

Impact financier de la T2A sur les établissements ; actualités du CORETAH

Journée des DIM d'Alsace

**4 novembre 2014
Strasbourg**

**Yves GAUBERT – Responsable pôle Finances-BDHF
Fédération Hospitalière de France**

Combien coûte le système?

➤ **La consommation de soins et de biens médicaux en 2012 : 183 Md €**

➤ **9% du PIB**

➤ **2 806 euros par habitant**

(la CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires(médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements).

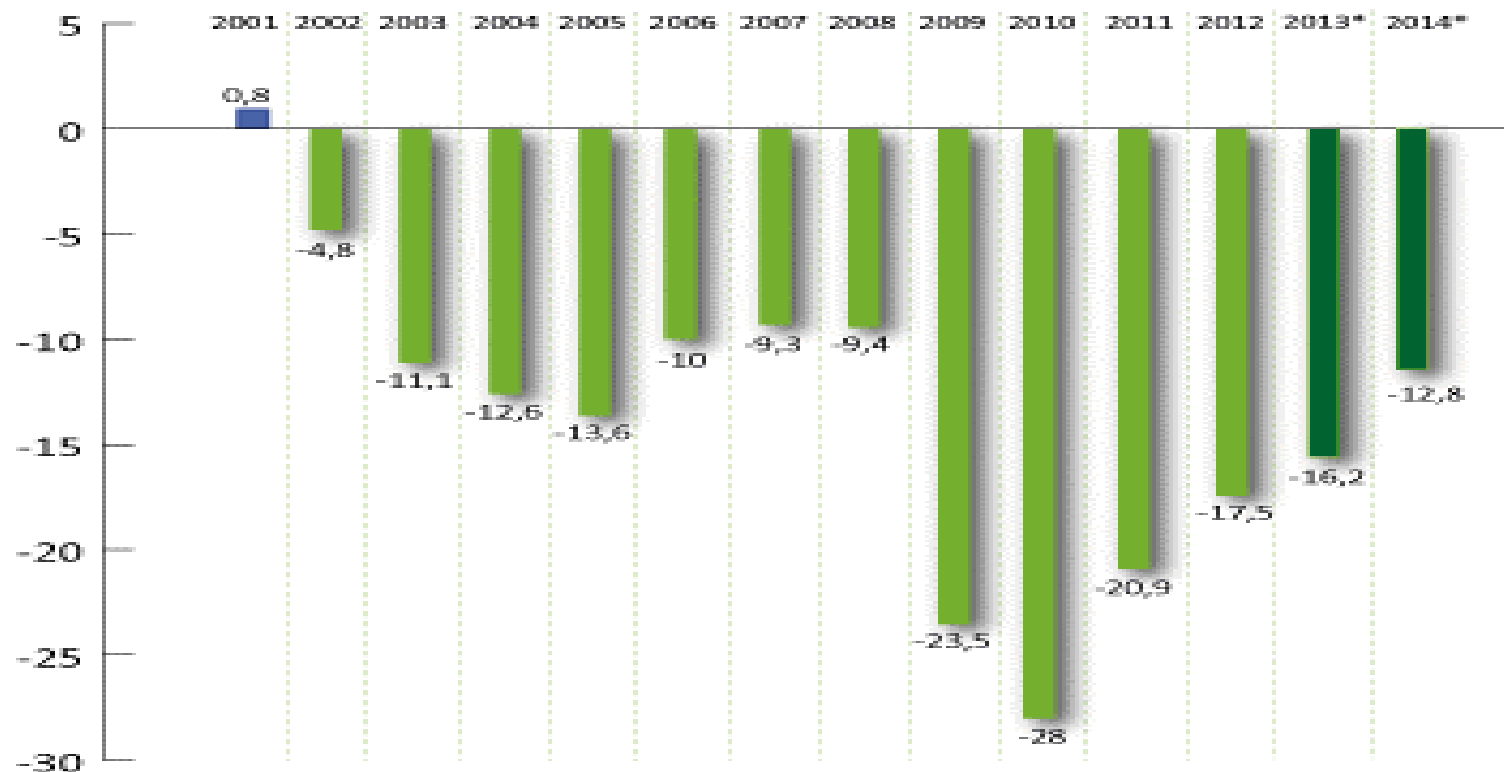
➤ **ONDAM 2014 : 179,2 Md €**

(l'ONDAM couvre la part des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie, il ne tient pas compte de la prise en charge par les assurances ni du reste à charge).

- soins de ville : 81,2 Md€
- établissements de santé publics et privés :75,5 Md€
- médico-social : 17,6 Md€
- autres : 4,9 Md€

Evolution du déficit de la sécurité sociale (en milliards d'euros courants)

Déficit de la Sécurité sociale
en milliards d'euros, régime général et Fonds de solidarité vieillesse



* Prévisions

Le financement de l'hôpital

- Total ONDAM hospitalier 2013 : **75,5 Md€**

+2,4 % par rapport à 2013

Evolution tendanciel des charges : 3,5%

Activité :

- MCO : 48Md€

- SSR et Psy : 2,7Md€

✓ **Total financement à l'activité : 49,3Md€**

Dotations :

- MIGAC 8,5Md€ + DAF (dont USLD) 15 Md€ + FMESPP 0,3 Md€

✓ **Total financement par dotations : 24 Md€**

La tarification à l'activité

Finalités et enjeux de la réforme

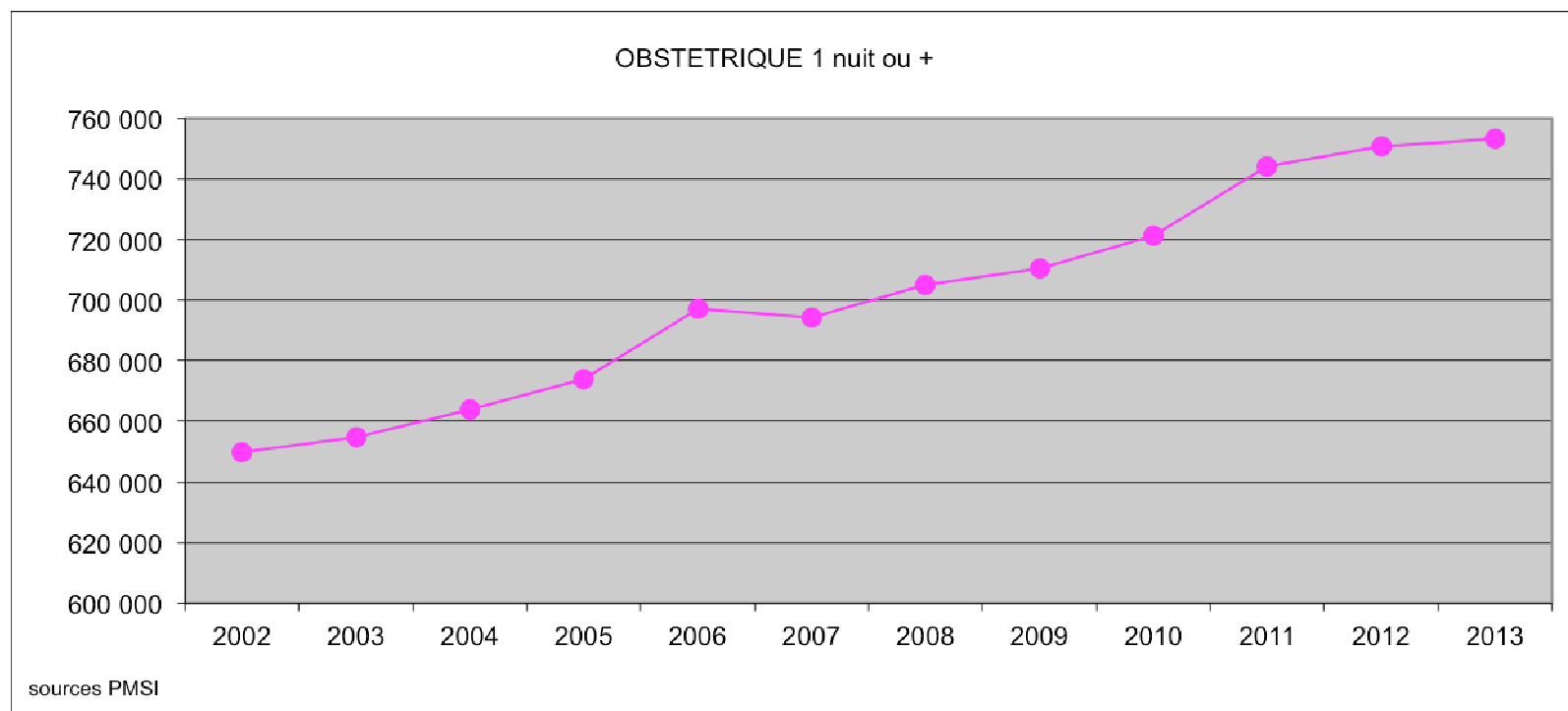
LES BENEFICES AFFICHES PAR LES POUVOIRS PUBLICS EN 2004

- Une plus grande **médicalisation du financement**
- Une **responsabilisation des acteurs**
- Une **équité de traitement** entre les établissements
- Le **développement des outils de pilotage** (contrôle de gestion, comptabilité analytique, tableaux de bord...)

Quel bilan des 10 années de T2A ?

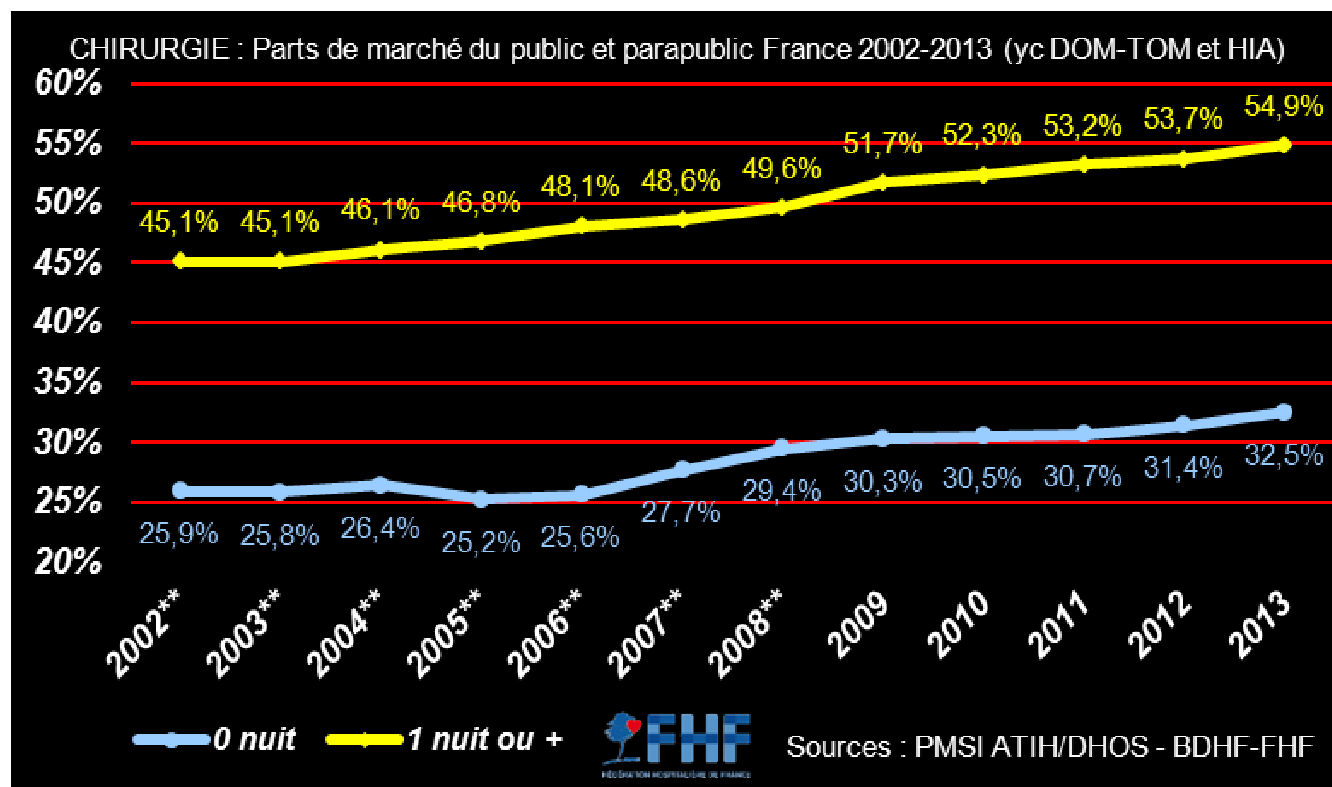
1. La T2A un moteur du développement de l'activité hospitalière publique

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CHIRURGIE 1 nuit ou +	1 787 731	1 768 914	1 786 254	1 798 305	1 823 104	1 822 093	1 824 670	1 857 692	1 847 545	1 882 895	1 905 834	1 889 529
OBSTETRIQUE 1 nuit ou +	649 831	654 656	663 857	673 841	697 190	694 328	704 930	710 337	721 301	744 035	750 785	753 237



Evolution des parts de marché

Exemple de la chirurgie

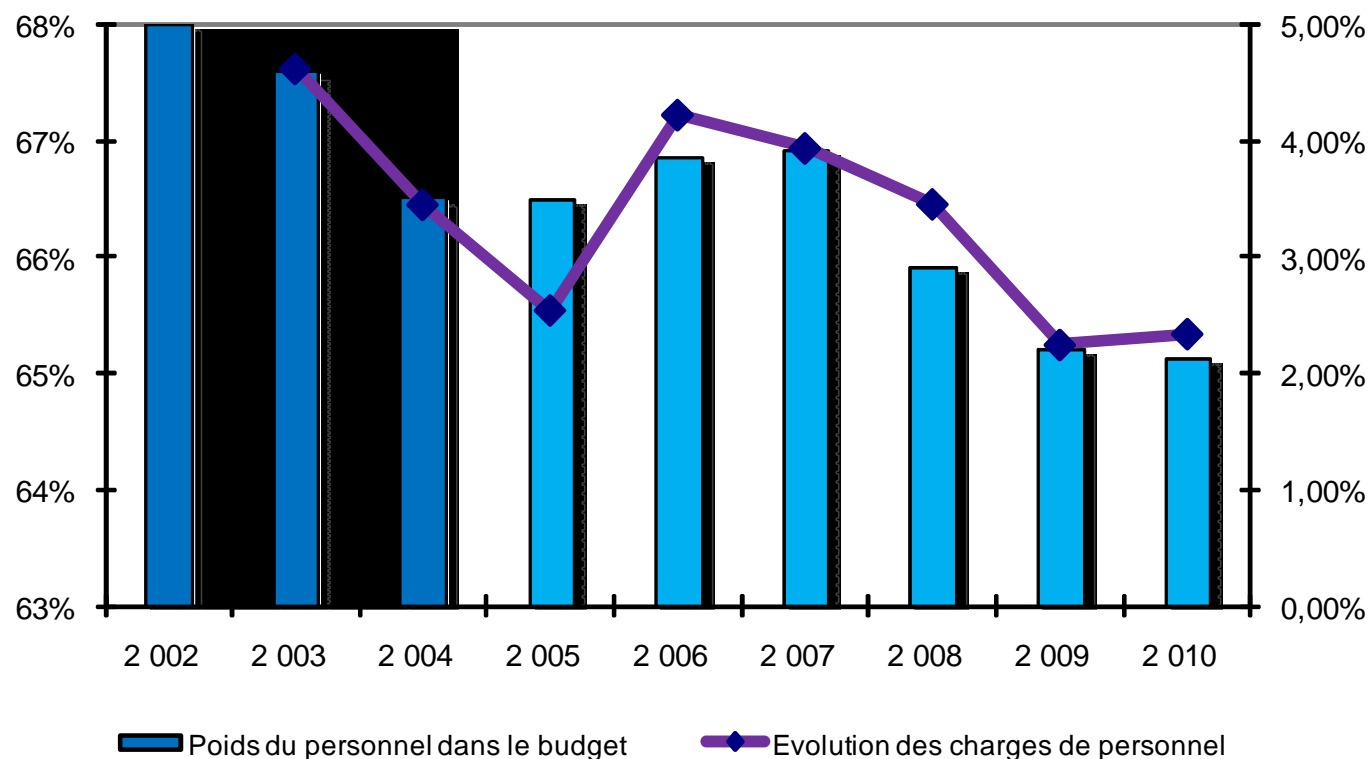


En médecine, le secteur public approche le monopole, sa part continue d'augmenter chaque année. En médecine ambulatoire, le public progresse également et représente près des 2/3 du marché.

En obstétrique, la situation tend également vers le monopole, que ce soit en hospitalisation complète (75,3%) ou en hospitalisation de jour (82%) en 2013.

2. Une augmentation significative de la « productivité »

Poids relatif et évolution des dépenses



Source : DGFIP

Evolution des dépenses du personnel au sein de la structure de coûts

2. Une augmentation significative de la « productivité »

Volume d'activité en n. de séjours MCO		
2007	2011	Evolution
10 455 858	11 212 214	7,23%

ETP Sages-femmes et PNM		
2007	2011	Evolution
638 555	647 461	1,39%

ETP Personnel Médical		
2007	2011	Evolution
55 070	59 312	7,70%

Données des CHU et CH cumulées. Les sources utilisées sont :

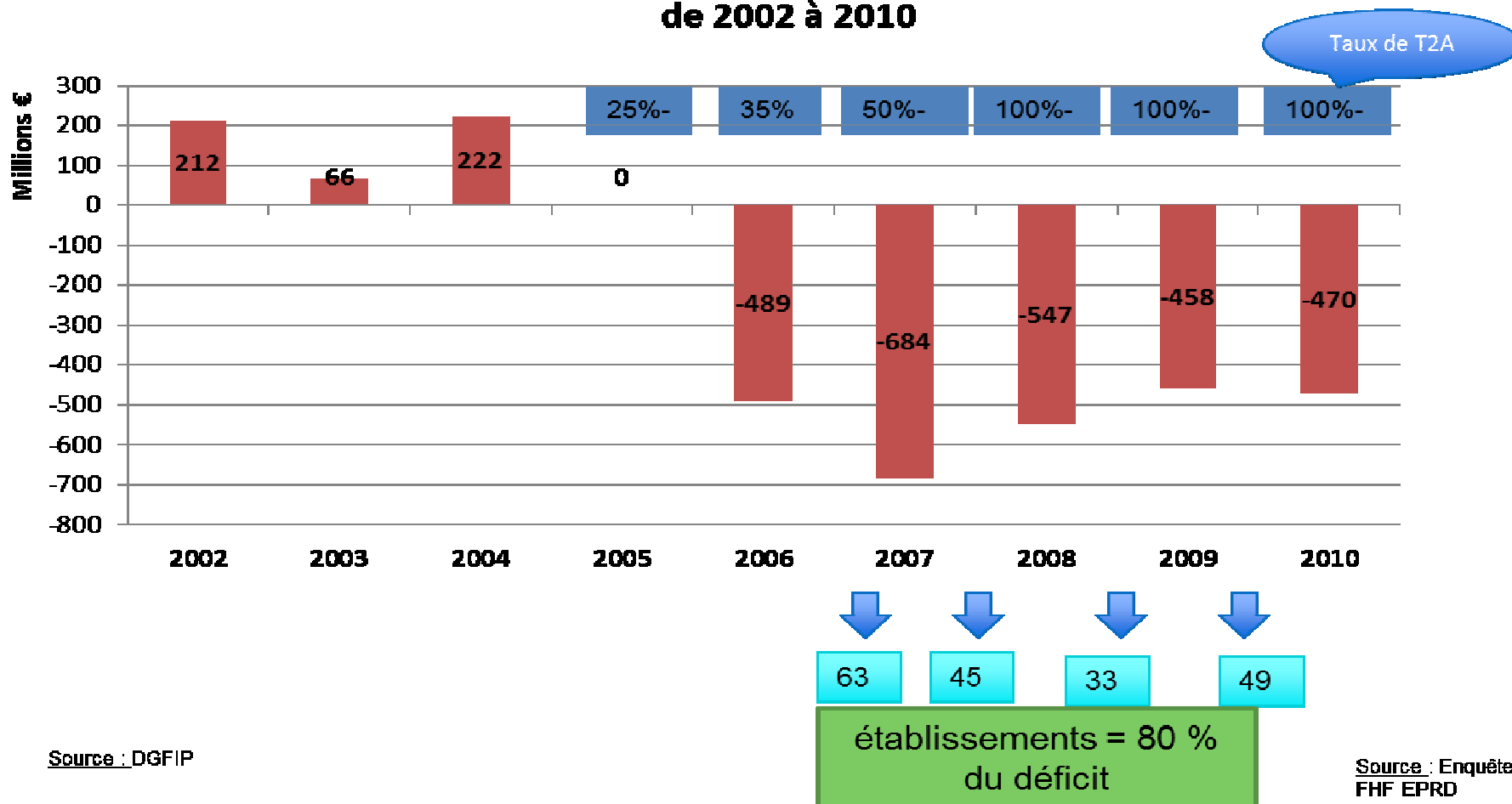
-Pour les ETP : DREES SAE, données administratives. Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte et hors établissements sociaux, médico-sociaux et de formation. Traitements : BDHF-FHF

-Pour les données d'activité : Bases PMSI-ATIH Traitement : BFHF-FHF

3. La T2A a-t-elle mis l'hôpital public en déficit?

...À nuancer par des transferts de charges vers les usagers, les complémentaires et sans doute le développement d'activités subsidiaires.

**Résultats nets comptables des hôpitaux publics
de 2002 à 2010**



3. La T2A a-t-elle mis l'hôpital public en déficit?

- La T2A a été mise en œuvre dans un ONDAM contraint sur la période 2005-2012

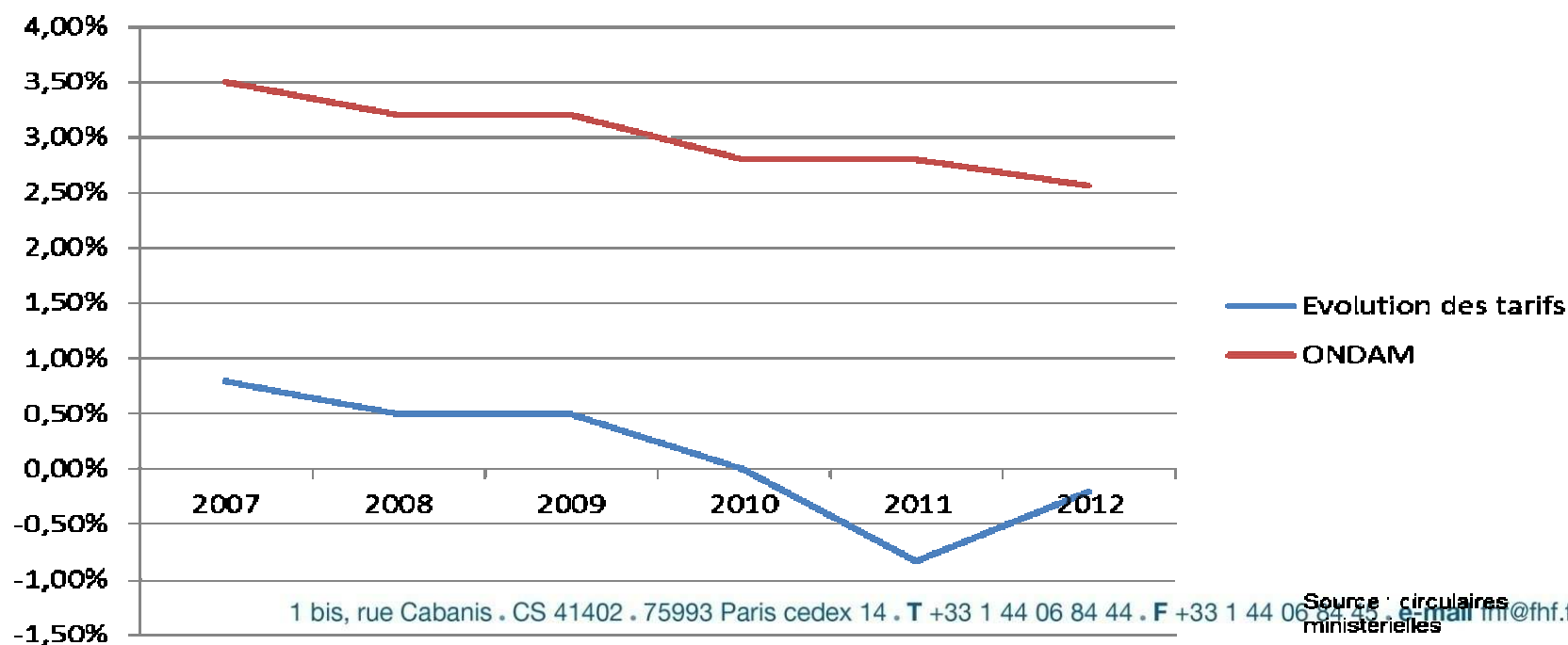
	Economies imposées annuellement aux Etablissements de santé	Evolution de l'ONDAM
2005	150 M €	
2006	560 M €	
2007	233 M €	3,50%
2008	397 M €	3,20%
2009	300 M €	3,20%
2010	444 M €	2,80%
2011	366 M €	2,80%
2012	450 M €	2,56%
	2 900 M € en 8 ans	

L'évolution tendancielle des charges et le taux de progression de l'ONDAM, arrêté par le Gouvernement, conduisent chaque année à intégrer, en construction de l'Ondam, des économies.

3. La T2A a-t-elle mis l'hôpital public en déficit?

➤ Ecart entre l'ONDAM et le tarif : un traitement tarifaire défavorable

Années	Evolution des tarifs	ONDAM	Prévision de volume
2007	0,80%	3,50%	1.70%
2008	0,50%	3,20%	1.70%
2009	0,50%	3,20%	1.70%
2010	0%	2,80%	1.70%
2011	-0,83%	2,80%	2.40%
2012	-0,19%	2,56%	2.40%



3. La T2A a-t-elle mis l'hôpital public en déficit?

➤ Les raisons de l'écart entre l'ONDAM et le tarif

1 - Evolution des listes en sus

2 - Evolution du volume

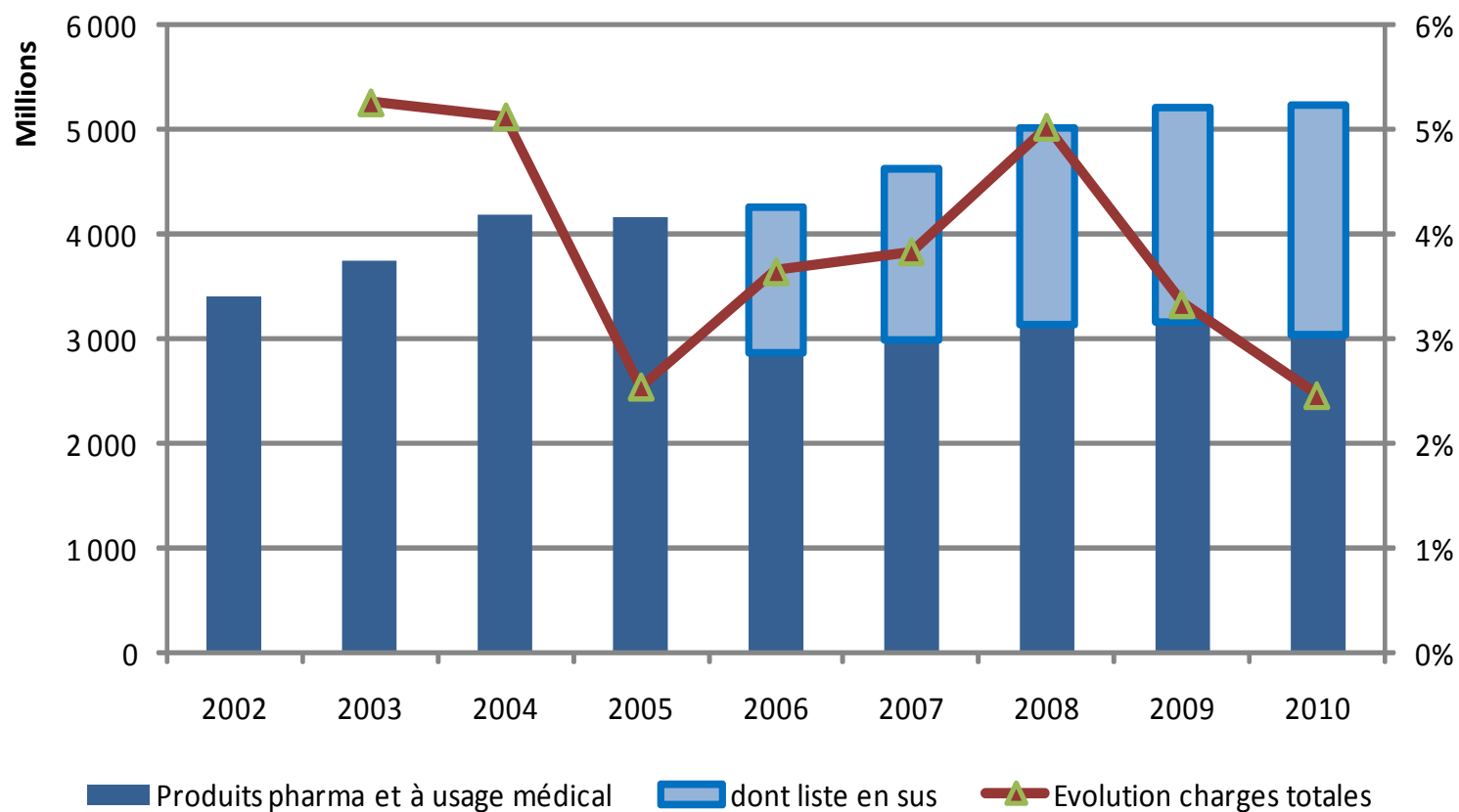
3 - La politique tarifaire

- *convergence*
- *débasage des MIG*
- *construction tarifaire*

A. Evolution de la liste en sus

EVOLUTION DE LA LISTE EN SUS DES MEDICAMENTS AU SEIN DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ET A USAGE MEDICAL ET EVOLUTION DES CHARGES TOTALES ETABLISSEMENTS



Source : DGFiP

B. Une régulation basée strictement sur le volume

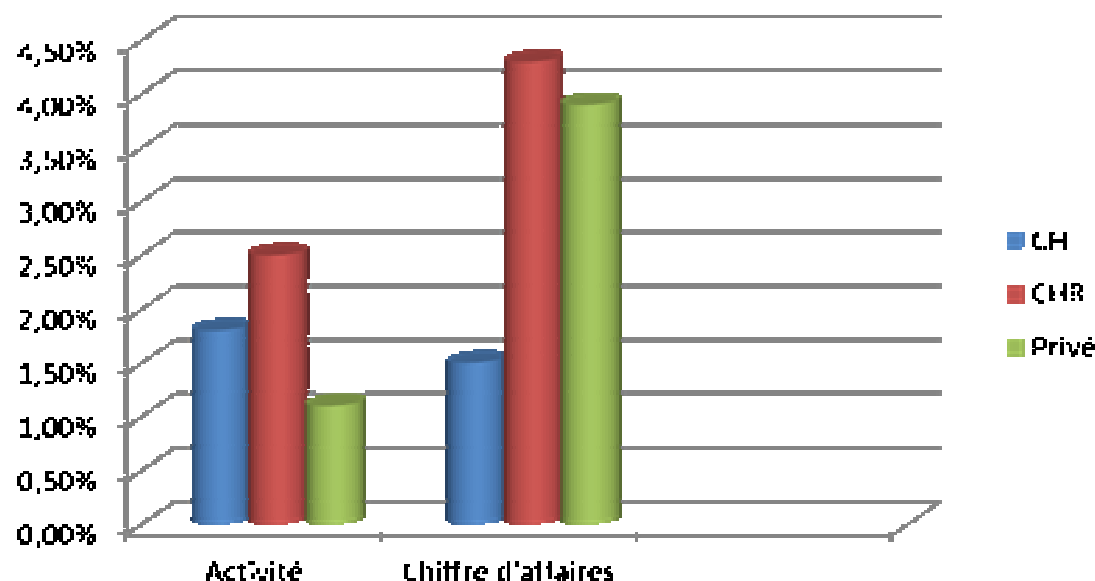
Exemple campagne 2012 :

- Une baisse tarifaire de 0,19%, calculée sur une hypothèse de croissance du volume de 2,4%.
- La régulation Prix – Volume paraît « démedicalisée », car elle s’applique indifféremment à tous les GHM, ne tient pas (ou très peu) compte de la démographie, du taux de recours, des indicateurs de santé publique, et de la pertinence des actes.

C. Les choix tarifaires

Evolution du nombre de séjours ou séances en 2011 versus 2010			Evolution du chiffre d'affaires en 2011 versus 2010		
CH	CHR	Privé	CH	CHR	Privé
+1,8%	+2,5%	+1,1%	+1,5%	+4,3%	+3,9%

Un élément de cette opacité : une convergence tarifaire qui n'a pas été testée avant d'être instaurée, indépendante des volumes, des structures d'activité, du contenu médical, du périmètre de prise en charge...



Sources : PMSI 2011-2010- ATIH-FHF-BDHF

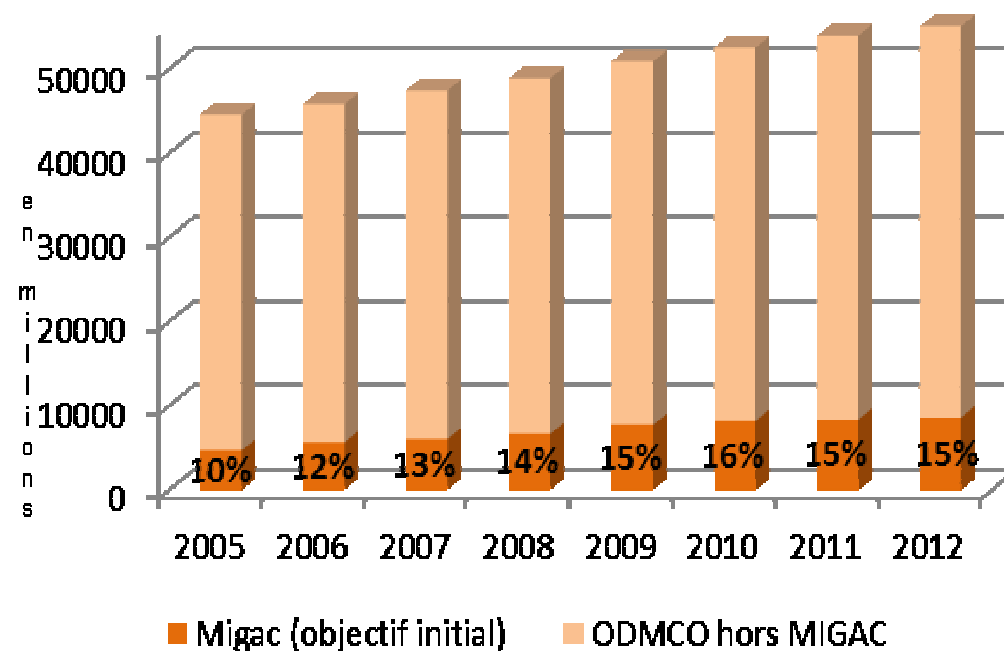
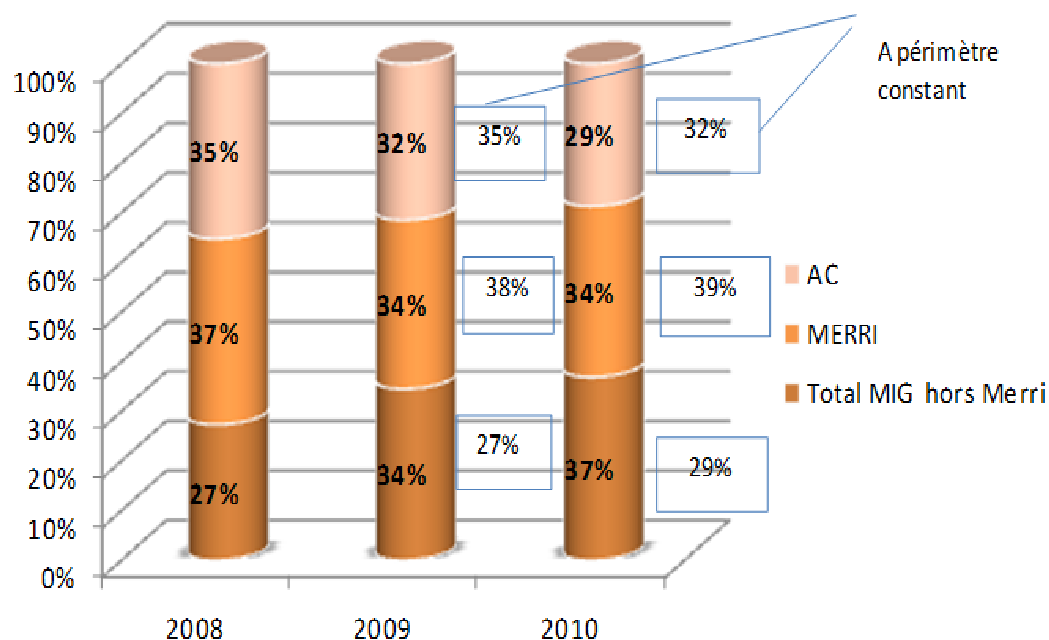
2010 : séjours de l'année 2010 (tarifs publiés au 01/03/2010)

2011 : séjours de l'année 2011 (tarifs publiés au 01/03/2011)

C. Les choix tarifaires et l'opacité : les MIGAC

Contrairement à l'idée communément admise, les MIGAC augmentent peu, alors même qu'elles ont été abondées des financements liés à la permanence des soins et à la précarité (900M€).

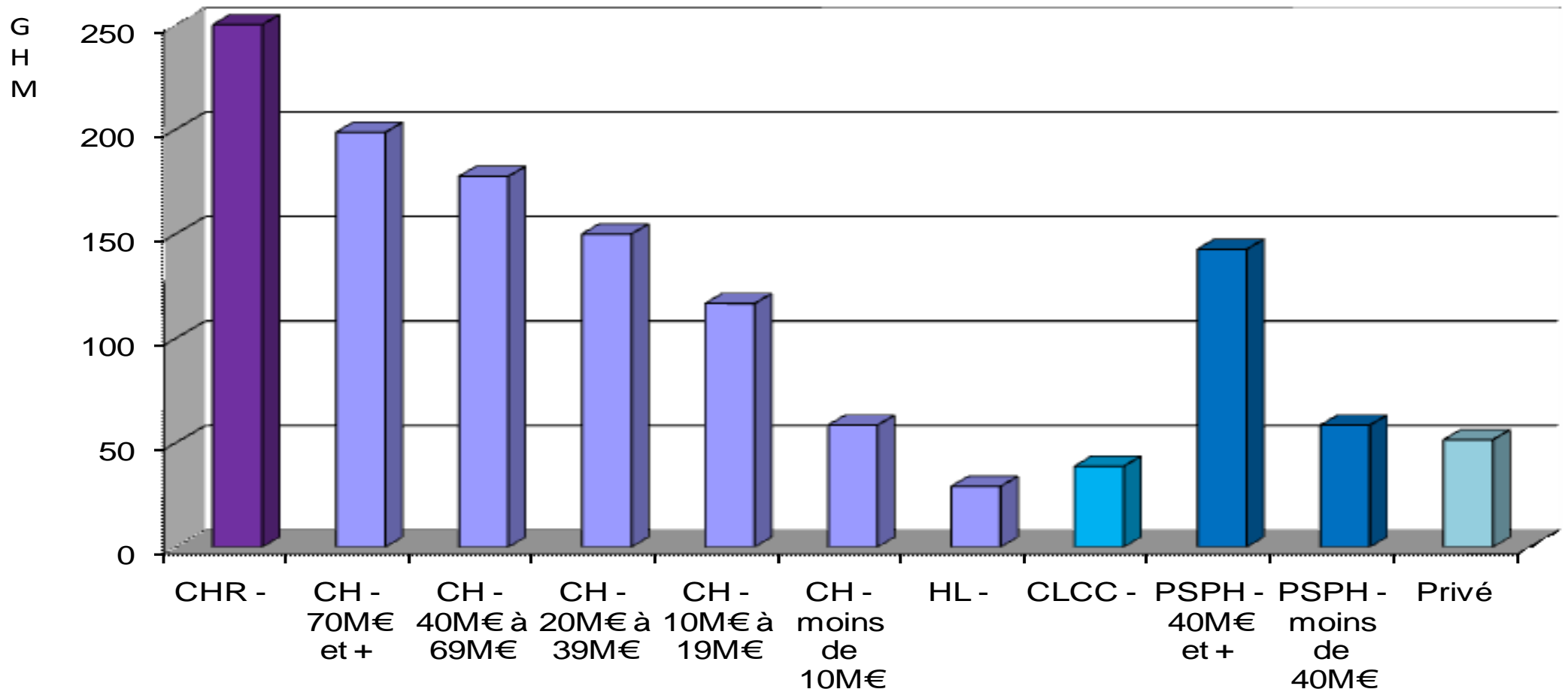
De plus, il faut garder à l'esprit que leur périmètre intègre (AC) les financements liés aux plans Hôpital 2007 et 2012.



A périmètre constant, la part Migac est toujours à 14 %

4/ Un système de financement peu adapté à la complexité des prises en charge

Nombre moyen de GHM pour 80% des recettes T2A



Les 50 groupes de pathologies les moins lourds sont pris en charge à 70% par les cliniques commerciales, tandis que les 50 GHM les plus lourds sont pris en charge à 71% par l'hôpital public, voir même 100% pour les 6 GHM les plus lourds

5/ Le sujet difficile de l'investissement

Au-delà des plans nationaux, le défi de la modernisation des établissements de santé publics perdure, et le contexte économique restreint l'accès au crédit.

Le système tarifaire ne permet pas de générer des marges suffisantes.

=> Insuffisance du financement de l'investissement.

L'indépendance financière des établissements s'est dégradée entre 2007 et 2010.

6/ La recherche

- ✓ Vers une nouvelle méthode d'affectation des ressources qui repose sur une base sophistiquée, minutieuse et complexe qui décrit la réalité des activités de recherche (parts fixe, modulable [SIGAPS, SIGREC] et variable).
- ✓ Les MERRI se sont détachées de leur base historique, néanmoins l'enveloppe, témoin de l'effort national en faveur de la recherche et de l'innovation évolue très peu.

Stagnation de l'enveloppe

La T2A a-t-elle eu des effets délétères ?



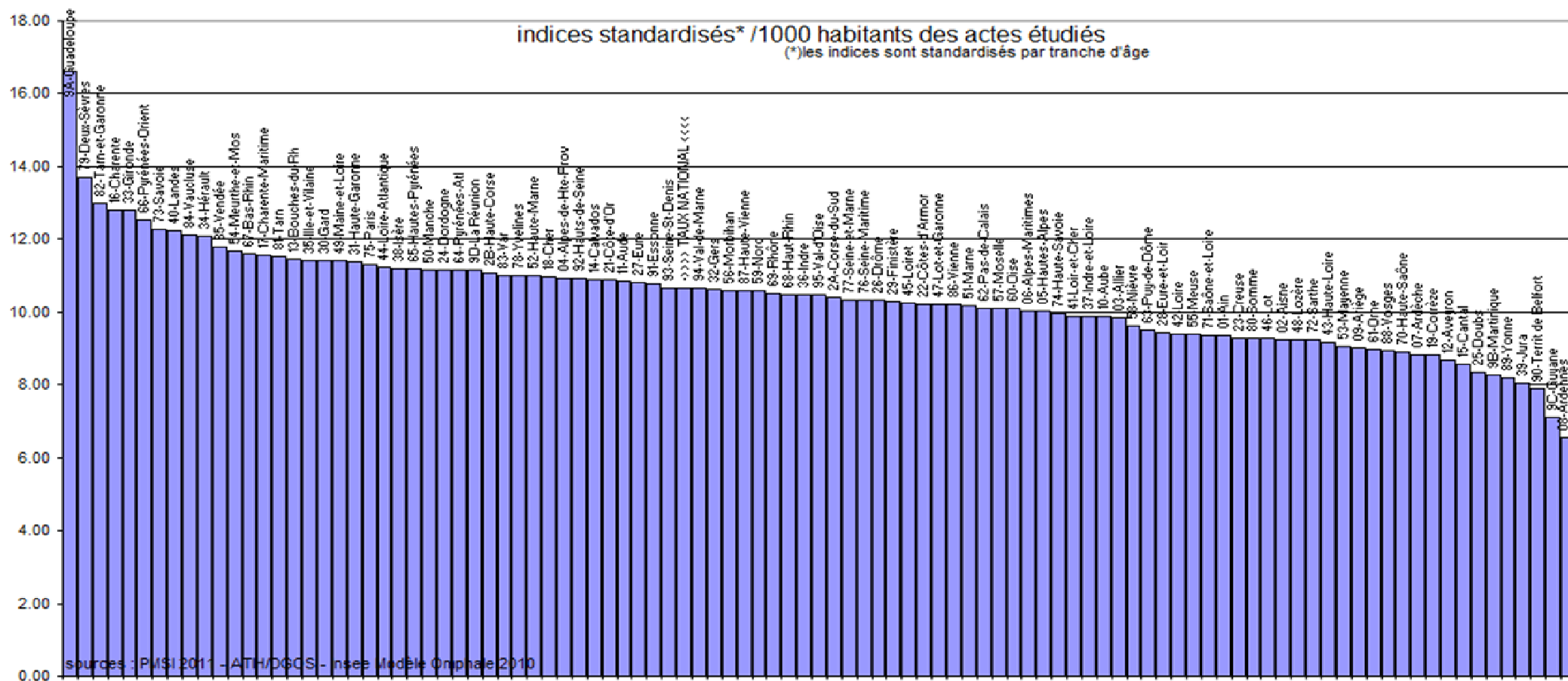
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

CATARACTES EN 2011

Une régulation médicalisée ?

Pas de régulation du tout ?

- Indice standardisé = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national

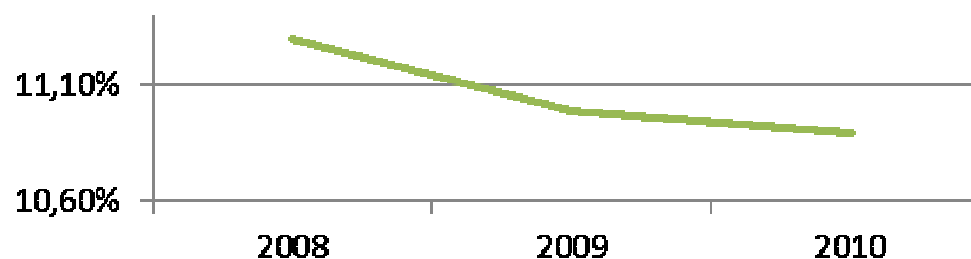


Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 6,53 interventions pour 1000 habitants (Ardennes) à 16,61 interventions pour 1000 habitants (Guadeloupe). La moyenne nationale se situe à 10,68 interventions pour 1000 habitants.

La T2A nuit-elle à la qualité?

- La T2A ne semble pas avoir de conséquences en termes de dégradation de la qualité.
- **Réadmission** : toutes prises en charge confondues, il semble que le taux de réadmission ait une légère tendance à la baisse entre 2008 et 2010.

Taux de réadmission dans les 2 semaines suivant la 1ère admission



- **File d'attente** : enquête FHF

A la question, « avez-vous constaté l'émergence d'une liste d'attente pour certaines prises en charge ? », médecins et directeurs ont répondu par la **négative à 90%**.

La T2A nuit-elle aux coopérations?

- Sur le terrain, un développement des coopérations public/public et un développement des partages d'activité
- Des déséquilibres sont toutefois ressentis dans de nombreuses situations
 - *perte de patientèle au profit du secteur privé, ou de l'entité la plus importante*
 - *prise en charge majorée d'activité non programmée.*
- Surtout, aucune incitation au « partage » des praticiens hospitaliers dans le cadre de conventions inter-établissements.

Impact sur les stratégies et offres de soins

- Certaines spécialités sont-elles **favorisées par la T2A** ?
OUI : 82%

- **La T2A conduit-elle à sélectionner des activités?**
 - votre établissement a-t-il été contraint d'abandonner certaines activités ?
NON : 84%
 - renforcé certaines activités ?
OUI : 73% (76% pour les directeurs)
 - développé des activités nouvelles ?
OUI : 73% (directeurs), 52% (médecins)

- **La T2A conduit-elle à modifier des modes de prises en charge ?**
 - En **HC** : OUI **53%** (médecins)
 - En **HdJ** : OUI **81%** (médecins) dont 94% pour la médecine, 100% pour la chirurgie, et 77% en obstétrique

Conclusion des 10 ans de T2A...

▪ Points positifs :

Dynamisme de l'hôpital : croissance de l'activité, parts de marché, productivité, stabilisation des déficits.

Sous réserve d'analyses plus précises, pas d'effet négatif sur qualité, ni d'effet sur la sélection des patients dans le secteur public.

▪ Points d'interrogation :

Coopération, investissement, incitation à l'efficience, équité dans l'allocation des ressources et d'**autonomie** dans la politique de développement.

▪ Points négatifs :

Système inflationniste, problème de régulation.

Mode de financement non transparent.

Quel financement pour l'hôpital demain ?

La FHF et les conférences ont proposée une adaptation du modèle de financement pour l'adapter aux évolution nécessaires de l'offre de soins.

Deux modalités peuvent être envisagées :

- Adapter le système actuel sans remettre en cause ses fondements tout en le complétant d'éléments supplémentaires dans la modulation des tarifs (précarité, recherche, qualité...), 1 risque de complexification réel
- Refuser la volonté politique et définir des objectifs cibles à 3 ou 5 ans

Quel financement pour l'hôpital demain ?

- ✓ Un engagement ministériel de réformer en profondeur le monde de tarification afin de préserver les intérêts du secteur public.
- ✓ Publication de plusieurs études sur l'évolution de la T2A (rapport FHF, rapport MECSS Sénat...)
- ✓ A la suite du rapport Couty, la Ministre a annoncé un « 3ème acte de la tarification des hôpitaux ». Pour cela, un comité a été mis en place (CORETAH).
- ✓ Malgré ces engagements répétés, force est de constater que la réforme profonde tant annoncée s'éloigne de jour en jour. « Ce nouvel âge de la tarification » (Mme Touraine) ne semble donc pas pour demain...

Quel financement pour l'hôpital demain ?

Des principes simples permettraient de bâtir une nouvelle tarification basée sur les nouveaux objectifs politiques : parcours de soins, lutte contre les actes inutiles, coopération, efficience...

La FHF avance 7 propositions :

Proposition 1 : Identifier les missions de service public et garantir leur juste financement

Les missions de service public doivent être sanctuarisées dans leur financement. Les études préconisées par le rapport IGAS de 2006 doivent être conduites sans délai. Le mode de financement doit être garanti à 100% car les missions de SP ne peuvent être des variables d'ajustement.

Proposition n° 2 : Définir de nouveaux mécanismes de financement de l'investissement et des activités de recherche

La tarification à l'activité ne peut répondre aux besoins de financement des investissements et encore moins au financement de la recherche. Ces sujets sont, par essence, stratégiques et relèvent de logiques volontaristes gageant l'avenir du système hospitalier public. En outre les tensions budgétaires actuelles ne permettent plus de générer des marges suffisantes, dans les comptes d'exploitation, pour financer des investissements importants.

Quel financement pour l'hôpital demain ?

Proposition n° 3 : Redéfinir le périmètre des activités payées au séjour

Le nombre de séjours soumis à la T2A doit être restreint aux actes techniques indépendants et facilement isolables d'une prise en charge plus globale. Un certain nombre de pathologies requérant un traitement clinique plus que technique (maladies neurologiques, métaboliques,...) ainsi que les polyopathologies doivent sortir de ce mode de financement tout comme certaines prises en charge globale (à l'image de celles liées aux AVC). Les cliniques pourraient être financées dans le cadre d'un parcours global.

Quel financement pour l'hôpital demain ?

Proposition 4 : Redéfinir un nouveau cadre pour la régulation prix / volume

Au plan national, la régulation prix-volume est démedicalisée et appliquée sans discernement selon la nature des activités. Ainsi, la croissance de l'endoscopie fait baisser le tarif de la sclérose en plaques !...

Il est donc indispensable de :

- Garantir un système de régulation « prix volume » homothétique entre le secteur public et le secteur commercial.
- Préserver le financement des établissements à faible activité indispensables à la permanence de l'offre de soins (hôpitaux de proximité).
- Réduire les inégalités régionales et interrégionales.
- Prendre en compte d'autres critères tels que la démographie, les taux de recours, les indicateurs de santé publique, la pertinence des actes...

Quel financement pour l'hôpital demain ?

Proposition 5 : Assurer la transparence des sous-enveloppes

L'opacité organisée sur les enveloppes des sous-objectifs a été un véritable problème et a contribué à une perte de confiance de la part des professionnels. Les flux financiers entre enveloppes tant dans le champ MCO que dans celui du SSR et de la psychiatrie (Dotations et OQN) ont été constants. Le plus souvent, cela a bénéficié au secteur commercial.

En MCO, cela a abouti au maintien de l'effet revenu malgré la perte de parts de marché .

S'il paraît difficile de découper chaque sous-objectif dans le vote de l'ONDAM, l'obligation de publier les enveloppes en même temps que l'arrêté tarifaire serait un progrès indiscutable.

Quel financement pour l'hôpital demain ?

Proposition 6 : Gérer les outils de tarification par un organisme autonome

La transparence de tous les travaux sur le financement ne peut-être garantie que par l'autonomie de l'agence technique de l'information hospitalière.

Son rôle doit se limiter à produire des référentiels de coûts et de tarifs cibles théoriques. Les décisions politiques de fixation des tarifs relèvent de la responsabilité légitime des pouvoirs publics sans que puisse être mise en cause l'agence technique.

Proposition 7: Créer un comité indépendant de la réforme

*Pour ne pas laisser la complexité du système de financement altérer les effets des réformes et aboutir à des distorsions d'effets revenus non assumés, il convient de **constituer un comité d'évaluation indépendant de la réforme composé d'experts**, sous la présidence d'un haut magistrat de la Cour des Comptes qui aurait pour charge de suivre le modèle et de faire des propositions d'évolution.*

En conclusion...

- ✓ **La T2A n'est rien d'autre qu'un modèle de distribution des ressources et de régulation.**
- ✓ **La logique reste donc celle d'un budget global.**
- ✓ **Les outils nécessaires à une réforme d'ampleur du mode de financement sont disponibles dès maintenant, à condition d'une volonté politique claire.**
- ✓ **Il y a urgence à agir pour bâtir un nouveau mode de financement mieux adapté aux enjeux du système de santé.**

Merci de votre attention