

PRÉFACE

Aucun modèle de financement ou de tarification n'est idéal, c'est-à-dire intégrant tous les paramètres, toutes les spécificités et surtout, ne comportant aucun effet « pervers » à plus ou moins long terme. L'intelligence des utilisateurs les conduit à se placer dans la situation de tirer profit des dispositifs prévus dans le modèle et par là même à induire ces effets. Il faut donc, convaincus de cette intelligence, tenter d'en anticiper les conséquences, tout en étant certains qu'il sera impossible d'y parvenir totalement.

Or, le modèle T2A porte en lui les germes de cette évolution. Lorsqu'il a été pensé, les reproches qui lui sont faits étaient connus, mais ils sont apparus mineurs au regard de l'atteinte des objectifs principaux qu'il portait. En outre, regarder les inconvénients sans les évaluer à l'aune des avantages force à l'immobilisme.

Une évaluation plutôt satisfaisante des effets du modèle et du jeu des acteurs a été réalisée en France, mais aussi dans la plupart des pays qui ont adopté un modèle proche, sans convaincre les plus farouches opposants. Ce travail devra être poursuivi en tenant compte de l'incidence d'autres facteurs, notamment d'ordre économique, qui ont impacté depuis le monde hospitalier.

Bien au-delà des seuls aspects financiers, tout système de tarification doit être abordé comme un dispositif de gestion de l'offre.

La T2A a été construite dans cet esprit. Elle donne au régulateur les rênes d'une gestion stratégique du dispositif, ce qui est vertueux.

Mais il faut se préserver, dans ce système tarifaire, d'en faire une application de plus en plus complexe, de plus en plus détaillée et précise, dans l'objectif louable d'une plus grande équité des financements.

Car la complexité fait grandir le reproche d'un manque de transparence destiné à masquer des dispositions ou des objectifs qui ne diraient pas leur nom.

Sur le fond, quelque cinq ans après sa mise en œuvre à 100 %, dire que l'évaluation des conséquences de la T2A est négative pour l'hôpital ne soutient pas le débat.

Elle avait pour objet de donner des armes à l'hôpital public pour agir et affirmer sa position dans le paysage des offreurs de soins. Cet objectif est atteint.

Elle avait également comme objectif de placer l'hôpital dans un environnement économique lui offrant plus de responsabilités dans ses choix stratégiques et l'obligeant à plus de liens avec les autres acteurs du soin. Il n'est que de lire les rapports d'activité, les documents comptables et autres documents de gestion pour en convenir.

Il fallait enfin, en corollaire, que l'établissement de santé, qu'il soit public ou privé, s'interroge sur son avenir puis s'engage dans cette nécessaire projection.

Pour obtenir des tarifs qui donnent une marge suffisante afin de faire progresser la recherche, l'innovation, la qualité et la sécurité des soins, pour agir à la fois sur ses dépenses et ses recettes, l'hôpital devra se recentrer sur son cœur de métier, progresser encore vers de nouvelles modalités de prise en charge, et en même temps s'inscrire dans des réseaux, participer à la mise en place d'une médecine de « parcours » incontestablement plus adaptée, sans laisser penser qu'il fait un choix hégémonique mais en trouvant avec les autres acteurs de santé des territoires la place absolument irremplaçable qui est la sienne. De multiples actions sont déjà développées dans ce sens.

En effet, il est certain que la qualité d'une prise en charge s'examine à l'issue de l'ensemble des soins nécessaires à une réhabilitation totale ou, le cas échéant, partielle, mais en tout cas stabilisée et non à l'issue du seul épisode hospitalier. Sans doute faudra-t-il aller vers une forme de financement prenant en compte la totalité du parcours, dans une vision transversale des diverses prestations qui doivent se succéder. Les initiateurs de cette réforme qu'est la T2A le pensaient déjà.

Mais avant de pouvoir l'envisager, un premier pas était indispensable, celui du financement en propre de l'épisode hospitalier.

Il s'agit aussi de trouver les moyens pour intégrer les problématiques de qualité, de sécurité des soins, de pertinence des soins prodigués.

C'est ce qui est en train de se mettre en œuvre avec l'amélioration prévue de la « T2A ».

Docteur Martine AOUSTIN
Ancienne directrice de la mission T2A

SOMMAIRE

PRÉFACE	7
INTRODUCTION	13
1. RAPPEL HISTORIQUE ET CONTEXTE GÉNÉRAL	15
1.1 DE 1982 À 2003. COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ À LA T2A EN FRANCE ?	17
1.2 QUELLE EST LA SITUATION DANS LES AUTRES PAYS ?	23
1.3 QU'EN DIT LA THÉORIE ÉCONOMIQUE ?	25
2. DESCRIPTION GLOBALE DU SYSTÈME FRANÇAIS	29
2.1 LES PRINCIPES	31
2.1.1 Un financement à l'activité... ..	31
2.1.2 Un financement qui sait gérer les exceptions	31
2.1.3 Un financement mixte.....	31
2.1.4 Un système de répartition des budgets entre établissements	32
2.2 LES DIFFÉRENTS COMPARTIMENTS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	33
2.3 LES OBJECTIFS DE LA T2A	37
2.3.1 Objectif d'équité	37
2.3.2 Objectif de convergence	38
2.3.3 Médicalisation du financement.....	38
2.3.4 Incitation à la gestion et à la recherche d'efficience	38
2.4 LA PÉRIODE DE MISE EN PLACE 2004-2012, LA CONVERGENCE INTRA-SECTORIELLE	39
3. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE LA T2A	41
3.1 LA RÉMUNÉRATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS : GROUPES HOMOGENES DE SÉJOURS (GHS), SUPPLÉMENTS	43
3.1.1 Classification des groupes homogènes de malades (GHM)	43
3.1.2 Codification des GHM	50
3.1.3 Règles de codage : principes généraux.....	51
3.1.4 Les règles spécifiques aux séances	52
3.1.5 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)	53
3.1.6 Les séjours « frontières »	54
3.1.7 Les prestations inter-établissements et inter-activités	57
3.1.8 Du GHM au GHS	58
3.1.9 Les bornes extrêmes hautes et basses.....	59
3.1.10 Les suppléments journaliers liés à des unités spécifiques	61
3.1.11 Autres forfaits et suppléments	62
3.1.12 Les règles spécifiques à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ...	63
3.1.13 Le coefficient géographique	63

3.2 LE TICKET MODÉRATEUR ET LE FORFAIT JOURNALIER	67
3.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RELEVANT DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)	69
3.4 LE CALCUL DES TARIFS DE GHS	71
3.4.1 L'Étude nationale de coûts (ENC)	71
3.4.2 Des coûts aux tarifs...	72
3.4.3 Les écarts entre coûts et tarifs : quelles conséquences pour les établissements ?	74
3.4.4 À propos de la convergence public/privé	75
3.5 LES FORFAITS DE DIALYSE	79
3.6 LES FORFAITS SE (SÉCURITÉ ET ENVIRONNEMENT HOSPITALIER) ET FFM (FORFAIT DE PETIT MATÉRIEL)	81
3.7 LES GROUPES HOMOGENES DE TARIFS (GHT) POUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE	83
3.8 LES CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES	87
3.9 LES RECUEILS COMPLÉMENTAIRES AU RSS	89
3.10 LES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX FACTURABLES EN SUS DES GHS	91
3.10.1 Principes généraux.....	91
3.10.2 Le contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits et prestations	92
3.10.3 Les dispositifs de régulation des dépenses des produits des listes en sus.....	94
3.10.4 La méthode pour inscrire ou radier des produits sur liste en sus.....	95
3.10.5 L'évolution des dépenses de ces produits	96
3.11 LES FORFAITS ANNUELS ET PRESTATIONS ASSOCIÉES	99
3.11.1 Les urgences	99
3.11.2 Les prélèvements d'organes et de tissus.....	100
3.11.3 Les greffes d'organes et de cellules souches hématopoïétiques.....	100
3.12 LES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET D'AIDE À LA CONTRACTUALISATION (MIGAC)	103
3.12.1 Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).....	103
3.12.2 Les autres missions d'intérêt général	106
3.12.3 Les aides à la contractualisation	110
3.12.4 L'évolution des MIGAC.....	111
4. LES CONSÉQUENCES DE LA T2A SUR LA STRATÉGIE ET LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT	115
4.1 ACTIONS D'AMÉLIORATION DU CODAGE PMSI... ATTENTION AUX CONTRÔLES !	117
4.2 ACTIONS DE GESTION	119
4.3 ACTIONS SUR L'ORGANISATION, GESTION DES LITS	123

4.4 ACTIONS SUR LA STRATÉGIE MÉDICALE	125
4.5 LA DIMENSION UNIVERSITAIRE	129
5. L'ÉTABLISSEMENT FACE À LA T2A : QUESTIONS PRATIQUES.....	131
5.1 COMMENT RÉAGIR FACE AUX CHANGEMENTS INTRODUIITS PAR CHAQUE CAMPAGNE BUDGÉTAIRE ?	133
5.2 QUELLES SONT LES MARGES DE MANŒUVRE EN MATIÈRE « D'OPTIMISATION » DU CODAGE ?.....	135
5.3 QUELS SONT LES POINTS DE VIGILANCE EN MATIÈRE DE CODAGE POUR ÉVITER DES SANCTIONS EN CAS DE CONTRÔLE ?.....	137
5.4 COMMENT SÉCURISER SON ENVELOPPE MIGAC ?.....	139
5.5 LA RÉFORME DE LA T2A DÉCOURAGE-T-ELLE L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE ?.....	141
5.6 COMMENT S'ASSURER DU REMBOURSEMENT À 100 % DES DÉPENSES DE PRODUITS FACTURABLES EN SUS DES GHS ?	145
5.7 DOIT-ON S'ATTACHER À MAINTENIR, VOIRE ACCROÎTRE L'ACTIVITÉ DU SERVICE DES URGENCES ?.....	149
5.8 DOIT-ON PROLONGER LES SÉJOURS POUR ÉVITER LA DÉCOTE DE LA BORNE BASSE ?.....	151
5.9 UNE UNITÉ DE RÉANIMATION EST-ELLE STRUCTURELLEMENT DÉFICITAIRE ?.....	155
5.10 COMMENT RÉAGIR FACE À UN PÔLE DÉFICITAIRE ?.....	157
5.11 OÙ PEUT-ON TROUVER DES INFORMATIONS DE RÉFÉRENCE SUR L'ACTIVITÉ, LES FINANCES, LES MOYENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?.....	159
5.12 QUI FAIT QUOI SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL ?.....	161
6. QUELS SONT LES IMPACTS DE LA T2A ?	163
6.1 LES EFFETS ATTENDUS	165
6.2 LES EFFETS OBSERVÉS SUR L'ACTIVITÉ.....	167
6.3 LES EFFETS SUR LA PRODUCTIVITÉ	171
6.4 Y A-T-IL UN EFFET DE LA T2A SUR L'ABSENTÉISME ?	173
6.5 CHANGE-T-ON DE LOGIQUE ET OBLIGE-T-ON L'HÔPITAL PUBLIC À ÊTRE « RENTABLE » ?.....	175
6.6 LA T2A INCITE-T-ELLE À LA SÉLECTION DES MALADES ?.....	177

6.7 T2A ET PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	179
6.8 LA T2A FREINE-T-ELLE LES COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES ?	181
6.9 T2A ET QUALITÉ	185
7. ZOOM SUR UN EXEMPLE D'INTÉGRATION ENTRE RÉFLEXION STRATÉGIQUE, MÉDICALE ET BUDGÉTAIRE : LA CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	191
7.1 CONTEXTE GÉNÉRAL.....	193
7.2 LES INCITATIONS DE LA T2A À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	195
7.3 CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT.....	205
7.4 L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE.....	207
7.5 QUELS SONT LES DÉTERMINANTS PRINCIPAUX PARMIL'ENSEMBLE DES INCITATIONS ?	209
7.6 LE RÉSULTAT SUR LES RECETTES ET LES MARGES.....	211
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	213
GLOSSAIRE	221
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	225
SITES INTERNET UTILES.....	231
ANNEXES.....	233
Annexe 1 : Organigramme de l'ATIH	234
Annexe 2 : Détail des situations prévoyant plusieurs GHS pour un même GHM d'après les arrêtés annuels décrivant les prestations d'hospitalisation (à la date du 1 ^{er} mars 2013).....	235
Annexe 3 : Principes du modèle de l'Étude nationale de coûts et du calcul des coûts par séjour	240
Annexe 4 : L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)....	243
Annexe 5 : Liste des dispositifs médicaux facturables en sus des GHS.....	246
Annexe 6 : Liste des médicaments facturables en sus des GHS	249
Annexe 7 : Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations/Contrat-type (décret du 24 août 2005 modifié par le décret du 31 octobre 2008)	255
Annexe 8 : Liste des missions d'intérêt général (arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du Code de la Sécurité sociale, modifié par les arrêtés du 24 février 2010, du 9 mars 2011 et du 2 mars 2012)	260
Annexe 9 : Taux de chirurgie ambulatoire 2007-2011 (ATIH).....	265