

LES RÉFORMES EN DÉTAIL : T2A



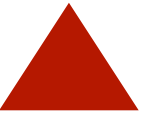
>> Objectifs

- > plus grande médicalisation du financement
- > responsabilisation des acteurs
- > équité de traitement entre les établissements
- > développement d'outils de pilotage qualitatifs et médico-économiques.

>> Qui est concerné ?

- > tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations MCO.
- > à terme, les Soins de Suite et de Réadaptation et la Psychiatrie.

LES RÉFORMES EN DÉTAIL : T2A



T2A
Pour une meilleure
utilisation des
ressources



Equilibrage



MISE EN ŒUVRE

Établissements antérieurement sous DG (hôpitaux publics et PSPH) : mise en œuvre progressive, avec une montée en charge de la part de financement reposant sur l'activité (10% en 2004, 25% en 2005, 50% en 2008...100% en 2012).

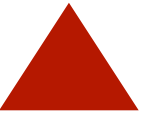
Établissements antérieurement sous OQN (à but lucratif) : transition à l'aide de coefficients correcteurs spécifiques à chaque établissement, jusqu'en 2012.

T2A
Pour une meilleure utilisation des ressources



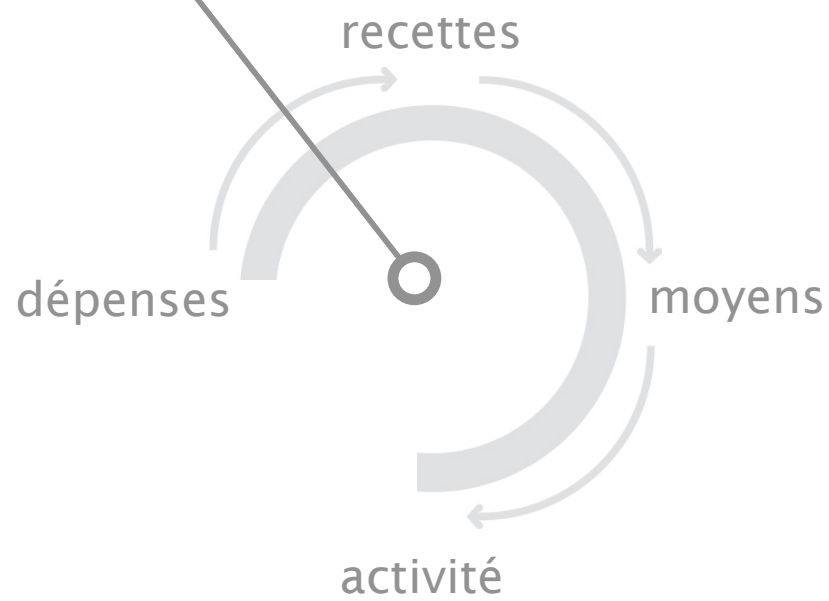
Equilibrage

LES RÉFORMES EN DÉTAIL : T2A



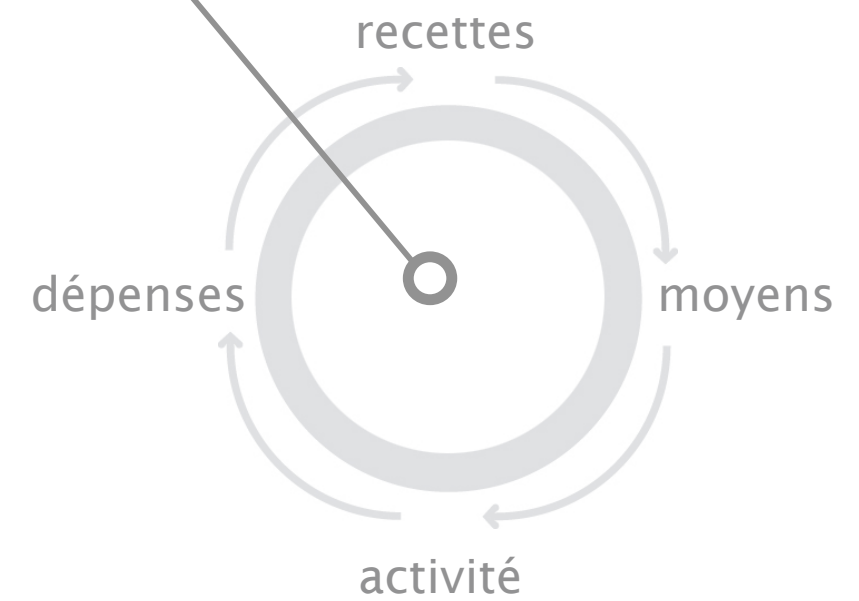
Avant la T2A : des moyens déconnectés de l'évolution de l'activité

(Ressources allouées aux établissements reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente : moyens déconnectés de l'évolution de l'activité.)



Avec la T2A : une nouvelle logique d'ajustement recettes/dépenses

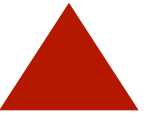
(Ressources calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes.)



T2A
Pour une meilleure utilisation des ressources



Equilibrage

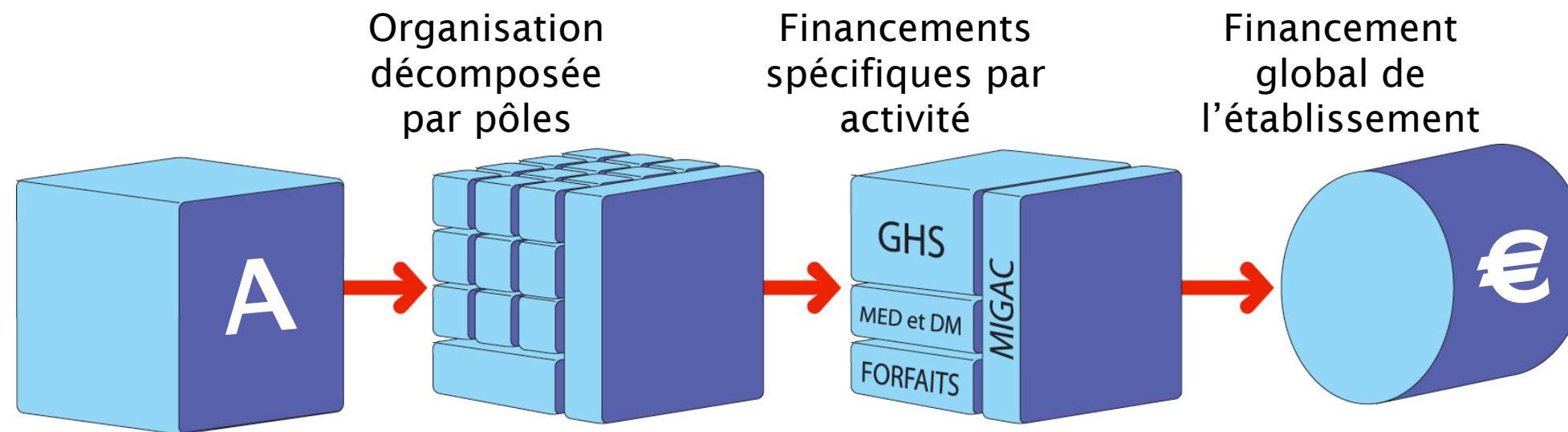
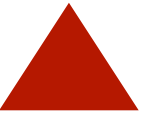


Assurer l'équité des financements

- >> la définition de tarifs nationaux
- >> la prise en compte des activités spécifiques et des missions d'intérêt général

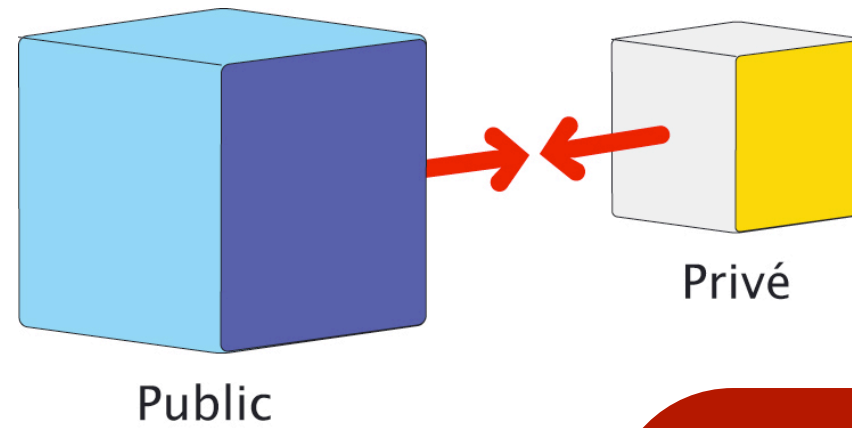
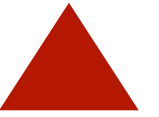
avec une montée en charge progressive :

- des coefficients correcteurs par établissement pour les établissements privés lucratifs
- une fraction tarifaire croissante pour les établissements publics et PSPH
- des coefficients géographiques pour certaines zones



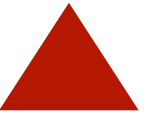
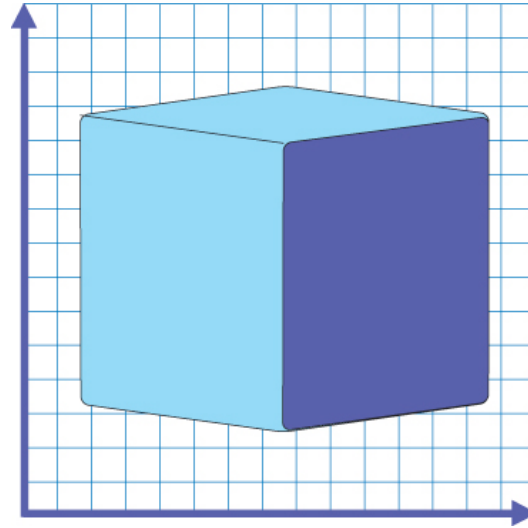
Adapter les modalités de financement

- >> ajustement en fonction de la **nature de prise en charge** : des tarifs GHS modulés de suppléments le cas échéant (séjours exceptionnellement longs, réanimation, néonatalogie...)
- >> meilleur accès aux **innovations thérapeutiques** : facturation spécifique de médicaments et dispositifs médicaux onéreux
- >> enveloppe spécifique aux **missions d'intérêt général**
- >> financement dédié à l'**enseignement** et à la **recherche**
- >> prise en compte adaptée de la **permanence des soins** : financement mixte des urgences (forfait annuel complété de tarifs au passage)
- >> incitatifs au développement d'activités : forfaits «prélèvements d'organes» et «greffes»



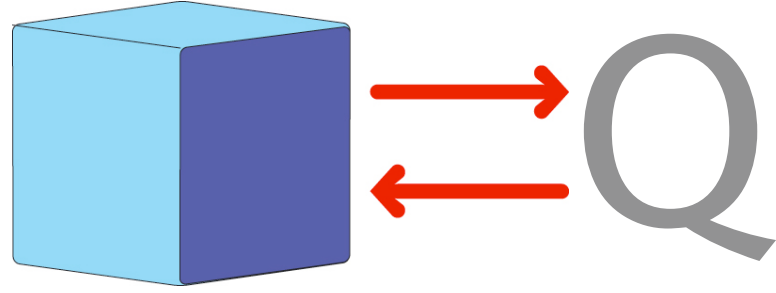
Améliorer l'adaptation de l'offre de soins

- >> développer les synergies public/privé
- >> poursuivre un objectif de convergence des modalités tarifaires
- >> inciter au développement des activités au regard des besoins de la population (SSR, soins palliatifs, greffes d'organes...)
- >> soutenir les nouvelles modalités de prise en charge (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile...)



Optimiser le pilotage des établissements

- >> se doter d'un véritable projet médicalisé d'établissement
- >> développer les outils de gestion et de comptabilité analytique
- >> faire évoluer les systèmes d'information (données médicales, facturation...)



Développer la qualité et encourager la responsabilisation

- >> améliorer les organisations
- >> développer la culture de l'évaluation
- >> créer une synergie médico-administrative en matière de gestion