Financement des Hôpitaux : analyse critique du « tout T2A »

La mise en œuvre de la T2A, de façon précipitée en 2004 puis généralisée en 2008, a été le résultat de la conjonction d’un constat, d’une vision et d’une politique.

1 Le constat portait sur les limites de la dotation globale instaurée en 1983.

La dotation globale donnait une grande liberté d’organisation et d’activités aux médecins, mais par définition dans les limites de l’enveloppe budgétaire allouée.

Elle ne permettait pas le financement des médicaments et des dispositifs innovants et coûteux. Elle était injuste car elle avait été fondée sur une base historique qu’elle tendait à pérenniser. Elle ne prenait pas assez en compte l’évolution de l’activité. Elle ne contraignait pas à un codage exhaustif du PMSI

Mais la prudence, défendue à l’époque par certains économistes et gestionnaires, aurait été de la faire évoluer comme on avait commencé à le faire avec l’instauration en 1996 des points ISA dépendant de l’activité. On aurait pu aussi décider d’une « liste en sus », hors dotation annuelle, pour les médicaments et dispositifs innovants et très coûteux

A ce constat critique sont venus s’ajouter une vision de l’avenir de la médecine et une orientation générale de la politique publique

2) La vision de l’avenir de la médecine était celle défendue par des médecins ultra-spécialisés comme Guy Vallancien et des économistes de la santé comme Claude Le Pen.

Selon eux, en raison des progrès techniques d’une part et de l’essor de la médecine scientifique basée sur les preuves d’autre part, l’exercice de la médecine allait de plus en plus consister à appliquer des procédures et à suivre des recommandations. Ainsi, de façon inexorable, la médecine devenait industrielle, le médecin un ingénieur ou un technicien supérieur, l’hôpital une entreprise. Et comme l’activité devenait de plus en plus standardisée, elle pourrait être facilement mesurée quitte, pour ce faire, à être fragmentée. Tout, ou du moins presque tout, pourrai t être quantifié et donc tarifé. Et ce qui ne pourrait pas l’être, serait financé de façon résiduelle par une dotation(les MIG).

3) La nouvelle politique publique à l’œuvre dans les années 90 était celle inspirée par la théorie néolibérale avec ses trois dogmes :

1. Pour l’essentiel des activités humaines rémunérées, la concurrence permet d’obtenir la qualité au plus bas coût .La médecine n’échappe pas à la règle. 2 .L’Etat ne sait pas gérer de façon efficiente. Son rôle est surtout de réglementer et de réguler. 3. Il n’y a pas un management public et un management privé, il n’y a qu’un bon ou un mauvais management. Et le bon management c’est celui qui permet d’obtenir la rentabilité maximale. Il faut donc introduire dans les services publics la notion de rentabilité financière et les règles du management privé.

L’heure du bilan semble aujourd’hui venu, bien que les promoteurs de la T2A n’aient prévu aucune évaluation ni même défini les indicateurs pertinents pour une telle évaluation. Ils n’avaient même pas prévu les modalités du calcul du coût de la T2A elle-même, si bien que personne n’est capable de répondre à la question : « combien coûte aujourd’hui la T2A ? »

Si on en croît un spécialiste, partisan de la T2A, professeur à l’ESSEC, membre de la commission VERAN, Gérard de POUVOURVILLE, la T2A a été mise en place en raison de 5 avantages. Passons-les en revue :

1er avantage : elle s’appuie sur une description robuste de l’activité de soins. FAUX ! Cette description n’est robuste que pour les activités standardisées ayant une faible variabilité (70 à 80% de l’activité des cliniques commerciales 30 à 40% de l’activité des hôpitaux publics) mais la T2A manque singulièrement de robustesse pour les autres activités dont le coût moyen s’accompagne d’un très large écart type en raison de la gravité et/ou de la complexité et/ou de la rareté… C’est d’ailleurs pourquoi on est passé de 750 GHM (groupes homogènes de malades) à 2500 GHS (groupes homogènes de séjour), on a ajouté des critères de gravité, des comorbidités, des actes classant… Et on peut continuer si on veut tarifer les 12 000 pathologies et prendre en compte leurs 2 à 4 niveaux de gravité.

2ème avantage : la T2A octroie un tarif unique à chaque assuré quel que soit l’établissement et quel que soit le territoire.

 Certes mais ce tarif unique est en réalité très inégalitaire car le coût effectif varie en fonction : -de la variété des pathologies prises en charge (une cataracte opérée dans une usine à cataracte travaillant de 8H à 18H et fermant au mois d’août sera toujours moins coûteuse que la cataracte opérée dans un service d’ophtalmologie de l’hôpital public ayant une activité diversifiée et ouvert 24heures sur 24, 365 jours par an). -du nombre de lits de l’établissement : d’un point de vue comptable, la taille optimale semble se situer entre 400 et 800 lits ( la Pitié- Salpêtrière = 1700 lits). -du bâti et de son ancienneté : la Pitié-Salpêtrière c’est 90 bâtiments sur 33 hectares avec des ambulances intérieures. -du coût de la vie dans le territoire concerné. -du statut et de la rémunération des personnels.

D’où la polémique entre FHF et FHP et l’invraisemblable campagne de la FHP pour la « convergence tarifaire ».

3ème avantage : la T2A assure au gestionnaire une prévisibilité

FAUX ! Les tarifs varient chaque année en fonction de l’échelle nationale des coûts, en fonction de choix politiques décidant de survaloriser certaines activités (les soins palliatifs, lachirurgie ambulatoire… ),en fonction du poids de différents lobbys médicaux, en fonction du taux de progression de l’ONDAM puisque les tarifs baissent lorsque le volume d’activité augmente au-delà de l’ONDAM, sans compter la mise en réserve prudentielle systématique d’une partie du budget en début d’exercice pour s’assurer qu’en fin d’exercice l’ONDAM sera tenu.

On a donc découplé les tarifs des prix et on a instauré des tarifs flottants

4ème avantage : la T2A permet d’assurer une marge d’autofinancement grâce à des gains de productivité

FAUX ! Car, les dits « gains de productivité » sont engloutis par :

-le remboursement des emprunts. -le paiement des mesures sectorielles prises par le gouvernement sans financement correspondant, en faveur par exemple des sages-femmes, des urgentistes, des internes… -la réduction de la progression de l’ONDAM en deçà du taux de progression automatique des charges.

5ème avantage : elle permet de corriger les inégalités du budget global antérieur

VRAI ! Sur les 5 promesses faites par la T2A, c’est la seule qui ait été tenue.

Par contre les effets pervers prévisibles et d’ailleurs prévus, au titre de dégâts collatéraux, ont bien été au RDV :

1 la T2A a induit une suractivité, pas forcément justifiée. Cette suractivité est ciblée sur les activités jugées rentables, notamment en hôpital de jour avec par exemple , pour satisfaire aux exigences de la circulaire « frontière » et indépendamment des besoins réels des patients, une inflation de demandes non justifiées d’imagerie.

2 L’optimisation du codage (souvent confiée aux DIM/TIM ou à des entreprises privées) voir le surcodage, d’où en retour l’inflation des contrôles débouchant sur des redressements plus ou moins arbitraires. Ces sanctions amènent les acteurs à augmenter les activités inutiles ou en tout cas non pertinentes, mais satisfaisant aux critères de facturation à la Sécurité sociale et ce faisant échappant à la guillotine des contrôleurs.

 Ainsi chaque directeur et chaque communauté médicale hospitalière travaillent consciencieusement à « couler la Sécu », qui le sait et en conséquence baisse les tarifs ! Les victimes de cette course à l’échalote sont ceux qui appliquent la règle du juste soin au moindre coût pour la collectivité qui voient ainsi leur recette baisser en raison de la pratique inflationniste de leurs collègues. Si bien que de crainte d’être « le cocu de la farce », tout le monde s’y met .

3 La T2A ne se préoccupe pas de la qualité qu’elle peut seulement contribuer à dégrader, notamment en poussant aux sorties prématurées. Très peu d’études méthodologiquement correctes ont pu être faites (DRESS et IRDES), faute d’avoir été préalablement prévues et précisément définies.

4 La T2A valorise les actes de soins mais pas la prévention (au passage, remarquons qu’on parle d’utiliser les QALI - prix du gain d’une année de vie en bonne santé- pour déterminer le prix de vente des nouveaux médicaments, mais non pour calculer le prix de la prévention médicale non pharmacologique)

5 La T2A est un carcan qui rend difficile voire impossible la mise en place de nouvelles formes de prises en charge moins coûteuses, faute de disposer d’un tarif labellisé correspondant. La T2A qui promettait la liberté du marché, se révèle une « cage d’acier » bureaucratique

6 La T2A favorise le report de coûts (biologie, radiologie…) par externalisation sur d’autres structures. Elle favorise la fragmentation des séjours comme on l’a vu en oncologie avec en conséquence l’augmentation considérable des dépenses de transport (près de 4 milliards d’euros par an)

7 La T2A ne pousse pas à la coopération mais à la concurrence sur un pseudo-marché administré. Comme son nom l’indique elle vise à accroître l’activité des hôpitaux, c’est-à-dire qu’elle favorise l’hospitalo-centrisme par ailleurs tant décrié.

Au fond la T2A était un outil fait pour développer les actes techniques, en particulier l’activité chirurgicale, ce qu’elle a effectivement réalisé.

Elle a surtout eu 3 conséquences que certains politiques jugent très positives car elles induisent une politique auto-réalisatrice poussant la logique à son terme : la privatisation des hôpitaux déficitaires, en passant par la case hôpital privé à but non lucratif (ESPIC)

1.En effet à l’objectif éthique du « juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité », la T2A substitue l’objectif économique de recherche de la rentabilité pour l’établissement. C’est ce qu’un rapport de l’IGAS qualifiait de « culture de la T2A » déplorant qu’elle ne soit pas plus répandue parmi les médecins hospitaliers. Et c’est ce que Jean de Kervasdoué, dans son « Que sais-je ? » sur l’hôpital public, qualifiait de « marketing ». « Le mot choque mais c’est bien de cela dont il s’agit », ajoutait-il, « l’hôpital cherche à vendre ». « Vous défendez l’hôpital ou vous défendez la Sécu ? Faudrait savoir ! » demandait un directeur d’hôpital à une chef de service des hôpitaux Nord de Marseille. Certains économistes de la santé feignent de ne pas comprendre ce qui oblige les médecins à obéir à ces injonctions d’augmentation des activités « rentables ». Ce comportement s’explique tout simplement par la volonté d’éviter ou de limiter le déficit de l’hôpital qui se solderait inévitablement par une réduction des moyens, en particulier une réduction de personnel (et au passage par le désir d’éviter d’être désigné comme le mouton noir qui plombe les finances de l’hôpital). De plus bien souvent notamment pour les hospitalisations de jour, le choix se situe entre « voler  la Sécu ou être voler par elle ». Faute de tarifs intermédiaires entre un hôpital de jour et des consultations externes, on se trouve face à l’alternative : hôpital de jour= l’hôpital vole la sécu, simples consultations et examens ambulatoires = l’hôpital est volé par elle… Il est donc assez facile de s’arranger avec sa conscience en volant la Sécu.

 Quoi qu’il en soit la transformation de l’activité médicale en un commerce comme les autres, changent les valeurs. La novlangue aide à changer la pensée et à modifier les comportements en les banalisant : on ne dit plus répondre à des besoins mais « gagner des parts de marché », on ne dit plus élaborer un projet médical mais « construire un business-plan », on ne dit plus travailler davantage mais « accroître les gains de productivité », on ne dit plus être dévoué mais « travailler à flux tendu »…

2.La T2A et la loi HPST ont instauré une confusion des rôles entre médecins et gestionnaires. Cette confusion voulue par la loi HPST permet au directeur de se retrancher derrière les médecins-gestionnaires que sont les chefs de pôle et permet de la même façon à la ministre de se retrancher derrière les directeurs d’hôpitaux. Ainsi Roselyne Bachelot et Marisol Touraine ont réduit le taux de progression de l’ONDAM, mettant ainsi près de la moitié des hôpitaux en déficit, tout en déclarant « je ne supprime pas de personnel », c’est-à-dire en réalité en laissant le soin aux directeurs des hôpitaux déficitaires de le faire. Ainsi, la T2A a permis de dépolitiser le financement de l’hôpital public, tout en transformant l’augmentation de la dépense publique en dette des hôpitaux. Cette dette ne peut que pousser à un changement à terme du statut de l’hôpital public en ESPIC, c’est-à-dire en établissement privé à but non lucratif, ayant une plus grande liberté de gestion mais pouvant faire faillite ou être racheté. D’où l’attrait exercé par certains hôpitaux privés PSPH comme l’hôpital Saint Joseph de Paris, sur des directeurs venant du public mais ne se vivant plus comme des serviteurs de l’Etat mais comme des chefs d’entreprise, « nouveaux manageurs de santé ».

3 En dehors du cercle des médecins-gestionnaires, on assiste donc à une perte de pouvoir des autres médecins hospitaliers « non chefs », à une limitation de leur liberté professionnelle, à une dégradation de leur qualification (les médecins hospitaliers font de plus en plus du travail de secrétariat tandis qu’on supprime des postes de secrétaire) quand ils ne sont pas réduits à la simple fonction de producteurs de T2A . Cette« prolétarisation » est particulièrement sensible dans les hôpitaux non universitaires. Face à ce processus on observe trois attitudes. La plus fréquente est la démotivation-résignation et/ou le départ vers les cliniques commerciales. Certains intériorisent le processus de bureaucratisation/marchandisation pour le retourner contre les décideurs en revendiquant une T2A encore plus complexe prenant en compte l’ensemble des activités , un travail posté réglementé chronométré, voire un salaire au moins en partie rémunéré en proportion de la rentabilité financière de chacun pour l’établissement , bref c’est la tentation de pousser la logique hôpital-entreprise jusqu’au bout quitte à réclamer le recours à la pointeuse. Restent ceux qui contestent cette dérive à la fois contraire à l’éthique médicale et contraire à la recherche de l’efficience paradoxalement revendiquée, qu’ils la combattent ouvertement ou la boycottent passivement !

**Pistes de réflexion et propositions pour une alternative ?**

Deux principes devraient guider une réforme du financement de l’hôpital : 1.Au lieu d’un vision économique marchande basée sur la recherche de rentabilité, il faut que les modes de financement permettent de réaliser « le juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité » 2.Il faut partir d’une analyse des diverses pratiques médicales pour choisir le mode de financement le plus adapté à chacune d’elle ,au lieu de partir d’une vision managériale unifiée .

Cette alternative devrait se construire par une concertation entre professionnels des diverses disciplines exerçant dans des hôpitaux de tailles diverses, gestionnaires et économistes de la santé. Ce serait d’ailleurs la première fois qu’on renoncerait à la « pensée unique » pour adopter une méthode partant de la pratique.

On ne peut donc pas avoir un mode de financement unique assurant à la fois l’entretien de la structure, les investissements lourds et les diverses activités. Il faut sûrement un financement de fonctionnement et d’entretien de la structure prenant en compte la taille de l’établissement, sa place dans l’aménagement du territoire et l’ancienneté du bâti, distinct d’ un financement spécifique pour les investissements lourds. En ce qui concerne l’activité elle-même et les coûts afférents, il y 3 modes de financement théoriques possibles : le prix de journée, la dotation globale et la T2A, que l’on peut de plus combiner. Chaque mode a ses avantages et ses inconvénients. Ils ont été utilisés historiquement successivement. Il faudrait pouvoir les utiliser conjointement.

-La T2A est adaptée aux activités standardisées programmées (cataracte, pose de stent ou de pace-maker, prothèse de hanche simple, séance de dialyse….). Ceci dit la T2A n’est pas faite pour répondre à la pertinence et à la qualité de ces actes, qui nécessitent de recourir à d’autres outils.

-le prix de journée est bien sûr adapté aux soins palliatifs (que les soins palliatifs soient devenus rentables, alors qu’ils étaient non rentables dans les premières versions de la tarification, n’en est pas moins choquant !) mais peut-être aussi à la réanimation.

-la dotation globale incluant l’ensemble des activités (hospitalisation classique et l’ensemble des activités ambulatoires consultations incluses) est adaptée aux traitements des pathologies complexes dont les modalités de prise en charge évoluent rapidement avec le temps. C’est le cas en particulier des maladies chroniques comportant plusieurs composantes intriquées, biomédicales, pédagogiques, psychologiques et sociales, nécessitant une coordination entre la ville et l’hôpital. C’est le modèle des PASS (permanence d’accès aux soins) qui a démontré son efficience.

Globalement les chirurgiens et les médecins interventionnels ont été plutôt satisfaits de la T2A et les médecins de maladies chroniques plutôt mécontents. Tous, notamment les oncologues et les hématologues, ont été très satisfaits de disposer de la « liste en sus », hors T2A, pour les médicaments innovants et coûteux. La présence des médicaments dans cette liste devait à l’origine être temporaire, mais certains de ces produits ayant un coût dépassant les sommes dévolues aux GHS, sont condamnés à demeurer hors T2A . C’est le cas des médicaments innovants du cancer mais aussi des immunoglobulines, avec en conséquence des prescriptions parfois trop larges sans qu’il soit toujours tenu compte du bénéfice pour le patient , ce qui revient à verser une rente à l’industrie pharmaceutique.

Quatre questions se posent :

1 Le PMSI a été créé bien avant la T2A et doit bien sûr être maintenu de façon exhaustive indépendamment du mode de financement. Son découplage du financement permettrait d’ailleurs de le rendre plus pertinent du point de vue de la politique de santé publique.

2 La régulation financière devrait être adaptée à chaque mode de financement :

-sur la DMS (durée moyenne de séjour) pour le prix de journée (en dehors des soins palliatifs dont la DMS ne devrait pas relever d’une régulation financière mais seulement médicale)

-sur l’augmentation de l’activité pour la T2A avec un tarif dégressif au-delà d’un certain quota négocié avec l’ARS pour chaque établissement

- sur les variations d’activité en plus ou en moins pour la dotation globale en fonction de données d’un codage pertinent, simplifié, pour éviter tout effet de rente.

3 Comment assurer un intérêt convergent des équipes de soins, des établissements et de la Sécurité sociale ?

Le financement à la dotation permet d’instaurer un intéressement collectif partagé à chaque fois que la dotation n’est pas complètement utilisée malgré une activité identique voire en progression, c’est-à-dire grâce à « des gains de productivité ». Pour ne pas se transformer en « rente » ces gains devraient être partagés en 3 selon des règles à définir :

* Une part servirait à financer un projet collectif de l’équipe de soins (amélioration des conditions de travail, formations additionnelles, etc…)
* Une part reviendrait à l’établissement
* Et une part reviendrait à la Sécurité sociale

4 Comment améliorer la qualité ?

L’évaluation de la qualité suppose

1 d’abord et en premier lieu des soignants formés en nombre suffisant, stables, habitués à travailler ensemble et à tirer collectivement les leçons de leurs difficultés ou de leurs échecs.

2 des évaluations multiples : autoévaluation, évaluation comparative, évaluation par les correspondants d’amonts et d’aval, évaluations par les patients…

3 la définition et le respect des procédures de sécurité, définition d’indicateurs de qualité pertinents sachant que lorsqu’un indicateur devient source de rémunérations, il perd aussitôt sa fiabilité d’indicateur.

4 la transparence publique des données anonymisées, diffusées par l’Etat, la Sécurité sociale et les associations de patients reconnues et indépendantes des agents économiques privés.

**Dernière mode : « le financement au parcours »**

L’idée intellectuellement séduisante d’un financement au parcours pour les maladies chroniques pose d’abord un problème méthodologique : il vaudrait mieux définir concrètement le contenu du dit « parcours » avant de définir son financement afin que ce ne soit pas le financement qui définisse le parcours comme on voit la T2A définir le soin !

Il y a 2 conceptions et 2 pratiques du « parcours de soins » :

on peut le concevoir comme une chaîne de production, une succession de séquences, sans homogénéité de prise en charge, sans réelle pertinence de l’ensemble. Cette chaîne standardisée serait pilotée par un financeur/gestionnaire. C’est la filière de soin dont rêve les assurances privées qui veulent bien participer au financement du système à condition de le piloter.

on peut le concevoir comme la pratique d’une médecine intégrée par des professionnels qui se connaissent et connaissent le travail de chacun, qui ont défini un projet médical commun, utilisent un DMP, peuvent se joindre par tel portable , sont d’accord sur leurs modes de rémunérations et sur le reste à charge des patients ,organisant le pilotage personnalisé (et non standardisé)des patients entre les professionnels du premier recours et les professionnels référents de 2ème recours , entre professionnels du soin et travailleurs sociaux .Ce pilotage personnalisé suppose toutefois de respecter la liberté de choix du patient (dans les conditions fixées par la collectivité)

La première conception pourrait s’accommoder d’une T2A élargie à un épisode de soins ville-hôpital. La 2ème conception suppose une dotation annuelle modulée à l’activité pour la structure hospitalière comme pour les structures du territoire concerné. Secondairement on pourrait envisager une gestion commune des dotations. Nous en sommes très, très loin et la loi de santé n’a pas permis d’avancer.

Le principal objectif d’une réforme de financement devrait être de redonner de la liberté aux équipes de soins pour assurer la cogestion d’une dotation avec l’administration. Il faudrait permettre aux équipes qui le souhaitent d’en faire l’expérimentation avant de vouloir encore tout changer en suivant le principe cynique des « winners » : « on change tous les 10 ans, comme ça les malins s’adaptent rapidement et quand les lents, retardataires ont réussi à rattraper leur retard , on change à nouveau le système  ».

André GRIMALDI , Jean Paul VERNANT