

**Rapport Aubert  
et Projet de loi « Ma santé 2022 » dans son volet financement**

**Commentaires autour du Diaporama**

*Le document fiche est le résultat d'un travail de groupe : 4 personnes (Rolland Vachon, Pierre Bal, Jean Claude Chailley, Edith Pot). C'est une synthèse évolutive en fonction des débats.*

Les propositions du Rapport Aubert ont été reprises dans leur quasi intégralité pour élaborer le volet « finances » du projet de loi « Ma Santé 2022 ». Pas surprenant puisque ce rapport a été « commandé » par l'exécutif gouvernemental lui permettant maintenant de justifier son projet de loi.

**DIAPO 2**

**Tableau extrait du rapport Aubert**

- Part activité = paiement à l'acte pour la médecine de ville (généralistes et spécialistes), T2A pour les soins hospitaliers MCO et prix de journée pour les SSR et la Psychiatrie privés.
- Part forfait et dotation = médecins généralistes (part ROSP) et en hospitalier : les Urgences, les Smurs, ainsi que les SSR et la Psychiatrie publics.

**DIAPO 3**

**Tableau extrait du rapport Aubert**

On y voit clairement les effets pervers de la T2A pour l'hospitalisation.

→ Le privé commercial tire son épingle du jeu (67%) par la sélection et la multiplication des actes les plus rentables.

→ Les CHU limite la casse (63%) par le niveau de technicité d'une partie de leurs actes.

→ La situation devient beaucoup plus difficile pour les CH départementaux et les CH de proximité où les recettes d'activité représentent seulement un peu plus de la moitié des recettes totales (58%).

Et çà n'est pas linéaire, la tendance s'aggrave au fur et à mesure que ces hôpitaux diminuent ou ferment des activités financées à l'activité (Maternité, Chirurgie ...).

**DIAPO 4**

**Extraits du Rapport Aubert**

→ lecture de la diapo .....

Si le diagnostic du Rapport Aubert est valide dans son analyse des effets pervers du paiement à l'acte et à l'activité, les propositions et la reprise qui en est faite dans « ma santé 2022 » pour y remédier accouchent d'un système compliqué à souhait. Ces propositions ne visent pas à améliorer la situation mais à maintenir le système sous contrainte pour en accroître le rendement financier laissant toujours plus de malades potentiels sur le bord de la route.

*A partir de la Diapo 5,*

*faire uniquement la présentation orale de la partie « Ma Santé 2022 » pour limiter le temps.*

**DIAPO 5**

→ paiement à l'acte et au séjour = T2A

nomenclatures = codification des actes pour permettre leur traduction en valeur financière

→ le paiement à la qualité et à la pertinence nécessite de mettre en place des indicateurs qui n'existent pas aujourd'hui.

Si leur définition est dans les mains des « experts », on peut craindre le pire.

→ le paiement au suivi des pathologies chroniques bien que forfaitaire rejoint le point suivant =>

→ le paiement groupé à la séquence de soins qui **reste un paiement à l'acte**, regroupé pour plusieurs épisodes de soins et pour plusieurs acteurs. Il implique donc la mise en place de réseaux de soins sous la forme de PPP.

→ le financement socle SSR et HAD : le mot « socle » définit à lui tout seul la philosophie => au ras du plancher. Calculé sur quels critères ? C'est l'inconnue.

## **DIAPO 6**

### **Les Urgences :**

→ le forfait de réorientation des patients Urgences vers la ville = double peine pour la sécurité sociale, les malades, les services d'urgences :

1 - Pour un patient réorienté la Sécurité Sociale paiera 2 fois ; la réorientation aux urgences et la consultation en ville.

2 - Cette disposition est de nature à rendre l'accès aux soins encore plus compliqué, notamment pour les populations les plus fragiles.

3 - Les services d'accueil des Urgences devront se préoccuper d'obtenir un rendez-vous médical en ville (délai non précisé dans le rapport), d'où un surcroît de travail sans garantie de résultat notamment dans les zones sous-dotées.

### **La psychiatrie :**

→ un compartiment populationnel (majeure, mineure, taux de précarité ...)

→ un compartiment activités nouvelles

Ces 2 modalités restent des enveloppes spécifiques fermées, versées au niveau régional et réparties aux établissements par les ARS.

→ un compartiment à la qualité => même pb que pour le général, les indicateurs n'existent pas.

→ un compartiment « réactivité » => les bons élèves qui diminueront leurs délais d'attente seront récompensés !!! Avec quels moyens pour diminuer les délais d'attente ???

**Pas sûr que le dispositif soit de nature à répondre à la grande détresse de ces hôpitaux.**

## **DIAPO 7**

### **Tableau Financement des soins hospitaliers : répartition des enveloppes**

→ Le financement des hôpitaux, basé aujourd'hui sur 5 modalités (63% T2A + 4 enveloppes spécifiques), bascule en 7 modalités (50% T2A + 6 enveloppes spécifiques) dans le projet de loi.

Les % sont des moyennes. Ce n'est pas linéaire selon le type d'hôpital (CHU, CH ...)

→ Les MIGAC se décomposent en MIG (financement des Smur ... entre autre) et AC (enveloppes ciblées par exemple pour la numérisation des hôpitaux)

→ Les listes en sus concernent le paiement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux (tt chimio, prothèses ...)

→ Les forfaits concernent essentiellement les Urgences

→ Les DAF (SSR et Psychiatrie) disparaissent au profit du paiement socle et populationnel.

→ **Le paiement à l'acte et à l'activité reste le support principal** en y accolant une ou plusieurs enveloppes spécifiques pour chaque type de pathologie. Dans un même service, chaque malade pourra générer un mode de financement différent selon qu'il a une pathologie aiguë (T2A) ou chronique (paiement au suivi) ou qu'il nécessite plusieurs services (paiement groupé MCO et SSR et/ou HAD mais aussi paiement groupé MCO et Soins de ville) !!!

→ Globalement, pas un euro de plus, le financement reste dans une enveloppe contrainte.

**La bouffée d'oxygène tant attendue par le monde hospitalier n'est toujours pas d'actualité.**

→ Et rien sur les dépassements d'honoraires, les franchises et les forfaits à charge en tout genre.

## **DIAPOS 8 et 9**

### **Les Soins de ville**

→ Le gain de temps médical attendu au travers de l'apport des assistants médicaux est de 7 à 10 %.

→ La mesure n'est pas de nature à combler les déficits de médecins dans les zones sous-denses.

Sans **une régulation à l'installation et un engagement à servir**, les déserts médicaux vont perdurer. L'objectif de la structuration des soins de ville n'est pas de réduire les déserts médicaux mais d'accélérer le développement de l'ambulatoire et la rotation des patients dans les établissements de santé transformés en usines à soins générant de nouvelles fermetures de lits, de postes, de services.

→ Et là non plus, rien sur les dépassements d'honoraires, les franchises et les forfaits à charge en tout genre.

### **DIAPO 10**

→ Derrière les arguments d'équité, il s'agit surtout de développer les dispositifs de contrôle des dépenses de santé pour les maintenir dans une enveloppe contrainte.

→ Il s'agit bien de maintenir une régulation comptable déconnectée des besoins sur le terrain.

→ On reste dans le cadre d'un ONDAM insuffisant.

→ Le but de la réforme du financement du système de santé est de renforcer les économies dans la durée ... « définir une politique pluriannuelle ... ».

### **DIAPO 11**

Conclusion => lire la diapo

---

## **Lexique des abréviations**

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

ROSP : rémunération sur objectif de santé publique

T2A : tarification à l'activité

MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

DAF : dotation annuelle de fonctionnement

Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité

PPP : partenariat privé - public

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

SSR : soins de suite et réadaptation

HAD : hospitalisation à domicile

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

## **Analyse complémentaire présentée par Jean Claude Chailley**

### **Le rapport Aubert et le « bundle payment » (forfaitisation):**

Le rapport Aubert s'inscrit explicitement dans le cadre de la mise en œuvre de Ma santé 2022. D'ailleurs M. Aubert revendique avoir travaillé avec le ministère de la santé pour l'élaborer.

On sent également une forte influence de Mac Kinsey dans la copie du modèle anglo-saxon (Etats Unis et Grande Bretagne) : la Grande Bretagne étant souvent prise en exemple, et dont il n'est pas sûr que ce soit le rêve...

Ce rapport s'inscrit explicitement dans la maîtrise des dépenses de santé, dans un cadre pluriannuel. Il reprend la tromperie idéologique « *la France est le pays dans lequel le niveau des dépenses publiques est le plus élevé par rapport à la richesse* », se faisant l'avocat de la privatisation et des coupes budgétaires.

Dans son rapport, M. Aubert, directeur de l'IRDES, donne nombre d'informations utiles. Mais l'axe principal est de conforter la décision prise dans le PLFSS 2018 : « *le PLFSS 2018 permettra de lancer, pour une durée de 5 ans, des expérimentations portant à la fois sur l'organisation et la rémunération des actes ou des séjours. Ces expérimentations pourront concerner aussi bien les soins de ville que l'hôpital ou le secteur médico-social. Ces expérimentations pourront prévoir, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays, des paiements globaux pour une séquence complète de soins (« bundle paiement ») ou la prise en charge coordonnée et globale d'une patientèle par des opérateurs de santé.* Comme pour la casse de la Sécu sur le modèle à 3 piliers, le modèle US... devient le modèle de « *tous les systèmes de santé des pays développés* ».

- ▶ Les « **opérateurs de santé** », terme volontairement vague pour désigner les réseaux de soins, incluent, bien évidemment, les **complémentaires privées** qui seront donc associées au niveau « séquence de soins ». Ce ne seront plus des « complémentaires » car mises sur le même plan que la Sécurité Sociale parmi les « financeurs ». **C'est une attaque majeure contre la Sécurité Sociale, le remplacement de « sécurité sociale » par « protection sociale » revenant dans le débat de la réforme constitutionnelle.**

Remarque: le « modèle » US est fortement contesté aux Etats Unis. Il y a de fortes mobilisations pour introduire le « single payer », l'équivalent de notre Sécu.

Le projet de loi Ma santé 2022, voté en 1<sup>ère</sup> lecture, donne l'accès aux données de santé par le privé.

- ▶ **La T2A est un financement à l'acte. On passe du financement à l'acte à un financement d'une succession d'actes pas totalement déterminée.** C'est une enveloppe fermée par séquence de soins. On reste dans le cadre d'un ONDAM insuffisant. Le but de la réforme du financement est d'ailleurs de renforcer les économies dans la durée (on est « champions d'Europe » disent-ils en chœur, tout en sachant qu'en dépenses de santé par habitant on en est fort loin)
- ▶ Avec la T2A on critique l'effet inflationniste et pourtant les rapports de l'OCDE établissent que ce ne peut être que marginal car il n'y a pas « surconsommation » d'actes en France. (Par contre les tarifs des labos de radiologie ...eux ... sont clairement inflationnistes. On peut comprendre les jeunes qui préfèrent être radiologues que généralistes.

**Avec le financement au forfait à la séquence de soins on va au rationnement**, car c'est l'objectif de l'enveloppe fermée par séquence de soins, normée selon les « best practises » chères à MacKinsey dans toutes ses restructurations industrielles :

... « **30 % de soins inutiles** » a dit **A Buzyn** ...

- ▶ Le rapport Aubert en est conscient, mais évacue le risque de **sélection des patients**.
- ▶ Le rapport Aubert est conscient du risque sur la **qualité** des soins. Il demande « *une nécessaire contrepartie : la mesure de la qualité* ». Pour ce, il renvoie à des indicateurs, certes nécessaires, mais qui n'existent pas et n'existeront pas avant bien longtemps : « *ils seront développés* ».

D'ailleurs il impose un nombre minimum d'actes qui ont toutes chances d'être souvent le maximum. Il prend pour modèle la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), fortement critiqué, y compris par le SMG. Quant à l'aspect prévention de la ROSP, en tant que patient je ne sais pas de quoi on parle : 0 prévention avant comme après la ROSP.

- ▶ Le rapport Aubert s'inscrit nettement (comme les « hôpitaux de proximité » sauce Buzyn) **dans la réforme de la perte d'autonomie des personnes âgées, personnes âgées ayant le plus fort taux d'ALD, fort coûteux, donc sujets à la forfaitisation.**

**Le rapport Libault « Grand âge et autonomie »** prépare la réforme qui devrait faire l'objet d'un projet de loi début 2020, avec le retour de la 5<sup>ème</sup> branche pour financer « un risque » dit nouveau.

### **Les rapports Bizard :**

Le rapport Aubert est aussi une réponse aux rapports de Frédéric Bizard, économiste de la santé.

- En novembre 2016 M Bizard dénonce « **le vrai visage des réseaux de soins** ».

C'est une critique du rapport Astéres dirigé par l'économiste libéral Nicolas Bouzou :

« **Les réseaux de soins sont nécessaires pour la régulation des dépenses de santé** ».

(N. Bouzou, sévit le matin sur BFM Business puis le soir sur les chaînes publiques. C'est un chaud partisan des complémentaires qui ont financé son rapport avec le CISS...contre la Sécu).

- Le 30 juin 2018 F Bizard a publié la synthèse de son rapport:

« **PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS: CHRONIQUE D'UN ÉCHEC ANNONCÉ** »

Verbatim : « **L'expérience américaine : une confirmation de la prédominance d'effets pervers du paiement groupé** ».

- Très lourd impact organisationnel de la mise en place du paiement groupé. Ce dernier nécessite des structures très bien organisées, très numérisées et dotées d'une capacité d'investissement élevé dans la formation et les nouvelles technologies. Dans l'état actuel de l'hôpital en France, comme nous le verrons par la suite, le paiement groupé à court et moyen terme relève davantage d'une illusion que du réel.
- Malgré un lourd investissement et beaucoup d'enthousiasme au départ, la mise en place du paiement groupé dans l'état de Californie a été un énorme échec du fait de la complexité administrative impliquée par le paiement groupé, des désaccords sur le contenu des soins regroupés dans le financement unique et des volumes de patients trop faibles.
- Un programme de paiement groupé à destination des personnes âgées lancé en 2013 a mis en évidence les risques du concept en matière de refus de soins de certaines structures, de report de soins au-delà de la période concernée par le paiement groupé. Il s'est aussi traduit par une fragmentation des structures post-opératoires entre les soins dédiés au suivi post-opératoire et ceux dédiés au chronique.
- Des études menées en 2016 et 2017 ont confirmé que des approches comme le paiement groupé, consistant à un paiement à la performance, ne réduisait pas les coûts ni n'améliorait la qualité d'une part, et pénalisaient les médecins qui prenaient en charge les patients les plus pauvres et malades d'autre part. **Le paiement groupé incite à trier les patients pour écarter les cas les plus complexes.** Si elles sont devenues très populaires parmi les décideurs et les assureurs, les approches de paiement à la performance se sont étendues dans un désert de preuves scientifiques de leur efficacité.
- Le paiement groupé ne change pas la logique de la T2A puisque les tarifs seront toujours basés sur une évaluation des coûts mais de plusieurs actes. C'est une T2A globalisée à plusieurs épisodes de soins. Une approche plus pertinente reviendrait à corriger les dérives actuelles de la T2A, plutôt que de la globaliser sur plusieurs actes. Les conséquences sur la réorganisation des activités hospitalières est encore plus forte avec le paiement groupé.
- Il semble difficile de se convaincre qu'un tel modèle incite à plus de qualité et encore moins à une meilleure coordination ville-hôpital.

Comme pour la chirurgie ambulatoire, les aspects humains de l'impact d'un tel dispositif ont été oubliés. Seule la logique comptable est prise en compte.

- Le paiement groupé dans le système de santé français :  
**une volonté politique à haut risque pour les soignants et les patients.**
- L'analyse de l'évolution des dépenses de santé dans la période couvrant l'instauration du paiement à l'épisode de soins en Suède et aux USA montre une croissance des dépenses dans ces pays plus forte qu'en France et que dans la moyenne de l'OCDE. Même si une corrélation entre les deux événements n'est pas établie, l'impact favorable de ce mode de paiement sur l'efficacité est contestable.
- **On est face à un mirage politique**, qu'un haut fonctionnaire reconnu a qualifié de chimère.  
**Si l'instauration du paiement groupé présente une grande probabilité d'échecs, ses effets négatifs ne manqueront pas de s'exprimer.** On peut citer : « **la sélection des patients, (générant une exclusion des soins des patients fragiles), une baisse de la qualité (fréquente dans l'approche forfaitaire), des surcoûts induits élevés et une complexité de la gestion des circuits financiers générant des tensions entre les acteurs du parcours** ».

#### Conclusion :

- De toute évidence l'avantage « d'efficacité » du « bundle payment », toujours cadré par les économies, est hautement discutable. Il s'inscrit dans la volonté de faire disparaître la notion même de service public, notamment avec les réseaux de soins et leur financement. Il participe à la remise en cause du modèle social issu du CNR, de la Sécurité Sociale, en parallèle de la réforme des retraites.
- On ne peut pas isoler « Ma santé 2022 » et le rapport Aubert, du projet de loi Dussopt « **transformation de la fonction publique** », qui la remet profondément en cause, y compris son volet hospitalier, dont la quasi disparition du statut destiné à garantir l'intérêt général, l'égalité dans l'accès à la prévention et aux soins, comme dans l'accès à tous les services publics.