

VAP

Valorisation des Activités en Psychiatrie

Historique

- une démarche dans laquelle la profession s'implique depuis longtemps (groupe des 13 en 1990, comité de suivi 1995, etc...)
- première classification expérimentale 1998 : le PMSI psy et les GHS
- une expérimentation élargie 2002-2005 :
 - faisabilité du recueil
 - mais pas de valeur explicative des coûts par journée
- permettant de définir :
 - un nouveau modèle de financement pluraliste : la VAP
 - une modalité simplifiée de recueil de l'activité : le RIM-P

Les principes de la VAP (1/2)

- **Un modèle de financement qui tient compte de la montée en charge de la T2A sur d'autres secteurs d'activité, mais qui soit respectueux des spécificités des diverses activités en psychiatrie :**
 - **Pour répondre aux besoins de la population**
 - **Dans un souci d'équité et d'efficacité**

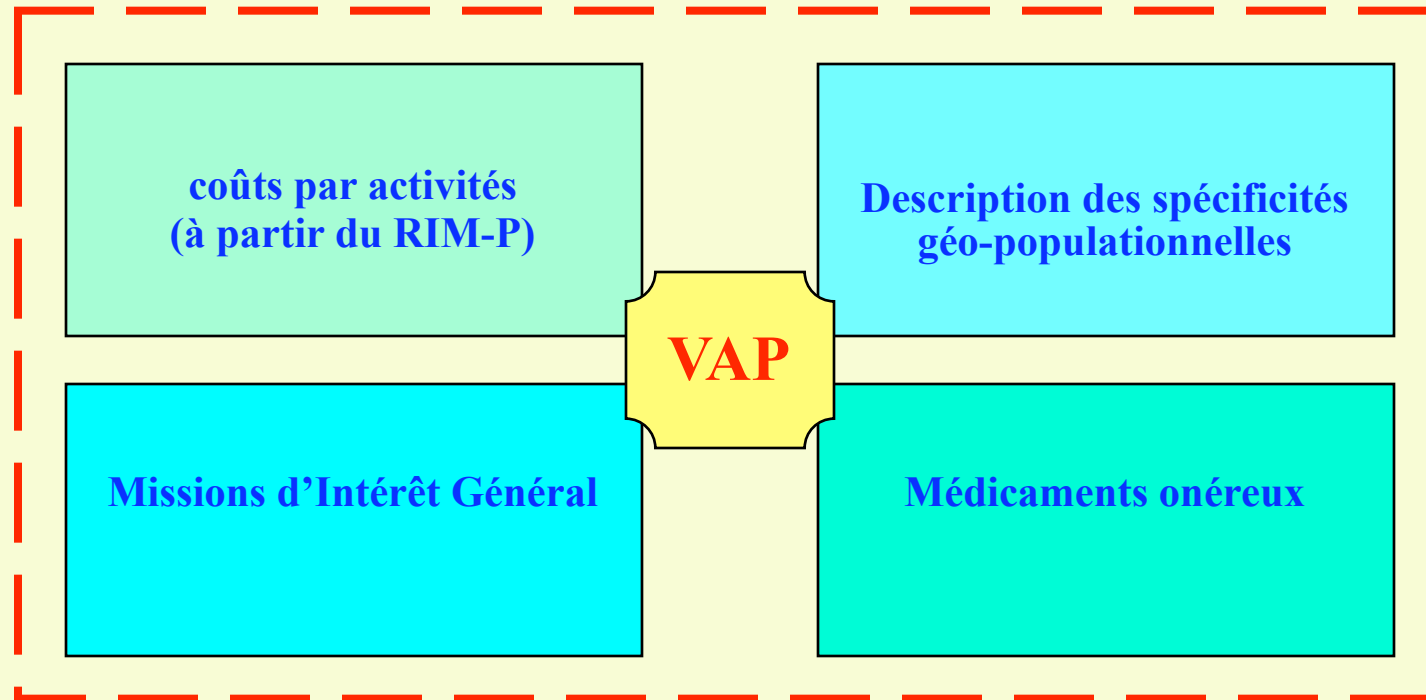
Les principes de la VAP (2/2)

- Une expérimentation large qui a permis de dégager des objectifs réalistes et partagés
- Une démarche participative dans la durée (COPIL-groupes de travail techniques avec des experts hospitaliers, un Comité Consultatif Associé avec les organisations représentatives des psychiatres)

Les contours de la VAP (1/2)

- Dans l'état actuel de la réflexion du COPIL, l'équité conduit à prendre en compte des axes de financement (« compartiments ») différents :
 - Un compartiment décrivant des coûts par activités identifiables, fondé sur un recueil harmonisé, le RIM-P
 - Un compartiment “géo populationnel” prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel.
 - Un compartiment décrivant les autres spécificités de prise en charge, correspondant à des missions d'intérêt général (MIG)
 - Un compartiment pour les médicaments particulièrement onéreux

Les contours de la VAP (2/2)



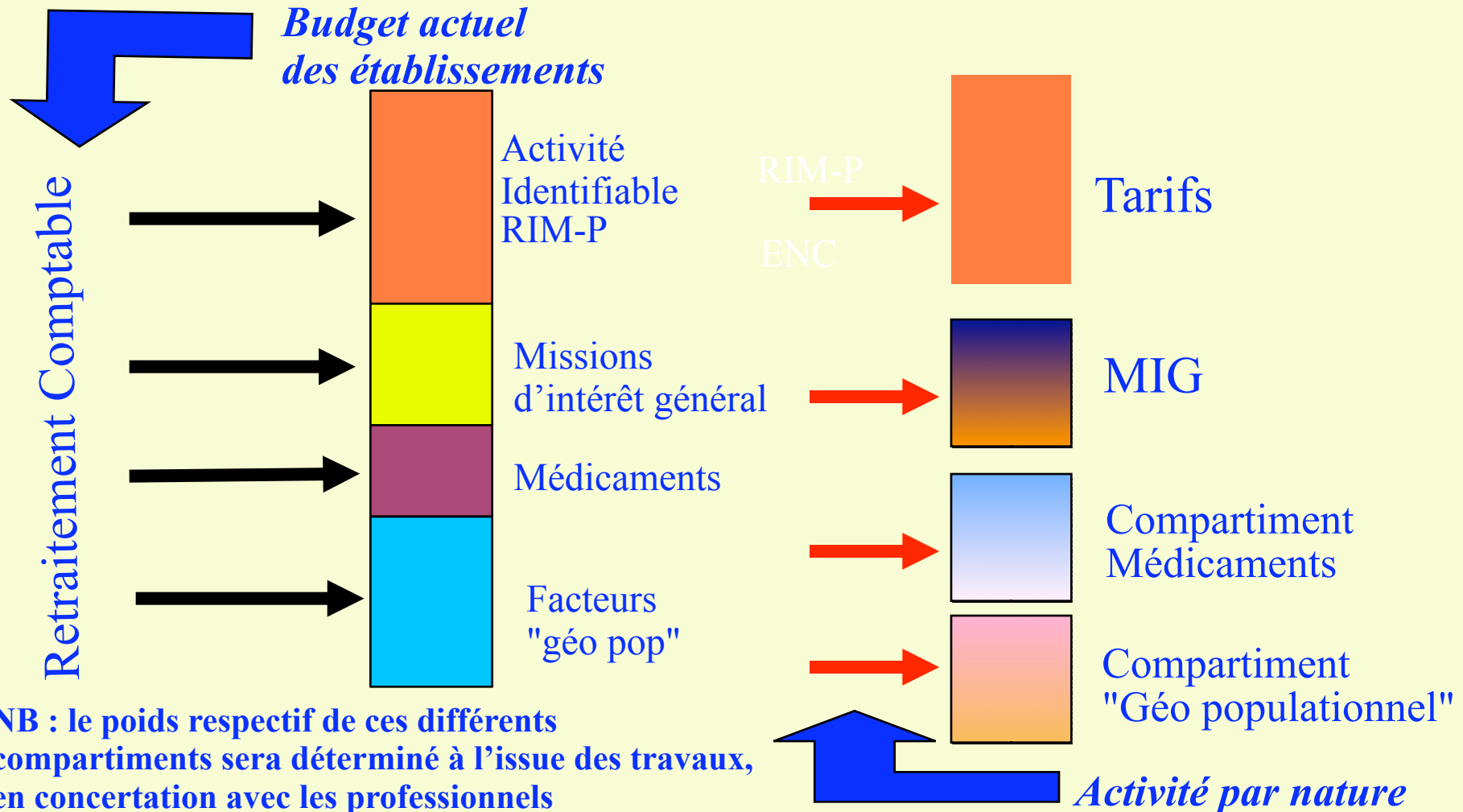
NB: le poids respectif de ces différents compartiments sera déterminé à l'issue des travaux techniques en cours et en concertation avec les professionnels

Les travaux à mener

- **Pour chaque compartiment du modèle:**
 - **Identifier des fonctionnements**
 - **Vérifier la capacité d'en rendre compte de manière homogène et systématique**
 - **Identifier des coûts en face de ces fonctionnements**
- > Déterminer des indicateurs médico-économiques fiables et reconnus**

La méthode:

*décomposer les coûts et les activités
de manière cohérente et homogène*

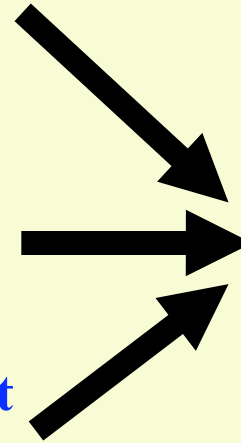


Les travaux en cours



Les étapes envisagées

- **Etablir et consolider un recueil d'information médicalisé (RIM-P) couvrant l'ensemble des activités susceptibles de donner lieu à tarification**
- **Consolider et harmoniser les Retraitements Comptables**
- **Délimiter le périmètre des MIG et des autres facteurs de coûts spécifiques**



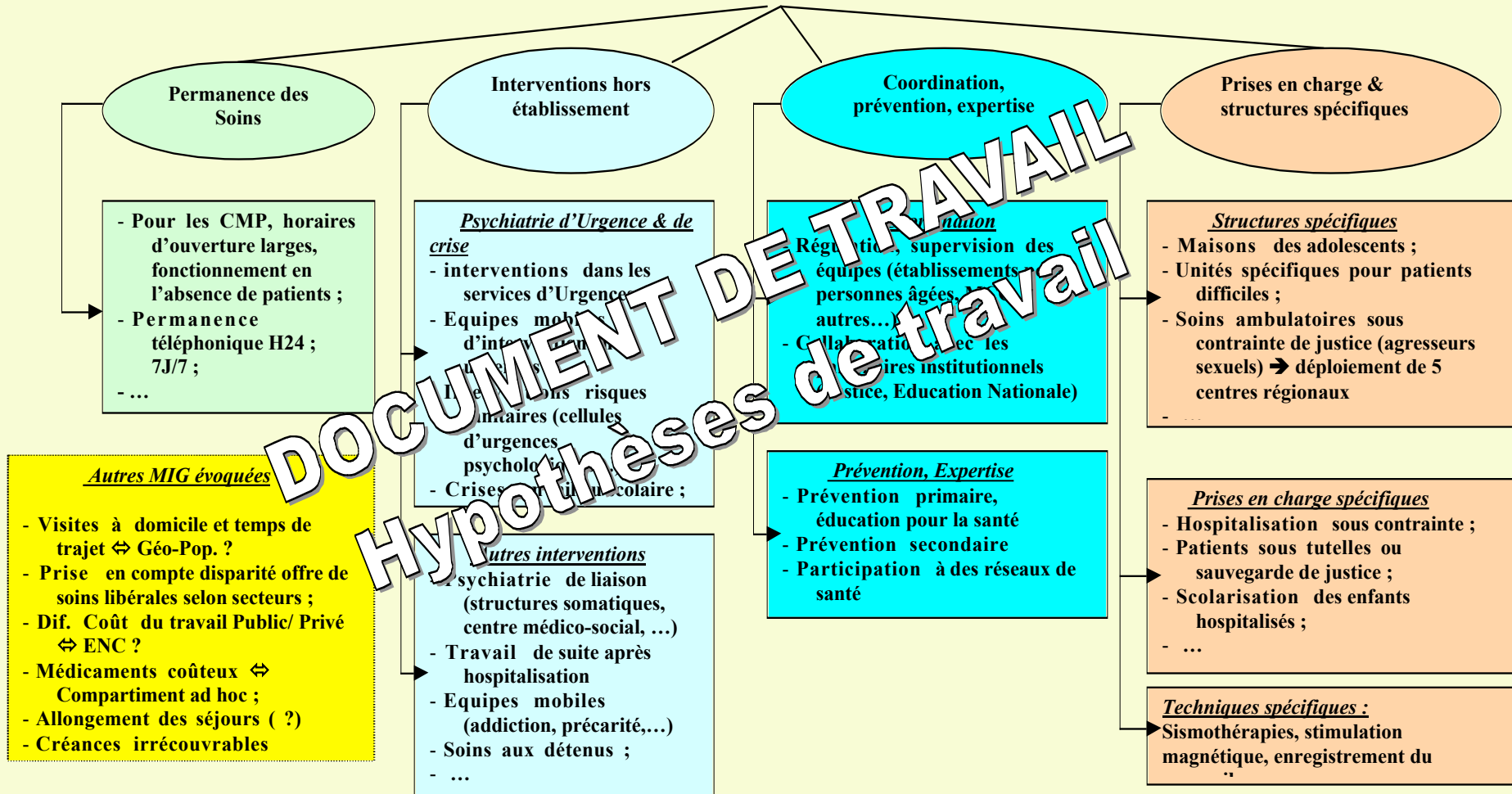
**Définir tarifs
et
paramètres**

MIG (1/3)

- Missions d'intérêt général répondant à des impératifs de santé publique.
- Consommation de ressources qui ne sont pas directement affectées à un patient dans le cadre d'une pathologie définie par l'activité, ou qui sont supérieures aux coûts standards, pour des raisons justifiées.
- Définitions qui peuvent le plus souvent être partagées avec les autres champs (MCO, SSR)
- Mais des MIG spécifiques à la psychiatrie peuvent également être identifiées

MIG (2/3)

Synthèse des propositions du groupe MIG 2005/2006



MIG (3/3)

1) Groupe MIG définit la liste des MIG

--> Observations du COPIL d'ici fin février 2007

--> Affinement des définitions, “tri”, suppression ou ajouts par le groupe MIG en 2007

2) Groupe RTC assure la cohérence entre définition des MIG et expression comptable

--> Réunion conjointe groupe MIG / RTC le 1er février: que doit-on identifier et comment (à partir liste MIG) dans les dépenses des hôpitaux

--> Evolution du guide du Retraitement Comptable (AVRIL 2007)

3) Retour des dépenses observées des établissements (campagne budgétaire 2006) en octobre 2007

--> Première estimation du “poids” de l'enveloppe MIG

"Géo-Pop" (1/3)

- Déterminer les paramètres de variations de coûts de la psychiatrie en liaison avec des facteurs géographiques ou socio démographiques...
- ... qui ne peuvent être financés ni sous forme de MIG ni par l'activité

"Géo-Pop" (2/3)

- **Définir des facteurs à prendre en compte :**
géographiques, sociaux, équipements co-existants (sanitaires, médico-sociaux, etc...)
- *février 2007*
- **S'appuyer sur des données existantes**
(expérimentation, données complémentaires 2004)
- *avril 2007*
- **Définir les coefficients d'une équation prenant en compte les facteurs reconnus significatifs**

"Géo-Pop" (3/3)

- **Déterminer les modalités contractuelles correspondant à l'application de la dotation "Geo-Pop"**
- **S'appuyer sur le RTC et des études ad'hoc pour en déterminer le niveau**
--> décembre 2007

Enquête Médicaments

- **Dépenses actuellement faibles au regard du budget total...**
- **...mais préserver l'avenir en cas d'apparition de nouvelles molécules impactant gravement le coût de certains séjours mettant en cause l'homogénéité des coûts par activité tels qu'ils seront mis en évidence par la future ENC**

Travaux relatifs au RIM-P

- **Un préalable très « lourd » : la montée en charge du RIM-P**
 - montée en charge réussie en 2007 (exhaustivité globale) pour avancer dans des délais « raisonnables » (lourdeur et complexité de la phase d'exploitation des données)
 - Pour les établissements qui ne seront pas prêts début 2007, prévoir un rattrapage en cours d'année.
 - En terme d'accompagnement des établissements, l'exigence s'impose pour réussir l'exercice:
 - Informations et formations
 - Déploiement des outils informatiques
 - Aide à la résolution des difficultés organisationnelles
- **Le contrôle qualité et l'exploitation des données**
 - Sous la responsabilité technique de l'ATIH
 - En relation étroite avec les professionnels

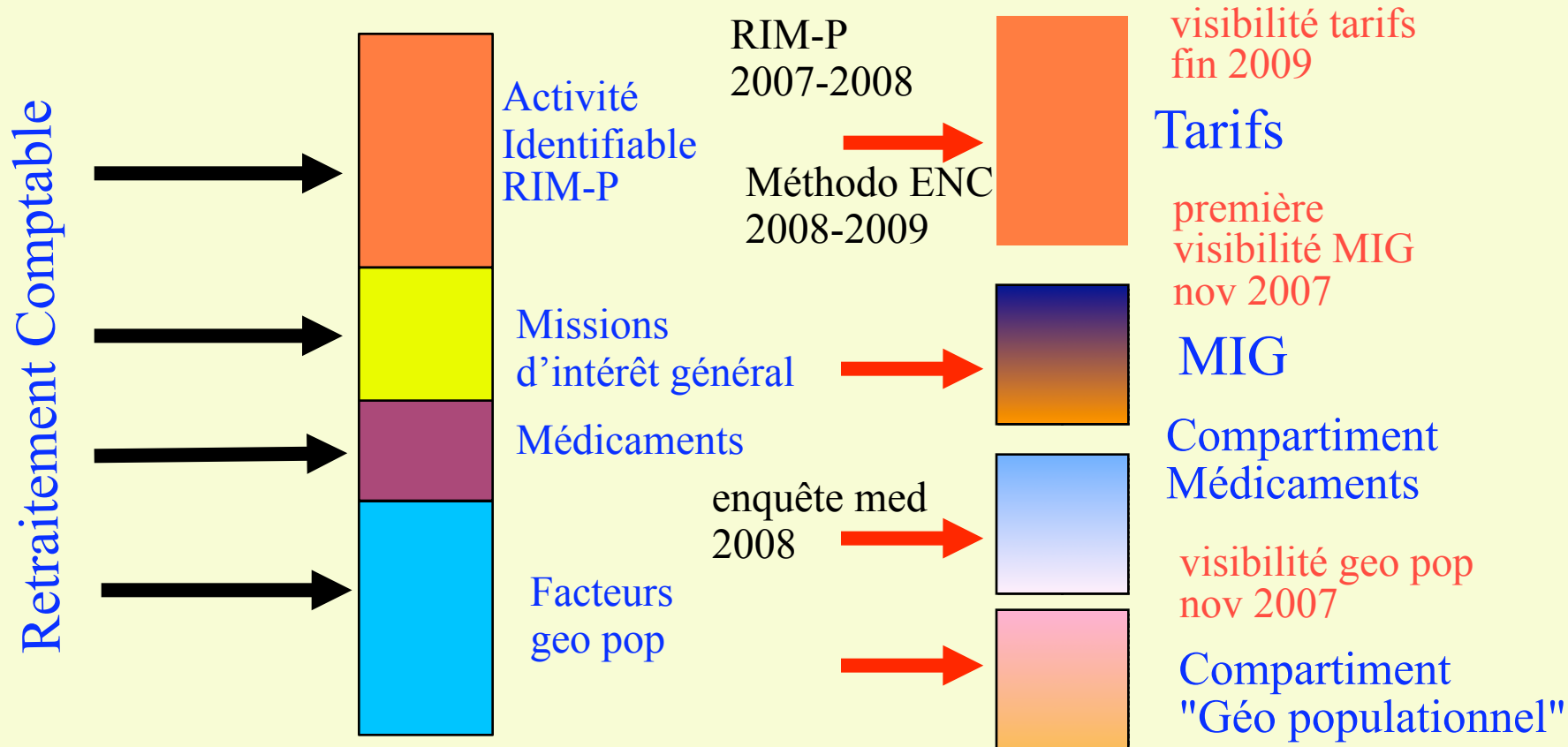
Tarification (1/2)

- **Installer le RIM-P dans les établissements**
→ *2006-2007*
- **Fiabiliser le RIM-P en le faisant évoluer autant que nécessaire, au vu des premiers résultats**
→ *exhaustivité dès 2008*
- **Explorer l'exploitation au niveau des autorités sanitaires, en concertation avec les professionnels, sans impact dans un premier temps sur les modalités d'allocation des ressources**
→ *2007-2008*

Tarification (2/2)

- **confronter RIM-P et RTC**
➔ *données RIM-P 2008 récupérées en février 2009*
- *Préparer une étude nationale de coût avec des établissements volontaires*
➔ *lancer une réflexion sur l'organisation de l'ENC dès 2008*
- **Redéfinir une classification et des tarifs associés**
➔ *fin 2009*

Perspectives



NB : la "visibilité" permet d'engager des travaux de simulation, sans préjuger du caractère définitif du modèle

CONCLUSION

- **Des travaux conséquents à développer pour faire évoluer le système de tarification en psychiatrie**
- **Qui devront s'appuyer sur une implication forte des professionnels**