

La Tarification à l'activité

T2A

**Nouveau mode de financement des
établissements de santé**

Cours IFSI Novembre 2012 C.DOYEN

CHAPITRE 1 Les grands principes

Quels objectifs ?

- Mettre en place un financement plus juste : critères objectifs, équitables et identiques
- Assurer une répartition plus équitable des ressources et une meilleure prise en compte des performances
- Permettre aux établissements d'impulser de nouveaux modes de gestion

Qui est concerné, quelles activités?

Tous les Etablissements Publics de Santé et les établissements privés

Activités concernées MCO :

Médecine

Chirurgie

Obstétrique

Ancien dispositifs d'allocation de ressources aux hôpitaux

- Parlement ONDAM loi de financement de la SS
- Ministères budget, santé, affaires sociales. Définition des politiques, fixation Taux d'évolution, Enveloppe Nationale.
- ARH DOTATIONS REGIONALES.
Allocation et approbation des budgets
- Etablissement sanitaire : budget global

Ce qui a changé

- **Avant il existait 2 systèmes de financement** pour les structures de soins
 - 1°La dotation globale qui concernait les EPS ET les hôpitaux privés participant au PSPH**et d'autre part**
 - 2°un système de tarification à la journée et de forfait lié aux actes réalisés pour les cliniques privées

Ce qui a changé

- suite 2°
- La structure étant ici séparée des praticiens, **les hôpitaux privés** facturaient directement à l'assurance maladie les forfaits de prestation (rémunération de la structure) et les actes (rémunération des praticiens libéraux) sur la base de tarifs variables géographiquement et négocié avec l'ARH

Limites de la dotation globale

- Peu sensible aux fluctuations d'activité
- Prend mal en compte l'impact des innovations et de la recherche
- Un mode de financement opaque pour l'assurance maladie

Ce qui a changé

- Les EPS et les Etablissements privés participant au service public hospitalier, depuis la loi du 19 janvier 1983 une dotation globale de fonctionnement, reconduite chaque année en l'absence de toute négociation réelle entre l'autorité de tutelle et l'établissement. La DG calculée sur la base de l'exercice précédent modulé par le taux de croissance des dépenses hospitalière

Ce qui a changé

- **Ces deux systèmes génèrent des effets pervers**
 - La DGF en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution d'une rente de situation soit à un manquement de financement pour les structures plus actives
 - Le montant des prestations pour le même acte dans le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et pouvait aboutir aussi , à la constitution d'une rente ou à des sous financements pour certaines activités

Ce qui a changé :
la fin de la dotation globale

- **Avant 2004 FINANCEMENT PAR DOTATION GLOBALE (LOI 19/01/1983)** avec très peu de lien avec l'activité de l'hôpital



(DGF N=DGF N-1)

- **Depuis 2004 FINANCEMENT A L'ACTIVITE**
+ dotations pour certaines activités

Vers la convergence tarifaire

- Les lois de financement de sécurité sociale pour 2004 et 2005 avaient prévus d'ici 2012
UNE HARMONISATION DES TARIFS
- Cette convergence des tarifs comporte en fait plusieurs aspects :
 - Uniformisation des tarifs au niveau de l'ensemble des hôpitaux publics d'une part et au niveau des établissements privés d'autre part
 - objectifs visés est d'avoir un tarif commun public/privé

Ce qui a changé le PMSI et la T2A

- En s'appuyant sur le recueil de l'information **PMSI à partir de 2004** le gouvernement s'engage dans l'harmonisation des modes de financements
- L'allocation de ressources aux établissements de soins s'orientera résolument vers une **TARIFICATION A L'ACTIVITE**

La convergence tarifaire

- **Montée en puissance de la T2A entre 2004 et 2008**
- 10% 2004
- 25% 2005
- 50% 2007
- 100% 2008
- Recettes globalisées + facturation à l'assurance maladie

A savoir

- Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation restent quand à elles sont toujours financées en dotation globale pour les EPS
- Difficultés importantes pour adapter les pathologies psychiatriques à la T2A

La convergence tarifaire

- Dans son rapport de juillet 2005 le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie souligne « la grande opacité qui règne et qui ne permet de comprendre la variabilité des coûts » quant à la FHF elle juge dangereuse une comparaison entre le secteur public et privé alors que les organisations, les contraintes, les activités et les bénéficiaires des deux secteurs sont différents

CHAPITRE 2

LES DIFFERENTS TYPES DE FINANCEMENT INTRODUITS PAR LA T2A

DES FINANCEMENTS DIRECTEMENT LIE A L'ACTIVITE



FORFAIT PAR SEJOUR (GHS)

- Cas particuliers : réanimation IVG
prélèvements d'organes, soins palliatifs ,
dialyse
- Médicaments coûteux et Dispositifs Médicaux
implantables (DMI)
- Actes externes, urgences (forfait au passage)
hospitalisation à domicile

Le mécanisme GHM / GHS

PMSI

- Programme de médicalisation des systèmes d'information impose aux EPS et PRIVÉS de procéder à l'évaluation de leurs activités de soin et l'analyse des données qu'il fournit permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM

T2A

- Chaque GHM est associé à son pendant financier : le GHS groupe homogène de séjour défini par l'assurance maladie identifié par un code numérique est en réalité le tarif applicable
- En général à chaque type de séjour correspond un et un seul GHS

Autres financements

- Urgences forfait fixe
- MIGAC
- Enseignement, recherche

Les forfaits par séjours

- **La T2A est fondée sur le PMSI** mise en œuvre d'un système d'information qui tient compte des pathologies et des modes de prise en charge
- **LE TARIF** c'est la volonté politique de maîtriser des volumes d'activités

1GHM = 1 GHS = 1 TARIF

PMSI

- GHM
- Groupe homogènes de malades

T2A

- GHS
- Groupe homogènes de séjours

LE PMSI Un système adapté à la T2A

architecture et indicateurs

- Décrire l'activité en temps et en heure, et avec une qualité optimale car cette déclaration conditionne la perception des recettes
- Le codage son exhaustivité une nouvelle activité pour les personnels. Faciliter la saisie au plus près des activités
- Permettre a chaque structure d'affecter non seulement ses dépenses mais aussi ses recettes

Les forfaits par séjour GHS suite

- DONC
DANS LE CADRE DE LA T2A le groupe homogène de séjour GHS est la donnée « **facturable** » du GHM
- C'est un forfait « tout compris » intégrant les coûts de structure
- Raisonner en GHM C'est s'attacher aux cas moyens, aux patients types. Un des principes fondamentaux de la classification GHM, est que dans un groupe la majorité de la population a un comportement moyen homogène

Manuel des GHM Exemple

01 affections du système nerveux

02 affection de l'œil

06 affections du tube digestif

12 affection de l'appareil génital masculin

18 maladies infectieuses et parasitaires

22 brûlures

27 transplantation d'organes

exemples

- GHM **O6C10Z** GHS 1914 LIBELLE interventions réparatrices pour hernies et éventrations âge inférieur à 18 ans TARIF 2568 EUROS bornes haute 10
- GHM **O6C11W** GHS interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge supérieur à 17 ans , avec CMA 5014 EUROS Borne haute 24

Les forfaits par séjour suite

- La correction pratiquée pour les séjours extrêmes :
 - Si la durée de séjour $<$ à la borne basse prévue du GHS l'établissement doit appliquer un coefficient de minoration de 0,5 au tarif du GHS
 - Si la durée du séjour $>$ à la borne haute prévue du GHS l'établissement facturera en plus du GHS chacune des journées au-delà de la borne haute affectée d'un coefficient de 0,75

Les forfaits par séjour GHS suite

- Le forfait national peut être affecté d'un coefficient correcteur
 - Lié à un éventuel surcoût géographique
 - Coefficient de transition mise en place uniquement pour le privé pour lisser l'impact de la réforme (pour gérer la période de convergence entre les tarifs de l'établissement et les tarifs nationaux

Les forfaits par séjour GHS cas particuliers

- **Dialyse** : facturation de forfait par séance de dialyse en plus du GHS issu d'un GHM

Exemple : un patient dialysé chronique hospitalisé pour un syndrome thoracique ses séances de dialyse sont facturées en plus du GHM produit par la cardiologie

11 GHS ont été définis : hémodialyse en centre, pour enfant, en hospitalisation complète, autodialyse hors centre etc...

GHS cas particuliers suite

- **Pour l'IVG, 5 GHS ont été créés**

correspondent aux 5 types de prestations du système actuel. Ils prennent en compte le moyen utilisé, instrumentale ou médicamenteux, et la durée

GHS cas particuliers suite

- **Les soins palliatifs**

Il existe 2 GHS correspond au GHM de soins palliatifs, et un autre GHS bénéficie d'un tarif majoré si l'EPS dispose de lits identifiés de soins palliatifs ou d'une unité de soins palliatifs

GHS cas particuliers suite

- **Réanimation :**

pour les structures de réanimation, soins intensifs et surveillance continue autorisées, paiement du GHS issu du GHM + supplément / jour de présence dans l'unité de réa, soins intensifs ou surveillance continue

GHS cas particuliers

- **Prélèvement d'organe :**
- facturation sur la base d'un tarif national
- À noter : financement forfaitaire pour la structure de coordination

Les médicaments coûteux et DMI

- **Le paiement en sus des médicaments**
 - Médicaments très onéreux
 - Liste mise à jour par arrêté du ministre
 - Facturation en sus du séjour (= prescription individuelle du système d'information adaptée
 - Facturation au tarif de responsabilité (prix de vente plafond fixé au niveau national)
 - Contrat de bon usage

Les consultations et actes externes

- Facturation sur la base de la CCAM depuis qu'elle est tarifante depuis le 31/03/2005

Le financement des passages aux urgences

- **Financement mixte des urgences** : forfait au passage + financement de la structure par un forfait en fonction du volume des passages
- Valeur unique et nationale du forfait au passage quelle que soit la prise en charge (consultation ou acte lourd)
- Les actes externes labo radio sont facturés en SUS

L'hospitalisation à domicile

- **Application de groupes tarifaires journaliers** variant en fonction de 4 composantes (mode de prise en charge, protocole associé, indice de dépendance et durée de séjour)

le contenu de la tarification a l'activité

L'objectif de dépenses MCO est la somme :

- Des GHS
- Des forfaits techniques
- Du forfait passage aux urgences
- Des forfaits d'activité urgences et prélèvement d'organes
- Des actes externes, de l'HAD,
- Des suppléments journaliers (extrêmes hauts des GHS, réas)
- Des médicaments coûteux et DMI payés en sus

LES MIGAC

- **Missions d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation**
- Ressources allouées contractuellement par les ARS sur leur enveloppe régionale dans le cadre de règles définies au plan national concernant :
 - L'enseignement et la recherche, l'innovation
 - Objectifs d'amélioration de la qualité des soins

Les MIGAC suite

- **Elle peut concerner :**
 - Des missions sociales particulières PASS
 - La mise en œuvre d'orientation du SROSS
 - Des aides à la modernisation
 - Les réseaux
 - Les équipes de liaison
 - Les équipes mobiles de gériatrie d'addictologie, de soins palliatifs. L'EMPP
 - La télé médecine
 - Les centres de ressources pour maladies rares

Taux de CMA un indicateur

- Taux de CMA (complication et morbidité associées) et de CMAS (complication et morbidité associées sévères)
- Certains diagnostics associés à un diagnostic principal permettent de classer un séjour en CMA ou CMAS
- Les GHM de séjour avec CMA ou CMAS ont en général mieux tarifés que les GHM sans CMA
- Ex : libération du canal carpien/ chirurgie du rectum : infection du site opératoire

Autres indicateurs

- **Pour chaque GHM**, l'étude nationale des coûts MCO à permis de calculer une durée de séjour théorique
- **Certains GHM** possèdent une liste de CMA potentielles ; d'autre non ces listes sont définies à partir de L'ENC PMSI MCO
- **IP** index de performance est le rapport entre la somme des durées de séjour observées du case mix, rapportée à la somme des durées de séjour théoriques
- **IP Objectif théorique** = 1

CHAPITRE 3

Les modalités de la régulation budgétaire

Le régime budgétaire de l'EPRD

- **Son originalité réside dans le caractère estimatif des crédits prévus.**
- **Conséquence:**
 - Dans la construction des dépenses ce sont les recettes qui vont conditionner les dépenses de l'hôpital
 - **Une véritable révolution culturelle car il faut évaluer les recettes avant les charges**

Le régime budgétaire de l'EPRD

- **L'EPRD** comme antérieurement le budget de l'hôpital est « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les dépenses et les recettes des organismes publics. L'EPRD est élaboré, proposé, arrêté et exécuté conformément aux lois, règlements et instruction en vigueur »
- L'EPRD est donc un acte de prévision et d'autorisation soumis au vote de l'assemblée délibérante

Le régime budgétaire de l'EPRD

- L'EPRD par pôle d'activité a vocation à se substituer progressivement aux budgets de service.
- **Exemple d'EPRD pour un pôle clinique**

CONCLUSION

QUELS CHANGEMENT POUR L'HÔPITAL ?

- Nécessité d'une très bonne exhaustivité pour l'hôpital dans le recueil des informations
- Nécessité de faire évoluer le SI
- Nécessité pour le DIM d'organiser une transmission rapide des séjours
- Changements important dans les procédures budgétaires et comptables

FIN ?

Que pensez vous de la T2A ?

Quels sont les bénéfices attendus d'après vous ?

La T2A permet elle de maitriser les dépenses de santé ?

La T2A a-t-elle supprimé le financement traditionnel ?

Les bénéfices attendus

- Un plus grande médicalisation du financement
- Une responsabilisation des acteurs qui générera une incitation à s'adapter
- Une équité de traitement entre les secteurs
- Le développement des outils de pilotage médico économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés
- On passe d'une logique de moyen à une logique de résultats

Retour d'expérience sur la T2A dans les pays l'ayant mis en place

- Réduction de la DMS Nouvel intérêt pour les réseaux et les complémentarités
- Transfert vers la médecine de ville
- Amélioration des SIH et des outils de formation
- Adoption plus rapide de technologies médicales innovantes
- Effort de codage
- Réduction des coûts
- Réduction du taux d'encadrement
- Fermeture des hôpitaux
- Valorisation de l'efficacité
- Responsabilisation des acteurs
- Révision des organisations et processus

Dans les pays GB, Suède, la Norvège, le Canada, Allemagne

- Le financement à l'activité n'a pas signé la fin du financement traditionnel, cet à dire rétrospectif (type budget global). Tous les pays ont ainsi conservé un financement mixte : pour partie à l'activité , pour partie au forfait.
- Ce qui devait se produire et ne s'est pas réalisé : pas de maîtrise des dépenses publiques, pas de baisse de la qualité observée, pas de surcodage.

FIN

- MERCI DE VOTRE ATTENTION