

SÉMINAIRE STRATÉGIQUE

BIARRITZ, 11 ET 12 SEPTEMBRE 2013



www.fhpmco.fr

COMMENT OPTIMISER NOS MODES DE FINANCEMENT ?

Un séminaire stratégique annuel pour réfléchir mais également pour voter et trancher !
Relevé de décisions importantes, relatives à la politique de financement de nos établissements, des administrateurs de la FHP-MCO, septembre 2013

POUR une enveloppe unique public/ privé mais différente par champ de spécialité MCO/SSR/PSY

POUR le mode d'exercice libéral

POUR le financement à la qualité via l'expérimentation IFAQ

POUR un financement prioritairement par les tarifs avant des subventions

POUR la pertinence des actes, des séjours et des modes de prise en charge

CONTRE l'intégration des honoraires dans les GHS

CONTRE des tarifs dégressifs en fonction des volumes ou de la non pertinence des actes

CONTRE la modulation des tarifs via l'application d'un coefficient correcteur



Lamine Gharbi
Président du syndicat
FHP-MCO

Une amélioration continue du financement ?

À quoi sert le Comité de réforme de la tarification hospitalière

Dès 2005 pour l'hospitalisation de court séjour, le financement des établissements évoluait vers la «tarification à l'activité» ou communément appelée, T2A. Une onde de choc qui bousculait de nombreuses pratiques. 2013, une réforme de cette réforme de la T2A est en cours et vise un réajustement. Retour sur les différentes étapes de sa mise en œuvre et sur ses grands principes par le Dr Michèle Brami, médecin conseil à la FHP-MCO.

La décision de passer en «tarification à l'activité» (T2A) a été prise en 2002 car dans le secteur public, nous assistions à un essoufflement du financement par dotation globale, avec des situations de rente pour certains établissements, et d'étranglement pour d'autres, et pour tous une grande difficulté à entreprendre les investissements nécessaires. Pour le secteur privé, une étude de la CNAMTS de la fin des années 1990 montrait que les tarifs de prestations des cliniques privées (prix de journée, etc.) pouvaient varier de 1 à 2,5 selon l'établissement, et la région. Le Pr Jean-François Mattei, à son arrivée au ministère de la Santé en 2002, pensait qu'il n'y avait pas de raison pour que le coût pour la collectivité de l'hospitalisation d'un malade diffère selon que le malade était hospitalisé à Lille ou à Marseille. Il décida d'initier la T2A. Pour cette réforme, le principe de départ était simple : à prestation égale, tarif égal.

Un plan plus ambitieux

Cette réforme des financements s'est inscrite dans une stratégie globale, concertée et cohérente, portant à la fois sur la réforme des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), sur la gouvernance à l'hôpital et sur l'amélioration de la qualité des établissements de santé.

De surcroît, cette réforme s'inscrivait dans un mouvement international puisque la plupart des pays occidentaux, confrontés à la même croissance de leurs dépenses de santé, mettaient en place des systèmes de financement tous plus ou moins adossés à une mesure de l'activité enregistrée par un système d'information médicalisé (en France : le PMSI, dans les pays anglo-saxons : les DRG).

Vers une équité de traitement

La mise en œuvre du principe de base de la réforme (à prestation égale, tarif égal) supposait également une convergence tarifaire intrasectorielle et intersectorielle. La convergence intrasectorielle a été réalisée dans le respect du calendrier initial, et l'absence d'équité de financement entre établissements d'un même secteur tarifaire a aujourd'hui disparu. La

convergence intersectorielle (comparaison du tarif du GHS du public avec la somme : GHS + honoraires + dépassements d'honoraires du privé, même si ces derniers ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie) a été introduite progressivement, soulevant une opposition croissante du secteur public, puisqu'il s'agissait pour chaque activité médicale, d'amener le tarif vers celui du secteur le plus efficient, c'est-à-dire vers celui du secteur privé dans la très grande majorité des cas. En 2012 la décision politique d'arrêter cette convergence a été prise au motif de la disparité de clientèle prise en charge entre les deux secteurs.

Améliorer la T2A

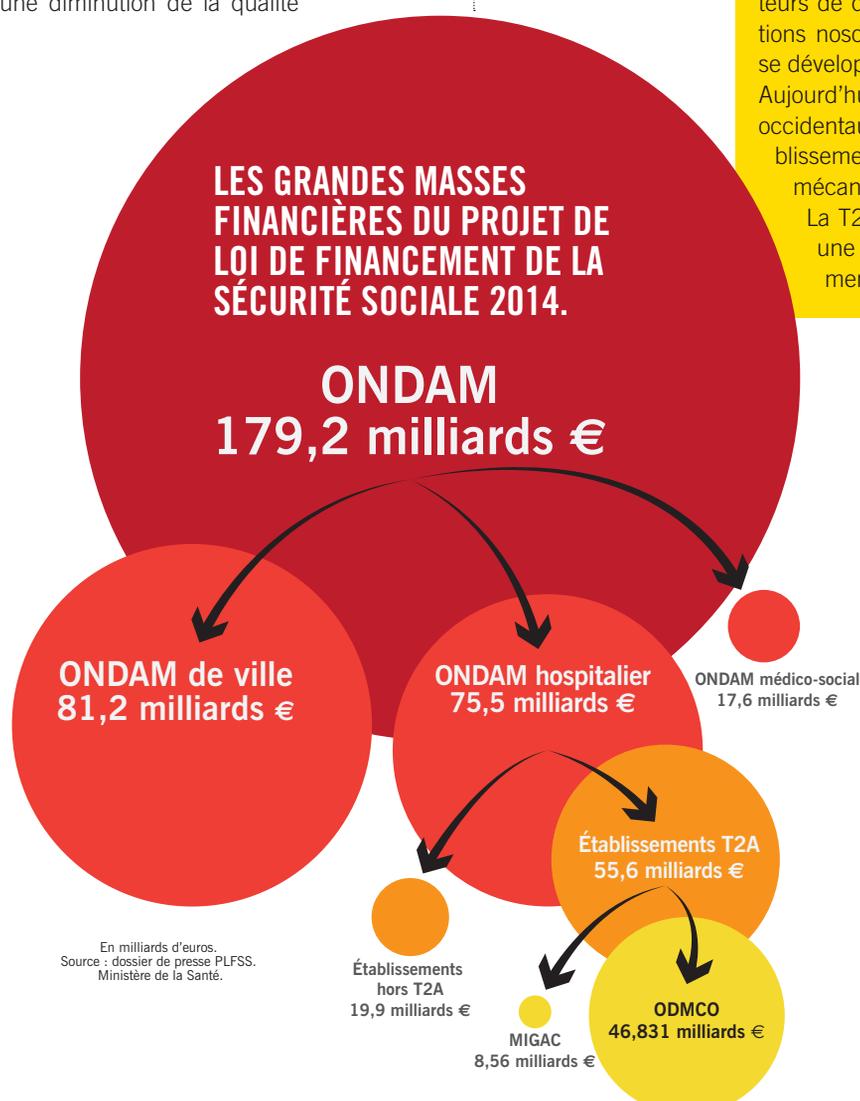
En même temps, il est décidé une « réforme de la réforme », avec la mise en place d'un Comité de Réforme de la Tarification Hospitalière (CORETAH). Pas de remise en cause profonde de la T2A mais plutôt la volonté d'exaucer le souhait des établissements publics de disposer d'une plus grande marge de manoeuvre. L'objectif est d'aménager, d'ajuster la T2A sans bouleversement de l'existant. Deux grands axes de travail sont clairement tracés : le financement de la qualité et le parcours de soins. Concernant le premier point, la T2A a été accusée de contribuer à une diminution de la qualité

des soins, même si aucune étude n'avait été réalisée en son temps pour connaître l'impact de la dotation globale sur cette même qualité... Concernant le deuxième axe, si la T2A répond très bien aux besoins concernant les pathologies aiguës, elle s'avère moins adaptée en ce qui concerne les pathologies chroniques qui s'inscrivent dans une continuité, et pour lesquelles l'ensemble de la prise en charge du malade doit être prise en compte pour que l'évaluation soit juste. Toutefois, cette notion de parcours de soins mérite encore un affinement de sa définition et de ses modalités pratiques de financement. Aujourd'hui, 8 ans après la mise en place de la réforme, la dynamisation du secteur public est largement engagée, et la « révolution culturelle » à peu près intégrée.

UN SAVANT DOSAGE

L'analyse de l'activité hospitalière a évolué en passant d'indicateurs de moyens aux indicateurs de productions pour tendre vers l'utilisation d'indicateurs de résultats. Avec le PMSI, apparaît le casemix de l'établissement et à l'avenir, des indicateurs de résultat comme indicateurs de qualité (taux de décès, d'infections nosocomiales, ...) seront amenés à se développer.

Aujourd'hui, dans la plupart des pays occidentaux, le financement des établissements de santé est basé sur un mécanisme de tarification à l'activité. La T2A française est un mixte entre une dotation globale et un paiement à l'acte.



Projet IFAQ

Une prime aux bons élèves !

Ce rêve formulé depuis toujours par l'hospitalisation privée est-il en passe de devenir réalité grâce au projet d'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) ?*

L'absence de reconnaissance tarifaire de la qualité faisait partie des incohérences majeures de notre système hospitalier sans cesse soulignée. Le projet IFAQ permettra de tirer le système vers le haut. Il signifie un bénéfice évident pour les patients, et envoie un signal positif aux équipes. Toutefois, le modèle est techniquement complexe et doit éviter de nombreux biais. La FHP-MCO, véritable force de propositions sur ce dossier, veille à son élaboration, étape par étape. Beaucoup d'incertitudes persistent, le modèle est encore instable et se construit en avançant.

Un objectif

Le projet IFAQ, a pour objectif de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Une prime aux bons élèves en quelque sorte. Comment concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir d'indicateurs qualité généralisés et simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation ? Co-piloté par la DGOS et la HAS, les travaux sont confiés au projet COMPAQ-HPST et menés en lien avec les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, UNICANCER, FHP et FHP-MCO), l'ATIH et l'ANAP.

Une méthode

Ce modèle vise à transformer les résultats des indicateurs retenus en nombre de points, puis d'agréger les résultats pour obtenir un « score établissement » et enfin de convertir ces points en paiement. Le score obtenu par l'établissement prendra en compte le résultat (l'excellence) et l'effort (l'évolution), afin d'augmenter le caractère incitatif du modèle.

Une expérimentation

La démarche qui se veut opérationnelle et pragmatique, passe par une expérimentation. Pour mémoire, l'appel à candidature de l'été 2012 a rencontré un vif succès. Au final, 222 établissements MCO volontaires ont été retenus, dont 78 privés. Lancée en novembre 2012, l'expérimentation est en cours jusqu'en juin 2014. La période, volontairement étendue, entre l'appel à candidature et la mesure des résultats des « indicateurs », doit être mise à profit par l'établissement pour mettre en oeuvre des actions correctives. Une adaptabilité qui est mesurée par les tutelles pour juger du caractère incitatif d'un tel mode de financement.

*Un projet piloté pour la FHP-MCO par Laure Dubois, économiste de la FHP-MCO et le Dr Paul Garassus, président du conseil scientifique du BAQIMEHP.

LE SORT DE
L'ÉTABLISSEMENT
ET CELUI
DES MÉDECINS
SONT LIÉS.



Les relations médecins/directeurs

Je t'aime, moi non plus...

Le sort de l'établissement et celui des médecins sont liés. Si le corps médical est en bonne santé, les établissements le sont également, mais si des signaux contradictoires sont émis, le cancer s'installe ! Maître Musset spécialisé en droit de la santé fait le point.

COMMENT ÉVOLUER D'UNE POSTURE STATIQUE (LE CONTRAT) À UNE POSTURE DYNAMIQUE (LA RELATION) ?



Trois conduites

- 1 Trouver une convergence d'intérêt qui passe par la recherche d'accord gagnant/gagnant
- 2 Mettre en oeuvre une co-construction (qui n'est pas la co-gestion) par la reconnaissance des spécialités, des disciplines
- 3 Améliorer la reconnaissance (pécuniaire et/ou autre) des praticiens qui s'impliquent dans les fonctions transversales

COMMENT DÉPASSER LES SUJETS QUI FÂCHENT ?



Dix points d'achoppements

- 1 L'exercice : la nature d'activité, son exclusivité. Comment gérer les frontières d'actes/d'activité des uns et des autres, la concurrence entre les médecins ? Comment fusionner les équipes en cas de regroupement ?
- 2 Les prestations de services : la redevance, les rémunérations
- 3 L'évolution de l'activité de l'établissement : un regroupement, un arrêt d'activité, une coopération sanitaire avec des conséquences à assurer sur un plan contractuel
- 4 Les honoraires : les compléments d'honoraires restent une condition de l'exercice libéral mais ont des conséquences sur le recrutement et le développement de la patientèle
- 5 L'opposabilité des productions réglementaires : elles pèsent sur l'établissement qui doit obtenir l'adhésion des praticiens
- 6 L'exercice : évolution des modes d'exercice des praticiens
- 7 La gestion des conflits entre praticiens : quels sont les retentissements sur l'organisation, le personnel, etc. ?
- 8 L'évolution des pratiques médicales et des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, etc.) ?
- 9 L'effet de cessions des actions : quelle gouvernance après une cession du capital ? Quel repositionnement des médecins auparavant actionnaires ?
- 10 La vie de la CME : comment chaque médecin trouve sa place ? Quel rôle joue-t-elle ?

ATTENTION CONTENTIEUX

En situation de désaccord, Maître François MUSSET rappelle que le contentieux a ses limites et laisse des traces. Il faut chercher des solutions du côté des processus alternatifs de résolution des litiges. En particulier, le processus dit du « droit collaboratif » est une alternative efficace au contentieux pour régler les conflits, spécialement dans le cadre de relations qui sont amenées à devoir durer, ce qui est typiquement le cas des relations praticiens / cliniques. Ce nouvel outil se distingue de la médiation et invite dans un premier temps à mettre de côté les positions des protagonistes (ce que j'ai, ce que je veux, ce que je rejette, etc.), pour privilégier la recherche d'intérêts communs (ce qui nous rapproche, ce qui nous menace tous les deux, etc.).



Que ce soit plus simple !

À quand un choc de simplification dans notre secteur ?

Si nous n'obtenons pas d'augmentation de tarifs, donnez-nous des marges de manœuvre ! Élaboration d'une première liste...

- Mettre fin au double envoi (papier et électronique) du bordereau S3404 ;
- Mettre fin aux normes de moyens en maternité pour aller vers des normes de compétence en actant la fin de l'obligation de moyens (seuil de personnels par tranche de 200 accouchements, sectorisation, nombre de chambres particulières, etc.) ;
- Mettre fin aux normes de moyens en dialyse pour aller vers des normes de compétence en actant la fin de l'obligation de moyens (personnel, matériel, etc.) ;
- Rendre plus cohérent le dispositif des durées d'autorisations d'activité avec celles du CPOM et de la durée de financement. Réfléchir sur une durée d'autorisation par établissement ;
- Poursuivre la réflexion sur l'assouplissement des normes y compris en chirurgie ambulatoire en prenant en compte l'évolution des pratiques ;
- Garantir une cohérence nationale en évitant les cahiers des charges régionaux.



Satisfaction clientèle

Établissements de soin : réappropriions-nous la notion de service

Alors que des grandes marques s'approprient le champ lexical de la santé (« prendre soin / *caring* ») pour témoigner des services apportés à leurs clients, le secteur hospitalier lui-même, focalisé sur la sécurité et la qualité des soins, ne s'engage que secondairement dans la culture du service au patient. Explications et recommandations de Claire Bonniol, directrice associée de l'Académie du service.

Cette notion de *caring* s'est historiquement développée dans l'approche soin en France. Elle renvoie en effet à la prévenance, l'attention, la compassion. Cependant le *caring* n'est pas réservé uniquement à la partie soin, mais aussi à tous les services périphériques aux soins. Cette posture très basique n'est réalisable que si l'on se met réellement à la place du patient, des personnes accompagnantes, même des professionnels extérieurs à l'établissement de soin en n'imposant pas ses propres contraintes techniques ou métier. On s'aperçoit que l'expérience client plus positive repose sur la réponse à des attentes extrêmement simples comme un vrai accueil tout au long du parcours et une réponse personnalisée.

Le service, un élément de différenciation concurrentielle ?

Il y a une nécessité de travailler sur la réputation. On part du principe que le patient a le choix de son établissement. La qualité de soin étant

partout la même (aux yeux du client novice), c'est le service qui fera la différence. On se souvient plus des petites attentions reçues avant et après les soins que de la prise en charge médicale en tant que telle. Concernant les soins, on s'en remet à des experts. Le patient jugera davantage l'établissement sur l'accueil, la sympathie du personnel, les petits gestes. Les petites attentions sont la plupart du temps gratuites mais il reste que de nouveaux services payants peuvent être aussi inventés afin de satisfaire le patient. Ceci permettra à l'établissement de revisiter son offre de services. Il y a certainement des choses que l'on faisait, mais dont on n'a plus besoin. Il faut donc voir où des économies peuvent être réalisées pour mettre l'accent sur des services à plus haute valeur ajoutée.

Dans quelle mesure peut-on améliorer le service au patient ?

Il faut regarder sur quoi on peut être généreux avec les clients tout en se demandant bien sûr si cela apporte une véritable valeur ajoutée. Cela passe aussi par

Il y a certainement des choses que l'on faisait, mais dont on n'a plus besoin.

la valorisation de tous les corps de métier et notamment des professionnels situés en bas de l'échelle qui sont d'ailleurs ceux qui ont le plus de contacts directs

avec les patients. C'est aussi une façon de responsabiliser le personnel et de créer une atmosphère constructive. Pour réussir une expérience client satisfaisante, il faut se mettre dans sa situation en refaisant mentalement tout son parcours : depuis le moment où il quitte son domicile jusqu'au moment où il quitte l'établissement pour retourner chez lui. C'est ce que nous appelons « l'avant - pendant - après ». Ces aspects sont souvent négligés parce que les professionnels de santé se concentrent sur leur cœur de métier : le « pendant ». L'objectif de toute la démarche de service client est de garder un souvenir positif et de recommander l'établissement dans lequel on a été soigné.

5 QUESTIONS MARKETING

Ça bouge chez vos concurrents et il faut vous distinguer ?

- 1 Votre service de base reflète-t-il bien le sens de votre métier ?
- 2 Listez tous les services existants
- 3 Classez
- 4 Choisissez et justifiez vos choix
- 5 Organisez et pilotez

BENCHMARKING EXPRESS

81% des personnes interrogées se disent prêts à payer plus cher pour bénéficier d'une meilleure expérience client.

Source : baromètre service clients American express 2012