

Quelle part de Tarification à l'Activité ? Evolution des outils : classification VII

Dr Marion MENDELSON, Chef du service des classifications et information médicale, ATIH, Lyon

L'objectif de la version VII est d'améliorer la description des GHM médicaux dans le contexte de la 3^{ème} étape d'adaptation à la T2A. La V9 visait à réduire les plus grosses disparités entre les établissements. La VI0 devait permettre une adaptation des établissements en difficulté. Pour améliorer les groupes médicaux sans segmenter les séjours et en valorisant mieux les problèmes connexes, la VII propose 3 modifications importantes :

- refonte de la liste des CMA avec 4 niveaux de sévérité généralisés et prise en compte des effets de l'âge du patient.
- redéfinition du diagnostic principal (DP) davantage fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital. Les hôpitaux pourront choisir le plus favorable quand le patient vient pour plusieurs raisons (ce choix n'a pas encore été validé). Les séjours multi-RUM sont supprimés au profit d'un DP unique.
- suppression de la CM 24, création de vrais groupes de chirurgie ambulatoire (0 jour et 0 nuit) et création de groupes d' « explorations et surveillance » non éligibles aux niveaux.

Pour résoudre le problème des séjours inférieurs à 2 jours dans les GHM à DMS élevée, des GHM de chirurgie ambulatoire et des GHM de très courte durée sont créés.

La VII ne permet pas de prendre en compte la précarité, les travaux engagés s'orientent plutôt vers une enveloppe mission d'intérêt général.

Les premiers résultats de groupage montrent une grande cohérence entre les effectifs dans les niveaux de sévérité, la fréquence des niveaux et l'âge moyen par niveau. Cette version devrait entrer en application en mars 2009. Il y aura forcément des conséquences budgétaires puisque la nouvelle classification introduit une redistribution des séjours mais sur la première année les effets seront minimisés grâce aux tarifs.

Quelle politique tarifaire, quelles régulations de la T2A ?

Yves GAUBERT, Responsable du pôle Finances / BDHF, FHF, Paris

Dr B.GARRIGUES, DIM du CH du Pays d'Aix, Président du CNIM, Aix en Provence

La FHF a une position critique vis à vis de la construction tarifaire qui aggraverait la situation financière de nombreux établissements. Les écarts significatifs entre l'ENC et le tarif lui-même impliquent que l'activité soit réalisée a priori à perte. Certains suppléments, tels que les suppléments de réanimation ou de surveillance continue, sont sous évalués ce qui place ces services en difficulté pour respecter les normes. Il ne s'agit pas d'un réel mécanisme de tarification à l'activité mais d'une mécanique de redistribution complexe.

Le rapport de la Cour des Comptes de 2007 indique un transfert financier des hôpitaux vers les cliniques de près de 191 millions d'euros en 2006. En 2007, la loi de financement de la sécurité sociale rectificative transfère 200 millions d'euros des budgets hospitaliers vers la médecine de ville.

La régulation prix/ volume n'est pas appliquée de manière identique à chaque secteur. Seul l'hôpital public subit intégralement la régulation. Dans le privé, la régulation ne touche pas les honoraires et la médecine de ville dépasse systématiquement les sous-objectifs d'activité. De plus, la réduction des tarifs concerne l'ensemble du champ MCO pour compenser l'évolution

en volume des activités exploratoires et de petite chirurgie essentiellement réalisées dans le secteur privé.

La politique tarifaire est parfois faussement incitative : par exemple, pour une même pathologie les tarifs de chirurgie ambulatoire n'ont pas augmenté mais ce sont les tarifs d'hospitalisation complète qui ont baissé. En réalité, aucune enveloppe supplémentaire n'est consacrée aux plans de santé publique, par conséquent toute mesure favorisant une prise en charge vient en déduction de l'enveloppe globale et se fait aux dépens des autres prises en charge.

Objectifs, modes de calcul, influences actuelles et potentielles des OQOS sur les activités et les budgets.

Jean RUIZ, Médecin chef de service DIM, CH Albi, Toulouse

Mis en place par les ordonnances de 2003, les OQOS sont pensés comme un outil de planification, qui impacte cependant le financement des établissements de façon indirecte. Ils traduisent une gradation des équipements et des soins en cohérence avec la structure de l'établissement, prenant en compte les différences d'activités et modalités de prise en charge, la permanence des soins, et l'équité d'accès aux soins. Ils définissent au niveau de chaque région la localisation des équipements lourds, ainsi que des prévisions d'activité.

La construction des OQOS passe par plusieurs étapes :

- Mesure des besoins de santé (utilisation du PMSI) et de l'offre de santé (activité produite par le territoire, sans prise en compte des phénomènes de fuite ou d'attraction)
- Analyse de l'écart (gradation des soins, fuites et attraction).
- Soustraction des activités non soumises aux OQOS
- Classification des activités en médecine et chirurgie.

Cette méthodologie induit un certain nombre de biais :

- Evolution des systèmes de codage mal pris en compte
- Fuites et attractions non prises en compte
- Incidence budgétaire : il y a déjà une régulation prix volume au niveau national
- Ne s'adapte pas aux politiques du privé (ex : si une clinique ferme, ou change d'activité suite à son rachat)

L'analyse des OQOS par rapport à l'activité d'un établissement lui permet de déceler son positionnement sur le territoire de santé.

Pratiques émergentes et T2A

Béatrice LE VU, Institut Curie, Paris

Les pratiques émergentes sont destinées à une large diffusion que ce soient des pratiques médico-techniques ou des pratiques d'organisation, d'infrastructure ou de circuit de prise en charge. Pour ces pratiques, il n'existe pas d'information médico-économique. La T2A permet leur financement par :

- les GHS, mais les tarifs manquent de réactivité.
- les molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables (DMI) en sus. Toutefois, il faut veiller à ce que ce mode de paiement ne soit pas inflationniste. De plus,

l'inscription sur la liste des DMI est à l'initiative du fournisseur et réservée aux dispositifs implantables ce qui laisse à la charge des établissements de nombreux matériels très coûteux.

- les missions d'intérêt général : Cependant, la liste est très structurée et les financements restent concentrés sur un nombre restreint d'établissements ce qui ne permet pas la diffusion des pratiques émergentes.

Le financement T2A doit éviter de valoriser des pratiques à contre-courant. Mais surtout la T2A doit soutenir les établissements et contribuer à la diffusion des pratiques qui sont l'activité de demain.

T2A SSR : Modèle de Transition / Modèle Cible

Pierre METRAL, chef de service adjoint du service des classifications et information médicale, ATIH Lyon

Le champ SSR n'est pas neutre : il représente 1700 établissements, 13% de l'ONDAM, 30 millions de journées pour 100 000 lits.

Le mode de financement actuel est basé sur des aspects historiques : dotation globale pour les établissements publics et PSPH, prix de journée pour le secteur privé.

Suite aux évolutions du MCO, est apparue la nécessité d'adapter le financement à l'activité, en volume et en structure, au moyen de la T2A SSR.

Les groupes de travail se sont heurtés à 2 types de difficultés : des données de coût anciennes et des groupes de journées mal adaptés. Des études de coût ont été relancées pendant la phase pré-T2A avec pour objectif une montée en charge progressive entre 2009 et 2012.

Le modèle proposé comporte 4 compartiments : Activité, MIGAC, Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux, Plateaux techniques très spécialisés.

L'activité devait être répartie dans des groupes homogènes de journées (GHJ) ; ce concept recouvrant cependant un certain nombre de limites a du être amélioré. Pendant la phase transitoire, les champs recouverts par les 3 autres compartiments devront être identifiés.

Parallèlement, il s'agira de construire un indicateur de valorisation de l'activité (IVA) : afin d'optimiser les GHJ, un modèle additif sera construit, pour s'adapter à la coexistence de soins médicaux classiques, de soins infirmiers et techniques, et de soins de rééducation.

- Utilisation de groupes de morbidités dominantes (GMD) prenant en compte l'aspect médical, additionné des informations recueillies au cours du séjour.
- Variables retenues :
 - Informations qualitatives : groupes de morbidités dominantes, classes d'âge, notion de co-morbidité, finalité de la présence du patient, type d'hospitalisation.
 - Informations quantitatives : dépendance physique, cognitive, nombre d'actes de rééducation / réadaptation.

Pour chaque journée, des points attribués à chacune de ces variables sont additionnés pour obtenir le nombre de points IVA. Ce total est multiplié par le nombre de jours de présence. L'utilisation du modèle nécessite de disposer de données PMSI et de données budgétaires. Un test a été fait avec 3 ARH pour vérifier la disponibilité des données ; elles sont aussi chargées de tester ce modèle pour en évaluer la pertinence.