

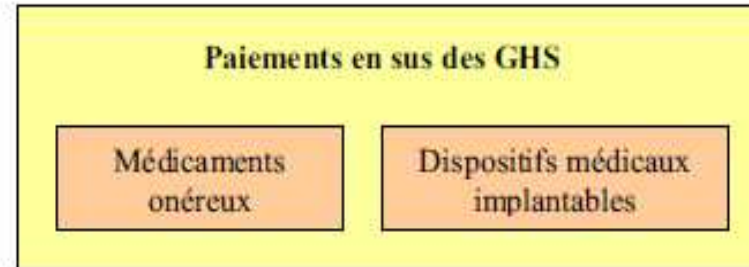
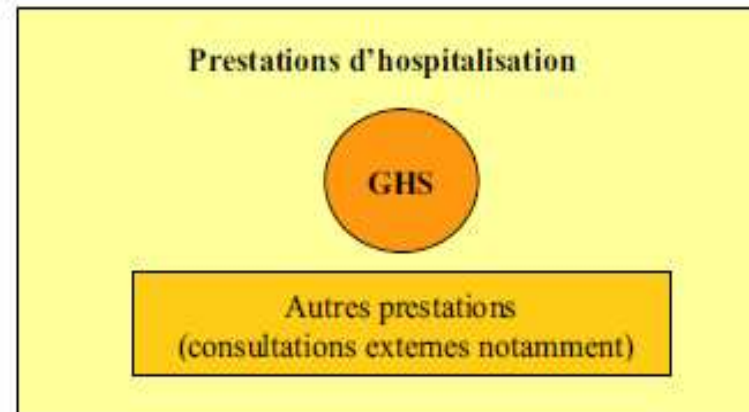
VALORISATION DE L'ACTIVITE EN INFECTIOLOGIE

MIGAC, MERRI, PMSI ...

Dr Stéphane CHADAPAUD
Centre Hospitalier de Hyères

Financement des Etablissements de Santé

Financements directement liés à l'activité



Financements mixtes



Autres financements (dotations)



GHS : groupes homogène de séjour ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aides à la contractualisation ; FAU : forfait annuel Urgences ; CPO : coordination des prélèvements d'organes ; FAG : forfait annuel Greffes

Source : commission des finances, d'après le document réalisé par la MT2A intitulé « La tarification des établissements de santé »

Financements directement liés à l'activité

Tarifs par Séjour (GHS)

avec HAD

Cas particuliers :
Réanimation, IVG,
Prélèvement d'organes,
Soins Palliatifs, Dialyse

Paiements en sus

Médicaments coûteux et
Dispositifs Médicaux
Implantables (DMI)

Tarifs par prestations

Actes externes,
Urgences (Forfait au
passage)

Autres financements Assurance Maladie

Forfaits annuels

Urgences
Prélèvements d'organes (CPO)
Greffes (FAG)

Dotation
annuelle
de
finance
ment
(SSR,
psy)

Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (MIGAC)

Missions d'enseignement, de recherche, de
référence, d'innovation (MERRI)

MIGAC

- Les missions d'intérêt général (MIG) (articles D162-6 à D162-7 du code de la SS)
- Réparties en 2 catégories :
 - les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI**) et les autres missions d'intérêt général (**MIG**) ;
 - l'Aide à la Contractualisation (**AC**).

Les MERRI

- Cette dotation est répartie en trois parts, dont chacune est construite selon des critères propres :
 - La part fixe, proportionnelle a certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure ;
 - La part modulable, calculée en fonction d'indicateurs relatifs a la dynamique et à la valorisation de la recherche, ainsi qu'au nombre d'étudiants ;
 - La part variable qui recouvre à la fois :
 - le financement de structures de soins labellisées
 - celui des activités donnant lieu à des appels à projets et
 - celui des activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs .

Part **modulable** des MERRI

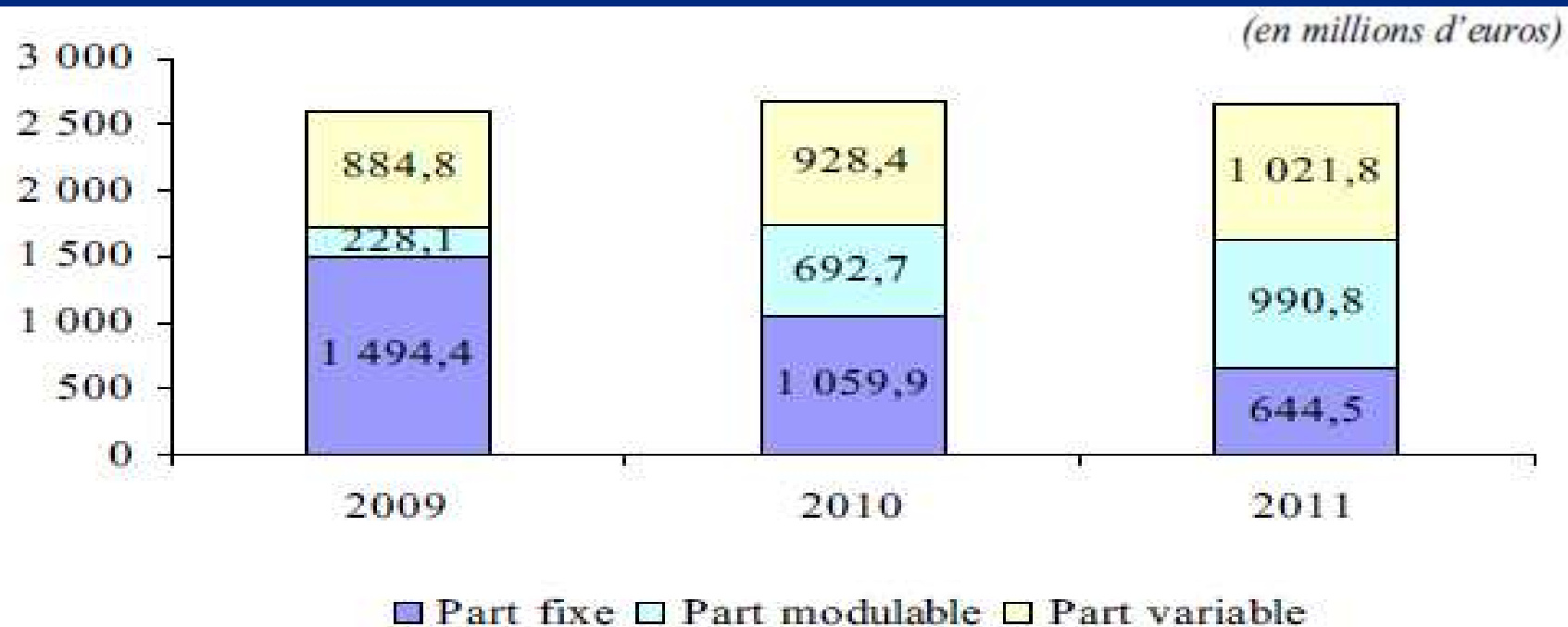
- Quatre indicateurs sont retenus :
 - le *nombre et la qualité des publications référencées* sur les quatre dernières années (57,5 % des financements) ;
 - le *nombre d'étudiants hospitaliers* (29 % des financements), principal indicateur pour rendre compte de l'activité d'enseignement ;
 - le *nombre et le type de recherche* (11,5 % des financements) ;
 - le *nombre de brevets* ayant fait l'objet de dépôt de propriété industrielle (2 % des financements).

Part **variable** des MERRI

(1° de l'article D162-6 du code de la SS)

- La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique (ex : structures d'appui à la recherche clinique) ;
- L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : téléenseignement) ;
- La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares) ;
- Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales, ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs (ex : laboratoires de génétique).

Evolution de l'enveloppe MERRI er de ses sous-enveloppes



Source : commission des finances, d'après les données de la DGOS

En 2011, elle représente **2,6 milliards d'euros**, soit environ 32 % de l'enveloppe MIGAC

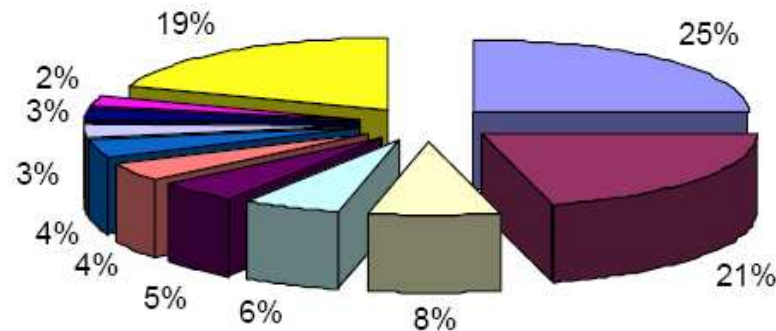
Les autres MIG

Le point commun de l'ensemble de ces activités est la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel :

- soit en raison de l'absence de GHS ou de codifications adaptées dans la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- soit parce qu'elles peuvent difficilement être rattachées à un patient donné.

■ En 2009, 51 MIG « autres »

Répartition 2009 de la dotation des "autres MIG"



- 10 MIG bénéficiaient de > 80% du budget
- SMUR et PDS > 50% du montant
- Puis, SAMU et Précarité
- (PDS et Précarité : 2009)

Les autres MIG

(2°, 3° et 4° de l'article D162-6 et D 162-7 du code de la SS)

Liste fixée depuis l'arrêté du 24 février 2010

■ La participation aux missions de sante publique :

- **Vigilance, veille épidémiologique**, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence (ex : centres antipoison, observatoire national de la fin de vie, centres de coordination des soins en cancérologie...);
- Formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des **équipes pluridisciplinaires** (ex : équipes mobiles de soins palliatifs);
- Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine, pour la part non couverte par des tarifs de cession (ex : conservation des gamètes et des embryons);
- Dispositifs favorisant le maintien des soins de proximité et l'accès a ceux-ci (ex : réseaux de télésanté);
- **Dépistage anonyme et gratuit (ex : CDAG-)** ;
- **Prévention et éducation pour la sante** (ex : actions de prévention et d'éducation thérapeutique);
- Conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes (ex : centres nationaux d'éthique);
- **Veille sanitaire, prévention et gestion des risques lies a des circonstances exceptionnelles;**
- Intervention d'équipes **pluridisciplinaires** (ex : consultations mémoires, actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie...);
- Aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR).

Les autres MIG

(2°, 3° et 4° de l'article D162-6 et D 162-7 du code de la SS)

Liste fixée depuis l'arrêté du 24 février 2010

- La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
 - Politique hospitalière (ex : participation à l'étude nationale de coûts : ENC)
 - Dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - Coopération internationale en matière hospitalière.

- La permanence des soins hospitalière (PDSH).

- La prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

- La prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires).

- La prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

- La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

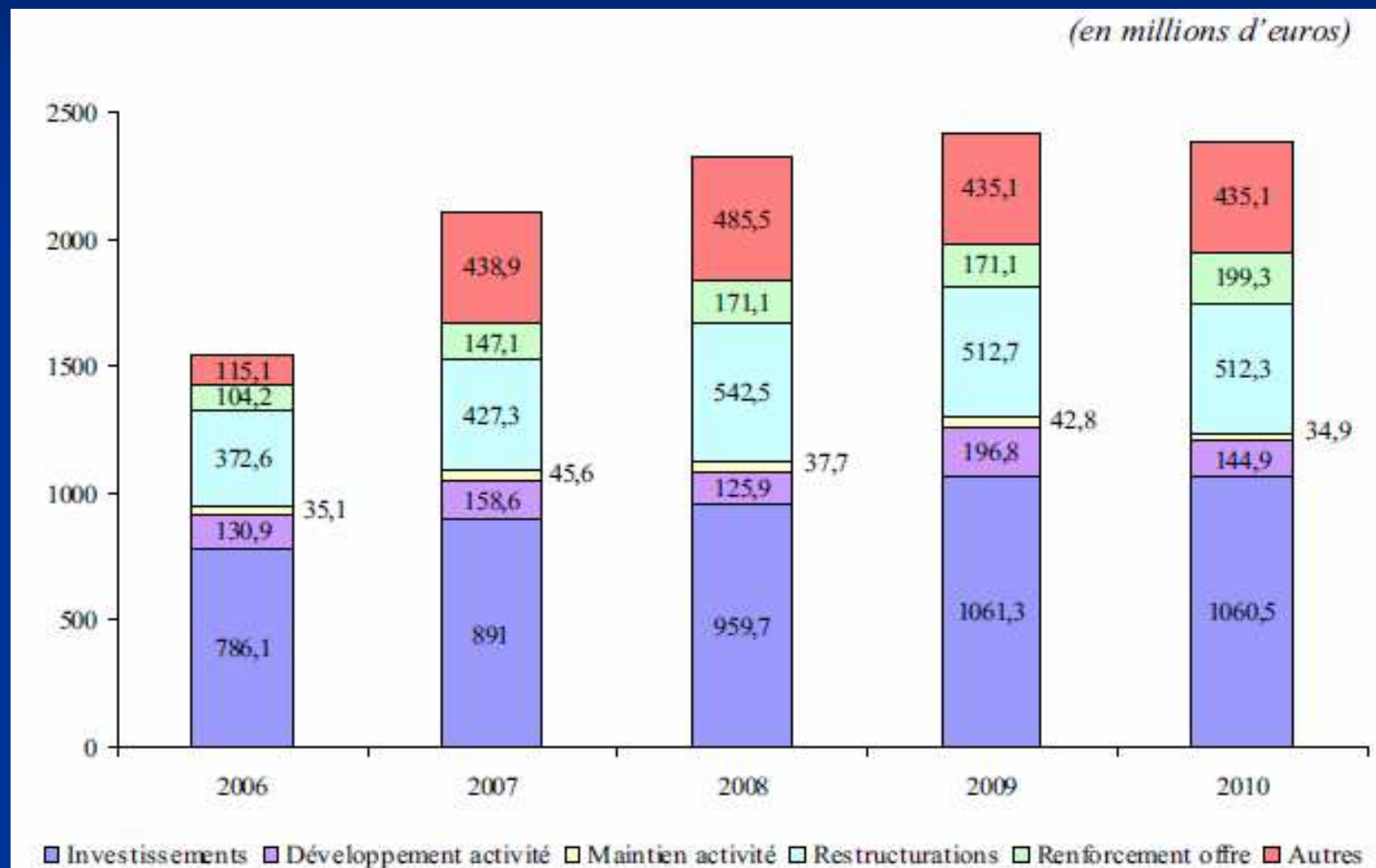
Les Aides à la Contractualisation (AC)

- Dotation :
 - Contours les plus souples
 - A croissance la plus importante :
 - Quasi doublement depuis 2005.
 - Représentait en 2010 près du tiers de l'enveloppe MIGAC dans son ensemble
- Conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins et accompagner la montée en charge du modèle de financement T2A.
- En 2010, les deux principaux postes de dépenses au titre des AC ont été :
 - Le financement de l'investissement (environ 44 % de l'enveloppe)
 - Le soutien aux restructurations et à l'accompagnement des établissements déficitaires (21 % de l'enveloppe).

6 catégories d'AC

- **Développement de l'activité**
 - Aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes ;
- **Maintien d'une activité déficitaire identifiée comme telle dans le SROS**
 - Absence d'équilibre économique de l'activité, sous-densité de l'offre ;
- **Amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens) ;**
- **Restructurations et soutien aux établissements déficitaires**
 - Dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier par exemple;
- **Investissements**
- **Autres aides**
 - Compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire, développement de la culture à l'hôpital, politiques ponctuelles telles que le développement du nombre d'internes accueillis en stage.

Evolution de l'enveloppe AC et de ses sous enveloppes



Source : commission des finances, d'après les données de la DGOS

Liste des possibilités de financement au titre des MIG issue de l'arrêté du 13 mars 2009
modifié par l'arrêté du 24 février 2010

Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la
sécurité sociale

■ 1° Au titre de la recherche médicale et de l'innovation :

- Les structures d'appui à la recherche clinique, notamment les centres d'investigation clinique, les centres d'épidémiologie clinique et les centres d'investigation technologique ;
- Les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique ;
- Les actions de recherche faisant l'objet d'un contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et technologique et les établissements de santé ;
- Les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ;
- Les délégations interrégionales à la recherche clinique.

■ 3° Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées :

- Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) mentionnés à l'article D. 3121-34 du code de la santé publique ;
- Le centre national d'aide à la prise en charge des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles ;
- Les pôles de référence hépatite C ;
- Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ;
- Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.

Recommandations

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des finances (1) sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC),

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,

Sénateur.

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

1) **Affiner le périmètre des MIGAC** en vérifiant continuellement la pertinence de ces dotations à demeurer en retrait de la T2A

2) **Clarifier l'articulation entre l'enveloppe MIGAC et d'autres supports de financement des établissements de santé**, notamment le FIQCS et le FMESPP, et mettre en place un suivi consolidé de ces dotations

3) **Mieux maîtriser l'enveloppe MIGAC**, et plus particulièrement son volet « aides à la contractualisation », sauf à s'éloigner de la finalité recherchée par la réforme de la T2A

4) **Approfondir la piste de réflexion tendant à la mise en place d'un nouveau sous-objectif de l'ONDAM relatif aux MIGAC**

5) **Poursuivre l'évolution des modalités d'allocation des dotations MERRI**, ce qui passe notamment par l'accentuation du redéploiement des crédits du socle fixe vers la part modulable et la part variable ; l'enrichissement et la révision progressive de la pondération des indicateurs retenus pour la fixation de la part modulable ; le développement de la procédure d'appels à projet

6) **Renforcer les travaux de modélisation des autres missions d'intérêt général**, élément nécessaire à la transparence, l'équité et l'homogénéité de la répartition des moyens entre établissements

7) **Stabiliser et veiller à une allocation plus transparente des dotations « aides à la contractualisation »**

8) **Orienter le pilotage des dotations MIGAC vers une allocation par la performance**, en donnant aux agences régionales de santé les moyens matériels et humains leur permettant de s'éloigner d'un dispositif de reconduction de budgets historiques

9) **Dresser un bilan régulier de la contractualisation entre les ARS et les établissements de santé**, ainsi que de la bonne application par les agences des référentiels de coût mis à leur disposition

10) **Sur la base du retour d'expérience de 2011, envisager la généralisation de la justification au premier euro des MIGAC**

11) **Intensifier les efforts de rééquilibrage géographique des dotations régionales**

12) **Prendre en compte les difficultés engendrées, au niveau des établissements de santé, des mesures de gel des dotations MIGAC, décidées en début d'exercice**

Que faire sur le terrain ?

... Travailler avec le DIM

PMSI - V11c - Mars 2011

Modifications liste des CMA (N = 1354)

- CMA supprimées - N = 699
- Nouvelles CMA - N = 143
- Autres modifications parmi la liste des CMA - N = 512
 - 50 nouveaux codes → niveau 2
 - 119 codes augmentent de niveau
 - 343 diminuent de niveau

Codage PMSI

- Après la fin du séjour
- Codage diagnostics traduisant sans les interpréter les éléments du dossier du patient (courrier ++, CRO, observation, dossier de soins, alertes automatiques ou non, résultats d'examens)
- Codage des actes par le praticien au fil de l'eau
- Utilisation de la CIM10, du Guide méthodologique à jour et de ses annexes
- Codages DP, DAS, DR, DD, actes CCAM
- Groupage en fin de codage

RUM

- RUM : Le DP est l'affection ayant motivé l'admission dans le service, diagnostic à la sortie du service
- Un RUM par mouvement au cours du séjour
- Le DP du séjour entier est calculé par le groupeur, règles complexes, favorisant le premier mouvement et les actes chirurgicaux
- Le DP et les actes orientent le séjour dans un GHM (ex: 07M07 : cirrhose alcoolique)
- La précision dans le diagnostic améliore toujours la valorisation (ex : hémiplégie vs hémiplégie *flasque*, pneumopathie vs pneumopathie *bactérienne*)

CMA et niveaux de gravité

- Les DAS (ayant alourdi la prise en charge au cours du séjour) peuvent constituer des comorbidités
 - classées en quatre niveaux de sévérité (ex: 07M071 à 07M074)
- De nombreuses comorbidités sont exclues par le DP, surtout si elles appartiennent à la même spécialité médicale.
- Les niveaux de différentes CMA **ne sont pas additionnables**. Il faut au moins une CMA de niveau X pour atteindre le niveau X pour le GHM.
- L'âge peut être une comorbidité pour certains DP

Nouvelles CMA remarquables (1→2)

Médecine

- **E. coli** ← *infection urinaire*
- Hypovolémie ← *déshydratation*
- Hypokaliémie < 2,5
- Déséquilibres hydro-électrolytiques NCA ou SAI
- **Fatigue post-virale**
- Prurits ano-génitaux
- Ulcère de décubitus stade 1 ← *escarre stade rougeur*
- Ulcère de décubitus SAI ← *escarre sans précision*

Nouvelles CMA remarquables (1→2)

Obstétrique - Pédiatrie

- Eclampsies
- Nouveau-né affecté par complications de la grossesse (dont oligoamnios, hydramnios, RPM)
- Hypoxie intra-utérine
- Ictère néonatal
- Vomissements du Nouveau-né, régurgitations et mérycisme
- Naissance gémellaire
- Naissance unique enfant vivant

Nouvelles CMA remarquables (1→2)

Chirurgie

- Contusion hanche, contusion cuisse
- Plaie cheville, orteil, pied
- Brûlure peu étendue <10% surf corporelle

CMA augmentées (2→3)

Médecine

- **Encéphalites virales (à virus identifié)**
- Compression médullaire
- Ulcère gastrique compliqué
- Melaena
- **Escarre stade 2**
- Chondrocalcinose
- **Infection sur sonde urinaire**

CMA augmentées (3→4)

Médecine

- Anorexie mentale
- Etat de mal épileptique
- Ulcères duodénaux compliqués
- **SARM**
- Infection sur prothèse vasculaire

CMA fortement augmentées

- (1→3)
 - Syndrome de glissement
 - Soins palliatifs
 - Brûlures étendues
- (1->4)
 - Pathologies en réanimation néonatales
 - Gelures étendues

Ne sont plus des CMA (non exhaustif)

- VIH
- Cancers et leucémies
- Hyperthyroïdie
- Alcoolisme, toxicomanie
- Maladie d'Alzheimer
- Sclérose en plaque
- Polynévrites
- Ulcères gastroduodénaux non compliqués

CMA diminuées à fort impact (3→2)

Médecine

- Toutes les démences vasculaires
- AVC type hémorragies sous-durales
- Ulcères variqueux
- **Pneumopathies**
- Hémorragie gastro-intestinale SAI

CMA diminuées à fort impact (3→2)

Chirurgie

- Plaie de hanche, de cuisse
- Brûlures tête et cou
- Brûlures tronc, poignet, main
- Surveillance d'iléostomie et de colostomie
- Lésion traumatique intracrânienne

CMA diminuées à fort impact (4→3)

Réanimation

- Choc septique
- SRIS avec défaillance d'organe
- Détresse respiratoire du Nouveau-né

Stratégies d'optimisation

- Un séjour pour une affection
- Muter le patient en chirurgie avant de l'opérer
- **Ecourter les durées de séjour** (bornes hautes augmentées)
- Augmenter la précision descriptive dans les courriers
- **Décrire** toutes les lésions traumatiques
- Tracer les mesures aggravantes (**isolement prophylactique** : Z29.0)

Cystite – Infection urinaire

- En cas de signes cliniques urinaires notifiés (pollakiurie, dysurie)
 - Nommer l'infection Cystite aigüe (DAS niveau 2)
- Dans les autres cas, parler d'infection urinaire basse

Isolement prophylactique

Z29.0, DAS niveau 2

- Protecteur ou infectieux
- **Doit être notifié** dans le dossier médical et infirmier, prescrit, tracé
- Encore mieux s'il est signalé dans le courrier de sortie

Courriers de sortie

- Etre le plus précis possible dans les expressions diagnostiques.
- Les codes « pneumopathie », « pneumopathie bactérienne » et « pneumopathie à *Streptococcus pneumoniae* » ne conduisent pas à des tarifications identiques (idem pour les gastro-entérites).
- L'identification de l'agent infectieux est souvent rémunératrice.

Exemples

Décrire les actions
Préciser les diagnostics
Préciser l'état

Décrire les actions

- Femme de 80 ans, DNID, HTA. Séjour de 11 jours
- DP : Méningite à méningocoque → A39.0 + G01

 **01M05 2**(âge) → 5 600 euros

- Isolement prophylactique → Z29.0

 **01M05 3** → 8 300 euros

Préciser les diagnostics

- Femme de 78 ans, DID, Alzheimer, Hépatite C. Séjour de 21 jours
- Ostéite du sternum sur radionécrose post radiothérapie ancienne pour cancer du sein. Pyocyanique sensible
- DP : Ostéomyélite chronique → M86.68

■ DID et/ou démence :  **08M32 2**(âge) → 4 900 euros

 **08M32 3** → 6 400 euros

■ Pyocyanique responsable

 **08M32 4** → 8 900 euros

Préciser l'état

- Homme de 74 ans, DNID, insuffisance cardiaque. Séjour de 16 jours, antibiothérapie par PAC, VAC.
- Ostéite ischiatique à *E. coli* sur escarre
- DP : Ostéomyélite chronique → M86.15

↳ **08M31 2** (âge) → **5 500 euros**

- *E. coli* et/ou pose de PAC (Z 45.2)

↳ **08M31 3** → **7 300 euros**

- Etat grabataire (R 26.30) et/ou escarre stade IV

↳ **08M31 4** → **11 400 euros**