

## Comité de suivi et de concertation – Mission Tarification à l'activité

Mardi 28 septembre 2004 – 14H30 – DHOS

Ordre du jour :

- Modifications apportées à certaines prestations du schéma cible
- Travaux en cours pour la mise en place du schéma cible du secteur sous DGF (système d'information...)
- Mise en place de la réforme dans le secteur privé sous OQN
- La réforme dans le cadre de l'HAD
- Questions diverses

Présents : une cinquantaine de personnes. La réunion est animée par Mme Martine Aoustin.

Mme Aoustin rappelle la nouvelle forme de ce comité de suivi, qui a été élargi. Il s'agit de la deuxième réunion et regrette que, compte tenu des délais, il y ait eu beaucoup d'absents lors de la première (15 juin 2004). Elle excuse M. Couty qui ne pourra être présent à cette réunion.

Le compte-rendu de la première réunion est distribué sur la table, celui-ci n'ayant pu être transmis plus tôt. D'autres documents avaient été envoyés par courrier électronique aux participants de la première réunion, mais comme il y avait peu de monde, ceux-ci seront envoyés à nouveau à tous les participants de cette seconde réunion.

Parmi les documents de travail présentés lors de cette première réunion :

- Contrôle externe : le document sera bientôt finalisé.
- Contrat de bon usage des produits et prestations : la DHOS a pris note des nombreuses remarques qui ont été formulés et le document sera bientôt finalisé.
- Définition de la frontière entre actes externes et séjours hospitaliers : le document n'est pas encore finalisé, compte tenu de certains problèmes liés aux actes non programmés.

### 1 - Modifications apportées à certaines prestations du schéma cible

Mme Aoustin souligne la volonté toujours présente de convergence entre secteur public et secteur privé. En 2004 et 2005, le traitement entre les 2 secteurs est toujours différent en raison des étapes successives à franchir, de nature différentes selon le secteur. Toutefois, il faut noter 3 grands points de modification :

- Un lien sera fait entre le modèle de financement et les éléments ayant trait aux structures. En fonction des structures mises en place dans un établissement de soins (soins palliatifs, périnatalogie essentiellement), il sera possible de mettre en place des tarifs plus élevés.
- Réanimation : il n'est pas prévu de financement spécifique mais des modalités différentes entre public et privé. La DHOS propose des modalités communes sous la forme d'un supplément au tarif GHS et non en fonction d'un prix de journée.
- Dialyse : déclinaison du seul GHM en plusieurs GHS identiques entre public et privé

Intervention de Jean Garric (INPH) : il serait préférable de tarifier le GHS réanimation pour tous les séjours hospitaliers sous la forme d'un supplément et non de façon consubstantielle avec certains séjours chirurgicaux (chirurgie cardiaque en particulier).

Claude Gibert (CMH) défend l'avis inverse et retient la distinction entre séjour normal et séjour atypique (entraînant le supplément réanimation).

Il est souligné dans la salle que les tarifs seront nationaux mais les autorisations régionales (notamment pour les soins palliatifs et la périnatalogie). Mme Aoustin n'y voit aucune contradiction.

Il est souhaité la modification des actes marqueurs de réanimation pour mieux identifier les modalités d'attribution des suppléments.

FEHAP : les ARH avaient contribué à mettre en place des structures expérimentales qui diffèrent des normes actuelles. Que deviendra leur financement ? Ces structures pourraient bien fermer en raison de cette tarification uniforme.

Réponse : il n'y a pas de normes prévues. Au vue des structures habilitées par l'ARH, il y aura un tarif national et aucune dérogation.

Mme Aoustin précise que le PLFSS 2005 prévoit pour l'année prochaine l'application de la T2A à une hauteur de l'ordre de 20% pour les établissements autrefois sous DGF.

Question concernant la dialyse : ce secteur comporte une particularité. Il n'y a pas 2 secteurs de tarification (anciennement DGF et OQN) mais 3, en prenant en compte les associations. Celles-ci incluent dans leur tarif GHS les honoraires des médecins, ce qui n'est pas le cas des structures privées. Or la perspective à terme (2012) est la fusion des 3 échelles. Comment cela se passera-t-il ?

Réponse : juridiquement, il n'y a que 2 (et non 3) échelles. Le problème vient du fait que le champ des honoraires est inclus dans le forfait des activités du domaine associatif. Au vue des délais, la DHOS se déclare incapable de proposer une solution pérenne à ce problème. Le surcoût ne peut être pris en charge que dans le cadre du coefficient de transition.

## 2 - Travaux en cours pour la mise en place du schéma cible du secteur sous DGF

La DHOS reconnaît la nécessité majeure d'adaptation des systèmes d'information hospitaliers.

Présentation : 5 niveaux d'impact de la réforme

- recueil des données de séjour au fil de l'eau et au plus proche de la production des soins + recueil de données supplémentaires (médicament, dispositifs médicaux implantables...) => réponse rapide, exhaustive et fiable => implication nécessaire des professionnels !
- refonte des processus de facturation autour des données PMSI => coopération DAF / DIM obligatoire => implications dans le management hospitalier.  
A noter qu'il est évoqué également à cette occasion la réforme de l'assurance maladie et la participation financière de l'assuré aux soins !
- développement des outils de pilotage : gouvernance, EPRD
- gestion densifiée des échanges d'information de facturation avec l'assurance maladie => dématérialisation des flux, sécurisation. Difficultés : marche forcée ! problème de la caisse pivot !
- conception et mise en œuvre de nouvelles architectures techniques de système d'information.

Risques :

- ne pas pouvoir produire les informations de facturation aux échéances indiquées (1<sup>er</sup> janvier 2006)
- ne pas disposer des outils de pilotage (EPRD)
- sous-estimer les aspects de changement des organisations et des pratiques (gouvernance ?)
- ...

Positionnement de la DHOS :

- favoriser les mutations et non les mettre en œuvre
- transférer aux établissements et aux éditeurs (de logiciels) les connaissances nécessaires

Actions en cours : partenariat avec le GMSIH

- mobilisation d'expertises pour produire des éléments d'analyse
- constitution de 2 groupes de travail :
  - o collecte des données de séjour
  - o processus de facturation et PMSI
- troisième chantier : pilotage
- recenser, finaliser, mettre en forme les règles de gestion issues du modèle T2A, en articulation avec la réforme de l'assurance maladie
- organiser le cadre général des échanges entre établissement et assurance maladie
- dispositif d'accompagnement : mutualisation de la démarche de test des logiciels de facturation (monter un dispositif national de définition de jeux de test, accompagnement des tests des nouveaux outils)
- mise en place d'un comité de suivi technique sur la mise en œuvre de la T2A dans les établissements anciennement sous DGF : son installation aura lieu le 3 novembre

Mme Aoustin conclut l'exposé de son collaborateur en précisant que les établissements expérimentateurs seront de nouveau sollicités pour cette démarche. Ce nouveau comité technique rendra compte de ses travaux au comité de suivi actuel (celui de cette réunion...).

Après ce long exposé où la DHOS semble pour la première fois prendre la mesure du problème, le représentant de la CNDCH résume l'opinion de la salle en disant : « On vous l'avait bien dit, qu'il y avait un os sur les systèmes d'information hospitaliers !!! »

Certains participants soulignent le problème du coût ! Les éditeurs sont mal informés et vont faire payer très chers leurs développements. Pas de réponse de la DHOS.

Une question sur la caisse pivot : actuellement, les projets indiquent une différence entre établissement anciennement sous DGF et ceux hors DGF. Y aura-t-il une caisse unique ? Réponse de la DHOS : il y aura bien une caisse pivot unique. Ce sera l'objet d'un article du PLFSS 2005.

Question de Claude Gibert (CMH) : lorsque la T2A sera effective (*Note de l'auteur : elle ne l'est pas ?*), il risque de se poser le problème du chaînage des séjours, entraînant une succession de facturations de GHS.

Réponse de la DHOS :

- S'il s'agit de la nécessaire coopération des soins entre plusieurs établissements, il existe un système de facturation de prestations entre établissements de santé (mais se pose le problème des honoraires quand il s'agit d'une coopération public / privé).
- S'il s'agit de multiplier les coopérations pour en tirer un avantage financier, il y aura des contrôles. Il est prévu des dispositifs de suivi de chaînage des patients dans leur parcours.

### 3 - Mise en place de la réforme dans le secteur privé sous OQN

En fait, il vaut mieux parler de secteur hors DGF (OQN + certaines associations).

Le Ministre de la santé a décidé le report de la mise en œuvre de la T2A au 1<sup>er</sup> décembre 2004, en raison de difficultés techniques. Il est demandé aux établissements concernés de ne pas démobiliser et de mettre en place la facturation.

Pour éviter les problèmes de trésorerie, la CNAM mettra en place un dispositif d'avance pour décembre 2004 et janvier 2005.

Suite à un dialogue entre les fédérations et la DHOS pour définir les modalités de calcul des tarifs, et avec les ARH pour définir les coefficients de transition, ces éléments devraient être fixés la semaine prochaine. Les éléments tarifaires seront alors diffusés dans la semaine du 22 octobre et les décisions juridiques notifiées le 5 novembre.

Question : les DMI sont-ils inclus dans les tarifs ?

Réponse : en 2004, les DMI (prothèse d'orthopédie par exemple) ne sont pas inclus dans les tarifs GHS car le financement est sous OQN. Ils seront inclus (comme pour l'hôpital public) dans les tarifs 2005.

Mme Aoustin rappelle que l'objectif est d'inclure le plus possible dans les GHS les médicaments et DMI si cela ne cause pas trop de disparités statistiques ou de problème dans la qualité des soins.

Cependant, il existe des situations non satisfaisantes comme par exemple, la disparité importante entre les coûts des prothèses de hanche et des prothèses de genou. A terme, cela pourra conduire soit à l'éclatement du tarif GHS, soit à une tarification en sus. Le problème est toujours en débat et nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

Une remarque dans la salle : à l'occasion de ce report au 1<sup>er</sup> décembre, il faut noter que les caisses n'étaient également pas prêtes.

Question : la CCAM tarifiante pour l'hôpital public, c'est pour quand ?

Réponse : ce sera la même date que pour le privé. Mais on ne sait pas quand !

La CNAM considère que ce sera pour le 1<sup>er</sup> décembre 2004 (version optimiste).

Question : la CCAM ne relève-t-elle pas de ce comité de suivi ? Il faut assurer une cohérence entre les différentes classifications.

Réponse : ce qui doit être cohérent, c'est la CCAM dans sa version codante, en tant qu'elle aura un impact sur la codification PMSI.

Question de Claude Gibert (CMH) : comment sera prise en compte l'activité libérale des praticiens hospitaliers à l'hôpital public ?

Réponse de Mme Aoustin : pour 2004, il n'y aura rien de changé. Mais il faudra revoir ce sujet et faire des propositions dès 2005.

#### 4 - La réforme dans le cadre de l'HAD

Présentation : Mise en œuvre d'un modèle T2A pour l'HAD

=> recueil d'informations de type PMSI étendu à l'HAD

Objectifs : disposer comme les autres champs de l'hospitalisation d'un système d'information médicalisé.

Champ d'application : tous les services ayant une autorisation d'activité en HAD. Actuellement, les autorisations n'ont été données que pour des activités de type MCO. Si après 2005 sont créées des places en SSR et psychiatrie, ces activités ne seront pas incluses dans le champ de la réforme pour le moment.

Modèle tarifaire = un tarif de base modulé par 4 facteurs :

- Mode de prise en charge principal (MP)
- Mode de prise en charge associé (MA)
- Niveau de dépendance, mesuré par l'indice de Karnofsky (IK)
- Durée de séjour

=> coefficient de pondération qui va moduler le tarif de base

Les informations à recueillir seront saisies sur un bordereau appelé « Résumé par sous-séquence ».

Deux types d'informations :

- pour la tarification
- pour les soins

Trois temps successifs dans la chaîne de production des informations :

- le séjour en HAD
- la séquence des soins => combinaison d'un MP, un MA et un IK. Tant que ces 3 facteurs restent constants => même séquence de soins
- la sous-séquence = période de temps entre 2 facturations
  - => un enregistrement HAD pour chaque sous-séquence
  - => le résumé par sous-séquence

Le groupage est réalisé sur le RPSS => classement des journées de présence dans un GHPC ( $\approx$  GHM) puis dans un ou plusieurs GHT ( $\approx$  GHS). Il y aurait 31 GHT.

En prenant en compte la durée de séjour au sein de la séquence de soins => facturation à partir de ces informations.

La fonction de groupage sera fournie aux éditeurs de logiciels (de manière payante).

La transmission des informations en dehors de l'établissement sera possible grâce à un logiciel d'anonymisation et de chaînage, fourni par l'ATIH (gratuit). La périodicité sera trimestrielle, comme pour les GHS.

Les documents produits par la DHOS pour la mise en œuvre de cette réforme seront :

- un arrêté
- un guide technique

Stratégie de mise en œuvre :

- doublement des capacités d'HAD, annoncée par le Ministre
- tarification incitative (actuellement nulle car DGF)

Problème : il n'existait aucun système d'information. Une expérimentation est en place depuis mai-juin 2004 pour les établissements hors DGF, et en cours pour les établissements sous DGF.

Question : les études de faisabilité sont essentielles. Les unités d'HAD comportent des intervenants multiples, tout statut. Il avait été évoqué une possible dégressivité des tarifs en fonction de la durée des soins. Ce principe a-t-il été abandonné ?

Réponse : La DHOS confirme l'importance des études de faisabilité. Le principe de dégressivité est maintenu, notamment en raison des moyens administratifs du diminue en fonction du temps.

Question : la dégressivité n'est pas pertinente, notamment en fin de vie.

Réponse : si l'état du patient se dégrade, le tarif augmente. Ce n'est que si l'état reste stable qu'il y aura dégressivité. Les modalités sont encore expérimentales.

*(Note de l'auteur : les fédérations semblent être les seuls interlocuteurs de la DHOS sur ce dossier)*

A noter que dès 2005, l'intégration de la T2A pour l'HAD se fera au même niveau que pour les activités d'hospitalisation des EPS, soit environ 20%.

Question : les éditeurs de logiciel informatique ne seront jamais prêts au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Réponse : Mme Aoustin, embarrassée, explique que la programmation du déploiement de la T2A est fixée par la loi, mais que l'exécutif tiendra compte de la réalité. Une réunion avec l'ensemble des éditeurs de logiciel d'HAD est prévue. Le logiciel de groupage sera fourni par l'ATIH. Leur intégration sera décrite dans le guide méthodologique.

## 5 – Questions diverses

### A – Mission d'audit et d'accompagnement de la T2A

Cette mission est opérationnelle. Elle concerne tous les établissements de santé publics ou privés.

Deux équipes d'experts ont été constituées :

- des professionnels (DRH, DAF...)
- des institutionnels (ARH)

+ quelques médecins (DIM)

En général, binôme se déplaçant sur place, constitué d'un professionnel et d'un institutionnel.

Objectif : établir les motifs pour lesquels l'établissement rencontre des difficultés dans l'application de la réforme de la T2A (et uniquement cela) :

- sur le plan économique
- sur la mise en œuvre opérationnelle

Les noms des experts sont fournis aux établissements. Il est possible d'exercer un droit de réputation sur un nom.

Ils effectueront un audit, qui sera suivi d'une opération d'accompagnement avec l'ARH.

Cette mission présentera au comité de suivi un bilan régulier, anonymisé.

Il est nécessaire d'informer le plus possible les établissements de santé de cette possibilité. Il y aura un document décrivant les modalités stratégiques de cet audit.

### B – Coefficient géographique

Pour 2004, des coefficients ont été fixés dans les DOM, la Corse, Paris et la petite couronne.

Des demandes ont été formulées pour étendre cette mesure à toute l'Île de France. Cela a été acceptée. Un taux de 7% sera appliqué à partir de 2005 à toute l'Île de France (dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004 pour les établissements hors DGF).

Question : cet élargissement ne se fera-t-il pas au détriment de la province, les budgets étant encadrés par l'ONDAM ?

Pas de réponse.

La FHF exprime son étonnement de recevoir cette information dans ce cadre, alors que tous ses courriers sont restés sans réponse.

### C – Procédures budgétaires et comptables des EPS

Question : un groupe de travail animé par Mme Thorel de la DHOS était en place. Un certain nombre de points était en arbitrage. Où en sommes-nous ?

Réponse : Mme Thorel, présente, explique qu'elle fera le point sur ces sujets « à une date prochaine ».

### D – PLFSS 2005

Question : un des points du PLFSS 2005 (*Note de l'auteur : à ce jour, ce document n'a fait l'objet d'aucune diffusion officielle*) reste obscur sur la participation financière des patients.

Réponse : Mme Aoustin considère que ce point est très technique et n'a pas fait l'objet d'une analyse pour le moment.

### E – MIGAC

Question : on a appris récemment que le montant des MIGAC serait fixé pour 2004 à hauteur de 13% (uniquement pour les CHU), sans que les modalités de définition aient été clairement exposées. Quelle évolution peut-on attendre à ce sujet ?

Réponse : au sein des MIG (missions d'intérêt général), il y a 2 sujets :

- enseignement, recherche, recours, innovation
- autres missions : SAMU, SMUR, prison...

Les retraitements comptables seront affinés pour préciser ces autres missions. Les AC (aide à la contractualisation) sont comptabilisées à part.

En ce qui concerne le premier point, il faut dorénavant parler des MERRI (nouveau sigle !) pour « missions d'enseignement-recherche, de référence et d'innovation ». Leur montant fera l'objet d'une concertation avec les fédérations.

**Attention : les MERRI ne concernent pour le moment que les EPS et les Centres de Lutte contre le Cancer. La DHOS souligne sa volonté d'y associer les établissements privés.**

*Fin de la réunion à 16h45. Aucune date de prochaine réunion n'est fixée.*