

Paris, 17 mai 2018

<p><b>Origine :</b> Christine SCHIBLER Stéphanie ROUSVAL Pierre METRAL</p>	<p><b>Destinataires :</b> Natacha LEMAIRE, Jean-Marc AUBERT</p>
<p><b>Suivi par :</b> Christine SCHIBLER Stéphanie ROUSVAL Sophie DOSTERT Régis MOREAU</p>	<p><b>Copie :</b> Antoine PERRIN, Jean Baptiste BOUDIN-LESTIENNE, LD-sanitaire.</p>
<p><b>Audition FEHAP les modes de financement et de régulation</b> <b>Contribution n° 1</b> <b>Jeudi 17 mai 2018</b></p>	

Quels regards portez-vous sur le système actuel de tarification ? Dans quelle mesure partagez-vous le diagnostic présenté (l'incitation insuffisante à la prévention et à la pertinence des soins), système qui ne favorise pas les collaborations entre acteurs de soins ?

La T2A, progressivement mise en œuvre à partir de 2004, a instauré une **logique de résultats et de pilotage des recettes** issues des activités hospitalières qui déterminent les dépenses et non l'inverse. **La FEHAP s'est très tôt prononcée en faveur d'une tarification à l'activité**, le financement par dotation globale apparaissant peu équitable, peu favorable à l'amélioration de l'efficacité voire susceptible d'encourager la médiocrité. La dotation globale, reconduite chaque année, assurait une grande stabilité des recettes pour les établissements de santé mais n'incitait pas à **l'amélioration des pratiques, à la reconnaissance des efforts et des innovations.**

**La FEHAP reste favorable au principe de la T2A** sous réserve que trois conditions soient respectées :

- la prise en compte du différentiel de charges sociales et fiscales existant entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif,
- des tarifs construits en toute transparence
- de disposer d'une visibilité pluriannuelle

**La T2A a permis de redynamiser les secteurs public et privé à but non lucratif en particulier dans le domaine de la chirurgie** (en récupérant pour ces deux acteurs hospitaliers des parts de marchés au secteur lucratif) mais aussi de **l'ambulatoire**. Et de **réaffirmer dans l'offre de soins la place des établissements publics et des ESPIC dans les prises en charge relevant de leurs missions d'intérêt général et sociales.**

### **Critique sur les modalités de sa mise en œuvre.**

La FEHAP a exprimé un certain nombre de réserves sur les modalités de mise en œuvre de la T2A. Elles portent principalement sur les points suivants :

- ❖ **Un retard dans la mise en œuvre des mesures de nature à limiter certains effets pervers de la T2A :**
  - **Caractère « inflationniste » de la T2A, qui induirait une « course aux volumes » :** c'est le principal reproche adressé à la T2A. Il ne doit, toutefois, pas être surestimé. **Ce risque justifie la mise en place de contrôles de la qualité du codage et le développement de normes de bonnes pratiques**, orientations qui ont été mises en œuvre avec retard. Pour être pertinente la **régulation des volumes hospitaliers devrait s'appuyer sur une analyse précise des besoins** nécessitant une consolidation nationale des objectifs quantifiés alloués à chaque région, ce qui n'est pas encore le cas.
  - **« biais de sélection » :** la T2A pourrait conduire à sélectionner les « bons risques » (soit en fonction des caractéristiques des patients, soit des imperfections de la classification). Pour vérifier cet effet, la conduite d'études précises serait nécessaire en lien avec la HAS.
- ❖ **Relative opacité dans la construction des tarifs et retards perturbateurs pour le pilotage des établissements :**

Comment piloter un budget en connaissant les tarifs quatre mois après le début de l'exercice ? Pour la FEHAP cette question est majeure.

Malgré la bonne volonté affichée des acteurs, **l'évolution d'une année sur l'autre des tarifs, est mal comprise et surtout connue très tardivement** ce qui ne permet pas aux professionnels d'anticiper et de disposer de la lisibilité nécessaire. **Une approche pluriannuelle est cruciale.**

- ❖ **La T2A facilite l'engagement du changement mais la conduite des réorganisations nécessaires implique également une volonté politique forte et que les efforts soient équitablement répartis entre les secteurs.**

Le secteur privé à but non lucratif dans le champ MCO a accompli des efforts importants de réorganisation : de nombreux regroupements d'établissements ont eu lieu, des groupes régionaux voire inter-régionaux se sont constitués. Ces efforts importants ont démontré la capacité d'adaptation du secteur privé à but non lucratif. Il n'est pas certain que les mêmes exigences soient toujours appliquées au secteur public, pour de multiples raisons.

Toutefois, afin d'assurer l'équité, l'attribution des financements au titre des missions d'intérêt général ou de l'accompagnement à la contractualisation doivent constituer effectivement la contrepartie de missions ou d'efforts réalisés et non un moyen de contournement de la T2A et des restructurations que sa mise en œuvre impliquerait.

### **La FEHAP partage le diagnostic suivant :**

- ❖ **Pour certaines disciplines comme la médecine gériatrique, les soins de malades âgés et poly pathologiques, les maladies chroniques, la prévention...l'outil de tarification actuelle est inadéquat.** Les GHS, et les suppléments éventuels associés, ne sont plus pertinents pour répondre aux financements des prises en charges de certaines pathologies.
- ❖ Le système de financement actuel ne comporte quasiment pas **d'incitatifs visibles à la Qualité / la Pertinence / la Prévention / les collaborations** (sauf financement des

équipes mobiles et de coordination) en dehors des ROSP pour les libéraux et de l'IFAQ (assez limité) pour l'hospitalisation.

❖ **Un modèle tarifaire qui ne prend pas en compte les parcours RAAC :**

Les parcours RAAC et plus globalement l'évolution des prises en charge qui limite les niveaux de sévérité, prévus par le modèle de financement T2A initial, sont à revoir.

A titre d'exemple: les patients sont mieux préparés en amont de l'intervention et du séjour donc on observe moins de dénutrition, moins de poses de sondes, de drains, donc moins d'infections....

Ces évolutions, vertueuses sur un plan médical, de la qualité des soins et de la prise en charge global des patients ne sont pas « rémunérées » et ont des effets délétères sur le chiffres d'affaires des établissements alors même que les moyens mis en œuvre sont sensiblement les mêmes (concentrés sur le bloc et les nouvelles fonctions d'IDE coordonnatrice/RAAC).

**En conséquence :**

- ❖ **Les indicateurs de Qualité / Pertinence doivent impliquer plus largement les professionnels** et les sociétés savantes dans leur élaboration, leur diffusion et l'évaluation de leur mise en œuvre, en ville comme à l'hôpital.
- ❖ **Les objectifs de Qualité et de Pertinence du parcours et du case-management** doivent se concentrer sur les pathologies chroniques pour lesquelles le résultat à un impact direct sur l'espérance de vie et la qualité de vie des patients (ex diabète/ HTA/ ...), ils doivent impliquer les associations de patients et des plans de communication nationaux sur les bénéfices de ces résultats encore largement sous évalués par les patients et certains professionnels. L'intégration d'une dose de P4P efficace et équitable dans le système de financement des établissements sur ces sujets est plus complexe car il n'y a pas de responsable de la coordination et du traitement longitudinal en plein exercice comme c'est le cas dans les systèmes de capitation. Par contre **le respect des recommandations et en particulier la vérification des indications et de la performance des actes doit être plus directif et plus personnalisé sur les praticiens, y compris pour la chirurgie.**
- ❖ **Prévention / Collaborations :** Le financement des **actions de prévention doivent être valorisées et entrer dans des mécanismes de paiement « à la mission »**, tout comme les actions de collaboration, voire devenir obligatoires.
- ❖ **Enfin sur Tarification et qualité :** la FEHAP est bien évidemment très favorable à une augmentation du financement à la qualité, selon des règles (Incitation Financière A la Qualité IFAQ) à revoir totalement (lisibilité, simplicité, portant sur indicateurs de résultats. Si le lien avec la certification est un préalable indispensable pour le financement de la qualité, les articulations avec les aspects de planification et des CPOM sont tout aussi essentielles  
A titre d'exemple de qualité non rémunérée en maternité: plus le taux de césariennes diminue, plus le Chiffre d'affaire de l'établissement baisse.

**Quel est votre positionnement (bénéfices/risques) à l'égard des différents modes de financement proposés :**

- **Tarification à l'épisode de soins et aux parcours ?**

Il est intéressant de penser plus globalement que la réalisation ponctuelle d'un acte ou d'un séjour et de **replacer les prises en charges ponctuelles dans une vision longitudinale et**

**globale de la prise en charge de la pathologie.** C'est en particulier pertinent pour les pathologies chroniques et les prises en charges avec des acteurs successifs (MCO + SSR, ville + hôpital + ville, ...). Le cas des insuffisances cardiaques ou respiratoires, du diabète, de l'insuffisance rénale... etc, sont typiques.

### Les limites à cette approche :

La difficulté est de bien définir et de cadrer équitablement et efficacement les notions « d'épisode de soins » ou de « parcours » bien souvent trop floues.

Plutôt évoquer l'efficacité et l'efficience **de la stratégie thérapeutique et de la prise en charge** avec des appréciations de temps différentes pour les acteurs prestataires ponctuels (réalisation d'un acte/ chirurgie) ou les éventuels responsables du patient dans le temps (médecin référent...).

L'organisation du système de santé actuel caractérisé par l'indépendance forte des acteurs et une concurrence en ville comme en établissement, rend les systèmes de financement plus globalisés mal adaptés

Absence d'acteur « responsable » du patient sur la durée. **Absence de « gatekeeper » ayant la main sur le déroulement de la globalité de la chaîne de soins.**

Etre en capacité de définir les PEC/Pathologies n'entrant pas dans ce modèle pour **parer au risque de « sélection adverse ».** les cas « favorables » seront pris en charge par certains acteurs qui laisseront aux autres les cas « défavorables » avec des risques de perte de chance pour les patients.

Etre en capacité d'assumer, la **perte d'une partie de la liberté choix, pour les patients comme pour les praticiens au profit de l'amélioration du résultat.**

#### - Tarification à la pertinence à la qualité et la prévention ?

Cf. supra financement de la prévention pour la MRC.

S'agissant du **financement de la qualité plutôt financer le résultat que les processus.** Utiliser les indicateurs comme l'IP DMS, les taux de complications, les taux de ré hospitalisation, les taux de sinistralité des établissements....

#### - L'évolution de la T2A ?

**Principes de financement des activités des établissements de santé auxquels la FEHAP est attachée : un lien avec l'activité et le service rendu est indispensable et à maintenir**

- ❖ Une tarification tenant compte du volume et de la **qualité du service rendu**, évaluée à partir d'indicateurs de **résultats**.
- ❖ Un principe de **neutralité tarifaire** donnant une cohérence dans la hiérarchie de l'échelle des coûts et de l'échelle des tarifs.
- ❖ Une poursuite des travaux d'objectivation des coûts et des ENC pour une tarification basée sur des coûts observés et démontrés ; ceci nécessite une **qualité d'échelle des coûts irréprochable**. La FEHAP est favorable à une ENC représentative et une participation des établissements obligatoire.
- ❖ Des nomenclatures conventionnelles à revisiter (NGAP, CCAM, LPP, transports sanitaires...) avec les mêmes rigueurs d'études de coût et de rapports cohérents entre les coûts et tarifs :  
Evolution des pratiques : exemple coronarographie en HDJ.

- ❖ Une **adaptation souple et rapide des évolutions des tarifications en fonction des innovations.**
- ❖ Une **compensation ou neutralisation des différentiels de charges sociales** entre opérateurs assumant les mêmes missions de service public hospitalier.

**Pour la FEHAP, le tarif a l'immense mérite d'établir un lien direct entre le service rendu et le financement et de poser les règles de financement d'une activité en amont de la réalisation de celle-ci et non en aval.**

Pour l'immense majorité des adhérents de la FEHAP, **le tarif n'est pas parfait mais il a au moins le mérite d'être loyal et explicite**, de permettre un véritable pilotage de l'activité des établissements garant d'une meilleure efficacité. De plus, il assure une transparence dans le financement des établissements de santé, y compris dans son risque d'éloignement avec les coûts réels, et évite les risques d'une définition d'enveloppes variables en fonction des crédits disponibles et du statut public ou non des établissements.

**Cette sensibilité de la FEHAP n'exclut pas des adaptations du modèle dans la manière de faire le lien direct entre activité et financement** : exemple pour la dotation modulée à l'activité en SSR ou encore la dotation socle pour les hôpitaux de proximité :

Ainsi **l'outil tarifaire doit être au service des politiques publiques** et le 100 % T2A (à noter qu'à ce stade le 100 % T2A n'est pas une réalité en prenant en compte la DAF et les MIG le % serait de l'ordre de 60 %) doit être réinterrogé pour répondre à une **logique de parcours et de pertinence de prise en charge**. Aucun système de tarification ou de classification n'est parfait c'est en ce sens qu'il doit s'ajuster notamment aux évolutions des technologies et des pratiques professionnelles et à l'évolution des besoins des patients notamment chroniques.

**Pour certaines disciplines comme la médecine gériatrique, les soins de malades âgés et poly pathologiques, les maladies chroniques, la prévention...l'outil de tarification actuelle est inadéquat.** Les GHS, et les suppléments éventuels associés, ne sont plus pertinents pour répondre aux financements des prises en charges de certaines pathologies.

Un exemple très parlant est celui de la **prévention en Maladie Rénale Chronique (MRC)**. La FEHAP a proposé dans le cadre de la SNS la création d'un sous-objectif de l'ONDAM intitulé : *« Prévention et programmes d'investissement en santé publique »*, pouvant rassembler les engagements financiers situés sur l'intervention en amont et la modération de la dépense de soins et d'accompagnement en aval.

Dans ce **domaine de l'insuffisance rénale** à titre d'exemple, il conviendrait de structurer et de financer dans un sous-objectif une « mission populationnelle » dans les territoires pour la détection précoce, l'information et le soutien du premier recours ; ceci afin d'éviter le démarrage de la dialyse en urgence. Dans cette perspective la T2A à 100 % n'est évidemment pas adaptée et **une tarification au parcours de soins serait plus appropriée**. Cette notion permettrait de mettre en place des forfaits couvrant toutes les étapes concourant à un retour à un bon état de santé. Investir dans la prévention de l'insuffisance rénale en déplaçant une partie de la dépense du « curatif » vers le « préventif » nécessite une souplesse régionale et territoriale dans les financements avec une fongibilité transversale sur la médecine de ville et l'hospitalier (pertinence des soins et régulation des transports).

**L'enjeu pour la FEHAP n'est donc pas de supprimer la tarification à l'activité, mais de la « l'adapter ».**

Cette évolution de la T2A doit d'abord être mise en œuvre dans un cadre expérimental et l'article 51 de la LFSS 2018 permettra de tester de nouveaux modes de rémunération intégrant une dimension qualité plus prégnante (indicateurs de résultats à mobiliser) et de la pertinence des actes.

**De manière concomitante, réinterroger la tarification à l'activité à 100 % doit s'accompagner d'une réforme de la régulation de l'ONDAM et notamment de l'ONDAM « soins de ville ».**

**- La capitation et tarification forfaitaire ?**

Prolongement plus large de l'épisode de soins, **c'est un volet utile pour limiter et réorienter les moyens de la médecine de ville surtout** s'il y a des incitatifs significatifs à la maîtrise réelle des pathologies chroniques.

Pour la FEHAP, il est intéressant de sortir d'un paiement à l'acte au profit d'une capitation approche pertinente pour des pathologies que l'on peut éventuellement globaliser (Dialyse, première ligne de traitement d'un cancer...).

Cela suppose aussi de donner un pouvoir **d'orientation des soins plus marqué au médecin référent** (« gatekeeper ») et de limiter l'accès direct aux spécialistes par une prescription médicale du médecin référent (ou pour des cas précis).

**La difficulté majeure est de :**

Savoir ce qui n'est pas dans le forfait per capita (hospitalisations ? cas très lourds ? Événements aigus graves ? ...)

D'éviter le risque de sélection, les « patients défavorables » n'étant pris en charge par personne (soit en ville soit en hospitalier).

**❖ Le modèle actuel ne permet pas le financement des investissements lourds**

Le projet d'instruction précise que le COPERMO étudie les projets d'investissement immobilier d'un montant supérieur à 50 Millions d'euros, pour ceux dont le coût est supérieur à 100 Millions d'euros HT l'expertise est confiée aux contres-experts indépendants via le commissariat général à l'investissement. Si la méthode d'expertise des dossiers a gagné en précision, force est de constater que perdurent des effets d'éviction au détriment des structures privées non lucratives.

En effet, à la date du mois de mai 2018, sur 45 décisions de subventions à l'investissement du COPERMO, seulement 3 ont été dirigées vers des établissements d'ESPIC, et ce, pour des volumes financiers sans rapport avec les montants de référence précités dans le projet d'instruction.

**Avez-vous des propositions pour favoriser la mise en œuvre de ces modes de tarification et quels sont ceux qui selon vous nécessitent d'être expérimentés – quels sont les pré-requis indispensables ?**

**Avez des souhaits/ des propositions pour la mise en œuvre de l'article 51 ?**

**Mobilisation engagée de la FEHAP autour de l'article 51** (création de la task force) et proposition de travailler en particulier sur la prise en charge des personnes âgées polypathologiques et des personnes handicapées ; un comité national FEHAP se saisit de cette question. Des projets d'innovation seront proposés avant l'été par le niveau national et régional.

Mobilisation de la FEHAP et de ses adhérents pour transformer leurs propres structures et s'inscrire dans le cadre des évolutions souhaitées par le niveau national sur **les sujets relatifs**

au : domicile/territorialisation/gradation des soins/coopération/logique de parcours ambulatoire.

### Quel regard portez-vous sur le fonctionnement actuel de la régulation de l'ONDAM ?

- ❖ Une régulation de l'ONDAM sur des bases erronées, **la régulation repose sur les données déclaratives et non sur du « définitif comptable »**.
- ❖ La régulation prix-volume prévue dans l'ONDAM conduit à une **gestion automatique à la baisse des prix et tarifs hospitaliers** (niveaux très bas et gel prolongé en libéral, baisse des tarifs hospitaliers en sanitaire), cela permet la maîtrise des dépenses mais reste déconnecté de la réalité des producteurs de soins. Maîtriser la dépense est nécessaire mais **sous-payer durablement les prestations est irresponsable** (paupérisation des différents producteurs de soins et dé crédibilisation des discours sur la qualité des prestations).
- ❖ **La régulation actuelle est orientée par l'offre,**
- ❖ **Le chantier pertinence a été largement sous investi** et il est bienvenu que les travaux soit relancés. L'objectif est d'actualiser la version de l'atlas ministériel sur le sujet des atypies de consommations hospitalières en 2018.  
**Pour la FEHAP : l'enjeu est maintenant de remettre la régulation prix volume dans un cercle vertueux avec une approche de la pertinence des soins et des actes.** Payer le juste soin, le service rendu avec en contrepartie plus d'exigences sur la qualité, la pertinence et certaines missions.
- ❖ A noter que dans le système actuel les **incitatifs via les tarifs sont quasiment illisibles pour les acteurs**. Avec une enveloppe fermée (ONDAM) cela conduit par péréquation à prélever sur les autres activités et aboutit à un financement « à perte » de certaines activités ; par exemple la croissance des molécules en sus a ainsi été « subventionnée » par les séjours hospitaliers sans que ce soit bien identifié par les acteurs.
- ❖ Pour la FEHAP, les **autorités publiques ont surinvesti la dimension tarifaire de la régulation**, alors que la planification et l'évaluation de la qualité composent, avec le financement, une prise en compte de ces trois dimensions permettrait une régulation plus efficace. Avec un intérêt d'une **approche plurielle de la régulation**.
- ❖ La **confusion de rôle et de responsabilités entre régulateur et financeur** d'une part, et **d'opérateur** d'autre part dans le domaine de la santé, est un mélange de registres qui affaiblit l'impact de la régulation. En effet, les liens très forts établis entre les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et les Agences Régionales de Santé comportent le réel inconvénient d'accentuer la confusion existante des rôles de régulateur et d'opérateur ;

### Avez-vous des propositions pour favoriser l'amélioration de la régulation dans le secteur hospitalier ? Et plus globalement ?

- ❖ Partager des **efforts de la réserve prudentielle avec la médecine de ville** (disposition à introduire dans le prochain PLFSS).

Il s'agit d'une demande constante de la FEHAP de rééquilibrage des efforts avec une proposition d'amendement portant création d'un mécanisme de mise en réserve

prudentielle sur la médecine de ville, Ce mécanisme permettrait par exemple. d'échelonner la libération progressive des mesures conventionnelles et d'en conditionner la mise en œuvre à la structuration d'une offre territorialisée et en exercice regroupé,

#### ❖ Régulation et fongibilité

**A réfléchir de manière plus transversale** pour l'accompagnement pragmatique par les ARS, sur le terrain, des opérations de transformation de l'offre de premier recours, hospitalière et médico-sociale.

Lors de la dernière commission des comptes de la sécurité sociale du 6 juillet dernier, la FEHAP a proposé **d'engager une fongibilité plus souple et large qu'aujourd'hui**. En ce sens, les ARS pourraient faire évoluer de leur propre initiative, dans le cadre de la mise en œuvre des PRS II et de la stratégie nationale de santé, **l'affectation d'une enveloppe spécifique prise sur l'ensemble du champ (sanitaire, médico-sociale et ambulatoire) pour accompagner, de manière transparente, des projets restructurants.**

#### ❖ Veiller, même si l'exercice est complexe, à ne pas aggraver la complexité des modèles tant des modes de tarification que de régulation.

Le modèle de financement doit permettre un financement de la qualité et de la sécurité des soins, en cohérence avec les stratégies et les besoins des territoires.