

Comité de suivi T2A
7 novembre 2007

Présents : une cinquantaine de personnes
Ouverture par Martine Aoustin
Ordre du jour : en fonction des champs d'activité

Secteur MCO

Pour les établissements ex-DG (public, PSPH) en 2008, le passage à 100% de la T2A pour la part de financement tarifé à l'activité est confirmé, sur le modèle du secteur privé à but lucratif. La Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) sera supprimée.

Le système de la DAC freinait la capacité des établissements publics de santé à augmenter leur activité, notamment dans le cadre de la concurrence avec le secteur privé. Il était par ailleurs trop protecteur pour les établissements en perte d'activité.

Chaque établissement aura un coefficient de transition qui s'appliquera sur tous les tarifs, afin de neutraliser les effets du passage à 100%. Ce coefficient sera réduit d'une tranche tous les ans afin d'atteindre la valeur 1 en 2012. Cette convergence intra-sectorielle s'appliquera dès l'exercice 2008. La convergence inter-sectorielle (public / privé) est renvoyée à l'étude des écarts de coût entre les deux secteurs.

Le calcul du coefficient de transition se fera sur la base de l'activité 2006, additionnée du pourcentage estimé d'augmentation générale d'activité qui a été prévu dans la construction de la campagne budgétaire 2007, soit 1,7%

Le passage à 100% de T2A sera effectif dès le 1^{er} janvier 2008. Les ARH vont remonter durant la première quinzaine de novembre l'intégralité des allocations de crédits 2007 attribués aux établissements de santé. A partir de ces données, un coefficient de transition sera attribué pour la période janvier – février 2008 à tous les établissements ex-DG, puis un nouveau coefficient à partir du 1^{er} mars qui inclura la première étape de convergence intra-sectorielle, soit 20% de l'objectif final (coefficient à 1 en 2012). Le coefficient de transition de chaque établissement n'évoluera les exercices suivants qu'en fonction des objectifs de convergence. Il sera rendu public. Comme tous les coefficients de transition sont déduits d'une construction solidaire entre tous les établissements, il n'est pas prévu de recours individuel.

Compte tenu du passage à 100% de T2A, les tarifs GHS de la campagne 2008 (à partir du 1^{er} mars) seront, à périmètre constant, en baisse de 3,7%. La baisse des tarifs n'occasionnera aucune diminution du volume macro-économique de l'ODMCO. Elle provient d'un historique de construction des campagnes budgétaires 2005 et 2006. En 2005, les mesures nouvelles ont été impactées à 25% sur les tarifs et 75% sur la DAC. En 2006 et 2007, les mesures nouvelles ont été uniquement impactées sur les tarifs afin de favoriser les établissements les plus dynamiques. Il en a résulté un déséquilibre entre la part DAC et la part T2A qu'il faut compenser dès lors qu'on supprime la DAC.

Remarques :

- Il y a une divergence **MAJEURE** d'appréciation entre, d'une part la mission T2A, d'autre part la FHF et les conférences, sur le volume prévisionnel de l'activité 2007 des établissements publics de santé. Pour les premiers, les éléments dont ils disposent leur permettent de supposer que l'augmentation de 1,7% sera vérifiée.

Les seconds estiment au contraire qu'on se dirige vers une baisse d'activité, notamment en CHU. Or cela aura une incidence **considérable** à la fois sur le financement de l'exercice en cours, qui intègre cette hausse d'activité (les tarifs 2007 seraient alors sous-estimés), mais également sur la construction des tarifs 2008. La mission T2A considère qu'elle aura une idée précise de la validité de ses projections dès qu'elle aura les chiffres d'activité du mois de septembre 2007 (très prochainement).

- La baisse des tarifs rend la lisibilité de la campagne tarifaire 2008 à peu près nulle ! Si les mesures nouvelles ont été « déversées » sur les tarifs en 2006 et 2007, cela veut dire que la baisse des tarifs en 2008 sera bien réelle à moins de considérer que les mesures nouvelles de ces exercices ne seront plus financées ! La mission T2A insiste sur le fait que sur le plan macro-économique, cette baisse est neutre.
- Les coefficients géographiques dont bénéficient les établissements d'Île de France, de Corse et des DOM seront maintenus.
- Les difficultés liées à la non-représentativité de l'Etude Nationale de Coût qui a servi à la construction des tarifs posent des problèmes au niveau micro-économique. Il devient urgent que L'ATIH détecte les tarifs GHS défavorables. D'après la mission T2A, seuls quelques tarifs sont inférieurs au coût moyen des activités concernées. Il y a des difficultés d'interprétation liées à l'attribution des suppléments (médicaments...). La mission T2A reste cependant ouverte aux ajustements tarifaires, notamment en ce qui concerne les activités de réanimation et en néonatalogie pour lesquels une révision des tarifs est en cours.
- Médicaments onéreux et Dispositifs médicaux implantables : la mission T2A rappelle que l'objectif initial est de les réintégrer au sein des tarifs GHS. Cependant, la principale difficulté concerne les chimiothérapies anticancéreuses car les protocoles sont très différents selon les patients. Une comparaison avec l'Allemagne est en cours. Aucune réintégration n'est prévue en 2008.
- L'arrêt sur les actes frontières a fait fortement chuté les actes ambulatoires. En particulier, l'éducation thérapeutique des patients apparaît peu valorisée, ce qui a occasionné une chute de 35% ! La mission T2A reconnaît ce point.
- Financement des SMUR : pas de basculement vers la T2A en 2008. Travaux en cours.

MERRI

La réforme des MERRI sera mise en œuvre dès 2008.

Rappel : au départ, les MERRI ont été uniformément estimées à 13% du budget des CHU. Puis dans un deuxième temps ont été définis 3 niveaux de financement.

En 2008, les MERRI seront découpées en 3 parties :

- un socle structurel de base
- une part modulable en fonction d'indicateurs :
 - o Concernant la recherche :
 - Nombre de publications (outil SIGAPS de remontée des publications et de scorage).
 - Nombre de brevets déposés : le gouvernement considère qu'en France, il y a un problème d'industrialisation de la recherche. Il y a une volonté politique de modifier cet état de fait. Cet indicateur sera perfectionné.
 - Nombre d'essais cliniques et nombre de patients inclus (en 2009).
 - o Concernant l'enseignement : nombre d'étudiants.
- Le financement contractuel après appel d'offres (PHRC...)

Le financement des MERRI ne concerne que les CHU, les CLCC et quelques gros CH. La mission T2A considère qu'il faut éviter tout saupoudrage. En ce qui concerne les essais cliniques qui peuvent concerner des établissements non – universitaires, c'est le promoteur qui recevra le financement.

SSR

Problème d'équité entre le secteur public et le secteur privé pour l'ouverture de lits SSR : à l'heure actuelle, seul le secteur privé peut bénéficier d'un financement automatique.

Les hôpitaux publics ont besoin de pouvoir restructurer les lits de MCO déficitaires en SSR. Il y a un problème de fongibilité des enveloppes MCO et SSR car les SSR restent financés par la DAF. Lorsque la DAC disparaîtra, il ne sera plus possible d'alimenter la DAF donc de créer des lits de SSR par autofinancement.

La mission T2A informe que lors de la prochaine campagne budgétaire, le financement du développement de l'activité SSR du secteur public sera amélioré. Dans le cadre de la mise en place des ARS, un des objectifs sera de faciliter la fongibilité des enveloppes.

La mise en place d'une tarification à l'activité en SSR est en travaux. L'objectif est de mettre en place en 2009 un modèle transitoire qui modulera la DAF, avec en particulier le financement des médicaments onéreux qui permettra de faciliter les passages entre MCO et SSR. Un financement MIG est également prévu.

Les travaux seront présentés en détail lors de la prochaine réunion du Comité de suivi. Des expérimentations seront menées dès l'exercice 2008. Ce modèle transitoire sera mis en place pour deux ans, après quoi le modèle définitif sera déployé comme pour le secteur MCO, avec des tarifs bien identifiés. Il y aura des aménagements pour certaines activités particulières (balnéothérapie...).

Psychiatrie

Le calendrier est plus éloigné dans le temps (2012 ?). Le principal effort est à porter sur la remontée des informations d'activité (hospitalisation et activités de secteur). L'objectif initial de parvenir à une exhaustivité à la fin de l'année 2007 sera cependant très difficile à atteindre. D'après l'ATIH, moins de la moitié des établissements concernés ont commencé à transmettre leurs données.

Hôpitaux locaux

Compte tenu de la mise en place des nouvelles modalités de financement en SSR, il sera proposé parallèlement aux hôpitaux locaux le même calendrier, avec des modalités similaires.

Pour la CPH
Jacques Trévidic