

Rapport Véran

Propositions pour une évolution
du mode de financement des ES

**1 – DES EFFETS POSITIFS HISTORIQUES DE
LA T2A MAJORITAIREMENT RECONNUS
PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

- Egalité de traitement entre Etablissements de même statut
- Adaptation à l'activité
- Soutien aux techniques de gestion
- Responsabilisation des acteurs

2- CONSTATS ET DIFFICULTES LIEES AU MODELE ACTUEL

Les effets pervers du système actuel

- Trop d'importance aux actes mesurables au détriment de l'aspect relationnel du soin
 - Mauvaise prise en compte des cas complexes, diagnostics complexes, consultations longues
 - Absence de reconnaissance des consultations IDE
 - Mauvaise prise en compte de la précarité par la MIG dédiée

Les effets pervers du système actuel

- Temps de codage trop long, nécessitant des compétences spécialisées
 - Complexité : 2300 GHM
 - Détournement de moyens EPS pour le codage (TIM)
 - Critique du codage hors MCO

Les effets pervers du système actuel

- Responsabilisation des médecins pouvant influencer leur démarche de soignant
 - Pression pour augmenter l'activité et réduire les coûts
 - Renvoi prématuré des patients à domicile ?
 - Morcellement des séjours ?

Les effets pervers du système actuel

- Instabilité du système et complexité rendant difficile une stratégie pluriannuelle
 - Difficile de prévoir les recettes liées à un investissement
 - Démotivation : + d'activité différent de + de recettes
 - Pas de comparaison possible public/privé car les échelles sont différentes. Perçu comme une sanction par le privé

Les effets pervers du système actuel

- La T2A n'est pas un outil descriptif complet
 - priori difficile d'isoler un effet T2A sur la qualité des soins
 - La T2A n'évalue pas les organisations des équipes professionnelles
 - La T2A n'évalue pas la qualité des soins

3- PROPOSITIONS

Moduler la dotation à l'activité pour les H de proximité et les soins critique

- Les hôpitaux de proximité :
 - Appliquer la réforme en cours : dotation forfaitaire garantie (part fixe sur recettes passées et dotation sur critères de population), et complément si l'activité est supérieure à la dotation forfaitaire
 - Instaurer une borne haute à 6000 séjours / an
 - Étendre ce système aux SSR des H de proximité et aux établissements intégralement SSR ayant mêmes critères
 - Pouvoir refuser ce dispositif

(critères : au moins 2 des 4 items suivants : part de la pop âgée >75 ans > moyenne nationale, part pop < seuil de pauvreté < moyenne nationale, densité de pop < 150 / km², part des omnipraticiens pour 100 000 habitants < moyenne nationale)

Moduler la dotation à l'activité pour les H de proximité et les soins critique

- Soins critiques :
 - Instaurer une part socle sous forme de forfait annuel garanti en fonction du dimensionnement de l'unité et de l'activité des années antérieures. Permet de financer les moyens mobilisés quel que soit le volume d'activité de l'année en cours.
 - Financement lié à l'activité de l'année en cours via les GHS : variation selon les niveaux de sévérité pour les patients accueillis en cours d'année.

Redéfinir le financement des soins palliatifs

- Soins palliatifs :
 - Supprimer la borne basse pour que le forfait GHS soit garanti dès le 1^{er} jour, et aligner le tarif des très court séjours sur le forfait GHS plein. A enveloppe nationale constante : baisse du niveau du GHS.
 - Supprimer la borne haute et la remplacer par un supplément journalier à partir du 12^{ème} jour.
 - Mettre en œuvre des indicateurs d'activité communs au niveau national pour les équipes mobiles.
 - Introduire dans le financement FIR (équipes mobiles) une part modulable à l'activité à hauteur de 20%.

SSR : moduler le financement à l'activité

- SSR :
 - Supprimer ou à défaut simplifier la saisie des actes (CSARR)
 - Limiter à 10% l'impact de la mise en place de la DMA en 2017
 - Engager l'amorçage d'unités SSR dans le secteur financé en DAF
 - Sous deux ans, mettre en place une dotation socle sur la base de forfaits structures et non sur la base d'une dotation historique

Modifier le financement des urgences

- Urgences :
 - Conserver un financement mixte (FAU/ATU)
 - Pousser les structures ambulatoires (MMG) à prendre les patients non graves (CCMU1 et 2) en créant un forfait de réorientation < ATU
 - Créer des centres de soins non programmés pour faire le tri des patients
 - Désinciter les ES à prendre en charge les CCMU1 et 2 quand existe une offre structurée en ambulatoire
 - Moduler la part variable en fonction de la nature de l'activité
 - Financer les surcoûts éventuels dus à l'augmentation de la gravité moyenne des patients au SAU

Encourager les coopérations externes

- Le comité stratégique du GHT doit établir des règles financières dans le suivi des dépenses et recettes impactées par les actions de coopération du PMP
- Le comité stratégique définit la gestion des RH médicales au sein du groupement
 - Harmonisation des règles d'indemnisation de la permanence des soins
 - Définition des règles d'intéressement/indemnisation des équipes médicales engagées dans l'exercice territorial

Santé mentale

- Rapport Laforcade en attente

Réfléchir à une modulation du financement à la qualité

- Introduire des modalités de financement à la qualité
 - Satisfaction des usagers, des personnels, indicateurs de résultats
 - Indicateurs de résultats à travailler avec les professionnels du secteur
 - Expérimenter en SSR

Encourager le virage ambulatoire

- Revoir la circulaire frontière en définissant le contenu des prises en charge en HDJ
- Mettre en place une tarification intermédiaire entre CE et HDJ pour valoriser les soins pluri-professionnels et pluri-disciplinaires ambulatoires

Les parcours de soins

- Poursuivre l'exploration d'un financement au parcours
 - Pour des programmes cliniques intégrés : AVC, cancer, prothèse totale de hanche, de genou, chir bariatrique.
 - Idée : forfait couvrant frais hospitaliers + soins de ville, associé à paiement à la qualité.

Mais très complexe. Problème de définition du coordonnateur.

Simplifier le système actuel

- Simplifier et automatiser davantage le codage pour redonner du temps aux soins
- Homogénéiser les contrôles T2A par l'AM. Contrôler les contrôleurs
- Introduire une véritable parité dans les instances de recours /contrôles T2A
- Contrôler les abus en instaurant des registres de DMI gérés par les sociétés savantes
- Appuyer l'extension de la facturation au fil de l'eau (FIDES)

Rendre lisible et équitable le financement

- Affirmer le principe de la neutralité tarifaire : ne pas utiliser les tarifs pour inciter ou désinciter
- Privilégier les financements AC, FIR ou MIG pour la mise en œuvre des politiques publiques
- Normer les financements MIG