



# Comment concilier tarification à l'activité et humanité ?

Dr Pierre Aubas  
DIM - CHRU Montpellier



Département  
d'Information  
Médicale



# Humanité

HUMANITE n.f; (lat. humanitas)

1. Ensemble des hommes, genre humain...
2. Essence de l'homme : nature humaine...
3. Sentiment de bienveillance : compassion, bonté.

Compréhension, altruisme, respect de l'homme dans ce qu'il a d'humain...

# Humanité et relation soignante

L'humanité devrait régir toute relation interhumaine, dont la relation soignante ; elle est consubstantielle de toute relation soignante.

L'humanité revêt une importance particulière dans le relation soignante du fait de son caractère inégalitaire (soignant, soigné) avec deux 'moments' particuliers : l'écoute et la parole (l'échange).

*Point de vue 'éthique'*



# Humanité et prise en charge

L'humanité dans la relation soignante est-elle un des moyens de la performance de la prise en charge au même titre que la compétence ou la technicité ?

Subjectivement la réponse est 'oui'.

Mais qu'en est-il objectivement ?

Existe t'il une échelle, des critères d'humanité ?

Existe t'il des indicateurs de « non humanité » ?

Compétence et technicité peuvent être évaluées.

*Point de vue 'métrologique'*



# Humanité et prise en charge

L'humanité dans la relation soignante consomme du temps et a donc un coût.

Si l'humanité dans la relation soignante est un des moyens de la performance de la prise en charge, alors quelle part du financement lui attribuer ? Pour quel résultat, évalué de quelle façon ?

Financement en concurrence avec celui de la compétence et de la technicité...

*Point de vue 'gestionnaire'*



# Tarifification à l'Activité (T2A)

Financement des établissements de santé en fonction de leur activité exprimée en produits médicaux (prises en charge), les GHM, auxquels sont associés des tarifs.

Diffère d'un financement forfaitaire (budget global), d'un financement des moyens consommés (prix de journée).

S'applique à l'ensemble de l'activité d'Obstétrique



# Produits médicaux en Obstétrique

- 14C02A Césariennes, sans complication significative.  
14C02B Césariennes, avec autres complications.  
14C02C Césariennes, avec complications majeures.
- 14Z02A AVB, sans complication significative.  
14Z02B AVB, avec autres complications.  
14Z02C AVB, avec complications majeures.  
14Z02T AVB, très courte durée.
- 14Z08Z IVG : séjours de moins de 3 jours.
- 15Z05A N-N  $\geq$  2 500 g, sans problème significatif.

*Arrêté 'prestations' du 28 février 2011*



# T2A : détermination des tarifs

1. Calcul des coûts de production moyens par GHM : comptabilité analytique, panel restreint d'établissement au sein de l'ENCC
2. Classement des coûts de production moyens des différents GHM et premier calcul des tarifs en fonction de l'ODMCO.
3. Application aux tarifs de contraintes politiques : incitation à certaines prises en charge, convergence tarifaire (public-privé)
4. Publication annuelle avant le 1<sup>er</sup> mars des tarifs de l'année (*arrêté 'tarif' du 1<sup>er</sup> mars 2011*)

# Exemples de tarif (secteur public)

14C02A Césariennes sans complication significative :  
• 2792,71 € pour un séjour de 3 à 16 nuits

14Z02A AVB sans complication significative  
• 2187,13 € pour un séjour de 2 à 10 nuits

14Z02T AVB, très courte durée  
• 1 094,86 € pour un séjour de 0 ou une nuit.



# Tarifs

Calculés pour couvrir l'ensemble des dépenses nécessaires à la production de la prise en charge :

- personnel médical et paramédical,
- équipement bio-médical,
- dépenses hôtelières et administratives,
- consommables (produits de santé).

Critiques possibles de la méthodologie de calcul des coûts et de détermination des tarifs.



# Tarifs

Destinés à financer une production de prise en charge :

- efficiente en termes de Santé publique,
- pertinente en termes médicaux (pertinence des décisions, respect des bonnes pratiques)
- efficiente en termes médico-économiques (optimisation des moyens utilisés, des organisations et procédures),
- qualitativement optimale (minimisation du risque pour le patient, humanisation de la prise en charge et des conditions de travail).



# Evolution des tarifs

Date	AVB		Césarienne	
	Tarif	Evolution	Tarif	Evolution
15 mars 2006	2168,17		3013,26	
1er septembre 2006	2222,95	2,5%	3064,12	1,7%
1er mars 2007	2236,29	0,6%	3082,51	0,6%
1er mars 2008	2164,31	-3,2%	2983,30	-3,2%
1er mars 2009	2114,17	-2,3%	2959,84	-0,8%
1er mars 2010	2200,34	4,1%	2781,60	-6,0%
1er mars 2011	2187,13	-0,6%	2792,71	0,4%
		0,9%		-7,3%



Département  
d'Information  
Médicale



Comment concilier T2A  
à l'activité et humanité ?

Comment concilier T2A et  
qualité de la prise en charge ?



# Point de vue de financier

La performance médico-économique des prises en charge est-elle optimale ?

Performance médico-économique s'entend en termes :

- de Santé Publique,
- d'équilibre financier de l'établissement,
- de conditions de travail du personnel,
- de qualité de la prise en charge et
- de satisfaction des patients.

L'absence de contre argument chiffré  
vaut réponse négative.



# Rémunération de la performance médico-économique (1)

Césarienne			
DdS	Coût	Tarif	Ecart
0	1679,0	1679,0	0,0
1	1929,0	2050,2	121,3
2	2179,0	2421,5	242,5
3	2429,0	2792,7	363,8
4	2679,0	2792,7	113,8
5	2929,0	2792,7	-136,3
6	3179,0	2792,7	-386,3
7	3429,0	2792,7	-636,3
8	3679,0	2792,7	-886,3
9	3929,0	2792,7	-1136,3
10	4179,0	2792,7	-1386,3
11	4429,0	2792,7	-1636,3
12	4679,0	2792,7	-1886,3

Hypothèses de calcul :

1. Acte de césarienne et suivi des 24 premières heures : 1679 € (déduit de l'échelle tarifaire),
2. Coût moyen journalier de l'hospitalisation : 240 €/j.

Ecart coût-recette favorable jusqu'à J4.



# Rémunération de la performance médico-économique (2)

Césarienne			
DdS	Coût	Tarif	Ecart
0	1679,0	1679,0	0,0
1	1849,0	2050,2	201,2
2	2019,0	2421,5	402,4
3	2189,1	2792,7	603,6
4	2359,1	2792,7	433,6
5	2529,2	2792,7	263,6
6	2699,2	2792,7	93,5
7	2869,2	2792,7	-76,5
8	3039,3	2792,7	-246,6
9	3209,3	2792,7	-416,6
10	3379,3	2792,7	-586,6
11	3549,4	2792,7	-756,7
12	3719,4	2792,7	-926,7

Hypothèses de calcul :

1. Acte de césarienne et suivi des 24 premières heures : 1679 (déduit de l'échelle tarifaire),
2. Coût moyen journalier de l'hospitalisation : 170 €/j.

Ecart coût-recette favorable jusqu'à J6.



# Rémunération de la performance médico-économique

## Réduction de la durée de séjour :

- modification des prises en charge (médicale et organisationnelle),
- limitée si altération de la qualité.

## Réduction des coûts de production des prestations (bloc et salle de travail, hospitalisation, biologie...):

- essentiellement par baisse du coût du personnel (soignant, administratif),
- limitée si altération de la qualité.



# Réduction de la durée de séjour (1)

- Hospitalisation à domicile pour pathologies ante-partum (risque d'accouchement prématuré),
- Sorties précoces après AVB non compliqué,
- Optimisation de la cicatrisation après césarienne (modification des techniques chirurgicales),
- Traitement de la douleur après césarienne,
- Aides à domicile en post-partum (HAD ou autre structure),



# Réduction de la durée de séjour (2)

Date	Durée de séjour	
	AVB	Césarienne
15 mars 2006	4,51	6,82
1er septembre 2006	4,51	6,82
1er mars 2007	4,56	6,93
1er mars 2008	4,56	6,93
1er mars 2009	4,43	6,7
1er mars 2010	4,4	6,6
1er mars 2011	4,36	6,55



# Réduction de la durée de séjour (3)

Libère des nuitées d'hospitalisation :

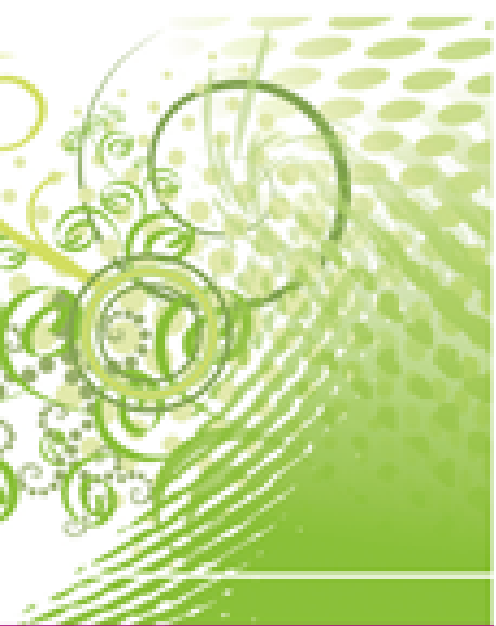
1. Les nuitées sont réutilisées pour de nouvelles prises en charge avec création de richesse,
2. Les nuitées ne sont pas réutilisées (lits 'libres') avec nécessité d'adapter la structure pour une économie de moyens.

Dans les deux cas libération de moyens pouvant être réaffectés.



# Réaffectation des moyens

- Dépendant de *l'état de santé* de l'établissement de soins.
- La réduction de la durée de séjour augmente la charge de travail soignante et peut d'altérer la qualité de la relation soignante.
- Une partie des moyens doit être réaffecté à la prise en charge des patients pour une meilleure qualité.
- A condition que la baisse des tarifs n'obère pas les efforts de performance médico-économique.



# Conclusion

- Aujourd'hui, impression subjective de dégradation de la qualité humaine de la prise en charge (au profit de contraintes financières).
- Cette impression subjective doit être étayée (développement d'outils)
- Une amélioration de la performance médico-économique est sûrement possible.
- Cette amélioration devrait profiter et non dégrader la qualité (humaine) de la prise en charge.
- Il faut pouvoir alerter quand une dégradation de la qualité de la prise en charge peut être objectivée.



**L'hôpital public,**  
on a toutes les raisons **pour** le choisir.



**“Pour concilier  
technicité et humanité”**