

EPRD T2A

I.	La T2A	1
A.	Les différentes filières	1
B.	La DMS	2
C.	Notion de coût d'un patient.....	2
D.	Inconvénients de la T2A	2
E.	Le recueil d'information.....	3
II.	CREA – CREO.....	3
A.	Fichier commun de structure.....	3
B.	ENCC	4
C.	CREA	4
D.	CREO	4
E.	TCCM (Tableau Coût Case Mix).....	4

I. La T2A

A. Les différentes filières

Repose sur une comptabilité précise de l'activité de soins via le PMSI pour les services MCO (version 11 à partir du 1^{er} Mars), et le PMSISSR pour les services SSR (mais pas de financement réel à l'activité => dotation « globale » = DAF = Dotation Annuelle de Financement).

- En MCO : 28 CMD déclinée en **GHM (=coût)** basées sur l'Echelle Nationale des Coûts (ENC) => Coût moyen constaté par GHM (= Case Mix). 790 GHM environ à ce jour. Les **GHS** (Groupe Homogènes de Séjour) sont un **tarif**.

(RUM => RSS => RSA => GHM => GHS)

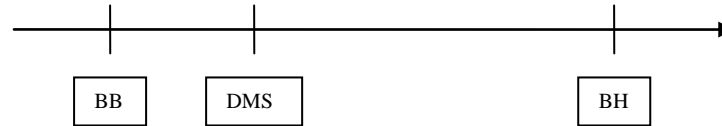
- En SSR : 15 CMC (Catégorie Majeure Clinique) déclinées en 300 GHJ (Groupe Homogène de Journées).

- En psychiatrie : utilisation de la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion). Mise en place du RIMP décliné par la VAP selon 4 volets :

- Volet activité.
- Volet géopopulationnel
- Volet DMI (Dispositif Médicaux Implantables fixé sur une liste révisée annuellement)
- Volet MIGAC

B. La DMS

Exemple du GHM 540 : accouchement par voie basse sans complications (14Z02A).
Donne un tarif : le GHS 5451 de 2381€, pour une durée moyenne de séjour de 4,4 jours, avec une borne basse à 2 jours et une borne haute à 14 jours



Les séjours extrêmes hauts donnent lieu à une tarification spéciale => si une femme reste hospitalisée plus de 14 jours, c'est qu'il y a une complication => changement de GHS. On divise les 2381€ par le nombre de jours => coût unitaire de journée. => Ex. : 75% du coût de journée unitaire du GHS 5451 et on rajoute pour le nombre de jours supplémentaires le tarif du dernier GHS le plus lourd (= changement de service). Un patient peut avoir plusieurs RUM, mais un seul GHS.

Les séjours extrêmes bas sont calculés au prorata du nombre de jours non effectués par rapport à la borne basse (Ex. : transfert dans un autre hôpital avant le 2^{ième} jour).

Notion de contrôle de gestion : Comprendre l'intérêt de l'établissement => arrivé à 4,4 jours, si la durée de séjour est de 12 jours, diminution de l'offre de soins et perte économique de quasiment 2 autres séjours à 2381€.

- intérêt de la **notion de chemin clinique** : Rôle du cadre de santé et du trio de direction de chaque pôle dans le contrôle : mauvaise organisation interne ou externe => trajectoire du patient prédéfinie = agenda du patient.

Site de la MEAH => guide de bonne pratique d'organisation des hospitalisations.

C. Notion de coût d'un patient

En comptabilité analytique, le coût d'un patient se divise en 3 tiers :

« Comptabilité Analytique Hospitalière et T2A » GROLIER, PEYRET, PERARD, éd. ENSP. Voir site MARTAA.

- 1^{er} tiers : charges directes => rattachées au service
 - titre 1 : Personnels du service
 - titre 2 : Dépenses médicales et pharmaceutiques
 - titre 3 : Dépenses générales et logistiques du service
 - titre 4 : Charges de structure
- 2 tiers de charges indirectes : Logistiques et générales (transports, administratives ...), logistique médicale, médico-techniques (imagerie, laboratoire...)

D. Inconvénients de la T2A

Temps administratif et temps de gestion sous estimé : non inclus dans les coûts.

GHS posés sur des principes comptables biaisés au départ => provisions et amortissements utilisés pour modifier le compte de résultat et baisser les coûts (= amortissements des bâtiments sur 100 ans). A ce jour, plus de capacité d'autofinancement et tarifs des GHS fondés sur des coûts irréels.

E. Le recueil d'information

Infos liées au patient : nécessité **d'exhaustivité et d'immédiateté** => Identification, date et mode d'entrée, de sortie...

Infos liées au praticien : => diagnostic, actes réalisés...

- Codage des actes : **Sur site** par le praticien ou les soignants, **en temps réel**.

- Codage des diagnostics : Complet et fiable, centralisé ou par service, sensibilisation des soignants, rôle de contrôle du cadre de santé

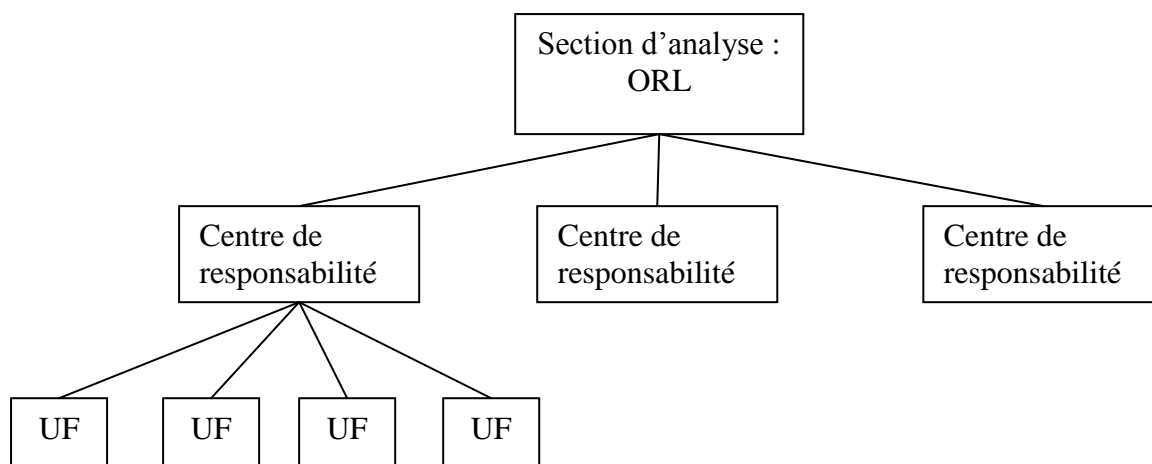
⇒ Impact de la qualité du codage = rôle de contrôle de la direction de pôle

- Mauvais diagnostic principal
- Oubli d'un acte
- Absence de diagnostic associé...

II. CREA – CREO

A. Fichier commun de structure

Fichier informatique qui décline toutes les UF (=attribué pour toute activité disposant de moyens). => UF rassemblées en centres de responsabilités et sections d'analyse :



On obtient les infos de chaque UF en s'intéressant aux dépenses de chaque UF => dépense principale = personnel => nécessité de connaître l'activité précise de chaque agent : Affectation primaire (pôle ORL) et affectation secondaire (= répartition de son temps sur chacune des UF) => répartition des coûts de personnel.

Il faut rajouter les MIGAC => part de l'activité du personnel consacrée à l'activité MIGAC.

Un des rôles du cadre est de recenser précisément l'activité répartie entre UF et MIGAC. Toute modification d'affectation doit être recensée = feuille de mouvement.

B. ENCC

Echelle Nationale Commune des Coûts => rapprochement des tarifications hospitalières privées et publiques.

C. CREA

Comptabilisation des charges directes et indirectes pour obtenir un **coût complet analytique**.

Calcul d'un résultat => comparaison des recettes réelles et des charges réelles :

Exercice 2007		TOTAL POLE	Pôle ACCUEIL		total
1 - DEPENSES DIRECTES			3 - RECETTES		
TITRE 1		2 419 065,23	TITRE 1 : Recettes prises en charge par l'Assurance Maladie		3 214 244,09
Personnel médical		928 272,77	GHS - recettes 100% T2A		519 670,08
Personnel non médical		1 490 792,47			0,00
Autres dépenses de personnel		0,00	Activité externe		212,46
TITRE 2 :		204 344,19	Médicaments coûteux - molécules onéreuses		1 429,40
Sous traitance		16 196,67	Consultations externes part (C + CS + MAJ) T2A 100%		741 504,41
Fournitures et petits matériels		114 432,64	MIGAC		0,00
Médicaments et Produits Sanguins		71 150,81	Actes T2A 100%		352 677,43
Autres dépenses		2 564,07	Sécurité environnement T2A 100%		10 085,05
		0,00	ATU		380 285,26
			Forfait		1 208 380,00
TITRE 3		159 834,86	TITRE 2 : Recettes non prises en charge par l'AMO		385 459,09
Fournitures et petits matériels		43 262,18	Produits hospitaliers		92 118,64
Transports		88 766,83	Consultations externes		292 592,26
Autres dépenses		27 805,85	Autres		748,19
TITRE 4		90 947,90			0,00
Amortissements		89 777,63	TITRE 3 : Recettes subsidiaires		82 390,02
Autres dépenses		1 170,27	Recettes subsidiaires		82 390,02
TOTAL DEPENSES DIRECTES		2 874 192,18			0,00
2 - DEPENSES INDUITES			Recettes Urgences		133 668,04
Fonctions médico techniques		52 983,21	Part de la dotation annuelle complémentaire dévolue aux urgences		0,00
Anesthésie, salle de réveil		0,00	reversement des hospitalisations passées par les urgences		133 668,04
Bloc		0,00			0,00
Laboratoire		0,00	Activité des actes externes en urgence		0,00
Imagerie		0,00			0,00
Rééducation fonctionnelle		0,00	TOTAL DES RECETTES		3 815 761,24
Urgences		52 983,21			
Fonctions logistiques		190 202,59			
Blanchisserie		30 262,36			
Restauration		8 602,44			
Autres dépenses logistiques		151 337,79			
Charges structure et financières		190 202,59			
TOTAL DEPENSES INDUITES		433 388,39			
TOTAL DES DEPENSES		3 307 580,57			
RESULTAT -					-508 180,67

Facile à faire pour les pôles cliniques (T2A, MIG, etc. connus), mais plus difficile pour les unités médico-techniques (car pas de recettes) => d'où création des CREO

D. CREO

Compte de Résultat des Organisations. Pour les pôles médico-techniques et prestataires de services => suivi des dépenses et rémunération en fonction des services fournis aux différents pôles. (= facturation des prestations externes. Ex. : Facturation d'une activité de bloc à un service de chirurgie...).

E. TCCM (Tableau Coût Case Mix)

Case Mix = Eventail d'activité (nombre de GHS * nombre de fois). => on cherche le coût de chaque GHM concerné à Case Mix identique au niveau du service et au niveau national => Ecart => permet une analyse des écarts, en particulier sur le poste des effectifs non médicaux.