

Compte-rendu Comité de suivi T2A
ATIH – 24/11/2004

Présents : une trentaine de personnes
Réunion animée par Mme Aoustin

Les sujets étant très techniques, cette réunion a lieu à l'ATIH.

1 – Présentation de la version 10 des GHM

- Première étape = v 9
 - Extension de la CM 24 aux séjours de 1 jour
 - Segmentation d'une centaine de GHM en « avec » et « sans » CMA
- Deuxième étape (mise en œuvre initialement prévue pour janvier 2005)
 - Pour le comité MCO :
 - Amélioration de la CM 24 (la T2A a entraîné pour certaines cliniques privées le passage de 50 FSO à 2 GHS !)
 - Exploration des disparités sur les factures
 - Pour la DSS : opportunité d'avoir des GHS comprenant le coût des prothèses => étude technique à la demande de la sécurité sociale
- Exploration des disparités sur les factures du secteur privé
 - Recherche de GHM bimodaux spécifiques au secteur privé
 - Comparaison avec les coûts du secteur public
 - Recherche des causes
 - Le constat :
 - Des variations de prix importantes pour un acte donné
 - Des comparaisons difficiles à faire
 - Pas de solution évidente dans la classification
 - Quelques cas traités par des demandes spécifiques
- Les améliorations de la CM 24
 - Rendues nécessaires par :
 - La spécialisation de certaines cliniques : passage de nombreux tarifs à quelques GHS
 - La part importante de cette CMD dans le privé
 - Les problèmes rencontrés :
 - Les actes ne relevant pas de la CMD
 - La fréquence des associations d'actes
 - La notion de « transfert » qui est à revoir :
 - Soit vers un plateau technique plus important en terme de moyens
 - Soit vers un plateau technique moins important (SSR...)
 - Or la tarification est identique !
- Les propositions
 - De nombreuses créations en CM 24
 - Une CMD spécifique des séances
 - Création de plusieurs groupes pour les interventions endovasculaires (CMD01, CMD05, CM24)
 - Création de GHM spécifiques de certains DMI
 - Création d'un GHM de douleur chronique rebelle
 - Création d'un GHM de reprise de prothèse articulaire
 - Un GHM d'interventions majeures sur la colonne (CMD08)

- Conclusion
 - Obligation de d'écarter des DRG's pour s'adapter au secteur privé français
 - Risque, à terme, de reprocher aux GHM ce qu'on reproche à la NGAP
 - Les possibilités (inégaies) d'adaptation de l'activité vont entraîner de nouvelles segmentations
 - Des problèmes de « tarifs » qui ne trouveront pas de solution dans la classification

A noter que les arbitrages concernant l'intégration ou non des dispositifs médicaux implantables (DMI) au sein des tarifs GHS ne sont toujours pas effectués à ce jour. La FHF et la FHP militent toujours dans le sens d'une tarification en sus des tarifs GHS.

Mme Aoustin considère que les variabilités induites par les coûts des DMI selon les interventions peuvent être gérées par la classification GHM. Exemple des interventions sur le rachis : il sera créé plusieurs groupes GHM.

Il faut cependant faire la différence entre les problèmes économiques gérables par la classification et le fait qu'au sein d'un GHM coexistent des cohortes de patients où la pratique est différente.

Un représentant des médecins libéraux fait état d'articles affirmant une différence de coût de 30% entre secteur public et privé. Il souligne le problème des minima à respecter dans les budgets hospitaliers.

Mme Aoustin rappelle que le problème de la convergence entre secteurs public et privé sera revu dans d'autres instances. Quant au problème de la régulation et la définition de « taquets » vers le haut ou vers le bas, de nouvelles instances se saisiront du problème (Haut Conseil de l'Hospitalisation).

Un représentant de la FHF considère que le problème évoqué de l'écart de coût entre secteurs public et privé relève d'une simplification grossière des comparaisons. Exemple : les interventions sur le rachis.

Les interventions dans le secteur public (tumeurs...) sont toujours plus chères car elles sont très différentes de celles effectuées dans le secteur privé (disque...). Or la classification actuelle ne distingue pas des tarifs différents. Il y a donc des progrès à faire de ce côté. De plus, les honoraires des praticiens du secteur privé ne sont pas intégrés dans les tarifs (les médecins concernés ne veulent pas) or on constate également de ce côté une variabilité importante à l'intérieur des groupes.

Autre remarque de la FHF : dans la CM24, les séjours de 1 nuit sont intégrés et sont très variables dans leur motivation et l'activité médicale qui en découle.

La FHP est favorable aux travaux de l'amélioration de la CM24. Elle demande la possibilité de distinguer la chirurgie ambulatoire de l'hospitalisation de très courte durée.

Réponse : même si on sépare 0 et 1 jour, on retrouvera ensuite la même remarque pour différencier les séjours de 1 et 2 jours.

Le représentant de la CMH donne l'exemple des difficultés posées par le financement de la prise en charge des nouveaux-nés qui passent de néonatalogie en chirurgie. Cela concerne peu de patients mais ceux-ci pèsent très lourds.

Réponse : dans ce cas particulier, aucun acte technique n'est considéré comme classant. Par conséquent, cela ne devrait pas affecter la tarification.

Mme Aoustin rappelle que la T2A est un mode de financement des établissements de santé dans leur globalité, et non d'un patient.

Un représentant des médecins libéraux souligne une nouvelle fois le problème des DMI par rapport à l'enveloppe du tarif GHS. Ne va-t-on pas multiplier les GHM spécifiques aux dépens des GHM non techniques ?

Mme Aoustin reconnaît que le sujet des prothèses est un vrai problème dans l'optique de la convergence public – privé. Il faut aussi veiller à ne pas multiplier des GHM chirurgicaux qui pourraient être considérés comme « plus rentables » que les GHM médicaux. Cela devrait être possible car les tarifs GHS sont calculés en fonction de la mobilisation des ressources autour du malade, au travers des études de coût. Il faut également rappeler que l'on reste dans une logique d'enveloppe fermée, ce que l'on donne à l'un est forcément retiré à l'autre.

Question majeure : à quelle date sera opérationnelle la GHM 10 ?

L'ATIH avait prévu une mise en application au 1^{er} janvier 2005. A la demande du secteur privé, cette date serait repoussée au 1^{er} janvier 2006 car tous les logiciels sont faits pour fonctionner avec la version 9 et on ne pourra pas modifier les algorithmes de groupage dans ce délai.

Les représentants de l'hospitalisation publique et PSPH manifestent leur opposition car ce report remet en cause toutes les discussions de l'année 2004 engagées pour l'amélioration de la tarification (notamment les négociations sur la CM24 ou la curiethérapie).

La FHF propose de déconnecter secteurs privé et public et de fonctionner avec des versions différentes. Mme Aoustin précise que ce n'est juridiquement pas possible.

Les représentants des médecins libéraux s'inquiètent des délais nécessaires pour les professionnels s'approprient les outils et les tarifs. Une mise en œuvre trop brutale ferait courir un risque d'échec. La FHF estime que le recalcul des tarifs est une opération simple, la fonction groupage pouvant arriver plus tard. Par contre le changement de RUM nécessite le changement des logiciels. Comme on va être confronté à l'évolution des classifications chaque année, il faut tout faire pour faciliter ces modifications annuelles.

Mme Aoustin souligne que nous sommes dans une situation de démarrage et propose de revoir ponctuellement les problèmes qui se posent de façon massive, en particulier la CM24, mais de rester pour l'essentiel à la version 9 pour l'année 2005.

La représentante de l'ATIH précise qu'il faut faire attention à ne pas bouleverser l'édifice et « enlever la carte du bas ». Il est possible de diviser 1 GHM en 2 mais pas d'effectuer des modifications transversales entre GHM.

2 – Présentation des versions 11 et 12 des RUM

=> Modifications des Résumés d'Unité Médicale (RUM)

- Intégration du n° administratif local de séjour => permet d'identifier chaque patient et chaque séjour et de faire le lien avec les autres éléments de la tarification
- Intégration des suppléments à la tarification GHS
 - Codage « type d'autorisation médicale »
 - Codage « type d'autorisation de lit dédié »
- Actes CCAM : ajout de plusieurs paramètres

Problème : intégration des SROS de dialyse. Il y aura passage d'une facturation au GHS vers une facturation à l'acte. Il y aura donc des différences selon les régions en fonction de l'état d'avancement du SROS. Cela implique l'intégration des codes prestations des séances de dialyse dans le RUM. Même chose pour certaines prestations d'IVG.

L'ATIPH propose le démarrage au 1^{er} janvier 2005 pour les établissements publics de santé et pas de date pour le secteur privé, car pour ce point, la loi permet de dissocier les 2 secteurs. Cette proposition suscite les critiques les plus vives des représentants du secteur public. Autant l'intégration des GHM 10 n'est pas très difficile techniquement, autant la mise en œuvre des nouveaux RUM dans un délai aussi court est tout bonnement impossible sur le plan technique.

Mme Aoustin souligne que le nouveau RUM est lié à la CCAM mais il lui est répondu que cela ne concerne pas la fonction groupage.

Un représentant de l'hospitalisation publique remarque que le nouveau RUM décrit des prestations de réanimation qui ne pourront être prises en compte que lorsque les SROS de réanimation auront été définis, ce qui va engendrer des disparités de financement entre les régions.

De même, il est constaté la disparition de la rubrique « activité programmée ou non-programmée ».

Mme Aoustin précise que cette modalité de tarification supplémentaire a été écartée pour le moment car la définition de ce qui est programmée et de ce qui ne l'est pas, n'est pas assez précise ! Il faut faire des simulations.

La FHP remarque que certains compléments d'information des RUM font double emploi avec les informations tarifantes. La CNAM précise que ce n'est pas inutile car ces éléments sont nécessaires au contrôle.

3 – Questions diverses

A) Contrat de Bon Usage des Médicaments et DMI

Mme Aoustin précise que de nombreuses remarques ont été remontées sur ce sujet à la DHOS. Il subsiste des difficultés d'accord entre le secteur privé et le secteur public. En particulier, il y a le fait que ces contrats doivent être signés entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'établissement de santé.

L'arrêté devrait sortir d'ici la fin de l'année. En tout état de cause, la phase de concertation est terminée. Reste les arbitrages. Mme Aoustin souligne que ces contrats ne visent pas à faire établir des référentiels selon l'ARH mais uniquement inciter les prescripteurs à faire preuve de transparence vis-à-vis de leur référentiel, qu'ils choisissent eux-mêmes.

Elle précise en outre que ces contrats ne concerneront pas que les molécules onéreuses.

B) Incidence sur les trésoreries en 2005

Le nouveau régime de financement des établissements de santé induit un écart entre le traitement de l'information et leur financement. Est posé le problème de la récupération des créances de l'article 58. Pas de réponse. Il faut poser la question à la DHOS

C) Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Mme Aoustin informe de la reprise du comité de pilotage sur la tarification en psychiatrie. Elle précise qu'il n'y aura pas de modifications des items mais la révision complète des algorithmes.

La personne compétente à la mission T2A sur le plan technique est Mme Claude MARESCAUX.