




T2A (French DRG) et FINANCEMENT DES HOPITAUX



Organisation et économie du système de santé


Deux philosophies de systèmes de santé en Europe :

- L'assurance maladie universelle (BEVERIDGE) :
 - « la sécurité sociale est une composante de toute politique de progrès social » et le pouvoir d'achat redistribué est à même de soutenir la demande économique »
 - Trois principes fondateurs : universalité, unité, uniformité
- L'économie sociale de marché (BISMARCK) :
 - « le droit à la santé et à l'assurance maladie constituent des attributs du travailleur et de ses ayant droit »
- Le système français est fondamentalement bismarkien complété par une part de beveridgien (Couverture Maladie Universelle)



Un sujet majeur dans un contexte de solidarité nationale

- Un sujet majeur :
 - Chaque année, **plusieurs millions d'usagers** de l'appareil hospitalier français public et privé.
 - **Chacun contribue** financièrement à son fonctionnement.
 - Le système de financement a été profondément modifié **en 2004 (T2A)**.
- Un contexte :
 - Un **endettement** national considérable.
 - Un **déficit** important du financement de la Sécurité Sociale.
 - Une **démographie** des professions de santé difficile.
 - La **situation difficile** d'un nombre croissant d'établissements.

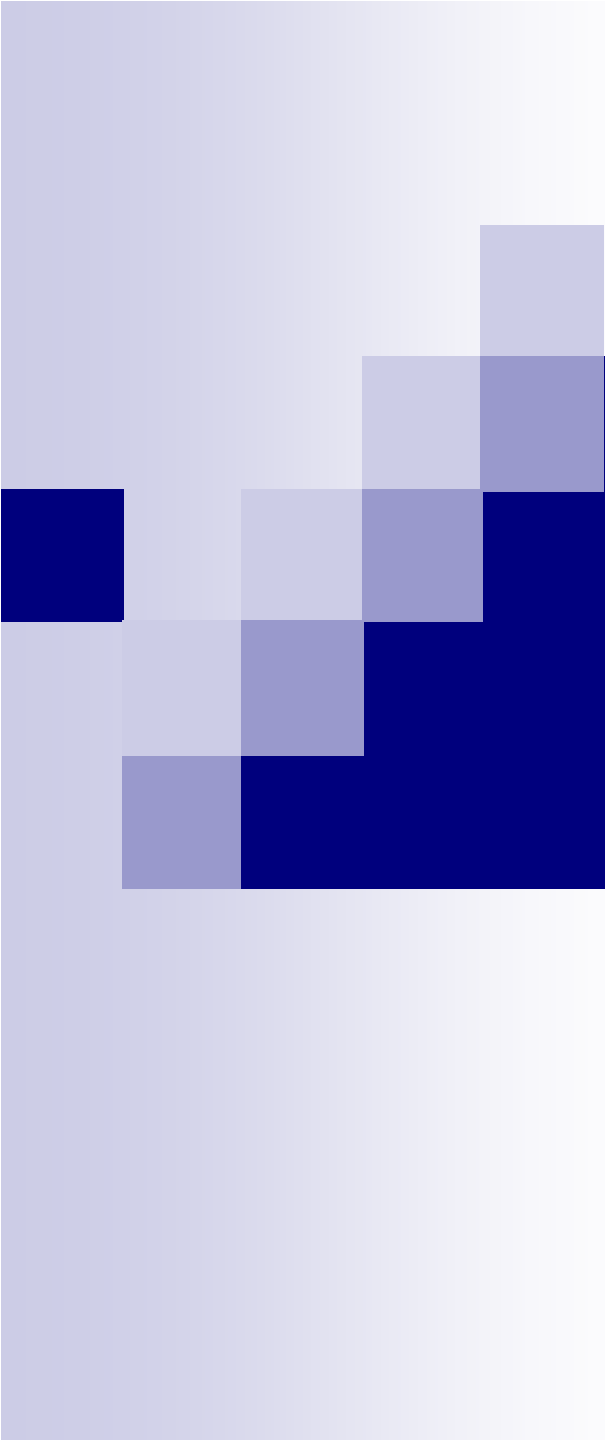


Un sujet majeur dans un contexte de solidarité nationale (2)

- La réforme de la T2A:
recherche d'un **effet incitatif** à l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé.

- Le principe :
 - détermination de **prix standards connus a priori** des établissements et indépendants de leurs prix de revient
 - les conduit à maîtriser leurs coûts d'exploitation de façon à dégager une marge d'exploitation à leur profit.

- Le dispositif opérationnel : la T2A combine
 - un financement basé sur des **prix standards** (séjours décrits en GHS-DRG, activités des services d'urgences, journées supplémentaires)
et
 - un financement basé sur les **coûts constatés** de chaque établissement (pour les médicaments et les dispositifs médicaux)

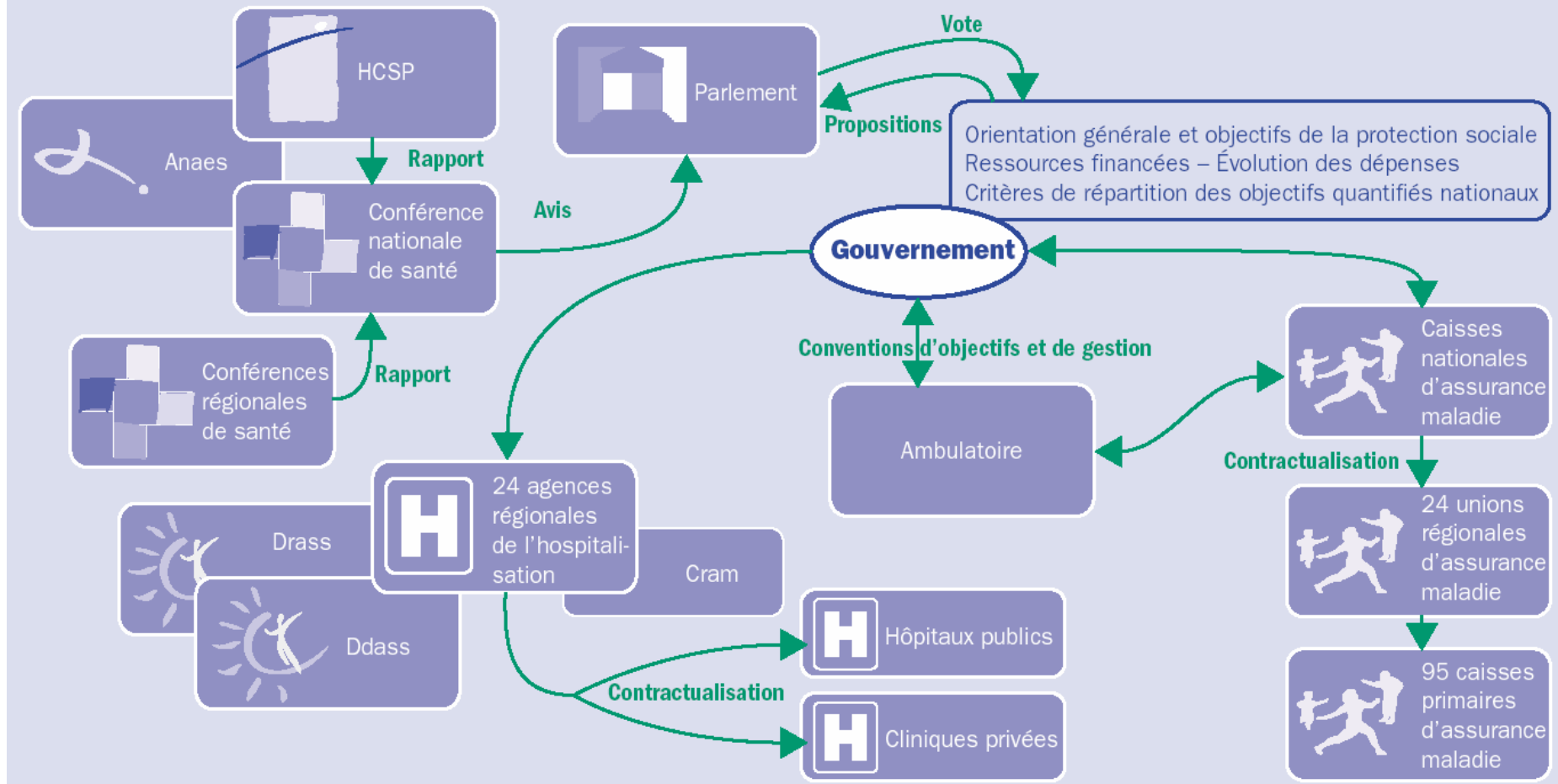


Le financement des dépenses de santé et de protection sociale

La France soumet l'offre de soins à régulation

Principes

La régulation sanitaire depuis la réforme de 1996





La régulation du système sanitaire en France

- Depuis 1996 nouvelle architecture de l'offre de soins, sur un triple niveau :
 - national,
 - régional
 - établissement
- La conférence nationale et les conférences régionales de santé sont chargées :
 - de l'analyse des besoins de santé
 - de déterminer les priorités de santé publique aux niveaux régional et national.
- Lois de financement de la Sécurité sociale :
le Parlement fixe l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie, permettant un encadrement *a priori* de l'offre globale de soins.
 - *Dans sa conception large, ce processus s'inscrit pleinement dans une perspective de santé publique et redonne un pouvoir de décision au politique.*
- Pour l'hospitalisation, un taux d'évolution national des dépenses est déterminé, ainsi qu'un objectif quantifié national (OQN), par un accord avec l'assurance maladie et les fédérations des établissements privés à but lucratif.



La régulation au niveau régional

- **Les deux outils de la régulation sanitaire régionale : le SROS et le COM**
- Engagements réciproques entre l'ARH et les établissements de santé.
 - l'indice (**carte sanitaire**), logique déterministe de rapport entre offre et demande de soins (principe d'optimisation et d'universalité),
 - remplacé par le **contrat**, logique de négociation entre entités (principe de satisfaction des objectifs fixés *a priori*) au résultat partiellement imprévisible.
- Cette régulation en cascade vise
 - à déterminer l'offre de soins en fonction des besoins de santé de la population
 - à décliner cette offre par secteur d'activité
 - pour le secteur hospitalier, à fixer les mécanismes de répartition des ressources entre les régions.
- La **médecine de ville** voit ses objectifs d'évolution des dépenses repris dans des conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses de Sécurité sociale.
- **Difficultés liées à l'évolution de la démographie professionnelle, médicale en particulier**



Le modèle T2A

Principes



Un modèle basé sur le PMSI (DRG)

Une mise en œuvre progressive et différenciée

- La mise en place des DRG (PMSI) a débuté au début des années 1990.
- La mise en œuvre tarifaire effective débute en 2004 (T2A)
- Le principe général de tarification à l'activité est le même pour tous les établissements, avec une échéance de **pleine application en 2012** (*Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004*)
- La mise en œuvre de la tarification à l'activité s'opère selon des modalités différentes entre les établissements publics et privés
- La mise en œuvre est progressive, par application de taux de montée en charge (fraction tarifaire pour le public, coefficient de transition pour le privé)



Le modèle de financement

- Un modèle qui distingue plusieurs type de financement pour l'activité « somatique aigu » (MCO) et urgences :
 - Les séjours et compléments tarifaires liés aux séjours, et les actes et consultations externes
 - Les activités d'urgences
 - Les molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables
 - Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- Un modèle qui conserve le mode de financement antérieur pour les autres activités (SSR et psychiatrie)




Activités décrites par les GHS ou les actes :

- **Application d'un **tarif national** pour chaque GHS (DRG)**
 - Une échelle de classification fortement marquée par la DMS cible,
 - Modifications importantes des tarifs sur les premières années
 - Y compris la modification du financement des dispositifs médicaux (DMI)
 - Y compris les traitements médicamenteux particulièrement onéreux (MO)

- **Facturation de suppléments journaliers :**
 - durées de séjour extrêmes (high outliers et low outliers)
 - d'activités mal valorisées :
 - Soins Intensifs et surveillance continue, unité neuro-vasculaires, ...
 - Néonatalogie, Soins Intensifs de néonatalogie

mais dont l'opportunité est reconnue par contrats ou autorisations au niveau régional

- **Facturation des actes et consultations externes selon la CCAM**
(classification commune des actes médicaux) (Tarmed)




Activités mal ou non décrites par les GHS - Tarifs de prestations et/ou forfait annuel

Passages en urgence non suivis d'une hospitalisation


- Services d'urgences autorisés
 - Charges fixes : forfait annuel (par tranches d'activité)
 - Charges variables : tarif national (ATU) x nombre de passages + consultations externes dans les services d'urgence (nomenclature CCAM)

- Services d'urgences non autorisés
 - Charges variables : pour une liste limitative d'actes : tarif petit matériel (FFM) + consultations externes dans les services d'urgence (nomenclature CCAM)



Prise en charge des molécules onéreuses (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI)

- Liste des spécialités pharmaceutiques et DMI fixée par arrêté ministériel (révision annuelle)
lorsque les molécules onéreuses ou les DMI induisent un écart type trop important dans le tarif du séjour
- Liste des conditions relatives à l'évaluation de certains produits ou prestations fixée par arrêté ministériel
subordonnée à une décision du directeur d'agence établissant la liste des établissements autorisés à utiliser ces dispositifs (*ex : certains dispositifs de cardiologie*)
- Le contrat de bon usage du médicament fixe le cahier des charges à respecter et le taux de remboursement (entre 70 % et 100 % du tarif de responsabilité) – Evaluation annuelle du contrat au niveau régional



Dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

- Missions d'intérêt général (MIG) et activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques :
 - Recherche et enseignement, innovation et recours (évalué sur des bases forfaitaires et sur le coût réel de certaines missions de recours) (MERRI)
 - Activités à vocation régionale ou départementale (SAMU-SMUR,...)
 - Destinées à des populations spécifiques (détenus,...), équipes mobiles, ...

- Aide à la contractualisation régionale (AC) :
 - Financement du plan de modernisation « Hôpital 2007 »
 - Financement des **plans régionaux d'investissement** (dans les contrats d'objectifs ou de moyens ou hors COM)



Le modèle spécifique au secteur public

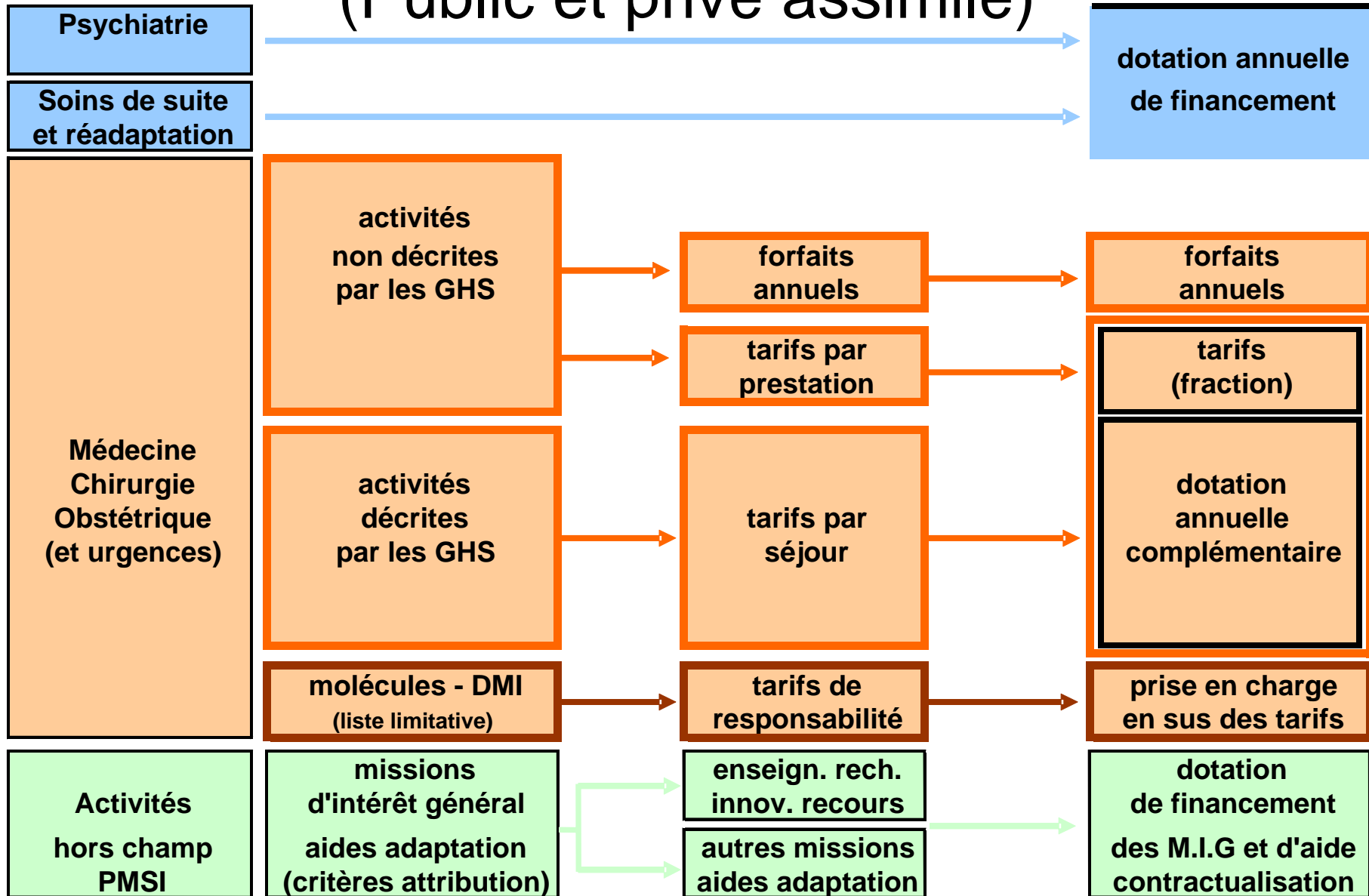
Passage de la dotation globale au forfait DRG


- Montée en charge progressive par application d'une fraction tarifaire:
10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007

- Distinction
 - une part de **dotation**
 - une part « **tarifs** »
 - fixée dans un premier temps par [arrêté du Directeur de l'ARH](#)
 - à terme en facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire.

- Maintien du financement par dotations pour les activités de SSR et psychiatrie

Activités, missions et modes de financement (Public et privé assimilé)





Le modèle spécifique au secteur privé Du paiement à l'acte au forfait DRG

- Journée et actes remplacés par un forfait DRG (hors honoraires médicaux)
- Montée en charge progressive par application d'un coefficient de transition
convergence vers 1 – transition linéaire sur 8 ans
- Facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire des séjours
- Maintien du financement à l'acte pour les activités de SSR et psychiatrie



La Place de l'ARH



Le rôle de l'ARH

- L'ARH ne peut pas intervenir :
 - Pour fixer les règles du jeu (taux de T2A pour les secteur public, taux de convergence moyen pour le privé)
 - Pour fixer les tarifs des DRG (tarifs nationaux, coefficients géographique selon les régions)

- Mais peut agir, dans le cadre du SROS et des COM :
 - Au travers des autorisations d'activité en implantation (médecine, chirurgie, urgences, ...)
 - Au travers des objectifs quantifiés en volume pour certaines activités (médecine, chirurgie, dialyse, ...)

- La régulation reste nationale (régulation prix / volume appréciée au niveau national) et non régionale (pas d'objectif quantifié régional)



Le rôle de l'ARH : EPRD

- L'ARH instruit « l'Etat Prévisionnel des recettes et des dépenses » des établissements publics (et privés assimilés)
 - Vérification de l'équilibre global du budget (prévision de chiffre d'affaires, dépenses correspondantes, effectifs, projets d'investissements) et de la cohérence du projet de gestion
 - Possibilité de rejet de la proposition (l'établissement délibère à nouveau sur un projet d'EPRD)
 - Possibilité si nécessaire d'arrêter d'autorité l'EPRD (l'établissement ne dispose plus des possibilités de réaliser des virements entre comptes budgétaires)



Le rôle de l'ARH : EPRD

- L'ARH dispose d'un pouvoir de d'injonction budgétaire :
 - En cas de problèmes persistants, possibilité d'injonction pour faire un plan de redressement (qui doit être délibéré dans un délai de 3 mois)
 - Si nécessaire, possibilité d'administration provisoire de l'établissement (suspension des compétences du conseil d'administration et de l'exécutif), après vérification par la chambre régionale des comptes pendant 12 mois (renouvelable une fois)



Le rôle de l'ARH : Contrat « MIGAC »

- Les établissements disposent dans leur COM d'un volet MIGAC : Missions d'intérêt général et Aide à la contractualisation
- Le contrat rappelle les financements alloués et les objectifs assignés.
Les établissements s'engagent sur le cahier des charges et les indicateurs de suivi
- Les MIGAC n'ont pas un caractère pérenne (remise en cause possible ou financement ponctuel), ...



Le rôle de l'ARH : Contrat « MIGAC »

- Actuellement, le financement MIGAC est concentré sur le secteur public, du fait de missions spécifiques :
 - SAMU et SMUR (régulation médicale, transports sanitaires urgents)
 - Prise en charge de la santé des détenus
 - Centres de références sur les maladies rares, banques de tissus
 - Financement des missions d'enseignement, de recherche, innovation, recours (dans les Centres Hospitaliers Universitaires et centres de lutte contre le cancer)

- Mais certaines missions sont possibles pour le secteur privé et public :
 - Équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, ...



Merci pour votre
attention



Annexe : terminologie

- GHS (groupe homogène de séjour)
- ARH agence régionale de l'hospitalisation
- SROS schéma régional d'organisation sanitaire
- COM contrat d'objectifs et de moyens
- PMSI programme de médicalisation du Système d'information
- MCO Médecine Chirurgie Obstétrique
- SSR Soins de Suite et Réadaptation
- CCAM
- DRG
- DCS
-
- APDRG Suisse, SwissDRG
- Somatique aigu
- Tarmed