

Session : T2A et CCAM en pédiatrie

La T2A des fantasmes à la réalité, l'exemple du groupe hospitalier du Havre

Medicoeconomic results of the pediatric unit at Le Havre hospital

Mots clés : T2A, PMSI ; Comptabilité analytique ; MIGAC ; Urgence

Keywords: Health cost; Economy; Emergency; Pediatrics

Sur le principe du budget global, les établissements se voyaient dotés d'un budget fondé sur le précédent augmenté d'un coefficient (taux directeur) rediscuté chaque année. Ce financement, fondé sur une reconduction implicite des dépenses, a fait l'objet d'une 1^{re} réforme dans les années 1990 : le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) qui avait pour objectif d'apporter plus de transparence et d'équité dans la répartition des ressources. Les coûts sont classés et répartis par groupe de prise en charge dit « de malades » (GHM), ordonnés les uns par rapport aux autres selon une unité d'œuvre aujourd'hui abandonnée : le point ISA (indice synthétique d'activité). Le point ISA se voyait attribuer une valeur monétaire, pour construire un budget théorique par établissement, permettant la discussion d'objectifs pour un meilleur usage des ressources. Malgré cela, les dépenses de santé ont continué de croître plus vite que le PIB (10 % aujourd'hui). Pour faire face au déficit croissant de l'assurance maladie, une nouvelle réforme du financement des établissements de santé est devenue indispensable. En novembre 2003, le Parlement instaure la tarification à l'activité (T2A) qui doit être appliquée progressivement sur 8 ans (25 % en 2005). L'objectif est d'inciter à une gestion appuyée sur les recettes (et non plus sur les dépenses). Les ressources seront allouées en fonction de l'activité réelle. Le dispositif est modulé par diverses mesures prenant en compte les activités non directement valorisables, transversales ou répondant à diverses priorités.

1. La mécanique T2A

Fondamentalement, les principes de base du recueil et de valorisation de l'activité sont les mêmes du point de vue général ou spécifiquement en pédiatrie. La plupart des modifications apportées en 2003 étaient déjà annoncées « au temps » de PMSI.

Ces modifications « connues » portent sur :

- des évolutions de l'échelle de classement (version 10, applicable au 01/03/06) ;
- des modifications de l'algorithme de classement ;
- la prise en compte du niveau d'infrastructure délivrant les soins, fondée sur le principe des autorisations d'activité ;
- la modulation du tarif selon des particularités de prise en charge n'influant pas directement le classement en GHM, c'est la création des groupes homogènes de séjours (GHS), permettant différents tarifs pour un même GHM ;
- une approche moins « lapidaire » de la durée de séjour, qui voit selon sa différence à une référence théorique l'application d'une minoration d'une majoration.

De même, certaines activités se voient « forfaitisées », comme les urgences ou les prélèvements d'organes, qui n'étaient pas individualisés. La création des MIGAC forme le dernier « chapeau » permettant un peu de souplesse.

Concernant la pédiatrie, ces modifications ont un impact important sans pour autant changer le fonctionnement du recueil de l'information dans les unités. Seul le résultat en termes de valorisation et sa conséquence en termes de budget sont profondément modifiés. La plus importante de ces modifications est la rapidité avec laquelle la « machine tourne ». Nous sommes passés d'un cycle de valorisation semestriel (voire annuel) à un cycle trimestriel (impact budgétaire compris). Un cycle mensuel est d'ores et déjà annoncé. Cette compression du temps a un impact fort au niveau des unités de soins, justifiant de fait la production des RUM à la sortie des patients, sous peine d'une pénalisation financière.

Avec PMSI, les établissements de soins comptabilisaient annuellement les dépenses pour calculer un budget théorique. Le delta constaté ouvrait de fait, le champ des négociations entre les établissements et leurs tutelles. Aujourd'hui, l'établissement s'engage sur une activité pour laquelle il va demander un financement suivi trimestriellement. Ce point fondamental intervenu par la mise en place de la T2A impose de facturer les recettes de l'activité réalisée et non plus « d'expliquer » les dépenses constatées. Selon le principe de déclaration global de l'activité, il n'est pas possible de « facturer » au niveau du service (RUM), seul un RSS pourra être valorisé, si un RUM est manquant, le séjour entier n'est pas payé. L'exhaustivité de codage (élément déjà important) devient aujourd'hui capitale et doit être suivie au niveau du service.

La méthodologie de codage est la même que celle de PMSI, les règles sont les mêmes, l'algorithme de traitement aboutit à des GHM porteurs de l'activité, correspondant à des GHS porteurs du tarif. Les principaux changements intervenant au

niveau du calcul des ressources totales, intègrent les modifications énoncées plus haut (autorisations, forfait, MIGAC). Pour les pédiatres, il faut aussi noter que c'est à ce niveau où les choses changent, par ailleurs, certaines autorisations concernent la pédiatrie (néonatalogie, réanimation), il existe des urgences pédiatriques (sous réserve qu'elles soient identifiées, le plus souvent sous forme de POSU) et que le champ des MIGAC est largement ouvert à cette discipline.

2. Les recettes T2A du service de pédiatrie du GHH

Au Tableau 1, figurent les recettes comparées entre logique ISA et la T2A pour le service de pédiatrie du GHH « éclaté » par unité médicale. On peut voir que la valeur moyenne du dossier ISA est à 1 406 € alors que pour la T2A en incluant toutes les sources de financement (voir ci-dessous) la valeur est de 1 758 €.

Au Tableau 2 figurent les recettes et dépenses du service de pédiatrie.

Outre le financement T2A, les consultations sont directement facturées ce qui n'était pas le cas auparavant. Les médicaments coûteux utilisés en hématologie, cancérologie et pour le traitement des maladies de Crohn bénéficient d'une enveloppe spécifique.

Une autre part de financement peut venir des MIGAC et cela va directement dans une section d'imputation particulière (section 2). Par principe, le MIGAC est une dotation dédiée à l'établissement, même s'il est souhaitable que les parts de l'enveloppe totale soient calculées par « dossiers », l'usage des crédits ainsi reçu reste à la discrétion de l'établissement. À titre d'exemple en 2004, les dossiers spécifiques (réseaux, activités transversales,...) du service de pédiatrie ont concouru à hauteur de 464 145 €, dont 49 000 € au titre de la participation à la recherche clinique. Sont concernés :

- les CRCM (mucoviscidose) ;
- les centres de dépistage du langage ;
- les actions de prévention et d'éducation dans l'asthme, le diabète, l'obésité, la mort subite du nourrisson, les consultations avec médicaments sous ATU ;

- les activités de recherche qui avec un bon dossier peut être reconnue pour un CH ;
- le financement des centres de douleurs en particulier de soins palliatifs ,
- la prise en charge de l'hémophilie.

Le groupe 2 des recettes concerne la part reversée du ticket modérateur pour les hospitalisations et les consultations.

Au groupe 3 figurent des recettes provenant des expertises réalisées, reversements de la redevance des consultations privées, des examens de télétransmission interprétés pour d'autres hôpitaux, les reversements de la HAS pour les visites d'accréditations etc.

3. Les dépenses

Les dépenses directes représentent 5 061 054 € (Tableau 2). Si la facturation des services supports ne pose pas problème (radiologie, laboratoires, restauration, blanchisserie, pharmacie), il n'en va pas de même pour les prestations annexes regroupant toute la logistique et l'administration de l'hôpital. Il convient de remarquer que ce poste pour le service de pédiatrie représente une charge de 1 423 643 €. Les clés de répartition varient ici en fonction de la nature de la prestation, exemple : nombre de lits pour les charges direction de sites (discutable si le service a une rotation rapide, pour lequel la journée serait plus logique). Ce poste représente à lui seul 18,6 % des recettes, ce qui paraît excessif. Il ressort de cet exercice comptable que le solde pour le service est de + 815 701 €.

4. Financement des urgences pédiatriques

Ignorée dans le dispositif PMSI (hormis des UHCD), la T2A prend en compte les activités générées d'urgences. Seuls les services bénéficiant d'une autorisation (SAU, UPATOU, POSU) peuvent prétendre à ces modalités de financement.

Le système associe :

- un forfait annuel (FAU) fonction du volume de passage ;

Tableau 1
Recette comparée ISA/T2A

	Logique ISA			Logique T2A		
	Nombre	Valeur (€)	Moyenne	Nombre	Valeur (€)	Moyenne
Explorations fonctionnelles neuropédiatriques ^a				233	1 212 011	5201
Hématologie	342	576 956	1687	392	437 790	1116
Hôpital de jour	939	569 556	606	1246	1 104 735	886
Moyens et grands enfants	1485	2 370 410	1596	1419	2 230 337	1571
Nourrissons	1687	2 745 229	1627	1550	2 535 432	1635
Problèmes sociaux	14	22 688	1620	17	22 814	1342
Moins value T2A					6 039 26	
Affectation urgences						
Total	4467	6 274 840	1406	4857	6 940 000	

^a individualisée en 2004 pour un meilleur suivi des actes produits par cette unité intégrée au fonctionnement de la pédiatrie. Les actes effectués étaient auparavant saisis dans le RUM d'hospitalisation.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4150187>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4150187>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)