

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-Direction des affaires financières

Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins

Paris, le 23 septembre 2005

Personne en charge du dossier:
Dr Claude MARESCAUX
Téléphone: 01 40 56 43 89
Télécopie : 01 40 56 5045
claude.marescaux@sante.gouv.fr

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

A Madame, Monsieur le Directeur de l'Agence régionale de
l'hospitalisation

Pour information des établissements ayant une activité de
psychiatrie

Objet Expérimentation du PMSI en psychiatrie - travaux portant sur la construction de la
valorisation de l'activité en psychiatrie, VAP.

Annexe : valorisation de l'activité en psychiatrie : rapport d'étape.

Mise en place en 2002 par la circulaire DHOS/E3/2001/n°625 du 19 décembre 2001, l'expérimentation du PMSI en psychiatrie a été complétée, en juin 2004, par un recueil des actes médico-soignants et médico-techniques ainsi que par un recueil des consommations médicamenteuses. Ce recueil a permis de constituer une étude des coûts directement attribuables au patient. La finalité de cette étude de coûts directs était de mesurer à nouveau la capacité explicative des coûts de la classification médico-économique des groupes homogènes de journées (GHJ), ainsi que celle de chacune des variables recueillies au sein des résumés d'information standardisés (RIS).

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a récemment présenté les premiers résultats de ces mesures aux membres du comité de pilotage de la valorisation de l'activité ainsi qu'aux membres du comité consultatif associé. Suite à cette présentation et aux discussions qui ont suivi, un rapport de synthèse sera rédigé par l'ATIH, et mis à disposition sur son site Internet. La mise à ligne de ce rapport de synthèse est programmée pour la fin du mois de septembre 2005.

Concernant la valorisation de l'activité en psychiatrie, vous trouverez ci-joint un rapport d'étape qui présente les travaux réalisés jusqu'au mois de juin 2005 par le comité de pilotage. Ces travaux, portant sur l'élaboration du futur modèle de financement de la psychiatrie vont se poursuivre, en intégrant les enseignements issus des résultats de l'expérimentation. D'ores et déjà, un certain nombre de pistes sont explorées, pour lesquelles la généralisation d'un système d'information médicalisé et standardisé en psychiatrie est indispensable.

Pour ce faire, j'ai chargé l'ATIH de proposer, avec l'appui des professionnels représentés au sein d'un groupe technique, les modalités de mise en oeuvre de ce recueil d'information. Le comité de pilotage et le comité consultatif associé valideront le contenu et la périodicité de ce

recueil d'information, qui sera, en outre, un outil au service des établissements de santé eux même et un outil à la disposition des autorités de tutelle, pour la planification et l'organisation des soins. La date envisagée pour la généralisation de ce recueil d'information est le 1 juillet 2006.

Je vous demande de bien vouloir transmettre ces informations aux établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, et tout particulièrement aux établissements expérimentateurs, que je remercie vivement pour leur engagement dans cette démarche.

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOUDARITES
DHOS, Mission TARIFICATION A L'ACTIVITE**

**COMITE DE PILOTAGE DE LA VALORISATION DE L'ACTIVITE EN
PSYCHIATRIE**

VALORISATION DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE : RAPPORT D'ETAPE

1 RAPPEL DU CONTEXTE

Depuis 1989, des travaux sont en cours pour la mise en oeuvre, en psychiatrie, d'un programme spécifique de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). A la différence des autres champs de l'hospitalisation (MCO et SSR), il n'existe pas encore, en 2005, de recueil d'information PMSI généralisé à l'ensemble des établissements. La construction d'un système d'information médico-économique en psychiatrie est complexe et a donné lieu à deux expérimentations successives dont la deuxième, ayant démarré en 2002, est toujours en cours.

Avec la mise en oeuvre de la tarification à l'activité en MCO, il est apparu indispensable de doter rapidement la psychiatrie d'un outil de valorisation médico-économique de l'activité, qui permette de faire évoluer son mode de financement. En octobre 2004, le comité de pilotage du PMSI en psychiatrie, s'est vu confier, par le Ministre, la mission de lui proposer un modèle pluraliste de financement pour la fin de l'année 2005.

La valorisation de l'activité en psychiatrie est le nom donné au futur modèle pluraliste de financement de la psychiatrie, dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé.

Le comité de pilotage (COPIL) a pris le nom de comité de pilotage de la VAP. Le comité consultatif associé (CCA), composé de représentants des syndicats des psychiatres salariés, est informé et consulté sur les travaux du COPIL.

2 COMPTE RENDU DES TRAVAUX REALISES

A ce jour, et depuis la lettre du ministre, le COPIL s'est réuni 3 fois: en décembre 2004, en février et en avril 2005,

2.1 Lors de la réunion de décembre 2004:

Les organisations institutionnelles représentées au COPIL (conférences et fédérations) ont fait part de leurs propositions pour une tarification à l'activité construite sur un schéma cohérent avec celui du MCO, mais adapté à la spécificité de la psychiatrie.

- La conférence des présidents de CME de CHS, à l'origine du concept de VAP, avec la FHF, l'ADESM et les deux fédérations d'usagers en santé mentale, l'UNAFAM et la FNAP-Psy, ont présenté leur modèle. Plusieurs compartiments de financement sont proposés:

- un compartiment de financement proportionnel aux populations desservies (prenant en compte leurs caractéristiques géo-économiques)¹;
- un compartiment « coûts fixes des structures »;
- un compartiment tarification à l'activité, fondé sur un recueil d'activité PMSI simplifié;
- un compartiment concernant les médicaments et les dispositifs médicaux.

Il est proposé, en outre, que la part activité ne dépasse pas 20 % de l'ensemble du budget, avec une montée en charge progressive.

- La FEHAP et l'UNIOPSS, pour le secteur associatif, proposent des prix de journées nationaux par grande unité de prise en charge (hypothèse formulée dans le cadre des travaux du comité de pilotage, en 2003). Ces deux fédérations demandent que le modèle de financement tienne compte du différentiel de charges entre le secteur public et le secteur associatif. Enfin, elles proposent un autre nom pour le modèle de financement: « Valorisation économique de l'activité en psychiatrie, VEAP ».

- L'UNC Psy et la FHP constatent que le secteur privé lucratif est déjà financé à l'activité et expriment le souhait d'aller vers la convergence public/privé afin de pouvoir comparer les activités en psychiatrie, lorsqu'elles sont effectivement comparables. Par ailleurs, l'UNC psy et la FHP souhaitent que le secteur privé lucratif ne soit pas être exclu du compartiment « financement proportionnel à la population ».

- Les représentants des CHU (Conférence des directeurs généraux de CHU et conférence des présidents de CME de CHU) souhaitent une simplification du recueil d'information et la mise en oeuvre d'un modèle de financement à l'activité pour l'hospitalisation et l'ambulatoire, selon des tarifs arrêtés nationalement, lequel serait complété par une dotation annuelle pour des missions d'intérêt général

A la suite de la présentation de ces contributions² un débat s'est instauré autour des éléments suivants:

- justification et outils de calibrage du compartiment de financement proportionnel à la population.
- justification d'un compartiment médicaments coûteux;
- parts respectives des compartiments de financement.

2.2 Lors de la réunion de février 2005:

Les services de la DHOS, la MT2A et l'ATIH ont présenté, en amont du modèle proposé par la conférence et ses partenaires, trois grandes modalités de financement³

- Un financement à l'activité prépondérant;
- Un financement par dotation prépondérant;

¹Ce compartiment concerne privé et public dans la nécessaire définition d'une enveloppe régionale des dépenses de psychiatrie et en second rang, plus particulièrement les établissements qui ont charge de la sectorisation

²Toutes les contributions écrites sont jointes en annexe n°1. Les contributions des autres membres du COPIL ont été apportées oralement.

³Document joint en annexe n°2

- Un modèle mixte, traitant différemment l'hospitalisation de l'ambulatoire.

Chaque modalité est présentée selon le plan suivant:

- une description rapide;
- les pré-requis en terme d'outils ou d'indicateurs nécessaires;
- les impacts;
- les travaux à réaliser;
- Les délais de mise en oeuvre.

Ces trois modalités, qui utilisent des outils communs, dont le recueil d'information standardisé, peuvent faire l'objet d'une mise en oeuvre successive, au fur et à mesure que ces outils seront prêts. Elles ont en commun de prévoir un compartiment de financement des missions d'intérêt général, ouvert à tous les secteurs de l'hospitalisation publique et privée, sectorisée ou non sectorisée.

Le modèle mixte n'a pas retenu l'attention des membres du COPIL, ni celle des membres du comité consultatif associé, consulté systématiquement sur les mêmes sujets.

2.3 Lors de la réunion du mois d'avril 2005:

Plusieurs modèles étrangers de financement de la psychiatrie ont été présentés. Ces exposés ont été l'occasion d'un débat sur la capacité des systèmes de classification de patients médico-économiques à prédire les coûts en psychiatrie, et sur la place des autorités régionales de tutelle dans la régulation de l'offre de soins par les tarifs ou le financement des établissements,

A la fin de cette réunion, la mise en oeuvre de cinq chantiers spécifiques a été annoncée.

Trois chantiers sont en cours:

- **veille sur les expériences étrangères de financement de la psychiatrie par la tarification à l'activité.**
- **identification et valorisation des missions d'intérêt général en psychiatrie;**
- **repérage, à partir des expériences des ARH, d'indicateurs médico-économiques permettant de répartir les dotations des établissements.**

Les autres chantiers, encore en gestation, concernent:

- l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers;
- L'adaptation, à la psychiatrie, des outils de retraitement comptable et de comptabilité analytique

3 BILAN ET PERSPECTIVES

3.1 Concernant le modèle global de financement:

A la lumière des travaux antérieurs et de tous les échanges qui se sont déroulés au cours de ces trois réunions récentes, certaines questions se posent:

- Au delà d'un calibrage national de tarifs, quelle marge de manoeuvre financière doit-on donner aux ARH pour réguler l'offre de soins, notamment en psychiatrie, compte tenu de son articulation nécessaire avec le secteur social et médico-social?

- Même si les résultats de l'expérimentation ne sont pas encore connus, il existe une forte présomption (au vu notamment des travaux étrangers) que les seules caractéristiques médicales du patient et de sa prise en charge en psychiatrie ne soient pas suffisantes pour «prédire» un certain niveau de consommation de ressources. D'autres facteurs interviennent dans la formation des coûts, à savoir:

- Les caractéristiques de l'établissement: CHS, CH, CHU, clinique, sa mission éventuelle d'enseignement, son environnement géographique (rural, urbain);
- Les caractéristiques de l'unité médicale qui prend en charge le patient (unité polyvalente ou unité spécialisée);
- les caractéristiques de la population prise en charge (caractéristiques socio démographiques et socio-économiques).

Une fois cette présomption démontrée, il sera nécessaire de calibrer d'autres indicateurs que ceux liés au PMSI dans le modèle budgétaire. Le modèle américain de MEDICARE est un exemple de ce type de financement basé sur plusieurs critères.

- Pour les professionnels et les usagers l'ayant proposé, un compartiment de financement basé sur la population introduit une équité républicaine d'accès aux soins pour les populations et renvoie, notamment, aux missions de secteur en psychiatrie, missions de soins, de prévention et de réinsertion, articulées sur le concept de population à prendre en charge. Il reste à préciser quels indicateurs seraient susceptibles de permettre le calibrage de ce compartiment. Les travaux portant sur les missions d'intérêt général, ainsi que les résultats d'une enquête, en cours de réalisation, portant sur les besoins en santé mentale et pilotée conjointement par la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, devraient permettre de clarifier ce sujet.

- Les modalités de financement des médicaments coûteux et des charges fixes liés à la permanence des soins restent à définir en fonction du modèle de financement et plus particulièrement en fonction de l'outil qui permettra de financer la part activité.

3.2 Concernant le calendrier de généralisation:

- La confrontation du recueil d'information standardisé avec le recueil d'actes permettra de décider du contenu du recueil d'information à généraliser. Même s'il est impossible, aujourd'hui, d'annoncer un calendrier précis pour cette généralisation (si possible le 1 juillet 2006), il est de toutes façons souhaitable de généraliser le recueil de la grille EDGAR pour l'activité externe.

- La question de l'allègement du recueil passe par une analyse de la capacité explicative des coûts de chaque variable du recueil hebdomadaire. Il importe cependant de ne pas oublier que certaines informations, et notamment les diagnostics, ont un intérêt descriptif bien au delà de l'intérêt médico-économique. Par ailleurs, la question se pose de l'intérêt de maintenir le recueil hebdomadaire, si aucun changement significatif de la description du patient et de sa prise en charge, d'une semaine sur l'autre, n'est constatée.

ANNEXES:

Annexe n°1 contributions écrites des membres du COPIL de la VAP, pour le futur modèle pluraliste de financement de la psychiatrie.

- Contribution commune de la conférence des présidents de CME de CHS, de la FHF, de l'ADESM, de l'UNAFAM et de la FNA-Psy.

- Contribution commune de la FEHAP et de l'UNIOPSS

-Contribution de la conférence nationale des Directeurs généraux de CHU.

Annexe n° 2 : Proposition de modèles de financement

Document DHOS, MT2A et ATIH, présentant 3 modèles de financement pour la psychiatrie, avec, pour chacun, les pré-requis, les impacts et les travaux à réaliser.

ANNEXE n° 1:

Contributions écrites des membres du COPIL

Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients Psy
FNAP-Psy
Association des Etablissements gérant des secteurs de Santé Mentale
UNAFAM

Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Ce document de travail s'est efforcé de rassembler les orientations générales sous-tendues par le modèle pluraliste de la VAP en tenant compte des premiers enseignements positifs de l'expérimentation PMSI (recueil de l'activité ambulatoire) mais également de ses limites, et en formulant un certain nombre de propositions et d'hypothèses qui restent bien entendu à approfondir et à tester selon un calendrier réaliste dans le cadre de ce nouveau chantier dont chacun mesure les enjeux pour l'avenir de la psychiatrie.

QU'EST-CE QUE LA VALORISATION DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE (VAP)

C'est un modèle pluraliste de financement des établissements publics et privés ayant une activité de psychiatrie. Il suppose que l'enveloppe de la psychiatrie soit individualisée.

4 - EN QUOI LA VAP EST—ELLE PLURALISTE

Parce qu'elle prévoit un financement constitué de 4 compartiments

- 1/ un compartiment de financement proportionnel aux populations desservies (prenant en compte leurs caractéristiques géo—économiques)⁴
- 2/ un compartiment « coûts fixes des structures »
- 3/ un compartiment tarification à l'activité, fondé sur un recueil d'activité PMSI simplifié
- 4/ un compartiment concernant les médicaments et les dispositifs médicaux.

⁴Ce compartiment concerne privé et public dans la nécessaire définition d'une enveloppe régionale des dépenses de psychiatrie; et en second rang, plus particulièrement les établissements qui ont charge de la sectorisation

5 - POURQUOI EST—ELLE PLURALISTE

Pour introduire plus de souplesse dans le dispositif et tenir compte de certaines spécificités de la psychiatrie.

6 - EN QUOI LES ALTERNATIVES AU MODELE PLURALISTE DE LA VAP POSENT-ELLES PROBLEME

- 1/ le budget global n'incite pas à l'initiative ;
- 2/ en psychiatrie, une tarification à l'acte prépondérante aboutirait à augmenter les inégalités ; en effet, l'offre induisant largement la demande dans cette spécialité, les établissements et régions déjà bien dotés seront naturellement producteurs de la plus grande activité ;
- 3/ une budgétisation exclusive à la structure (avec des équipements type) ne tarderait pas à constituer des rentes de situations ; de même, un financement uniquement fondé sur les euros par habitant ;
- 4/ l'idéal que représente une tarification à la pathologie (telle celle utilisée pour le PMSI en MCO) n'est pas accessible actuellement pour des raisons techniques (diagnostic peu prédictif de la réponse nécessaire et rôle majeur de l'entourage socio—familial du patient).

7 - EST-CE QUE LA VAP EST UN MODELE FERME

Non, c'est un projet ouvert, qui doit être travaillé collectivement. Il se contente de proposer des principes de base.

Ses principes réalistes visent à faire sortir de l'impasse dans laquelle ils se trouvaient depuis plusieurs années les projets de description des services rendus et de financement de la psychiatrie. Ils doivent maintenant être mis en oeuvre et testés.

Il n'existe donc pas aujourd'hui de modèle achevé ou fermé de la VAP.

8 - QUELLE EST LA JUSTIFICATION DE CHACUN DES COMPARTIMENTS DE LA VAPJ

1 / Le compartiment « per capita » introduit une équité républicaine d'accès aux soins pour les populations et renvoie aux missions de secteur en psychiatrie, missions de soins, de prévention et de réinsertion articulées sur le concept de population à prendre en charge.

2/ a) Le compartiment «coûts fixes des structures » (équipements de base) introduit la planification dans le modèle ; quelle que soit la région, sa démographie et sa géographie, il est nécessaire d'offrir au public un certain nombre de services qui ont des coûts fixes de structure, notamment pour assurer la permanence des soins.

b) Ce compartiment peut également financer des initiatives innovantes, ainsi que des activités de réseau formalisées, et s'inscrire dans une enveloppe de type MIGAC de même nature que celle retenue pour le MCC.

3/ Le compartiment tarification à l'activité permet d'ajuster le financement « au plus près ». Il contribue à stimuler les établissements.

4/ Le compartiment concernant les médicaments et les dispositifs médicaux permet de protéger ce type de dépenses même si par rapport au budget, ces dépenses sont peu importantes, leur croissance très rapide 10 à 20 % par an, peut poser des problèmes dans un contexte budgétaire serré, dans les cas où les dépenses de médicaments montreraient une

forte variabilité au sein d'un ou de plusieurs groupes de la classification des prises en charge

9 - LA PART REVENANT A CHACUN DES COMPARTIMENTS EST-ELLE DEFINIE ?

Non. Cette part doit être définie à travers des modélisations—test. Chacun est encouragé à participer à la réflexion par des expérimentations. Toutefois, selon des appréciations d'origines diverses et convergentes, le compartiment activité pourrait peut-être concerner à terme 20% avec une montée en charge progressive commençant à 10 % la première année.

10 - SUR QUOI VA SE FONDER LE RECUEIL SUSCEPTIBLE D'ALIMENTER LE COMPARTIMENT TAA ?

Il se fonde d'abord sur un principe: la faisabilité, l'acceptation par la profession. Jusqu'à récemment, la démarche consistait à mettre au point un système dont découlait un recueil de données ; ce recueil devait s'imposer aux établissements quelle que soit sa complexité.

La démarche de la VAP est inverse : on part d'un recueil dont on sait expérimentalement qu'il est faisable, on valide la qualité des données recueillies et on tente d'utiliser les variables de ce recueil dans un projet médico—économique.

11 - CONCRETEMENT. COMMENT POURRAIT SE FAIRE LE RECUEIL A VISEE TAA DE LA VAP ?

1/ Il convient d'abord de mettre à niveau les systèmes d'information médicale, en sortant de la dichotomie établissement expérimentateur PMSI I établissement non expérimentateur;

2/ Le plus naturel consiste à réfléchir à la mise en place d'un recueil PMSI simplifié aux variables dont la pertinence médico—économique est avérée

3/ On ne demandera pas de recueillir des données dont l'exploitation ne sera pas garantie toutes les données recueillies seront exploitées et feront l'objet d'une restitution

4/ Le système sera rendu plus lisible pour les professionnels

5/ Le système sera rendu plus fiable par une réflexion en profondeur sur la qualité des données ; la vérification de la qualité et de l'exhaustivité devra faire l'objet de procédures de contrôle

6/ Les directions financières des établissements seront fortement incitées à mettre en place la comptabilité analytique, afin de permettre une exploitation médico—économique des données dans les établissements.

.

⁵Mais plutôt que de mettre en place ce quatrième compartiment, on peut aussi imaginer une prise en charge spécifique, hors budget, des médicaments coûteux

Signataires :

Claude EVIN,
Le Président de la FHF,

Yvan HALIMI ,
Le Président de la Conférence des Présidents de CME de CHS ;

Bernard RAYNAL,
Le Président de l'Association des Etablissements gérant des Secteurs de Santé Mentale,

Jean CANNEVA,
Le Président de l'Union Nationale des Familles et des Amis de Malades Mentaux
(UNAFAM),

Claude FINKELSTEIN,
La Présidente de la Fédération Nationale des Associations de Patients et (ex)Patients en
psychiatrie (FNAP-psy),

Réforme du système de financement de la psychiatrie

Position de la FEHAP et de l'UNIOPSS

Réforme du système de financement de la psychiatrie

Position de la FEHAP et de l'UNIOPSS

Tandis que les établissements de psychiatrie enregistrent une augmentation de leur activité dans un contexte de réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein et d'une diminution des financements alloués à cette discipline, nous sommes satisfaits qu'après 15 ans de réflexions et de travaux de ses services et des professionnels, le Ministre en charge de la Santé ait pris pour la première fois officiellement une position nette — et, nous l'espérons, ouverte-, pour faire évoluer le modèle de financement de la psychiatrie.

Nous sommes en effet favorables à une évolution du système de financement de la psychiatrie afin de permettre à l'ensemble des établissements et services de remplir leurs missions. Celle-ci doit cependant apporter plusieurs garanties.

Une telle évolution doit garantir le respect des spécificités des établissements privés à but non lucratif, qu'ils participent ou non au service public hospitalier et qu'ils soient ou non sectorisés, qui représentent environ 15 % de l'activité. Ainsi, pour assurer un traitement équitable de l'ensemble des établissements et services, cette réforme devra en premier lieu prendre en compte le différentiel de charges qui incombe au secteur privé à but non lucratif.

Une telle réforme doit également apporter des garanties pour assurer la cohérence et l'efficacité du nouveau système. En amont, nous proposons que soient engagés des travaux permettant, à partir des expériences étrangères, de formaliser de nouveaux modèles de financements en évaluant leur pertinence et leurs effets pervers. Nous demandons l'organisation d'une «conférence de consensus médico-économique» afin d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la mise en place de ce nouveau système de financement de la psychiatrie. A son issue, compte tenu des difficultés rencontrées lors de la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers de court séjour, nous souhaitons que la mise en oeuvre de cette réforme fasse l'objet de simulations et d'une expérimentation préalable. Afin de permettre à l'ensemble des structures de participer à cette expérimentation et à la mise en oeuvre globale de la réforme, nous demandons que des financements spécifiques soient prévus pour accompagner l'harmonisation et la modernisation indispensable des systèmes d'information. Nous serons attachés à la mise en place d'un système de financement pluraliste, pour partie globalisé ou forfaitisé et pour partie lié à l'activité, articulé avec les priorités nationales et régionales pour écarter le risque d'une «planification par le tarif».

Afin de contribuer à la réflexion engagée sur ce nouveau système, la FEHAP et l'UNIOPSS présentent ci-après leurs propositions concernant la méthode qui pourrait être retenue et les principes qui pourraient présider à l'élaboration et à la mise en oeuvre de nouveaux systèmes d'information et de financement de la psychiatrie.

Emmanuel DURET
Président de la FEHAP,

Jean-Michel BLOCH-LAINE
Président de l'UNIOPSS

Propositions pour une réforme du système de financement de la psychiatrie

12 LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE PRIVE A BUT NON LUCRATIF

Le secteur psychiatrique privé à but non lucratif, qui représente environ 15 % de l'activité, est constitué à la fois d'établissements participant au service public et assurant la sectorisation psychiatrique, et d'établissements non sectorisés participant ou non service public. Cette diversité de l'offre assure un large éventail de réponses aux besoins de la population dans la cité, les petites structures non sectorisées permettant notamment une souplesse et une adaptation accrues très complémentaire de la psychiatrie sectorisée.

Pour les établissements participant au service public, en particulier les établissements assurant la sectorisation psychiatrique, la dotation globale et le rattachement des secteurs aux hôpitaux ont permis une évolution favorable du dispositif de soins psychiatriques, bien que les autorités administratives aient dans le même temps utilisé ce mode de financement pour prélever d'importants moyens à la discipline, freinant par-la même le recentrage du dispositif de soins dans la communauté.

Une réforme nécessaire, qui doit être assortie de garanties

Nous sommes favorables à une évolution du système de financement de la psychiatrie dès lors qu'elle respectera les spécificités des établissements privés à but non lucratif et que des garanties seront apportées pour assurer sa cohérence et son efficacité.

La coexistence de deux systèmes, l'un fondé sur une attribution de moyens qui serait en bonne partie fonction du niveau d'activité - pour les secteurs MCO et SSR (T2A) -, l'autre reposant sur une décision conforme à une «politique» locale ou nationale, qui autorise à confiner l'évolution de la dotation à un niveau qui n'a aucun lien direct avec l'évolution de l'activité en psychiatrie, ne pourrait à terme se faire qu'au détriment de ce deuxième système.

En outre, on peut estimer, qu'aujourd'hui et sous réserve d'inventaire, l'essentiel des surcapacités en hospitalisation à temps plein a disparu et qu'avec le maintien de la dotation globale, l'appauvrissement de la discipline risquerait de se faire, au détriment de la continuité des soins, par le maintien des lits d'hospitalisation et la fermeture de structures de prise en charge dans la communauté. Cette évolution se ferait avant tout au détriment de ceux des patients qui ne savent pas gérer, ou mal gérer, leur accès au système de soins, ce qui nous semble inacceptable.

Résorber le différentiel de charges

Cependant, la mise en place d'un nouveau système de financement doit être assortie de garanties pour assurer, en premier lieu, l'équité entre les différentes structures quel que soit leur statut (public ou privé non lucratif ou lucratif). Le nouveau système de financement devra ainsi, en préalable, tenir compte des charges supplémentaires qui incombent au secteur privé à but non lucratif pour recueillir notre accord.

En effet, dans notre discipline, le compte d'exploitation est caractérisé par la très grande importance des frais de personnel dans l'ensemble des charges 83% dans l'étude menée récemment par l'ADESM, plus de 85% dans la plupart des établissements associatifs. Or, les établissements privés à but non lucratif sont soumis à des contraintes légales et réglementaires, auxquelles les gestionnaires ne peuvent se soustraire et créatrices de surcoûts par rapport au secteur public : assiette des charges (cotisations assises sur la totalité des salaires, primes et indemnités), cotisations ASSEDIC, AT, Comité d'entreprise... La mise en oeuvre d'un système de financement reposant sur une tarification à l'activité ne tenant pas compte de ce différentiel de charge serait en conséquence inéquitable.

S'inspirer des expériences étrangères et engager des travaux préalables

Des garanties doivent être également apportées pour assurer la cohérence et l'efficacité du nouveau système et identifier ses effets pervers. Il nous semble ainsi que nous aurions tout intérêt d'une part, à documenter le système de financement et à rechercher les leçons d'expériences étrangères et, d'autre part, à nous attacher les services d'économistes expérimentés dans l'élaboration et la mise en oeuvre des systèmes de tarification.

Repérer les effets pervers

Dans la mesure où, comme le rappelaient l'an dernier la FHF, la Conférence des directeurs généraux de CHU et l'ADESM, tout système de financement peut engendrer des effets pervers sur les dispositifs et, éventuellement, sur les pratiques de soins, ces travaux devront notamment permettre de repérer ces effets avant toute modélisation et de ne pas se contenter de mettre en place à posteriori des mécanismes correcteurs.

Organiser une « conférence de consensus »

L'organisation d'une « conférence de consensus médico-économique » consacrée à la tarification en psychiatrie serait de nature à asseoir le nouveau système à mettre en place. Celle-ci pourrait utilement se tenir à la fin du troisième trimestre 2005.

L'expérience de la mise en place de la T2A en MCO nous conduit à demander que le futur système de financement ne soit pas mis en place de façon précipitée, mais fasse l'objet de simulations et d'une expérimentation préalable, dont les résultats seront communiqués au comité de pilotage et examinés avec lui.

Accompagner financièrement les évolutions des systèmes d'information

Afin de permettre à l'ensemble des structures de participer à cette expérimentation et à la mise en oeuvre globale de la réforme, nous demandons que des financements spécifiques soient prévus pour accompagner l'harmonisation et la modernisation indispensable des systèmes d'information.

13 - PROPOSITIONS POUR L'EVOLUTION DU SYSTEME D'INFORMATION

Nous partageons nombre de propositions élaborées par la Conférence des Présidents de CME quant aux évolutions du système d'information nécessaires pour la mise en oeuvre d'un nouveau modèle de financement. Il nous semble ainsi qu'il faut:

- exploiter les résultats du recueil complémentaire de données de juin 2004;
- poursuivre l'utilisation de tous les items recueillis actuellement dans le cadre de l'expérimentation et qui auront montré leur pertinence;
- limiter le recueil des données à celles qui seront exploitées (pour la tarification, l'épidémiologie, la planification);
- organiser et mettre en oeuvre le contrôle de la qualité des données recueillies;
- mettre fin rapidement à la multiplicité des systèmes d'informations (expérimentateurs/non expérimentateurs, sectorisés /non sectorisés...);
- rendre le système lisible (éviter les complexités excessives de la T2A MCO) et assurer la transparence de ses règles de fonctionnement;
- «encourager » vivement les établissements à développer une comptabilité analytique performante et les accompagner.

Ces orientations supposent un renforcement du rôle des départements d'information médicale et des médecins DIM et une intégration des applications au sein des systèmes d'information hospitaliers.

Sous réserve de l'exploitation des résultats du recueil complémentaire effectué en juin 2004, une évidence s'impose jusqu'à présent l'absence de lien entre le diagnostic médical code en CIM 10 et le coût de la prise en charge, au moins avec l'algorithme et le modèle de coût (coût direct, à la semaine) utilisés. Si l'exploitation du recueil complémentaire de juin 2004 confirmait cette absence de lien, il conviendrait d'abandonner l'utilisation de cette information pour l'allocation de ressources et d'en réserver l'utilisation pour la planification et les travaux épidémiologiques.

Dès que les résultats du recueil complémentaire seront connus, nous souhaitons que soient prévues les mesures nécessaires pour engager, dès 2006, l'unification des informations recueillies et l'harmonisation des systèmes d'information. Ces mesures nécessiteront la mise en place d'un contrôle interne et externe de la qualité des informations recueillies.

Dans cette perspective, nous demandons que les pouvoirs publics accompagnent par des financements fléchés l'harmonisation et la modernisation des systèmes d'information en psychiatrie.

14 - PROPOSITIONS POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN NOUVEAU SYSTEME DE FINANCEMENT

Le système auquel nous pourrions nous rallier repose sur un financement pour partie globalisé ou forfaitisé et pour partie lié à l'activité, dans l'esprit de ce que la lettre du ministre qualifie de «pluraliste ». Ce nouveau système ne doit pas être utilisé pour assurer une « planification par le tarif» mais permettre une véritable négociation avec les ARH, qui devraient rester en mesure d'orienter des financements suffisants pour des

priorités régionales ou de prendre en compte les particularités de certains territoires (ex: «déserts» médicaux).

Les modalités de financement seraient variables selon les activités : tout ce qui peut être tarifé en fonction de l'activité doit l'être, tandis que les autres activités le seront sur la base d'un financement «global», qui pourra représenter une part importante et même majoritaire des ressources.

Il semble aujourd'hui très prématuré d'avancer quel pourcentage des ressources des établissements peut être assuré par ce financement global: des analyses doivent être conduites en 2005 pour mesurer le niveau des dépenses relevant de ce type de financement

Pour ce qui est financé à l'activité, en ce qui concerne l'activité d'hospitalisation temps plein et à temps partiel, qui continue à mobiliser des ressources très significatives, nous pensons que des « prix de journées» nationaux par grandes catégories d'unité semble le système le plus facile à mettre en oeuvre sous deux réserves:

- **définir des cahiers des charges au moins pour les structures spécialisées (UMAP, UPID, gérontopsychiatrie, adolescents, centres de crises...) et en évaluer le respect;**
- déterminer, dans les SROS, les niveaux d'activité possibles par territoire de santé (pour éviter l'effet d'attractivité de certaines activités).

Pour chaque type d'unité d'hospitalisation, des études simples doivent permettre de déterminer si plusieurs tarifs doivent être fixés en fonction:

- de la période au sein du séjour (consommation vraisemblablement plus importante dans le ou les premiers jours d'hospitalisation);
- de la situation ou de l'état du patient (ex: déjà connu avant l'admission ou non connu);
- de la mise en oeuvre de certaines modalités thérapeutiques (soins en isolement).

Il n'y a pas d'obstacle majeur à ce que l'activité ambulatoire soit financée à l'activité sur la base du recueil actuellement expérimenté (grille EDGAR) mais:

- sous réserve d'un financement forfaitaire des structures correspondant à la permanence de l'accueil et des soins et aux contraintes du service public;
- des analyses financières doivent être conduites pour déterminer, par catégories de structures, la part des forfaits et celle des ressources relevant d'une tarification.

Les petites structures que nous représentons, de type hôpitaux de jour, s'interrogent sur les conséquences de certaines variations d'activité imprévisibles et exceptionnelles (type sorties non programmées, hospitalisations répétées et/ou longues de patients ne pouvant donner lieu à l'accueil immédiat de nouveaux patients pourtant présents dans la file active) alors même que 90 % des budgets sont constitués de frais de personnels et que la taille de ces établissements ne permet pas de marge de manoeuvre. La mise en place de financements «globalisés» seraient à envisager dans ce cadre.

Avant toute décision définitive, il sera en effet important d'apprécier, en utilisant notamment les études existantes, si certaines informations ne sont pas de nature à modifier de façon significative l'utilisation des ressources et donc le coût (ex: variabilité de la mobilisation des ressources en personnels soignants selon «l'adhésion» du patient aux soins).

Le financement globalisé pourrait comporter un « compartiment » de financement des charges liées à la permanence des soins (ex: dans un CMP, financement de la permanence soignante et d'accueil) et un autre pour les actions qui ne peuvent être rattachées à des activités au bénéfice direct des patients (ex: interventions dans la communauté, CUMP, PRAPS, PASS, participations aux commissions d'éducation spéciale et COTOREP...).

Note du 7 février 2005

Point de vue de la Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHU(CNDGCHU) sur la Valorisation à l'Activité en Psychiatrie (VAP)

Même si tous les CHU ne disposent pas d'une activité de psychiatrie, cette activité est présente dans presque 70% de nos établissements universitaires. Pour certains il s'agit d'une part importante dans leur fonctionnement. Pour ces deux raisons les CHU souhaitent prendre part au débat de la VAP.

Par différence avec les établissements publics ou privés spécialisés, les CHU partagent au sein d'un même hôpital une activité MCO et psychiatrique. La communauté médicale, la direction vivent au quotidien cette dualité avec le souci permanent de conserver une cohérence au niveau de l'établissement. La spécificité des activités relevant de la psychiatrie doit être vue avec ce prisme particulier.

Ce partage au sein d'un même CHU d'un secteur MCO et psychiatrie a donné lieu à des vues divergentes entre institutions publiques exprimées lors dernier COPIL du 14 décembre 2004.

C'est pourquoi, afin de préparer le COPIL du 7 février 2005 il a été demandé aux CHU de se prononcer:

- sur l'intérêt ou non de soutenir les travaux sur le PMSI psychiatrie
- sur la convergence ou non des modèles de financement entre le secteur MCO et la psychiatrie

A la demande de T.COURBIS notre représentant au COPIL, le CHU de POITIERS référent Finances de la CNDGCHU a diffusé un questionnaire adressé individuellement aux CHU ayant une activité psychiatrique. Ces informations ont alimenté le débat de la CNDGCHU.

Cette note a pour but de préciser la position prise par notre conférence à l'issue de sa réunion du 3 février 2005.

Pré requis :

Les CHU ont identifié plusieurs interrogations préalablement à leurs positionnements, il s'agit de pré requis pour lesquels une réponse doit être apportée.

La volonté du Ministre de mettre en place une Valorisation d'Activité en Psychiatrie (Cf. lettre 5 octobre 2004 de M. DOUSTE BLAZY) en lieu et place d'un PMSI psychiatrie apparaît pour plusieurs CHU concernés comme une ouverture vers un autre modèle de financement, prenant ses distances par rapport au modèle historique issu du PMSI. Cette position doit être clarifiée. Elle est très structurante pour nos futurs travaux.

Le modèle définitif doit être le plus juste possible. Une réflexion s'appuyant sur les travaux de l'ATIH portant sur la valorisation des activités support de financement et de leurs coûts, doit être conduite à son terme, avec les moyens nécessaires à cette ambition.

Les spécificités propres au secteur psychiatrique, et notamment les interactions entre le MCO et la psychiatrie doivent être prises en compte pour ne pas défavoriser l'un ou l'autre des secteurs (ex: patients psychiatriques hospitalisés en MCO et consultations de médecins ou soignants psychiatres dans le MCO, urgences etc...)

Les MIGAC propres au secteur psychiatrique doivent être étudiées avec sérieux et très en amont d'une mise en place. L'exemple de la T2A MCO illustre l'ampleur de cette tâche et des enjeux lorsque cette question est abordée en cours de projet.

Le modèle définitif doit être simple, tant pour la saisie, que pour son exploitation.

Le résultat du questionnaire:

Afin d'alimenter le débat de notre conférence, un questionnaire a été adressé à la vingtaine de CHU disposant d'unités de psychiatrie. Ce questionnaire était structuré autour de 2 questions

- Etes-vous favorable au principe de mise en oeuvre d'un financement de la psychiatrie à l'activité ?

- Etes-vous favorable à la convergence entre les deux systèmes de financement à l'activité (MCO et psychiatrie) ou préférez-vous une approche plus spécifique à ce secteur ?

A la première question tous les CHU ayant répondu sont favorables à un financement de la psychiatrie à l'activité. Les commentaires exprimés mettent en évidence la dérive du dossier, l'attente d'une décision, les risques de blocages des médecins psychiatres.

A la seconde question sur le modèle de financement (convergent au MCO ou spécifique au secteur) tes réponses sont plus contrastées.

Grenoble: convergence vers le MCO mais risque de blocages des médecins psychiatres.

Lille: la convergence des modèles est techniquement difficile du fait des spécificités de la psychiatrie mais surtout risquée politiquement tant les professionnels sont contre. La recherche d'un financement pluraliste basé sur une approche populationnelle compartimentée, le financement forfaitaire des structurés, et celui variable des charges médicales pourrait être un bon compromis.

AP Marseille: la comparaison avec un PMSI MCO est intéressante et soutenue par l'institution mais sans aller vers une convergence aveugle entre PMSI MCO et PMSI en psychiatrie. Le contexte particulier (blocage des professionnels, affaire de PAU et volonté du Ministre d'agir sur le secteur) doit être apprécié comme un point de divergence avec le MCO. Le PMSI en psychiatrie doit être surtout simple. L'approche au séjour doit être complétée par celle de la file active.

Brest: convergence indispensable pour des raisons techniques et d'unicité budgétaire déjà bien menacé par d'autres réformes.

HCL: si le séjour est pertinent pour le MCO, avant de parler de convergence il faut compléter cette vision de l'activité avec autre chose de plus représentatif du secteur.

Tours: au moment où les CHU critiquent la pluralité des outils complexes et pas toujours maîtrisés qui entrent en compte dans leur financement, il est urgent de plaider pour une approche convergente des deux activités MCO et psychiatrie. Avoir des modèles distincts apporterait de la confusion interne dans la lecture des règles de financement auprès d'une même communauté médicale. Cela serait source d'incompréhension voire de tensions.

Toulouse : favorable à une convergence des deux systèmes de financement pour des raisons techniques évidentes (recueil et système d'information notamment) et pour une meilleure visibilité interne et externe

Reims : nous sommes favorables à une position visant à défendre une convergence des deux systèmes pour une meilleure visibilité et gestion interne plus homogène

Poitiers: favorable à une convergence des deux systèmes de financement PMSI MCO et VAP

Montpellier: favorable à une convergence des deux systèmes de financement PMSI MCO et VAP

Ces résultats ont été présentés à la CNDGCHU du 3 février 2005. A l'issue du débat interne les CHU se prononcent en faveur d'une convergence la plus forte possible entre les deux systèmes de financement (MCO et psychiatrie) en tenant compte des spécificités propres à ce secteur (file d'attente notamment, MIGAC) et d'une grande simplicité du modèle définitif.

C'est pourquoi, sur la base des trois scénarii proposés par la DHOS, la CNDGCHU prend position en faveur du scénario n°1 qui propose pour tous les établissements, publics et privés, un modèle de financement à l'activité pour l'hospitalisation et l'ambulatoire, selon des tarifs arrêtés nationalement, lequel serait complété par une dotation annuelle pour des missions d'intérêt général.

C'est cette position que nous demandons à notre représentant de tenir en séance.

Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées
Affiliée à la Fédération de l'Hospitalisation Privée
81 rue de Monceau — 75008 PARIS
tél 01 45 633841 - fax 01 45633066
contacts@uncpsy.fr
www.uncpsy.fr

VALORISER L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE

Positions de l'Uncpsy

Le système tarifaire de l'hospitalisation privée repose sur le prix de journée depuis plus de trente ans. En 1985, le secteur public a abandonné la référence au prix de journée pour le budget global. Initialement, les prix du secteur privé étaient fixés à environ 10 % en dessous du tarif constaté à l'hôpital public.

Aujourd'hui, les écarts de prix sont de l'ordre de 1 à 4. Cela veut dire que lorsque le prix de journée moyen, toutes régions confondues, est à 135 euros, honoraires compris, la moyenne journalière reconstituée pour l'hôpital public, comme pour les PS/PH, est de l'ordre de 300 à 500 euros....

Réduire les écarts pour plus d'équité et pour une plus grande efficacité, restent donc l'objectif principal du secteur privé. Il rejoint celui du ministre de la santé et de l'ensemble des acteurs.

Un début de solution passe actuellement par le PMSI, une tarification à l'activité ou une tarification à la pathologie.

Actuellement, le PMSI est expérimenté en psychiatrie mais il s'avère incapable d'apporter les solutions concrètes qu'on lui prêtait. Le dispositif est trop long à se mettre en place. Nous sommes encore dans une phase d'expérimentation, tout en sachant que les coûts expliqués représentent moins de 20 % des dépenses, ce qui, en ce qui nous concerne, ne représente même pas 20 euros.... Au mieux, c'est un outil de gestion interne qui n'est pas tout à fait inutile.

Re-dynamiser la démarche en lançant la VAP, Valorisation de l'Activité en Psychiatrie nous permettra-t-elle de sortir de la brume!

Si elle nous porte vers notre objectif de convergence et d'équité, d'avance nous confirmons que nous sommes d'accord.

Pour nous, il n'est pas nécessaire de rechercher systématiquement l'exhaustivité. L'ampleur des problèmes est telle qu'il faudrait

s'évertuer à commencer le plus rapidement possible et mettre de côté toute velléité d'un perfectionnisme improductif.

Il faut peser là où on a des chances d'y voir un peu plus clair dans un délai court. Il faut pouvoir faire des comparaisons entre les secteurs, les établissements et les régions sur des pathologies ou sur des activités pour lesquelles on peut agir financièrement et politiquement avec une réelle efficacité.

Trois pistes de réflexion nous paraissaient possibles. L'une est fondée sur la simplicité, la seconde sur des budgets par activité homogène, la troisième sur une tarification à la pathologie.

1/ La première pourrait donc consister en une simplification du système de tarification actuel Revenir à la bonne vieille méthode du prix de journée, aussi bien pour le privé que pour le public, et définir, par secteur et par région, des paliers de tarification à partir de définitions simples liées aux statuts, aux missions et à l'implantation géographique. Par exemple, partir d'une base 100 correspondant au coût moyen par patient constaté dans les CHS et reconstruire des tarifs par établissement à partir de décotes successives justifiées par les missions de service public, la recherche ou l'enseignement ou d'autres critères adossés à des considérations de santé publique. Bien qu'apparente aux systèmes anciens, cette méthode est raisonnablement applicable en psychiatrie puisque nous ne sommes pas sujet à la même hétérogénéité des actes comme en chirurgie. Elle s'applique dans le contexte d'une enveloppe commune entre les deux secteurs et négociée globalement chaque année à partir des objectifs de santé mentale fixés par l'Etat.

Progressivement, il serait possible de faire apparaître, par région, les budgets consacrés aux grandes missions d'intérêt général. De fait, le coût direct des soins par patient serait plus lisible et plus à même d'être corrigé en utilisant éventuellement des critères proposés par le PMSI actuel charge en soins et autonomie du patient.

2/ La seconde piste pourrait consister à repérer les services les plus lourds et à leur affecter des ressources plus importantes. Cette hiérarchie qu'on peut d'ores et déjà estimer toucherait des services comme la gériatrie psychiatrie, les adolescents, les unités pour malades difficiles, etc... La méthode conduirait à la fixation d'enveloppes par service. Ces enveloppes pourraient subir un retraitement éventuel par une comparaison systématique de l'ensemble des services opérant sur des territoires de santé homogènes. On pourrait progressivement y associer d'autres services correspondant à des objectifs fixés par la région dans le cadre des schémas d'organisation sanitaire.

Agissant à enveloppe fermée (probablement), il y aurait mécaniquement un réajustement tarifaire à la baisse pour les autres services. Mais le procédé éclairerait les mécanismes d'attribution à partir d'éléments objectifs de décision.

3/ Enfin, troisième solution, une approche par pathologie. Plus pragmatique, elle consisterait à rechercher dans un premier temps une pathologie pour laquelle un tarif commun serait fixé à partir de coûts standard négociés par les professionnels avec les agences régionales. Le choix de cette pathologie doit être naturellement consensuel entre les deux secteurs. La dépression nerveuse peut être suggérée comme un bon choix d'autant qu'elle constituera la seconde maladie invalidante d'ici 2020, derrière les maladies cardiaques. Imaginons que nous fixions un tarif maîtrisé pour cette pathologie, fort répandue, dans le public comme dans le privé et nous aurions un levier de financement permettant les comparaisons inter établissements et portant sur près de 40 % de l'activité.

Il s'agirait d'une tarification à la pathologie à laquelle nous pourrions associer des critères d'évaluation qui permettraient des ajustements et des recadrages. S'agissant d'une pathologie susceptible d'être prise en charge aussi bien en ville, par des généralistes ou par des psychiatres, qu'en hospitalisation à temps complet comme à temps partiel, nous aurions la un sujet d'étude particulièrement riche qui aurait le mérite de réunir l'ensemble des professionnels, de nous permettre d'étudier la trajectoire des patients, de réfléchir en termes de réseau de soins et de comparer des coûts et, éventuellement, des résultats sur des bases équitables.

Nous pourrions également mettre en place des marqueurs en termes de ressources nécessaires pour optimiser les soins : médecins, personnel soignant, superficies des services, investissements, etc... Enfin, comme dans les méthodes précédentes, les financements nécessaires à la prise en charge de cette pathologie seraient extraits de l'enveloppe consacrée à la santé mentale, les autres pathologies restant financées selon les mêmes règles qu'actuellement, jusqu'à leur introduction progressive dans le nouveau mécanisme.

ANNEXE N°2 :
les modèles de financement

**Réunion COPIL et CCA Valorisation de l'activité en psychiatrie
7 et 8 février 2005
DHOS - Mission T2A – ATIH**

Pourquoi un modèle spécifique de financement pour la psychiatrie ?

La psychiatrie est une activité de soin multidisciplinaire, fondée sur la relation humaine, peu standardisée, n'utilisant pas ou très peu un plateau technique.

Grâce à la création du secteur psychiatrique, la psychiatrie a été la première discipline à sortir des murs de l'hôpital et à prendre en charge le patient au plus près de son domicile. Les soins sont délivrés dans des lieux multiples, parfois dispersés géographiquement, d'où des temps de déplacement importants.

Du fait des conséquences de la maladie mentale sur la vie sociale et familiale des individus, les équipes de psychiatrie travaillent en lien étroit avec les institutions oeuvrant dans le champ social et médico-social. Ce travail de lien institutionnel est difficilement mesurable ou quantifiable, en terme de temps de travail.

A la suite de la publication de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, les missions de lutte contre les maladies mentales (prévention, diagnostic, soins, réadaptation, réinsertion sociale) sont exercées, dans le cadre des territoires de santé par les établissements de santé, publics ou privés PSPH gérant des secteur de psychiatrie ainsi que, désormais, par les établissements de santé privés, dans des conditions qui seront précisées par décret. Cependant, le secteur psychiatrique est maintenu dans sa dimension fonctionnelle: accessibilité, continuité, pluridisciplinarité et qualité des soins. Au sein de ces missions de lutte contre les maladies mentales, la psychiatrie doit garantir notamment la prise en charge des problèmes de santé mentale de populations repérées comme prioritaires : les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées en raison de troubles psychiques, les personnes détenues, les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, les personnes atteintes d'autisme, les personnes ayant des pratiques addictives. Cette prise en charge doit pouvoir se faire selon des modalités variables, permettant de s'adapter aux situations locales, et en lien avec les autres institutions ou professionnels intervenant auprès de ces populations. En d'autres termes, une modélisation de cette activité est difficile et non souhaitable.

Proposition de trois modèles de financement pour la psychiatrie, soumis à la Discussion

La logique de ces trois modèles se situe en amont des travaux de réflexion déjà menés par les membres du COPIL. Ils ne remettent pas en cause le caractère pluraliste du financement de la VAP, à savoir plusieurs compartiments de financement, en dehors de celui directement lié à l'activité.

Par ailleurs, ces trois modèles ne sont pas forcément exclusifs les uns des autres. Ils peuvent faire l'objet d'une mise en oeuvre successive, correspondant à une montée en charge de la part T2A dans le financement.

PSYCHIATRIE
Modèle de financement n° 1

UN FINANCEMENT A L'ACTIVITE PREPONDERANT

DESCRIPTION DU MODELE:

Pour toutes les catégories d'établissement:

- On finance l'activité d'hospitalisation et l'activité ambulatoire selon un modèle T2A, avec des tarifs de prestation déterminés au niveau national
- PAR AILLEURS, ON FINANCE PAR DOTATION ANNUELLE LES MISSIONS D'INTERET GENERAL

IMPACTS:

Convergence possible des financements entre secteur public et secteur privé pour lisser les effets revenus.

Plus de négociation tarifaire avec l'ARH (sauf pour les parties MIG et aide à la contractualisation).

PRE-REQUIS :

- Généralisation du recueil d'information standardisé
- Nécessite l'utilisation d'outils non disponibles aujourd'hui: un outil de valorisation médico-économique permettant d'élaborer des tarifs de prestation, pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel, d'une part, pour l'activité ambulatoire, d'autre part.
- Nécessite, pour la réalisation des étude de coûts, une comptabilité analytique performante dans les établissements de santé.

TRAVAUX A REALISER :

- Elaboration d'un outil de valorisation médico-économique qui permettra de fonder des tarifs, pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel.
- Choix de la classification des actes pour l'ambulatoire: EDGAR ou CCAM et CCAPS (la CCAPS n'existant pas encore...)
- Détermination des modalités de facturation des actes si choix de la grille EDGAR
- Mise en place des études de coûts dans le secteur public et dans le secteur privé, dans une perspective de convergence tarifaire.
- Simulations pour évaluer les effets revenus et caler le dispositif de convergence.
- Finalisation du recueil d'information standardisé, à partir des informations issues de l'expérimentation.
- Pour les missions d'intérêt général:
 - Lister les activités ne pouvant pas être financées à l'activité; les missions d'intérêt général
 - Définir les modalités de financement de ces MIG (par exemple, pour certaines missions, un financement proportionnel à la population).
 - Préciser les conditions d'éligibilité au financement de ces MIG.

DELAI DE MISE EN OEUVRE

- Travaux d'élaboration des outils de valorisation médico-économique pour l'hospitalisation et l'activité ambulatoire : entre 2 ans et 4 ans, selon la complexité de l'outil.
- Une année de test en grandeur nature
- Soit démarrage au 1 2008 ou au le janvier 2010
- Par ailleurs, généralisation du recueil d 'information souhaitable au let juillet 2006, au plus tard.

PSYCHIATRIE
Modèle de financement n° 2

FINANCEMENT PAR DOTATION PREPONDERANT

DESCRIPTION DU MODELE:

- Une liste de missions d'intérêt général, et un financement de ces MIG par dotation annuelle, pour toutes les catégories d'établissement.
- Pour les établissements sous dotation annuelle de fonctionnement: un budget annuel accordé par l'ARH, modulé selon des indicateurs médico-économiques d'activité et/ou de structure.
- Pour les établissements privés sous objectif quantifié national: pas d'évolution des modalités de financement actuelles pour l'activité en temps plein et en temps partiel.

PRE-REQUIS

- Généralisation du recueil d'information standardisé
- Disposer d'indicateurs médico-économiques d'activité et/ou de structure

IMPACTS:

- Une même liste de missions d'intérêt général avec possibilité de s'y inscrire pour tous les établissements.
- Une modulation possible des budgets des établissements sous DAF, par les ARH, pour une grande souplesse dans l'organisation des soins et la restructuration des établissements.
- Pas de changement pour les établissements privés, si ce n'est la possibilité d'accéder aux

MIG.

- Pas de financement direct des actes externes, pour les établissements sous dotation, donc possibilité de garder la grille EDGAR en terme descriptif.

TRAVAUX A REALISER:

- Elaborer les indicateurs qui permettront de pondérer les dotations annuelles, pour le temps plein, le temps partiel et l'ambulatoire (par exemple, indicateurs socio-démographiques de la population prise en charge par le secteur).
- Finalisation du recueil d'information standardisé, à partir des informations issues de l'expérimentation
- Pour les missions d'intérêt général:
 - Lister les activités ne pouvant pas être financées à l'activité; les missions d'intérêt général
 - Définir les modalités de financement de ces MIG (par exemple, pour certaines missions, un financement proportionnel à la population).
 - Préciser les conditions d'éligibilité au financement de ces MIG.

Observation: Quel que soit le modèle retenu, ces travaux sur la définition des MIG et leurs modalités de financement sont à réaliser, de façon incontournable.

DELAI DE MISE EN OEUVRE

- Grâce aux informations issues de l'expérimentation, il doit être possible de construire les indicateurs d'activité et de structure.
- Disponibilité de ces indicateurs: 1^{er} semestre 2006
- Date de mise en oeuvre du modèle: 1 janvier 2007
- Par ailleurs, généralisation du recueil d'information souhaitable au 1^{er} juillet 2006, au plus tard.

PSYCHIATRIE
Modèle de financement n° 3

**UN MODELE MIXTE, TRAITANT DIFFEREMMENT L'HOSPITALISATION DE
L'AMBULATOIRE**

DESCRIPTION DU MODELE

- Une liste de missions d'intérêt général, et un financement de ces MIG par dotation annuelle, pour toutes les catégories d'établissement.
- Pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel: financement à l'activité pour tous les établissements
- Pour l'activité ambulatoire: financement à l'acte pour les établissements sous OQN et financement par dotation pondérée par l'activité pour les établissements sous dotation annuelle de fonctionnement

PRE-REQUIS:

- Généralisation du recueil d'information standardisé
- Nécessite l'utilisation d'outils non disponibles aujourd'hui: un outil de valorisation médico-économique permettant d'élaborer des tarifs de prestation, pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel.
- Nécessite, pour la réalisation des études de coûts, une comptabilité analytique performante dans les établissements de santé.

IMPACTS:

- Une même liste de missions d'intérêt général avec possibilité de s'y inscrire pour tous les établissements.
- Une convergence possible des financements des établissements publics et privés, pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel.
- Un financement par dotation pour l'activité ambulatoire des établissements publics ou privés assurant le service public hospitalier, permettant aux ARH d'aider les établissements à assurer leurs missions de proximité, de continuité des soins et d'accessibilité.
- Pas de financement direct des actes externes, donc possibilité de garder la grille EDGAR.

TRAVAUX A REALISER

- Elaboration d'un outil de valorisation médico-économique qui permettra de fonder des tarifs, pour l'hospitalisation temps plein et temps partiel.
- Mise en place des études de coûts dans le secteur public et dans le secteur privé, dans une perspective de convergence tarifaire.
- Simulations pour évaluer les effets revenus et caler le dispositif de convergence.
- Elaboration d'un outil de pondération des dotations pour l'activité externe, à partir des actes.
- Finalisation du recueil d'information standardisé, à partir des informations issues de l'expérimentation.
- Pour les missions d'intérêt général:

- Lister les activités ne pouvant pas être financées à l'activité; les missions d'intérêt général
- Définir les modalités de financement de ces MIG (par exemple, pour certaines missions, un financement proportionnel à la population).
- Préciser les conditions d'éligibilité au financement de ces MIG.

DELAI DE MISE EN OEUVRE

- Travaux d'élaboration des outils de valorisation médico-économique pour l'hospitalisation: entre 2 ans et 3 ans, selon la complexité de l'outil.
- Une année de test grandeur nature
- Soit démarrage au 1er janvier 2008 ou au 1er janvier 2009
- Par ailleurs, généralisation du recueil d'information souhaitable au 1^{er} juillet 2006, au plus tard.