



### 6. Le rapport Véran, atouts et limites de la tarification à l'activité

- ➔ Bonjour, je suis Véronique Sauvadet, responsable du service financement et analyse économique de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Je vais vous livrer quelques réflexions techniques sur les ouvertures proposées par les rapports sur les dispositifs de financement des établissements de santé et leur évaluation. Ces rapports ont été nombreux, et produits par divers organismes, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) l'Inspection générale des finances (IGF), mais aussi le Sénat, par la Mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (MECSS) et le dernier en date, est celui émis par M. Olivier Véran. Ces rapports mettent en avant plusieurs atouts de la tarification à l'activité (T2A), le dispositif de financement en place depuis 10 ans. Notamment, elle a permis de développer les approches médico-économiques et d'affiner la connaissance de l'activité établissements de santé. Cette tarification à l'activité a permis, jumelée à la réforme budgétaire et comptable, d'introduire toute la logique de contrôle de gestion. Elle a aussi permis de créer une forme d'équité entre les établissements et les territoires car ce sont des modèles de financement nationaux aux tarifs nationaux. Les rapports montrent quelques limites du dispositif. Tout d'abord, le dispositif repose majoritairement sur ce qui est fait, ce qui induit la tentation de réaliser des actes non pertinents pour gagner en recettes. La qualité des soins est aussi très peu prise en compte dans le dispositif de financement. Ce qui constitue une autre de ses limites. Les besoins spécifiques de populations sont peu pris en compte. Des approches plus populationnelles ont certes été introduites par quelques concepts, comme la prise en compte de la précarité ou les hôpitaux de proximité, mais c'est encore modeste. Il y a également des interrogations par rapport à la référence pour calculer le tarif et, donc, par rapport à la perte d'efficacité et d'efficacité du système. Enfin, une autre limite importante : celle du cloisonnement introduit dans les dispositifs de financement à l'intérieur de l'hôpital, entre les champs d'activité, puisqu'il y a des dispositifs spécifiques (MCO, SSR, psychiatrie et médico-social), mais aussi au niveau des soins de ville et entre acteurs. Or, il y a de vrais enjeux de santé publique, comme le vieillissement de la population, le développement de pathologies chroniques, qui nécessiteraient que le modèle de financement n'empêche pas la prise en charge coordonnée des patients. Actuellement, cette référence est basée essentiellement sur le coût moyen observé. Il pourrait y avoir d'autres références, tel que le coût construit, qui reposerait plutôt sur un calcul médico-économique réalisé par les experts et acteurs de la spécialité. Une autre possibilité pourrait être celle des coûts efficaces. Plutôt que d'observer la moyenne, on pourrait définir un panel d'établissements qui auraient ce caractère d'efficacité et mesurer le coût sur l'ensemble de ces établissements. Il n'empêche que coût construit comme coût efficace sont techniquement complexes à mettre en œuvre. Notamment, il faut d'abord définir l'efficacité et avoir des indicateurs de mesure pour pouvoir observer et mesurer le coût sur ces établissements. Pour ce qui est du cloisonnement des financements, le PLFSS 2018 a introduit, par son article 35, une expérimentation intéressante autour des organisations innovantes. L'idée est de déroger à l'ensemble des dispositifs de financement existants pour favoriser l'émergence d'organisations innovantes et de prises en charge globales du patient. Cet article de la LFSS 2018 repose sur une approche très pragmatique d'expérimentation, avec une idée de bottom-up.





### 6. Le rapport Véran, atouts et limites de la tarification à l'activité

- ➔ C'est-à-dire la définition d'un cadre général de cahiers des charges, un appel à projet sur ces cahiers des charges auquel les acteurs pourront répondre et, une évaluation sur la base de ces expérimentations de terrain, en vue d'une
- ➔ généralisation ou amplification de ce type de dispositifs. Ces dispositifs raisonnent de deux manières : une première, autour de la séquence de soin, le bundled payment ou le paiement à l'épisode de soins, qui va généralement concerner des prises en charge spécifiques autour desquelles on définit un certain nombre de services. Finalement, la force de ces nouveaux modèles repose sur un financement forfaitaire qui couvre l'ensemble des services nécessaires à la prise en charge, par exemple chirurgicale, du patient, quels que soient les acteurs qui se coordonnent pour répondre à cette prise en charge. L'autre approche ou les autres modèles qui sont également expérimentés, surtout à l'étranger, reposent sur l'incitation à la prise en charge partagée. Il s'agit, dans ce cas, d'un groupement d'acteurs qui s'organisent pour répondre aux besoins de santé de l'ensemble d'une population. Par exemple, les personnes âgées sur un territoire donné. Dans tous les cas, pour ces dispositifs de financement, il faut garder en tête les mécanismes d'intéressement : il faut que les acteurs aient un retour sur investissement dans ce type d'organisations. Doivent aussi être pris en compte tous les indicateurs de qualité afin de s'assurer que la prise en charge coordonnée du patient apporte bien une réponse globale à la demande de soins. Cet article 35 ouvre donc une perspective assez importante sur les dispositifs de financement des acteurs. La qualité est une question délicate. Comment la prendre en compte dans les dispositifs de financement sans raisonner uniquement sur la performance économique ? C'est le risque lors de l'évaluation des dispositifs de financement. Beaucoup d'expériences étrangères, raisonnant autour du P for P, payment for performance. En France, le dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) a été mis en place mais il demeure relativement modeste, puisqu'il représente 40 millions d'euros. Il repose à la fois sur une incitation par le niveau de qualité atteint et sur l'évolution de la qualité. On reste tout de même dans un dispositif fermé. Pour dépasser ce type de dispositifs dans le modèle de financement, les acteurs notent aujourd'hui, qu'il faut asseoir davantage les indicateurs de qualité et les rendre plus robustes et plus fiables. Comment ? En essayant de couvrir deux dispositifs. Aujourd'hui, les indicateurs de qualité couvrent relativement bien des indicateurs de processus. Il faut souligner la démarche engagée ces dernières années pour développer ces indicateurs et aboutir aux plus de 40 indicateurs disponibles aujourd'hui. Ce qu'il manque, dans ce dispositif, ce sont les indicateurs de résultat qui qualifient plutôt le résultat clinique de la prise en charge du patient. Par exemple, les indicateurs de mortalité, les problématiques liées à la réadmission ou à la ré-hospitalisation, ou encore à la complication. Il est très difficile, techniquement, de mettre en œuvre ces indicateurs, car ils dépendent des patients. Ils nécessitent donc de s'affranchir des caractéristiques patient par la mise en place de méthodes de standardisation qui pourront être utilisées à des fins de comparaison. Il y a donc un champ pour les pouvoirs publics à investir dans le développement de ces indicateurs. Mais, ils ne sont pas encore disponibles pour une utilisation directe dans les modèles de financement.

