

# T2A et REANIMATION

## Nécessité d'une valorisation des séjours

Auteurs : P. Charbonneau\*, D. Desse\*\*, I. Leborgne\*\*\*, C. Daubin\*, M. Ramakers\*, B. Bouchet\*, D. Guillotin\*, M.J. D'Alché-Gautier \*\*, Y. Lecornec\*\*\*

- \* Service de Réanimation Médicale – CHU Côte de Nacre
- \*\* D.I.M ( Département d'Informatique Médicale – CHU Côte de Nacre
- \*\*\* Services Financiers – CHU Côte de Nacre

## INTRODUCTION

La tarification à l'activité, nouveau mode d'allocations de ressources pour les hôpitaux est progressivement introduite depuis l'année 2004 en France.

Elle fait suite à deux modes historiques d'allocations de ressources des hôpitaux :

- « **le prix de journée** » jusque dans les années 1980, très inflationniste, basé sur l'attribution de ressources budgétaires en fonction de l'occupation des lits et d'un prix de journée, selon les catégories MCO.
- « **le budget global** », système rigide basé sur la dernière dotation (année n-1) dont l'évolution était fondée selon un coefficient directeur, mal indexé sur l'inflation et ne tenant pas compte de l'évolution des activités des hôpitaux.

-  
Depuis les années 1980, la création du PMSI a permis d'obtenir des données sur la nature des soins prodigués au sein des hôpitaux français ; les groupes homogènes de malades (GHM) ont été reliés à une échelle de coûts : l'activité médicale a ainsi été estimée, dans sa nature et dans sa dimension économique.

De ce fait la tarification à l'activité (T2A) avec la création des groupes homogènes de séjours (GHS), auxquels correspondent des tarifs, est une conséquence logique de cette approche, les hôpitaux devant désormais recevoir le budget correspondant à leurs dépenses.

Cette base théorique conceptuelle se heurte au fait que l'échelle des coûts ne semble pas être adaptée à tous les secteurs d'activité médicale rencontrés dans un hôpital. Il en va ainsi de la réanimation médicale, pour laquelle l'échelle des coûts noie les coûts des séjours en réanimation parmi les autres séjours, la réanimation ne bénéficiant pas par ailleurs de GHM propres, d'où une inadéquation des points ISA générés par l'activité.

Pour palier à ce constat, la réanimation fait depuis l'introduction de la T2A l'objet d'un traitement particulier; elle est maintenant « payée » lorsque le patient, doté d'un IGS>15, aura bénéficié d'au moins un acte marqueur lors de son séjour dans une unité de réanimation. Les journées correspondantes seront donc financées en supplément du GHS.

## **BUT DU TRAVAIL, METHODE**

Le but du travail présenté ci-dessous est de chercher à savoir si les allocations de ressources provenant de l'application de la T2A à un collectif de patients hospitalisés dans un service de réanimation médicale couvrent les dépenses réelles observées pour le dit service au cours des années 2004 puis 2005 en tenant compte des modifications apportées entre ces deux années. L'année comparative est l'année 2003 au cours de laquelle le budget global était appliqué et où la détermination des allocations potentielles de ressources était basée sur le nombre de points ISA générés par les résumés d'hospitalisations médicales (RSS).

## **RESULTATS**

Les tableaux ci-dessous (1,2,3) mettent en évidence une estimation des charges pour l'année 2003 s'élevant à 9 633 000 €, pour l'année 2004 à 10 768 000 € et pour l'année 2005 à 10 942 000 €

Les ressources qui auraient dû être attribuées à l'hôpital pour couvrir cette charge dans le secteur de réanimation dans l'année 2004 si la tarification à l'activité avait été appliquée à 100% s'élève à 7 773 000 €; Pour l'année 2005, en raison des modifications introduites dans l'application de la T2A à la réanimation, il n'a été possible de faire la simulation que pour les mono-séjours, la somme allouée pour 320 mono-séjours repérés en 2005 est de 3 638 000 € comparativement à 3 775 000 € en 2004 ( tableau 4 ).

Le coût moyen d'une hospitalisation au cours des 3 années d'observation 2003-2004-2005 est : en 2003 (à partir d'une estimation globale sur les points ISA) de **3 600 €**, en 2004 de **13 628 €** selon les règles de tarification de la T2A pour l'année en question et pour les mono-séjours, en 2005 de **11 366 €** selon les règles modifiées entre 2004 et 2005 de la T2A pour les mono-séjours également.

## **DISCUSSION :**

A l'évidence, la tarification à l'activité ne couvre pas la réalité économique des coûts générés par un service de réanimation composé de 22 lits et recevant environ 720 patients par an. Cette tarification est toutefois nettement plus valorisante que celle issue du calcul des points ISA, car elle tient à présent compte spécifiquement de l'activité de réanimation, contrairement à la situation précédente.

Les modifications apportées entre l'année 2004 et l'année 2005 ( application du forfait de réanimation pour tout patient ayant un IGS > à 15 et un acte marqueur, fermeture de la liste des GHS interdisant l'obtention de ce forfait de réanimation, mais diminution de la valeur unitaire du forfait de réanimation à 833 € par rapport à 932 € sur l'année 2004, obtention d'un forfait de soins intensifs de 417 € pour les patients ne répondant pas aux critères IGS>15 et présence d'un acte marqueur) semblent encore insuffisantes car simultanément, les tarifs des GHS ont diminué. Par ailleurs, la complexité d'analyse des multi-séjours rend difficile une mesure simple des allocations de ressources issues des GHS et fait actuellement l'objet d'un travail consensuel pour bien en définir la méthode au niveau du CHU.

## CONCLUSION :

La T2A attribue maintenant un financement spécifique à l'activité de réanimation. Malgré cela, ce financement n'autorise pas à ce jour, malgré les modifications apportées entre 2004 et 2005 une allocation de ressources permettant de couvrir la totalité des frais évalués inhérents à cette activité pour un service de réanimation médicale.

**Tableau 1 : Charges directes années 2003 –2004-2005**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Dépenses de personnel groupe 1 ( K euros )	4 312	4 441	4 896
Dépenses médicales groupe 2 ( K euros )	1 474	2 219	1 767
Dépenses groupe 3-4 Logistique, amortissements	55	70	82
Total charges directes	5 841	6 730	6 745

**Tableau 2 : charges indirectes années 2003 –2004 –2005**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Charges indirectes avec logistique médicale ( K. euros)	2 128	2 261	1 726
Charges logistiques générales ( K. euros)	1 690	1 787	2 503

**Tableau 3 : charges totales service de réanimation médicale et allocation de ressource T2A 2004**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
RSS	<b>740</b>	<b>620</b>	<b>718</b>
Charge totale	<b>9 633</b>	<b>10 768</b>	<b>10 942</b>
Allocation théorique	<b>Estimation ISA 2 596 ( 1.164 x 2.23 )</b>	<b>T2A 7 772</b>	<b>N.A.</b>

**Tableau 4 : recettes réanimation médicale monoséjours**

	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Nombre RSS</b>	<b>620</b>	<b>718</b>
<b>MONOSEJOURS</b>		
Nombre	277	320
€uros GHS	1 201 031	1 191 374
€uros forfaits = EXH	2 574 004	2 445 910
Sommes €uros 1	3 775 035 €	3 637 284 €
<i>Coût moyen hospit</i>	<i>13 628 €</i>	<i>11 366€</i>

**Tableau 5 : coût moyen alloué par hospitalisation ( en euros )**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>3 600</b>	<b>13 628</b>	<b>11 366</b>

