



Sujets d'examens

UM, UFR, IPAG, M2, 2018-2019, Semestre 2

Les sujets sont fournis à titre indicatif et ne sauraient engager l'équipe pédagogique sur un type précis de sujet.

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M. PEYRAT

M2S
Sem 2

①

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les contrats pluriannuels d'objectif t de moyen

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

M2S
Sem 2
C

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le carnet de santé numérique

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

M2S
Sem 2
③

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les pôles d'activité dans les établissements publics de santé

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

M2S
Sem 2

6

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les coopérations de point, les groupements de coopération sanitaire (GSC)

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

M2S
Sem 2
⑤

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les coopérations de point, les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

H 2 S
Sem 2
⑥

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le directeur d'hôpital

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

M2S
Sem2

⑦

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les rôles respectifs du conseil de surveillance et du directeur dans les établissements publics de santé

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

H2S
Sem2
②

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ La commission médicale et d'établissement et son président dans les établissements publics de santé

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

H2S
Sem 2
③

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les communautés professionnelles territoriales de santé

Ou

2/ voir texte

MASTER 2 AEPS

12 avril 2019

M.PEYRAT

H2S
Sem 2
10

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les différents statuts des personnels médicaux dans les établissements publics de santé

Ou

2/ voir texte

2018/2019

EXAMEN

M2 SANTE

2^{ème} semestre

LUNDI 08 AVRIL 2019

9H – 13H salle 109

GESTION ADMINISTRATIVE DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Mme Valerie BRUNIER

SUJET :

Droit hospitalier :

**La qualité de vie au travail dans les hôpitaux en
France est-elle conciliable avec la maîtrise des
dépenses?**

425
Sem 2

2018/2019

EXAMEN

M2 SANTE

2^{ème} semestre

MARDI 09 AVRIL 2019

9H – 13H salle 109

*GESTION ADMINISTRATIVE DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE*

Mme Marie-Agnès PINCIN

SUJET :

Finances hospitalieres :

" A l'aide de vos connaissances et du fonds documentaire, vous présenterez le financement des hôpitaux : enjeux et perspectives. "



COMMUNIQUE DE PRESSE

Paris, le 26 février 2019

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé annonce la plus forte hausse du financement de l'activité des établissements de santé depuis 10 ans, pour accompagner la transformation dans laquelle ils sont engagés.

Les tarifs et dotations des établissements de santé pour l'année 2019 seront arrêtés dans les prochains jours, et seront en progression de 0,5% pour 2019, interrompant le long cycle de baisse des tarifs de ces dernières années. La ministre des Solidarités et de la Santé a souhaité adresser un signal fort aux acteurs hospitaliers, en reconnaissance des efforts accomplis et de leur engagement dans la démarche de transformation du système de santé à travers, notamment, le projet de loi qui sera prochainement débattu au Parlement.

La campagne tarifaire s'inscrit dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui prévoit une progression des ressources allouées aux établissements de santé de +2,4% en 2019, soit près de 2Md€ supplémentaires, portant le total des dépenses d'assurance maladie au titre des établissements de santé à 82,7Md€.

L'enveloppe de financement des établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), incluant les tarifs, le financement à la qualité et la forfaitisation du financement de certaines pathologies chroniques, progressera de +0,5%.

Dans le détail, l'évolution des tarifs hospitaliers sera positive, en progression de +0,2%. Cette évolution des tarifs hospitaliers tient notamment compte d'une évolution globalement modérée de l'activité hospitalière. En sus de ces tarifs en hausse de +0,2%, une enveloppe de 200M€, soit quatre fois plus qu'en 2018, sera répartie entre les établissements sur des critères de qualité de la prise en charge. Il s'agit d'une première étape pour le financement à la qualité, qui sera consolidée et largement amplifiée sur les exercices à venir.

Conformément aux engagements de la ministre, les moyens alloués à la psychiatrie seront également renforcés. La dotation de financement (DAF) des établissements psychiatriques progressera de +1,6% en 2019. Cela représente 100M€ de crédits pérennes supplémentaires pour permettre à la fois d'engager les transformations nécessaires sur ce champ et de réduire les inégalités territoriales existantes. Les tarifs des établissements psychiatriques privés seront également soutenus en 2019, du fait de l'intégration dans les tarifs de ces établissements des crédits alloués en fin d'année 2018.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, la dotation aux établissements de SSR progressera de +1,3% en 2019, afin d'accompagner le développement des établissements en période transitoire avant la mise en œuvre de la réforme du financement de ces activités. Les tarifs des établissements privés seront stables après prise en compte des effets de périmètre, qui concernent principalement, sur ce champ également, la mise en place d'un financement à la qualité.

4/23

Comme chaque année, des réserves sont constituées en début d'année et ont vocation à être libérées en cas de respect des objectifs de dépenses. Pour 2019, le coefficient prudentiel appliqué sur les tarifs hospitaliers est fixé, comme en 2018, à 0,7%.

La reprise des effets du crédit d'impôt de taxe sur les salaires est poursuivie en 2019, pour les établissements en bénéficiant, à hauteur de 20% supplémentaires, ce qui représente un impact sur les tarifs de ces établissements de l'ordre de 0,3%.

Les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) connaissent en 2019 une progression identique à celle de l'ONDAM établissements de santé, soit +2,4%.

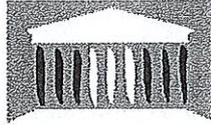
La campagne tarifaire 2019 sera également l'occasion d'amplifier la politique volontariste menée en faveur de l'ambulatoire en levant les derniers freins tarifaires au développement de ces prises en charge en établissements de santé avec un soutien particulier également pour les prises en charge innovantes telles que la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

Enfin, comme chaque année, les tarifs de certaines activités bénéficieront d'un taux plus favorable que le taux moyen d'évolution des tarifs MCO afin d'en soutenir le développement. Il s'agit notamment de l'hospitalisation à domicile, dont les tarifs augmenteront en 2019 de +1,3% avant effets de périmètre.

La ministre des solidarités et de la santé rappelle que ces évolutions s'inscrivent dans le cadre d'un chantier majeur de réforme de la tarification des soins et de la régulation des dépenses de santé qui a fait l'objet d'un rapport remis par Jean-Marc Aubert au mois de janvier et dont les grandes orientations sont en cours de concertation. Ce chantier trouvera sa pleine traduction dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Contact presse

Service de presse de Mme Agnès Buzyn : 01 40 56 50 49 sec.presse.solidarites-sante@sante.gouv.fr



N° 1767

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé,*

VOLUME I

AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

PAR Mme STÉPHANIE RIST et M. THOMAS MESNIER,

Députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1681 et 1762.

4/23

À ces nouvelles modalités d'accès, fait écho le nouveau déroulement des études de santé. Il s'agit notamment de la mise en place d'enseignements communs à plusieurs filières qui sera davantage encouragée afin de relever l'objectif de soins mieux coordonnés. Sans une formation initiale adaptée, cette aspiration des nouvelles générations de professionnels de santé ne pourra en effet se concrétiser.

Enfin, le projet de loi vise à supprimer le *numerus clausus* afin d'adapter l'offre de formation aux besoins territoriaux de santé. Cette évolution suppose la mise en place d'un dialogue entre universités et agences régionales de santé, non seulement pour adapter le flux des étudiants à former mais plus encore pour faciliter une meilleure répartition des futurs médecins sur le territoire.

Le gage d'une prise en charge de qualité passe également par un meilleur accompagnement des professions de santé dans le cadre de la formation continue. Dans la lignée du rapport remis par le professeur Serge Uzan, le texte ouvre la voie à la certification périodique des médecins en vue de favoriser une mise à jour continue de leurs compétences. Chacune des personnes ou des organisations auditionnées a souligné la nécessité de davantage accompagner les médecins dans la montée en compétences et dans l'actualisation des connaissances. La mise en place de la certification est tout d'abord cohérente avec la réforme des études médicales qui entend davantage s'appuyer sur les compétences et les parcours des étudiants. Dans un monde où l'évolution des connaissances et de la pratique est aujourd'hui bousculée par l'irruption du numérique et l'intelligence artificielle, il importe aussi aux praticiens, déjà installés, d'adapter leur art.

• Une offre de soins au service des patients et des citoyens, c'est aussi une offre de soins structurée et graduée sur les territoires, dépassant les clivages ville/hôpital, public/privé. Tous les acteurs doivent désormais s'associer sur le territoire, pour permettre à chacun d'avoir facilement accès à la fois au premier recours, dans une logique de proximité, et à des soins spécialisés de haut niveau, en toute sécurité.

Le projet territorial de santé, créé par l'article 7, permettra la formalisation de cette coordination entre la ville et l'hôpital, et d'accélérer les projets communs qui fleurissent déjà sur nos territoires, mais de manière trop marginale.

Les articles 8 à 10 du projet de loi concrétisent cette promesse d'une réponse aux besoins de santé adaptée et graduée. L'article 8, en recréant de véritables établissements de santé de proximité, dont les premiers seront labellisés dès 2020, est la garantie d'une offre de premier recours accessible et coordonnée sur tout le territoire. L'article 9, qui porte la réforme des autorisations, est le gage de la qualité et de la sécurité de l'offre spécialisée. L'article 10, enfin, permettra une organisation plus pertinente de l'offre hospitalière publique sur le territoire, en renforçant l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la place de la stratégie médicale au sein de ces GHT.

La mesure proposée a pour objectif d'introduire dans le code de la santé publique un cadre de définition rénové des hôpitaux de proximité, à partir des missions qu'ils exercent. Il s'agit d'un modèle spécifique d'organisation de l'hôpital, ouvert vers son environnement et fonctionnant en lien avec les professionnels de ville, vers lequel devront tendre ces établissements. .

Le nouvel article L. 6111-3-1 énonce tout d'abord les missions des hôpitaux de proximité. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, et contribuent à la prise en charge des patients, dès lors que le cadre hospitalier est nécessaire et pertinent. Ils orientent également les patients vers des établissements plus spécialisés lorsque leur état de santé le nécessite. Ils constituent à ce titre une ressource pour les acteurs du territoire en contribuant à la continuité des parcours.

Les hôpitaux de proximité constituent un trait d'union entre la médecine de ville et le milieu hospitalier, qui s'appuie notamment sur un exercice partagé des professionnels. Les hôpitaux de proximité partagent avec les professionnels de santé ambulatoires une responsabilité territoriale. L'ensemble de leurs missions, d'appui, de prise en charge, comme de prévention, sont assurées en coopération avec les acteurs de santé et médico sociaux du territoire, dans le respect des principes fondamentaux de pertinence, qualité et sécurité des soins. L'organisation de ces missions partagées sera traduite dans le projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé.

La spécificité des hôpitaux de proximité est de se concentrer sur les activités de proximité. Le nouvel article L. 6111 3 1 porte ainsi sur les activités de soins des hôpitaux de proximité. Certaines de ces activités seront obligatoires, comme l'activité de médecine, ou l'offre de consultations de spécialités, par des professionnels de ville ou dans le cadre de la mise en place de consultations avancées.

L'exercice d'autres activités dépendra des besoins spécifiques de la population et des territoires, comme la médecine d'urgence. En revanche, les activités de chirurgie et d'obstétrique ne pourront être exercées par ces établissements.

L'article précise que les hôpitaux de proximité peuvent être des établissements de santé publics ou privés, mais également des sites géographiques de ces établissements, afin de pouvoir labelliser des structures hospitalières qui répondent à la définition d'hôpitaux de proximité indépendamment de leur statut.

Enfin, dans un souci de cohérence et d'articulation avec les ordonnances à paraître sur les hôpitaux de proximité, ce nouvel article L. 6111-3-1 à une date ultérieure définie par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

Un amendement du rapporteur a également permis de rétrécir le champ de l'habilitation, en retirant le financement des futurs hôpitaux de proximité du

Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères

Zeynep Or (Irdes)
Thomas Renaud (Irdes)

DT n° 23

Mars 2009

En fait, la T2A comme mode de paiement n'a aucune vocation à assurer une couverture optimale des besoins ni à améliorer la qualité des soins. Au contraire, il est nécessaire de prévoir des mécanismes régulateurs additionnels pour garantir la qualité des soins et un accès territorial équitable, comme cela a été fait aux États-Unis (voir ci-dessous, section 5.1). D'autre part, les incitatifs fournis par une tarification basée sur les coûts moyens sont théoriquement neutres sur le niveau d'optimalité de la couverture de soins (à condition qu'ils reflètent bien les coûts réels des établissements). La capacité de canaliser les ressources là où il y en a besoin dépend davantage du pouvoir de négociation des acheteurs/financeurs.

3. Les effets pervers possibles de la T2A

L'application d'une T2A peut induire des effets non souhaités au départ. À cet égard, il est particulièrement important de prêter attention aux conséquences de la T2A sur la qualité des soins et sur la maîtrise des dépenses de santé.

3.1. Qualité des soins

Rien dans un système de T2A ne permet de présager de l'amélioration de la qualité des soins. Ceci est d'ailleurs aussi valable dans un système de financement par budget global. Toutefois, la T2A est souvent critiquée puisqu'elle fournit, de fait, des incitations directes à réduire le coût des séjours. Or, toute la question réside dans la légitimité de ces réductions de coût. S'il est possible, et souhaitable, d'y parvenir par le biais d'un fonctionnement plus efficient, une autre stratégie possible consiste à réduire les soins fournis aux patients, ce qui peut représenter une manière « d'économiser » aux dépens de la qualité.

On peut compromettre la qualité de soins de différentes manières mais, trois stratégies ont été bien débattues dans la littérature.

Premièrement, les établissements ayant intérêt à raccourcir les séjours, ils peuvent renvoyer les patients à leur domicile prématurément du point de vue clinique. Ainsi, dans tous les pays où la T2A a été introduite, on observe une réduction significative des durées de séjours. Néanmoins, de nombreux pays cherchant à réduire les durées de séjour à l'hôpital, avec ou sans T2A, la question qui se pose alors est de savoir lesquelles de ces réductions de durées sont « légitimes ». Le vrai défi est de pouvoir lier le paiement au patient pour qu'il reçoive les soins adéquats dans le cadre le plus adapté. Ce problème est bien défini par la théorie économique relative aux conséquences d'un système de T2A : lorsque le contenu du service associé à l'objet du paiement est mal défini (les soins fournis dans un séjour de GHM) le producteur tend à diminuer les services fournis dans le cadre du forfait et à transférer la responsabilité (et le coût) sur les autres (*cost shifting*).

Ainsi, aux États-Unis, la baisse de la durée de séjour à l'hôpital s'est accompagnée d'un accroissement démesuré des soins de suite et des soins à domicile (Newhouse, 2003). Il est donc important d'assurer un système de financement cohérent entre les différents modes de prises en

charge pour un même épisode des soins pour éviter ce phénomène de vases communicants (Cash *et al.*, 2003).

Les systèmes de santé 'intégrés', comme en Angleterre (NHS) où les généralistes assument la responsabilité totale, y compris financière, de la coordination de tous les soins fournis à leurs patients, quel que soit le cadre (à l'hôpital, dans les centres de soins et à domicile...), sont mieux armés pour atteindre ce défi. En Angleterre, le ministre de la Santé essaie également de « décomposer » la trajectoire des patients en séparant les parts relatives au diagnostic, à l'admission en court séjour, à la réhabilitation, etc. et en ajoutant des « sous-GHM » pour chacun de ces segments de l'épisode (Street *et al.*, 2007). En revanche, en France comme aux États-Unis, les médecins n'assurent pas la responsabilité de la coordination globale des soins et le financement des dépenses hospitalières est indépendant de celui des soins de ville.

Par ailleurs, dans ce contexte, la différence de champ dans la définition du contenu des soins affectés aux séjours entre les secteurs public et privé en France est un problème, car cela peut inciter les établissements privés à externaliser au maximum les examens et consultations diagnostiques ou pré-opératoires qui sont financés séparément sur l'enveloppe ambulatoire.

Une deuxième stratégie de réduction de la qualité des soins peut consister, pour les établissements de santé, à identifier à l'avance (avant l'admission) les patients pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte au sein du tarif GHM et éventuellement décourager l'admission des autres patients moins « rentables » (phénomènes d'aversion au risque et de sélection des patients). Cela résulte de la variation des prises en charge spécifiques des patients au sein d'un même GHM et donc de l'hétérogénéité des coûts réels derrière un même tarif GHM. Les établissements peuvent aussi décider, en amont, d'éviter de se spécialiser dans les pathologies où la variation de *case-mix*³ est importante : cela a été bien démontré aux États-Unis où une grande partie des établissements a décidé de fermer ses services d'urgence entre 1983 et 1986 (Scanlon, 2006). Ce type de comportement est peu probable en France pour les établissements qui doivent satisfaire à une mission de service public et ceux qui ont une obligation de fournir les soins d'urgence à tous les patients (dont certains sont privés). Par contre, les autres établissements privés ont, en théorie, de fortes incitations financières à cibler les patients les moins graves ou pour lesquels le traitement est bien standardisé.

Troisièmement, les expériences étrangères montrent que la T2A entraîne un comportement de codage opportuniste (*upcoding*), au moins à court terme. Cela peut inciter également les établissements à fournir des soins ou des prestations inutiles afin de classer certains patients dans des GHM plus rémunérateurs. Ces codages fallacieux peuvent être repérés et corrigés à moyen ou long terme grâce à des contrôles efficaces.

³ Le *case-mix* désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés.

3.2. Maîtrise des dépenses

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 l'activité médicale. 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). D'autre part, 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.

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.

4. Les défis pour la mise en place d'une T2A

La qualité des données servant à la construction à et à l'application de la T2A, ainsi que les choix de classification et de méthode effectués, sont essentiels à son bon fonctionnement. Les deux éléments essentiels dans ce contexte sont les règles de la construction des GHM et le mode de calcul des coûts (sources de données employées, méthode de calcul, définition et prise en compte des séjours extrêmes). Une autre source de différence entre systèmes peut provenir du lien opéré entre les coûts et les tarifs. Nous dressons, ici, un bref récapitulatif des différentes options possibles et de leurs conséquences en termes d'incitation à l'efficacité.



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Rapport final

Modes de financement et de régulation

Jean-Marc AUBERT – Directeur de la DREES

| Description de la cible

Les modes de financement doivent nécessairement s'adapter à l'organisation souhaitée de la production des soins, aux évolutions épidémiologiques, à l'état de l'art médical et aux technologies.

En ce qui concerne l'organisation des soins, nous avons retenu le scénario de rupture du HCAAM qui correspond à peu près au type d'organisation des soins que mettent en place la plupart des pays européens, un réseau de soins de proximité structuré dont l'activité se coordonne avec des établissements de soins recentrés sur leurs missions de recours et d'expertise.

Les évolutions épidémiologiques, vieillissement et forte croissance des pathologies chroniques, conduisent à privilégier l'incitation à une prise en charge au long cours du patient intégrant une activité de prévention des complications.

Enfin, il est essentiel que les modes de tarification et surtout leurs paramètres, nomenclatures et tarifs, s'adaptent à un rythme suffisamment rapide pour favoriser l'adoption des innovations et l'abandon de pratiques dont les impacts ont été jugés inférieurs à d'autres (mortalité, morbidité, besoins de soins de suite, ...).

L'élaboration de la tarification doit par ailleurs prendre en compte les difficultés intrinsèques au fonctionnement du système de santé et de la couverture assurantielle et solidaire des soins.

La première difficulté est l'asymétrie d'information qui existe tant entre le patient et les professionnels de santé qu'entre le financeur ultime et ces derniers. En effet, même si des indicateurs sont développés, il est en fait très difficile tant pour le financeur ultime, l'Etat et l'assurance maladie, que pour le patient de s'assurer pleinement tant de la qualité que de la pertinence des soins. En effet, les résultats ne sont pas souvent très observables et, quand ils le sont, souvent accompagnés d'aléa lié à l'état du patient.

La seconde difficulté est l'aléa moral. Afin de favoriser l'accès égal au soins, plus de 90% des dépenses sont couvertes par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dont plus de 75% par le seul secteur public. Cela évite que le coût des soins soit un frein pour nos concitoyens pour bénéficier de la meilleure santé possible, ce qui est un acquis fondamental. En revanche, cela a un inconvénient que le système de financement doit prendre en compte : le niveau des coûts intervient peu dans les choix des parties prenantes, alors qu'il paraît souhaitable que quand des alternatives existent, à niveau de qualité égale, il faut favoriser la moins coûteuse. Ainsi, des mécanismes spécifiques doivent être mis en place pour favoriser de tels choix.

Notre recommandation est donc, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays, de mettre en place une tarification mixte pour l'ensemble des producteurs de soins, complétée par un système de régulation microéconomique et macroéconomique.

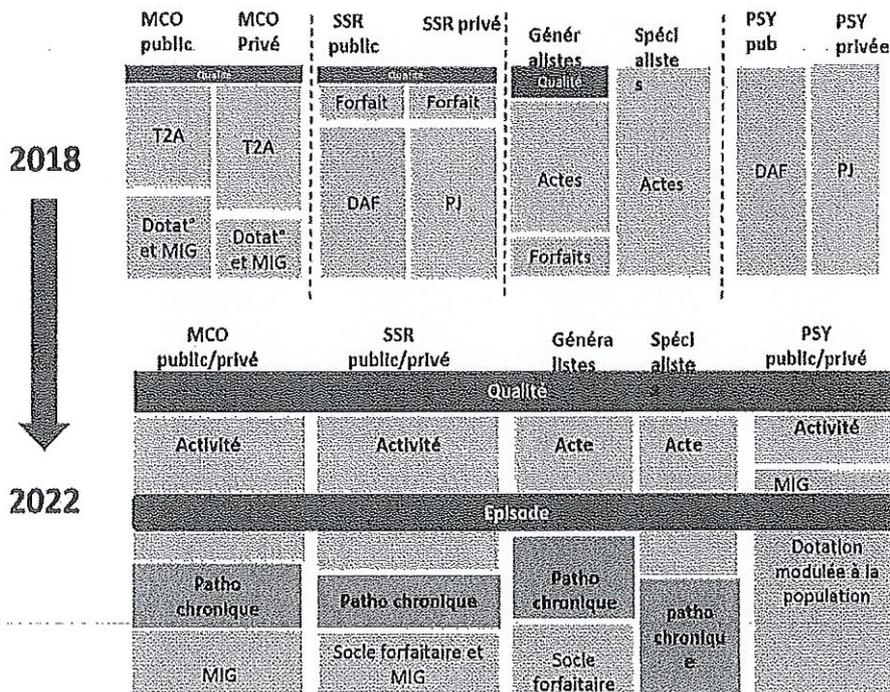
Concrètement, nous proposons que :

- **La tarification à l'acte ou à l'activité soit combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaire pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques.** La France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80% d'un paiement à l'acte. Cette proportion atteint au maximum 50% dans les autres grands pays. Cette évolution est logique car il s'agit moins de payer des actes que de suivre, au long cours, des patients. Pour l'hôpital la situation est plus contrastée. En effet, en tant que structure de recours, l'hôpital doit être incité à la productivité pour éviter la création de files d'attente. La proportion de tarification à l'activité doit donc être plus importante pour atteindre cet objectif, mais les

autres modes de paiement (épisode, forfait par ex) permettent de recentrer les acteurs de soins sur le suivi, la prévention et la coordination des soins.

- **La tarification à la qualité (mesurée sous forme de résultat), incitatif majeur pour les professionnels et une garantie pour le patient, doit être généralisée.** Déjà présente pour les médecins généralistes à travers la ROSP et plus marginalement pour les structures MCO et SSR, le paiement à la qualité aura vocation à englober l'ensemble des producteurs de soins (psychiatrie, médico-social).
- **La structuration des soins de ville doit être favorisée pour engager la réorientation des pratiques et l'amélioration du suivi des patients chroniques et réduire les hospitalisations.** Cette structuration ne peut être du seul apanage des mesures de financement et demandera une cohérence de l'action publique durant plusieurs années et dans plusieurs domaines (numerus clausus, système d'information, simplification du droit).
- **Les nouveaux modes de rémunération incitent à une plus grande pertinence des actes et différentes prescriptions.** La France reste à un niveau de consommation de médicaments par habitant élevé au regard des autres pays, et de nombreux recours ne sont pas justifiés (ex. antibiotiques). Les examens de biologie ou d'imagerie sont nombreux et parfois redondants, et les dépenses de transport semblent plus dynamiques que justifiées.

Ces orientations permettent de proposer la cible suivante en matière de financement du système :



Cette évolution des modes de tarifications sera complétée par une revue des nomenclatures et des procédures. Les points importants de notre système, notamment les accords conventionnels, la prise en charge des missions de service public et des contraintes liés à certains statuts seront conservées. En particulier, si une convergence des modalités de rémunération entre public et privé pourra être recherchée, les spécificités respectives de ces secteurs seront prises en compte.

14/23 85

FACTURATION

Rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital

Dans notre système français de prise en charge des frais de soins par l'Assurance maladie, la T2A et la FIDES ont sans aucun doute apporté du sens à la facturation hospitalière avec d'une part l'application de tarifs unitaires médicalisés et d'autre part une relation directe avec tous les payeurs de soins. Pour autant, des questions majeures restent sans véritable réponse. En premier lieu celle de la neutralité des tarifs, en second lieu celle de la complexité, et donc du coût, de la facturation.

Pour ce qui concerne les soins externes, eu égard au montant des tarifs facturés, ces deux questions sont liées. En effet, on sait de longue date que les tarifs de ces activités, issus de négociations conventionnelles avec la médecine libérale, couvrent très imparfaitement les frais de soins hospitaliers aux urgences comme en programmé¹. Par ailleurs, l'application du tiers payant en ambulatoire via une facturation directe à l'AMO comme à l'AMC demeure d'une complexité inouïe au regard des enjeux financiers, complexité accrue avec la création fréquente de nouveaux tarifs et forfaits.

A cet égard, les gestionnaires de l'hôpital ont le sentiment que leur organisation n'est pas traitée à l'égal de celle des professionnels de santé de la ville, tant du point de vue de la couverture des charges de fonctionnement des consultations que du point de vue de l'application du tiers payant.

DES QUESTIONS TARIFAIRES RESTENT EN SUSPENS

Dans un rapport de 2012² l'inspection générale des affaires sociales indique que « La tarification des actes et consultations externes réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. ». Elle ajoute que « rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous rémunérée ». L'inspection recommande d'ailleurs « une affirmation plus forte et plus claire du principe de neutralité tarifaire » en ce domaine.

Il ne faut pas oublier que les médecins libéraux ne sont plus rémunérés par le seul tarif des actes réalisés mais aussi par des majorations (de prise en charge des personnes en ALD, des personnes âgées, ...), ces dernières n'étant pas applicables en secteur hospitalier public à quelques exceptions près.

Une refondation sur la base du paiement à l'acte

Pour ce qui concerne les soins externes programmés, à côté du paiement à l'acte, un financement de la structure pourrait être envisagé sur des bases forfaitaires, à l'instar du financement des maisons de santé pluri-professionnelles ou des centres de santé. Ce financement regrouperait des MIG existantes telles que les consultations mémoire, les consultations de centre de référence, ... Il ferait l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs d'activité, financiers et populationnels. Ces indicateurs pourraient également inciter à des mutualisations de moyens (en secrétariat médical, en infirmiers, ...) et à la dématérialisation des processus de rendez-vous et compte rendus d'examen.

Ou bien, comme le recommandait déjà en 2012 le rapport précité, il s'agirait de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics. Ou bien encore, dans la continuité des réflexions actuelles de la Task Force chargée de proposer de nouveaux modes de financement pour la transformation du système de santé, il pourrait aussi être proposé de mettre en place des forfaits hospitaliers pour financer la

Camille DUMAS
Directeur des affaires
financières
Hospices Civils de Lyon
Olivier WERY
CNEH

(1) Consultations externes hospitalières : la "danseuse" de l'hôpital. *Revue Hospitalière de France*, N° 542, Octobre 2011

(2) *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*. Inspection générale des affaires sociales, Mars 2012

prise en charge de certaines pathologies chroniques tenant compte de la file active de patients, quel que soit son mode de prise en charge. Cette nouvelle approche aurait le mérite de mettre un terme à l'insécurité juridique actuelle que représente toujours la circulaire frontière. Il serait également mis fin à l'empilement successif de nouvelles prestations facturables créées pour compenser l'insuffisance de rémunération des soins externes à l'hôpital, à l'instar du forfait prestation intermédiaire ou du forfait APE.

Pourquoi pas une nouvelle échelle de tarifs ACE propre aux établissements Ex-DG ?

En dehors de la biologie et de l'imagerie, deux activités finement décrites par la NABM et la CCAM et où le processus de cotation est bien maîtrisé, pourquoi ne pas créer une échelle tarifaire homogène mais simplifiée qui distinguerait par exemple la petite chirurgie des urgences, les consultations programmées complexes ou très complexes, avec coordination, etc. ?

Cette échelle, qui nécessiterait une étude de coût spécifique, remplacerait d'ailleurs une tarification peu lisible pour les hospitaliers ce qui rejoindrait les préoccupations en terme de coût de la collecte et de la facturation des actes.

LA FACTURATION DES SOINS S'AVÈRE TROP COMPLEXE ET COÛTEUSE

Un tiers payant couteux à appliquer

Il suffit de passer en revue les étapes du processus de facturation et de décompter le nombre d'intervenants spécialisés pour se convaincre que le temps et l'énergie consacrés à la constitution d'une facture de soins externes et à son recouvrement sont démesurés. Qu'en sera-t-il lorsque l'activité des urgences sera en FIDES, c'est-à-dire lorsque la permanence des soins avec son cortège de précarités, d'aléas et de contraintes de fonctionnement devra faire l'objet d'une facture individuelle ?

La crainte d'un accroissement important des charges de travail administratif a pesé pour beaucoup dans la décision de reporter la généralisation du tiers payant en ville, malgré un cadre de facturation à l'AMO simplifié et sécurisé : garantie de paiement sur la base des droits de la carte Vitale, système ADRI (équivalent de CDRi).

Sans parler de généraliser le tiers payant AMC : les professionnels libéraux craignent à raison de connaître ce que les hôpitaux et centres de santé constatent tous les jours c'est-à-dire traiter avec de multiples interlocuteurs (mutuelles, assurances, organismes de prévoyance, opérateurs techniques) pour passer convention, recycler de nombreux rejets liés aux droits, consacrer du temps à la lecture de cartes papier peu explicites, ...

Si la question du coût de la facturation des soins se pose avec beaucoup d'acuité pour les soins externes, du point de vue strictement économique compte tenu des montants à facturer, elle n'en demeure pas moins pertinente pour la facturation des hospitalisations.

A titre de repère sur les coûts de facturation hospitaliers, d'après la base d'Angers, le coût du dossier traité par la fonction « accueil et gestion des malades » (il s'agit d'un coût non complet) est évalué en moyenne à un peu plus de 8€ (référentiel 2015). Soit pour un important centre hospitalier qui prend en charge cinquante mille hospitalisations et deux cent cinquante mille consultations un coût total de plus de 2,4M€, soit 0,6% de son budget, dont 98% en frais de personnel.

Si l'on comprend bien l'intérêt pour l'assurance Maladie de mieux connaître l'activité hospitalière à travers les GHM et les actes CCAM, ne pourrait-on pas simplifier la collecte et la transmission des données ainsi que le paiement des tarifs correspondant ? En particulier là où les enjeux financiers sont moindres, c'est-à-dire en soins externes.

Libéraux ou hospitaliers, les préoccupations sur la mise en œuvre du tiers payant se rejoignent

Avec la généralisation du tiers payant à terme dans le secteur des soins de ville, les

17/23/20

modalités de facturation et de paiement des soins sont appelées à converger. Les propositions d'un récent rapport écrit à deux voix par l'AMO et l'AMC, les souhaits des professionnels de santé libéraux font écho à ceux des hospitaliers³:

- le tiers payant doit préserver le temps médical et non médical;
- l'établissement ne doit pas supporter le risque financier lié au tiers payant;
- le paiement de l'établissement de santé doit être rapide (ce qui est déjà le cas en FIDES ACE);
- le suivi des paiements à l'établissement de santé doit être simple;
- l'établissement de santé doit bénéficier d'une assistance facilement accessible et d'un accompagnement dédié;

(3) Rapport conjoint de l'assurance Maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé. 19 février 2016.

Le tiers payant par l'hôpital doit être simplifié et sécurisé

Les solutions adoptées par le projet SIMPHONIE pour simplifier et sécuriser le tiers payant portent exclusivement sur le processus, dans le cadre d'un système à la structure complexe inchangée. Il s'agirait de reposer les bases d'un tiers payant à l'hôpital qui concilierait accès aux soins (une valeur chère aux yeux des hospitaliers), simplicité de mise en œuvre et sécurité financière. S'il est grand besoin de rénover le tiers payant par l'hôpital, c'est donc tant en ce qui concerne les modalités de son application, qui nécessitent une redéfinition du calcul de la répartition entre AMO et patient, les garanties qui peuvent y être attachées et la transmission des factures.

Une application du tiers payant simplifiée

Fondamentalement, une transformation en profondeur du principe du ticket modérateur est amenée à voir le jour dans les prochaines années. Si l'arrivée du virage numérique et digital en santé permet d'entrevoir des gains structurels sur la fonction admission-facturation-recouvrement chez les établissements de soins autant que chez le payeur, il ne peut être fait l'économie d'une réflexion plus globale sur la redéfinition et la simplification des règles de partage des frais de santé à l'hôpital entre l'AMO et l'AMC, en plaçant une fois de plus le patient au centre des préoccupations.

Avec la probable montée en charge des prises en charges au parcours et la mort programmée à compter de 2020 du tarif de prestation journalière (TJP), sur la base duquel est calculé le ticket modérateur en hospitalisation, on trouve l'opportunité, pour ne pas dire la nécessité, de refondre les règles de calcul du ticket modérateur, de l'application du forfait journalier et du ticket modérateur forfaitaire.

Pourquoi ne pas envisager un paiement AMO intégral sans rien à la charge du patient lorsqu'il se trouve dans certains parcours ou épisodes de soins ou sur la base de certains critères individuels (tel que l'âge) ou de prise en charge (sur la base du GHM) ?

En hospitalisation, 60 à 70% des assurés pris en charge par l'Assurance maladie sont d'ores et déjà pris en charge avec une exonération de ticket modérateur, pour ALD le plus souvent, pour acte exonérant ou pour invalidité.

Si le principe d'une participation de l'assuré à ses frais de soins à l'hôpital doit demeurer, la révision des critères et des taux de prise en charge, servant à calculer la contribution de l'AMO et le ticket modérateur, constitueront un chantier incontournable pour sortir de la complexité actuelle, fruit de l'histoire de la couverture des soins de santé à l'hôpital. Dans ce cadre, l'introduction d'une forfaitisation du ticket modérateur constitue peut-être une évolution prometteuse.

Vouloir rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital s'inscrit pleinement dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 ». Cet objectif ambitieux doit être entrepris en cohérence avec les programmes inscrits dans le plan de transformation selon une approche transversale et non plus en silo ainsi que dans le respect des principes fondamentaux qui gouvernent la prise en charge globale des patients à l'hôpital :

- garantir l'égalité d'accès aux soins et supprimer les renoncements aux soins pour des raisons financières en raison du reste à charge à l'hôpital ;
- rendre le patient acteur de sa prise en charge en simplifiant les parcours patients et en réduisant les délais d'attente du patient à l'hôpital liés aux procédures administratives ;
- offrir de nouveaux services numériques et digitaux aux patients : dossier médical partagé, espace numérique santé, prise en rendez-vous, admission et paiement en ligne.

Une application du tiers payant sécurisée par des garanties de paiement

Tenus de pratiquer le tiers payant et d'assurer la permanence des soins tout en étant à l'équilibre économique, les établissements hospitaliers doivent bénéficier de garanties de paiement de la part des tiers payeurs AMO comme AMC. En effet, les établissements, de plus en plus contraints en terme de trésorerie alors que le système de financement se complexifie, ne doivent plus supporter les risques financiers à court terme comme à plus long terme inhérents à ce service rendu aux assurés pour favoriser leur accès aux soins.

En ce qui concerne le paiement des soins externes par l'AMO, le non-respect du parcours de soin par l'assuré ne doit plus être un motif de rejet, les établissements pouvant être payés intégralement comme c'est actuellement le cas dans le secteur libéral depuis le 1er janvier 2017. Par ailleurs, il s'agirait, également à l'instar de la ville, de faire disparaître les rejets de l'AMO liés à des questions de droits bien que ces droits ne soient pas à jour (ouverture et nature des droits, mutations de régime, ...), sous réserve de la lecture de la carte Vitale ou de la consultation de CDRI. Ces garanties relatives aux droits AMO pourraient être sollicitées de l'AMC, sur la base de la lecture des cartes de « mutuelle » et bientôt la consultation d'annuaires de bénéficiaires. Les rejets AMO et AMC ont de moins en moins de sens désormais avec l'instauration de la Protection Universelle Maladie (PUMA), avec la généralisation des contrats collectifs d'assurance complémentaire santé dans les entreprises⁴ et la généralisation de CDRI.

(4) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

Des factures de tiers payant adressées à un tiers payeur unique

Envisagé dans le cadre de la généralisation du tiers payant en ville, un système de payeur unique pourrait être mis en œuvre pour la part des frais de soins. Le principe originel du co-paiement AMO-Patient (assuré par son AMC) demeure mais il n'existe plus qu'un unique flux de facture. Ne s'agissant pas de frais de soins et hors « panier », les prestations de confort pourraient demeurer facturées directement à l'AMC via un flux dédié. Certains représentants de l'AMC ne souhaitent cependant pas un système sans éclatement de flux, craignant de devenir un payeur aveugle, bien qu'existent déjà un système d'entente sur les prises en charge préalables à l'entrée en hospitalisation.

Si la solution est retenue, la question du calcul de la répartition des frais de soins entre AMO et AMC demeure cependant, même en cas de « 100% » notamment en raison du forfait journalier. Ce calcul exige toujours une charge de travail administrative coûteuse pour collecter et vérifier l'information sur les droits.

TARIFICATION & FACTURATION

Dans le n° 114 - Juin 2017

Deuxième rapport de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, animée par Olivier VéranPar Roland CASH

Roland CASH

L'esprit de ce deuxième rapport

Ce deuxième volet des travaux animés par Olivier Véran, sous-titré " **Une nouvelle échelle de valeur** ", est résolument prospectif, n'hésitant pas à entrer dans des analyses techniques détaillées.



Suite à une nouvelle lettre de mission de juin 2016, signée par la Ministre de la Santé, cette phase des travaux a poursuivi les réflexions du premier rapport¹ en s'appuyant de la même façon sur des auditions, des tables rondes, des réunions de travail avec l'administration centrale, et la réunion régulière d'un comité rassemblant des compétences diversifiées (médecins, directeurs, économistes, sociologues...), avec l'assistance de l'IGAS.

Mais alors que le premier rapport restait inscrit dans le référentiel T2A, avec préconisations de mesures ayant vocation à pouvoir être mises en oeuvre rapidement (et cela a été le cas pour certaines d'entre elles, comme la création de la prestation intermédiaire), ce second rapport vise " à s'affranchir du référentiel T2A pour proposer de nouveaux modes de financement des établissements de santé ".

Les constats sont connus : mauvaise prise en compte de la complexité des parcours des patients atteints de maladies chroniques, contrainte budgétaire pesant sur les possibilités d'innovation et d'investissement, prise en compte tardive de ces innovations, coordination insuffisante et cloisonnement des organisations en ville et à l'hôpital, nécessité d'investir davantage dans la prévention, etc.

Ces constats ont été exprimés à de nombreuses reprises dans des rapports officiels ou par les professionnels, " de telle sorte qu'on peut affirmer sans prendre de risque que le financement au parcours de soins d'un malade dans sa globalité, plutôt que soin par soin, à l'acte en médecine de ville, à l'activité en établissement, est un enjeu, sinon consensuel, largement partagé. "

Les évolutions du mode de financement

Sur la base de ces constats, l'idée force est d'associer plusieurs modes de rémunération :

- ♦ Un financement " T2A " pour les séjours " ponctuels ", " simples " ; il est reconnu en effet que le paiement à l'activité est adapté pour les activités standardisées telles que la chirurgie ou la médecine interventionnelle.
- ♦ " Un financement à l'épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds ou des soins médicaux aigus nécessitant une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins et soignants de ville et des professionnels des établissements de soins.
- Un financement au parcours, répondant spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, et impliquant la médecine de ville et la médecine hospitalière. "

Ces deux dernières modalités sont regroupées sous le terme de " paiement intégré ". Les avantages sont connus à travers les expériences étrangères : " ils favorisent la coordination des acteurs, réduisent le taux de

complications et de ré hospitalisations, d'admission en urgence, et tendent à améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Ils constituent un levier majeur pour rompre la logique " en silos " du système de soins et décroiser les différents segments du système de soins, réduire les actes inutiles et redondants, intégrer les stratégies de prévention, renforcer l'efficacité de notre système de santé et améliorer les résultats sur la santé des patients. "

La proposition se veut ambitieuse, les conditions de réussite sont nombreuses, mais elle se veut aussi pragmatique. Il s'agira de tester de tels modes de paiement dans des territoires volontaires avec des acteurs motivés, et de changer de méthode : " Foin des protocoles nationaux chronophages et qui retardent, sinon grèvent les volontés de changement. " Les expérimentations doivent rester souples, en laissant ouvertes plusieurs possibilités pour la structure coordinatrice, en réponse à des appels d'offre lancés par les ARS, en laissant une grande place à l'initiative des professionnels de santé. Dans tous les cas, la liberté de choix du patient serait respectée.

La mesure de la qualité des soins

Un autre axe fort concerne la mesure de la qualité. Il existe en effet le soupçon que le seul accent mis sur les aspects économiques fasse passer au second plan les exigences de qualité. " On doit s'assurer en mesurant la qualité des soins délivrés que le système hospitalier est fidèle à sa mission fondamentale, qu'il est guidé dans son pilotage et son fonctionnement par des objectifs conformes à sa vocation première ", à savoir délivrer des soins de qualité.

Pour disposer d'une information plus pertinente et plus opérationnelle sur la qualité des soins, à destination de l'ensemble des acteurs, à commencer par les patients, il est proposé de refonder la politique de mesure de la qualité, autour de trois piliers :

- Le recueil de l'expérience des patients ;
- Le recueil de l'expérience des soignants ;
- Des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats, pour dépasser les seuls indicateurs de processus ; les difficultés scientifiques et techniques pour mettre en place de tels indicateurs ne sont pas sous-estimées, mais " il convient d'engager dès à présent l'investissement nécessaire pour disposer de ces données. A cet égard, il est proposé d'y consacrer, sous l'égide de la HAS, autant de moyens que ceux aujourd'hui consacrés au développement et à la maintenance des outils de tarification. "

La question de savoir s'il faudra intégrer ces données pour rémunérer les établissements n'est pas tranchée à ce stade, les résultats des expérimentations étrangères de paiement à la performance étant " largement considérés comme décevants ".

Cet axe de proposition reste fondamental, dans la mesure où " on ne lèvera les inquiétudes légitimes que suscite la T2A que si l'on rétablit l'ordre des priorités : tout d'abord bien soigner, ensuite veiller à la bonne utilisation des ressources consacrées aux soins ".

En outre, de tels indicateurs de qualité sont nécessaires pour toute expérimentation d'un financement au parcours ou à l'épisode.

Les propositions thématiques

Plusieurs autres thèmes ont fait l'objet de développements, de nombreuses annexes complétant le rapport, détaillant les travaux menés, permettant de situer les termes de la problématique et d'apporter des éclairages issus des auditions ou d'expériences étrangères. Nous évoquons ici essentiellement les pistes de recommandations.

Investir dans la recherche interventionnelle et l'innovation organisationnelle

Quelques pistes particulières sont soulignées : modification de la méthodologie d'évaluation des innovations organisationnelles ; partage des informations entre les acteurs ; fongibilité des crédits ; mise en place de plateformes régionales d'innovation organisationnelle intégrées, chargées d'accompagner les projets de recherche interventionnelle.

Hospitalisation à domicile

Il s'agit, pour faciliter son développement, de modifier le modèle médico-économique à la base de la tarification, avec notamment plus grande médicalisation de l'information, prise en compte de la coordination dans les tarifs, mécanismes d'ajustement pour tenir compte notamment de l'isolement géographique, et de la précarité.

Accès à l'innovation

Il est proposé de faire évoluer le modèle d'attribution des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), en prenant à nouveau en compte les dépôts de brevets.

Le comité préconise également la mise en place de plateformes régionales d'innovation et de recherche intégrées " qui auront pour mission d'accompagner les projets de recherche, de leur amorçage jusqu'aux dépôts de brevets. " Ces plateformes devront travailler en réseau avec les centres de ressources biologiques, les plateaux d'imagerie moléculaire, et d'une manière générale développer les écosystèmes existants ou en émergence.

En outre, il est observé que " les délais entre la genèse de l'innovation et son intégration dans les tarifs sont excessifs, aussi il apparaît nécessaire de restaurer l'enveloppe de recours exceptionnel, mise en place par la mission T2A. "

Le dispositif du forfait innovation, rencontrant pour le moment peu de succès (seuls trois projets bénéficient de ce dispositif), devrait être simplifié.

Concernant la liste en sus des médicaments, le comité propose une nouvelle approche, avec " la mise en place d'un dispositif spécifique pour les médicaments anticancéreux où l'ensemble des produits anticancéreux sera facturé en sus (liste positive) ; ceci facilitera la gestion et la lisibilité de la liste, tout en permettant un suivi exhaustif des traitements du cancer et de l'application des protocoles recommandés, par pathologie et par stade. "

L'investissement hospitalier

Face au constat d'une diminution progressive de l'effort d'investissement des établissements de santé (de 10,5% en 2010 à 6,5% en 2015 dans les établissements publics, en % des produits). " Il existe un risque réel et préoccupant à court et moyen terme d'une dégradation des équipements hospitaliers et en conséquence d'une atteinte à la sécurité et à la qualité des soins. " Entre autres approches, le comité propose " l'adoption par les groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'un plan d'investissement commun avec une gestion mutualisée des investissements. "

Un accent particulier est mis sur l'investissement dans le numérique et le pragmatisme qui doit présider aux choix futurs, avec territorialisation des investissements dans le secteur numérique, dossier patient informatisé par GHT, choix d'un système d'information interopérable avec la ville, schéma directeur national d'hébergement des données des territoires de santé...

La santé mentale

De nombreuses réflexions ont porté sur l'organisation des soins et la territorialisation, et sur l'avenir du mode de financement. Mais à ce stade, la prudence est de mise : " bien que le système d'information ait gagné en exhaustivité, la difficulté qui demeure à faire émerger une approche standardisée des prises en charge dans le domaine de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une réforme globale du modèle de

financement en vigueur. " Toutefois, le système actuel pourrait évoluer en pondérant la dotation globale en fonction de critères liés d'une part à l'activité, d'autre part aux besoins épidémiologiques de la population. Il s'agirait d'une " dotation modulée à la population et aux soins réalisés " (DMPSR), qui permettrait de couvrir les coûts fixes, et qui serait complétée par une part modulable au gré d'indicateurs à déterminer. Tout ceci demande des travaux complémentaires ; des travaux sont aussi nécessaires dans le domaine du non recours aux soins.

Une autre problématique soulevée lors des auditions est celle de la diffusion de l'innovation. Un Observatoire régional des innovations en santé mentale pourrait être placé au sein des ARS, afin de recenser les expériences nouvelles et d'en permettre la diffusion à une large échelle. Les techniques de réhabilitation psycho-sociale en particulier sont évoquées, dans la suite du rapport Laforcade.

La question spécifique de la précarité

Celle-ci est enfin évoquée, dans la mesure où elle est à l'origine de surcoûts pour les établissements. Une réflexion sur l'évolution du modèle actuel présidant à l'attribution de la MIG, précarité est menée. Il pourrait être défini le " profil social " de l'établissement, qui combinerait une approche populationnelle par analyse rétrospective des prises en charge de patients précaires et une approche écologique (calcul d'indices de défavorisation sociale).

Avenir des travaux

En l'état actuel, il est encore impossible de dire si l'ensemble de ces riches analyses pourra aboutir à certaines mesures de nature à améliorer l'organisation et le financement des soins, mais l'esprit a bien été de faire avancer la réflexion et la concertation sur un grand nombre de sujets dans un esprit constructif : " la remise de ce rapport intervient à quelques semaines de la fin du quinquennat, les membres du comité ont travaillé de façon non partisane, dans le seul intérêt de moderniser pour le conforter le financement des établissements de santé. Nous espérons que ces travaux interviendront en appui des politiques publiques qui seront mises en oeuvre au cours des prochaines années. "

Notes :

(1) Voir Finances Hospitalières n° 104 de juillet 2016