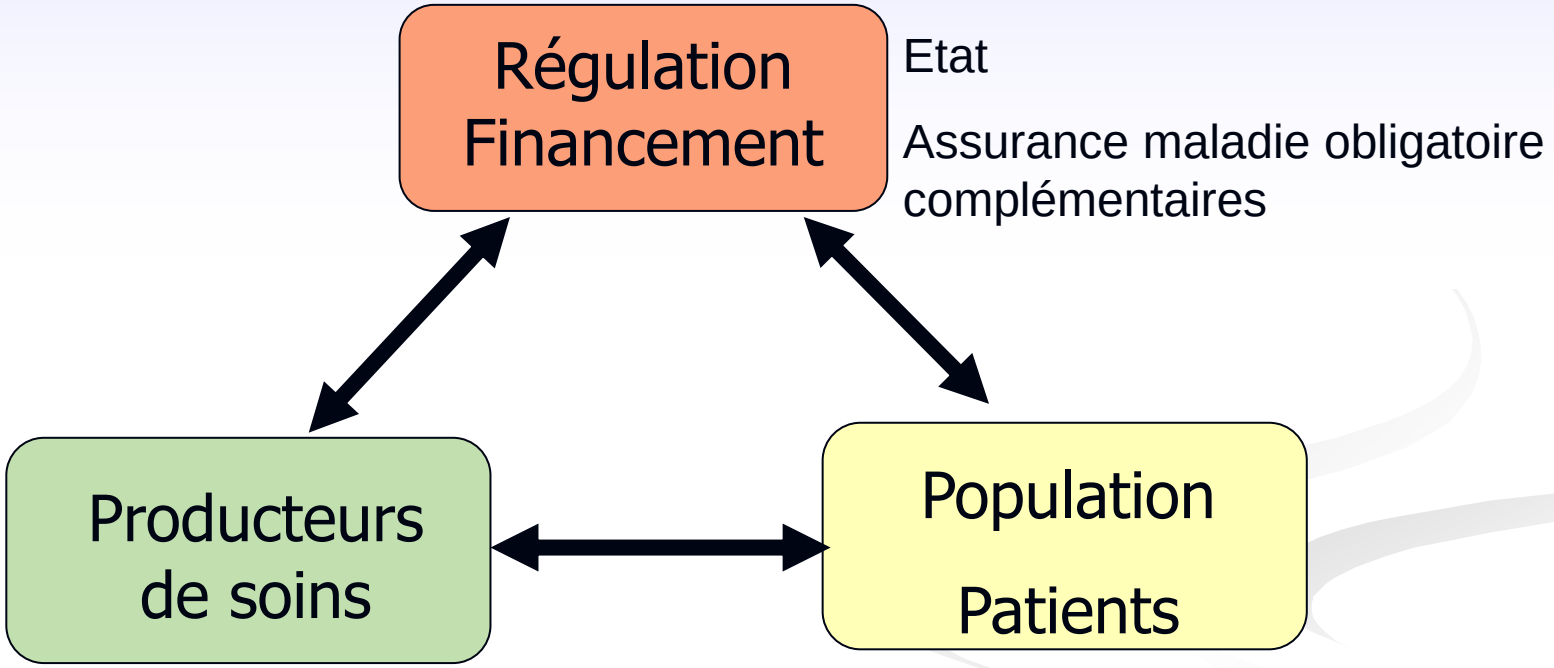
PROTECTION SOCIALE

GESTION HOSPITALIÈRE

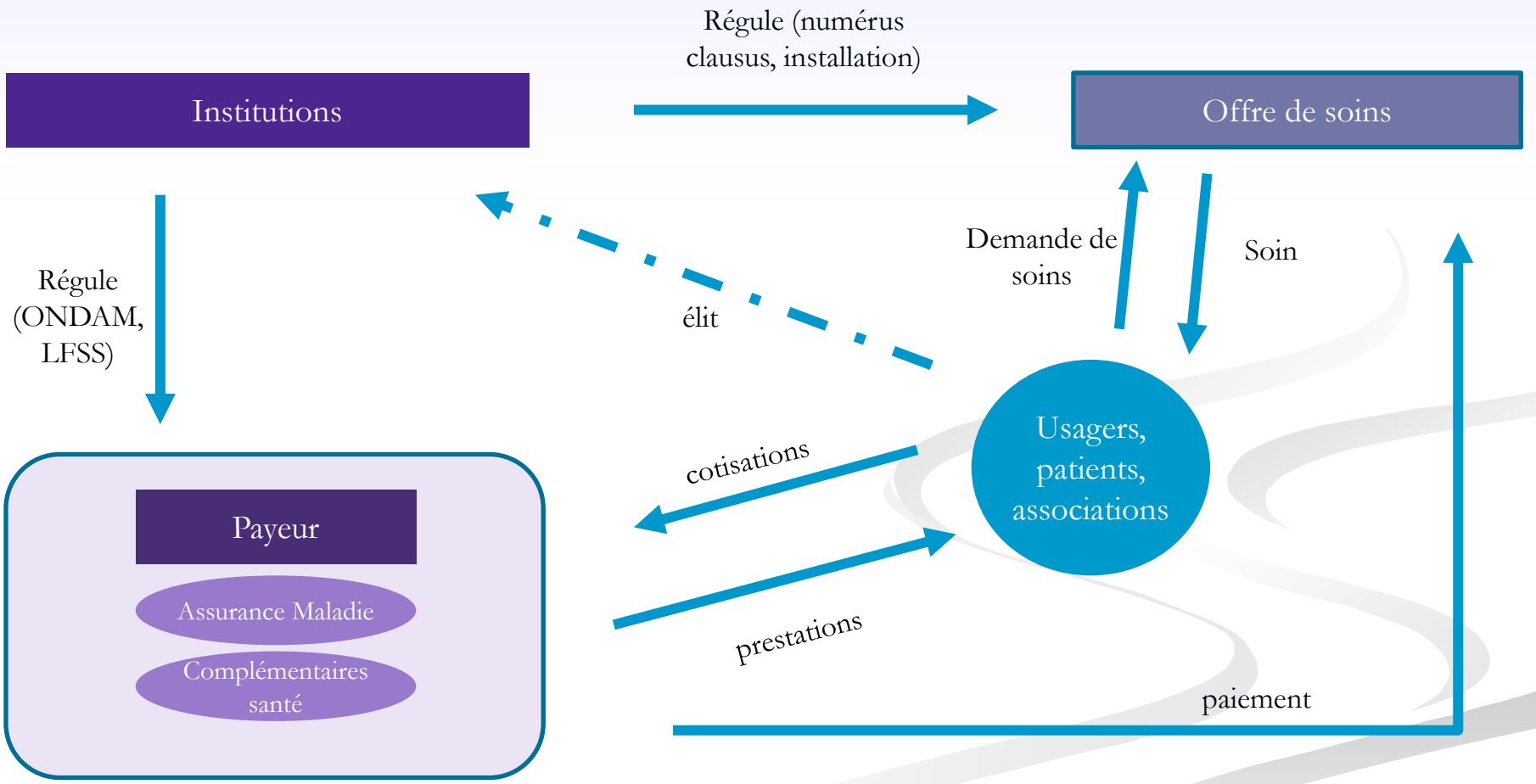
Santé Publique

Jamal ATFEH

Acteurs du système de soins français



Acteurs du système de soins français



1) Protection sociale

2) Gestion hospitalière

Généralités

Protection sociale: ensemble de **mécanismes de protection** accordés par une société pour protéger ses membres des **risques sociaux** de l'existence et de leurs conséquences financières.

Risque social : Evénement/situation qui peut compromettre la sécurité financière d'un individu en générant :

- Une ↘ des ressources
- Et/ou une ↗ des dépenses


Les risques ou besoins sociaux identifiés en France
Maladies professionnelles
Accidents du travail
Vieillesse
Retraite / Veuvage / Perte d'autonomie
Famille
Maternité / Enfance et jeunesse
Emploi
Assurance chômage / Insertion professionnelle
Logement
Pauvreté
Handicap
Maladie
Invalidité

Comment ca marche ?

Collectivement: on cotise tous à hauteur de nos revenus

Individuellement: en cas de risque social, on est indemnisé par la grosse « cagnotte » / assurance constituée

→ Assurance sociale, Redistribution selon des règles précises

Deux types de mécanismes de prestations

Prestations de services sociaux :
Accès à des services fournis à prix réduit ou gratuitement (restaurants sociaux, logements sociaux, aide à la garde d'enfant)

Prestations sociales : versées directement aux individus/ménages

→ En **espèces** = revenu de remplacement du salaire de l'assuré
(ex : pensions de retraite, indemnités journalières en cas d'AM)

→ En **nature** = couverture des frais avec remboursement des dépenses engagées (en différé après avance des frais, ou prise en charge directe = tiers-payant)

Quatre logiques de prise en charge coexistent

1) Logique d'assurance sociale obligatoire :

- Prémunir les assurés contre un risque de perte de revenus liés à certaines situations (perte d'emploi, maladie, vieillesse, accident du travail, etc.).
- Repose sur des mécanismes de transfert **contribution/prestations** (cotisations sociales prélevées/prestations versées)
- Prestations réservées à ceux qui cotisent et à leur ayant droit (conjoint sans activité professionnelle ou enfants à charge, principalement).
- **Principe de mutualisation** des risques sociaux entre cotisants

Quatre logiques de prise en charge coexistent

2) Logique d'assistance sociale

- Principe de solidarité entre les individus
- Objectif : lutter contre la pauvreté et l'exclusion

- Prestation sociales soumises à des conditions de ressources et de besoins
- Pas de logique contributive : il n'est pas nécessaire d'avoir cotisé pour en bénéficier

ex : Revenu de Solidarité Active – RSA

Quatre logiques de prise en charge coexistent

3) Logique de protection universelle

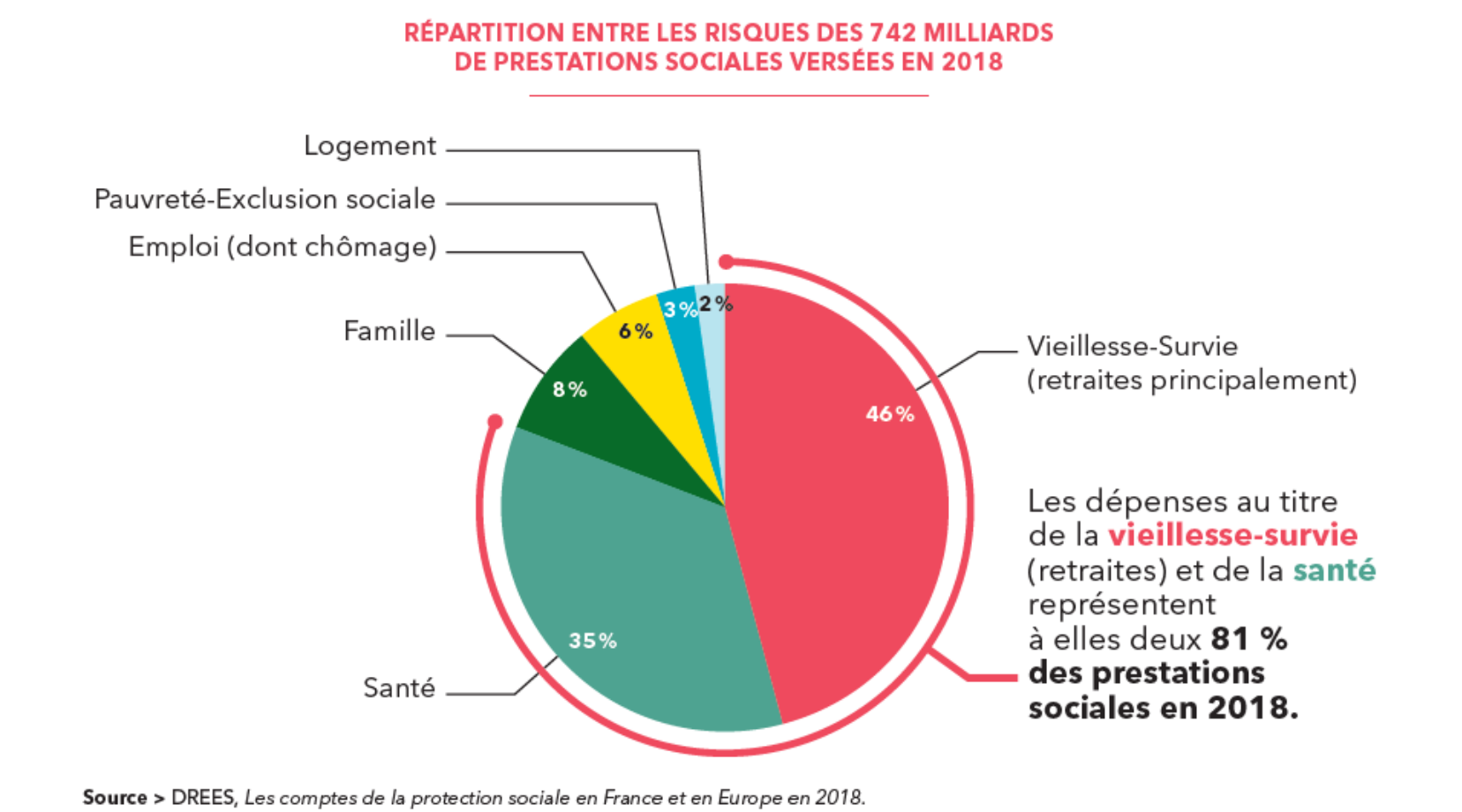
- Objectif : Couverture de certaines catégories de dépenses pour tous les individus.
- Prestations accordées sans conditions de cotisations/ressources et sont identiques pour tous.
- Ex : Protection Universelle Maladie(PUMa)

4) Logique de prévoyance individuelle ou collective

- Prévoyance individuelle repose sur l'épargne et l'assurance privée
- Prévoyance collective = mutualisation des risques (++ entreprises)

Dépenses de protection sociales

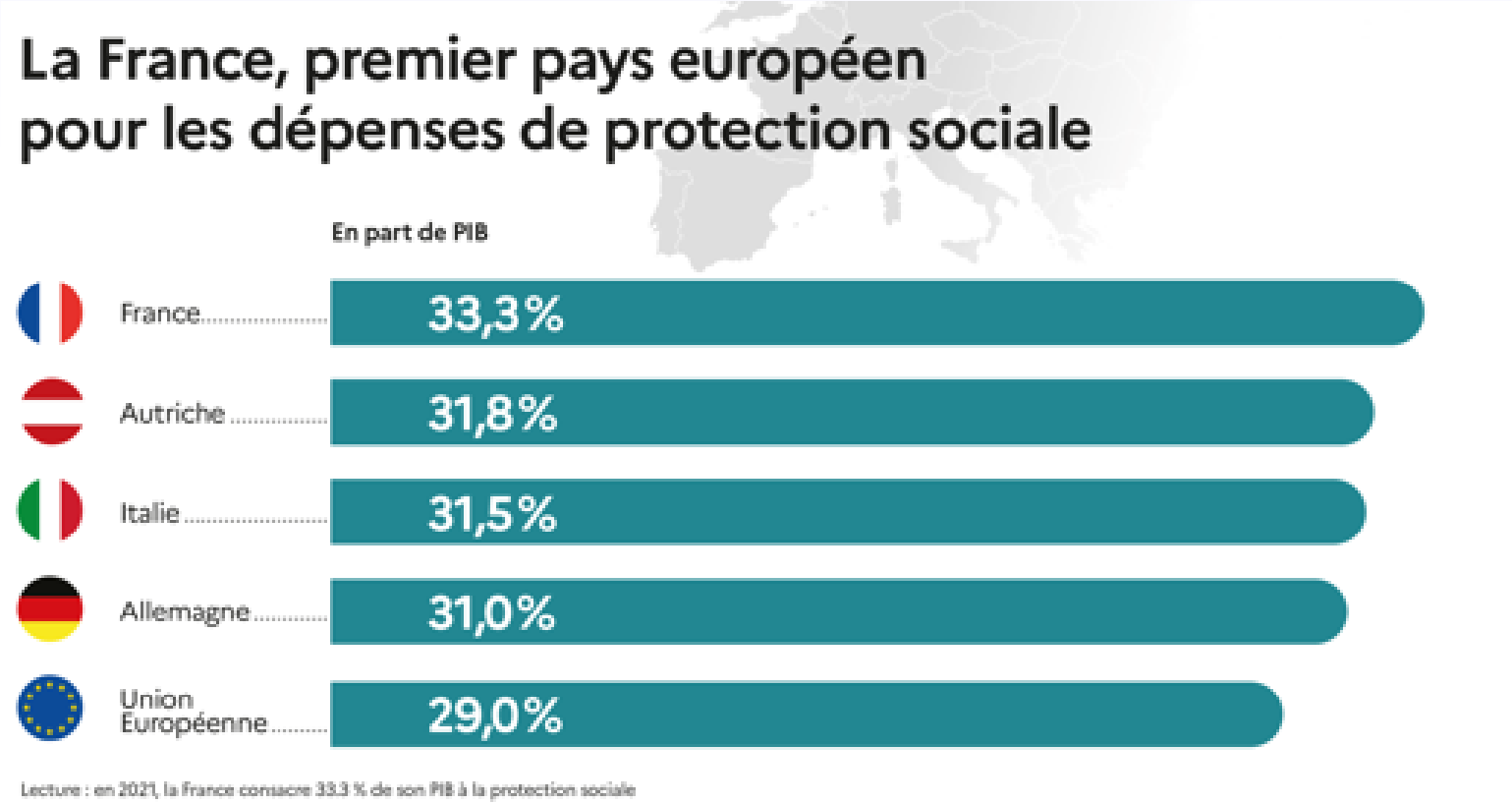
- **La santé représente 35% des dépenses de protection sociale**



Source > DREES, *Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2018.*

Dépenses de protection sociales

- La France consacre 33,3 % de son produit intérieur brut (PIB) à la protection sociale, soit 834 milliards d'euros par an.



Source : DREES. La protection sociale en France et en Europe en 2021

3 sources principales de financement de la PS

- **Cotisations sociales (61% en 2016)**

- **Impôts et Taxes Affectées (ITAF) (25%)**
  - Ressources fiscales affectées au financement des prestations sociales
  - Impôts sur le revenu et le patrimoine ++ → Comprend la **Contribution sociale Généralisée (CSG)** + **Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)**
  - Autres : taxes sur les produits considérés comme nuisibles à la santé (alcool, tabac) *(alcool, tabac, sodas…)*, sur les activités polluantes…

- **Contributions publiques (10%) (État et collectivités locales)**

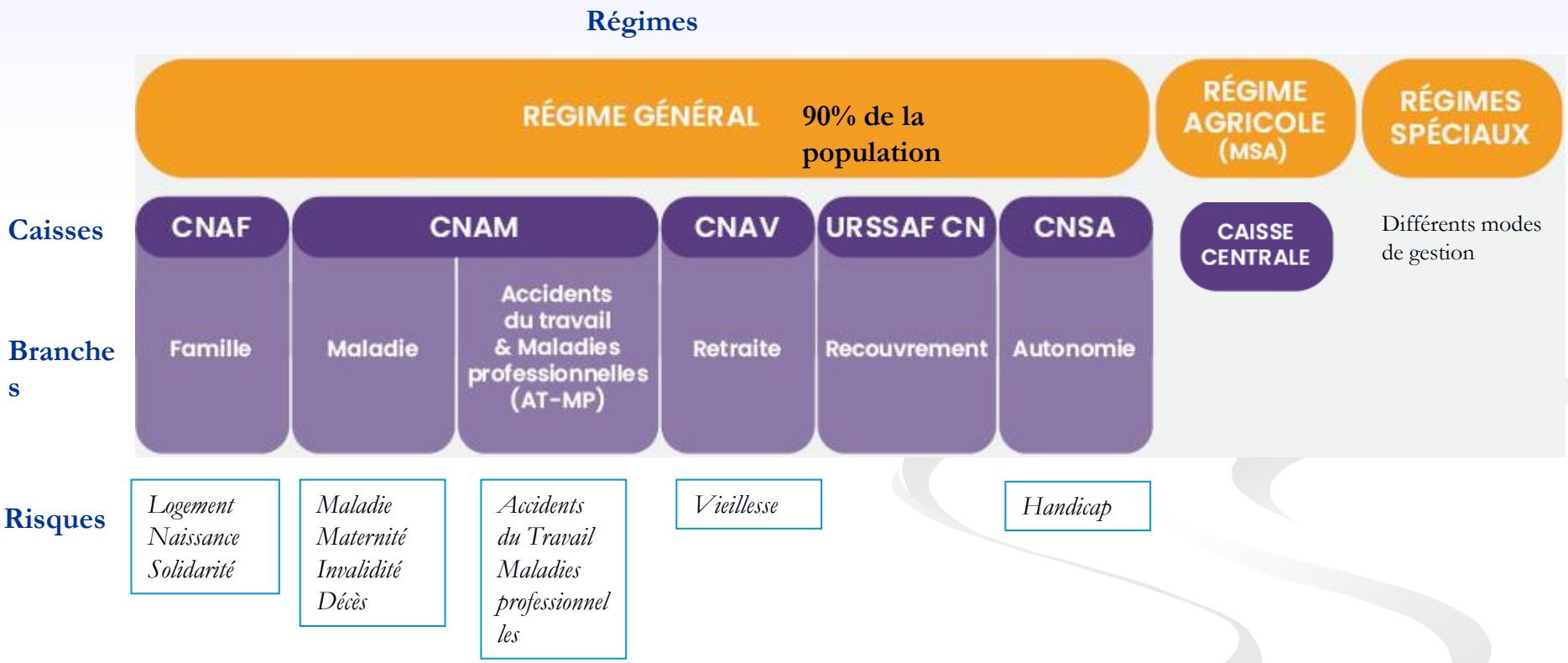
++ Dépenses de solidarité

Pour les minimas sociaux → Assure solidarité nationale

Ex: RSA, Fonds de solidarité vieillesse

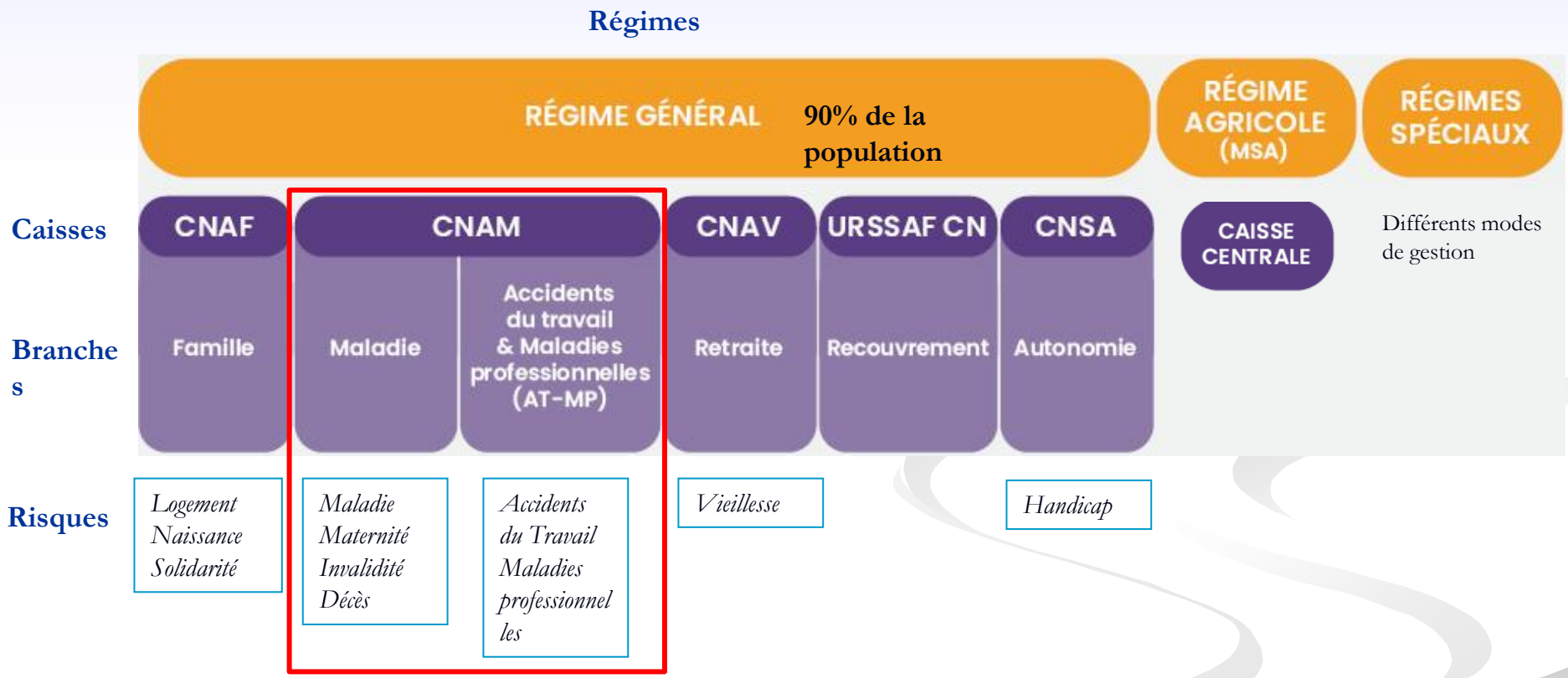
- Autres (4%): produits financiers ou des ventes de biens ou services ou encore des reprises sur successions

Organisation Sécurité Sociale



CNAF : Caisse nationale des allocations familiales ; **CNAM** : Caisse nationale de l'Assurance maladie ; **CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse ; **URSSAF CN** : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales – **Caisse nationale** ; **CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; **MSA** : Mutualité sociale agricole

Organisation Sécurité Sociale



CNAF : Caisse nationale des allocations familiales ; **CNAM** : Caisse nationale de l'Assurance maladie ; **CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse ; **URSSAF CN** : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales – **Caisse nationale** ; **CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; **MSA** : Mutualité sociale agricole

Accès à l'AM obligatoire - Régime général

Protection Universelle Maladie = PUMa

- **Droit à prise en charge des frais de santé à toute personne ≥ 16 ans**
- Condition: **travail OU résidence en France stable (> 3 mois)** et **régulière**

Pas d'accès à l'assurance maladie obligatoire

- Résidence instable (< 3 mois) et régulière en France et aucune activité professionnelle → sauf exceptions. Ex : soins urgents, soins dispensés à des mineurs

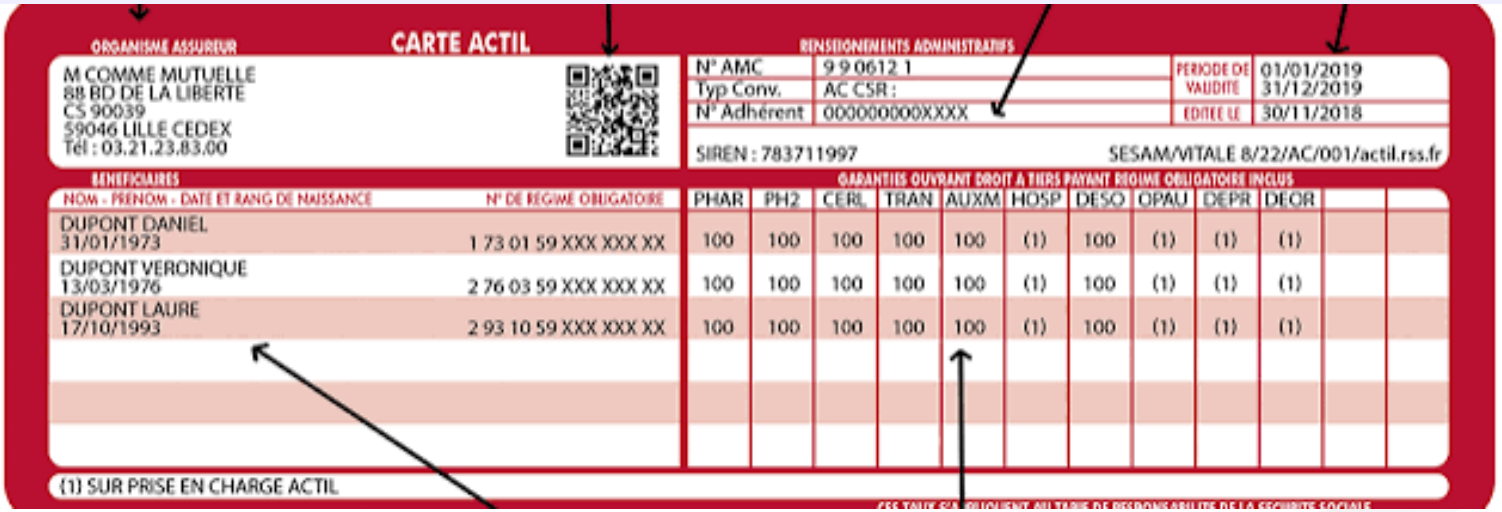
- Nationalité étrangère et résidence stable mais irrégulière → Aide Médicale d'Etat

Carte vitale (AM obligatoire)



= carte d'assuré social

Assurance maladie complémentaire



ORGANISME ASSUREUR

M COMME MUTUELLE
88 BD DE LA LIBERTE
CS 90039
59046 LILLE CEDEX
Tél : 03.21.23.83.00

CARTE ACTIL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AMC	9 9 0612 1	PERIODE DE VALIDITE	01/01/2019 31/12/2019
Typ Conv.	AC C5R :		
N° Adhérent	000000000XXXX	EDITEE LE	30/11/2018

SIREN : 783711997 SESAM/VITALE 8/22/AC/001/actil.rss.fr

BENEFICIAIRES

NOM - PRENOM - DATE ET RANG DE NAISSANCE	N° DE REGIME OBLIGATOIRE	GARANTIES OUVRANT DROIT A TIERS PAYANT REGIME OBLIGATOIRE INCLUS											
		PHAR	PH2	CERL	TRAN	AUXM	HOSP	DESO	OPAU	DEPR	DEOR		
DUPONT DANIEL 31/01/1973	1 73 01 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)		
DUPONT VERONIQUE 13/03/1976	2 76 03 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)		
DUPONT LAURE 17/10/1993	2 93 10 59 XXX XXX XX	100	100	100	100	100	(1)	100	(1)	(1)	(1)		

(1) SUR PRISE EN CHARGE ACTIL

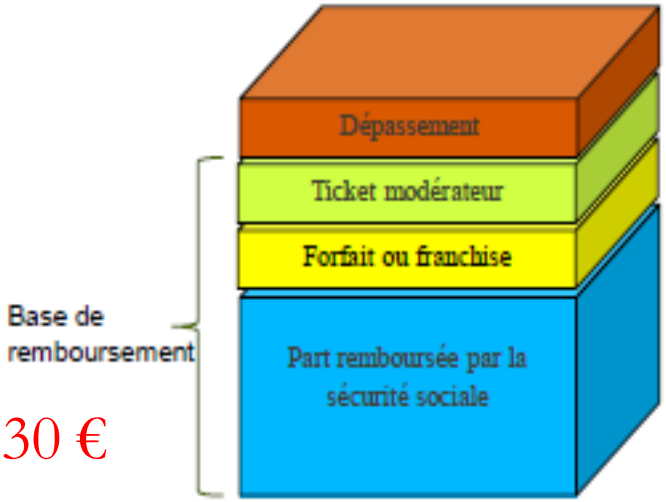
- Ce qu'on appelle généralement « la mutuelle »
- « Complémentaire » car elle complète les prestations de l'AM obligatoire

- Prise en charge du ticket modérateur +++ (+/- dépassement d'honoraires en fonction de l'offre souscrite)

Comment ca marche ? Cas classique

Remboursement d'une consultation de Médecin Généraliste – modalités :

- Tarif de base de remboursement = 30€
- Taux de remboursement = 70%
- Participation forfaitaire de l'usager = 2€
- Pas de dépassement d'honoraires



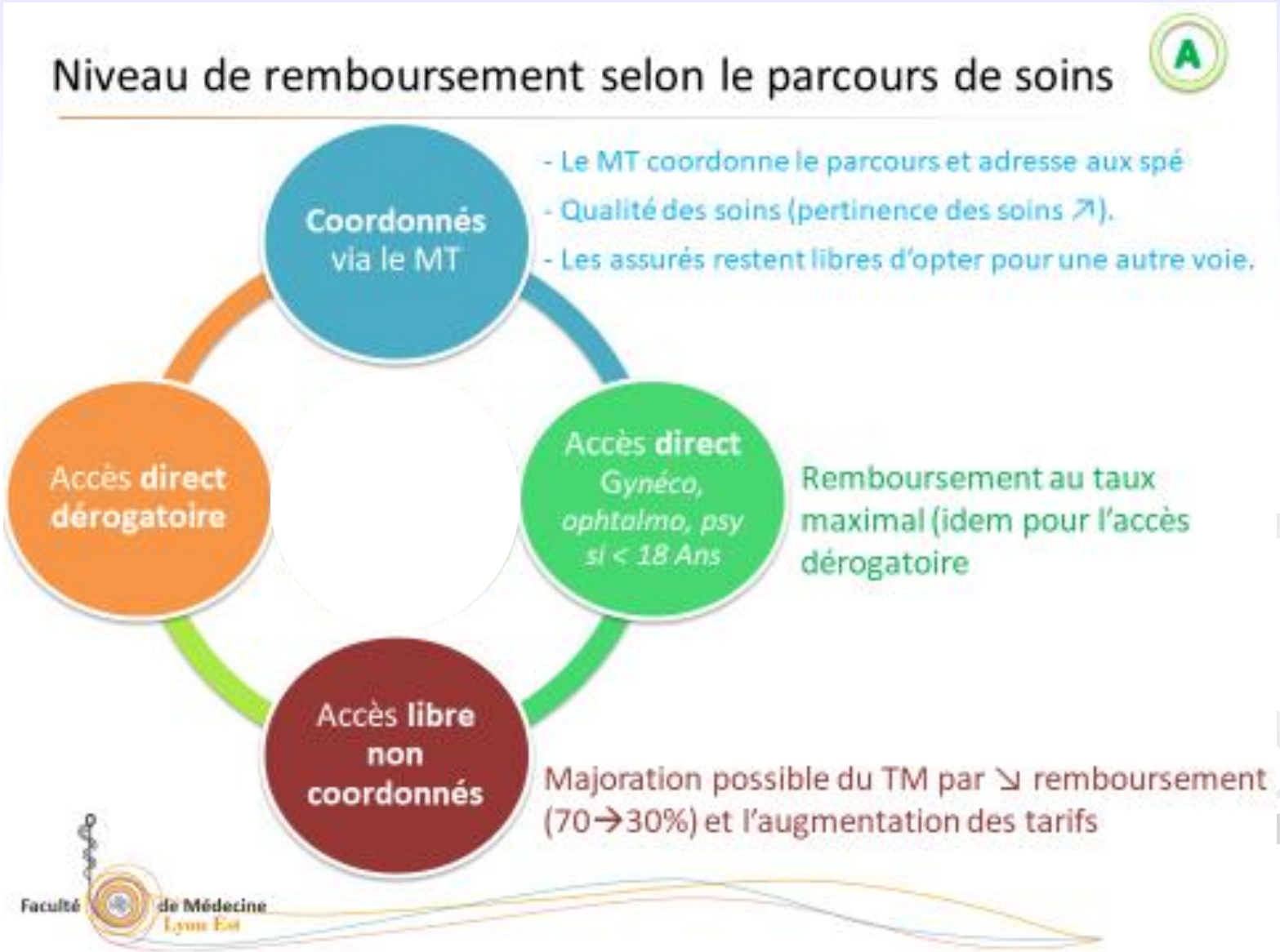
0€ de dépassement d'honoraires (ne seront jamais remboursés par l'AM).
S'il y en avait → patient ou sa mutuelle

9 € de ticket modérateur (patient ou sa mutuelle)
2 € de participation forfaitaire (patient)

19€ remboursés par l'Assurance Maladie

70% x 30 € = 21€, dont 2€ de participation forfaitaire

- **Parcours de soins coordonné - Loi du 13 aout 2004 relative à l'Assurance Maladie**



Déclarer un MT pour être mieux remboursé



Déclaration obligatoire pour les > 16 ans
Extension aux < 16 ans non imposée

Libre choix

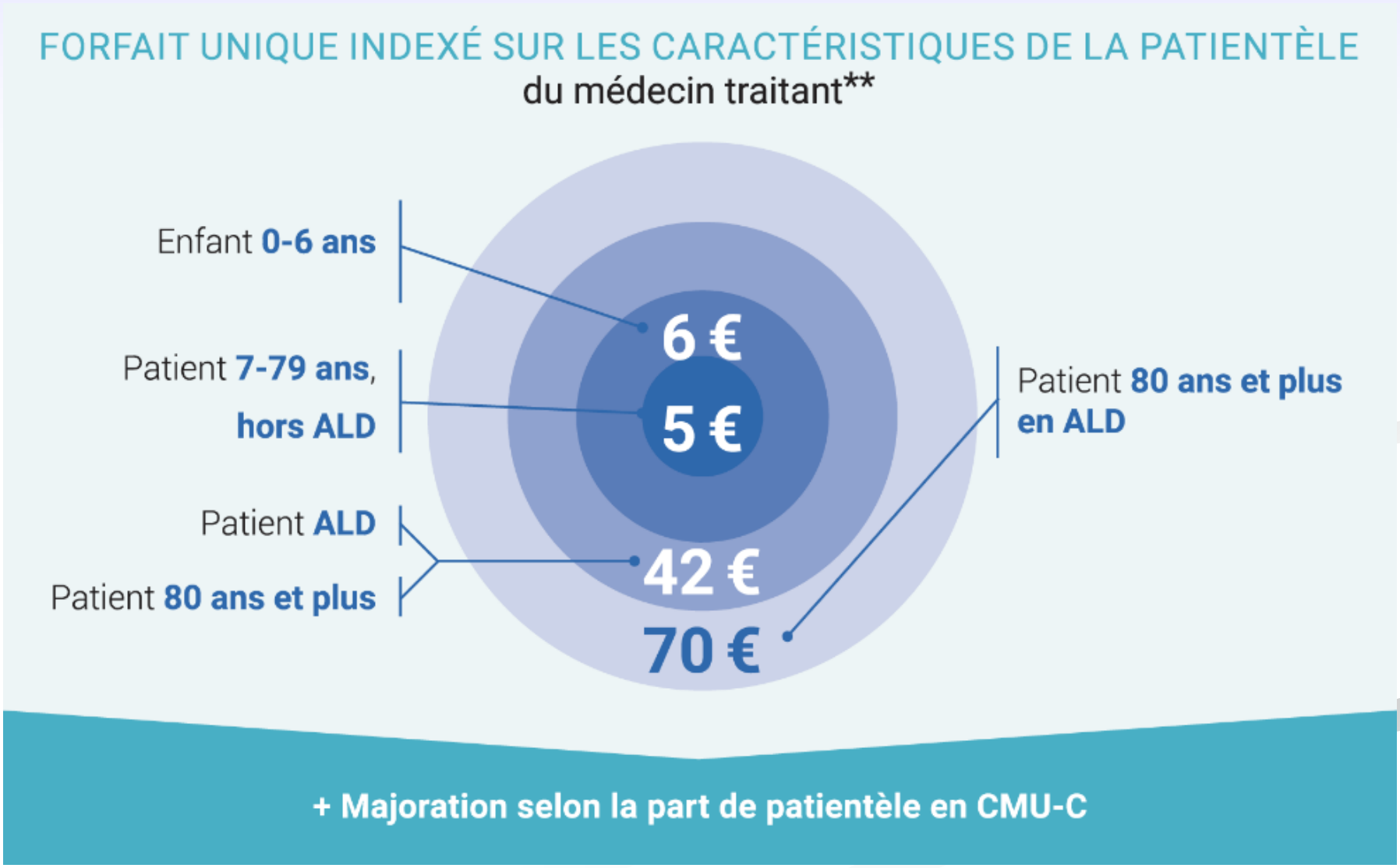
Spécialité
Localisation
Changement

Possibilité de voir un autre médecin si le MT est absent

Missions du MT :

- Assurer un premier niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
- Orienter dans le parcours de soins coordonné
- Gérer le dossier médical
- Etablir un protocole de soins pour une ALD
- Assurer une prévention personnalisée

Une meilleure rémunération aussi pour les MT



« Cas particuliers » - Exonération du TM

Maladies longues et coûteuses: « Affections Longue Durée »

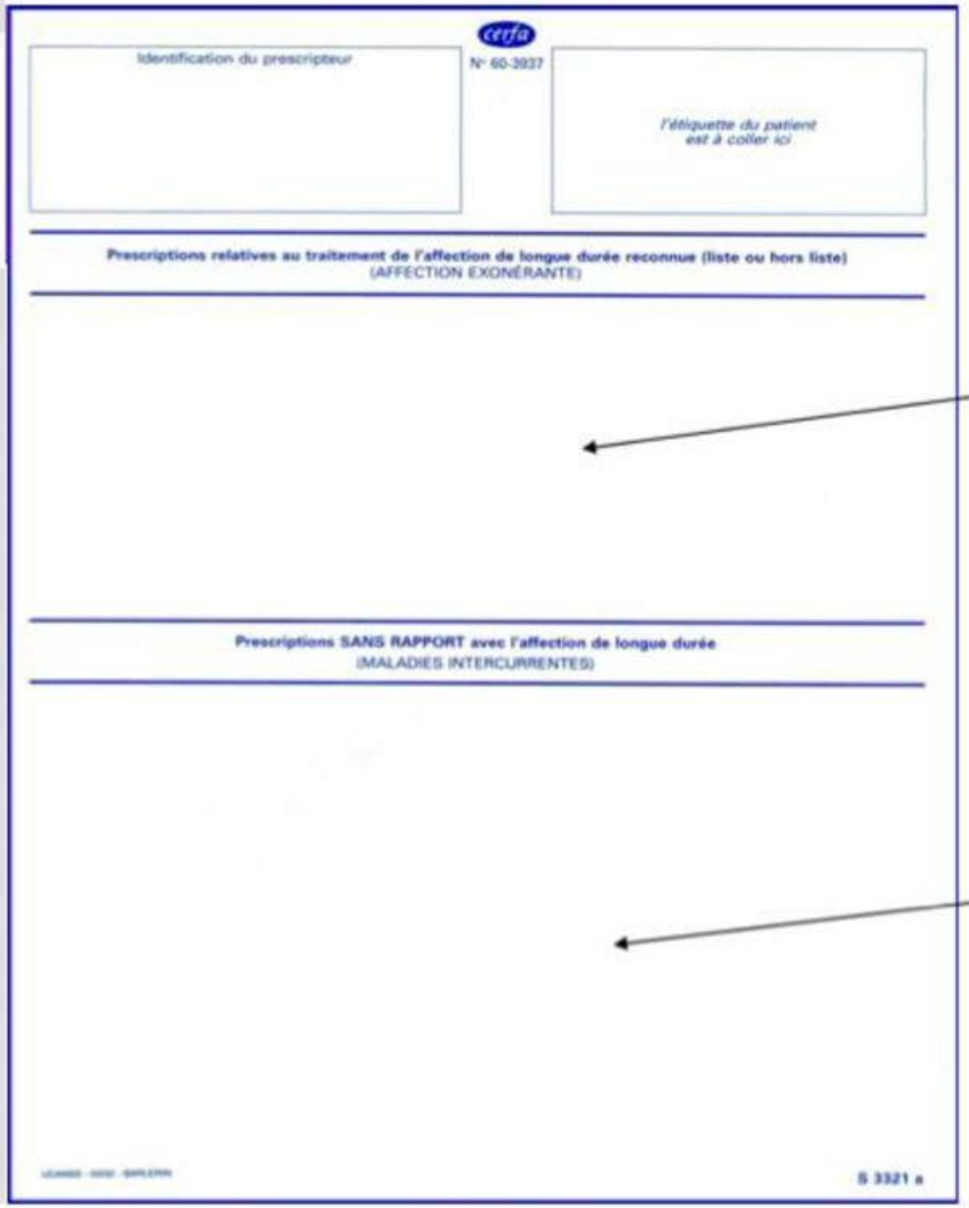
- Liste de 30 ALD établie par la HAS (Alzheimer, Parkinson, IC, SEP, Muco …)
  - + Protocole ALD hors liste (31ème maladie) si maladie grave, évolutive ou invalidante avec trt prolongé d'une durée >6 mois et couteuse
  - + Protocole polypathologie invalidante (ALD 32) : polypathologie invalidante avec soins > 6 mois
- Rôle du médecin traitant: **élaboration protocole de soins et coordination**
- Exonération du TM (si ALD exonérante) pour les soins directement en lien avec l'ALD

Maternité : remboursement habituel jusqu'au 6ème mois puis PEC 100%, examens prénataux remboursés à 100% dès le début de la grossesse.

Accident du travail et maladie professionnelle PEC 100% + tiers-payant

Bénéficiaires de dispositifs de solidarité CSS, AME

Ordonnance bizone



Ordonnance bizone

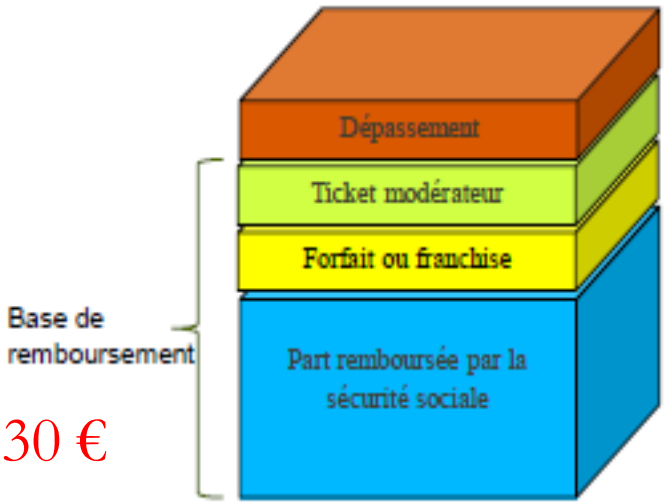
Médicaments concernés par la maladie prise en charge à 100 %

Autres médicaments

Comment ca marche ? Cas patient ALD

Remboursement d'une consultation de Médecin Généraliste en lien avec son ALD – modalités :

- Tarif de base de remboursement = 30€
- Taux de remboursement = 70%
- Participation forfaitaire de l'usager = 2€
- Pas de dépassement d'honoraires



0€ de dépassement d'honoraires (ne seront jamais remboursés par l'AM). S'il y en avait → patient ou sa mutuelle

9 € de ticket modérateur **remboursés par l'Assurance Maladie**
2 € de participation forfaitaire (patient)

19€ remboursés par l'Assurance Maladie

70% x 30 € = 21€, dont 2€ de participation forfaitaire

Solidarité : Aide aux populations vulnérables

Complémentaire Santé Solidaire

= mutuelle gratuite ou peu onéreuse

= rembourse la part complémentaire

Conditions d'attribution:

- Etre affilié à l'AM obligatoire
- Revenus < plafond





Aide médicale d'Etat

= aide aux étrangers en situation précaire

Conditions d'attribution:

- Résidence stable
- Résidence irrégulière
- Revenus < plafond

Coût consultation 0€

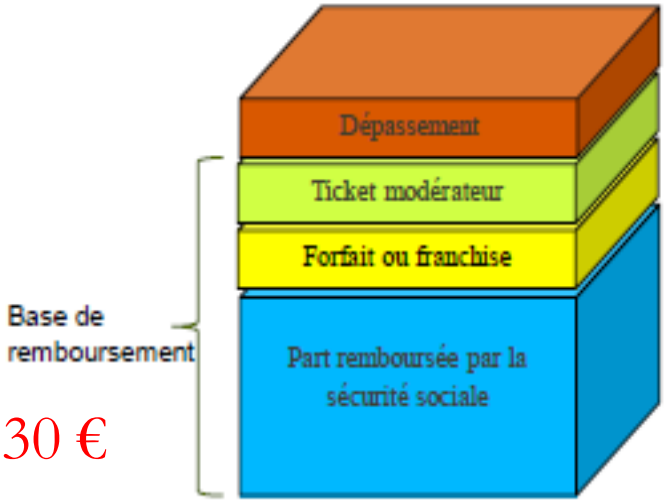
Prestations CSS et AME:

- Remboursement à 100% du BRSS
- Pas de forfait/franchise
- Pas de dépassement d'honoraires pour la CSS
- Tiers payant = dispense d'avance des frais
- PEC des lunettes, prothèses dentaires et prothèses auditives dans la plupart de cas

Comment ca marche ? Cas patient CSS/AME

Remboursement d'une consultation de Médecin Généraliste – modalités :

- Tarif de base de remboursement = 30€
- Taux de remboursement = 70%
- Participation forfaitaire de l'usager = 2€
- Pas de dépassement d'honoraires



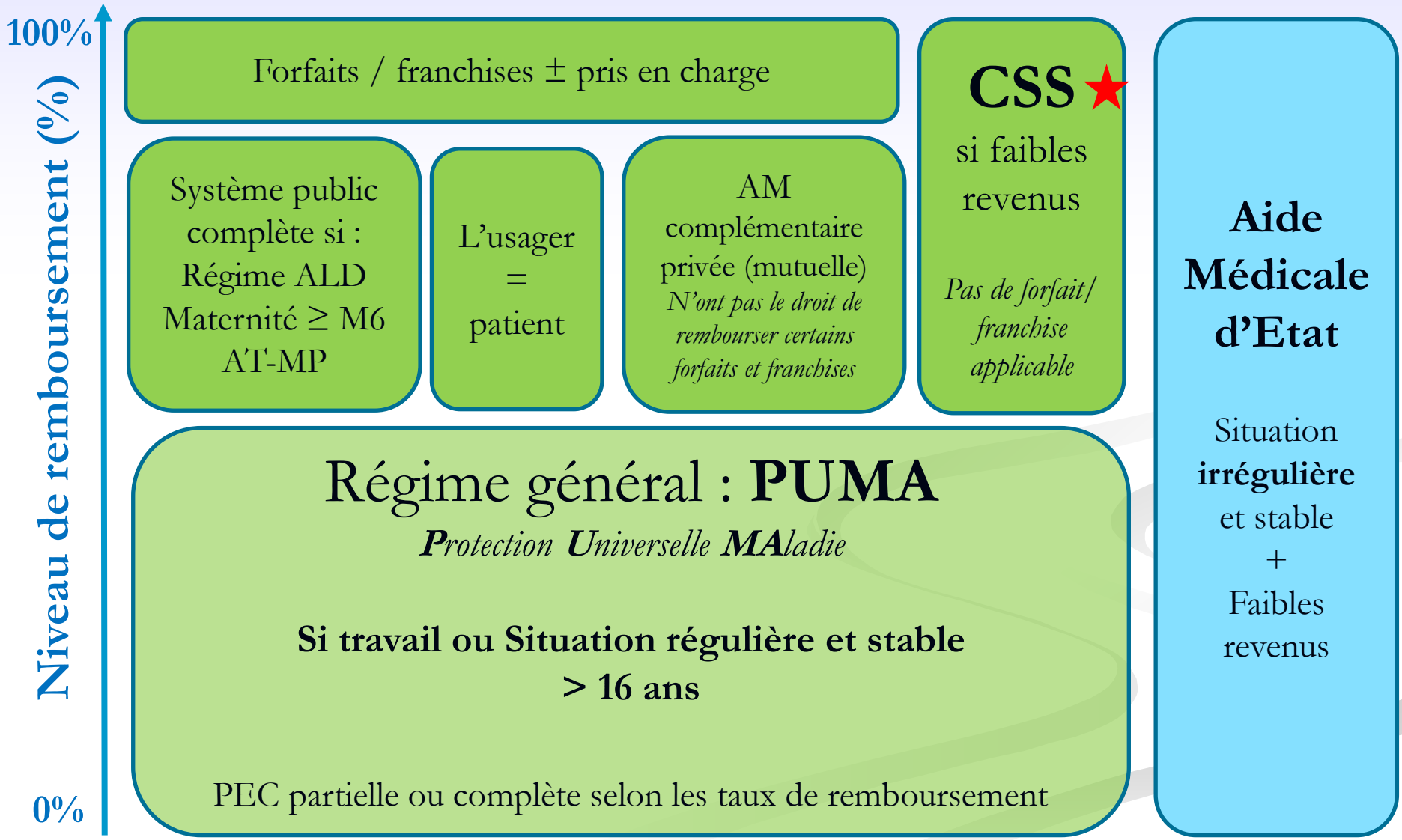
0€ de dépassement d'honoraires (ne seront jamais remboursés par l'AM). **Interdits pour CSS**

9 € de ticket modérateur **remboursés par l'Assurance Maladie**
2 € de participation forfaitaire **remboursés par l'Assurance Maladie**

19€ remboursés par l'Assurance Maladie

70% x 30 € = 21€, dont 2€ de participation forfaitaire

Qui paye quoi pour les soins ? Quels dispositifs pour qui ?

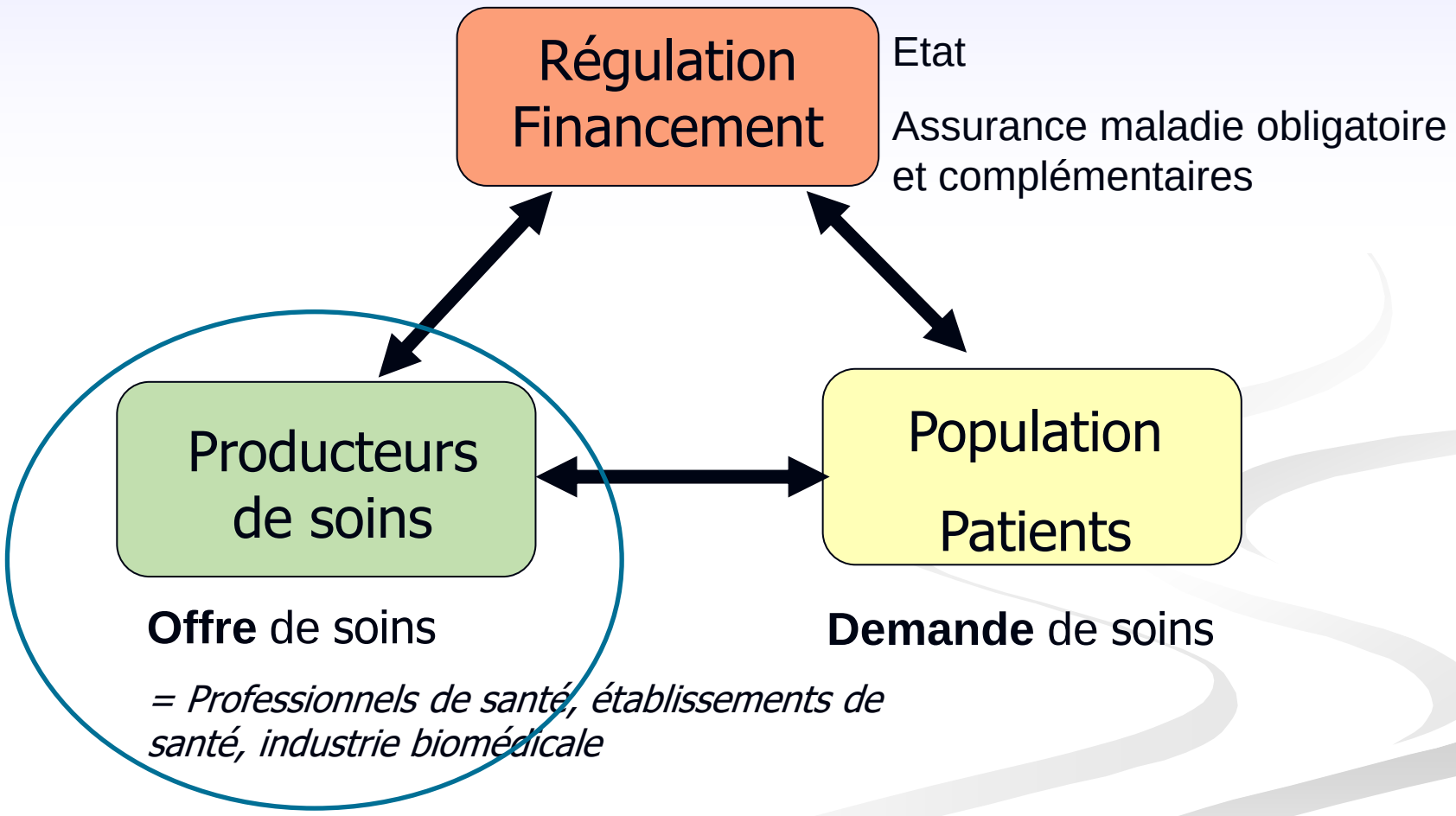


★ Dépassements d'honoraires interdits

1) PROTECTION SOCIALE

2) GESTION HOSPITALIÈRE

Les établissements de santé



Etablissements de santé

I) Statut juridique : public, privé (lucratif ou non = ESPIC)

II) Secteur : MCO, SSR, long séjour, psy, HAD

III) Taille : Nb de lits, nb de séjours /an, nb d'agents

IV) Spécialités médico-chirurgicales

V) Budget ou Chiffre d'affaires

Etablissement de santé

Dispensent des soins :

- **de courte durée** : unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

- **de moyenne durée :** soins de suite ou de réadaptation (SSR)

- **de longue durée** : unités de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

On distingue :

Soins avec hébergement : Hospitalisation complète

Soins sans hébergement : Consultations externes, Hospitalisation de jour (place d'hospitalisation et non lit)

Etablissements de santé

- Etablissements de santé publics : ≈ 45%

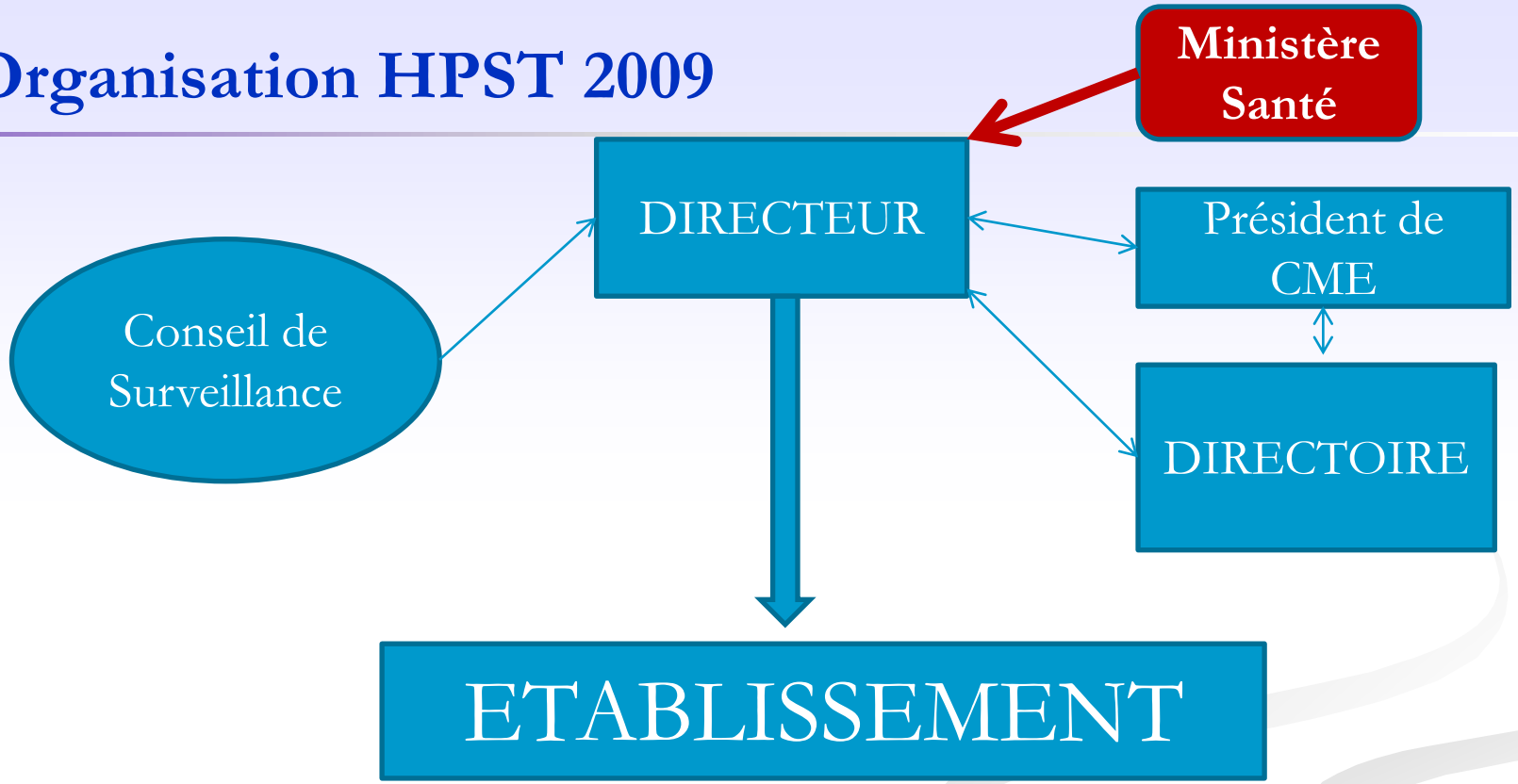
Etablissements de santé privés

À but non lucratif ≈ 22%

À but lucratif ≈ 33%

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Secteur public	**1 420**	**1 354**	**257 073**	**241 345**	**41 784**	**43 210**
CHR/CHU[1]	183	179	73 608	70 272	9 808	10 885
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	723	134 870	131 074	16 705	18 193
CH, anciens hôpitaux locaux	261	222	10 661	9 446	175	68
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 904	21 935	14 648	13 602
Autres établissements publics	158	138	12 030	8 618	448	462
Secteur privé non lucratif	**685**	**671**	**58 261**	**56 385**	**12 961**	**14 753**
CLCC[2]	21	20	2 887	2 738	891	688
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	133	19 423	18 919	2 611	2 879
Établissements de soins de SSR	368	360	25 387	25 184	4 071	5 208
Autres établissements à but non lucratif	140	158	10 564	9 544	5 388	5 978
Secteur privé à but lucratif	**1 020**	**983**	**98 269**	**94 863**	**17 164**	**20 757**
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	478	58 152	51 073	13 296	14 076
Établissements de soins de SSR	335	343	27 044	29 316	2 671	4 517
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	153	12 571	14 076	1 197	2 105
Autres établissements à but lucratif	6	9	502	398	0	59
Ensemble	**3 125**	**3 008**	**413 603**	**392 593**	**71 909**	**78 720**

Organisation HPST 2009



Pôles Médico - chirurgicaux

Pôle 1 Chef de pôle | Pôle 2 Chef de pôle | Pôle 3 Chef de pôle | Pôle 4 Chef de pôle

Service

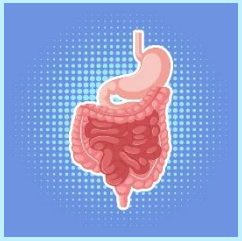
Service

Pôles Médico - techniques

Pôle 10

Organisation HPST 2009

Pôle de médecine digestive et Uro-néphrologique



Service de chirurgie digestive

Service d'hépatogastrologie

Service de néphrologie

Service de greffe rénale

Service d'urologie

Projet de pôle



Contrat de pôle

Direction de l'hôpital

2016 Loi de Modernisation du Système de Santé

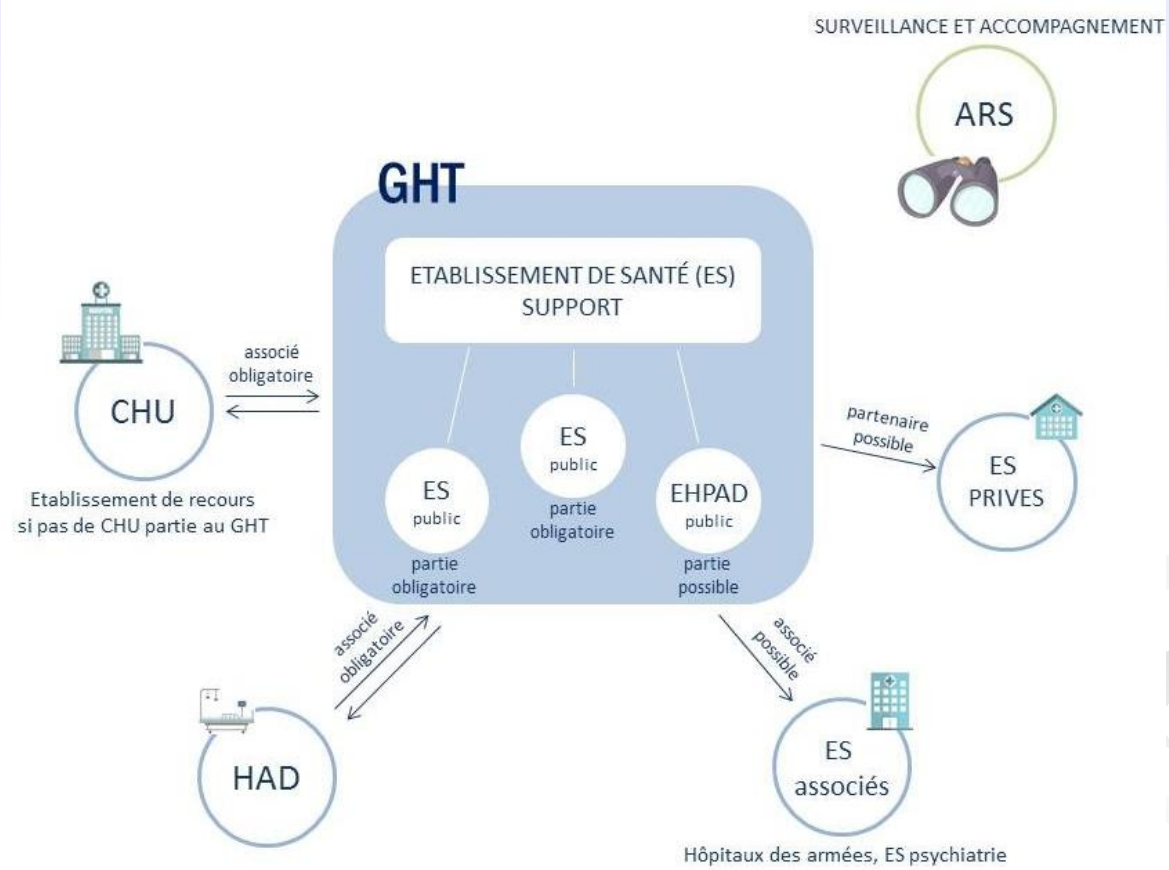
- Objectif: s'attaquer aux inégalités de santé

- Axe 3 de cette réforme : Réorganiser l'offre de soins hospitalière
  - Création des GHT (groupements hospitaliers de territoire)
  - Un GHT :
    - plusieurs hôpitaux qui se regroupent
    - avec un projet médical partagé
    - et des moyens communs pour proposer des soins à une population

- Exemple : **GHT « Val Rhône Centre » composé de 9 établissements**
  → dont les Hospices civils de Lyon, CH Albigny-sur-Saône, Neuville-sur-Saône et Sainte-Foy-lès-Lyon (ancien GHT Rhône Centre) et les CH de Vienne, de Givors, de Beaurepaire, de Condrieu, et du Pilat rhodanien (ancien GHT Val Rhône).

  Couvre une population d'environ 2 millions d'habitants

2016 Loi de Modernisation du Système de Santé (2)

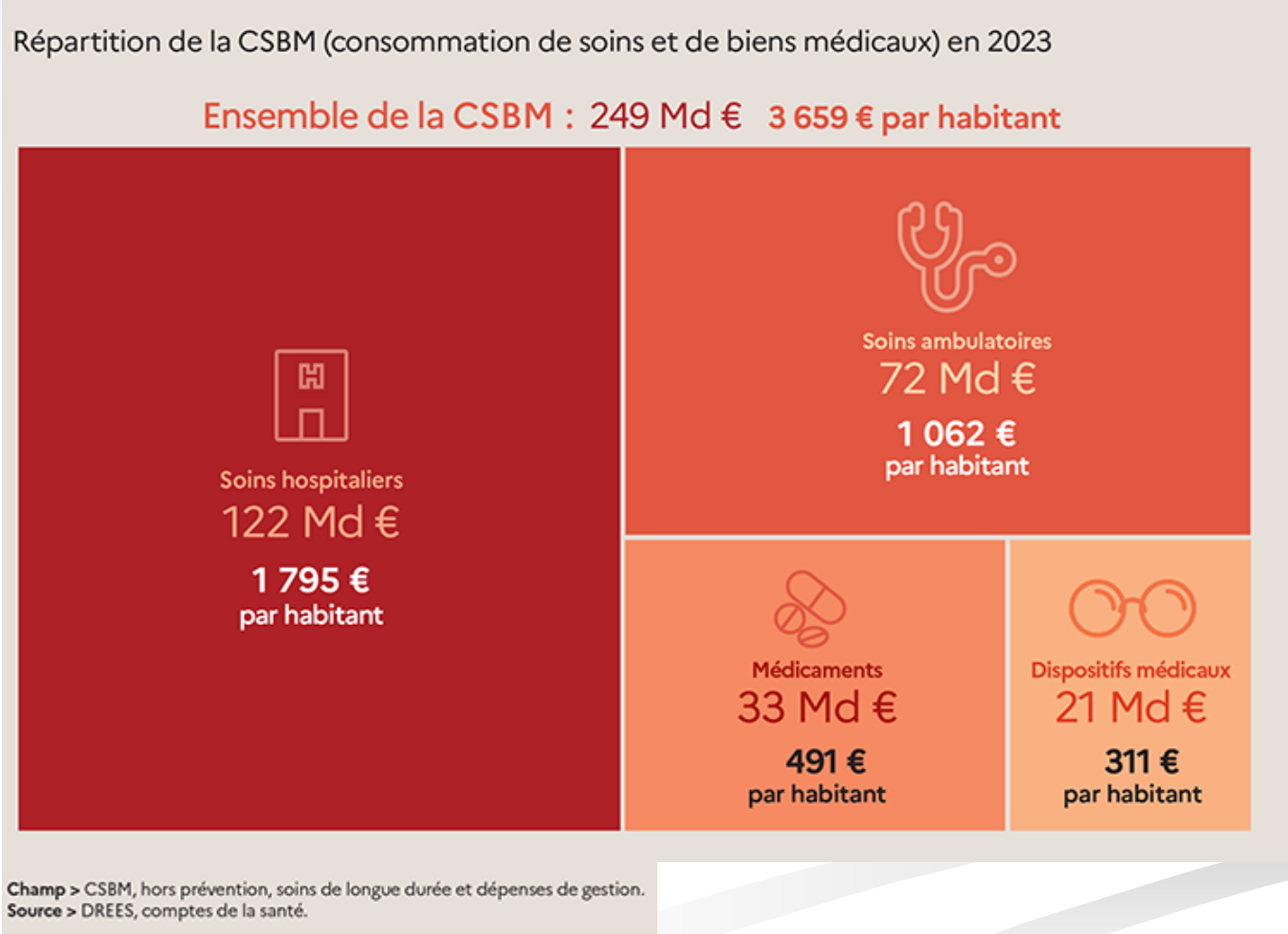


- **Groupements Hospitaliers de Territoire** = nouveau mode de coopération pour améliorer l'accès aux soins à moindre coût
  - Elaborent un projet médical partagé
  - Organisation et fonctionnement libre
  - Partage des missions et fonctions supports

Financement hospitalier et maitrise médicalisée des dépenses

Consommation de Soins et de Biens médicaux (CSBM)

= Valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national



Qui finance la CSBM ?

Tableau 2 **Structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2013 et 2023**

En %

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble de la CSBM (100 %)						
Sécurité sociale	75,5	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
État	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Organismes complémentaires	13,0	13,0	12,0	12,5	12,3	12,4
Ménages	9,9	8,4	7,7	7,7	7,7	7,5
Soins hospitaliers (49,1 %)						
Sécurité sociale	89,8	90,6	90,3	91,9	92,5	92,6
État	1,8	1,6	3,2	1,4	1,0	0,9
Organismes complémentaires	3,8	4,0	3,9	3,4	3,4	3,5
Ménages	4,6	3,8	2,6	3,2	3,1	3,0
Soins de médecins et sages-femmes (10,5 %)						
Sécurité sociale	69,1	71,1	73,0	74,6	74,7	73,7
État	1,6	1,7	1,8	0,3	0,3	0,3
Organismes complémentaires	19,2	19,0	17,8	17,7	16,9	17,4
Ménages	10,2	8,2	7,4	7,5	8,2	8,6
Soins dentaires (6,2 %)						
Sécurité sociale	30,0	32,4	33,8	39,2	39,6	39,3
État	2,3	4,1	4,6	0,1	0,2	0,2
Organismes complémentaires	38,3	40,2	40,0	45,1	43,6	43,9
Ménages	29,4	23,3	21,6	15,6	16,6	16,6

Virage ambulatoire

Virage ambulatoire :

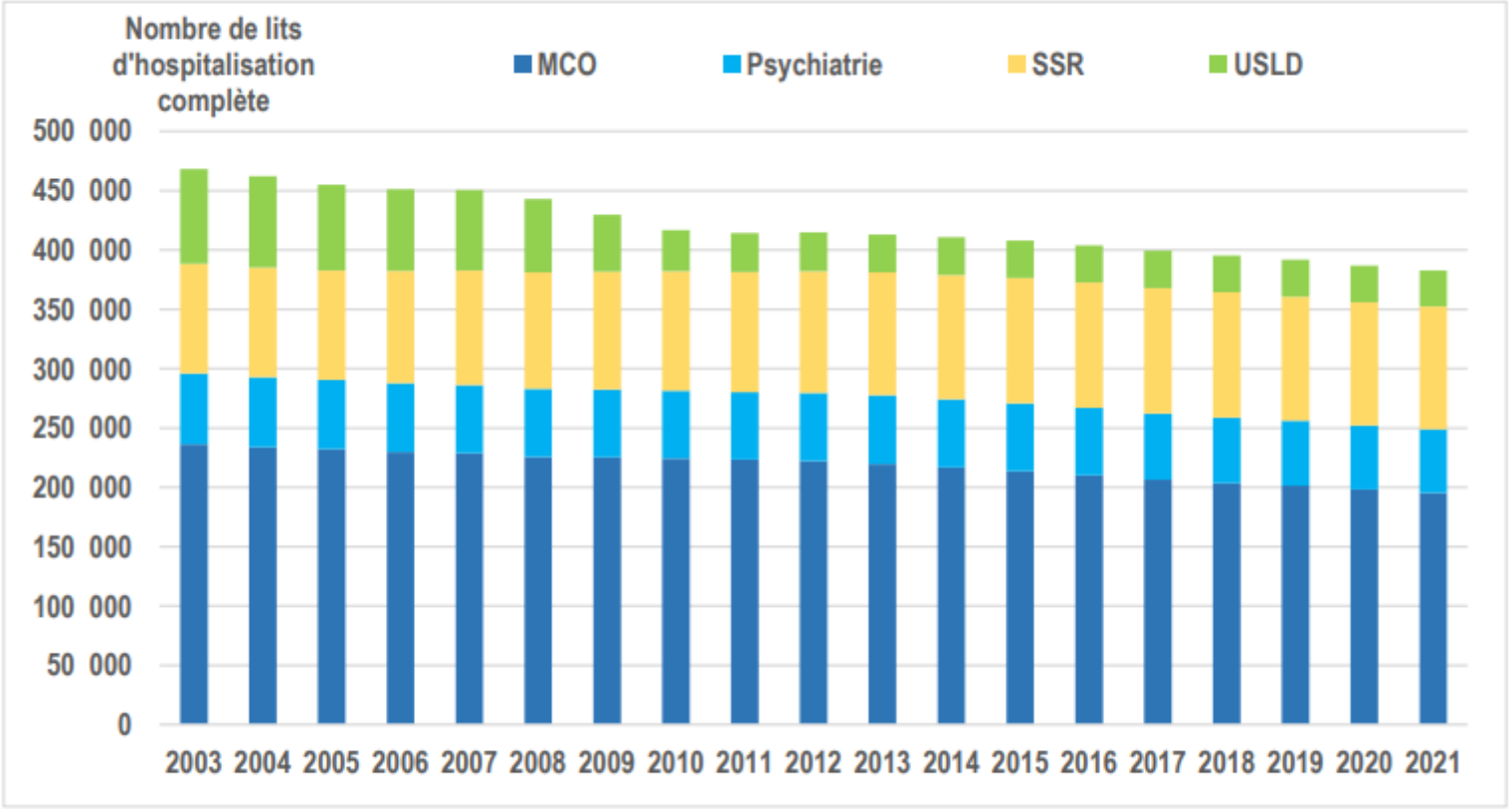
- Passage d'un système centré sur l'hôpital à un système où les soins de ville (++ médecins traitants) sont les pivots et les coordinateurs des parcours

- Pour les hôpitaux → hospitalisations plus adéquates et durées de séjours maitrisées
  - Transfert en hospitalisation de jour ++ hospitalisations de courte durée pour lesquelles l'hébergement n'est plus justifié grâce aux progrès techniques (ex : chirurgie ambulatoire)
  - Transfert d'activités d'hôpital de jour vers des consultations longues, voire des soins en ville.
  - Raccourcissement des durées de séjour en chirurgie (ex : réhabilitation post chirurgie)
  - Développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

- Pour les structures de ville → organisation pour assurer avec qualité et sécurité la prise en charge des patients qui ne seront pas hospitalisés ou le seront moins longtemps.
  - Nécessite une **coopération ++ entre hospitaliers et soins ambulatoires → évolution des modes de financements**

Virage ambulatoire

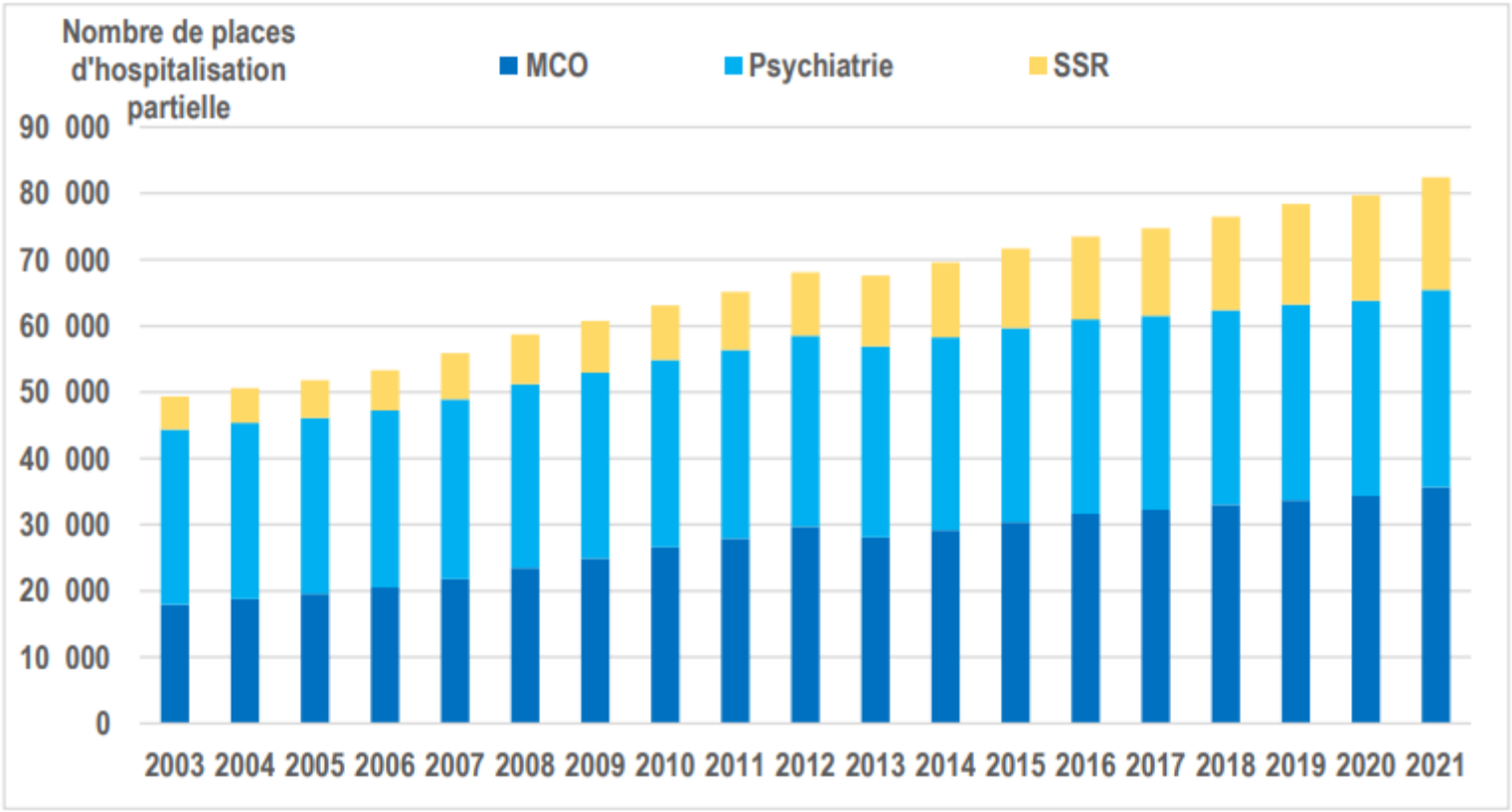
Graphique 1 **Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.
Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2003-2021, traitements DREES.

Virage ambulatoire

Graphique 2 **Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2003-2021, traitements DREES.

Comment sont financés les hôpitaux ?

2004 – La Tarification A l'Activité

Financements directement liés à l'activité

- Forfait par séjour (GHS)
- Actes externes, Urgence
- Médicaments, DMI (en sus)

Autres financements

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

- Forfaits annuels « Urgences », Greffes, Prelevements d'Organes

Contexte : La tarification à l'activité ou T2A

- Financement attribué en fonction des «pathologies» ou Groupes Homogènes de Malades pris en charge :
  - Codage de l'information sur les séjours hospitaliers
  - Mesure de l'activité «produite»
    - => Flux d'information entre Eds et payeur (Assurance Maladie)
    - => Recettes pour l'établissement en fonction de l'activité réalisée
  - Les ES publics et privés facturent leurs prestations à l'assurance maladie, sur la base tarif national
  - Même prix pour mêmes prestations

FINANCEMENT HOSPITALIER

COMMENT FONCTIONNE CONCRÈTEMENT LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DANS LES HÔPITAUX ?

Parcours 1 : appendicite opérée en urgence 1/2

Hosp. n°696103559 du lun. 06/02/2020 à 08:44 au mar. 07/02/2020 à 11:05 1 21 ans à l'entrée ME : G70 (85) MS : G04 (8)

RUM du lun. 06/02/2020 à 08:44 au mar. 07/02/2020 à 11:05 1j 85 8 UM : 360529 - URGENCES CHIRURGICALES UR : 360529

N° anonyme du RSS : 876543219 N° de séjour : 987654321

Entrée le : 06/02/20 à : 08h44 Mode d'entrée : G70 mode PMSI : 85

Sortie le : 07/02/20 à : 11h05 Mode de sortie : G04 mode PMSI : 8

Erreur :

CMD : 06 - Affections du tube digestif

GHM : 06C091 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1

DP : K35.8 - Appendicites aigües, autres et non précisées

GHS : 1955 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1



Financement à l'activité: Se base sur un langage commun pour décrire ce qu'il se passe lors d'un séjour

Parcours 1 : appendicite opérée en urgence 2/2

HHFA016 - Appendicectomie, par coelioscopie ou par lapar	06/02/20 20:50	3216549			1
HHFA016 - Appendicectomie, par coelioscopie ou par lapar	06/02/20 20:55				4
ZCQM005 - Échographie transcutanée de l'abdomen, avec	06/02/20 10:55			1	1
ZZQX188 - Examen anatomopathologique de pièce d'exérè	06/02/20 11:00				1

Libellé	UM	Du	Au	Qte	Coeff	PU	Total
1955 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1		06/02/20	07/02/20	1.00	100.00%	2 003.98	2 003.98



Parcours 2 : Intoxication médicamenteuse 1/4

42 ans

Hosp. n°**12345679** du dim. **03/04/2018** à 15:31 au jeu. **18/04/2018** à 18:52 20j 42 ans à l'entrée ME : **G70** **(85)** MS : **G24** **(74)**

RUM	du dim.	**03/04/2018**	à 14:29	au mar.	**05/04/2018**	à 9:15	2j	**85**	**61**	UM : **360119** - USMCC UNITE SURV MED ET CHIR CONTINUE
RUM	du mar.	**05/04/2018**	à 09:15	au lun.	**15/04/2018**	à 13:37	10j	**61**	**61**	UM : **360035** - REANIMATION MEDICALE
RUM	du lun.	**15/04/2018**	à 13:37	au jeu.	**20/04/2018**	à 17:45	5j	**61**	**74**	UM : **360419** - UHCD

Passage dans 3 unités

Durée de séjour total : 17 jours



Parcours 2 : Intoxication médicamenteuse 2/4

N° anonyme du RSS : **14725836** N° de séjour : **12345679**

Entrée le : 03/04/2018 à : 14:29 Mode d'entrée : **G70** mode PMSI : 85

Sortie le : 20/04/2018 à : 17:45 Mode de sortie : **G24** mode PMSI : 74

Erreur :

CMD : **21** - Traumatismes, allergies et empoisonnements

GHM : **21M104** - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

DP : **T42.4** - Intoxication par benzodiazépines

GHS : **7587** - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

Patiente venue de son domicile

Puis transféré vers un autre hôpital à la sortie

74 : Sortie par transfert vers une unité de psychiatrie



Parcours 2 : Intoxication médicamenteuse 3/4

Actes CCAM — 48 /

Ac	N	C	U	Code de l'acte	Date	Exe	ANP	A
	15			**DEQP003** - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	21/07/19 15:31	**1233211**		1
	5			**ZBQK002** - Radiographie du thorax	21/07/19 15:49	**3211234**	1	1
	7			**GLLD017** - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	21/07/19 18:51			1
	10			**DEQP007** - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	21/07/19 18:51			1
	14			**DEQP003** - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	21/07/19 19:09			1
	8			**GLLD017** - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	22/07/19 00:00			1
	11			**DEQP007** - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	22/07/19 00:00			1
	16			**GLHF001** - Prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et m	22/07/19 00:00			1
	1	●	●	**GLLD008** - Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoir	23/07/19 00:00			1
	2			**EPLF002** - Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée	23/07/19 00:00			1
	3			**GLMF001** - Adaptation des réglages d'une ventilation non effractive par r	23/07/19 00:00			1
	4			**ENLF001** - Pose de dispositif intraartériel de surveillance de la pression i	23/07/19 00:00			1
	9			**GLLD017** - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	23/07/19 00:00			1
	12			**DEQP007** - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	23/07/19 00:00			1
	13			**GELD004** - Intubation trachéale	23/07/19 00:00			1
	6			**ZBQK002** - Radiographie du thorax	23/07/19 08:06	**4444444**	1	1
	1	●	●	**EQLF003** - Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopam	23/07/19 10:40			1
	4	●	●	**GLLD008** - Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoir	23/07/19 10:40			1
	14			**EQQP011** - Surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la	23/07/19 10:40			1
	27			**GLLD017** - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	23/07/19 10:40			1
	33			**DEQP007** - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	23/07/19 10:40			1
	23			**ZBQK002** - Radiographie du thorax	23/07/19 13:42	**4444444**	1	1

Passage en réanimation :
64 lignes d'actes côtés



Parcours 2 : Intoxication médicamenteuse 4/4

N° anonyme du RSS : **14725836** N° de séjour : **12345679**

Entrée le : 03/04/2018 à : 14:29 Mode d'entrée : **G70** mode PMSI : 85

Sortie le : 20/04/2018 à : 17:45 Mode de sortie : **G24** mode PMSI : 74

Erreur :

CMD : **21** - Traumatismes, allergies et empoisonnements

GHM : **21M104** - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

DP : **T42.4** - Intoxication par benzodiazépines

GHS : **7587** - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

Type	Libellé	UM	Du	Au	Qte	Coeff	PU	Total
GHS	**7587** - Effets toxiques des médicaments et substances biol...		21/07/19	08/08/19	1.00	100.00%	7 871.91	7 871.91
SRC	**SRC** - Surveillance continue	**360119**	21/07/19	22/07/19	2.00	100.00%	322.53	645.06
REA	**REA** - Réanimation	**360035**	23/07/19	04/08/19	13.00	100.00%	805.36	10 469.68



Points clés sur le financement hospitalier

- La Tarification A l'Activité (T2A) s'appuie sur le PMSI et T2A en place depuis les années 2000's

- Besoin d'un langage commun pour décrire ce qu'il se passe lors d'un séjour
  - CIM-10 pour décrire les maladies (10ème version de la Classification internationale des maladies, de l'OMS)
  - CCAM pour décrire les actes (Classification commune des actes médicaux)
  - Méthodes de codage avec ces nomenclatures sont standardisées

- Toutes ces données remontent aux payeurs après anonymisation

- Autres sources de financement : MIGAC/MERRI pour l'enseignement, la recherche et la formation par exemple

Avantages et inconvénients de la T2A

- Ses points forts :
  - Transparence du financement des ES
  - Equité entre ES et entre secteur
  - Productivité des hôpitaux

- Ses points faibles :
  - Inflationniste : FAIRE DE L'ACTIVITE POUR GAGNER DE L'ARGENT
  - Course au volume d'activité
  - Privilégie les activités rentables
  - Peu d'optimisation du parcours de soins
  - Ne permet pas l'évaluation de la qualité des soins prodigués

Ma santé 2022, depuis 2018

- Hôpitaux – articulation ville/hôpital favorisée
  - **Modification du financement hospitalier** : introduction de financements au forfait, au parcours pour les pathologies chroniques pour une meilleure coordination ville-hôpital

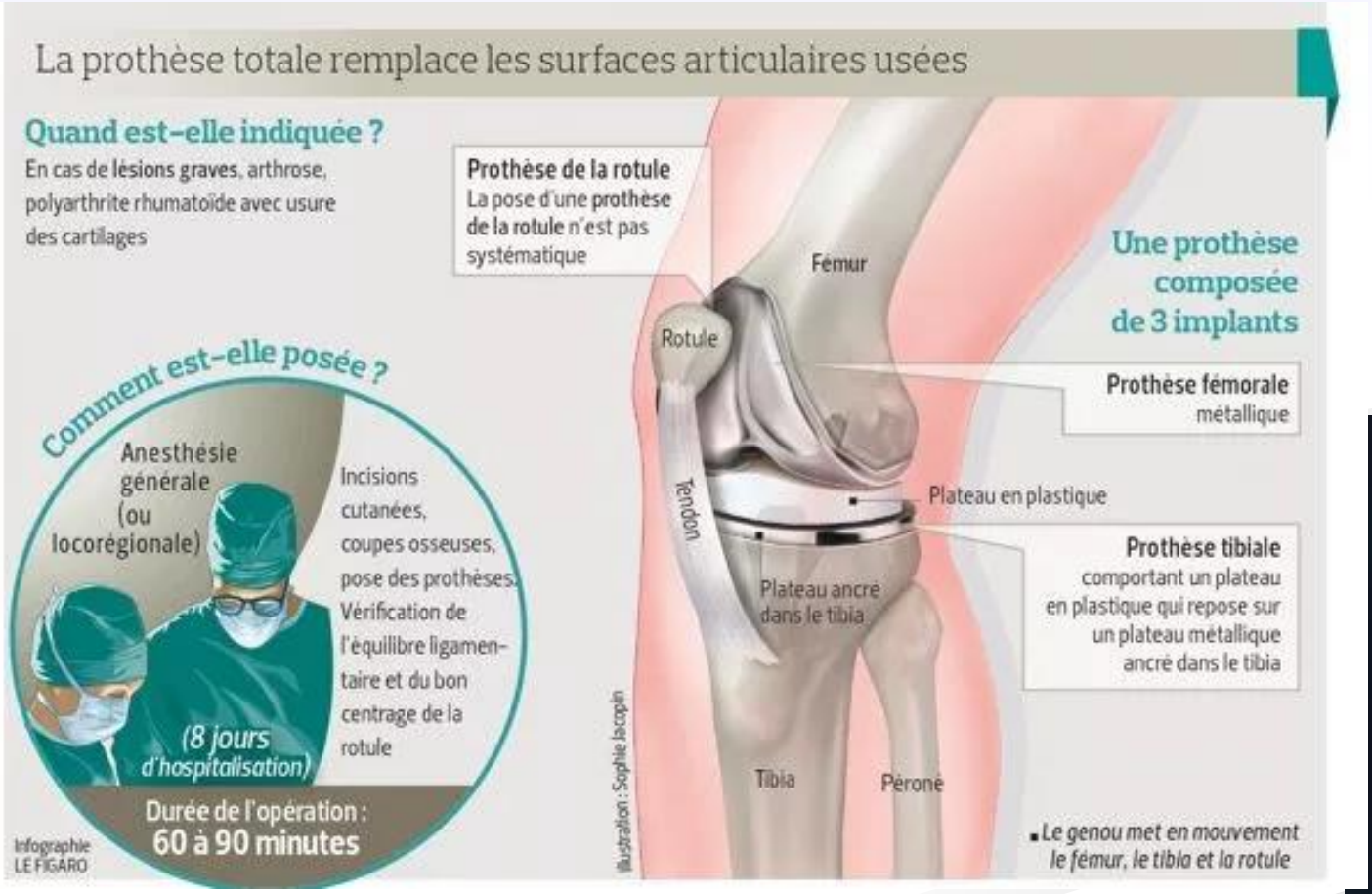
Evolution vers de nouveaux modes de financement

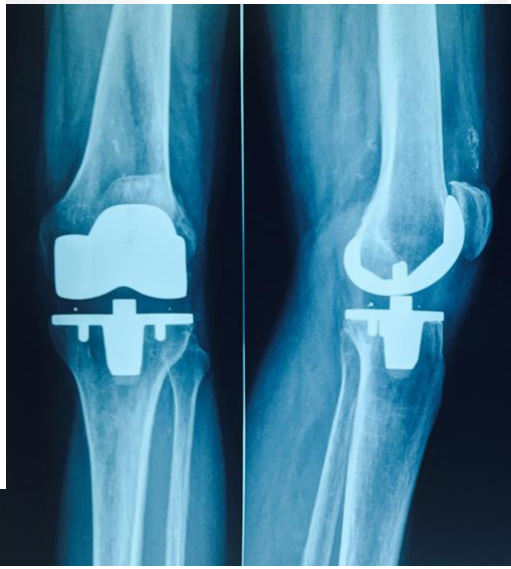
Réduction de la part de financement à l'activité et orientation vers des modes de financement combinés

- Paiement à la qualité et à la pertinence → prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins prodigués et des résultats rapportés par les patients
- Paiement à la séquence de soins (« bundled payment ») → prise en compte des trajectoires de soins des patients et la bonne coordination entre les acteurs du système
- Paiement au suivi (forfaits ++) → prise en charge des maladies chroniques, en mettant l'accent sur la prévention et sur les résultats de santé + que sur le nb de prestations réalisées
- Financements populationnels → dotations pour structurer l'offre de certains secteurs : ++ psychiatrie, urgences

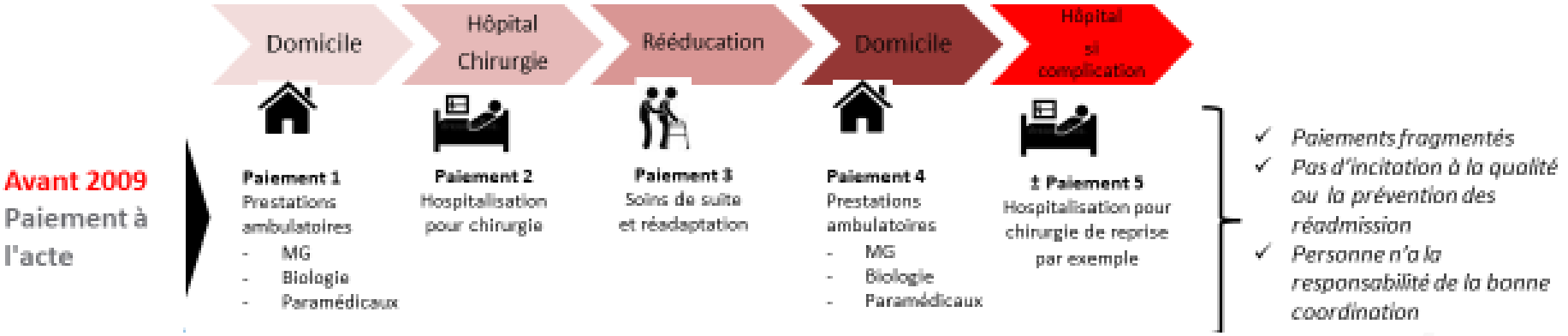
Ex :La PTG : un parcours standardisé mais complexe pour le patient

De nombreux professionnels à voir en ville et à l'hôpital avant, pendant et après la Xie





SUÈDE : EXPÉRIMENTATION D'UN PAIEMENT AU PARCOURS POUR LA PTH ET PTG



SUÈDE : EXPÉRIMENTATION D'UN PAIEMENT AU PARCOURS POUR LA PTH ET PTG



Avant 2009
Paiement à l'acte

Paiement 1
Prestations ambulatoires
- MG
- Biologie
- Paramédicaux

Paiement 2
Hospitalisation pour chirurgie

Paiement 3
Soins de suite et réadaptation

Paiement 4
Prestations ambulatoires
- MG
- Biologie
- Paramédicaux

± Paiement 5
Hospitalisation pour chirurgie de reprise par exemple

- ✓ *Paiements fragmentés*
- ✓ *Pas d'incitation à la qualité ou la prévention des réadmission*
- ✓ *Personne n'a la responsabilité de la bonne coordination*

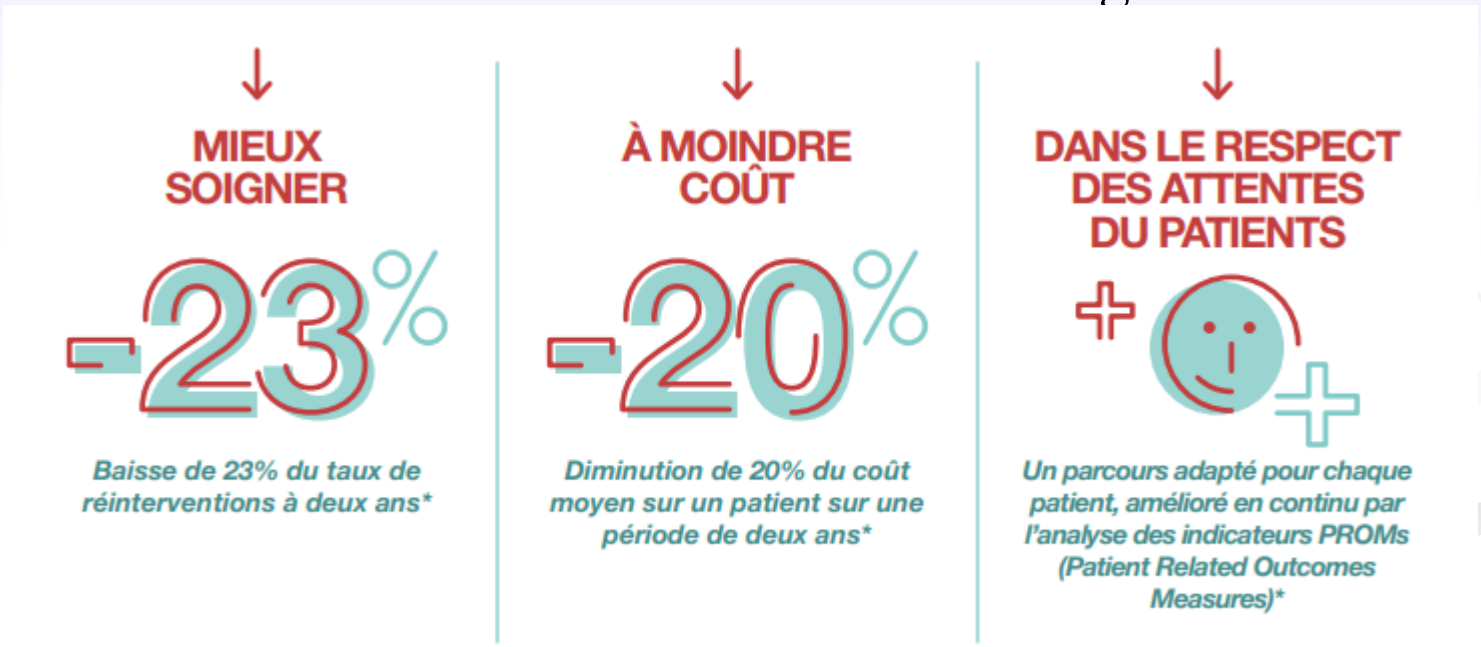
2009
Paiement au parcours

Versement d'un forfait (5.100€) finançant l'intégralité de l'épisode de soins :
- Les soins hospitaliers et extra-hospitaliers.
- Intègre une garantie en cas de complications – jusqu'à 2 ans en post-opératoire, 5 ans en cas d'infection.
- Basé sur la performance : le paiement est ajusté en fonction des résultats pour le patient (3,2%).

- ✓ *Il y a un responsable de parcours (hôpital)*
- ✓ *Incitation à la bonne coordination et qualité*
- ✓ *Prévention des réadmissions*
- ✓ *Redistribution du forfait entre les acteurs*

Exemple de «financement à l'épisode de soins» : *OrthoChoice*-Suède

Prothèse totale de hanche et de genou



Expérimentations en cours en France (Article 51)

Conclusion

- Un système de soins Français avec une organisation mixte qui s'inspire de modèles historiques
- Mécanismes de protection sociale pour protéger les citoyens Fr des risques sociaux de l'existence
- Financement des hôpitaux repose aujourd'hui majoritairement sur la tarification à l'activité
- Révision des modes de financement en cours

Merci de votre attention

Des questions ?

jamal.atfeh01@chu-lyon.fr