

Comité de suivi et de concertation T2A 06/07/2006 – 14h30

Présents : une quarantaine de personnes, dont Martine Aoustin. Jean Castex excusé.

La précédente réunion date du 25 mars 2005 et avait été l'occasion d'un tir de barrage des participants sur la mission T2A à l'occasion de la sortie de la circulaire budgétaire 2005.

Ordre du jour :

- Evolution des classifications
- Elaboration des tarifs
- Contrat de bon usage – Mise en place des OMEDIT
- Travaux SSR – psychiatrie

1) Evolution des classifications - Exposé de Marion Mendelsohn (ATIH)

Présentation de la version 11 des GHM

1^{ère} étape

- réduction des plus grosses disparités
 - séjour de 1 jour en CM 24
 - création de 10 GHM « avec CMA »
- pas de prise de risque sur le démarrage

2^{ème} étape

- à l'écoute des fédérations
 - CM 24
 - adaptation pour établissements spécialisés
 - création GHM encore non décrit
- rendre possible l'intégration des DMI

Travaux sur les groupes médicaux

- repérer les GHM avec des différences
 - entre les 2 secteurs
 - entre les petits et les gros établissements
- créer des GHM pour des prises en charge non décrites

Travaux sur les CMA

- refonte liste actuelle
- création de plusieurs niveaux de sévérité

Révision éventuelle de la définition du DP

Travaux groupes médicaux :

- appliquer les méthodes habituelles
 - répondre à des demandes spécifiques
 - analyse des bases pour repérer les différences
 - RSA nationaux avec étude des DMS très acceptable
 - ENC publique et factures non T2A
- analyser les classifications étrangères

Travaux CMA

- liste pratiquement jamais modifiée
- mise au point de méthodes
 - 5 théoriques avec 3 possibles
 - pas de choix possible mais complémentarité entre les méthodes
- analyse des résultats
 - très technique
 - à faire sur la totalité des codes CIM 10

Note sur les CMA en moins : nombreux cancers

Conclusion :

Forte demande d'évolution, mais aussi forte demande pour corriger.

Questions :

Claude Gibert (CMH) : Problème du diagnostic principal (DP) établis par les médecins. Le praticien avait la liberté de le choisir jusqu'à présent. Or l'assurance maladie semble remettre en cause certains DP.

ATIH : Ne pas mélanger les règles de choix du DP et le GHM. Exemple : intoxication aux benzodiazépines entraînant un coma. Il faut choisir le premier et non le second. La formation à l'utilisation de la CIM n'est pas obligatoire mais on peut le regretter.

Gibert : cette position n'est pas acceptable car la prise en charge de ces patients peut être d'une trop grande disparité selon la sévérité.

ATIH : si on laisse faire, tout sera coté sévèrement donc coma, ce qui ne correspond d'ailleurs pas au libellé du SR40 qui est « coma sans cause évidente ».

Bernard Garrigues (FHF) : pas d'accord avec interprétation ATIH. Il y a le même problème pour intoxication barbiturique : le coma est en fait déterminant en matière de consommation de soins, or c'est bien cela que doit décrire le GHM. Il existe des exemples de codage de syndrome plutôt que d'étiologie (OAP et rétrécissement mitral, par exemple).

Gibert : Autre exemple : sur 3 cas, deux sont des vrais comas mais un cas est considéré comme discutable par le contrôle médical. Quelles sont les voies officielles de recours ? En pratique, ces cas ont été discutés entre le DIM et l'assurance maladie sans faire appel au clinicien !

Aoustin : il existe des voies de recours avec des entretiens contradictoires. Au final : tribunal des affaires de sécurité sociale.

Il serait intéressant de pouvoir trouver des personnes ressources si le guide du contrôle externe n'y répond pas.

Dans la salle : la phase de concertation est obligatoire, mais le clinicien concerné devrait être parti prenante. S'il y a désaccord entre DIM et clinicien, il faut transmettre une fiche au directeur, qui peut écrire à l'Assurance Maladie pour contester l'avis du médecin contrôleur. L'URCAM peut alors demander l'avis d'un expert ou décider de refaire la facture. La caisse peut également faire une notification d'indu et l'établissement contester auprès du Tribunal des Affaires de sécurité sociale.

Gibert : Est-il exact que les règles de répartition des GHS sur les multi-séjours vont changer ? Règle actuelle : on prend le DP sur l'ensemble du séjour, puis on répartit au prorata entre l'ensemble des établissements.

Réponse : Il s'agit de règles propres au fonctionnement interne de l'AP-HP. D'ailleurs, l'AP-HP a tendance à facturer habituellement dans ce cas plusieurs séjours ! En fait, il est très difficile de répartir les GHS par unité de soins.

Question : L'objectif de la version 11 des GHM est de mieux décrire l'activité des services médicaux (alors que la v10 s'intéressait plus aux problèmes de la chirurgie). Est-ce qu'il est envisagé de revoir la ventilation entre les différentes phases du séjour (début, milieu, fin) ?

ATIH : C'est faisable en fonction du niveau de sévérité (qui requiert plus ou moins de personnel).

Question : calendrier de mise œuvre de la GHM v11 ?

Réponse : normalement 2008. En fin 2007, il y aura une simulation. Avec le niveau de sévérité, on espère améliorer la codification. Le problème de la médecine n'est pas de segmenter les GHM mais le niveau de sévérité.

Question : Appui de la prise en compte de la main d'œuvre. Problème des établissements multi-sites et de la répartition des recettes : les établissements qui fragmentent la prise en charge sont défavorisés par l'algorithme de groupage. On pouvait penser qu'ils allaient diminuer grâce à la mise en place des pôles or ils augmentent de 35 % !

Réponse : c'est encore un problème spécifiquement français dû à la mise en place des RUM. Il faudrait repasser devant la CNIL pour que les informations du Résumé d'Unité Médical (RUM) remontent pour éviter les problèmes au niveau des Résumé de Sortie Anonyme (RSA). Il n'y a pas de cohérence dans le dossier actuellement.

Garrigues : Il faut absolument **dissocier** expertise du codage et contrôle tarifaire car l'assurance maladie est alors juge et parti.

Aoustin : cela avait été évoqué à l'origine du contrôle. « *Je vous entends* »...

2) Elaboration des tarifs

- Méthode de calcul des tarifs 2006
 - Conversion des tarifs 2005 des GHS v9 en tarifs GHS groupés selon la v10.
 - Changement de champ des DMI (surtout pour le secteur privé)
 - Campagne tarifaire
 - ⇒ modification des bornes
 - ⇒ campagne
 - Tarifs spécifiques
- Conversion des tarifs
 - Impact d'un changement de classification sur les tarifs GHS
 - Définir des tarifs => neutralité de la masse financière
 - Veiller à ce que les GHS v9 qui n'ont pas changé de contenu ne changent pas de tarifs

- Conversion des tarifs pour le secteur ex OQN
 - Utilisation de la base de référence ayant servi au calcul des tarifs 2005, base PMSI 2002, groupé en v10 => obtention des tarifs v10 correspondant aux tarifs v9 de 2005
- Conversion des tarifs pour le secteur ex DG
 - Anomalie détectée sur les suppléments journaliers : les estimations des suppléments journaliers ayant servi au calibrage des tarifs 2005 se sont avérées très éloignées de la réalité.
Pour les GHS ayant en sus une facturation de supplément réanimation, soins intensifs, surveillance continue, le débasage par GHS de la masse budgétaires liée à ces suppléments n'a pas été suffisamment important en 2005.
Par contre, il a été insuffisant pour la néonatalogie.
 - Changement de tarifs de certains GHS (néonatalogie), la méthode utilisée tient compte de l'échelle des pré-tarifs 2005 + corrections des erreurs, notamment sur le calibrage incorrect des suppléments de ranimation.
- Modification du champ des DMI
 - secteur OQN surtout (ostéosynthèse, sutures +++)
 - secteur DG : très peu
- Campagne tarifaire : modification du calcul des bornes pour tous les couples de GHM avec ou sans CMA, car on s'est aperçu qu'il pouvait être plus intéressant de ne pas avoir de CMA si on dépasse la borne supérieure => donc augmentation des bornes
- Campagne tarifaire : diminution de 1% des tarifs ainsi calculés
 - Pour secteur OQN : diminution en réalité de 1,1% pour éviter la baisse des tarifs en obstétrique et néonatalogie
 - Pour secteur DG : baisse uniforme de 1 % + quelques mesures ponctuelles

Note explicative sur la campagne 2006 :

- Actuellement, 2 façons de calculer les tarifs. Souhait de rapprocher les 2 secteurs. Bientôt : échelle de coût commune.
- Traduction du modèle T2A en pré-tarifs, suivi de la campagne budgétaire à proprement parler => il y a bien 2 temps : 1 technique, 1 politique.
- Changement de classification. En 2006 : v9 => v10 pas trop compliqué. Plus difficile pour la v11.
- Intégration DMI dans GHS
- Modification des bornes
- Jusqu'ici, les campagnes se sont faites « au fil de l'eau »... Souhait : plus grande transparence et formalisation des étapes.

Yves Gaubert (FHF) : **Contestation** de la régulation prix / volume. C'est une convergence qui ne dit pas son nom, car dépassement beaucoup plus important dans le privé.

Garrigues : Effet cumulé de ce point et des suppléments. On s'aperçoit au bout de l'année qu'il y a plus de suppléments, ce qui entraîne une diminution des tarifs l'année suivante. Or il est probable que les suppléments de réanimation sont inférieurs au coût réel de ces services.

Anselin (CGT) : classification et tarifs sont liés.

- Problème de la sévérité => plutôt notion de « prise en charge ».
- Comparaison avec systèmes étrangers => vérifier si le système de santé comparé est bon !
- Convergence : regarder d'abord les missions de chacun et les niveaux de prise en charge => il faut comparer ce qui est comparable.
- Baisse de tarifs : elles ont été sévères et ont pesé gravement sur le secteur public. Rééquilibrage interne. Ce système a éloigné les tarifs des coûts réels.
- La CGT est favorable aux tarifs s'ils reflètent les coûts. Favorable à la transparence. Demande à ce que la démarche soit concertée.

Direction Sécurité Sociale :

- L'augmentation des suppléments n'est pas sans conséquence sur les tarifs GHS. La valorisation est injuste quand la gravité augmente vraiment beaucoup.
- Sur les soins continus, le plafonnement du supplément réanimation n'a pas de sens. Situation en pleine évolution. Il n'y a pas de vraie définition du « soin continu ».

Assurance maladie :

- Régulation = analyse du dépassement des secteurs OQN et DG. Le législateur ne prévoit aucune pondération de la contribution entre secteurs.
- Contrôle. Décret tardif. Pas les outils et les dispositifs en 2005. Manque le décret qui définit dans les CPOM les objectifs d'activité en fonction des SROS.
- Réflexion sur les modèles. Cible : réintégration des DMI et molécules onéreuses (MO) dans les tarifs GHS. Si le taux de T2A est en moyenne à 35%, cela ne prend pas en compte les DMI et MO qui sont eux remboursés en sus (ex : défibrillateur = 75% grâce à la recette en sus). S'ils sont réintégrés dans les tarifs GHS, on passe de 75 à 35 %.

Aoustin : Exact. L'augmentation des dépenses fixes ne couvre pas les tarifs.

Garrigues : Régulation. Il n'est pas prévu de modalités différentes entre secteur OQN et DG mais ce n'est pas une obligation de ne pas le faire ! On peut améliorer cela avec le comité d'alerte. Si on ne module pas, on peut aboutir à des aberrations. Il faut réfléchir aux modalités pratiques.

Question : Y a-t-il eu des « optimisations de codage » en 2005 ? Où sont les preuves ?

Réponse : Lisez la presse ! Le débat est en cours. Il y aura récupération des indus, voire des sanctions. Aujourd'hui, il n'y a pas d'information quantitative.

Dans la salle : Les contrôles ont commencé, avec une vertu pédagogique. Il faut s'en féliciter. D'accord avec l'opinion sur la régulation. Besoin de clarté et de lisibilité. Savoir comment sont construits les tarifs GHS. Doivent tenir compte des coûts et connaissance des choix politiques. Les médecins se demandent si tout cela sert à quelque chose où si la régulation prix / volume est le seul objectif. Plutôt EPP que prix / volume sinon ce n'était pas la peine d'entreprendre cette réforme et il vaudrait mieux revenir à la DG.

Réponse : Quand on parle de « pré-tarifs » ou de coûts T2A, cela dépend des conventions choisies (ENC, notamment : c'est une échelle relative et non absolue). Quoi qu'il se passe, on fera une règle de trois avec la masse financière déterminée par l'ONDAM. Le modèle est transparent.

Aoustin : **La chirurgie ambulatoire passera à 100 % des tarifs sur décision du Ministre.** Pas facile, mais on fera. Comment ? Politique incitative sur chirurgie ambulatoire.

DHOS : Régulation : le principe est prévu par la loi (ONDAM). En 2005, dépassement de 525 millions d'euros. Normalement, la régulation aurait dû avoir lieu à la mi-2005. Cela n'a pas été le cas, et il y a eu même un rebasement en 2006. Or cela a sans doute comme cause une optimisation du codage. Ouvert à une discussion sur une modalité de régulation des tarifs. Principe : respecter ONDAM.

3) Présentation de la mise en œuvre des contrats de bon usage (CBU)

La loi de financement de sécurité sociale 2006 a ajouté comme signataire des CBU l'Assurance maladie. Décret en cours de parution.

Taux de signature : 96 % MCO, 50 % HAD, 68 % Dialyse

Mise en place Omedit : 22 régions sur 26 ont un Omedit + 3 Omedit interrégionaux. Deux régions n'en ont pas. Présence de pharmacien (0,5 à 2) au sein de ces structures.

Objectifs :

- préparation centralisée des anticancéreux (déjà largement rempli).
- sécurisation et informatisation du circuit des médicaments et dispositifs médicaux
- gestion et organisation des informations sur la tarification

Transmission des données (quantitatives ET qualitatives) pour 5 produits : 3 anticancéreux, 1 autre médicament, 1 DMI

Informatisation du circuit médicament et DM :

- meilleur suivi des informations liées au DMI et MO
- codage UCD et LPP
- données individuelles par patient

Amélioration des pratiques de prescription

- veiller à ce que l'utilisation suive l'AMM ou référentiels sinon justification individuelle
- référentiels en cours d'élaboration par Afssaps, HAS, INCa
- en attendant, suivre les référentiels mis en ligne par la Commission des pharmaciens de CHU (<http://www.adiph.org/bonusage/index.html>)

OMEDIT : rôle

- expertise et appui ARH
- observation, suivi et analyse prescription

A noter l'existence d'un **Comité de pilotage pluri-institutionnel relatif à la politique du médicament et dispositifs médicaux**, créé en 2005 et piloté par la Mission T2A et la DHOS (? ? ?). Ce comité est censé veiller à la cohérence du dispositif.

Réflexions :

- mise en œuvre des contrats en HAD et dialyse
- informatisation du circuit du médicament et dispositifs médicaux
- évaluation des contrats

Elaboration des référentiels nationaux => Afssaps, HAS, INCa

Gaubert : quel est ce comité de pilotage où il n'y a pas de professionnels ?

Aoustin (gênée) : Les informations issues de ce comité sont apportées dans d'autres instances... Il ne faut pas multiplier les participants...

Trévidic (CPH) : les pharmaciens hospitaliers sont harcelés par des enquêtes en tout genre, souvent prétendument « parrainées » par des tutelles. Il n'y a aucune lisibilité. La participation de professionnels à ce comité de pilotage permettrait d'y voir plus clair.

DHOS : s'il n'y a pas le logo du Ministère, ce ne sont pas des enquêtes officielles.

Dans la salle : Recueil DMI en fonction LPP. Or ce n'est pas une codification homogène. Il faudrait une classification plus claire.

Réponse : pas l'habitude de la LPP dans le secteur public. Problème de transcodage.

Anselin : Coût des médicaments +++ Marge d'action très faible. Monopole +++ A cause des tarifs CEPS, certains DMI et MO sont plus chers qu'avant !

Réponse : c'est un dossier DHOS / DSS / Minefi

ATIH : Il est très important de pouvoir conserver le codage des DMI et MO même lorsqu'ils sont réintégrés dans les tarifs GHS car sinon, on perd toute information permettant de les suivre.

Aoustin : il y a actuellement un débat sur l'intérêt pour les DM de produire une liste de produits avec un label plus complet que la norme CE.

Trévidic : une sorte d'AMM pour les DM ?

Aoustin : non, ça c'est un problème européen.

Dans la salle : attention aux discours différents entre les régions qui n'accordent pas toutes la même place relative entre la maîtrise économique et le bon usage.

Trévidic : de même que les accords-cadres qui ont été signés (antibiotiques) ou sont en passe de l'être (prescription en DC, statines) n'ont pas été suffisamment négociés avec les professionnels et apparaissent comme relevant de la seule logique de maîtrise économique, ce qui n'est pas médicalement acceptable. Il y a donc peu de chances que les professionnels se les approprient.

DHOS : les accords-cadres ont une vocation de maîtrise économique, par nature.

4) PMSI SSR (et psychiatrie ?)

- Enjeux :
 - Faire évoluer l'offre de soins SSR
 - Mettre en place un système d'allocation de ressources plus équitable
 - Soutenir l'évolution de l'offre de soins en SSR

- Quel modèle ?
 - Réflexions des fédérations (pas dans le même sens !)
 - Culture PMSI ancrée
 - Une même logique de financement entre les filières MCO et SSR peut favoriser la fluidité des filières de soins.

⇒ Modèle voisin de celui de MCO mais qui doit préserver la spécificité des SSR.
- Etat des lieux
 - Des travaux sont lancés qui permettraient d'alimenter le modèle :
 - ⇒ identification des MIG au travers des retraitements comptables
 - ⇒ identification des Médicaments Onéreux (MO)
 - En corrélation étroite avec les travaux relatifs à l'organisation en SSR
 - Travaux complémentaires :
 - ⇒ Impact des plateaux techniques
 - ⇒ Intégration des propositions des fédérations
 - Réflexion pour une relance en profondeur de l'ENC SSR et une amélioration du PMSI (avec le secteur privé ?)
- Perspectives
 - Rupture avec l'actuel système de financement dès 2008
 - Travaux de fond sur ENC, classification
 - La volonté de construire un modèle dans les prochains mois est réaffirmée et inclura les professionnels des établissements et les fédérations.

Question : sur ENC SSR. Ce projet est parti avec grosses ambitions, qui se sont réduites au fil du temps (23 établissements ?). Les données 2000 et 2001 ont été publiées, mais pas pour les exercices suivants. Le modèle est à reconstruire entièrement. Comment arriver à faire quelque chose en 2008 ?

Réponse : En fait, il y a eu encore moins d'établissements que cela. Cela a cependant permis de dégager beaucoup d'éléments d'analyse pour améliorer le système. Si on arrive à un modèle en 2008, ce sera au début avec des objectifs modestes.

Aoustin : il y aura une procédure d'expérimentation avant, car il y a une dispersion importante entre les établissements. Obligation d'avancer car sinon risque de goulot d'étranglement pour l'accès au SSR. C'est également la demande des établissements. Mais c'est très compliqué :

- 2008 : mise en place d'un système provisoire.
- Réflexion de fond sur le modèle – cible.

Il est important de proposer quelque chose aux professionnels rapidement.

Rachel Bocher (INPH) : La situation est la même pour les services de psychiatrie.

Aoustin : Pour la psychiatrie, on est encore à un stade en amont de cette démarche. L'arrêté autorisant le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie vient juste de paraître au Journal officiel.

La réunion se termine vers 17h00. Pas de date arrêtée pour une prochaine réunion.

Compte-rendu rédigé par Jacques Trévidic, représentant la CPH