



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

VERSION 1

EVOLUTION DU MODÈLE T2A DE L'HAD

Collège des médecins DIM - FHP

NOVEMBRE 2018

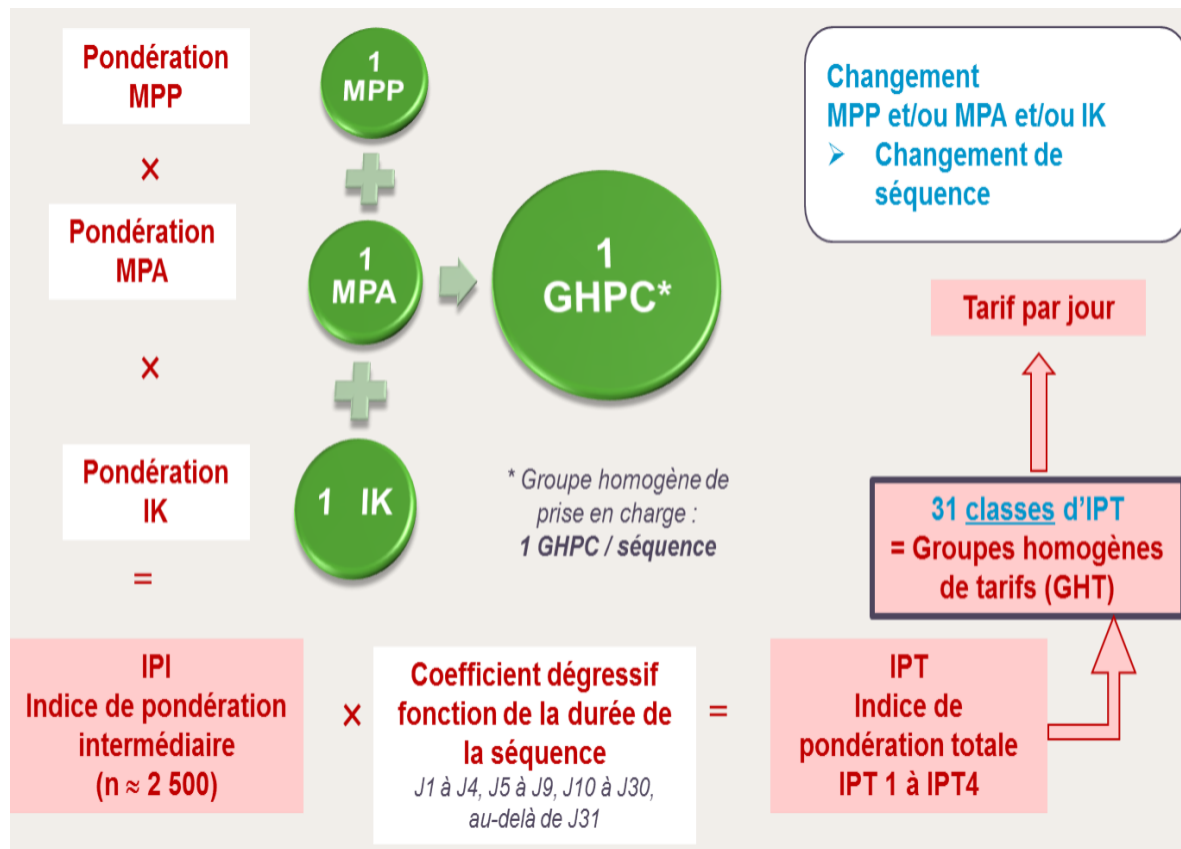
INTERVENANT
Nicolas NOIRIEL, FNEHAD

LA QUALITÉ DE L'HÔPITAL, **LE CONFORT DE SA MAISON**

Modèle T2A actuel de l'HAD

PRINCIPES

- Financement T2A depuis 2005
- Commun aux deux secteurs (ex-dg et ex-oqn)
- Croisement MPP, MPA, IK
- Forfait



« Case-mix » actuel de l'HAD

NOTE DE LECTURE : Les séjours comportant au moins une journée en GHT99 ont été exclus des calculs. Depuis 2014, les pansements complexes sont la première activité réalisée par les établissements d'HAD. Le nombre de journées de soins palliatifs, première activité réalisée jusqu'en 2013, a progressé de 6,5%. L'activité de nutrition parentérale a progressé de 8,7% par rapport à 2016.

MPP	LIBELLÉ	2016		2017		2016-2017
		NBRE JOURNÉES	%	NBRE JOURNÉES	%	ÉVOLUTION
01	Assistance respiratoire	120 591	2%	118 781	2%	-1,5%
02	Nutrition parentérale	116 832	2%	127 009	2%	+8,7%
03	Traitements intraveineux	295 196	6%	313 473	6%	+6,2%
04	Soins palliatifs	1 195 790	25%	1 273 758	25%	+6,5%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	106 001	2%	107 038	2%	+1,0%
06	Nutrition entérale	323 600	7%	329 575	6%	+1,8%
07	Prise en charge de la douleur	122 160	3%	141 523	3%	+15,9%
08	Autres traitements	113 289	2%	135 646	3%	+19,7%
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 361 534	28%	1 462 873	28%	+7,4%
10	Post-traitement chirurgical	110 736	2%	115 457	2%	+4,3%
11	Rééducation orthopédique	33 104	1%	41 775	0,8%	+26,2%
12	Rééducation neurologique	50 232	1%	55 688	1,1%	+10,9%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	180 585	4%	197 926	4%	+9,6%
14	Soins de nursing lourds	444 589	9%	439 302	9%	-1,2%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	61 074	1%	67 938	1,3%	+11,2%
17	Surveillance de radiothérapie	4 536	0,1%	6 668	0,1%	+47,0%
18	Transfusion sanguine	703	0,01%	760	0,01%	+8,1%
19	Surveillance de grossesse à risque	107 138	2,2%	117 381	2%	+9,6%
21	Post-partum pathologique	71 531	1,5%	68 565	1,3%	-4,1%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	24 966	0,5%	21 981	0,4%	-12,0%
24	Surveillance d'aplasie	6 962	0,1%	7 693	0,1%	+10,5%
29	Sortie précoce de chirurgie	1 954	0,04%	2 520	0,05%	+29,0%
TOTAL		4 853 103	100%	5 153 330	100%	+6,2%

Un modèle T2A HAD à faire évoluer sans tarder... depuis 10 ans

DE NOMBREUX RAPPORTS, DES CONSTATS PARTAGÉS

- **Rapports :**
 - Igas (2010)
 - Cour des comptes (2015, 2016)
 - Assemblée nationale, MECSS (2016)
 - Rapport O. Véran (2017)
- **Constats :** un modèle dépassé qui freine le développement de l'HAD
 - Une **classification médico-économique inadaptée** (définition vagues des MP, associations des MP, insuffisance de l'IK pour prendre en compte la dépendance...), **incapacité à rendre compte de la multiplicité** des PEC réalisées, **faible médicalisation**
 - L'**obsolescence** du modèle actuel (données de coûts anciennes et peu représentatives), déconnexion entre tarifs et coûts
 - L'**absence de cohérence** avec les modèles de financement des autres secteurs
 - **Des missions non financées**

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Accélérer les réflexions actuelles visant à **médicaliser nettement le recueil d'informations** utilisées pour le financement de l'HAD.
- Affirmer le **caractère global du tarif** en précisant clairement ce qu'il inclut.
- Mettre en place des **financements forfaitaires spécifiques**, sur le modèle du MCO, pour les missions propres à l'HAD, aujourd'hui mal valorisées (accueil de publics précaires, activités isolées)
- Fluidifier les parcours de soin grâce à des **modèles tarifaires moins cloisonnés**.
- **Repenser la dégressivité tarifaire**, notamment sur certaines patientèles (maladies neurovégétatives par exemple).

Un travail de « médicalisation » de la classification T2A HAD

CONSTATS

- **Une nomenclature trop frustrée, trop peu médicalisée :**
 - des GHPC hétérogènes
 - des diagnostics médicaux « sans impacts »
- **Des axes des descriptions de l'activité à clarifier :**
 - Par prestations techniques (MP01, MP06...)
 - Par intensité des soins (MP14)
 - Par finalité des soins (MP04)
 - Par nature des soins, assimilables à une séance (MP03, 05, 18...)
- **Importance de la charge en soins, mal approchée dans le système actuel :**
 - Indice de Karnofsky imparfait
 - Inexploitation des AVQ
 - Dans certains cas, déterminant = coût du médicament plus que la charge

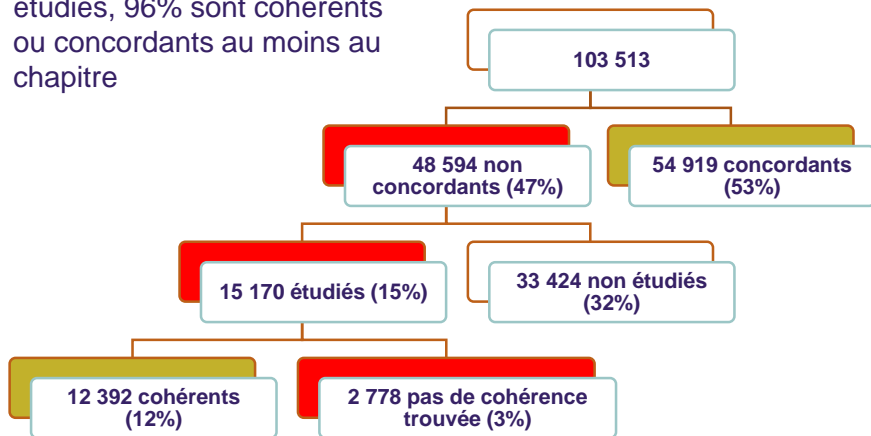
TRAVAUX / AVANCEMENT

- **Plusieurs séances de travail ATIH pour amorcer une nouvelle classification :** exploitation du PMSI + dire d'experts
 - Construction de l'algorithme de classification : segmentation des prises en charge HAD
 - Concordance des diagnostics ?
 - Introduction d'une nouvelle variable au 1^{er} mars 2019
 - *Typologie de la prise en charge qui correspond au mieux au projet thérapeutique principal initial lors de l'admission en HAD*
 - *Recueil obligatoire mais non bloquant*
- **Objectifs :**
 - Classification plus fine, sans alourdir le charge de recueil de variables
 - Possible par hiérarchisation plus pertinente des informations disponibles

Premiers résultats

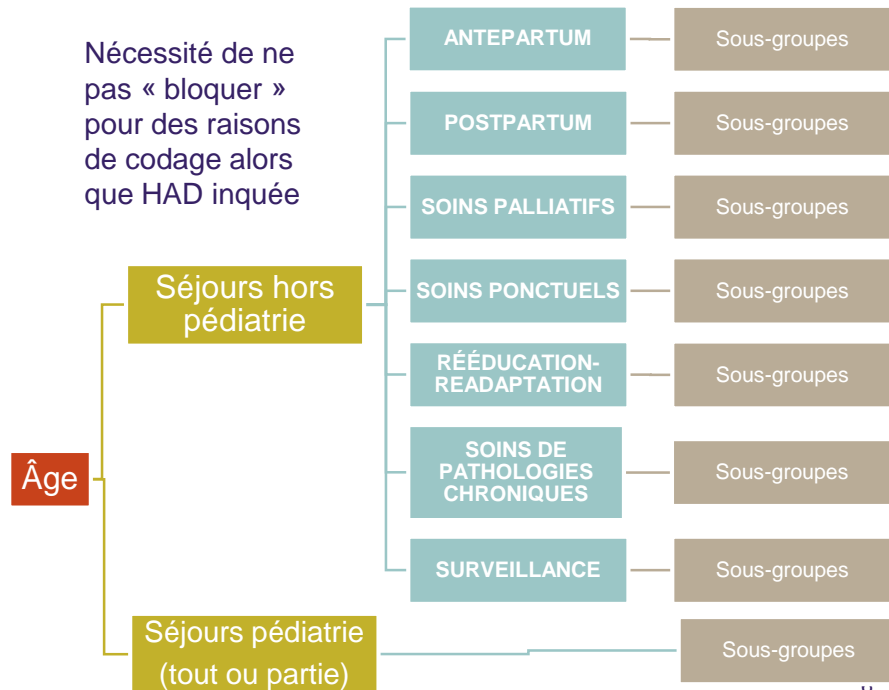
TRAVAUX SUR LES DIAGNOSTICS

Sur les 67 % de séjours étudiés, 96% sont cohérents ou concordants au moins au chapitre

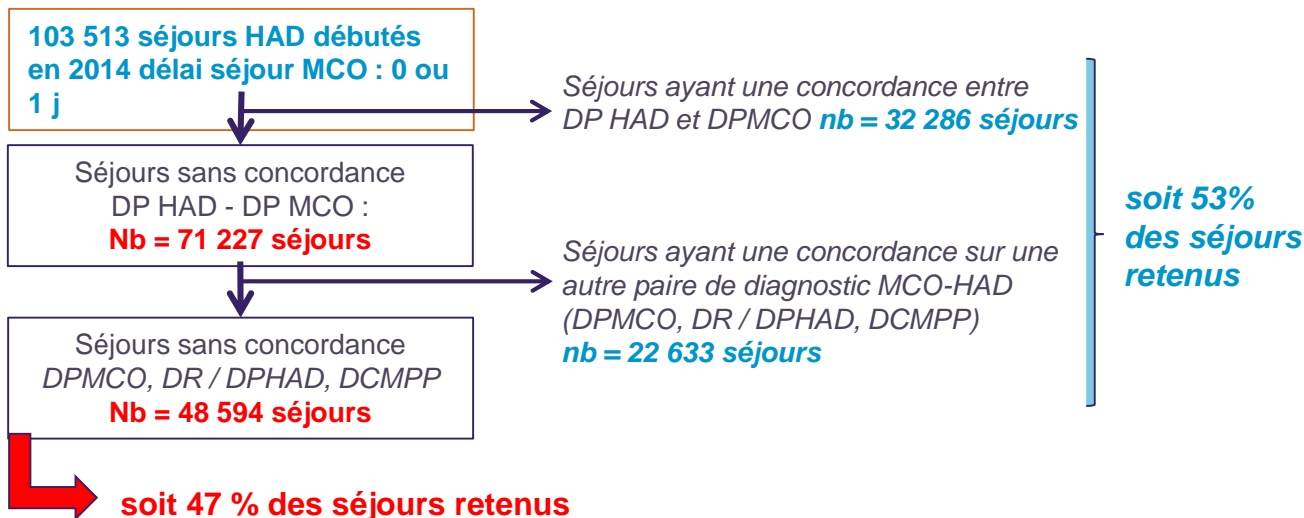


AMORCE DE CLASSIF.

Nécessité de ne pas « bloquer » pour des raisons de codage alors que HAD inquée



Exploration séjours retenus



Chapitres respectifs des DP HAD et MCO des séjours sans aucune concordance

DPHAD - CHAP	DP MCO- CHAP																				Tot général
	I	II	III	IV	IX	V	VI	VII	VIII	X	XI	XII	XIII	XIV	XIX	XV	XVI	XVII	XVIII	XX	
I		75	57	31	92	8	34	6	2	93	115	77	106	121	94	22	6	1	65	128	1 133
II	847		1 258	690	747	119	510	31	7	1 732	2 054	262	319	830	515	1	1	4	2 839	1 373	14 139
III	13	10		1	4		4			14	19	2	7	5	8	46	2	1	14	72	222
IV	84	82	49		234	11	49	3	1	161	182	195	110	63	90	26	9	5	161	293	1 808
IX	116	43	92	79		11	85	10		310	137	309	121	109	192	4	9	7	214	316	2 164
V	16	7	6	33	39		24	1		137	28	29	12	37	20	432	3	1	47	56	928
VI	72	44	35	97	198	35		8	4	537	139	83	71	163	61	11	11	2	189	257	2 017
VII	4		1	1																	10
VIII	1			1																	13
X	50	86	37	31	139	12	19	1	1		52	17	20	41	39		10	1	88	145	789
XI	80	63	33	72	45	6	9	1		51		74	10	65	77	33	8	7	97	172	903
XII	224	77	103	111	579	23	45	7	3	260	210		369	218	265	8	1	8	217	267	2 995
XIII	39	18	24	23	144	6	21	1	5	46	29	182		43	240	4	1	1	107	112	1 046
XIV	50	65	34	25	68	3	12		1	43	52	27	27		44	14	11	2	80	80	638
XIX	123	140	54	68	438	8	18	5	5	100	224	582	567	91		11	1	3	197	332	2 967
XV	1	2	4	9	6	1				6	8	5	3	7	4						227
XVI	28	1	3	9	6		12	2	1	69	32	2	2	13	1	246		41	30	632	1 130
XVII	31	4	4	13	9	4	12	1	2	85	31	9	9	18	9	7	55		32	33	368
XVIII	93	100	64	87	199	23	61	2		275	175	80	43	104	122	413	27	9		292	2 169
XX		3	2	3	8					4	7	5	5		12						71
XXI	68	284	71	81	333	11	32	3	3	217	243	364	236	113	276	10 277	38	11	194		12 855
XXII	1																				2
Total général	1 941	1 104	1 931	1 465	3 288	281	948	82	37	4 143	3 738	2 304	2 040	2 041	2 071	11 555	196	109	4 589	4 731	48 594

DPHAD Chap 21 : codes en Z

- Répartition des chapitres de DPMCO lorsque le DPHAD est du chapitre 21 = facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, codes en Z
- 80 % des séjours se trouvent dans le chapitre 15 grossesse accouchement et puérpéralité

Chap MCO		
15	10 277	80%
12	364	3%
9	333	3%
2	284	2%
19	276	2%
11	243	2%
13	236	2%
10	217	2%
18	194	2%
14	113	1%
4	81	1%
3	71	1%
1	68	1%
16	38	0%
6	32	0%
5	11	0%
17	11	0%
7	3	0%
8	3	0%
20		0%
21		0%
Total	12 855	100%

Au total : Concordance DP MCO et HAD pour DP HAD du chap 21

	DP HAD - Gp	Recours motifs liés à reproduct (Z30-39)	Recours actes méd/soin spé. (Z40-54)	Cond. socio-éco/psy-sociale (Z55-65)	Contact pr examen divers (Z00-13)	ATCD perso /famil (Z80-99)	Recours pr autres motifs + Risq lié à mal. transmis	Total général
DP MCO - Gp	Complic travail /acc Soins mat. liés au fœtus	1428	2193	103	44	26	1	3795
	Accouc	1087	1736	69	7	11	2	2912
	Autres Aff. Mat. liées gross	2659	36	113	34	42	2	2886
	Œd., protéinurie/HTA au gross	234	153	13	4		1	405
	Autres pb obst NCA	68	83	3	2	1		157
	Complications puerpé	47	42	4	1	6		100
	Grossessavec avortem	13	3	3				19
		2				1		3
							1	
		Total général	5538	4246	308	92	87	6

Chapitres respectifs des DP HAD et MCO des séjours sans aucune concordance

DPHAD - CHAP	DP MCO- CHAP																				Tot général
	I	II	III	IV	IX	V	VI	VII	VIII	X	XI	XII	XIII	XIV	XIX	XV	XVI	XVII	XVIII	XX	
I		75	57	31	92	8	34	6	2	93	115	77	106	121	94	22	6	1	65	128	1 133
II	847		1 258	690	747	119	510	31	7	1 732	2 054	262	319	830	515	1	1	4	2 839	1 373	14 139
III	13	10		1	4		4			14	19	2	7	5	8	46	2	1	14	72	222
IV	84	82	49		234	11	49	3	1	161	182	195	110	63	90	26	9	5	161	293	1 808
IX	116	43	92	79		11	85	10		310	137	309	121	109	192	4	9	7	214	316	2 164
V	16	7	6	33	39		24	1		137	28	29	12	37	20	432	3	1	47	56	928
VI	72	44	35	97	198	35		8	4	537	139	83	71	163	61	11	11	2	189	257	2 017
VII	4		1	1																1	10
VIII	1			1			1													2	13
X	50	86	37	31	139	12	19	1	1		52	17	20	41	39		10	1	88	145	789
XI	80	63	33	72	45	6	9	1		51		74	10	65	77	33	8	7	97	172	903
XII	224	77	103	111	579	23	45	7	3	260	210		369	218	265	8	1	8	217	267	2 995
XIII	39	18	24	23	144	6	21	1	5	46	29	182		43	240	4	1	1	107	112	1 046
XIV	50	65	34	25	68	3	12		1	43	52	27	27		44	14	11	2	80	80	638
XIX	123	140	54	68	438	8	18	5	5	100	224	582	567	91		11	1	3	197	332	2 967
XV	1	2	4	9	6	1				6	8	5	3	7	4		3		12	156	227
XVI	28	1	3	9	6		12	2	1	69	32	2	2	13	1	246		41	30	632	1 130
XVII	31	4	4	13	9	4	12	1	2	85	31	9	9	18	9	7	55		32	33	368
XVIII	93	100	64	87	199	23	61	2		275	175	80	43	104	122	413	27	9		292	2 169
XX		3	2	3	8					4	7	5	5		12			5	4		71
XXI	68	284	71	81	333	11	32	3	3	217	243	364	236	113	276	10 277	38	11	194		12 855
XXII	1									1											2
Total général	1 941	1 104	1 931	1 465	3 288	281	948	82	37	2 414	3 788	2 304	2 040	2 041	2 071	11 555	196	109	4 589	4 731	48 594

DP HAD du chapitre 2 = Tumeurs

DP MCO- CHAP	Chap.18 codes R	2 839	←
	Chap. 11 dig	2 054	←
	Chap. 10	1 732	
	Chap. 21	1 373	
	Chap. 3	1 258	
	Chap. 1	847	
	Chap. 14	830	
	Chap. 9	747	
	Chap. 4	690	
	Chap. 19	515	
	Chap. 6	510	
	Chap. 13	319	
	Chap. 12	262	
	Chap. 5	119	
	Chap. 7	31	
	Chap. 8	7	
	Chap. 17	4	
	Chap. 15	1	
	Chap. 16	1	
	Chap. 2		
Chap. 20			

Groupe DPHAD chap 2 : répartition des séjours selon le groupe du DP MCO chap 18

	DPHAD	T.M. dig.	T.M. resp	T.M. sein	T.M. sièg mal def	T.M. Org génit fém.	T.M. lèvre cav. buc	T.M. org. génit hom	T.M. Voie urin	T.M. lymph hématoï	T.M. œil, encé SNC	T.M. Tiss. mésoth.	Méla malins /T.M. peau	T.M.oeurs et cartilage	Tum à évol. impr	T.M. T. hydr. endo	Tum bénignes	Tum in situ	T.M. siège mult.	Total	
		Groupe DP MCO du chap. 18	Sympt. /signes généraux	421	344	135	140	111	110	107	99	107	53	45	32	26	17	10	8	7	
Sympt. app. dig. et abdo.	226		33	34	30	47	27	6	3	12	5	13	3		3	1	1	3	1	448	
Sympt. app circ et respi	34		61	17	12	5	28	7	14	10	6	3	3	1	2	2		1		206	
Sympt. app. urinaire	33		25	2	9	12	5	32	38	7	5	2	1	1	3	1					176
Sympt. humeur	35		24	12	10	1	6	15	10	8	19	2	3			2	2				149
R20-29	14		16	8	3	5	1	2	4	9	24				1	0	0	1			88
R47-49 R70-79																					
		763	503	208	204	181	177	169	168	153	112	65	42	29	25	16	12	11	1	283	

Groupe DPHAD chap 2 : répartition des séjours selon la cat du DP MCO chap 18

	DPHAD	T.M. dig.	T.M. resp	T.M. sein	T.M. siège mal def	T.M. Org génit fém.	T.M. lèvre cav. buc	T.M. org. génit hom	T.M. Voie urin	T.M. lymph hémat opoi	T.M. œil, encé SNC	T.M. tiss. méso	Méla malin T.M. peau	T.M. os et carti	Tumé vol. impr	T.M. Thy. gl. endo	T.M. Ben /in situ/ siège mult.	Total
DP MCO chap. 18 cat symptômes et signes généraux	DOULEUR NCA R52	173	170	67	75	52	47	64	52	19	10	28	14	19	0	5	7	802
	MALAISE/FATIGUE R53	123	73	33	37	24	31	25	24	17	18	6	8	2	5	1	3	430
	FIEVRE, NCA/SAI	50	29	9	9	15	8	10	9	50	3	6	3	1	4	4	4	214
	SYMPT. REL. A ABSORPT ALIMEN	29	36	8	5	5	12	2	3	3	2	3	1					109
	AUTRES CAT	46	36	18	14	15	12	6	11	18	20	2	6	4	8		1	217
	Total	421	344	135	140	111	110	107	99	107	53	45	32	26	17	10	15	1555/ 1772

Un périmètre de financement à revoir

OBJECTIFS AFFICHÉS

- Favoriser le **développement de l'HAD**
- Mettre le modèle **en cohérence avec les autres champs** pour favoriser la fluidité des parcours
- Intégrer certains points forts : **continuité 24/7, évaluation à l'admission, caractéristiques des patients (précarité,...) et des territoires**
- Modèle commun aux secteurs privés et publics

DES PRIORITÉS POUR LA FNEHAD

- **Des missions et dimensions aujourd'hui non prises en compte par la modèle, à intégrer :**
 - Réalités territoriales : distances, topographies
 - Travail d'évaluation & orientation des patients
- **Des aberrations à corriger :**
 - Dégressivité tarifaire
 - Financement des médicaments coûteux
- **Réaffirmer le principe d'un GHT « tout compris » en clarifiant le périmètre du tarif HAD**

Premiers échanges

MODÈLE DE FINANCEMENT

Tableaux DGOS (juillet 2018)

Activités réalisées par l'HAD	Financement actuel	Perspectives	
		Financement	Modulation
<ul style="list-style-type: none"> - Soins complexes et soins palliatifs - Soins ponctuels délivrés sur une journée - Prises en charge protocolisées dont la durée est préalablement définie - Autres prises en charge non définies à ce jour 	A l'activité	A l'activité	La charge en soins La dépendance
		A l'activité sous forme de séance	Le lieu de réalisation des soins :
		Parcours	- domicile
		Forfait	- domicile + ESMS sans hébergement
			- ESMS avec hébergement
			La file active de patients
			Le lieu de réalisation des soins

Premiers échanges (2)

MODÈLE DE FINANCEMENT

Tableaux DGOS (juillet 2018)

Activités réalisées par l'HAD	Financement actuel	Perspectives	
		Financement	Modulation
<p>Evaluation des demandes</p> <p>L'infirmier coordinateur évalue la faisabilité de la prise en charge des patients au domicile, soit dans le service hospitalier, soit auprès des médecins de ville.</p>	<p>A l'activité pour les patients pris en charge en HAD</p> <p>Non financée pour les autres</p>	Forfait ?	Seuils en fonction du nombre de séjours ou de patients
<p>Caractéristiques du territoire pouvant générer des surcoûts (<i>caractéristiques à définir – pendant du dispositif activité isolée en MCO</i>)</p>	Non pris en compte	Forfait ?	Seuils en fonction des contraintes des territoires
<p>Continuité des soins</p> <p>24h/24h et 7j/7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garde IDE - Astreinte médicale 	<p>A l'activité</p> <p>Pas de sanction si elle n'est pas effectuée.</p>	Forfait ?	Seuils en fonction de tranche d'activité
<p>Soutien aux aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répit - Formation des aidants 	Pas financée	A étudier	

Premiers échanges (3)

MODÈLE DE FINANCEMENT

Tableaux DGOS (juillet 2018)

Activités réalisées par l'HAD	Financement actuel	Perspectives	
		Financement	Modulation
<i>Molécules onéreuses et ATU</i>	Liste en sus du MCO AC liste MO HAD	Liste en sus du MCO Liste en sus HAD	
Qualité - de la prise en charge - des pratiques professionnelles	IFAQ	A la qualité IFAQ	Indicateurs de qualité à définir (ex : mesure de la satisfaction des patients)

Des adaptations récentes (1)

PATIENTS ATTEINTS DE MND LOURDS

- PMND (mesure 15) et annonce Ministre lors des UH 2017 : **atténuation de la dégressivité tarifaire** pour les séjours de patients Alzheimer, SLA, Parkinson et SEP
 - Accord sur un **financement en AC en 2018 à partir des séjours 2017** :
 - Patients MND+ (au moins une séquence du séjour comporte un code CIM-10 MND+, en DP ou DCMPP)
 - avec IK \leq 30
 - et durée séjour > 20 jours
- Représente 6% des journées HAD

MND	nombre de séjours	part par rapport à l'activité HAD nationale	nombre de séquence	part par rapport à l'activité HAD nationale	nombre de journées	part par rapport à l'activité HAD nationale
SLA	999	0.5%	1 876	0.6%	92 349	1.8%
PARK	784	0.4%	1 572	0.5%	71 581	1.4%
SEP	552	0.3%	1 190	0.4%	53 170	1.1%
ALZ	1 033	0.5%	1 996	0.7%	85 953	1.7%
Total	3 368	1.7%	6 634	2.2%	303 053	6.0%

- **6,4 M€** alloués dans la prochaine circulaire budgétaire,
- Soit une compensation d'environ **¼ de la dégressivité tarifaire** pour les patients SLA, PKN, ALZ, SEP.
- Note technique d'explication à l'attention des établissements

Des adaptations récentes (2)

MÉDICAMENTS COÛTEUX

- **Principes :**

- Liste ad hoc
- Financement a posteriori : début n+1 / conso. n (remontée des FICHCOMP)
- Financement partiel : 4 M€ en 2016 (1/3 de la dépense déclarée), 6M€ en 2017 (2/3) et 8M€ en 2018 (~2/3)

CRITÈRES :

- 3 principes :
 - Inscription **par indication**
 - Retrait des médicaments en arrêt de commercialisation
 - **Génériques / Biosimilaires** : retrait aussi du princeps si le critère de coût n'est plus vérifié
- 2 critères :
 - **SMR important**
 - Coût de traitement journalier > 30% du GHT moyen
CTJ > 60€ : rapporté sur la DMS HAD (soit 26 jours)

Une intégration au chantier « financement » STSS

INTÉGRATION À LA FEUILLE DE ROUTE DE LA MISSION AUBERT

- Réforme T2A HAD = chantier en soir
- Intégration / mise en cohérence avec les autres travaux de la mission Aubert :
 - Financement à la qualité
 - Financement au parcours, etc.

UN CALENDRIER A REVOIR ?

- Mise en œuvre en 2021/22
- Année test 2020/21
- Finalisation de la classification et du modèle de financement 2019/2020



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

Questions/ réponses, site web,...

CONTACTS
Téléphone, courriel,...

LA QUALITÉ DE L'HÔPITAL, **LE CONFORT DE SA MAISON**