



5. Les modes de financement des hôpitaux

- ➔ Bonjour, je suis Véronique Sauvadet. Je suis responsable du service Financement et analyse économique à l'ATIH. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, est un opérateur de l'État qui a été créé en 2002 et qui a pour objectif de collecter, restituer, diffuser et analyser l'ensemble des informations relatives aux établissements de santé et aux structures médico-sociales. Parmi ses missions, l'Agence a notamment celle de mettre en œuvre les paramètres techniques des modèles de financement des établissements de santé. C'est ce dont je vais vous parler dans la suite de l'exposé. Pour comprendre le modèle de financement actuel des établissements de santé, il peut être intéressant de remonter aux années 1980, puisque dans ces années, les établissements étaient financés par un dispositif qui s'appelait le prix de journée, particulièrement inflationniste. Suite à cela, la dotation globale a fonctionné pendant 20 ans. Et, pour essayer de contourner ce caractère inflationniste, il a été nécessaire, pour les pouvoirs publics, de mettre en place des dispositifs pour comprendre ce que font les établissements de santé, au niveau de l'activité des établissements de santé, mais également du coût des prises en charge à l'hôpital. Cela ne s'est pas fait immédiatement. Il a presque fallu 20 ans, donc la durée la dotation globale. À noter, quand même, qu'en 1994, il y a eu une petite modulation des crédits sur ce qu'on appelait les points ISA, indice synthétique d'activité, qui étaient déjà les prémices d'une introduction de la médicalisation des dépenses de santé dans le dispositif de financement des établissements. En 2004-2005, est arrivée la tarification à l'activité, dont je vais vous livrer quelques concepts techniques. Avant de rentrer dans le détail des différentes modalités de la tarification à l'activité, il faut avoir en tête que tout cela se passe dans un cadre, donc que le financement des établissements de santé est cadré et que le cadre, c'est l'ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Cela correspond à peu près à 191 milliards d'euros, décomposés en cinq sous-objectifs. Vous avez les soins de ville pour à peu près 45-46 %, les établissements de santé, donc l'ONDAM hospitalier, pour à peu près également 45-46 %, le médico-social, le Fonds d'intervention régional, FIR et un dernier petit sous-objectif qui est dit autre. Après, pour bien comprendre, il faut savoir que chacune des enveloppes, et notamment l'ONDAM hospitalier, est découpée en sous-enveloppes : l'objectif des dépenses MCO, donc tout ce qui finance l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique, et l'objectif des dépenses SSR, soins de suite et de réadaptation. Il y a donc l'ODAM et l'OQN qui sont les objectifs qui financent la psychiatrie, et le Fonds de modernisation des établissements publics et privés. Cela ne s'arrête pas là. Si on décline un peu cela, il y a des sous-enveloppes de sous-enveloppes, puisqu'au sein même de l'objectif des dépenses pour la médecine, chirurgie, obstétrique, il y a plusieurs sous-enveloppes. Ce qu'on appelle la part tarif, ce qui est financé à l'activité, mais également des choses telles que les forfaits annuels et les dotations. Ce sont les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Il faut donc avoir en tête, pour bien comprendre ce cadre, que non seulement c'est un cadre global, mais en plus, il est découpé en différentes sous-enveloppes. Ce qui nous conduit in fine, quand on connaît l'évolution de l'ONDAM, et qu'on le décompose, à obtenir l'évolution des tarifs des établissements de santé. Alors, quels sont les grands principes du financement des établissements de santé ? Tout d'abord, on va s'interroger sur ce qu'on cherche à financer. Donc, quelles sont les spécificités, les objectifs et l'unité de financement ? Le séjour, la journée, les actes ? Ensuite, il faut avoir en tête que le financement des établissements de santé dépend du champ d'activité.





5. Les modes de financement des hôpitaux

- ➔ Vous l'avez compris dès le cadre, où je vous ai parlé de médecine, chirurgie, obstétrique, de SSR, de psychiatrie, on raisonne par champ d'activité. On raisonne aussi par structure, de manière globale. Il y a trois types de modalités. La modalité en lien direct avec l'activité, qui est donc financée au fil de l'eau, des modalités qui dépendent de la tranche d'activité des forfaits, qui sont plutôt fondées sur l'activité que je qualifierais d'historique, et puis des dotations qui sont quand même plus éloignées, quasiment sans lien avec l'activité. Le MCO est donc le secteur d'activité qui a la palette d'outils la plus diverse. Le séjour de médecine, chirurgie, obstétrique est d'abord financé par un tarif auquel s'ajoutent différents types de suppléments, comme des suppléments journaliers, si le patient passe en réanimation, surveillance continue ou soins intensifs. Il y a aussi des prestations en sus du séjour, comme les molécules onéreuses ou autres dispositifs. À ce séjour hospitalier s'ajoute éventuellement un dispositif de forfait annuel. C'est le cas des urgences, de l'activité de greffe ou de coordination de prélèvement d'organes. En fait, pour les urgences, ce forfait annuel a vocation à être un financement de charge fixe auquel s'ajoute ensuite une prestation : soit un séjour hospitalier au travers de son tarif, soit juste un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, où vous avez une prestation, l'accueil et traitement des urgences. En forfait, à noter également, les activités isolées, qui sont des éléments importants à retenir. L'hospitalisation à domicile fonctionne à la journée, et dans le financement MCO, comme je l'ai dit, vous avez aussi tout ce qui n'est pas directement lié aux soins. Les missions d'intérêt général, qui sont financées via des systèmes de dotation. Voilà pour le MCO, en synthèse. Dans le champ d'activité des soins de suite et de réadaptation, le dispositif est en pleine réforme, avec des éléments qui sont en cours de construction. À noter, toutefois qu'il y aura des modalités similaires au MCO : la liste en sus, les molécules onéreuses ou les missions d'intérêt général. Et il y aura des éléments qui seront plutôt spécifiques au SSR : les plateaux techniques spécialisés, qui risquent probablement, tels qu'on les imagine, d'être sur des dispositifs de forfait. S'agissant de l'activité, nous sommes sur un modèle novateur, puisqu'il correspond à la combinaison d'une dotation avec une part socle, qui constitue un minimum de ressources garanties, et d'un complément à l'activité. C'est donc une mixité entre dotation et activité. Pour finir, en mixant le MCO et le SSR, il existe un dispositif totalement transversal. Il s'agit de l'incitation financière à la qualité, qui a vocation à attribuer des crédits en fonction d'un niveau de qualité atteint mais également d'une évolution de cette qualité. Quant à la psychiatrie, je ne m'y attarderai pas, puisque là, on est sur un dispositif qui perdure depuis les années 2000. Une dotation pour les établissements publics et privés non lucratifs et un système de prix de journée pour les cliniques. Aujourd'hui, l'ambition des pouvoirs publics, c'est de favoriser la modulation de l'attribution des crédits. L'enjeu sera donc de définir les critères de modulation. Voilà, je vous ai brossé en quelques minutes le modèle actuel de financement des établissements de santé. Il y a eu beaucoup de rapports divers et variés qui ont eu vocation à évaluer ces dispositifs et à en faire apparaître un certain nombre d'atouts, mais aussi des limites. Il y a notamment des limites importantes dans le contexte actuel de développement des prises en charge ambulatoires, et du vieillissement de la population. L'enjeu de demain sera que ces modèles de financement puissent s'ajuster et être modifiés pour répondre à la prise en charge coordonnée des patients.

