

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**TOME XXXII
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2008*

Applications pratiques de la T2A

G. NISAND *
(Strasbourg)

I. INTRODUCTION

Les modalités de financement des établissements de santé ont été profondément modifiées depuis 2004 (loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003, articles 22 à 341).

Cette évolution a eu pour finalités de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités de financement entre les secteurs publics et privés afin de permettre la convergence tarifaire, de dynamiser le management pour accélérer la modernisation des organisations, de responsabiliser les acteurs, de changer les mentalités, d'améliorer les performances.

Le changement de financement des établissements de santé prend place dans un train de réforme qui doit modifier profondément le système de santé français et son paysage hospitalier. Car la T2A est

* Département de Santé Publique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 Strasbourg cedex

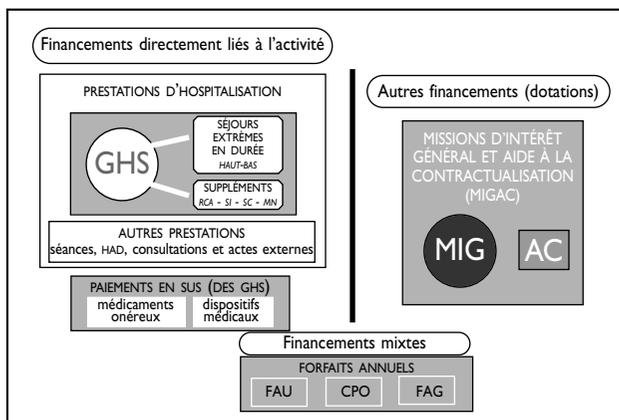
accompagnée par l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses), par la facturation directe des séjours et des consultations externes à l'assurance maladie, par la certification et l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) pour assurer le versant qualité et sécurité des soins, par la nouvelle gouvernance au sein des établissements publics de santé associée à la restructuration en pôles d'activité médicale, et enfin par les outils de planification régionale.

Jusqu'en 2003, il existait 2 grandes modalités de financement par l'assurance maladie :

- les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative (appelée *Dotation globale* ou DG, c'est la loi du 19 janvier 1983 qui avait instauré la dotation globale en lieu et place du paiement au Prix de journée (PJ)), calculée et reconduite sur une base « historique » modulée du taux de croissance des dépenses hospitalières globales. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement sur la base d'une situation figée en 1983 ;
- dans le domaine de l'hospitalisation privée à but lucratif, les établissements facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), les forfaits de prestations étaient encadrés par un Objectif Quantifié National (OQN) assurant une régulation de type « prix/volumes ».

Depuis la mise en œuvre effective de la T2A (2004 pour les établissements antérieurement financés par DG et 2005 pour les établissements antérieurement financés par OQN), les modalités d'allocation de ressources s'articulent en 5 grandes catégories :

- le paiement au séjour (GHS et certaines autres prestations de soins),
- le paiement en sus des GHS de produits de santé (certains médicaments et dispositifs médicaux),
- l'attribution de forfaits annuels,
- les missions d'intérêt général (MIG),
- l'aide à la contractualisation (AC).



2. MODALITÉS DE LA T2A

2.1. Le paiement au séjour via les GHS

L'analyse des informations administratives et médico-économiques (diagnostics, actes réalisés, co-morbidités éventuelles...) fournies par le PMSI permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM).

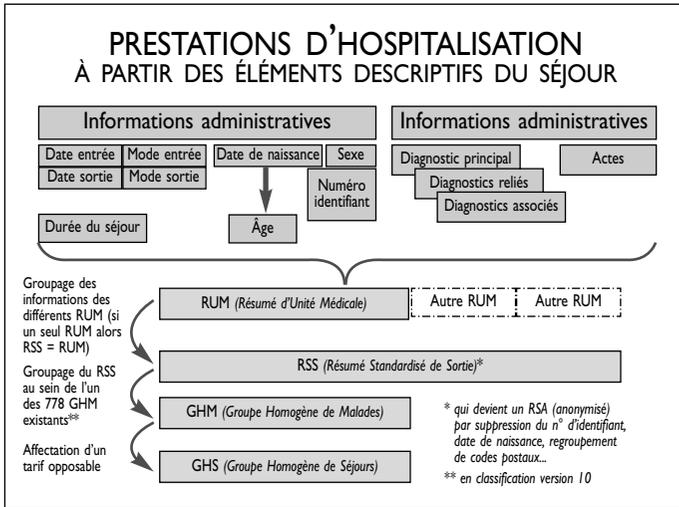
Chaque GHM se voit ensuite associé à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (le GHS, pour Groupe Homogène de Séjours).

Ces tarifs sont nationaux et publiés par arrêtés annuels du ministre en charge de la Santé.

Malgré une liste de GHM/GHS commune aux 2 secteurs (hormis certaines activités soumises à autorisation et exclusivement du domaine public, comme les transplantations d'organes, les greffes de moelle et les traitements des grands brûlés), les tarifs diffèrent entre le secteur antérieurement sous dotation globale (les établissements publics et les établissements privés non lucratifs) et le secteur privé à but lucratif.

Le principe même des GHM/GHS est le paiement forfaitaire des séjours sur des observations et des tarifs établis « statistiquement » (et donc valorisés à la moyenne) dans le cadre d'études nationales de coûts.

Certains paiements complémentaires sont cependant associés aux GHS pour opérer des modulations qui permettent de prendre en compte des éléments de variabilité importante de coûts au sein d'un GHM :



- le paiement de journées supplémentaires (au-delà d'un seuil mesurant un écart important par rapport à la durée moyenne de séjour) afin de prendre en compte le surplus de charges généré par les séjours particulièrement longs ;
- l'application d'un coefficient de minoration du GHS pour les séjours particulièrement courts ;
- le paiement à la journée des séjours au sein d'unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs, surveillance continue ou néonatalogie).

Cas spécifique de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier (mais sans déclencher pour autant une hospitalisation) : allocation de forfaits dénommés SEH « sécurité et environnement hospitalier » :

- SE1 : acte d'endoscopie sans anesthésie,
- SE2 : acte sans anesthésie générale, ou loco-régional nécessitant un recours opératoire,
- SE3 : acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier.

Cas spécifique des urgences (se reporter également au paragraphe III : forfaits annuels) :

- facturation d'un tarif au passage, l'ATU (pour Accueil et Traitement des Urgences), à un prix national (valeur unique) quelle que soit la prise en charge (mais hors reconvocations et non cumulable avec la facturation d'un GHS). Les actes et examens complémentaires (radiographies ou échographies, par exemple) sont financés en sus (en tant que consultations et actes externes) ;
- financement spécifique dans les ZSTCD (zones de surveillance de très courte durée) sur la base d'un GHS de la CM 24 (séjours de moins de 2 jours), quelle que soit la durée de séjour (sauf si le séjour se poursuit dans un service d'hospitalisation) mais à condition que soient réunies les conditions suivantes, suite au passage dans la zone d'examen et de soins du service des urgences : le caractère instable de l'état du patient, un diagnostic qui reste incertain, une nécessaire surveillance médicale, un environnement paramédical, la nécessaire réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Cas spécifique de l'Hospitalisation À Domicile (HAD) : le modèle appliqué à l'HAD se base sur le principe du « tarif tout compris » qui vise 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) est amené à mettre en œuvre un 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) : mesure de la dépendance.

Aux fins de tarification est associé à chaque GHPC 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.

- À noter, à ce jour, un périmètre différent selon le secteur, avec :
- une inclusion des charges médicales dans les GHT du secteur public et PSPH,

- une exclusion des charges médicales dans les GHT du secteur privé lucratif.

Une exclusion du calcul des tarifs est de rigueur dans les 2 secteurs pour ce qui est du recours à des médecins libéraux spécialistes (radiologues compris).

2.2. Le financement de produits de santé en sus

Le principe de « tarif tout compris » lié à la construction du GHS implique que, dans la grande majorité des cas, les médicaments et dispositifs médicaux prescrits au cours d'une hospitalisation sont intégrés dans ces tarifs, de la même manière que l'ensemble des autres charges liées à la prise en charge du patient. Cependant, afin de garantir à l'ensemble des patients un égal accès aux soins et de faciliter la diffusion de l'innovation, un certain nombre de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) particulièrement onéreux et dont les listes font l'objet d'un arrêté du ministre en charge de la Santé (sur la base d'une recommandation du Conseil de l'hospitalisation) font l'objet d'un remboursement intégral, en sus des tarifs des prestations d'hospitalisation.

Concernant les *médicaments onéreux (MO)*, sont principalement concernés : les médicaments de lutte contre le cancer, les facteurs de coagulation, les médicaments orphelins, certains antifongiques « coûteux » et d'autres médicaments dérivés du sang. Les listes sont communes pour les 2 secteurs d'hospitalisation (alors qu'il existait auparavant une différence de traitement entre les deux secteurs, les médicaments de chimiothérapie étant facturables en sus dans le secteur privé lucratif pour les hospitalisations de jour).

Concernant les *dispositifs médicaux implantables (DMI)*, les listes ne sont pas strictement identiques du fait d'un très fort écart de traitement préalablement à la réforme : ils étaient tous inclus dans la DG en ce qui concerne le secteur « public » alors qu'ils étaient tous facturés en sus dans le secteur « privé ». Aussi, une évolution en vue d'une convergence progressive public/privé est conduite, ce qui suppose l'enrichissement de la liste applicable au secteur antérieurement sous DG et la réintégration d'un certain nombre de dispositifs dans les GHS du secteur antérieurement sous OQN4.

L'enrichissement de la liste est lié à l'apparition sur le marché de nouveaux produits alors que la réintégration dans les tarifs est moti-

vée par un usage qui s'est généralisé. Il importe toutefois de rappeler que l'ensemble de ces produits a in fine vocation à être réintégré dans les groupes homogènes de séjour, ceci dans chacun des deux secteurs. En conséquence, l'objectif prioritaire demeure de maîtriser au maximum la progression de ces listes.

L'administration de telle ou telle molécule onéreuse ou la pose de tel ou tel DM doit répondre à des référentiels de bonne pratique appliqués de la façon la plus stricte possible (notamment au vu de l'impact économique de la prise en charge de ces produits par l'assurance maladie).

Pour cela, chaque établissement doit signer avec son ARH et le représentant de l'assurance maladie un « *contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations* » (CBU). Ce contrat, conclu pour une durée de trois à cinq ans, poursuit deux objectifs :

- engager les établissements de santé dans une démarche qui favorise le bon usage des médicaments et des DM dans la perspective d'une amélioration continue, tant de la qualité que de la sécurité des soins ;
- garantir le bien-fondé des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Le CBU comporte un calendrier d'exécution. Il mentionne les objectifs cibles et intermédiaires, en termes quantitatifs et qualitatifs, définis entre l'ARH et l'établissement, ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique.

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement dans le cadre du CBU, le remboursement intégral des médicaments et des DMI remboursables en sus des prestations d'hospitalisation est garanti à l'établissement. Le respect des engagements souscrits par l'établissement de santé est apprécié au vu du rapport annuel et du rapport final, et le cas échéant, des contrôles sur pièces et sur place sont effectués.

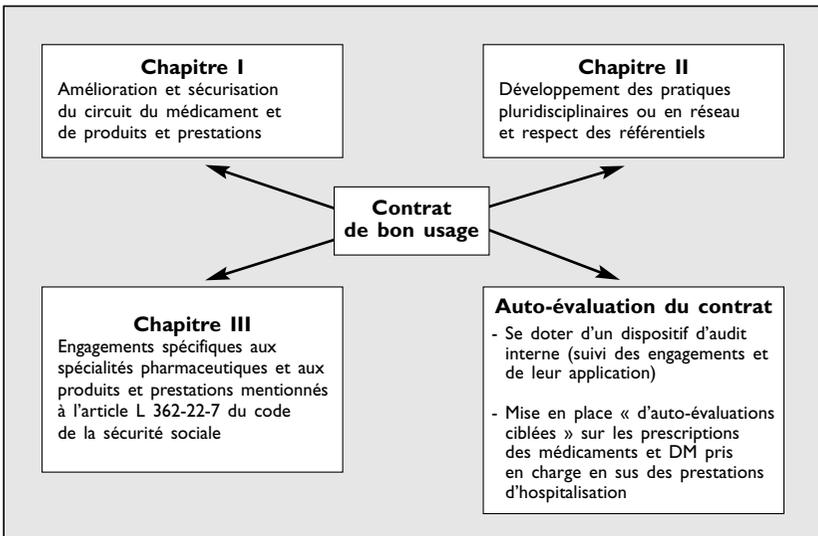
En cas de non-respect par l'établissement des engagements souscrits, le taux de remboursement pour l'année suivante peut être réduit et fixé entre 70 % et 100 %.

De plus, un « *observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques* » (OMEDIT) est constitué auprès de chaque ARH :

- il regroupe des représentants des COMEDIMS des établissements de la région ayant conclu un CBUS ;
- il assure le suivi et l’analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional ;
- il établit le modèle de rapport d’étape annuel et procède au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant aux produits facturables en sus des prestations d’hospitalisation.

Un observatoire inter-régional peut être constitué auprès de plusieurs ARH en lieu et place des observatoires régionaux.

Les engagements généraux de l’OMEDIT



Remarque

En l’absence de circuits d’information adaptés, les établissements antérieurement sous dotation globale transmettent de manière trimestrielle aux ARH, via e-PMSI, les données de consommation relatives aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus : fichier supplémentaire (ou FICHSUP) au fichier des RSS/RSA porteur des GHS.

Il s’agit toutefois de parvenir à rattacher progressivement ces données à un identifiant patient (rattachement au RUM).

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2005, les établissements sont invités à renseigner et à transmettre aux ARH un fichier complémentaire (FICHCOMP) au Résumé Standardisé de Sortie (RSS) permettant de

suivre par séjour la consommation de médicaments (en code UCD) et de dispositifs médicaux (en code LPP) facturables en sus. La production de ces fichiers a vocation à devenir progressivement obligatoire et à conditionner le remboursement de ces produits. Une première étape est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 avec l'obligation de remplir FICHCOMP pour les médicaments anticancéreux et les médicaments dérivés du sang. Suivront au 1^{er} juillet 2007 les autres médicaments onéreux de la liste en sus, puis les DMI de la liste au 1^{er} octobre 2007.

L'objectif est de disposer au niveau national d'informations individualisées afin de les relier aux données de séjour d'une part et d'optimiser le suivi des contrats de bon usage, et la gestion des listes de produits hors GHS d'autre part.

2.3. Les forfaits annuels (FAU, CPO, FAG)

Trois grandes activités soumises à autorisation sont financées sous forme de forfait annuel :

- *les urgences* (pour ce qui relève des charges fixes : personnels, matériels... nécessaires quel que soit le niveau d'activité constaté) ;
- *la coordination des prélèvements d'organes* (5 forfaits selon le nombre de donneurs recensés et la nature de ces prélèvements) ;
- *l'activité de greffe* (6 forfaits selon le type d'organes et les volumes d'actes réalisés).

2.4. Les Missions d'Intérêt Général (MIG)

Les établissements de santé MCO peuvent bénéficier de financements au titre de la prise en charge de missions dites « d'intérêt général » ou MIG.

Ces missions se partagent en 2 grands ensembles :

Les MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) : elles constituent en quelque sorte « l'héritage » du dispositif d'abattement spécifique du budget des CHU et CLCC, abattement qui était de 13 % du budget, et ce afin de couvrir les surcoûts engendrés par ces missions spécifiques. Cette quasi-enveloppe constituée par les 13 % a été convertie, lors de l'entrée en T2A, en une enveloppe calculée par établissement, selon des règles prévoyant une modulation de cette dotation selon la catégorie de

l'établissement. Les établissements concernés se voient attribuer une enveloppe annuelle composée d'un socle fixe et d'une part variable.

Les autres MIG sont clairement identifiées sur une liste publiée par arrêté du ministre en charge de la Santé et voient leurs coûts éclairés par les retraitements comptables produits chaque année par les établissements. Ces missions présentent une double caractéristique : elles sont difficilement « rattachables » à un séjour ou à un patient en particulier et doivent perdurer quel que soit le niveau d'activité effectif. Figurent notamment au titre de ces missions : les SAMU et les SMUR, les centres de références, les équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs...), les actions de prise en charge de populations spécifiques (les détenus par exemple), etc.

2.5. L'Aide à la Contractualisation (AC)

En complément des financements MIG (et avec lesquels elle forme le sous-objectif budgétaire MIGAC), une enveloppe dite AC (pour Aide à la Contractualisation) est mise à disposition des ARH.

Elle est destinée à accompagner les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que doivent signer les établissements avec leur ARH respective et pour faciliter la mise en œuvre des priorités de santé publique inscrites au sein des plans et programmes nationaux.

2.6. Une transition

La part de financement liée à l'activité a suivi la progression suivante : 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et 100 % en 2008, avec la mise en œuvre d'un coefficient de transition pour étaler sur plusieurs années les effets cette dernière étape.

De plus, dans l'attente de l'adaptation des systèmes d'information à la facturation directe à l'assurance maladie, une solution transitoire de transmission trimestrielle au départ, puis mensuelle par la suite aujourd'hui, des données d'activités (GHS et les différents suppléments, les MO et DMI en sus) par le biais des ARH est assurée.

3. EFFETS ET RISQUES - CONTRÔLES EXTERNES

Les expériences étrangères indiquent que le système de paiement au GHS peut engendrer des impacts importants sur les pratiques de prise en charge. Certains de ces impacts sont attendus comme la réduction des durées de séjour ou le développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile. D'autres relèvent davantage d'effets pervers potentiels :

- déformation du case-mix par amélioration du codage ou par surcodage (effet dit de « DRG-creep »),
- segmentation des séjours,
- sortie trop 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 aux patients atteints de pathologies peu sévères ou sous-fourniture de soins aux patients atteints de pathologies sévères,
- transformation artificielle de certains actes externes en hospitalisations.

Pour répondre à ces effets pervers, une politique de contrôle externe (avec remboursement d'indus et sanctions le cas échéant) est prévue par les textes.

Il s'agit d'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.

Une circulaire dite « circulaire frontière » du 31 août 2006 définit par ailleurs la limite entre les actes externes et les hospitalisations en complément de l'arrêté du 5 mars 2006 décrivant les prestations hospitalières.

L'arrêté précise en particulier qu' « un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale, dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ».

4. CONCLUSION

Il convient de souligner les impacts importants de ce dispositif.

- Il est rétabli une courroie de transmission entre les activités réalisées et l'obtention ou le maintien des moyens pour chacun des établissements de santé.
- Les moyens dépendent directement, non seulement des activités réalisées, mais aussi de la capacité à les facturer correctement et rapidement. Cette facturation passant par le codage médical (diagnostics, actes, DMI, MO...), la facture est de fait médicalisée et dépend directement des médecins et des organisations de recueil des informations.
- Le dispositif du contrôle externe (complété en 2007 par le « décret sanction ») vient renforcer la nécessité de bien facturer et donc de bien coder. Ainsi, tout manque d'exhaustivité ou défaut de description pénalise l'établissement comme une facture non ou mal faite (sous-facturation), tout codage excessif tombe inéluctablement sous le coup d'un contrôle externe et pénalise l'établissement par récupération d'indus et sanctions financières. Tout retard à la facturation (par retard des codages ou vérifications préalables à l'envoi pour éviter les 2 points précédents) pénalise la trésorerie de l'établissement.
- Les systèmes d'information orientés vers la production des soins deviennent des conditions de survie des établissements. Non seulement ils sont exigés pour le remboursement des prothèses et molécules onéreuses, mais de plus ils sont les seuls à

permettre une facturation médicale rapide et fiable. De plus, ils permettent les gains de productivité et de performance sous-tendus par la T2A.

- La T2A incite les établissements à améliorer leurs performances sur tous les plans de leurs activités : management pour que les activités soient bien gérées, organisationnelles pour que les gains en productivité soient possibles et que les durées de séjours soient optimisées dans le même temps que les prises en charge, qualité des prestations médicales et soignantes, ainsi que qualité de l'accueil des patients afin que le recrutement se maintienne ou augmente.

Résumé

Les établissements de santé sont depuis 2008 financés à 100 % par la tarification à l'activité. Ceci les amène vers une mutation rapide de leur mode de fonctionnement. Ré-organisation des activités et des processus autour de la prise en charge des patients, optimisation des ressources, mise en place de système d'information, codage et chaîne de facturation médicale efficaces, responsabilisation de tous les professionnels dans la qualité des prestations aux patients et dans les coûts des activités prescrites, amélioration des rapports avec les médecins traitants des patients, deviennent des urgences pour tous les établissements qui se retrouvent brutalement confrontés aux réalités d'une mise en concurrence pour un recrutement qui représente le financement des moyens et la possibilité d'engager les investissements.

Mots clés : tarification à l'activité, PMSI, codage, GHM

Bibliographie

- La tarification des établissements de santé (www.santegouv.fr).
- Historique PMSI et les différentes utilisations du PMSI (www.medcost.fr).