

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

(réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé)

DONNÉES DE CONTEXTE : 20 ANS DE REFORMES HOSPITALIERES

LOI DU 19 JANVIER 1983

Objectif : ralentir la très forte croissance des dépenses hospitalières en les encadrant : modification radicale du financement des hôpitaux en substituant au Prix de Journée une **Dotation Globale** (enveloppe à caractère limitatif)

LOI DE REFORME HOSPITALIERE DU 31 DECEMBRE 1970

- service public hospitalier ; **carte sanitaire**

LOI HOSPITALIERE DU 31 JUILLET 1991

- projet d'établissement**

- création d'un nouveau document contractuel : le **SROS** qui apporte un volet qualitatif en complément de la carte sanitaire, plus quantitative.

- conférence sanitaire**

- droits des malades**

- renforcement des rôles de la CME, du CTE et de la CSI



20 ANS DE REFORMES HOSPITALIERES (2)

LOI DU 27 JUILLET 1999 PORTANT CREATION DE LA CMU

Principe d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de 5 ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une **tarification à la pathologie**

PLAN « HOPITAL 2007 » DE 2002

- Relance massive des **investissements** hospitaliers.
- Expérimentation et mise en place opérationnelle d'une **tarification à l'activité** des établissements de santé : allouer des financements en fonction de l'activité
- Mise en place d'une **nouvelle gouvernance hospitalière** (nouvelle organisation interne de l'hôpital)

20 ANS DE REFORMES HOSPITALIERES (3)

CREATION DE L'OQN (Objectif Quantifié National) EN 1993

Volonté de **réguler les dépenses** hospitalières du secteur lucratif (cliniques privées)

Le principe est celui d'une enveloppe fermée, régulée par un **mécanisme de type « prix / volume »** (si les volumes générés tendent à faire dépasser l'objectif global de dépenses, l'État révisé les prix de journée et de forfaits à la baisse).

ORDONNANCE DU 24 AVRIL 1996 (PLAN JUPPÉ)

- Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (**ARH**)
- Création de l'**ONDAM** fixé par la LFSS
- Poursuite de la généralisation du **PMSI**
- Mise en place de la procédure d'Accréditation



20 ANS DE REFORMES HOSPITALIERES (4)

DES REFORMES QUI SE SONT POURSUIVI DEPUIS...

- Loi de **Santé publique** du 9 août 2004 : PRSP, GRSP...
- Loi relative à l'**Assurance maladie** du 13 août 2004 : parcours de soins coordonné, participation forfaitaire des assurés, Dossier Médical Personnel, Conseil de l'Hospitalisation, Haute Autorité en Santé (HAS), Évaluation des Pratiques Professionnelles

LES PRINCIPES DE BASE DE LA REFORME (1)

- **HARMONISATION** des modes de financement et **CONVERGENCE** inter-sectorielle
- **PROGRESSIVITE** dans la mise en place et respect des spécificités de chaque secteur
- plus de **LISIBILITE** pour l'ensemble des acteurs
- un **PILOTAGE** plus efficace par une meilleure connaissance des coûts et par une médicalisation des financements

Nota : le **Champ d'application de la réforme** est limité pour le moment à tous les établissements **publics et privés** titulaires d'autorisations de **médecine, chirurgie** ou **obstétrique** (MCO) - Seront prochainement soumis à expérimentation le SSR et la PSY

Document réalisé par toute l'équipe de la MT2A sous la coordination de Christophe Andréoletti

RAPPEL : LE SYSTEME DE LA DOTATION GLOBALE (DG)

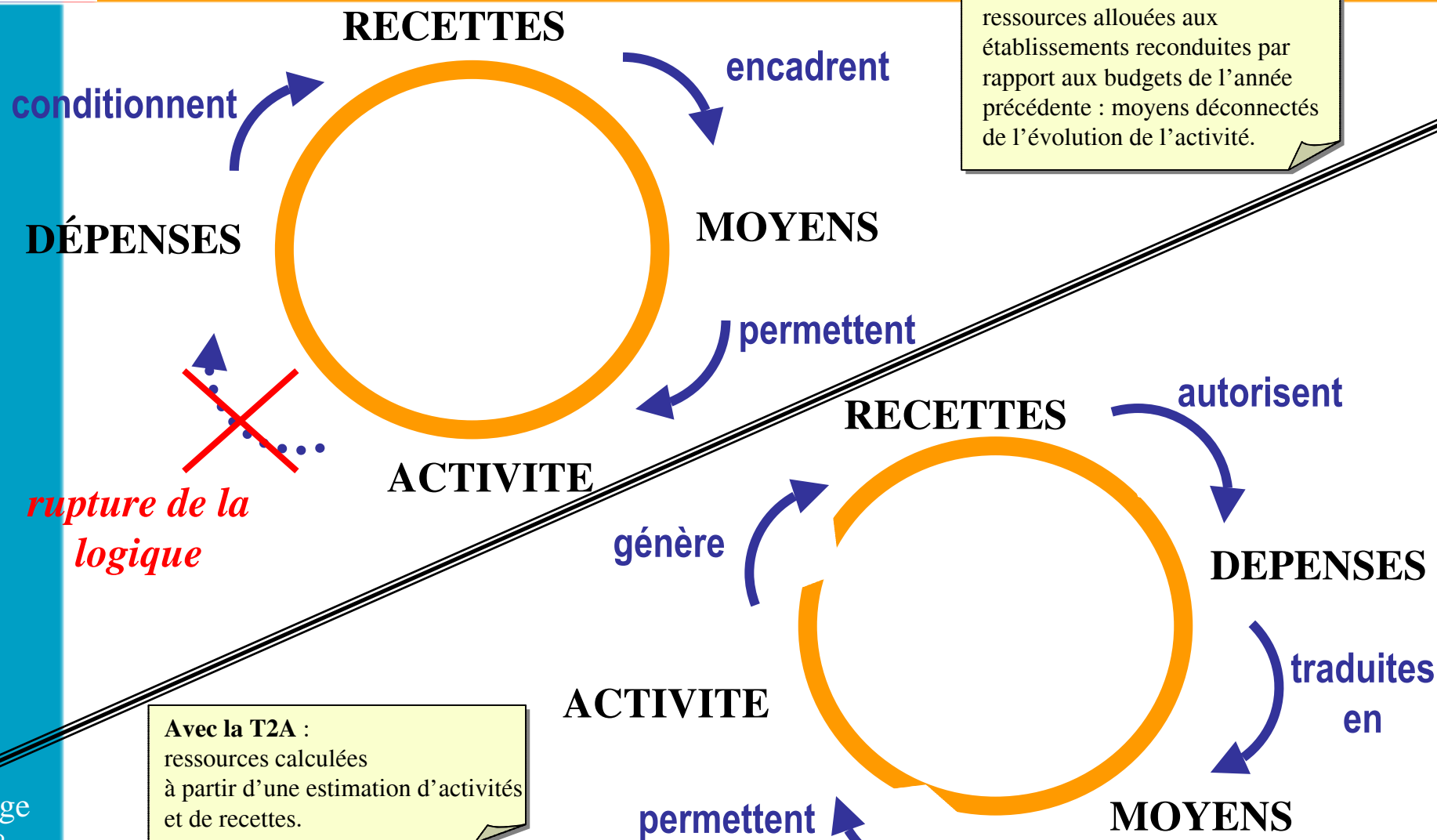
LE PRINCIPE

« La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année ... d'une dotation globale au profit de chaque établissement, versée mensuellement par les organismes d'assurance maladie... Le représentant de l'État en région arrête le montant de la dotation à partir de celle de l'année précédente et augmentée selon un taux directeur national fixé annuellement par les ministres concernés en fonction des hypothèses économiques générales dont les prévisions de prix et de salaires. »

CONSEQUENCES DIRECTES :

- la situation financière des hôpitaux s'est retrouvée **figée**, pénalisant les hôpitaux dont la gestion était efficace et donnant une rente de situation aux hôpitaux bénéficiant du système inflationniste engendré par le prix de journée
- Le fondement de la DG sur une **base historique** fige les choses en ne prenant pas en considération les évolutions de nature et de volume d'activités
- Les progrès techniques en terme de molécules particulièrement onéreuses (AZT, Interféron...) ou de dispositif médicaux ont motivé des demandes de financement supérieures au taux directeur d'ou la **constitution chronique de reports de charges**.

LES PRINCIPES DE BASE DE LA REFORME (2)



LES DIFFERENTES MODALITES DE FINANCEMENT

Financements directement liés à l'activité

PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

GHS

SEJOURS
EXTREMES
EN DUREE
HAUT - BAS

SUPPLEMENTS
REA - SI - SC - NN

AUTRES PRESTATIONS D'HOSP^o
séances, HAD, consultations et actes externes...

PAIEMENTS EN SUS (DES GHS)

MEDICAMENTS
ONEREUX

DISPOSITIFS
MEDICAUX

Autres financements (dotations)

MISSIONS D'INTERET
GENERAL
ET AIDE A LA
CONTRACTUALISATION
(MIGAC)

MIG

AC

Financements mixtes

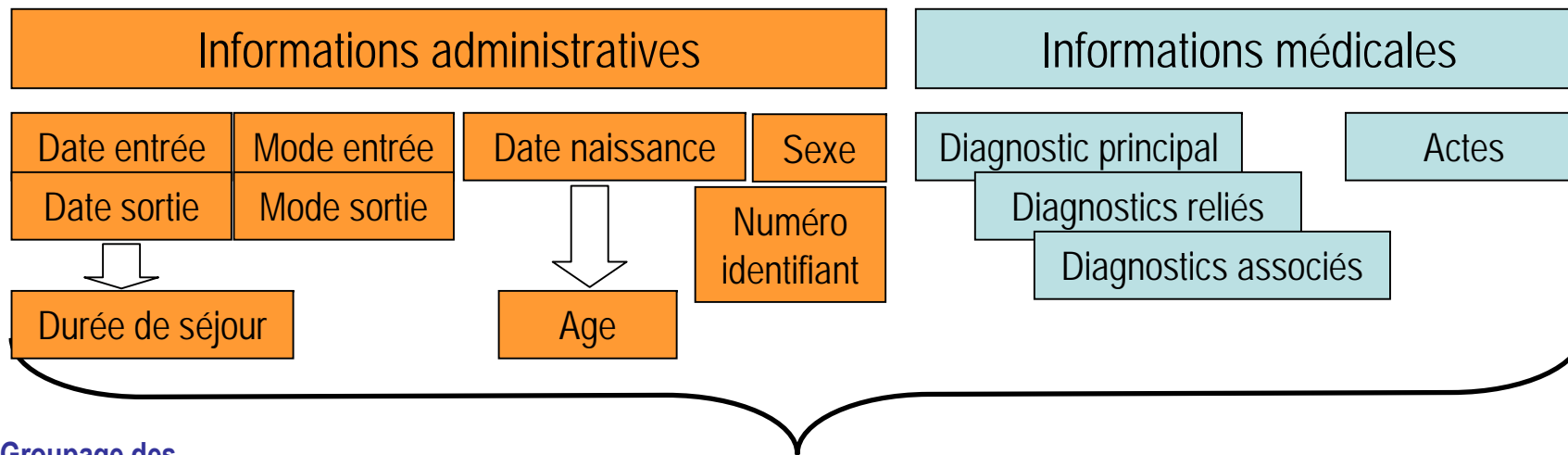
FORFAITS ANNUELS

FAU

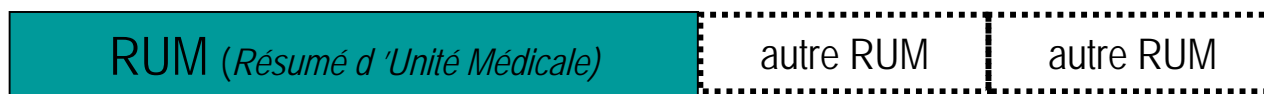
CPO

FAG

CONSTRUCTION DES GHM ET GHS A PARTIR DES ELEMENTS DESCRIPTIFS DU SEJOUR



Groupage des informations des différents RUM (si un seul RUM alors RSS = RUM)



Groupage du RSS au sein de l'un des 778 GHM existants (**)



Affectation d'un tarif opposable



* qui devient un RSA (anonymisé) par suppression du N° identifiant, date de naissance, regroupement codes postaux...

** en classification version 10

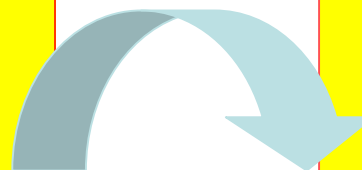
RAPPEL DE CONSTRUCTION

- Si le principe de base repose sur **une seule classification en GHM** pour l'ensemble des secteurs MCO, 2 barèmes distincts coexistent (soit **2 échelles de GHS**)
 - Une échelle pour les établissements antérieurement sous DG, **incluant les rémunérations** des personnels médicaux (*tarif « tout compris »*) et bâtie à partir d'une **étude nationale de coûts** (ENC)
 - une échelle pour les établissements antérieurement sous OQN, **excluant les honoraires** des praticiens (libéraux, financés à l'acte) et issue d'une **observation des tarifs constatés** via la facturation antérieure à l'Assurance maladie
- La Loi a cependant fixé un **objectif de convergence** de ces 2 barèmes tout en soulignant l'importance d'assurer le respect des spécificités propres à chaque secteur (différences dans la nature des charges et des missions)

LE PAIEMENT AU TARIF PAR SEJOUR : LES GHS

G.H.M.

Groupes Homogènes de
Malades



G.H.S.

Groupes Homogènes de
Séjours

LA DEFINITION DU GHM REPOSE SUR UNE **NOTION DE VALORISATION MOYENNE** QU 'IL A FALLU ASSOUPLEIR AU VU DES SITUATIONS CONCRETES :

- écarts en terme de **durée de séjour** : l 'EXH (suppléments journaliers au delà d'une borne) en sus du GHS
- écart en terme de lourdeur de la prise en charge engendré par le **passage en unité spécialisée** (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie) : suppléments journaliers en sus du GHS

LES PAIEMENTS EN SUS DE CERTAINS CONSOMMABLES

PAIEMENTS EN SUS

MÉDICAMENTS
ONÉREUX

DISPOSITIFS
MÉDICAUX

- **Paiement en sus** de certains médicaments (surtout les anticancéreux) et certains dispositifs médicaux, qui sont à la fois **onéreux** et introduisent une **hétérogénéité** dans les GHS
- Gestion de **listes limitatives** par voie d'Arrêté (liste commune aux 2 secteurs pour les MO et 2 listes convergentes pour les DM)
- Flux à l'entrée et à la sortie (= diffusion de l'innovation)
- Facturation sur la base du **prix payé par l'établissement** (prix d'achat) **majoré d'une marge d'intéressement au regard du tarif de référence**
- Régulation médicalisée via les **Contrats de bon usage** : *cf diapo suivante*

LES PAIEMENTS EN SUS DE CERTAINS CONSOMMABLES (2)

OBJECTIFS :

- favoriser le bon usage de l'ensemble des médicaments et des produits et prestations au sein des établissements dans la perspective d'une amélioration continue tant de la **qualité** que de la **sécurité** des soins qui y sont prodigués.
- garantir le **bien-fondé des prescriptions** des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation
- fixer : **calendrier** d'exécution, **objectifs quantifiés**, **indicateurs de suivi** et **résultats**, obligation de **reporting** à ARH (rapports annuels et rapport final)
- mise en place d'**observatoires** avec une double mission : scientifique (suivi et analyse des pratiques de prescription) et expertise (appui des ARH)

CONSEQUENCES :

- Si respect des engagements contractuels : garantie du remboursement intégral à 100% l'année suivante
- Si non-respect des engagements pris : possibilité pour le DARH de diminuer le taux de remboursement des produits facturables jusqu'à 70% (au lieu de 100%)

MODALITE DE FINANCEMENT MIXTE : LES FORFAITS ANNUELS

FORFAITS ANNUELS

FAU

CPO

FAG

→ FORFAIT
ANNUEL
URGENCES

→ FORFAIT
COORDINATIONS DES
PRELEVEMENTS
ORGANES

5 niveaux de forfait en
fonction de l'activité et des
spécificités de
l'établissement

→ FORFAIT ANNUEL GREFFE

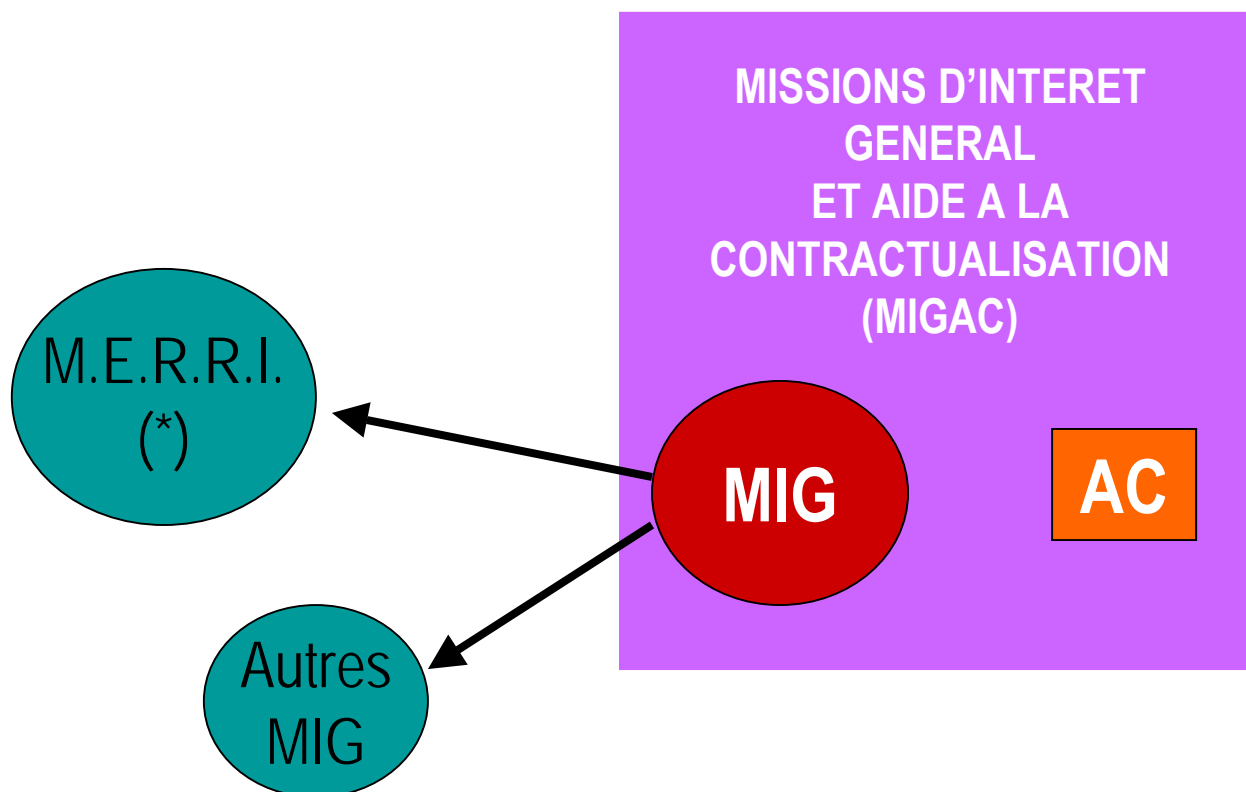
6 niveaux selon l'activité et la
nature des greffes réalisées pour
couvrir les dépenses
exceptionnelles liées à la greffe :
déplacements des équipes de
prélèvement, astreintes
spécifiques, coordination de
transplantation.

UN EXEMPLE DE MODULARITE : LE FINANCEMENT DES URGENCES

- un **forfait annuel** visant à couvrir une partie des **charges fixes** (personnel, équipement) et évalué en fonction de l'activité des années précédentes ; forfait de base + tranches supplémentaires en tant que de besoin
- un **tarif au passage**, à un prix **national** et à une valeur **unique** (l'ATU) quelle que soit la prise en charge (mais hors re-convocations) et **non cumulable avec** la facturation d'**un GHS** (non facturation des passages suivis d'une hospitalisation dans l'établissement et dans le champ MCO) ; financement non exclusif de la facturation des **consultations et des actes externes**
- un financement spécifique dans les **ZSTCD (zones de surveillance de très courte durée)** : GHS de la CM 24, quelle que soit la durée de séjour (sauf si le séjour se poursuit dans un service d'hospitalisation)

L'ENVELOPPE « MIGAC »

(Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)



(*) Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation

M.E.R.R.I. : MISSIONS D'ENSEIGNEMENT DE RECHERCHE, DE REFERENCE ET D'INNOVATION

- "héritage" du mécanisme dit des "13%" pour les CHU et CLCC, mais dispositif aménagé par la mise en place de socles fixes et de **parts variables**
- double objectif poursuivi : prendre en compte les surcoûts réellement entraînés par l'ensemble de ces missions et **moduler les montants** par établissement **en fonction d'indicateurs** de mesure de ces missions.

LES AUTRES MIG (MISSIONS D'INTERET GENERAL)

Regroupe certaines activités valorisées via les retraitements comptables (donc sur des données transmises par les établissements et validées par les ARH), complétés au besoin d'enquêtes spécifiques et répondant généralement à 2 grandes caractéristiques de base :

- des missions qui doivent être maintenues quel que soit le niveau d'activité effectif
- et/ou des missions pour lesquelles il est difficile d'identifier les coûts par patient

A titre d'exemple : les SAMU, les centres antipoison, les équipes mobiles (soins palliatifs, gériatrie...), les soins à des populations spécifiques, etc.

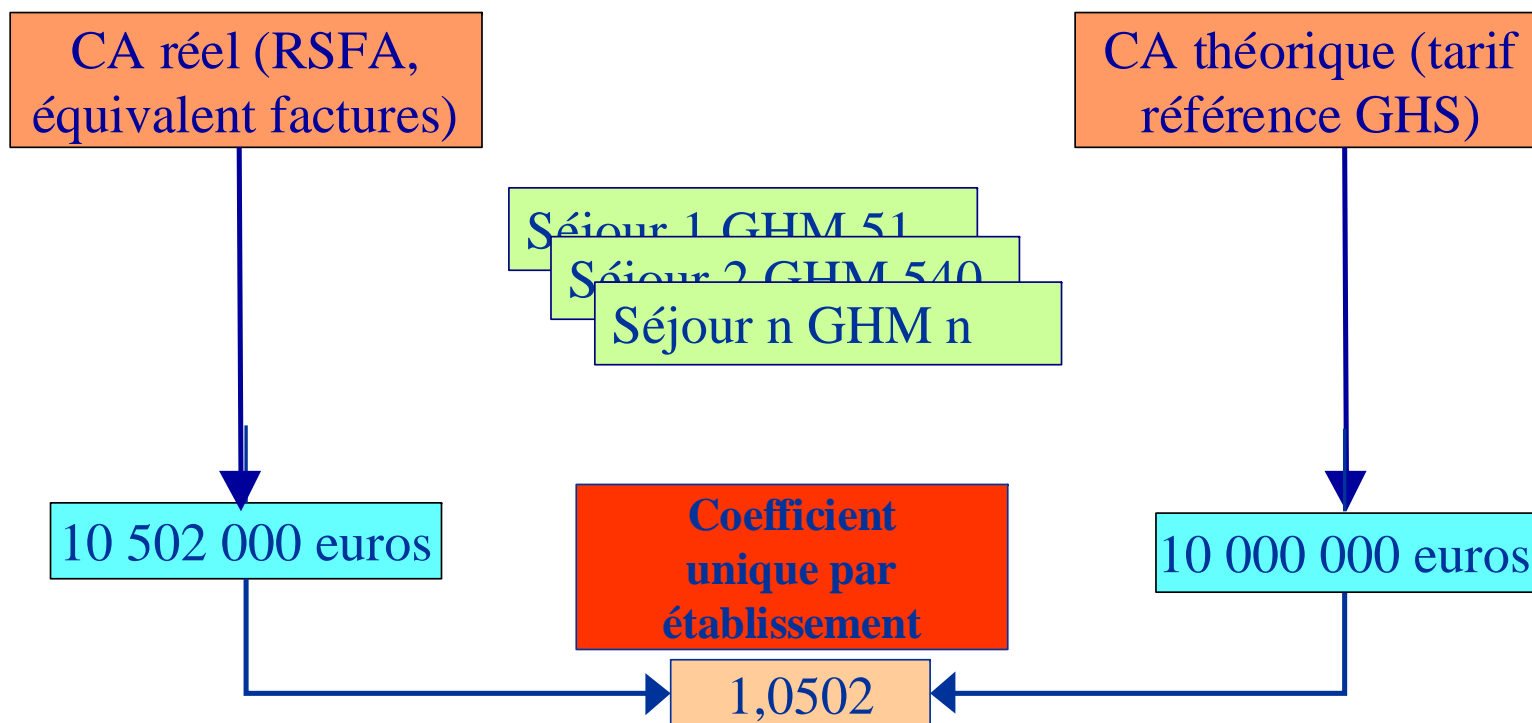
L'AIDE A LA CONTRACTUALISATION

- enveloppes allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis **régionalement** et s'appuyant sur les **orientations du SROS** et sur la recherche d'amélioration de la **qualité des soins**
- *ne peuvent pas être utilisées comme « soutien » à la convergence ou pour « accompagner » l'adaptation des établissements à l'impact de la réforme*

CAS PARTICULIER : L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

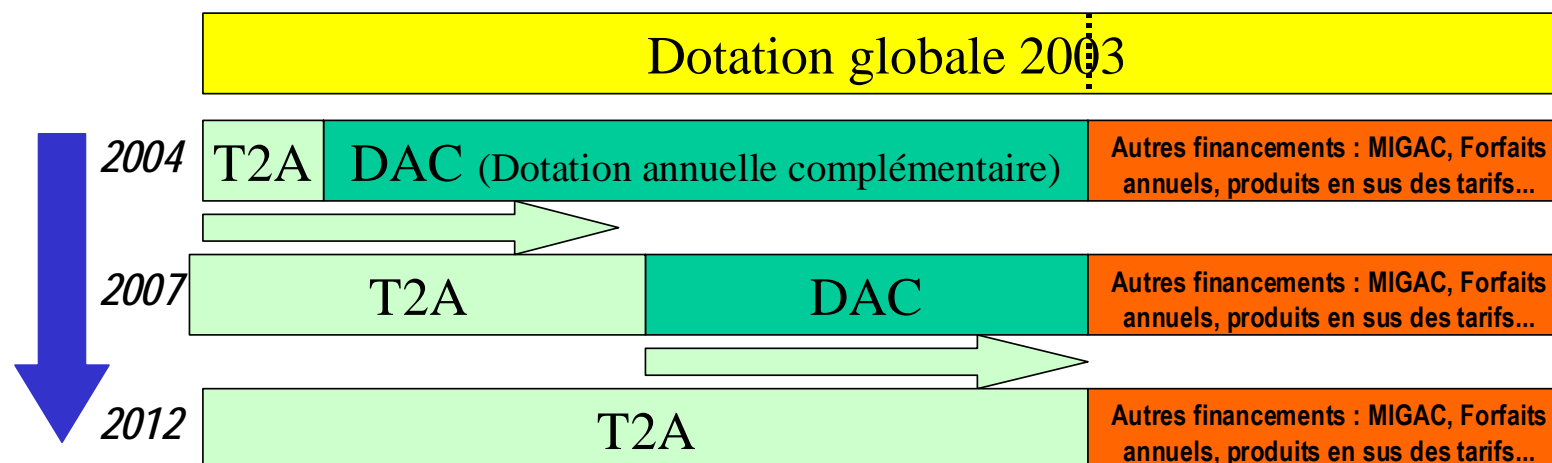
- principe du " tarif tout compris " visant à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure d'HAD pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus
- recueil d'informations médicalisées systématique, sous la forme de résumés par sous-séquences (RPSS). Chaque sous-séquence de soins est définie par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) qui consiste en une combinaison de 3 éléments : un mode de prise en charge principal (MP), un mode de prise en charge associé (MA), un indice de Karnofsky (IK) qui mesure la dépendance
- à chaque GHPC est affecté un indice de pondération destiné à tenir compte de la durée de prise en charge, selon un schéma de dégressivité au cours de chaque séquence de soins
- Le tarif du GHT (Groupe Homogène de Tarifs) est ensuite obtenu par la combinaison du GHPC et de l'indice de pondération. Il existe 31 GHT

La gestion de la transition pour le secteur « antérieurement sous-OQN »



Application aux tarifs d'un coefficient d'amortissement propre à chaque établissement et permettant de lisser l'impact du passage entre recettes valorisées par l'ancien système et recettes attendues en mode T2A (coefficient s'amenuisant d'année en année jusqu'à disparaître en 2012)

La gestion de la transition pour le secteur « antérieurement sous-DG »



Maintien jusqu'en 2012 d'une partie du financement sous forme de dotation (dite DAC, pour Dotation Annuelle Complémentaire), cette dotation s'amenuisant d'année en année pour disparaître totalement à cette échéance (la valorisation de l'activité se faisant alors à 100% des tarifs pour ce qui concerne la partie financée par les GHS).

MODULATION TARIFAIRE VIA DES COEFFICIENTS GEOGRAPHIQUES

- ➔ prendre en compte **certaines spécificités qui pèsent sur les coûts** de fonctionnement (coût de la vie dont le foncier) liées à la **localisation géographique** de certains établissements
- ➔ à titre *exceptionnel*
- ➔ coefficient identique public / privé
- ➔ s'appliquent aux GHS et GHT, suppléments journaliers, séances, ATU, forfaits annuels
- ➔ ne s'appliquent pas sur les listes de MO et DMI facturables en sus, les actes et consultations externes, les MIGAC

- ➔ Ile de France : 7% (contre 10% en 2004 pour seulement Paris et petite couronne)
- ➔ Corse : 5%
- ➔ DOM : 30% à La Réunion, 25% dans les autres départements

L'ÉVALUATION DE LA RÉFORME

Les enjeux de l'évaluation :

- Identifier les incitations produisant des effets non désirés, notamment les risques sur l'évolution de la qualité des soins
- Parvenir à un équilibre entre incitation à la productivité (efficacité de la réforme) et mise en place de financements complémentaires pour pallier les imperfections du modèle
- S'assurer de la pérennité des établissements sans engendrer de situations de rentes
- Organiser la maintenance du modèle économique (classification, tarifs...)
- S'assurer de la cohérence avec les autres dispositifs de régulation (SROS notamment)

TROIS GRANDS ENJEUX

- L'impact sur la **réflexion stratégique** et le projet d'établissement
- L'impact sur les modes de **management interne** : décentralisation de la gestion, partage d'informations entre soignants et administratifs, gestion des ressources humaines, formation, communication
- L'impact sur **les systèmes d'information** :
 - Impact sur le système d'information médicalisé
 - Impact sur le système d'information de gestion, et en particulier le développement d'une comptabilité analytique médicalisée

LES EFFETS ET RISQUES A CONTROLER (issus des expériences étrangères)

- " DRG-creep " : déformation du case-mix par **amélioration du codage** (gain en exhaustivité) ou par **surcodage** (pratiques déviantes)
- **segmentation** des séjours
- **réduction des durées de séjour, sortie précoce** des patients vers le domicile, **transfert rapide** vers l'aval (SSR, RF, HAD)
- **sélection des patients** pour écarter les cas les plus lourds
- **sur-fourniture de soins** ou **sous-fourniture de soins**

LA NECESSITE D'UN CONTRÔLE EXTERNE

- Repérer des erreurs de codage des données médicalisées transmises susceptibles d'induire un **paiement injustifié** par l'Assurance Maladie
- S'assurer que les établissements se conforment bien à leurs **obligations de produire de l'information médicalisée de qualité**

Un **contrôle d'initiative régionale**, organisé en deux étapes :

- **Un contrôle automatisé**, portant sur tous les établissements de la région, destiné à repérer des « atypies » au sein des informations transmises
- **Un contrôle approfondi**, sur site, des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région

Un modèle qui se diffuse à travers le monde...

Précurseur américain dans les années 80:

- travaux universitaires dans les années 70
- utilisation à des fins de financement à compter de 1983

Développement en Europe à partir du début des années 90:

- dans les pays nordiques: Suède, Norvège, Danemark
- dans certains pays du Sud de l'Europe: Italie, Espagne, Portugal



Extension actuelle à d'autres pays parmi les plus importants d'Europe:

- par une réforme rapide et d'ampleur: Royaume-Uni, Allemagne
- de manière plus progressive: Suisse, Belgique

Expansion également dans le reste du monde:

- de longue date en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande
- plus récemment en Asie (Japon, Singapour, Taiwan, Thaïlande) et en Afrique du Sud
- actuellement en Europe de l'Est (Roumanie, Hongrie)

**Pour plus d'informations, contacter la Mission T2A
par messagerie électronique unique :**

tarification-mt2a@sante.gouv.fr

quelques sites Internet utiles :

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.reformes-hospitalieres.fr>

<http://www.atih.fr>