

T2A en MCO : Quelles évolutions ?  
Position Commune Conférences-FHF  
Rapport « VÉRAN »

Danielle PORTAL

Amiens

Bernard GARRIGUES

Aix en Provence

Sandra GOMEZ – FHF Paris

- Cinq grands principes motivent la préférence pour la tarification prospective contre le retour au financement forfaitaire

- Harmonisation des financements des Etablissements Publics et Privés
  - Maintien d'une offre de soins de qualité
  - Renforcement de l'accessibilité aux soins
  - Développement des parts de marché des Hôpitaux Publics
- Mise en place d'un financement forfaitisé des missions de service public dont les coûts sont peu sensibles à l'activité (MIGAC)

- Caractère délétère de la DGF qui persiste pour la psychiatrie et les SSR
- Souhait d'une évolution rapide du financement du SSR vers un modèle T2A
  - Dynamisation du secteur Public SSR
  - Ouverture de parts de marché SSR au public
  - Indispensable pour la mise en œuvre des GHT

- La T2A a permis de garantir l'accès au soins :
  - Mise en œuvre immédiate des autorisations
  - Accès facilité aux Médicaments Onéreux (MO) et Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)

- Respect du dynamisme propre de chaque Hôpital
  - Liberté de création et de développement de projets
  - Equité de répartition des ressources entre Etablissements

# MAIS

- Des adaptations et des modulations sont nécessaires

# NOS PROPOSITIONS

- Une régulation macro économique du système d'allocation des ressources plus transparente, par type de prise en charge plutôt que par type d'opérateurs
  - Hospitalisation
  - Ambulatoire
- La révision du modèle de financement des MO et DMI
- La prise en compte des économies d'échelle : dégressivité tarifaire
- Le financement des activités « non rentables »



# LES AMELIORATIONS A APPORTER AU MODELE

- La définition d'une politique de financement de l'investissement
- La gestion de l'innovation médicale et organisationnelle
- Le financement de la recherche et des missions d'enseignement

# LES AJUSTEMENTS QUI DOIVENT ETRE RAPIDEMENT REALISES

- L'actualisation des outils de descriptions médico économique
- L'évolution des règles du contrôle T2A

# LES REFORMES A PORTEE DE LA PROCHAINE CAMPAGNE (2017)

- Sécuriser l'Hôpital de jour médical : définition des prises en charge, par création de forfaits opposables à l'assurance maladie.
- Rendre plus juste, plus pertinent et plus transparent le mécanisme de régulation tarifaire.

# PRINCIPALES MODALITES

- Publier à partir de la prochaine campagne les montants et les modalités de détermination des enveloppes d'activités sur une base commune après intégration des avantages spécifiques attribués à un secteur (CICE, Pacte de compétitivité, prises en charge de charges sociales ou assurancielle...).
- Définir une enveloppe « produits de santé » dans chacun des sous-objectifs, à l'instar de la régulation de ville où le prix de la consultation ne baisse pas pour absorber le coût des nouvelles molécules.

- Créer des forfaits de rémunération pour : consultations longues & complexes, RCP télémédecine
- Plus généralement : développement de la CCAM « Clinique »
- Financer l'impact de la précarité sur les DMS: correction de l'impact de dévalorisation des séjours en hospitalisation complète pour des patients précaires

- Revaloriser les suppléments de réanimation (le sous-financement actuel peut être estimé entre 12 à 20 % y compris pour les unités de 12 lits et plus occupées à plus de 90 % et USC (revalorisation à hauteur identique du supplément des USI : leurs charges en soins étant identiques, voire supérieures) ; modifier par ailleurs les critères d'inclusion en USC

- Initier, dès 2016, les travaux permettant d'intégrer l'engagement des hôpitaux publics dans la territorialité avec le déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et notamment :
  - Le financement à l'acte des activités de télémédecine
  - Téléconsultation et télé-expertise pour faciliter leur développement à ces nouvelles échelles territoriales.
  - Financements transitoires de structuration des GHT



Améliorations ou adaptations  
possibles dans le cadre des campagnes  
ultérieures

# Garantir la transparence des campagnes tarifaires:

- Différencier la régulation liée au nombre de séjours et celle liées aux produits de santé et aux consultations externes et urgences
- Limiter le financement des parcours de soins aux cas les plus pragmatiques : IRC, prise en charge conjointe des prothèses de hanches en MCO et SSR, radiothérapies de certains cancers
- Définir un modèle de financement aux parcours prenant en compte le dualisme des opérateurs de soins et de leur régulateur

# CONCLUSION

La FHF et les conférences souhaitent une régulation unique du secteur de la santé. La régulation distincte Assurance Maladie pour la médecine libérale et Etat ARS pour le secteur public et partiellement pour les Etablissements de santé privées est un obstacle à une évolution harmonieuse d'un secteur sous forte contrainte financière.

Il ne saurait donc être question de revenir à la situation antérieure stérilisante pour l'Hôpital public du budget global, pénalisant les plus actifs, et favorisant les moins actifs. Même une évolution intermédiaire, maintenant un financement à l'activité pour la chirurgie et la médecine «instrumentale» (endoscopies, coronarographies, etc.), et instituant un financement forfaitisé pour la médecine constituerait un retour en arrière très préjudiciable à l'Hôpital public en le privant des leviers qui ont permis son adaptation et la modernisation de sa gestion durant ces dix dernières années.