

# La nécessaire réforme du financement à la T2A dans le contexte de l'épidémie à coronavirus

Depuis le 13 mars 2020, les activités des hôpitaux publics en France ont été déprogrammées afin de réduire le risque épidémique et concentrer les moyens sur la prise en charge des patients COVID. La mise en œuvre très progressive du déconfinement à compter du 11 mai a conduit à édicter des « lignes directrices » pour une reprise des segments d'activité non-COVID afin de limiter les pertes de chances, tout en restant parés face à l'épidémie ; ainsi que l'a exprimé le Professeur Delfraissy « *on passera du noir au gris foncé* ».

L'épidémie est appelée à durer et nos hôpitaux à être en première ligne. Ce combat nécessitera des moyens et une autre manière d'envisager le fonctionnement des établissements de santé. Il va falloir changer de paradigme et se caler sur un système de financement adapté à cette situation nouvelle et inédite.

En effet, le financement de nos activités sur la base de la T2A n'est plus de mise. La suspension d'un financement standard en T2A opéré par l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 *relative à la garantie de financement des établissements de santé* » est déjà là pour illustrer le fait qu'il est impossible de continuer avec le système de financement « d'avant ».

Revenir à la situation ex ante paraît irréaliste. En effet, dans la situation pré-épidémique, le modèle général de fonctionnement reposait largement sur les quantités de soins produits. C'est ce qu'écrivait Monsieur Véran, alors député, dans un rapport sur la T2A présenté en 2017 : « *On parle volontiers de la T2A comme outil d'efficacité, mais c'est bien d'efficacité allocative dont il s'agit, de performance économique, c'est-à-dire le rendement de l'attribution des ressources, davantage en termes quantitatifs que qualitatifs* »<sup>1</sup>. La gestion de l'épidémie rend obsolète le système actuel, et cela pour trois motifs :

- 1) Le rythme de production des actes, quel que soit le secteur va être ralenti en raison des mesures à prendre :
  - La séparation des circuits COVID/Non COVID nécessitera par exemple de réduire les mises en chambres doubles et de dédoubler de nombreux parcours au sein de l'hôpital;
  - La distanciation sociale aura un fort impact sur la manière de pratiquer l'hospitalisation de jour ou l'organisation des consultations externes;
  - Le renforcement des règles d'hygiène va modifier l'utilisation de nos plateau technique, qu'il s'agisse des blocs opératoires, des plateaux d'imagerie et de tout ce qui vient en appui des soins cliniques. Le nombre d'actes pouvant être produits va être mécaniquement réduit ;
- 2) Les durées moyennes de séjour en seront immanquablement affectées, qu'il s'agisse de patients ayant le COVID ou pas. Or, tout le système de la T2A est bâti sur une efficacité mesurée par cet indicateur, dont le parangon est l'IP-DMS ;
- 3) Les frais de production mesurés par les échelles de coûts et financés par les grilles de tarifs ne pourront plus servir de base de référence sans un profond remaniement tenant compte des nouveaux coûts induits par l'épidémie. En reprenant à l'envers

<sup>1</sup> - « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : Une nouvelle échelle de valeur » 2017 Rapport Véran  
- « Rapport intermédiaire sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé » 2016 Commission Véran

les conclusions pour la chirurgie du rapport intermédiaire du député Véran en 2016 : « Les coûts de production ne sont plus évaluable et prévisibles, les actes réalisés ne peuvent plus être décrits comme dans l'avant de la crise, et en conséquence le financement des structures n'est plus en adéquation avec les frais engagés <sup>2</sup> ».

En résumé, l'hôpital public produira moins d'actes avec des coûts de production différents de ceux d'avant la crise et ne pourra plus se baser pour évaluer sa performance médico-économique sur un indicateur de durée de séjour qui par construction ne correspondra pas aux données et aux contraintes de l'épidémie.

L'épidémie doit donc amener à repenser le financement du secteur sanitaire et sortir du tout T2A, comme le suggérait déjà hors situation de crise le rapport Véran en 2017.

Dès lors, quel modèle alternatif peut-on imaginer pour que l'hôpital public, au-delà des inévitables rebonds de l'épidémie, puisse avoir la visibilité financière nécessaire à son adaptation à un environnement instable et mouvant ?

La réponse nous est donnée par l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 *relative à la garantie de financement des établissements de santé*, qui à bien des égards est très proche de celle des hôpitaux de proximité. C'est d'ailleurs ce qui est clairement exposé dans la note diffusée par la DGOS du 12 avril 2020 intitulée « Mesures de financement exceptionnelles visant à soutenir les établissements de santé dans le cadre de la crise du COVID 19 » :

« Mise en place d'une garantie de financement pour sécuriser les recettes des établissements pendant la durée de la crise.

Elle s'inspire de la « mécanique » mise en place en 2016 pour les hôpitaux de proximité :

- fixation d'un plancher de recettes basé notamment sur les recettes historiques, connu par avance par les établissements,
- prise en compte de l'activité valorisée uniquement si elle est supérieure à ce montant plancher ».

Le dispositif précisé par l'arrêté du 6 mai 2020 est loin d'être complètement satisfaisant ; en particulier en retenant un taux d'actualisation de 0,2%, il fait perdurer la logique de déflation qui a paupérisé les établissements : elle n'assurait pas le maintien de leurs ressources sans une course aux volumes, et évacuait les nécessités d'investissement. (Rappelons par exemple que les minima sociaux ont été revalorisés de 0,9% au mois d'avril...).

Pour autant, la prorogation d'un dispositif de garantie permettra de concevoir et d'imaginer un nouveau système de financement en se donnant le temps des études et de la concertation.

**Revenir à la T2A antérieure à la fin de l'année 2020 est une dangereuse illusion, un effet d'horizon, dont il faut se défaire. Il est impératif de sortir d'un dispositif à bout de souffle avant la crise et que cette dernière a définitivement invalidé.**

[Encore plus d'actualités sur chfo.org](https://chfo.org)

[Mentions légales](#)  
[| Contactez-nous](#)

CH-FO © 2013  
Tous droits réservés

<sup>2</sup> Conclusions inverses de celles exposées page 21 pour la chirurgie dans le « Rapport intermédiaire sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé » 2016 Commission Véran