

Le cadre actuel du financement des hopitaux

Loïc Geffroy SANTE ,INDIVIDU et SOCIETE
Université Claude Bernard Université Lyon

H.C.Ly

Plan

1. Une régulation par l'ONDAM de plus en plus contraignante sous la pression du rééquilibrage des comptes sociaux

2. Une réforme drastique des modes de financement des Etablissements de santé

3. La montée en charge d'une nouvelle gouvernance aux prises avec la nécessaire émergence d'un véritable modèle de management

1. Une régulation par l'ONDAM de plus en plus contraignante sous la pression du rééquilibrage des comptes sociaux

Les Echos

LE QUOTIDIEN DE L'ÉCONOMIE

Mardi 21 septembre 2004 - 1,20 €

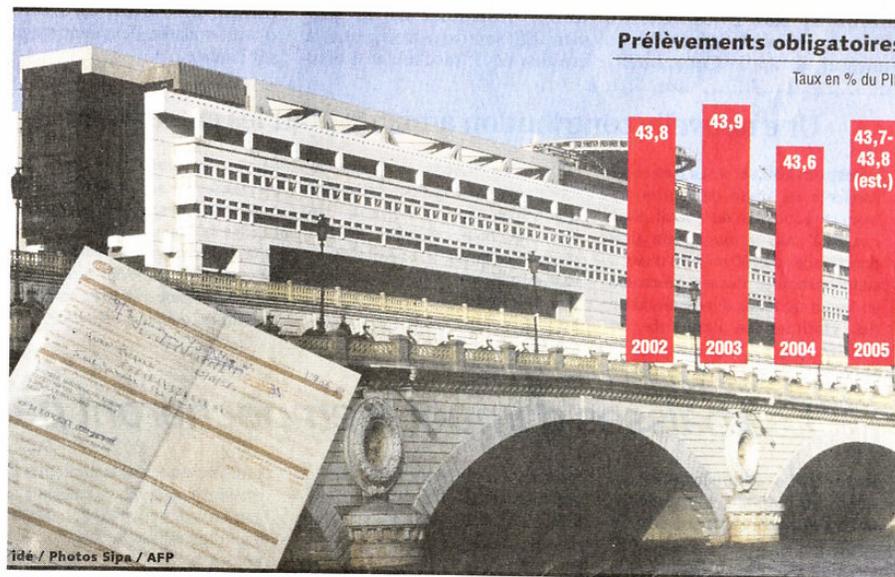
Sécurité sociale : encore 10 milliards de déficit en 2005

• Douste-Blazy parie sur une baisse de 5,2 milliards du déficit de l'assurance-maladie • Mais les branches vieillesse et accidents du travail plongent dans le rouge • Nouvelle « contribution amiante » pour les entreprises

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY va annoncer aujourd'hui, devant la commission des comptes de la Sécurité sociale, la limitation à 3,2 % de la hausse des dépenses de santé en 2005. Misant sur sa réforme, le ministre compte ramener à 8 milliards le déficit de l'assurance-maladie. Mais même si ce pari était gagné, les dérapages des branches vieillesse (- 1,4 milliard) et accidents du travail (- 700 millions) maintiendraient le déficit du régime général au-dessus de

10 milliards. Les dépenses liées à l'amiante sont aussi en forte hausse. Le gouvernement va imposer une contribution de 130 millions aux entreprises qui font partir en préretraite leurs salariés qui ont été exposés. Elle s'ajoute aux hausses de prélèvements sociaux. C'est le paradoxe du budget 2005 : les baisses d'impôt prévues (successions, surtaxe Juppé, délocalisations) n'empêcheront pas la hausse globale des prélèvements obligatoires.

Lire page 2

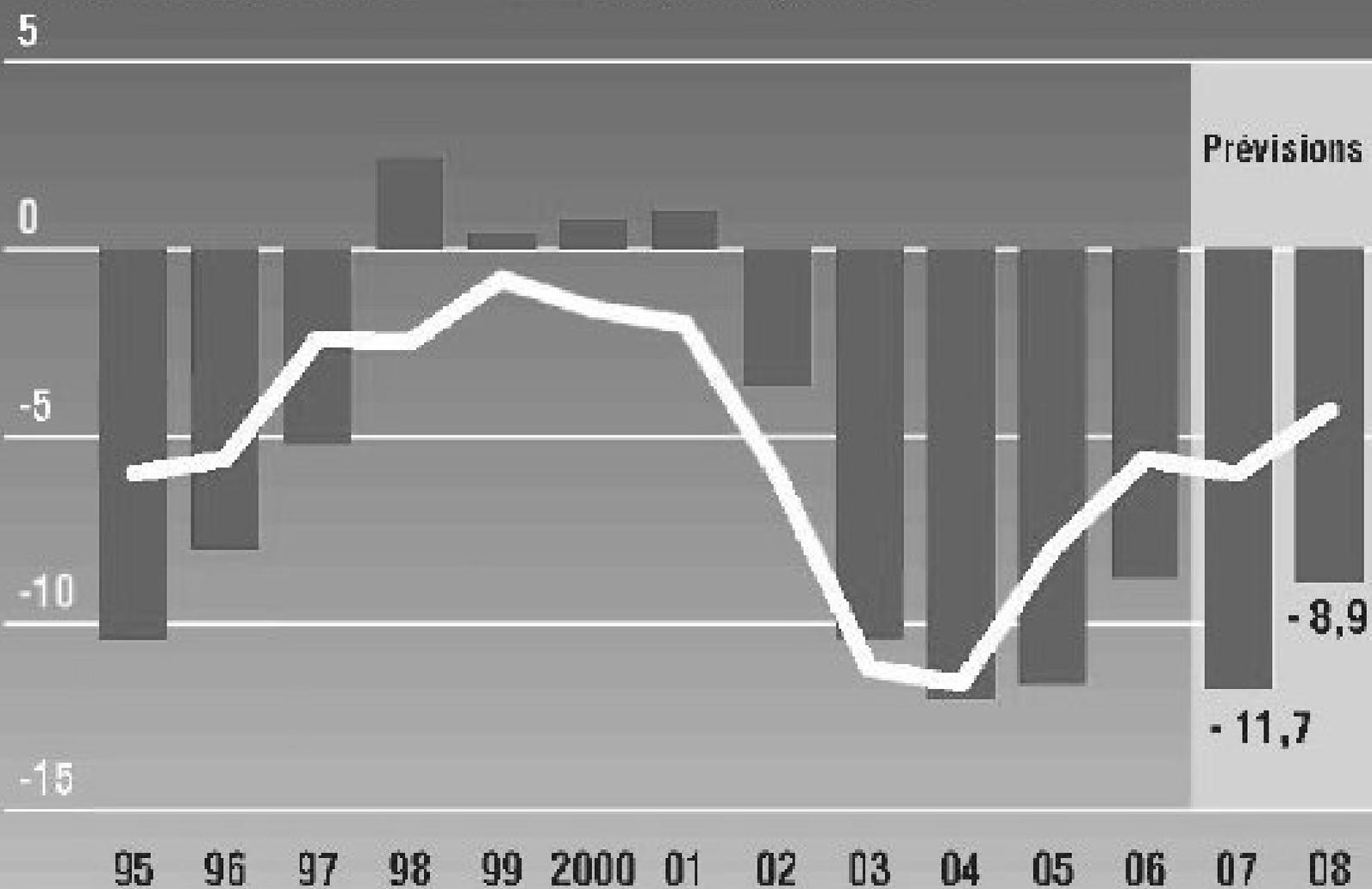


Sécurité sociale : soldes du régime général et de la branche maladie

En milliards d'euros

■ Régime général

— Maladie



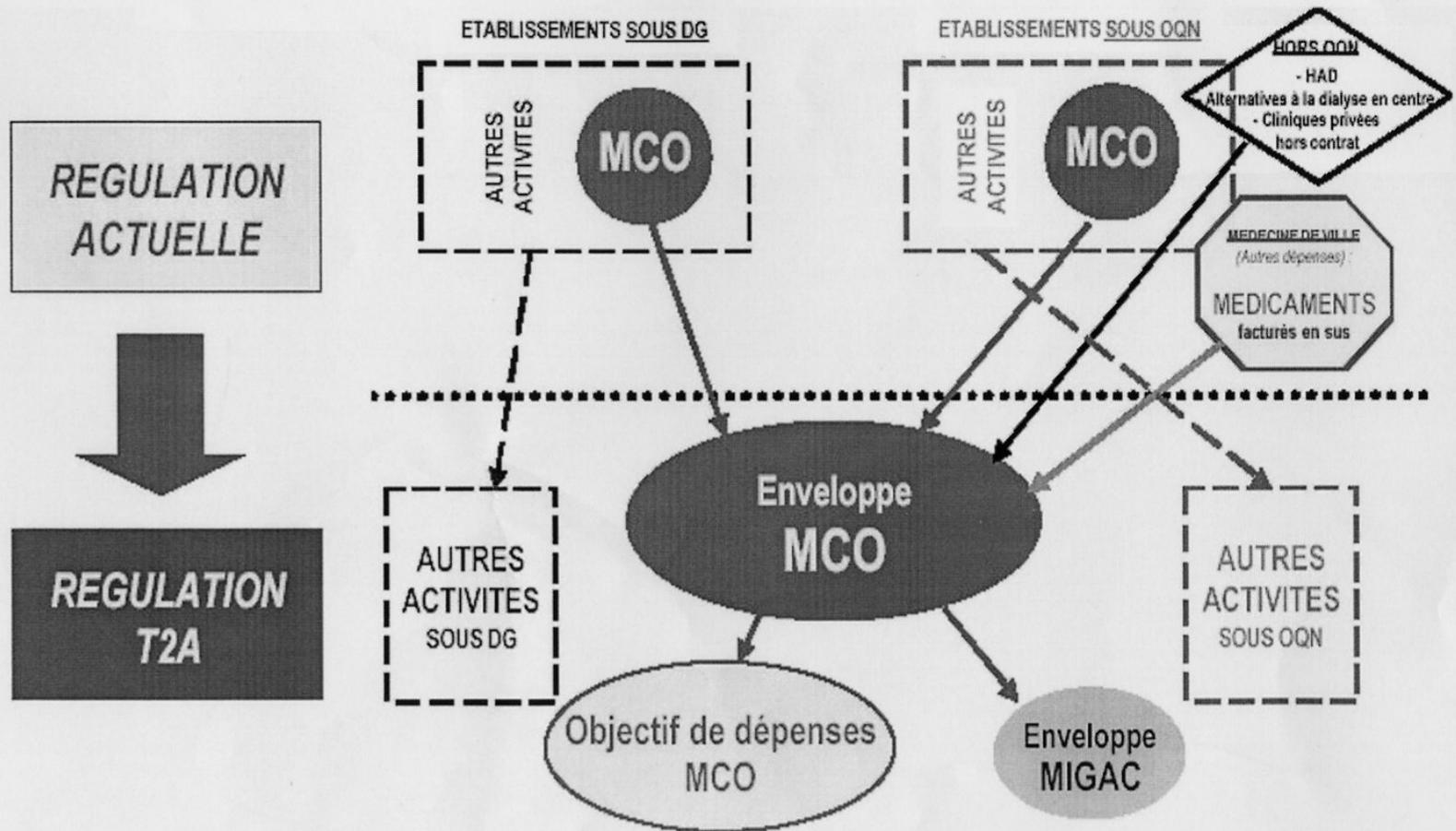
idé / Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

L'ONDAM

- Une fixation annuelle par le Parlement(PLFSS)
- Des enveloppes par grands secteurs

1. Les principes de la réforme

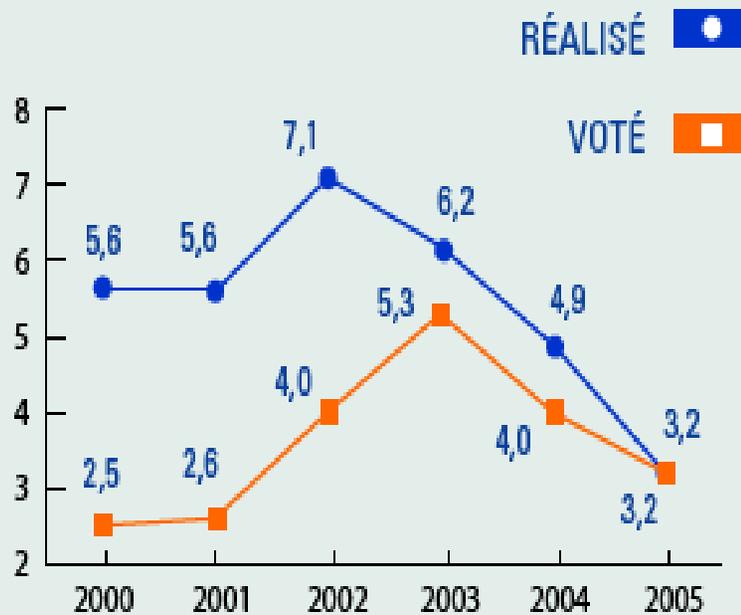
Régulation :



1 Les grands postes de dépenses d'assurance maladie

B • L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DEPUIS 2000

B4. Exécution de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) depuis 2000 (en taux) (tous régimes en dates de remboursement)



	ONDAM	
	Voté	Réalisé
2000	2,5	5,6
2001	2,6	5,6
2002	4,0	7,1
2003	5,3	6,2
2004	4,0	4,9
2005	3,2	3,2

En 2005, pour la première fois depuis 2000, le montant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie est conforme aux objectifs votés par le Parlement

L'objectif d'évolution des dépenses d'assurance-maladie

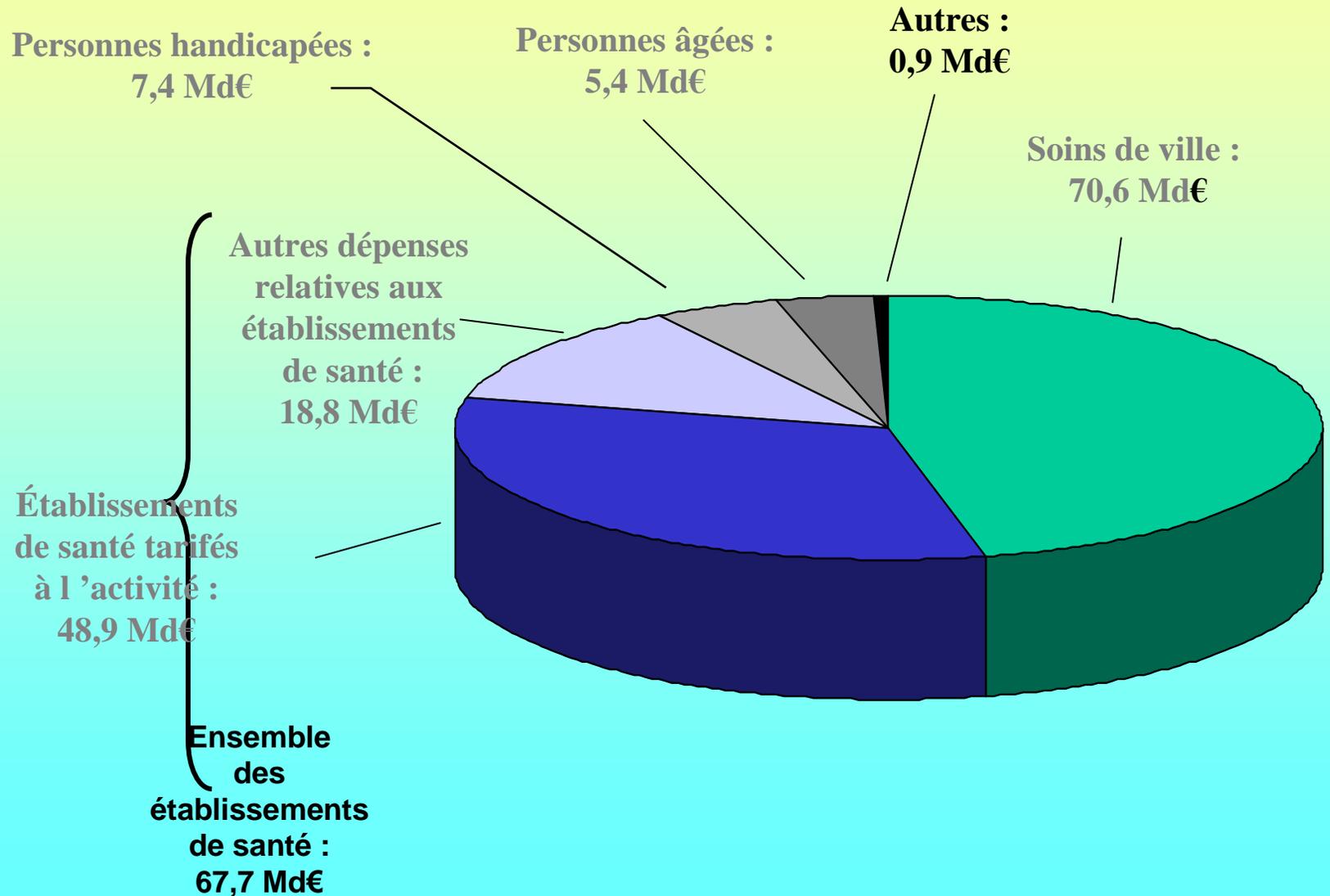


Hier, de gauche à droite, Eric Woerth, ministre du Budget, avec Xavier Bertrand, ministre du Travail et Roselyne Bachelot, ministre de la Santé.

idé / Source : PLFSS 2008 /
Photos : AFP et DR

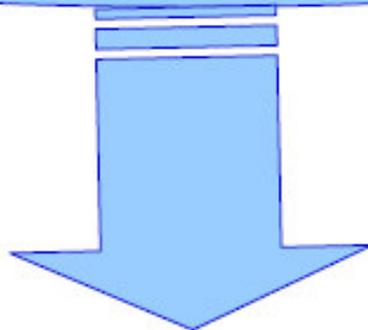
*3,2 % hors effet « franchises »

L'ONDAM 2008 : 152 milliards d'€



ONDAM 2008

+2,8%

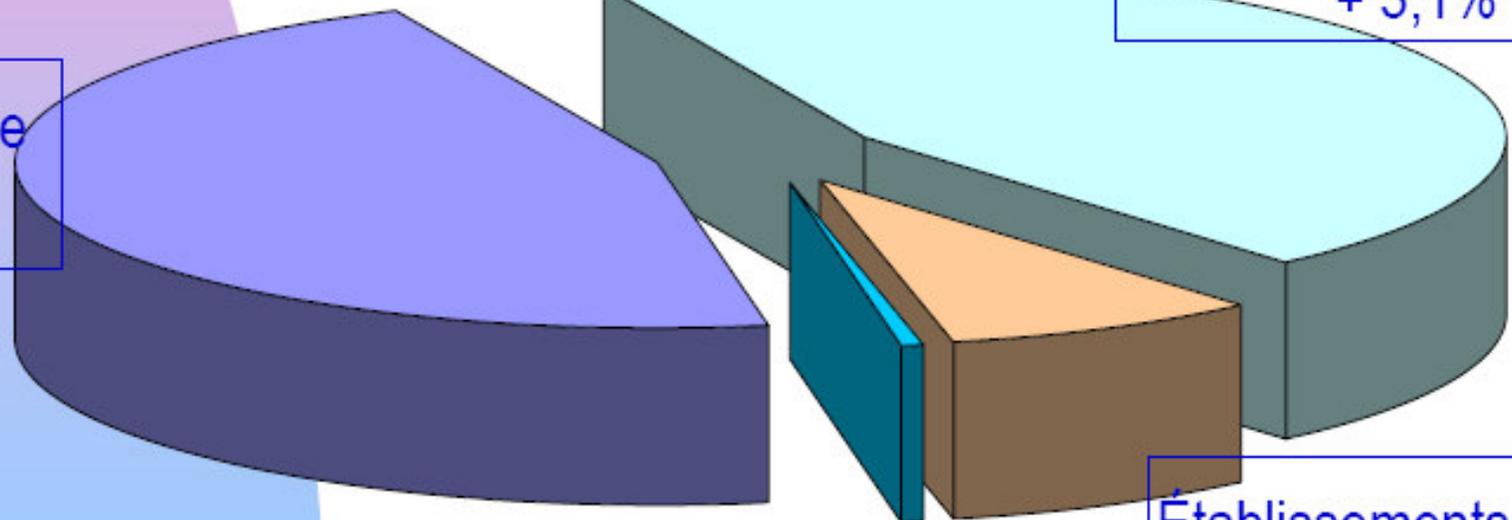


Établissements d
+ 3,1%

Soins de ville
+ 1,9%

Autres prises en charge
+ 2,0%

Établissements
+ 6,5%



La régulation prix / volume

- De niveau national (enveloppe nationale)
- Dépendante (pour partie) de l'évolution des forfaits annuels et des MIGAC
- Si le volume des GHS augmente plus fortement que la base GHS les “tarifs faciaux” des GHS diminue

L'ordonnance du 1^{er} septembre 2005

- Le DARH dispose d'un pouvoir de substitution, en cas de carence du CA, pour fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), arrêter les comptes et affecter les résultats d'exploitation
- Nécessaire consultation préalable de la comex

Un dispositif en cas de dérive de gestion

- Le CA peut adopter un plan de redressement
- Le DARH est doté de nouvelles prérogatives :
 - pouvoir d'injonction et de contrôle : il peut mettre en demeure l'établissement de prendre les mesures nécessaires
 - Pouvoir de suspension et de placement sous administration provisoire (conseil général des établissements de santé) ; lorsque après mise en demeure restée sans effet depuis plus de 2 mois, son CA s'abstient d'exercer ses compétences

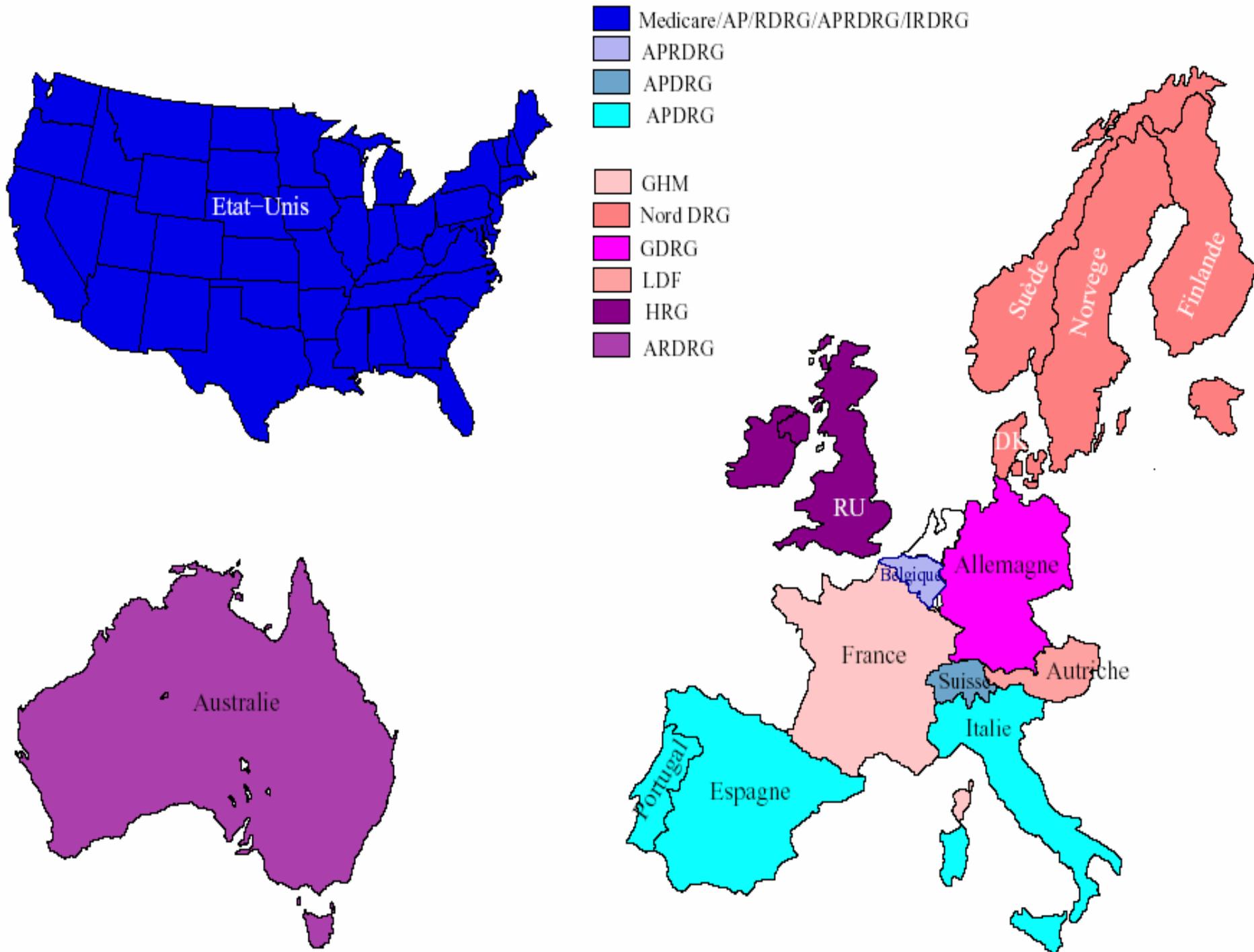
Par décision motivée et pour une période maximale de 12 mois

2. Une réforme drastique des modes de financement des Etablissements de santé

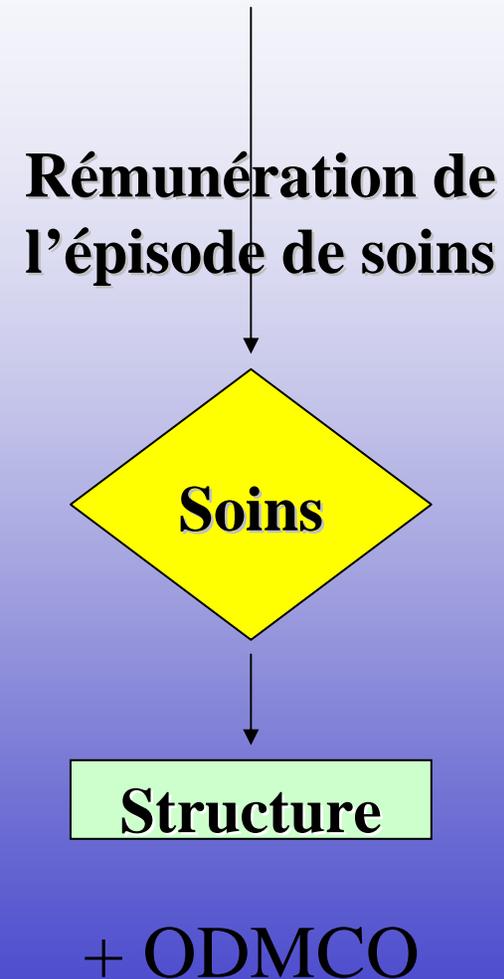
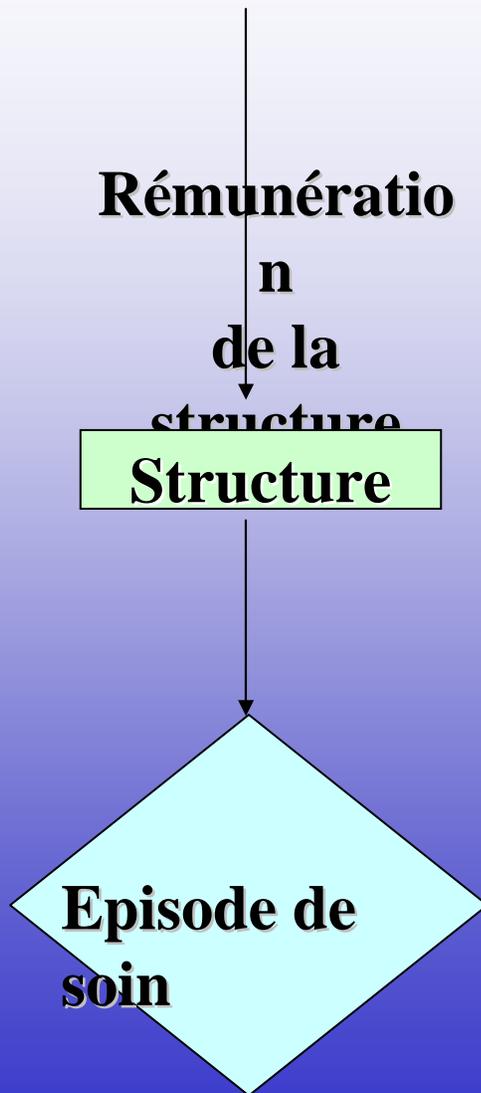
Nouveau paradigme de financement des établissements

Ce sont les recettes qui conditionnent les charges et non l'inverse: un investissement surdimensionné, ou inapproprié, même subventionné, qui ne contribue globalement à la génération de recettes, engage l'établissement dans le cercle pervers du déséquilibre financier structurel

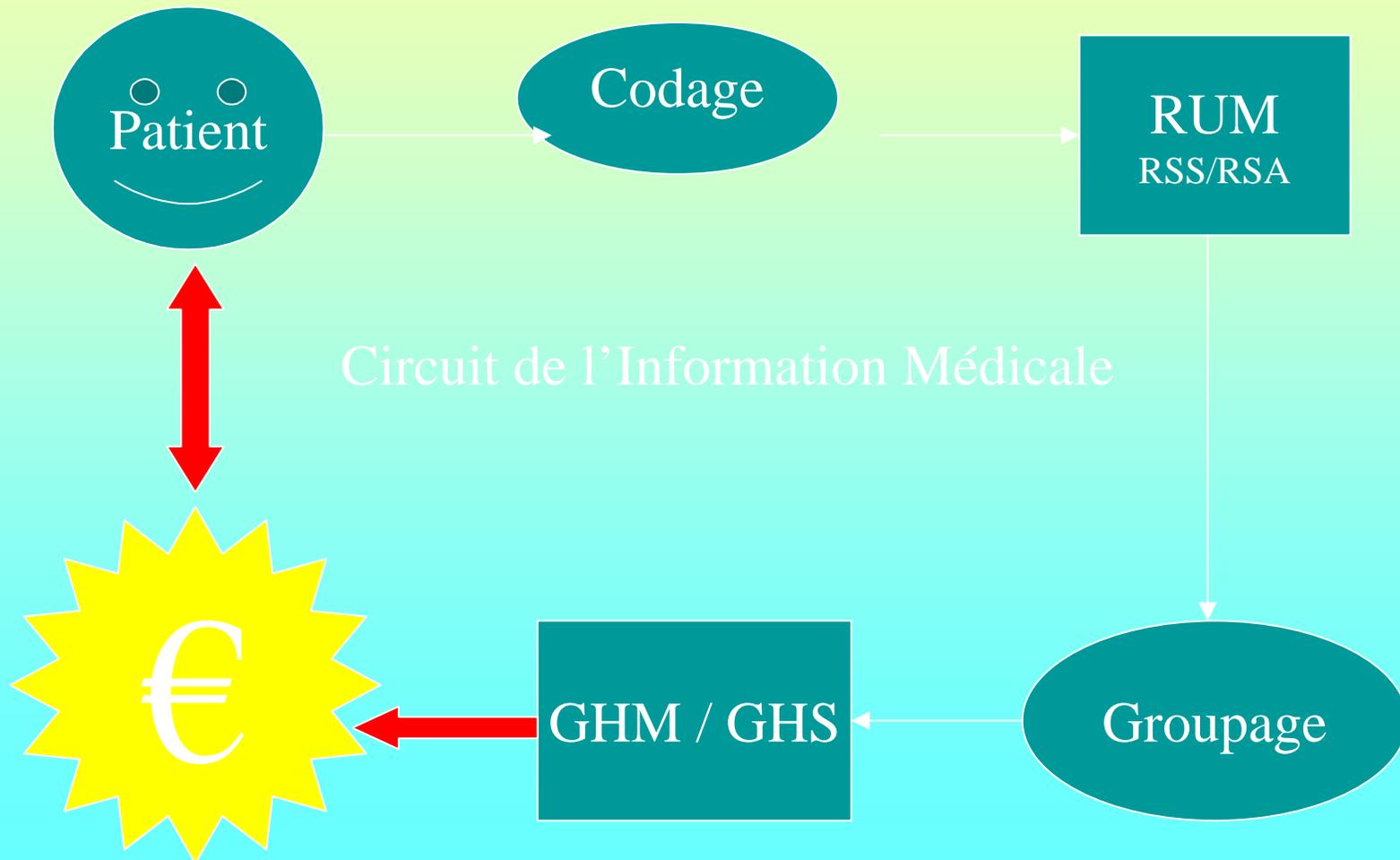
**UN SYSTEME DE
TARIFICATION LARGEMENT
ADOPTE AU NIVEAU
INTERNATIONAL**



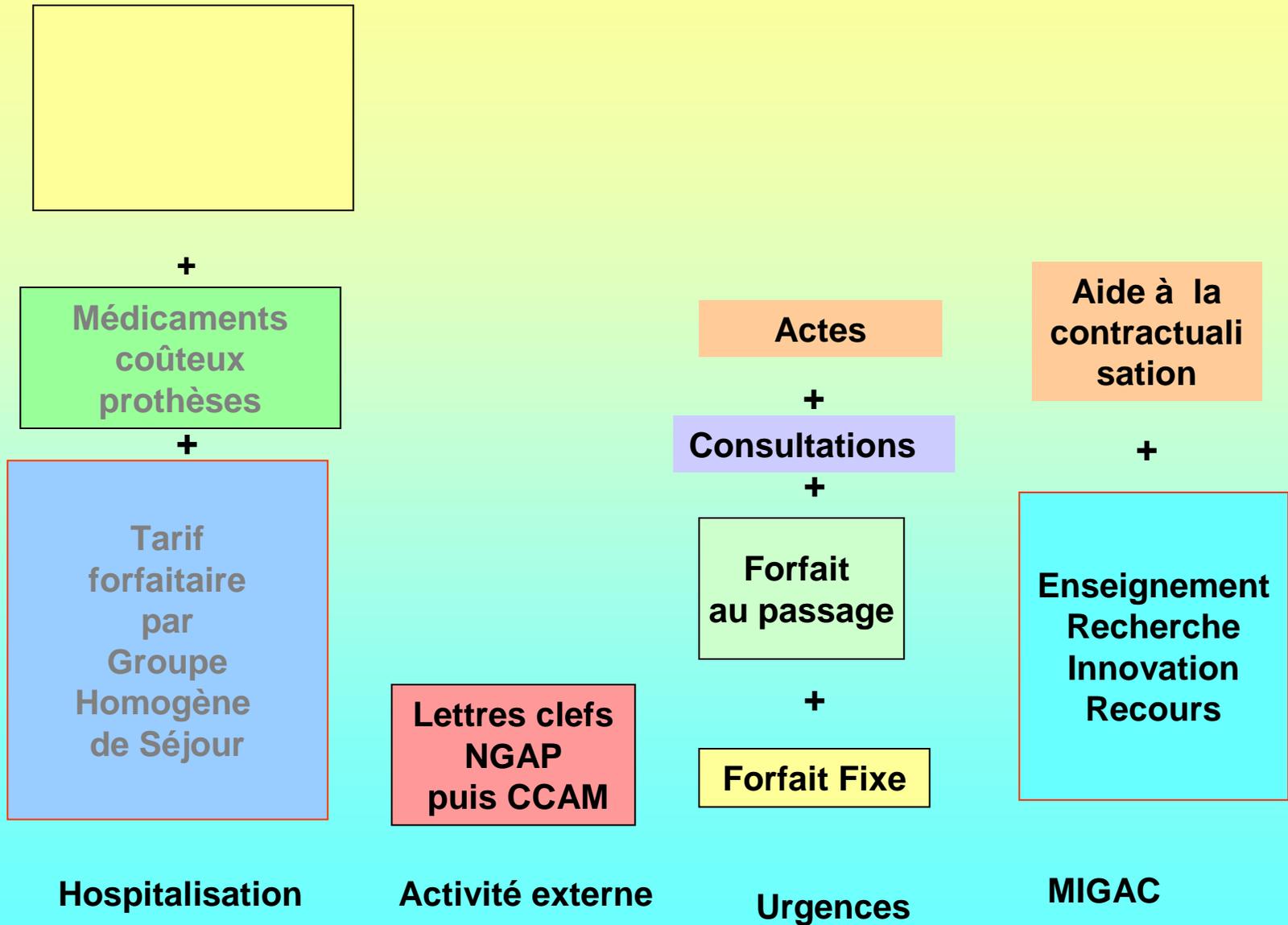
Convergence des modes de régulation



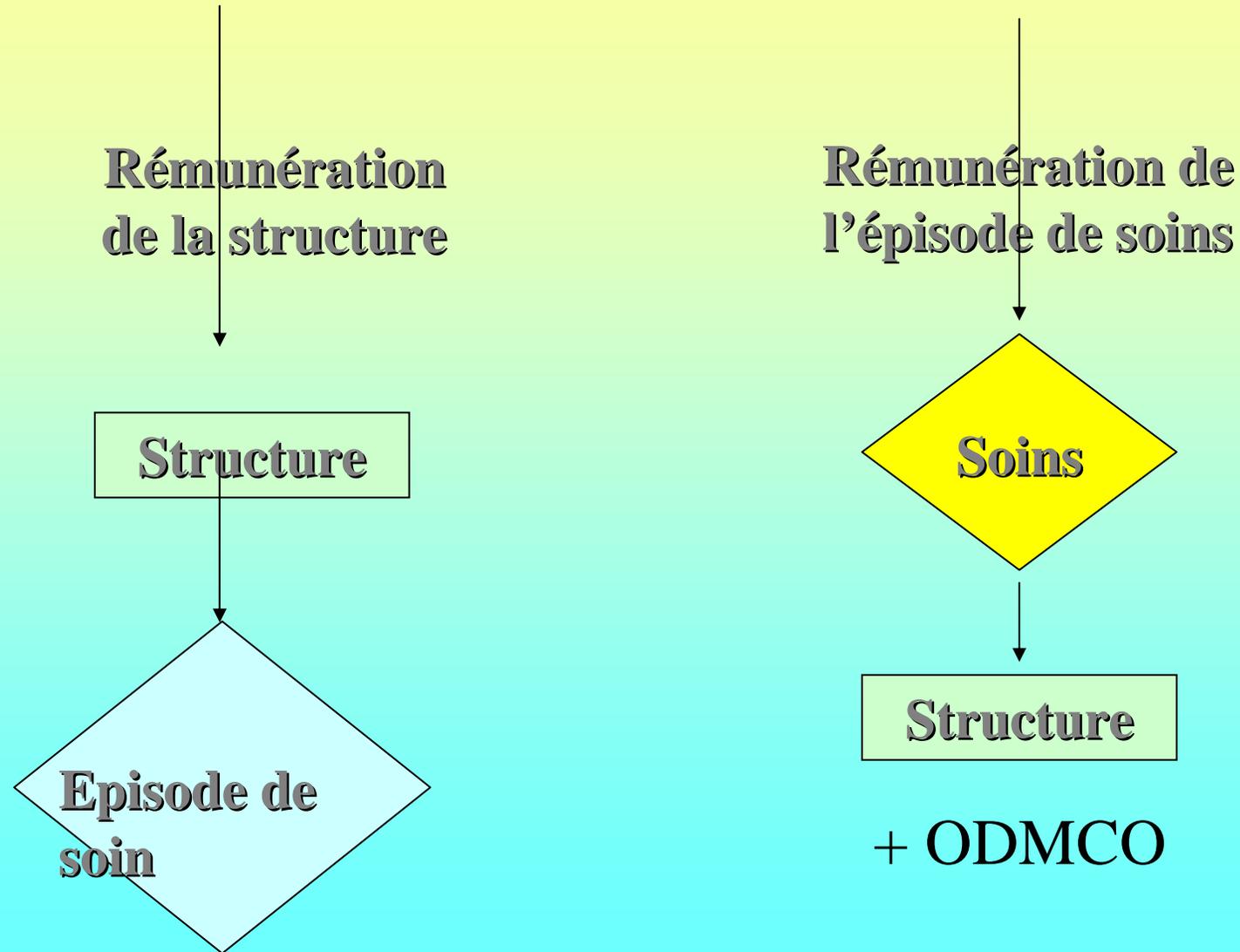
Du patient à l'argent



Des financements différents selon les domaines



Convergence des modes de régulation



Le financement selon la T2A

Tarification liée à l'Activité MCO

1. Tarifs de prestations (Cs, actes externes,...)
2. Tarifs nationaux de séjours (GHS)
3. Tarification en plus de certains médicaments

Financement mixte

ctes :

tarifs par prestation + dotation annuelle

(ex : urgence, prélèvement d'organe)

Qui nécessitent une mobilisation de moyens importants quel que soit le volume d'activité réalisé

Dotations Annuelles

MIGAC =
missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

(ex :
recherche, enseignement)

UNE MÊME CLASSIFICATION

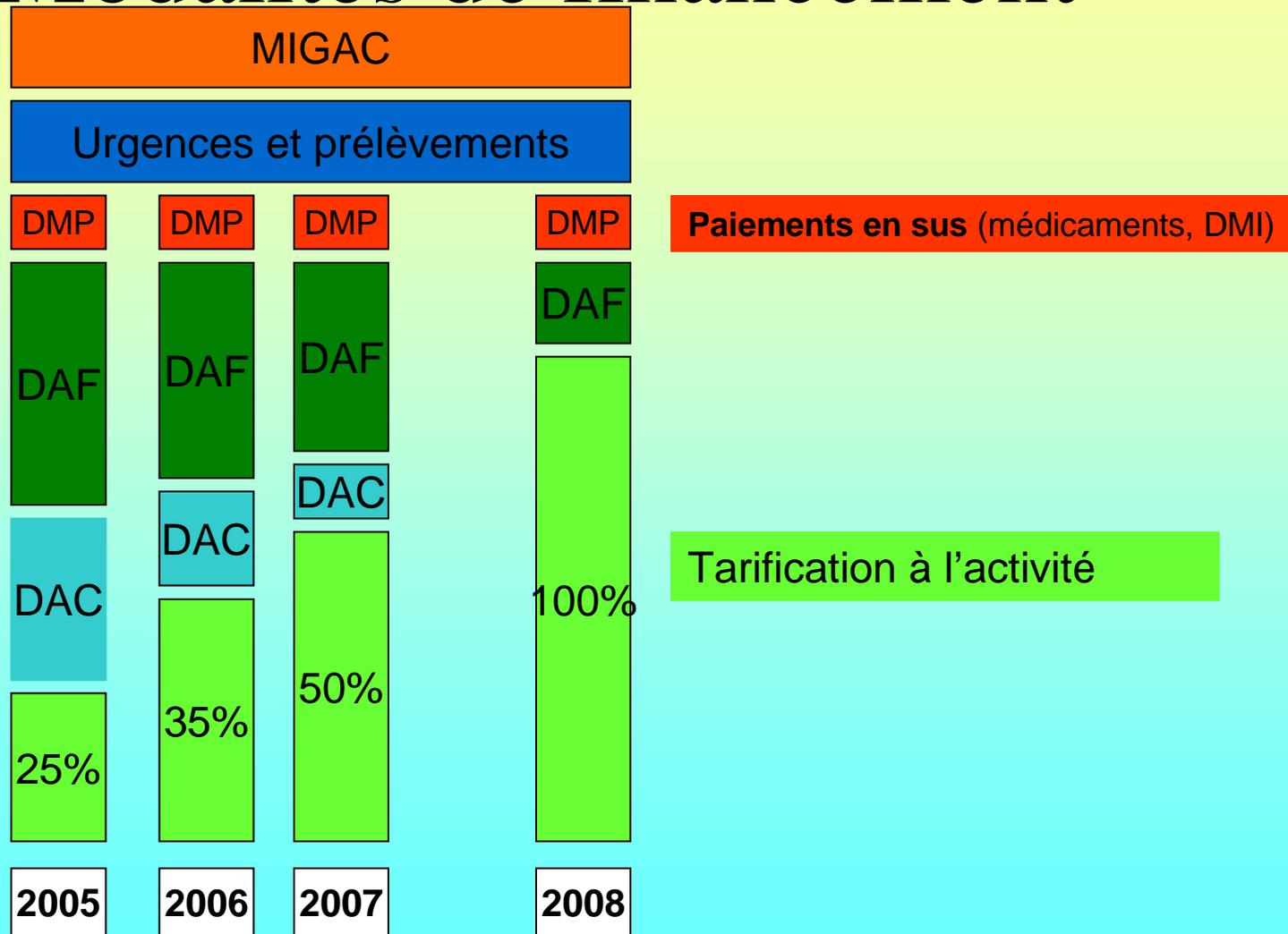
DEUX STRUCTURES

TARIFAIRES DIFFERENTES

PUBLIC ET PRIVE

Passage à 100%
de la part tarifée à l'activité
dans le secteur public en 2008

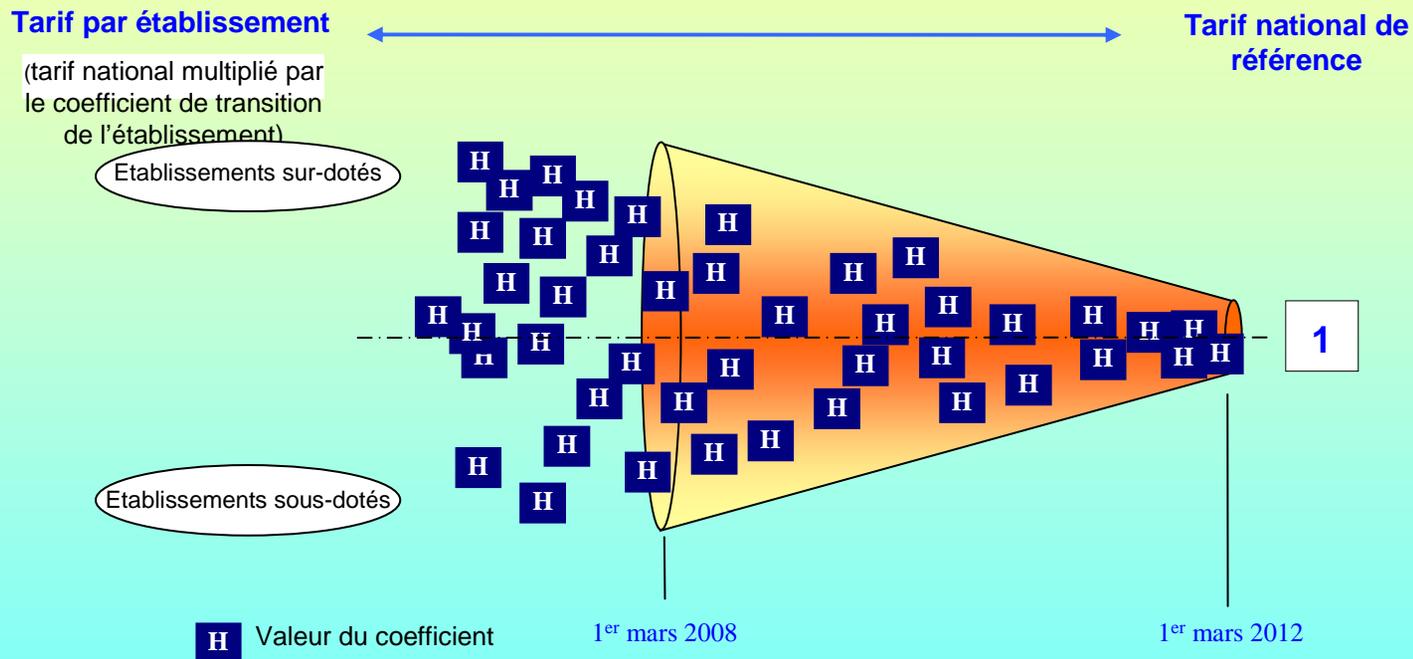
Modalités de financement



La convergence intrasectorielle sera assurée par des coefficients fixés par établissement au 1^{er} mars 2008.

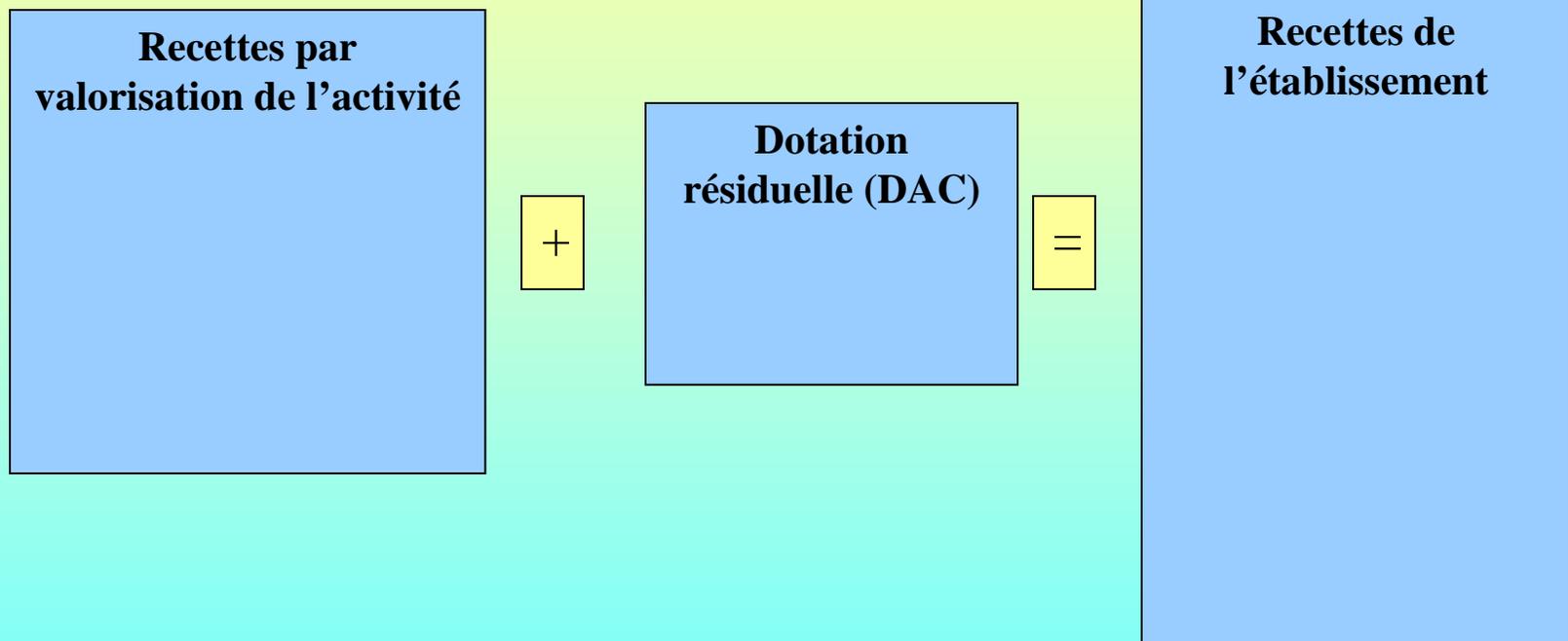
Pour chaque établissement et en fonction d'un arbitrage en ce sens, une convergence du coefficient de transition sera appliquée au 1^{er} mars 2008.

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012 : les coefficients de convergence devront tendre vers la valeur 1.



Pour le secteur public, une dotation annuelle résiduelle complète la valorisation des données d'activités produites par le PMSI.

Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007) ce qui a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».



Les produits versés par l'assurance maladie à partir de 2008

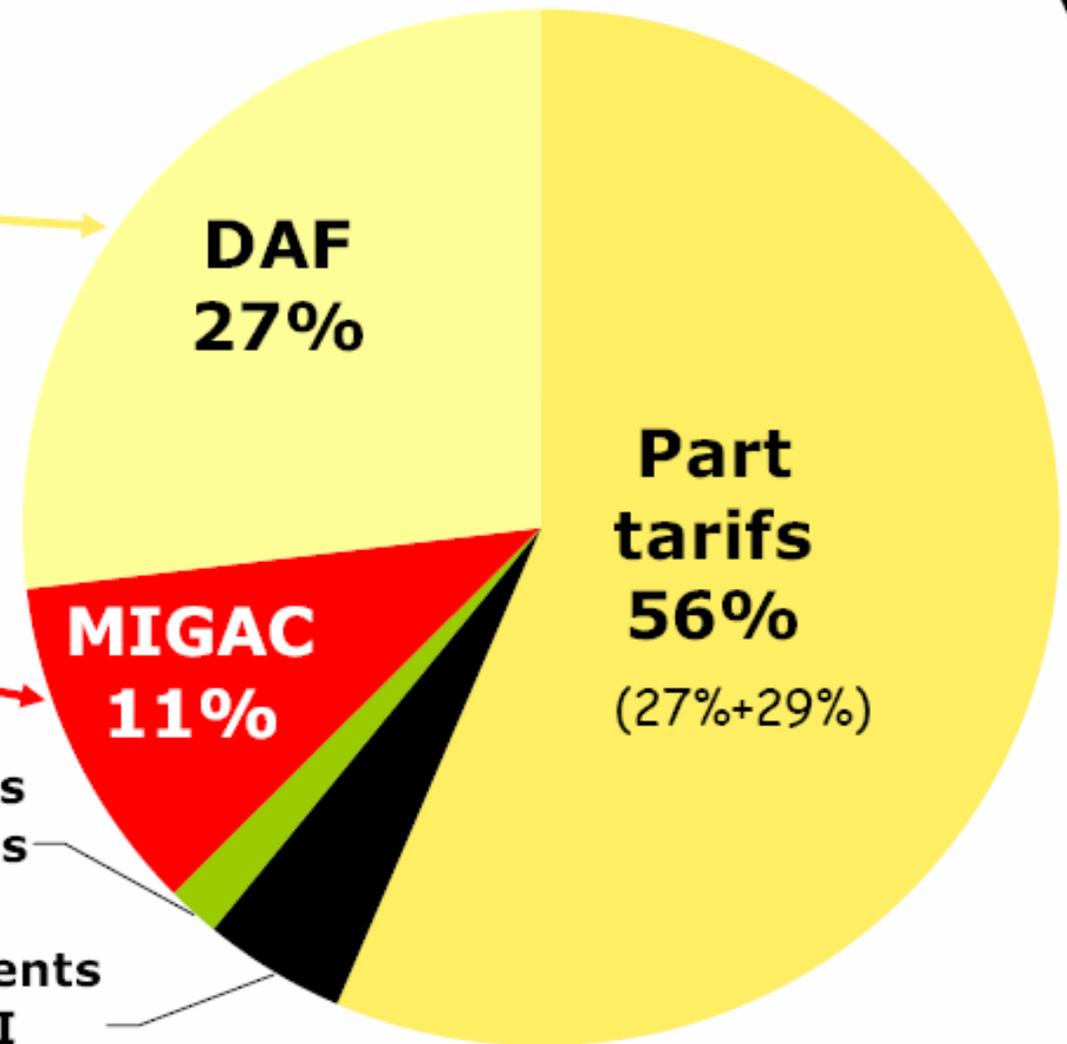
Dotation annuelle de financement
Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation



Forfaits annuels
2%

Médicaments et DMI
10%

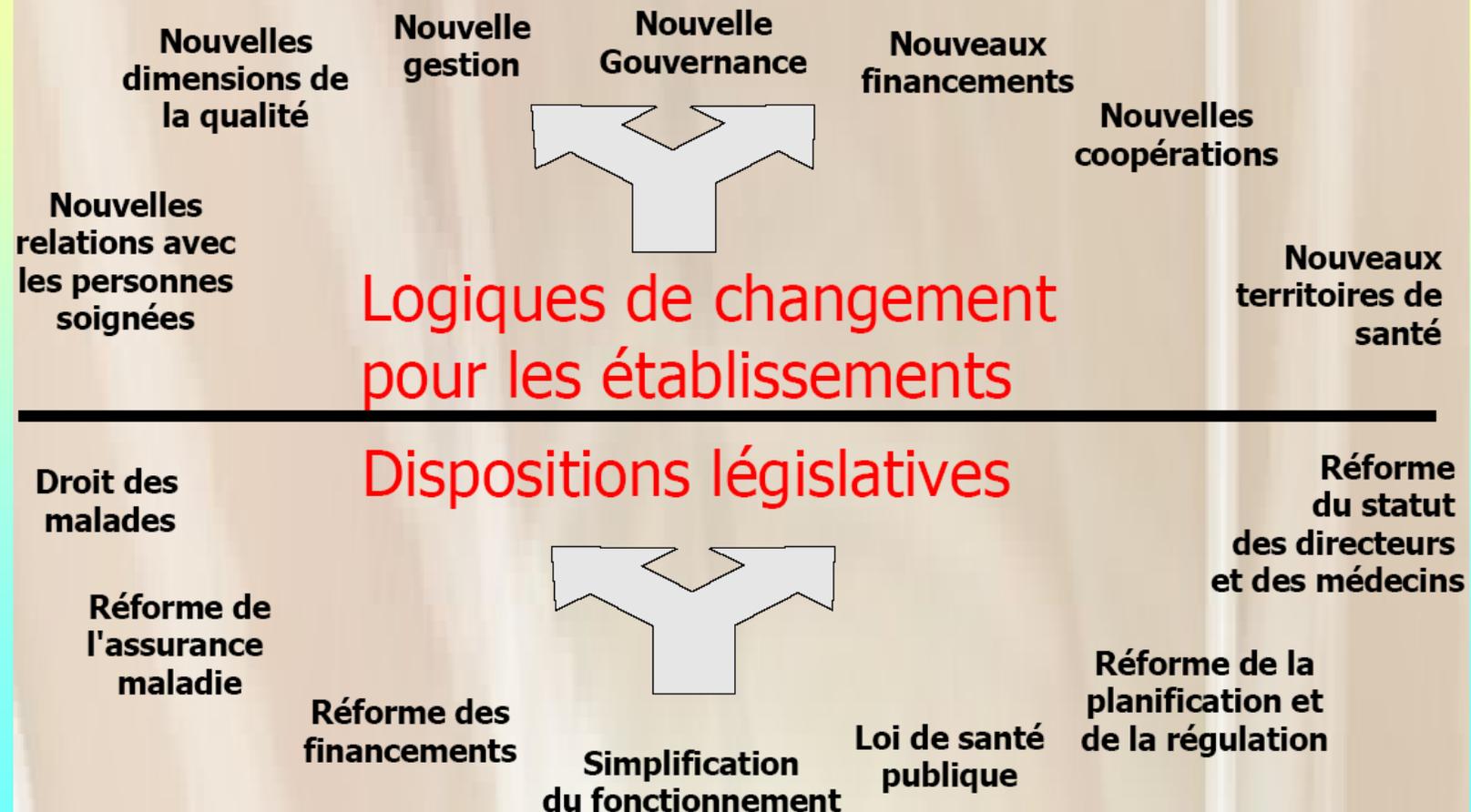


Systeme de financement des établissements de santé

Types d'établissements		Avant 1983	1983 à 2004	Depuis 2004	A partir de 2011/2012	2015
Cliniques	MCO	PJ	PJ	T2A	T2A	T2A
	Psy	PJ	PJ	PJ	PJ	T2A
	SSR	PJ	PJ	PJ	T2A	T2A
PSPH	MCO	PJ	DG	T2A	T2A	T2A
	Psy	PJ	DG	DAF	DAF	T2A
	SSR	PJ	DG	DAF	T2A	T2A
EPS	MCO	PJ	DG	T2A	T2A	T2A
	Psy	PJ	DG	DAF	DAF	T2A
	SSR	PJ	DG	DAF	T2A	T2A

3. La montée en charge d'une nouvelle gouvernance en cohérence avec la nécessaire émergence d'un véritable modèle de management

Un contexte général : la mise en oeuvre des réformes du système de santé



Les piliers de la réforme

- Le Conseil Exécutif
- La mise en place des Pôles
- L'intéressement
- La contractualisation
 - Entre les ARH et l'Hôpital
 - Entre l'hôpital et les pôles
- La délégation de gestion
 - Entre les Directions et les Exécutifs des Pôles
 - Entre les Exécutifs des Pôles et les Unités de Soins

LE PÔLE

LE RESPONSABLE DE PÔLE

LE CONSEIL DE PÔLE

LE PROJET DE PÔLE

LE CONTRAT DE PÔLE

Un changement radical des modes de management

On peut classer les causes d'inefficience en 4 catégories:

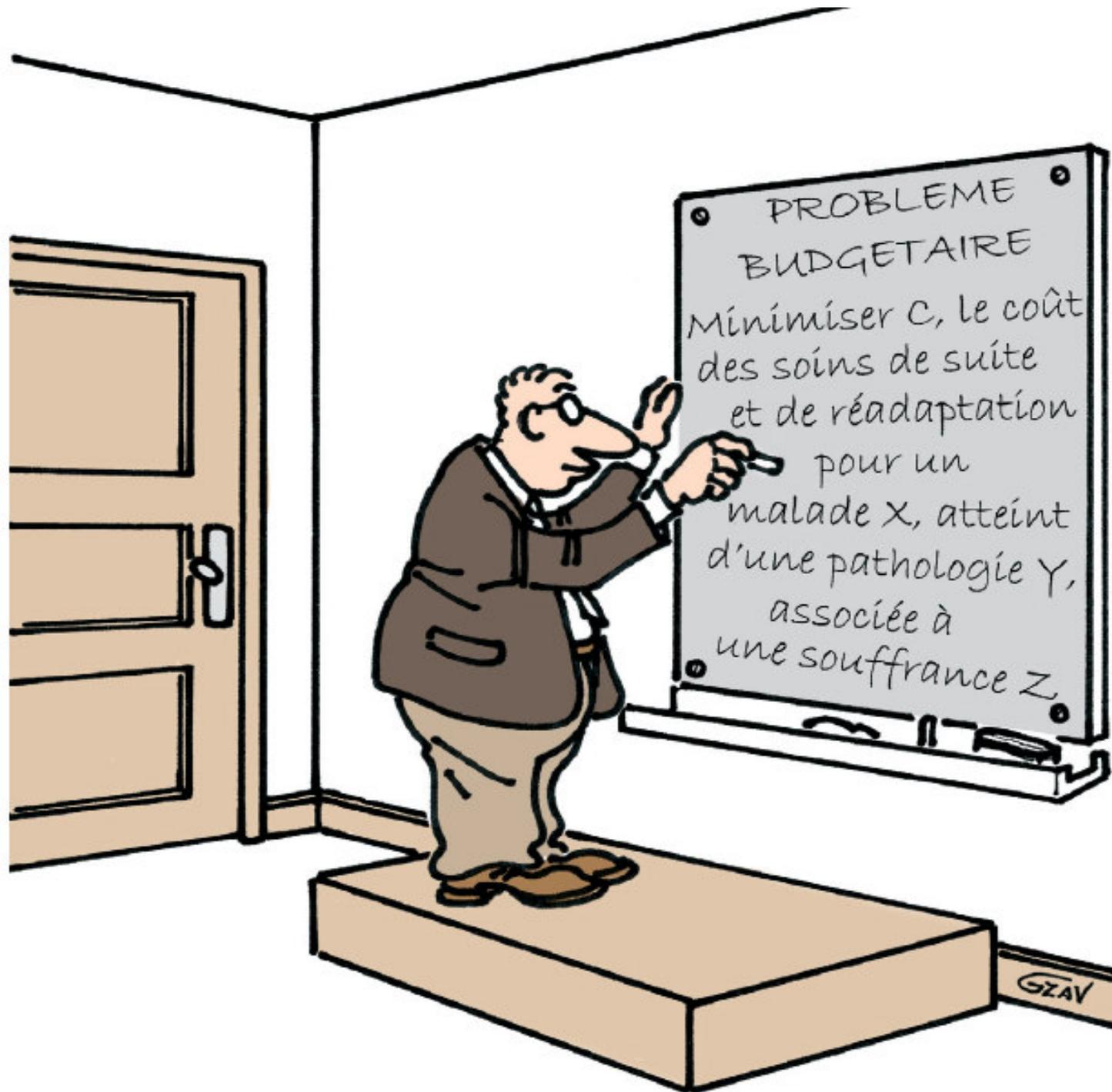
Inefficience de la chaîne services cliniques – services médico techniques

Cloisonnement des ressources

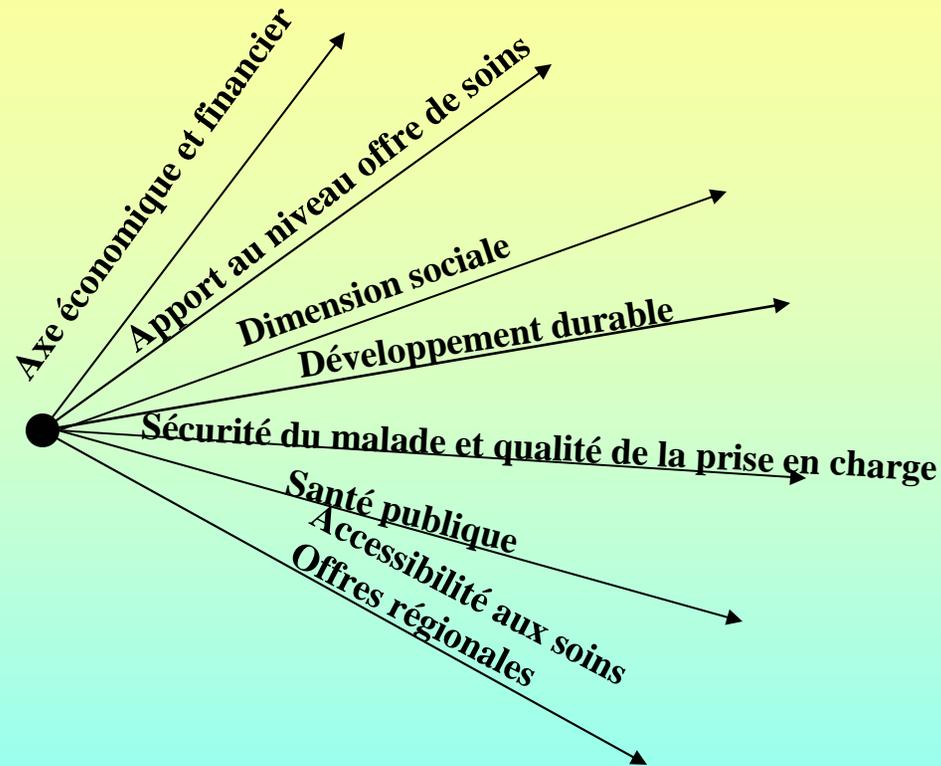
Ou la combinaison des quatre

Surcoût des fonctions supports administratives et techniques

Inadéquation ressources activité

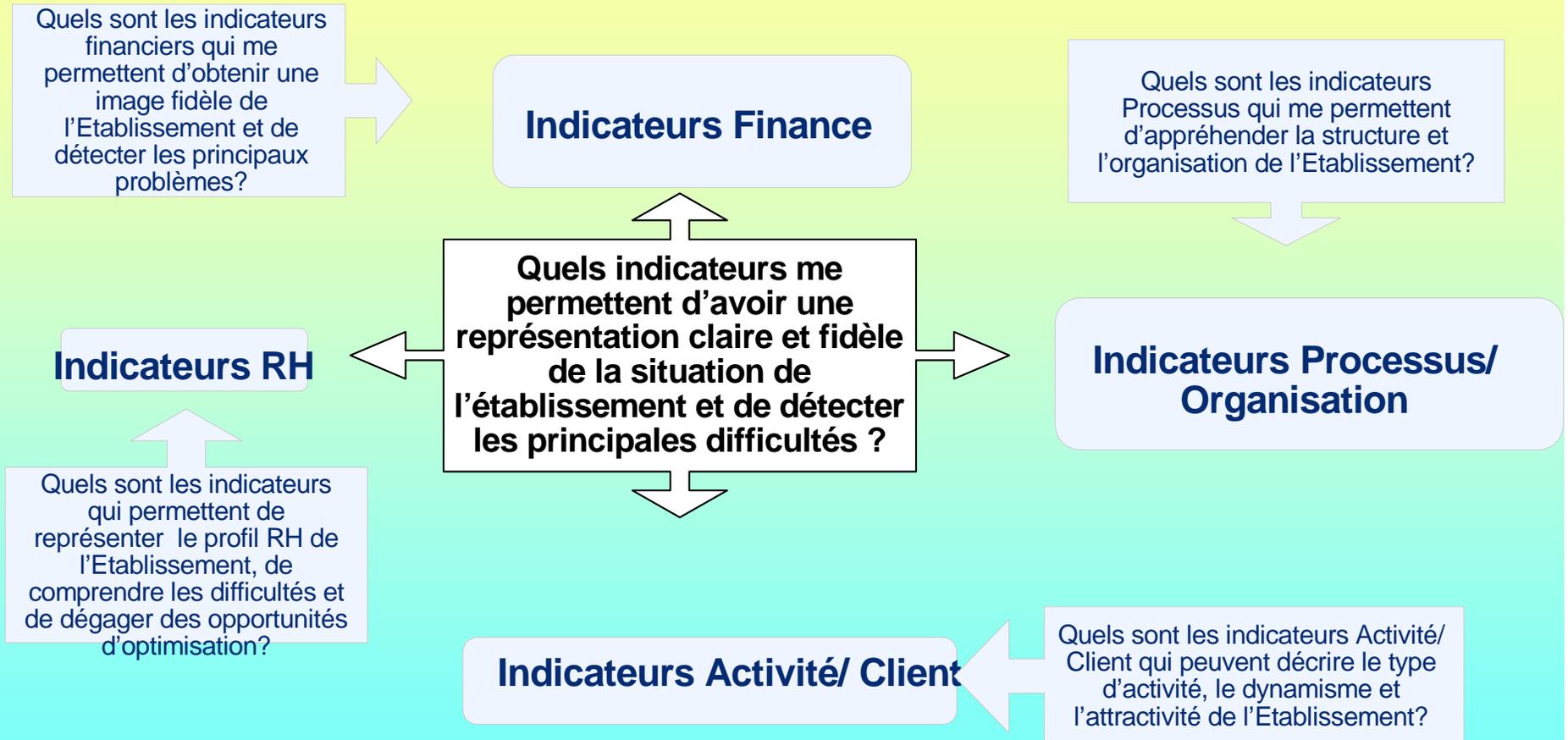


L'appréciation de l'efficacité nécessite une approche multi-dimensions.



Des indicateurs doivent être fixés pour chacune de ces dimensions

Le diagnostic Flash est structuré autour de quatre axes d'analyse



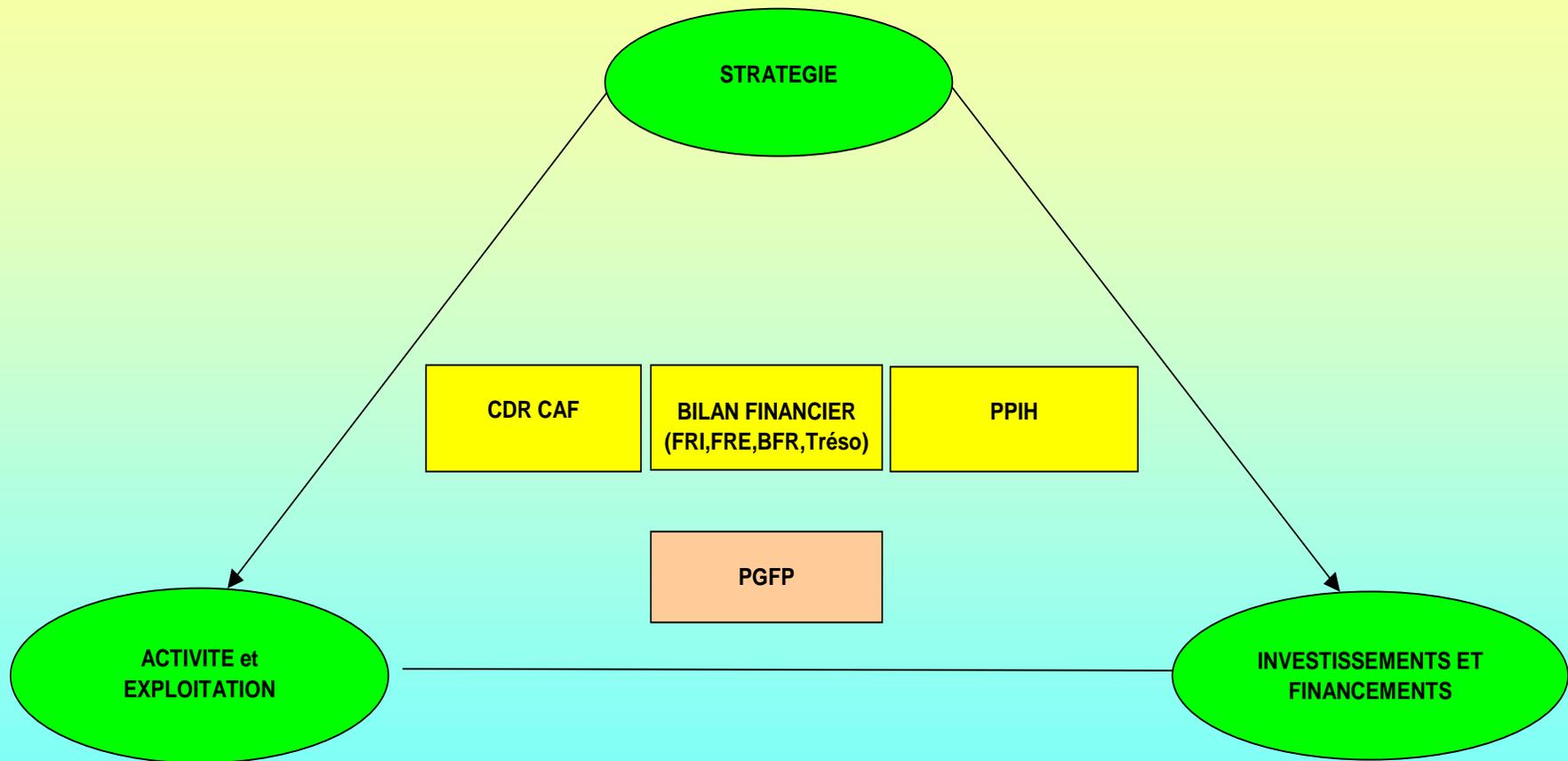
La boîte à outils pour préparer les projets d'investissement n'est pas rigide



L'analyse financière

- Résultats Financiers Projetés
 - Le niveau des coûts
 - Délai de récupération du capital investi
 - Valeur Actuelle Nette
 - Taux de rentabilité interne
 - Risque

La cohérence générale des outils d'analyse financière

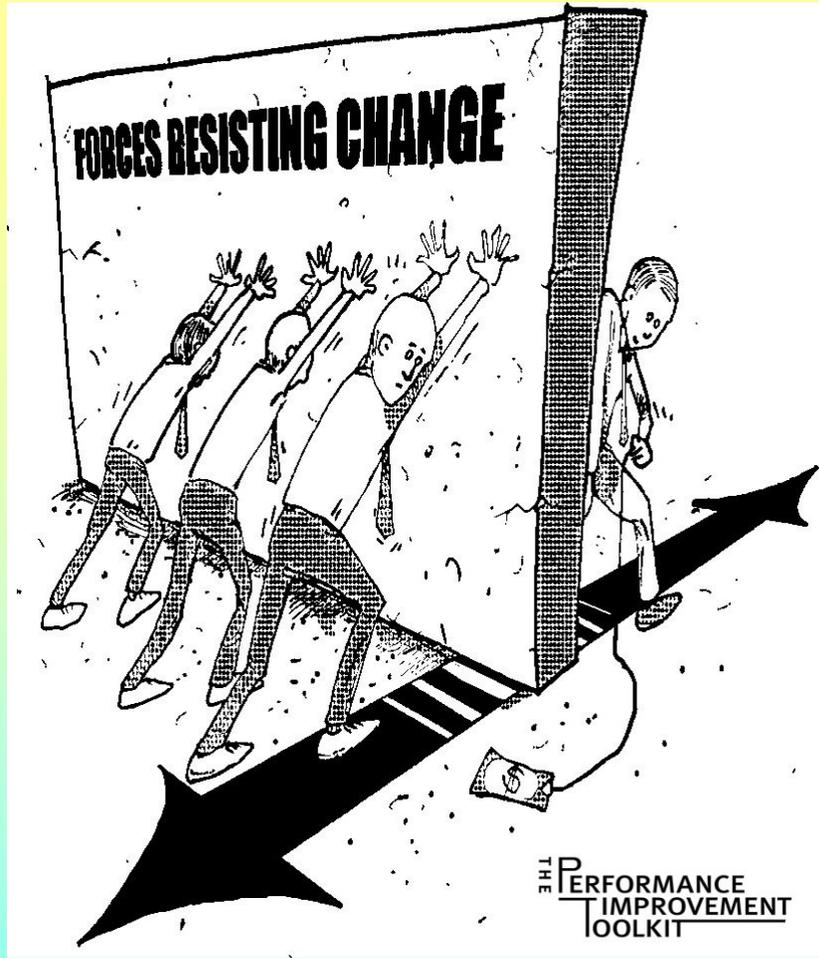


Donner à l'hôpital la possibilité de partager les risques

Entre les différents groupes de pathologies

- Entre les patients au sein d'un groupe de pathologies
- Avec le financeur par le financement des outliers, des dépenses exceptionnelles, ...

- \Rightarrow La précision d'un forfait par patient, par GHM est **faible**
- La précision d'un forfait basé sur l'ensemble des dépenses pour l'ensemble des patients est **bien meilleure**



- « La masse salariale est une variable inerte »
- « Les syndicats ne voudront jamais »
- « Les médecins sont contre »
- « Les textes ne le permettent pas »
- « On a déjà essayé sans succès »
- « les prescriptions sont intouchables »
- « le maire ne voudra pas »
- le service public
- la santé n'a pas de prix
-

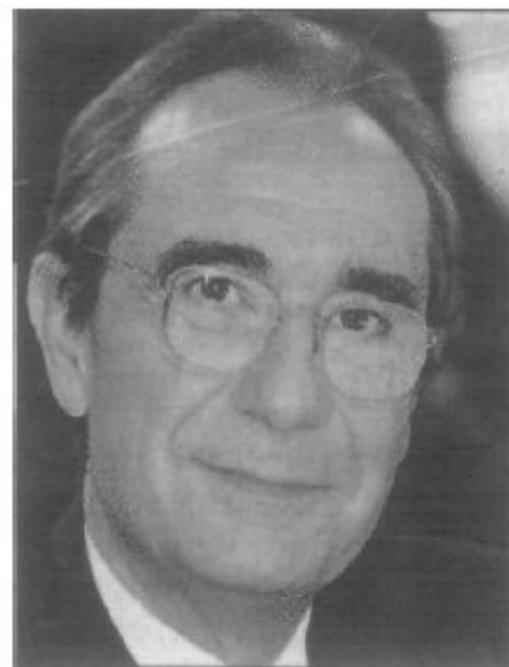
LA CHRONIQUE

de Bernard Debré

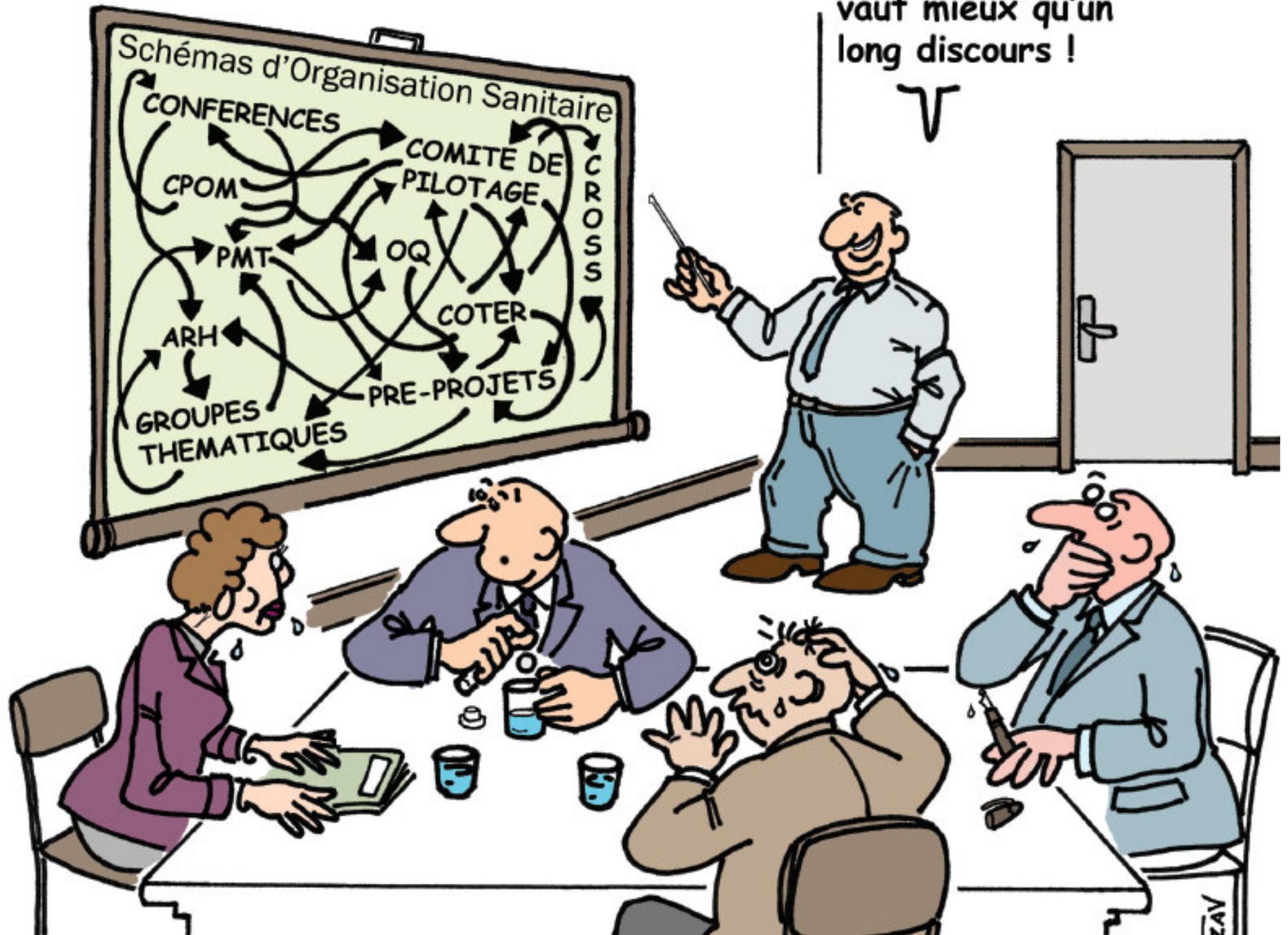
Fermer les petits hôpitaux

On dit partout que nous avons le meilleur système de santé du monde, c'est en partie vrai, l'OMS (Organisation mondiale de

A côté de ces hôpitaux, il en existe certains, moins bien outillés, dont les plateaux techniques sont moins modernes, les méde-



Un petit schéma
vaut mieux qu'un
long discours !



4 Des réformes encore des réformes

Et encore des rapports...

- Rapport Bur
- Rapport Ritter
- Rapport Larcher
- Rapport Cuq, Aubart et Vallencien

Pour une réforme en auto

- **Modernisation de l'organisation de la santé**

