



Imagerie et T2A

Vendredi 13 mai 2011
Dr Michèle Brami
ATIH



Imagerie et T2A

- Plan

- rappel des principes de la T2A
- application à l'imagerie



Imagerie et T2A

- 1^{ère} partie :

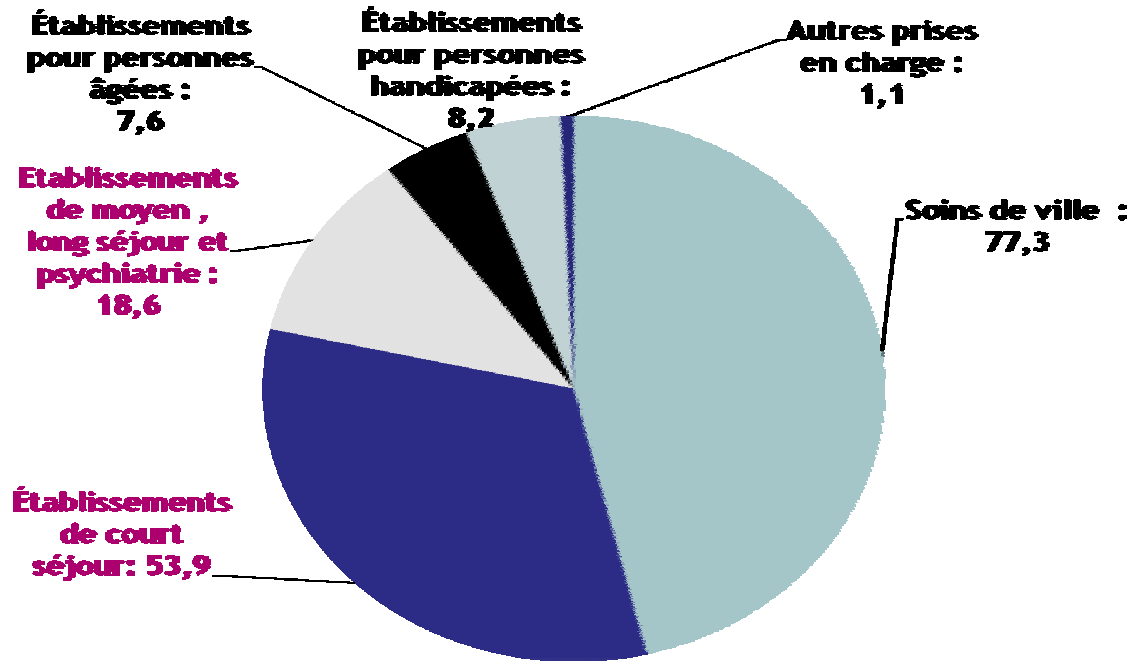
Rappel des principes de la T2A



Les dépenses de santé

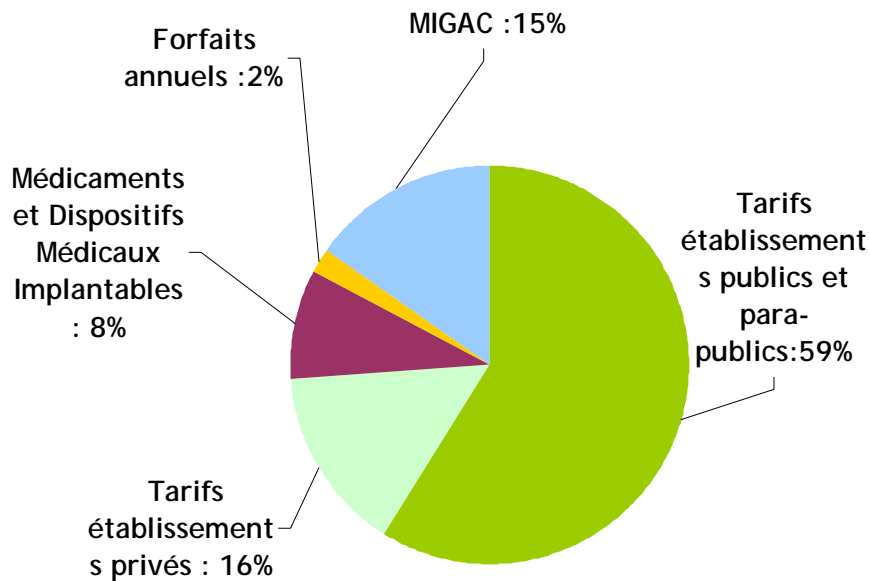
- **Le Parlement vote**
 - chaque année
 - la Loi de Financement de la Sécurité Sociale qui comporte
 - Objectif quantifié des dépenses d'Assurance Maladie :
ONDAM
- **Le gouvernement définit** les enveloppes
 - Court séjour (T2A)
 - autres disciplines
 - Dotation Missions d'Intérêt Général

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : ONDAM 2011



Le versement aux hôpitaux en 2011

Etablissements de santé tarifés à l'activité en 2011: 53,8 milliards €





Le contexte de la réforme

- Augmentation régulière des dépenses liées à l'hospitalisation de l'ordre de 3,6 % par an sur la dizaine d'années précédant la réforme
- Stabilisation de l'activité, surtout dans les établissements publics ("essoufflement" de la dotation globale, vétusté de certaines structures,...)
- Nécessité d'une restructuration du tissu hospitalier (en maintenant la qualité et l'accessibilité de soins)

La réforme du financement de l'hospitalisation en France



- En 2004, mise en œuvre de la réforme du financement de l'hospitalisation :
 - Uniquement dans le champ du court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique
 - et de l'hospitalisation à domicile
 - sur un tissu hospitalier particulier du fait de l'existence de deux secteurs distincts : le secteur public et le secteur privé libéral.

La réforme du financement n'a concerné (pour le moment) ni le secteur de la psychiatrie ni le secteur médico-social



Pourquoi la Tarification à l'Activité?

- **Les objectifs :**

- ↪ **restructuration des établissements**

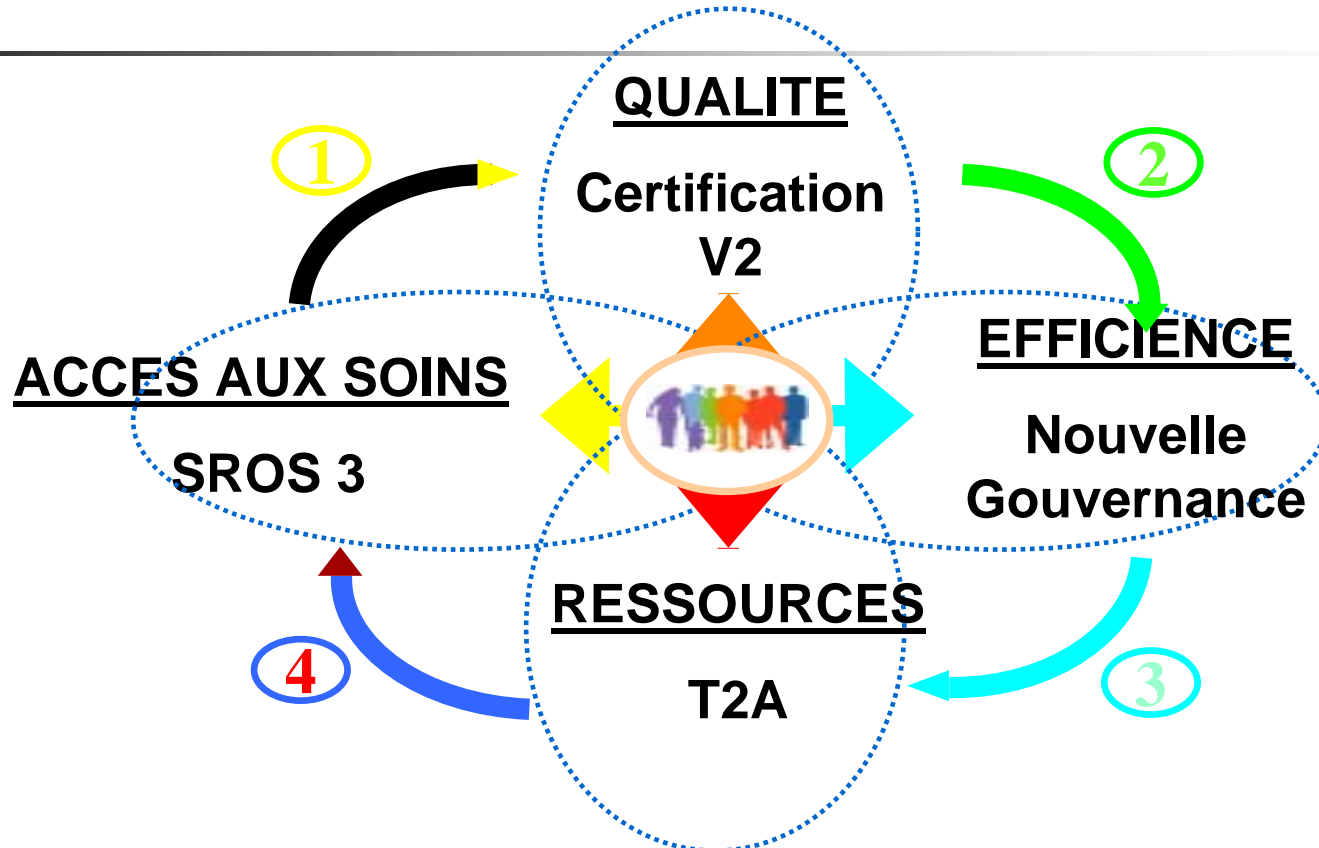
- ↪ **inciter et donner un intérêt à agir**

- ↪ **inciter les établissements à se donner des outils de gestion et à développer leur efficacité**



L'objectif n'est pas tant de réduire les dépenses, que de laisser plus de latitude aux établissements pour gérer la production de soins

DES REFORMES HOSPITALIERES COMPLEMENTAIRES : 4 réformes





Les bénéfices attendus de la réforme

- **une plus grande médicalisation du financement**
- **une équité de traitement entre les établissements**
- **une responsabilisation accrue des acteurs (incitation à s'adapter) avec développement des outils de pilotage qualitatifs (analyse des case-mix) et médico-économiques (contrôle de gestion et comptabilité analytique)**
 - au-delà, deux objectifs complémentaires :**
 - incitation à l'efficience : préservation du service public en le rendant plus efficient
 - restructuration de l'offre de soins

LES PRINCIPES DE LA REFORME



Financement mixte

- une partie à l'activité
- une partie forfaitaire

Financement prospectif : les montants sont prédéterminés

- Les tarifs ont vocation non pas à équilibrer le coût de chaque séjour mais à équilibrer les coûts d'un case-mix d'un établissement
- Un tarif correspond à la répartition d'une masse financière en proportion de l'activité et qui respecte la hiérarchie des coûts
- Le tarif est un paiement forfaitaire, non un paiement à l'acte
- L'incitatif économique conduit les acteurs à faire le mieux possible au sein de ce forfait, ou encore à réaliser la prestation attendue de la manière la plus efficiente possible

Conséquences pour la politique d'un établissement



- Action d'amélioration du système d'information
- Action de gestion : tableaux de suivi, décentralisation, ...
- **Action sur l'organisation (gestion des flux des organisations, coordination)**
- Action sur la stratégie (améliorer le ratio activités / ressources)
- La prise en compte de la dimension universitaire : la nouvelle donne introduite par les Missions d'Enseignement Recherche Références et Innovation : MERRI

Financement reposant sur des coûts constatés

Vrai débat :

- Les coûts constatés sont ils les coûts "idéaux"?
- Quelle marge "bénéficiaire" laisser aux établissements ?

Méthode de construction de l'échelle des tarifs

Recueil de comptabilité analytique dans un échantillon d'établissements :

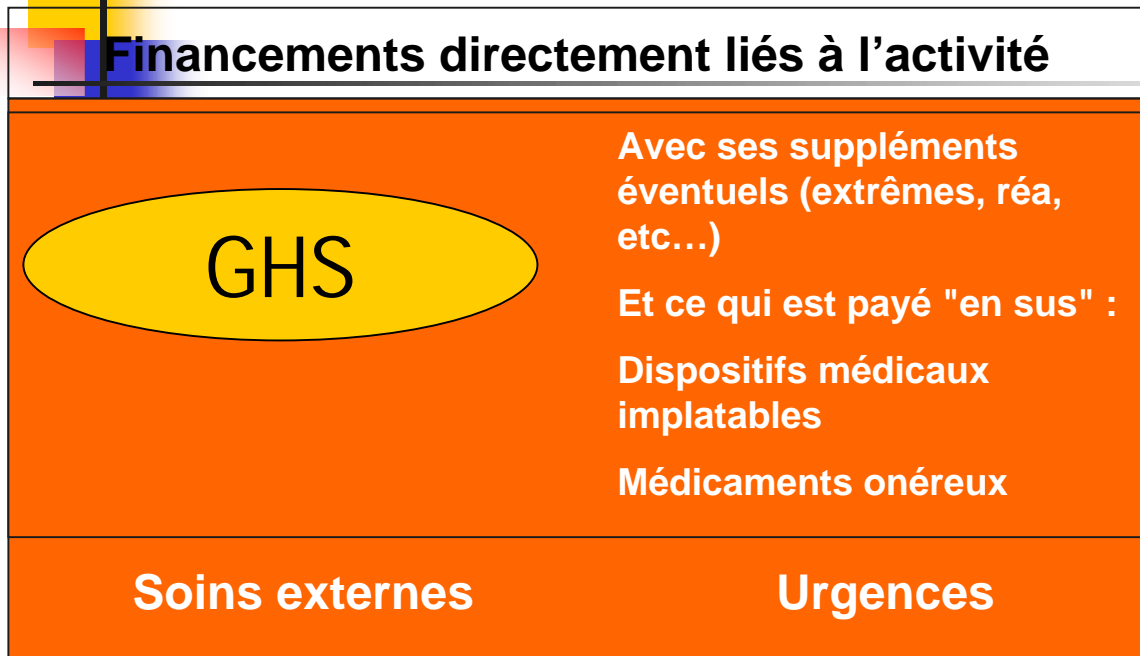
- produit une échelle de coûts constatés de production des séjours.
- qui permet de hiérarchiser les groupes homogènes de malades (GHM).

A partir de l'enveloppe ODMCO, on préempte les montants destinés aux différents forfaits et on répartit le reste sur l'échelle des GHM.

Selon les cas, en tenant compte de certains objectifs de santé publique
(possibilité de mesures incitatives)

C'est la structure des coûts qui est prise en compte plus que le niveau des coûts¹⁴

LE MODELE



Financement sous forme de dotations



Financements sous forme de forfaits

Forfait Annuel Urgences

Forfait Annuel Greffes



UN TARIF = UN FORFAIT PAR SEJOUR

Sur la base d'une classification médico-économique en Groupe Homogène de Malades (GHM)

**Pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation de jour
600 racines déclinées en niveaux de sévérité : 2 300 Groupes**

Un financement par un forfait incluant (presque) l'ensemble des prestations nécessaires

Face à chacun de ces groupes médicaux : un TARIF : le Groupe Homogène de Séjour : GHS



LES MEDICAMENTS ONEREUX ET DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES

- **Vocation à être inclus dans le tarif des GHS**
- **Paiement en sus de certains produits, qui sont à la fois onéreux et introduisent une hétérogénéité dans les distributions de coûts par séjour**
- **Contrat de « Bon Usage » pour assurer le respect des référentiels de prescriptions**



LES MISSIONS D'INTERET GENERAL

1. MERRI : Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence, et d'Innovation (réforme du financement en 2008)
 - Trois étages de financement
 - Un socle fixe
 - Une part modulable (indicateurs de moyens et de résultats)
 - Une part variable (missions)
2. Les autres Missions : listées par arrêté:
 - Veille et vigilance (centre anti poisons, centre de coordination des soins en cancérologie,....)
 - Equipes pluri disciplinaires (soins palliatifs, cancérologie, etc...)
 - Produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (conservation des gamètes, embryons,...)



L'aide à la contractualisation : AC

AC: aide temporaire, théoriquement non reconductible

Pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre

Et prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins

Allouée par les ARS, sur la base de :

- Critères objectifs définis régionalement
- Dans le cadre des SROS et de la recherche d'amélioration de la qualité des soins
- Subordonnée à la signature d'un avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens



La régulation

- Maintenir les dépenses de l'Assurance Maladie dans l'objectif prévu par le Parlement
- En responsabilisant les professionnels sur ces mêmes dépenses
- En assurant la couverture de l'ensemble des besoins
- Au meilleur niveau de qualité
 - Régulation économique : prix / volume
 - Régulation par la planification (encadrement des activités par un contrat d'objectifs)



Les contrôles et les sanctions

- **Repérer des erreurs de codage des données d'information médicale** 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**
- **D'initiative régionale, en deux étapes :**
 - **Un contrôle automatisé**, portant sur tous les établissements de la région, balayant la totalité des informations transmises, mais restant superficiel
 - **Un contrôle approfondi**, sur site, des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région



L'EVALUATION DE LA REFORME

Un comité autonome

Composé d'institutionnels et d'experts (dont experts étrangers)

Qui réalise ses propres évaluations

Quelle que soit l'origine de la demande

Qui rend compte directement au Ministre

Fait des propositions d'évolution du modèle



Imagerie et T2A

- 2^{ème} partie

Application à l'imagerie



Imagerie et T2A

- Les séjours sont décrits au moyen de :
 - La classification internationale des maladies (CIM) pour les diagnostics
 - La CCAM pour les actes
- Et regroupés en GHM selon un algorithme particulier : la fonction groupage.
- Les actes de radiologie « conventionnelle » ne sont pas « classant » (ne déterminent pas le GHM)
- La plupart des actes de radiologie interventionnelle sont classant puisque, en général, ils justifient à eux seuls le séjour.



Imagerie et T2A

- Les tarifs des séjours sont calculés :
 - À partir de l'échelle nationale de coûts
 - Les actes d'imagerie font l'objet d'un recueil spécifique et détaillé.



Imagerie et T2A

- L'échelle nationale de coûts recueille, pour chaque plateau médico-technique, en distinguant imagerie et imagerie interventionnelle, les dépenses de :
 - Personnel médical
 - Personnel soignant
 - Personnel autre
 - Dépenses d'entretien - maintenance
 - Dépenses d'amortissement ou de location



Imagerie et T2A

- C'est donc la moyenne du coût de production constaté des actes d'imagerie réalisés à l'occasion de l'ensemble des séjours d'un même Groupe Homogène de Malades qui va être prise en compte.
- Les modifications de pratiques sont intégrées dans les tarifs, puisqu'elles apparaissent dans l'activité recueillie, mais avec un décalage dans le temps.



L'activité des « services » de radiologie

- Actes « externes »
 - Pour des malades non hospitalisés
 - Rémunérés selon les tarifs de la CCAM
- Actes pour des malades hospitalisés (H de jour ou complète)
 - Radiologie « conventionnelle » :
 - actes non « classant ».
 - Comptabilisés forfaitairement dans le tarif du séjour
 - Radiologie interventionnelle :
 - Actes « classant »
 - Conduisent à des GHM particuliers

Quelques exemples de GHM spécifiques

racine	libellé
01K07*	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie
05K10*	Actes diagnostiques par voie vasculaire,
05K12*	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans
05K13*	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans
05K19*	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire



Imagerie et T2A

- Ainsi, l'activité de radiologie apparait dans les recettes de l'établissement :
 - Directement par le biais des actes externes
 - Indirectement par la part d'imagerie constitutive du tarif d'un séjour.
- Comme la biologie ou l'anatomopathologie,
- Mieux que l'anesthésie, qui n'a pas (ou peu) d'actes externes



Conclusion

- C'est donc à l'ensemble des acteurs hospitaliers de prendre conscience que, dans la tarification à l'activité, le GHS est un tarif qui rémunère forfaitairement le séjour du malade, et prend en compte la totalité des éléments qui concourent à la prise en charge du patient.