tarifs au 1 ^{er} janvier	Travaux pour avancer le calendrier de calcul des tarifs			Nouvelle procédure de calcul des tarifs pour 2026		Tarif T2A et TNJ au 1 ^{er} janvier	
HAD Radiothérapie Dialyse Soins palliatifs	Conception / concertation nouveaux modèles			Application progressive HAD			
				Application progressive Radioth. / Dialyse/Soins pal			
	Prolongation du dispositif de sortie de GF						

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

Umberto ECO, l'Œuvre ouverte, 1962

Merci pour votre attention

Emmanuel LUIGI

Directeur Général Adjoint du Centre Hospitalier Universitaire
de Besançon

dga@chu-besancon.fr

Les réformes hospitalières depuis 40 ans (1)

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

Les réformes hospitalières depuis 40 ans (2)

- **CREATION DE L'OQN (Objectif Quantifié National) EN 1993**
 - Volonté de **réguler les dépenses** hospitalières du secteur lucratif (cliniques privées)
 - Le principe est celui d'une enveloppe fermée, régulée par un **mécanisme de type « prix / volume »** (si les volumes générés tendent à faire dépasser l'objectif global de dépenses, l'État révisé les prix de journée et de forfaits à la baisse).
- **ORDONNANCE DU 24 AVRIL 1996 (PLAN JUPPÉ)**
 - Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (**ARH**)
 - Création de l'**ONDAM** fixé par la LFSS
 - Poursuite de la généralisation du **PMSI**
 - Mise en place de la procédure d'Accréditation

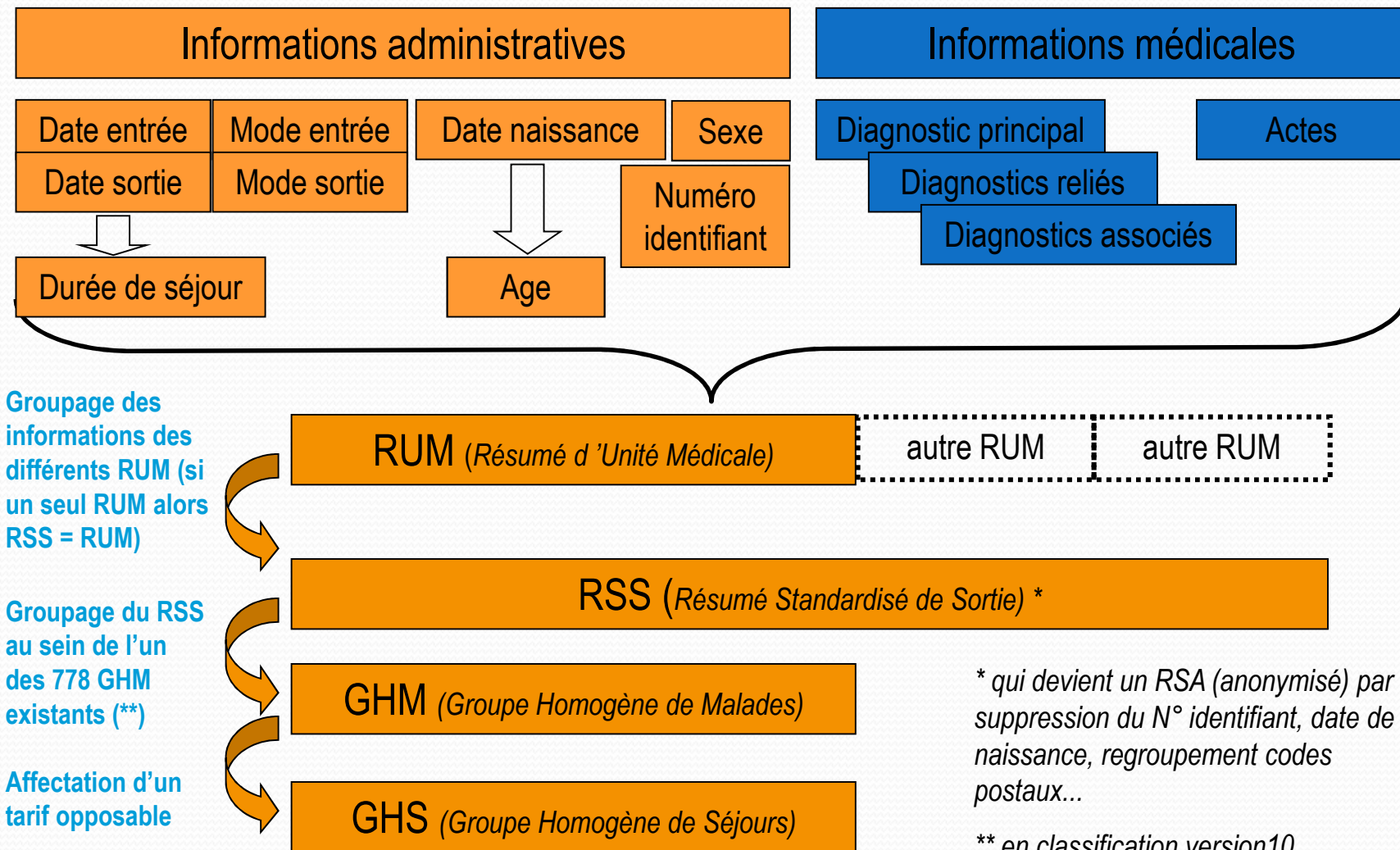
Une accélération des réformes début 2000

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

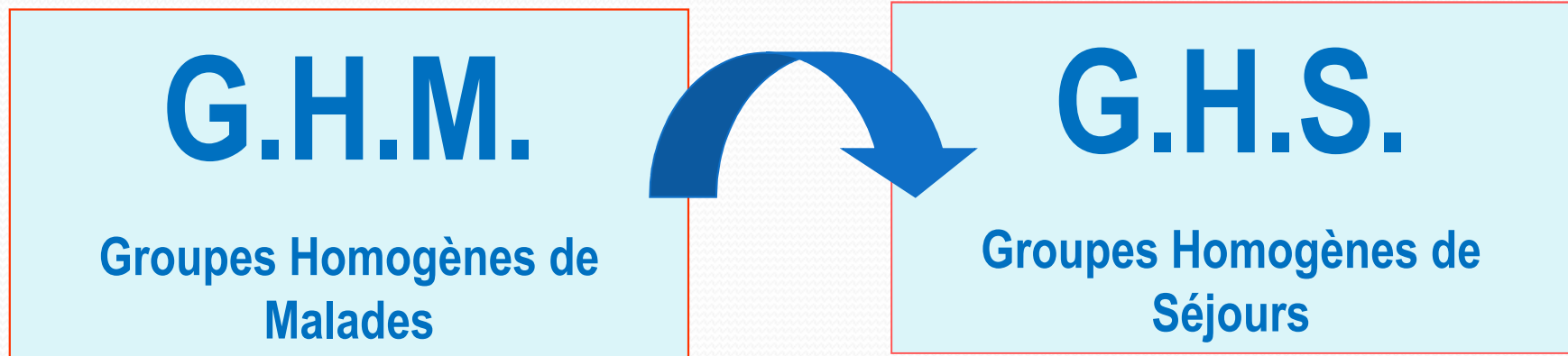
- > La loi du **2 janvier 2002** : réorganisation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
- > La loi du **4 mars 2002** : reconnaissance des droits du malade et mise en place d'un nouveau système d'indemnisation de l'accident médical
- > L'ordonnance du **4 septembre 2003** : modification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

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

Construction des GHM et GHS



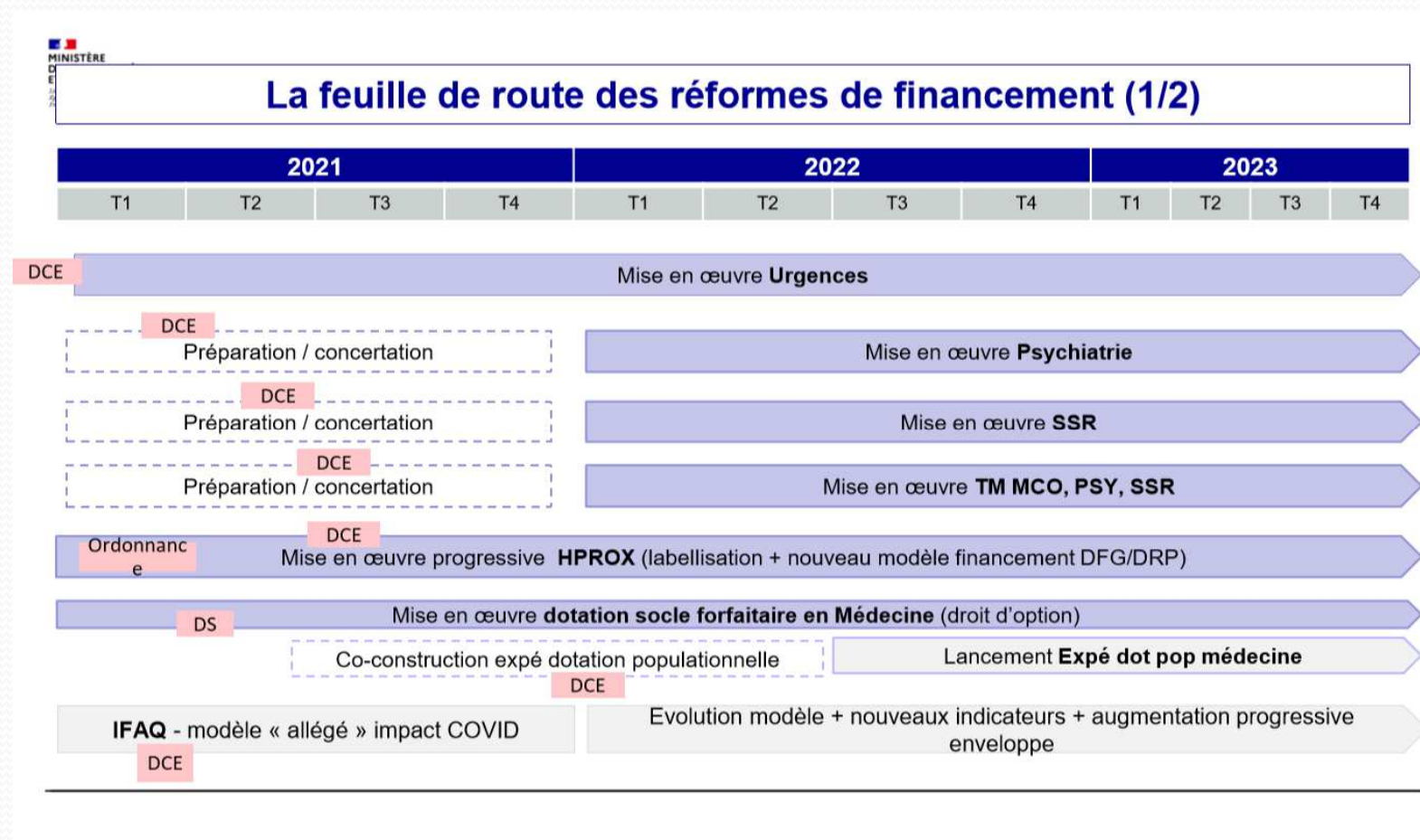
Le paiement au tarif par séjour : les GHS



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

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

Une œuvre ouverte (1)...



Une œuvre ouverte (2)...

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

La feuille de route des réformes de financement (2/2)

