FINANCEMENT DE L'INNOVATION ET DE L'INVESTISSEMENT

Evolution des ressources des établissements de santé publics sur la période 2009-2014 : propositions sur les modalités de financement de l'innovation et de l'investissement

La faible croissance du financement des missions d'intérêt général fait reposer le financement de l'investissement essentiellement sur les ressources de l'activité or cette enveloppe est elle-même très impactée par la progression relative de la part des MO et DMI. Ce double effet n'est pas sans conséquence sur la capacité des établissements à financer l'innovation et l'investissement. Cela appelle à repenser les modalités de ces financements.

Danielle PORTAL,
Camille DUMAS,
Jean-Marc VIGUIER,
Michèle DESCHAMPS et
Yves GAUBERT

Un constat général

L'évolution des ressources des établissements publics et celle des CHU
Sur la période 2009-2014 :

- L'ONDAM a progressé de 13% et l'ONDAM « Etablissement de santé » de 12,7% ;
- Les produits versés par l'assurance-maladie aux établissements publics de santé ont progressé de 12.24% (Titre 1 de recettes et FIR) et de 14% pour les seuls CHU ;
- Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) ont progressé de 22,51% (22% pour les CHU) ;
- Enfin, les autres produits (titre 3 hors FIR) ont progressé de 29,42% (49% pour les CHU).

Au total, les ressources des établissements publics de santé ont progressé de 15,34% (2,9 % par an en moyenne) sur la période soit 2,34 points de plus que l'ONDAM sur la même période.

Il convient de noter la progression spectaculaire des recettes des titres 2 et 3, bien supérieure à l'ONDAM. Il est donc certain que sur cette période, sous l'influence conjointe de la T2A et de la contrainte budgétaire, les établissements ont considérablement amélioré leur production et leur cycle de facturation.

Dans le même temps, le déficit des établissements publics est passé de 448 millions d'euros à 381 millions d'euros.

En revanche, sur cette même période, les produits versés par l'assurance maladie aux établissements publics de santé ont progressé de 0,8 point de moins que l'ONDAM sauf pour les CHRU (un point de plus que l'ONDAM).

Si l'on fait un focus sur ces produits et sur l'évolution des différents éléments qui les composent, on relève que :

- Les produits liés à l'activité (GHS, suppléments...) ont progressé de 13,77% (14% pour les CHU) ;
- Les MO et DMI (Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux Implantables) de 29,21% **(58% pour les CHU)** ;

- Les MIGAC de 6,59% ;
- Les DAF (psychiatrie, SSR) de 7,46%.

Si les produits liés à l'activité progressent légèrement plus que l'ONDAM et si ceux liés aux MO et DMI ont une progression deux fois plus rapide que l'ONDAM (et même 4 fois plus rapide pour les CHU) tous les autres produits versés par l'assurance-maladie aux établissements publics de santé ont une progression inférieure à l'ONDAM sur la période étudiée et c'est notamment sensible pour les MIGAC et la DAF.

On note que la seule réelle expansion des recettes concerne les MO/DMI et les médicaments en rétrocession, qui sont des recettes en moyenne non productrices de marges[1].

(1) Par construction des tarifs de valorisation, les « marges » sur MO/DMI peinent à compenser les pertes sur achats et sur inclusions dans les séjours ; quant aux rétrocessions, la marge consentie règlementairement couvre à peine les frais de dispensation : la marge brute y est donc très éloignée des taux recommandés par les corps d'Inspection de l'Etat et la Cour des comptes (8 à 10 %) et la marge nette y est nulle, voire négative.

Sur la période étudiée, la T2A a donc plutôt permis le soutien de l'activité hospitalière et de l'industrie pharmaceutique, le système de prise en charge financière des MO/DMI permettant dès lors à tous les patients de bénéficier des innovations thérapeutiques. Par contre, sur la même période, les MIGAC et les DAF ont subi des érosions fortes. C'est donc aujourd'hui la T2A qui finance l'innovation thérapeutique via le financement des MO et DMI.

La DAF finance encore aujourd'hui le SSR et la psychiatrie, mais son mode forfaitaire musèle les parts de marchés des EPS, notamment en SSR.

Les MIGAC incluent les MERRI, et donc le financement de la recherche, ainsi que les AC (Aides à la Contractualisation) qui comportent notamment toutes les actions ciblées de soutien à l'investissement.

Au vu de ce bref tour d'horizon, on peut donc conclure que les établissements hospitaliers ont réussi à maintenir leurs ressources grâce à leur activité T2A et à un travail d'amélioration de leur facturation, qu'il s'agisse de la concerne la facturation hospitalière et du ticket modérateur ou de l'ensemble des autres facturations. L'amélioration de ces ressources a également légèrement contribué à la diminution du déficit de ces établissements. Dans le même temps, les établissements publics de santé ont très largement contribué à la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie et au respect de l'ONDAM.

Les établissements hospitaliers ont en revanche vu les financements MIGAC et DAF fortement contraints sur cette période, voire en diminution en euros constants.

Dès lors, la diminution des MIGAC impacte directement le financement de la recherche et des investissements.

La diminution des DAF pèse sur la psychiatrie et le SSR publics, secteurs non encore concernés par la T2A.

La T2A a plutôt mieux protégé les ressources des établissements publics de santé que les modes de financement issus de l'ex dotation globale : DAF et MIGAC.

Par la contrainte exercée sur les MIGAC et sur les DAF, elle rend indispensable des évolutions du mode de financement pour le financement de la recherche, dans la définition d'un mode de financement lisible de l'investissement, dans l'évolution vers un financement à l'activité du SSR et de la psychiatrie.

Propositions pour le financement de l'innovation et de l'investissement

L'autofinancement des CHRU

La base d'autofinancement des CHU se rétrécit depuis 2009. En effet, seules les activités T2A (hors médicaments coûteux et DMI coûteux dont le taux de

marge est insignifiant) ont une évolution proche de l'ONDAM et peuvent donc « contribuer » à dégager des taux de marge brute capables de soutenir l'investissement.

Or aujourd'hui, la part « activité » ne représente que 57% des ressources assurance-maladie, diminuant d'un point depuis 2009.

Les MIG et DAF ne contribuent pas à la constitution de la marge brute, leur construction tarifaire ne le prévoyant que rarement et leur évolution étant très inférieure à l'ONDAM et même négative en euros constants.

Il faut donc souligner que l'exigence d'un taux de marge brute de 8% n'est « portée » aujourd'hui que par la seule activité T2A – et les efforts d'organisation faits pour la réaliser – ce qui conduit à exiger aux produits issus de la T2A d'être en capacité de dégager un taux de marge brute de 14% ; obligeant concomitamment les établissements à augmenter leurs ressources de titres 2 et 3 pour compenser l'absolu non financement de l'investissement par les activités financées par « dotations » (DAF, MIG, MERRI...)

La baisse de la CAF, malgré le ralentissement de l'investissement (-10 %) et du remboursement des dettes financières (-8 %), peut être attribuée au décalage entre la croissance des charges de personnels qui reste soutenue et des charges à caractère médical d'une part, et à la modeste progression des dotations et des produits issus de l'activité d'autre part.

Le financement de l'innovation au sein des CHRU

Au demeurant, il existe aujourd'hui un financement de l'innovation, à travers le financement des molécules onéreuses, des DMI et des ATU et post-ATU – sans oublier le récent forfait innovation dont il est prématuré de mesurer la portée réelle. Ces ressources évoluent de manière extrêmement rapide (58% entre 2009 et 2014 pour les CHU, 29,21% pour l'ensemble des établissements publics de santé) sans que cela ne participe directement au financement de l'innovation et de la recherche au sein des CHU. Il est par contre incontestable que ces ressources participent indirectement au développement de la recherche et de l'innovation des industriels fournisseurs de ces MO et DMI.

A l'exception de quelques molécules très particulières, ces dépenses échappent aujourd'hui à toute forme de régulation : tout professionnel de santé exerçant en établissement de santé peut les prescrire, et s'il s'agit de MO disponibles en rétrocession, pratiquement tout médecin est potentiellement prescripteur ; le contrôle sur ces prescriptions est très limité, le dispositif de pertinence des soins ne les concerne pas alors même que les évolutions de ces dépenses sont bien supérieures à celles concernées par la pertinence des soins. Or ces dépenses impactent fortement l'évolution des dépenses mises à la charge de l'assurance-maladie par les établissements de santé.

Ces charges représentent aujourd'hui 1,635 milliard d'euros et ont progressé de 602 millions d'euros entre 2009 et 2014[2]. Elles correspondent à 3,26% de nos ressources globales et 7,53% des produits issus de l'assurance-maladie. Elles représentent 2,18 points d'ONDAM et leur progression correspond à 0.8 point d'ONDAM sur 5 ans soit environ 0,2 point d'ONDAM par an.

(2) Soit l'équivalent de la création d'un CHU de taille respectable entre ces deux dates. Deux si l'on prend la référence de la création du dispositif MO/DMI.

Il ne semble pas illégitime de regrouper dans un sous-objectif unique l'ensemble des financements de l'innovation et d'étendre le dispositif des MO et DMI à l'ensemble des innovations et non aux seuls produits de santé regroupés sous le vocable MO et DMI. Il ne semble pas non plus illégitime de demander aux industriels concernés de participer au financement de l'innovation dans nos établissements. Il convient donc sans doute de modifier ce modèle de financement, de l'élargir à l'ensemble du financement de l'innovation en faisant certainement évoluer son principe de

« financement à l'euro l'euro », inflationniste pour une seule catégorie de dépenses au partiel détriment des possibilités de financement des autres innovations. Enfin, il ne semble pas illégitime de prévoir une certaine forme de régulation de ces dépenses pour lesquelles la question de la pertinence peut être posée.

Enfin, pour que l'innovation demeure réellement de l'innovation, il apparaît absolument indispensable que la nomenclature accompagne le progrès de la médecine. Aujourd'hui, certains actes réalisés depuis plus de 10 ans, validés par la HAS, ne sont toujours pas inscrits aux nomenclatures reconnues par l'Assurance Maladie, du seul fait que ces actes ne sont pas réalisés en libéral et que la négociation relative à l'évolution de la nomenclature exclut l'hôpital, ne réunissant que les seuls acteurs assurance-maladie et médecine libérale. Cet immobilisme est contraire à la règlementation qui prévoit un délai de trois ans pour la prise en compte dans la nomenclature d'un acte innovant validé par la HAS et constitue un frein à la diffusion de l'innovation.

Les investissements des CHRU

L'investissement poursuit sa décélération engagée depuis 2013, en particulier avec la fin des opérations financées dans le cadre des plans Hôpital 2007 et 2012. Les CHU poursuivent la stratégie de modernisation par l'adaptation du volume d'investissement à leur capacité financière.

Le financement de l'investissement (1,7 Mds d'euros en 2015) est proportionnellement de plus en plus couvert par les ressources propres des CHRU (CAF et cessions de patrimoine). Par ailleurs, les opérations financées dans le cadre des décisions du COPERMO amorcent leur montée en charge et sont désormais accompagnées préférentiellement par des dotations en capital, ce qui permet de limiter l'endettement financier. Au total, on assiste bien à un redressement de la situation financière de long terme des CHU.

Pour autant, la capacité d'investissement des CHU est aujourd'hui fragile alors même que les CHU sont, tant du fait de l'évolution technologique que des missions règlementaires nouvelles confiées aux groupes hospitaliers de territoire, appelés à investir dans la constitution de plateaux médico-techniques innovants.

Or, nous l'avons écrit, 47% des ressources d'activité des établissements ne sont pas susceptibles de contribuer à la consolidation du taux de marge brute. Ces mêmes 47% sont pas ou peu productifs de ressources du titre 2 : les MIG sont majoritairement exclusives de tout paiement de ticket modérateur, les secteurs sous DAF sont le plus souvent des secteurs de prise en charge AM 100% ou pour le SSR des secteurs dans lesquels l'évolution du prix de journée est gelée.

La contribution des régimes complémentaires au financement des activités hospitalières diminue donc régulièrement. Il apparaît donc aujourd'hui légitime de solliciter directement les régimes complémentaires pour participer (ou plutôt confirmer, compte tenu que tel est le cas depuis plusieurs années) au financement de l'investissement hospitalier.

Propositions

1. Réorganiser la régulation des dépenses de produits de santé coûteux (molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus, médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation) au sein de l'ONDAM afin de ne plus faire peser un vrai défaut de régulation sur la tarification des soins courants et missions d'intérêt général des seuls établissements de santé en :

- Identifiant un sous-objectif spécifique ONDAM dédié à l'innovation et regroupant les financements des MO, DMI et équipements innovants;

• En définissant les modalités de régulation sur la base de critères de pertinence des prescriptions définis en amont.

2. Rénover le financement de l'investissement, qui constitue la principale faille du modèle actuel de financement des établissements publics de santé en :

• Garantissant dans les tarifs et dans les dotations MIG (et notamment les MERRI) le financement des investissements courants à hauteur de 4% pour les CHRU et les établissements supports de territoire, compte tenu de la plus forte intensité des plateaux médico-techniques et des équipements innovants ou de recours;

• Mettant en place un dispositif de financement spécifique pour les investissements majeurs (SIH, immobilier) reposant sur un fonds d'investissement dédié au secteur hospitalier public s'appuyant sur :

- Une politique de financement préférentiellement adossée à des subventions en capital amortissables complétée d'une politique raisonnée d'emprunt à taux bonifiés voire à taux zéro[3];

- Une gestion des décisions régionalisée en lieu et place d'une procédure COPERMO centralisée associant les collectivités territoriales, dont le rôle de co-investisseur pourrait être reconnu dans certains types d'opérations;

- Une gestion d'un fonds (européen, de type développement durable) dédié intermédié par la Caisse des dépôts et consignation;

- Une contribution financière associant à la fois l'Etat, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales et les Mutuelles.

• Définissant des modalités de contribution à l'investissement des secteurs ne contribuant pas aux ressources d'investissement des établissements hospitaliers : secteurs sous dotation (DAF, MIG, forfaits) et régimes complémentaires.

3. Sécuriser le financement des missions d'enseignement et de recherche des CHRU qui ne doit plus servir de variable d'ajustement de la campagne tarifaire pour l'ensemble des établissements de santé en:

• *Associant de façon plus étroite la communauté hospitalière à la définition de modélisation et règles de financement;*

• Prenant en compte l'évolution des coûts de facteurs de production dans les modélisations et la répartition des financements;

• Sanctuarisant dans la troisième tranche du Programme des Investissements d'Avenir (PIA 3) un volet Santé accessible de manière simplifiée aux CHU en soutien de leur dynamique d'investissement dans le champ de la recherche et de l'innovation;

• Facilitant et accompagnant l'accès des CHU à des financements alternatifs tels que la création et la prise de participation dans des filiales de valorisation, la création simplifiée de fondations et fonds de dotations et le cofinancement par les collectivités territoriales;

• Rétablissant un financement partiellement assis sur des indicateurs « structurels » en complétement d'allocation résultant d'indicateurs d'activité afin de compenser les surcoûts d'exploitation et maintenir dans la durée l'excellence.

(3) Techniquement cela reviendrait à transférer une part de la dette publique à forte marge vers une part garantie par l'Etat ou par les obligations émises par l'Etat ou assimilé