



La régulation des dépenses hospitalières par la T2A

Hervé BLANC

Elève-directeur d'hôpital

Promotion « Simone Iff »

Ecole des hautes Etudes en Santé Publique

Rennes - FRANCE



La régulation des dépenses hospitalières par la T2A

SOMMAIRE

- Regard chronologique de la mise en œuvre de la T2A en France
- Quelle méthodologie ?
- Quels enjeux ?
- Vers quelle évolution de la régulation des dépenses hospitalières ?



La mise en place de la T2A

2 ETAPES FONDAMENTALES

- Loi du 31 juillet 1991
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004



La mise en place de la T2A

AVANT LA LOI DU 31 JUILLET 1991

- Financement des établissements publics de santé au prix de journée jusqu'en 1983.
- A partir de 1983, financement par une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative - appelée dotation globale (DG). Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières.

Pas de moyen de comparer les coûts entre établissements publics et entre secteur public et secteur privé.





La mise en place de la T2A

LOI DU 31 JUILLET 1991

- les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité »
- À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge »
- c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).



La mise en place de la T2A

LOI du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

- Fin progressive du financement des établissements publics de santé en dotation globale annuelle de financement => **10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.**
- Le maintien de source de financement « hors T2A » : les MIGAC et les MERRI.
- Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités **D'HOSPITALISATION** de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés.





La mise en place de la T2A

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.



La mise en place de la T2A

Conséquences :

- Levée du frein à l'essor du volume d'activité => forte incitation à développer l'activité sous condition d'efficience.
- Une convergence intra-sectorielle assure l'équité dans le financement des établissements de santé => **une pathologie = un tarif unique**. Forte incitation à maîtriser les coûts de production, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une maîtrise de la masse salariale.
- Quant à la convergence intersectorielle (entre le secteur public et le secteur privé), sa mise en œuvre est conditionnée à une exacte connaissance des écarts de coûts entre les 2 secteurs.



Comment cela fonctionne-t-il ?

- Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS) / « groupes homogènes de malades » (GHM).
- Le PMSI permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM auquel est associé un (ou parfois plusieurs) GHS.
- Les GHS/GHM conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.





Comment cela fonctionne-t-il ?

3 MODES DE FINANCEMENT

- Financement de la partie « activité MCO »
- Financement des MIGAC incluant des MERRI
- + des forfaits



Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

Un système d'information organisé à la pathologie traitée :
Hospitalisation MCO

- Diagnostics
- Tarif : valorise le SEJOUR quelle que soit sa durée objective
- le séjour doit être terminé pour être valorisé






Un système d'information de transactions : **Activité Externe**

- Paiement à l'acte





Comment cela fonctionne-t-il ?

Champ hospitalisation	PMSI	Tarifification
 Médecine Chirurgie Obstétrique Court séjour	OUI	T2A sur la base des GHS, certains éléments en sus (cf. FICHCOMP et FICHSUP) Secteur privé : honoraires à part
 Hospitalisation à domicile	OUI	T2A HAD (NB : arrêté commun à la T2A MCO, pourtant bien distinct)
 Soins de Suite et de Réadaptation Moyen Séjour	OUI	Pas de T2A (imminente)
 Psychiatrie	OUI (RIMP)	Pas de T2A (future VAP)
 Soins de Longue durée Long séjour	NON	Pas de T2A





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- L'activité médicale est codée par le médecin => production d'un Résumé d'Unité Médicale (RUM)
- A un même séjour, les différents médecins hospitaliers produiront leurs RUM qui seront réunis dans un résumé de sortie standardisé (RSS)

Le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement.





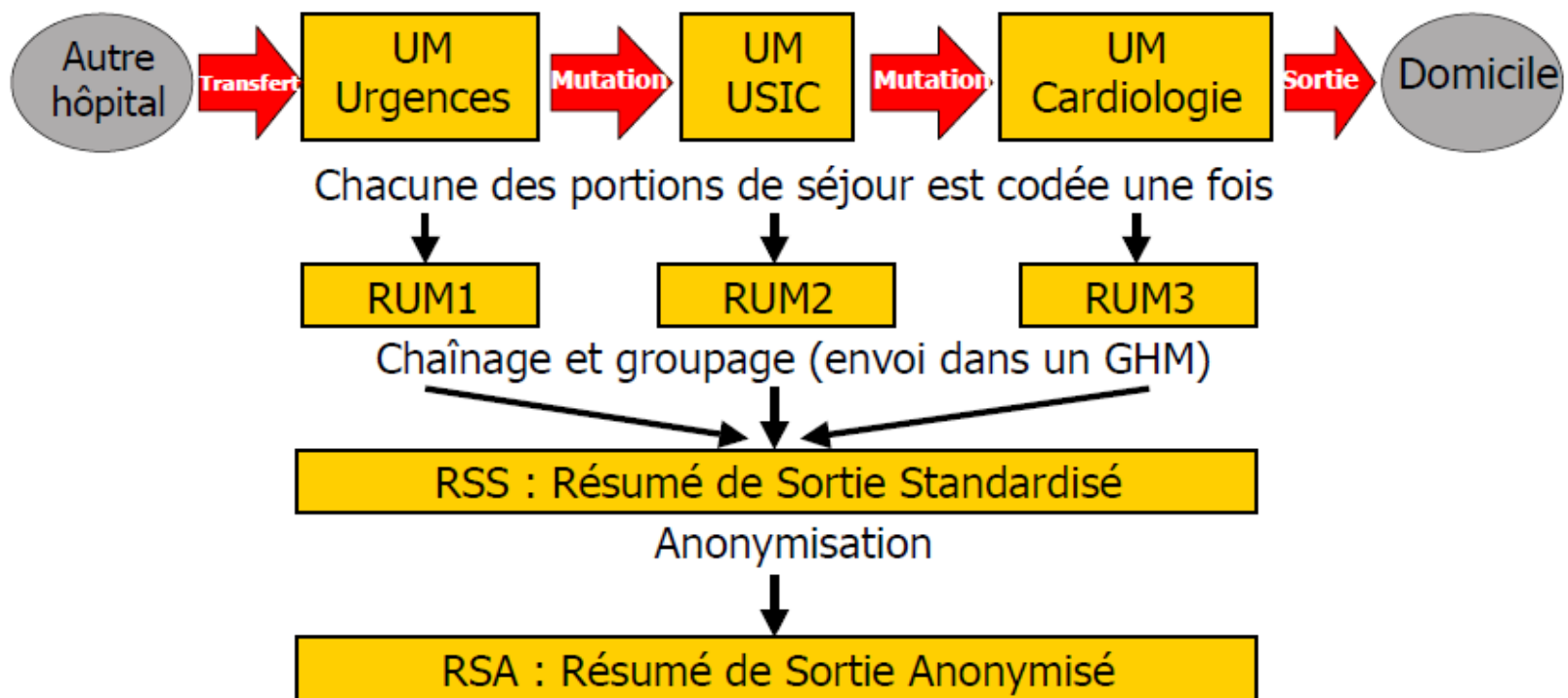
Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Pour que les informations contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures imposées.
- Le codage des informations administratives (sexe, modes d'entrée et de sortie, etc.) emploie des nomenclatures produites par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).
- Les diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.
- Les actes sont codés avec la Classification commune des actes médicaux (CCAM) de la Sécurité Sociale



Comment cela fonctionne-t-il ? Exemple d'un « séjour »





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Le RSS est classé dans un GHM. La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRGs) développée par Robert Fetter à l'université de Yale.
- Cela permet un classement exhaustif et unique : **tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.**

Pour que les informations contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures imposées => **algorithme de la classification des GHM**



Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- La classification des GHM est décrite dans un manuel publié au Bulletin officiel.

Exemple de GHM :

- 01C031 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
- 01K023 Autres embolisations intracrâniennes et médullaires, niveau 3
- 01M044 Méningites virales, niveau 4





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites **catégories majeures de diagnostic (CMD)** car **c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement.**
- Dans le cas d'un RSS multiRUM (séjour multi unité) le diagnostic principal (DP) du RSS est obtenu automatiquement grâce à un algorithme qui tient compte de la présence d'un **acte classant.**





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

Exemple de CMD :

- C.M.D. 01 Affections du système nerveux
- C.M.D. 02 Affections de l'œil
- C.M.D. 05 Affections de l'appareil circulatoire
- C.M.D. 06 Affections du tube digestif
- C.M.D. 22 Brûlures
- C.M.D. 28 Séances





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Cas particulier des séances => 1 séance peut être assimilée à 1 GHS (exemple des séances de dialyse)
- Cas particulier des complications ou morbidités associées (CMA) si leur présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour => 4 niveaux de sévérité



Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Pour résumer => 2670 GHM valorisés en 2651 GHS
- Le GHM décrit l'affection
- Le GHS fixe le tarif
- Pour chaque GHS, une borne haute et une borne basse de durée de séjour (modulation possible pour les durées de séjour extrêmes et les suppléments).





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Extrait de l'arrêté tarifaire 2015

GHS	GHM	LIBELLÉ	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
22	01C031	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1		16	3 557,37			112,36
23	01C032	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	5	26	7 241,07	3 683,70		86,24
24	01C033	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	5	62	11 850,13	4 609,06		61,98
25	01C034	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	12	124	15 692,83	3 842,70		237,21





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Extrait de l'arrêté tarifaire 2015 => les suppléments (viennent compenser une mise à disposition de matériels et de personnel supplémentaire)
 - Réanimation 803,92€
 - Soins intensifs 402,44€
 - Surveillance continue 321,95 €
 - Néonatalogie 1/2/3
 - Réanimation pédiatrique 911,20 €
 - Dialyse péritonéale : 44,68 €
 - Radiothérapie : 69,98 €
 - Ante partum : 366,68 €





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « activité MCO »

- Des règles de facturation viennent préciser les cas particuliers :
permission de sortie du patient, mouvement de patient avec ou sans retour dans l'établissement d'origine, mutation de patient d'une spécialité à une autre ...



Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « MIGAC »

- Les MIG : missions d'intérêt général
 - Liste fixée par décret
 - Exemple : SAMU-SMUR, soins palliatif, lutte contre la précarité

- Les AC : aide à la contractualisation
 - Aide au démarrage d'une activité
 - Soutien à l'investissement





Comment cela fonctionne-t-il ?

Financement de la partie « MERRI »

- Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- Sous ensemble des MIG
- L'application SIGAPS-SIGREC permet le recensement des publications scientifiques et des essais cliniques réalisés dans un établissement de santé.



Comment cela fonctionne-t-il ?

Autres financement => versement de différents forfaits en fonction des soins développés

- Urgences (ATU)
- Forfait environnement (FSE)
- Greffes (FAG)
- Prélèvement d'organes (CPO)
- Financement des MO et DMI



Quels enjeux ?

- La fixation du tarif est un acte politique : **un séjour = un RSS intégrant un GHM = un GHS = un tarif. La politique tarifaire est incitative.**
- La T2A a favorisé de fortes réorganisations et recompositions hospitalières



Quels enjeux ?

L'ACTIVITE HOSPITALIERE FAIT L'OBJET D'UN PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE

- L'hôpital ne fixe pas le « prix de vente » et doit donc jouer sur ses coûts de production (dont 75% est constitué de masse salariale)
- Les coûts sont majoritairement des coûts fixes => **l'objectif est donc de « faire tourner au maximum » les capacités hospitalières**
...
- ... en maîtrisant les coûts variables ...
- ... par un pilotage de l'activité (DMS, juste codage, maîtrise des prescriptions, juste orientation des patients dans les unités, chasse aux lits vides et aux plateaux techniques sous-exploités)





Quels enjeux ?

L'ACTIVITE HOSPITALIERE FAIT L'OBJET D'UN PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE

Ce sont les recettes de l'hôpital qui conditionnent ses dépenses

- ⇒ Les investissements dépendent de la CAF
- ⇒ Les investissements dépendent des perspectives de santé publique caractérisant le territoire de santé de l'hôpital
- ⇒ Les investissements dépendent du dynamisme de la communauté médicale de l'hôpital



Quels enjeux ?

LE CASE MIX DE L'HOPITAL REVET UNE DIMENSION STRATEGIQUE

- PMSI => outil de contrôle de la production de soins vs coûts de fonctionnement du Pôle d'activité médicale. L'efficience, la pertinence et l'adaptation de la production de soins est une condition de survie.
- Rôle moteur du DIM (département de l'information médicale) => jusqu'à l'externalisation de la fonction de codage.
- Modernisation rapide des SIH
- Contractualisation interne des objectifs d'activités des PAM => le développement d'une ligne de soin fait l'objet d'un business plan



Quels enjeux ?

LA T2A GENERE UNE CONCURRENCE ENTRE HOPITAUX SITUES DANS UN MEME TERRITOIRE

- Contrôle de l'attractivité et des fuites de patients
- Implique une politique de communication voire de marketing hospitalier (principalement axé sur la qualité des soins, le professionnalisme des équipes et les prestations hôtelières)

La T2A a mis en lumière les zones de sous-productivité => transparence.

D'une culture de la dépense à une culture de la recette.





Les limites de la T2A

LA T2A EST BIEN ADAPTEE :

- Aux activités de chirurgie et d'obstétrique
- Aux processus de soins industrialisables

LA T2A EST MOINS ADAPTEE

- Aux disciplines médicales
- Pas de T2A pour la psychiatrie
- Aux activités soumises à des normes réglementaires fixant des seuils d'encadrement des patients
- Aux activités réalisées dans des zones peu denses et isolées mais indispensables à la couverture des besoins sanitaires



Les limites de la T2A

LA T2A EST INFLATIONNISTE DANS UN CONTEXTE D'ENVELOPPE FINANCIERE FERMEE :

- Incitation à découper les séjours
- Incitation au volume d'activité en vue d'augmenter les recettes

LA T2A DOIT ETRE TEMPEREE

- Peu adaptée aux pathologies chroniques
- Ne prend pas en compte la qualité des soins
- Logique concurrentielle qui est un frein aux coopérations hospitalières



Quelles perspectives ?

- Quelle mode de régulation ? Cela pose la question des relations entre rente, tarif et coûts, sélection, qualité.
- Quelle type de concurrence ? Par les prix ? Par la qualité sanitaire ? Par la qualité ressentie par le patient ?

Le régulateur doit pousser à l'efficacité productive sans dégrader la qualité et en répondant aux besoins du territoire de santé.

Principe de la « neutralité tarifaire »

Vers une tarification mixte associant tarif fixe et tarif mobile



Quelles perspectives ?

Dégressivité tarifaire => Plus l'activité serait forte, moins les tarifs seraient élevés ; minoration des tarifs de certains GHS pour les établissements en « surproduction »

Lien entre financement et indicateurs qualité

Lien entre financement et pertinence des soins => système de détection des atypies

Incitation au développement de l'activité ambulatoire

Expérimentation d'un modèle de financement au parcours de soins





Quelles perspectives ?

En SSR : fixation d'un « revenu cible »

- l'activité est désormais calculée en mode « rétrospectif » en nature et en volume sur les 3 exercices précédents
- On obtient un « revenu cible » de l'établissement. Si le revenu est dépassé, les acteurs remboursent
- 50% des revenus serait « soclés » versés par 12ème.
- Pour l'activité réelle, cotation qui génère une facture qui sera honorées à hauteur des 50% restant (hors socle).
- Si des séjours sont manquants/prévisions, le revenu soclé reste garanti.
- Si dépassement du revenu cible => méca de limitation de la dérive inflationniste de la T2A



Quelles perspectives ?

OBJECTIF GLOBAL

Donner de la visibilité aux acteurs hospitaliers et de la prévisibilité aux régulateurs régionaux et nationaux.



Merci de votre attention