



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées

Mission « Tarification à l'Activité »

tarification-mt2a@sante.gouv.fr

<http://www.sante.gouv.fr>

Direction de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins

Direction de la Sécurité Sociale



LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

Modèle d'allocation des ressources
et
modalités de mise en œuvre

DOCUMENT D'INFORMATION

Octobre 2003

La tarification à l'activité est un mode de financement, qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le présent document a pour objet d'exposer le contenu du nouveau dispositif de financement des établissements de santé fondé sur la tarification à l'activité.

Il est composé de six parties décrivant successivement le champ d'application de la réforme (1^{ère} partie), les modalités de financement de la tarification à l'activité (2^{ème} partie), les modalités de la régulation (3^{ème} partie), les modalités d'allocation des ressources aux établissements du «secteur public et PSPH» (établissements actuellement financés par la dotation globale) (4^{ème} partie), les contrôles et les sanctions (5^{ème} partie) et les règles de prise en charge et de détermination du ticket modérateur (6^{ème} partie).

Les dispositions décrites sont, sauf mention expresse, applicables dès l'année 2004. Quand, pour des raisons notamment de faisabilité, les modalités du système cible diffèrent de ce qui sera appliqué en 2004, le document le mentionne explicitement.

NOTA BENE :

Par simplicité, les expressions « secteur public et PSPH » ou « établissements publics et PSPH » désigneront les établissements actuellement financés par la dotation globale (DG). Les expressions « secteur privé » ou « établissements privés » désigneront les établissements non financés par la DG.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH : établissements actuellement financés par Dotation Globale (DG)

SECTEUR PRIVE : établissements actuellement financés sous Objectif Quantifié National (OQN)

Sommaire

1ère partie : LE CHAMP D'APPLICATION DE LA REFORME	5
2ème partie : LES MODALITES DE FINANCEMENT DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A)	7
1ère sous-partie : Les trois modalités de financement directement liées à l'activité	8
I- La principale source de financement : les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS)	8
<i>1/ Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) issus des Groupes Homogènes de Malades (GHM)</i>	9
A- Les tarifs des GHS	9
1) Modalités concernant le secteur privé	9
1- Les prestations supprimées	9
2- Le principe : un tarif affecté d'un coefficient correcteur MCO	10
2) Modalités concernant le secteur public et PSPH	12
1- Le principe : un tarif national sans coefficient correcteur	12
2- L'exception : le coefficient correcteur géographique	12
3- La gestion de la transition	13
3) L'intégration des charges de structures	13
B- Les séjours extrêmes	13
C- La réanimation autorisée	14
D- Les échanges inter-établissements	15
<i>2/ Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) ne correspondant pas à un Groupe Homogène de Malades (GHM)</i>	16
1- La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	16
2- L'interruption volontaire de grossesse (IVG)	17
3- Les soins palliatifs	17
II- La facturation des activités non décrites par les GHS	18
1- L'activité d'urgence autorisée	18
2- L'activité de prélèvement d'organes	19
3- L'hospitalisation à domicile (HAD)	19
4- Les consultations et actes externes	20
III- Le paiement en sus	20
1- Les médicaments	20
2- Les dispositifs médicaux (prothèses)	22
2ème sous-partie : Une modalité particulière de financement mixte : Les Forfaits Annuels	23
1- Le forfait annuel « Urgences »	23
2- Le forfait annuel « Coordination des prélèvements d'organes »	24

<u>3^{ème} sous-partie</u> : Une modalité de financement ne relevant pas d'une tarification à l'activité : _____	Le versement d'une enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) _____	24
1- L'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours _____		25
2- Les autres missions d'intérêt général concernées _____		26
3- L'aide à la contractualisation _____		26

3ème partie : LES MODALITES DE LA REGULATION _____ 28

I- Le découpage de l'ONDAM en enveloppes et objectifs _____	28
II- Le contenu des enveloppes et objectifs _____	29
1- L'objectif de dépenses MCO _____	29
2- L'enveloppe des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) _____	30
III- Le rôle des acteurs nationaux et régionaux _____	30
1- Le niveau national _____	30
2- Le niveau régional _____	32
3- La régulation _____	33

4ème partie : LES MODALITES D'ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ETABLISSEMENTS DU "SECTEUR PUBLIC ET PSPH" _____ 34

I- Le dispositif transitoire pour l'année 2004 _____	34
1- La détermination du BP 2004 _____	35
2- L'ajustement infra annuel des budgets _____	37
3- La prise en compte des résultats définitifs _____	39
II- Le dispositif transitoire pour l'année 2005 _____	39
1- La détermination du budget en 2005 _____	40
2- La transmission des données d'activité _____	41
3- Les procédures budgétaires et comptables _____	42
4- La gestion de la trésorerie _____	43
III- Le dispositif pour l'année 2006 _____	43

5ème partie : LES CONTROLES ET LES SANCTIONS _____ 44

1- L'organisation technique du contrôle des données _____	44
2- la sanction des erreurs _____	45

6ème partie : LES REGLES DE PRISE EN CHARGE ET DE DETERMINATION DU TICKET MODERATEUR _____ 46

ANNEXES _____ 47

<u>ANNEXE 1</u> : Liste des forfaits de dialyse _____	48
--	-----------

<u>ANNEXE 2</u> : Liste des prestations IVG (codes du secteur privé) _____	49
---	-----------

<u>ANNEXE 3</u> : Liste des prestations applicables au secteur privé (avant et après T2A) _____	50
--	-----------

<u>ANNEXE 4</u> : Règles de détermination du ticket modérateur dans le secteur privé _____	52
---	-----------

1ERE PARTIE

Le champ d'application de la réforme

1- LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR LA REFORME

Le principe

Tous les **établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique** entrent dans le champ de la réforme.

Si les établissements sont également titulaires d'autorisations de lits ou places de soins de suite et de réadaptation ou de psychiatrie, **seule la partie des activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) est concernée.**

Le **reste de l'activité** demeure financé selon le modèle d'allocation des ressources actuellement en vigueur pour les établissements sous OQN. Pour les établissements publics et les autres établissements privés, dans un souci de cohérence et de simplification et afin de préparer l'extension progressive de la tarification à l'activité aux activités non MCO, une «*dotation annuelle de financement*» se substitue au dispositif actuel de la dotation globale.

Les établissements exclus du champ

En revanche, sont **exclus du champ d'application de la réforme** :

- les hôpitaux locaux ;
- les établissements du Service Santé des Armées ;
- les établissements nationaux de Fresnes et de l'Institut National des Invalides (INI) ;
- les établissements de Saint-Pierre et Miquelon et de Mayotte, jusqu'à leur intégration dans le régime de financement de droit commun.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Sur proposition des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) concernées, les établissements faisant l'objet d'un **processus de conversion de leurs autorisations** de MCO en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ainsi que les établissements **ne produisant pas de données d'activité issues du PMSI**, pourront, *sans être exclus du champ de la réforme*, être traités de manière spécifique pour l'année 2004. Ces établissements entreront pleinement dans la réforme au plus tard au 1^{er} janvier 2005.

SECTEUR PRIVE

Les **établissements privés hors contrat** (exemple : hôpital américain) sont impactés par la réforme. Les tarifs d'autorité qui déterminent leur niveau de la prise en charge par l'assurance maladie seront basés sur les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Ces tarifs d'autorité seront fixés à un taux qui ne peut être inférieur à 50% ni supérieur à 75 % de la moyenne des tarifs applicables (GHS et ensemble des prestations définies dans la 2^{ème} partie) aux établissements de même nature de la région.

2- LES ACTIVITES CONCERNEES PAR LA REFORME

La tarification à l'activité s'applique à **toutes les activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités** : hospitalisation avec ou sans hébergement (y compris les alternatives à la dialyse en centre), hospitalisation à domicile et consultations et actes externes (pour les seuls établissements sous DG)¹.

Nota-Bene

Pour des raisons de faisabilité, les modalités d'application de la réforme **en 2004** pourront néanmoins varier, selon notamment les secteurs (secteur actuellement financé par Dotation Globale ou secteur actuellement financé sous Objectif Quantifié National), les modalités de soins (Hospitalisation à Domicile - HAD) ou les activités (dialyse).

Ces différences sont systématiquement signalées dans le document.

Les spécificités de chaque secteur sont signalées par ce visuel: **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** (secteur actuellement financé par DG) ; **SECTEUR PRIVE** (secteur actuellement financé sous OQN).

¹ Pour le secteur privé, les honoraires restent financés en sus des éléments de la tarification à l'activité.

2^{EME} PARTIE

Les modalités de financement de la Tarification A l'Activité (T2A)

La réforme de la Tarification A l'Activité (T2A) met en œuvre **cinq grandes modalités de financement** :

→ **trois modalités générales de financement directement lié à l'activité réalisée** :

- le paiement d'un tarif par séjour (« *Groupes Homogènes de Séjours* ») (GHS) et suppléments) des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement ;
- le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et actes externes (hospitalisation publique), d'urgence, de prélèvements d'organes (PO), ainsi que l'hospitalisation à domicile (*activités non décrites par les GHS*) ;
- le paiement de *certaines consommables en sus des tarifs* de prestation (certains médicaments et dispositifs médicaux (DM)) ;

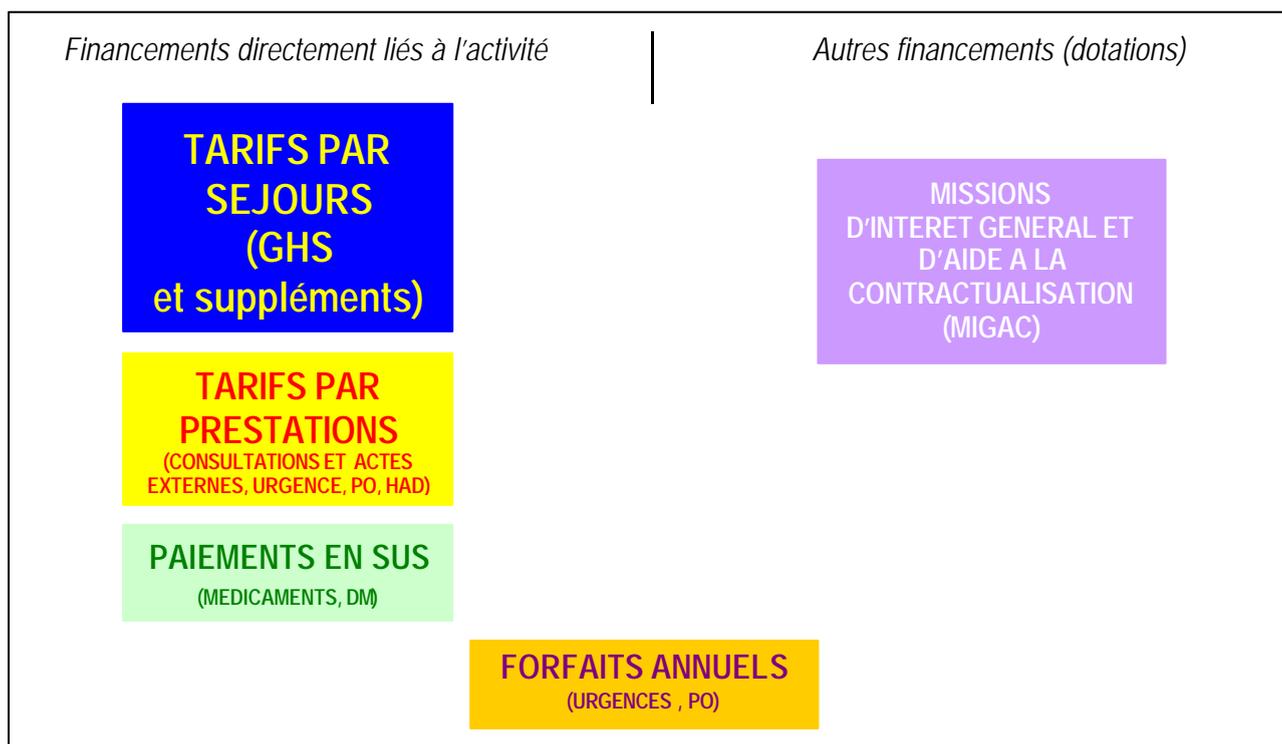
→ **une modalité particulière de financement mixte**, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée :

- le versement d'un *forfait annuel* pour financer les coûts fixes d'une activité (urgences et coordination des prélèvements d'organes) ;

→ **une modalité de financement non fondée sur une tarification à l'activité, mais sur des dotations** :

- le versement d'une enveloppe de *financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation* (MIGAC).

Les 5 modalités de financement de la T2A



1^{ERE} SOUS-PARTIE :**LES TROIS MODALITES DE FINANCEMENT DIRECTEMENT LIEES A L'ACTIVITE**

La tarification à l'activité s'appuie sur trois sources principales de financement directement liées à l'activité réalisée :

- les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) ;
- les tarifs de prestations des activités non décrites par les GHS ;
- le paiement en sus de certains consommables, sur la base de tarifs de responsabilité.

I- La principale source de financement : les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS)

La **principale source de financement** est constituée par le paiement des prestations relatives à l'activité réalisée. Ces prestations, ayant majoritairement un caractère forfaitaire (tarifs par séjours), sont appelées **Groupes Homogènes de Séjours (GHS)**.

Groupe Homogène de Malades (GHM) et Groupe Homogène de Séjours (GHS)

Pour l'essentiel, la tarification à l'activité est fondée sur le **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)**. Il en résulte que, dans la majorité des cas, c'est le Groupe Homogène de Malades (GHM) caractéristique du séjour (après groupage du Résumé Standardisé de Sortie (RSS) descriptif du séjour) qui détermine le Groupe Homogène de Séjours (GHS) facturé.

Néanmoins certaines activités bénéficient de modalités particulières de détermination du GHS facturable. Il s'agit de la **dialyse**, des **Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG)**, des **soins palliatifs** et de la **réanimation**. Ces activités font l'objet de **modalités de rémunération spécifiques** (Cf. *infra*).

Il existe ainsi *deux catégories de GHS* :

- Les GHS directement issus d'un GHM : 1GHM = 1 GHS = 1 TARIF ;
- Les GHS particuliers, ne correspondant pas strictement à un (seul) GHM.

La possibilité de facturer un GHS

La possibilité de facturer un GHS est ouverte dès lors qu'un patient a été admis dans **un lit d'hospitalisation complète** (y compris les lits de très courte durée des services d'urgence, dans des conditions à définir) **ou une place d'hospitalisation de jour ou de nuit** de médecine, chirurgie ou obstétrique.

Il convient de préciser que les **permissions accordées aux patients** ne font que suspendre le séjour et ne génèrent donc pas la facturation d'un nouveau GHS.

Facturation d'un GHS ou acte externe ?

Afin de garantir le bon usage, en particulier des places d'hospitalisation de jour, une **liste positive** des actes, procédures ou motifs de prise en charge (état du malade) détermine les conditions dans lesquelles il

est possible de facturer un GHS. Cette liste sera fixée par arrêté, sur la base des travaux actuellement menés par la CNAMTS.

Dans le cas contraire, l'activité est réputée relever d'une prise en charge externe non facturable sous la forme de GHS (mais plutôt sous la forme d'actes ou de consultations externes).

1/ Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) issus des Groupes Homogènes de Malades (GHM)

Pour l'année 2004, le support de la classification des GHS est la version 9 de la classification des GHM.

A- Les tarifs des GHS

1 MODALITES CONCERNANT LE SECTEUR PRIVE

1- LES PRESTATIONS SUPPRIMEES

Le GHS est **un forfait « tout compris »**².

Le GHS ou autre prestation créée se substituent à la facturation des prestations suivantes dans les disciplines MCO (Cf. ANNEXE 3) :

- dans la catégorie de prestations "séjour et soins avec ou sans hébergement", les forfaits : PJ, ENT, FA1 et FA2, SNS (chimiothérapie), AS1 à AS5, FSE (dialyse). Les suppléments qui sont liés à cette catégorie de prestations sont également supprimés : SFC, FNN, PMS, SHO.
- dans la catégorie de prestations "fourniture et administration de médicaments", le forfait : PHJ est supprimé.
- dans la catégorie de prestations "utilisation d'un secteur opératoire ou interventionnel ou d'une salle d'accouchement", les forfaits : FSO, FE, ARE, FST et FSG y compris les majorations Nuit / Jour Férié susceptibles de les accompagner. Le supplément FCO est également supprimé.
- dans la catégorie de prestations "soins d'urgence", les forfaits : ANP.
- dans la catégorie de prestations "transport de sang", le forfait TSG.

Par ailleurs, toutes les *majorations de nuit et jour férié* associées à ces prestations, ainsi que les *produits sanguins labiles* (Code SNG) seront également intégrés dans les tarifs des GHS.

Remarque : les **honoraires** et les **forfaits techniques** (scanner, IRM,...) restent **facturés en sus du GHS**.

² A la réserve près des financements complémentaires prévus par les modalités de la tarification à l'activité, qui s'ajoutent aux tarifs des GHS. (Cf. *infra*).

2- LE PRINCIPE : UN TARIF AFFECTE D'UN COEFFICIENT CORRECTEUR MCO

Les établissements privés facturent les GHS et les autres prestations définies dans le présent document (Cf. *infra*) sur la base d'un **tarif national affecté d'un coefficient correcteur MCO**.

L'objet du coefficient MCO

Un coefficient MCO (souvent dénommé « coefficient correcteur ») est **appliqué aux tarifs nationaux de l'ensemble des GHS** (et journées supplémentaires pour séjours extrêmes longs : Cf. *infra*) pour déterminer les tarifs applicables à l'établissement.

Ce coefficient MCO est composite dans la mesure où il intègre **trois coefficients** :

- a) Un coefficient **haute technicité** lié au classement de l'établissement ;
- b) Un coefficient lié aux éventuels **surcoûts géographiques** supportés par l'établissement ;
- c) Un coefficient de **transition** qui vise à lisser l'impact de réforme.

Le coefficient de transition est déterminé **pour 2004** de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement aurait perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie qu'il a perçues l'année 2002 majorées du taux d'évolution de ses tarifs pour l'année 2003.

La base de référence utilisée pour déterminer ce coefficient est l'activité décrite par le PMSI 2002.

Les composantes haute technicité et surcoûts géographiques du coefficient MCO sont pérennes dans la mesure où elles rémunèrent des surcoûts « justifiés » de l'établissement. La composante transition est elle destinée à converger progressivement vers 1.

Le coefficient MCO établi sur la base des données du PMSI 2002 est **calculé au niveau national** puis soumis à une **validation par les ARH en concertation avec les établissements** concernés pour permettre la prise en compte d'éléments particuliers non repérables au niveau national : suppression ou ouverture d'une activité en 2003, disponibilité partielle des données PMSI 2002, etc.

a- Le coefficient de « haute technicité »

Des disciplines médico-tarifaires ont été octroyées à certains établissements en contre partie de conditions particulières d'environnement se traduisant par des critères de mobilisation de ressources (personnels, plateaux techniques ...)³. Ces conditions sont précisées dans l'arrêté classement en soins particulièrement coûteux du 29 Juin 1978.

La composante « haute technicité » du coefficient correcteur est destinée à rémunérer les surcoûts légitimes liés à la mise en place de ces environnements particuliers que ne peuvent prendre en compte les tarifs nationaux de GHS. Son calcul s'appuie sur la méthodologie utilisée depuis deux ans dans le cadre du calcul des indices PMSI des campagnes tarifaires des établissements sous OQN. Il pourra être revu dans le cas où l'établissement cesse de répondre aux critères correspondant à son classement.

Ce coefficient s'applique jusqu'à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

b- Le coefficient géographique

Dès lors que les tarifs se trouvent fondés sur une grille nationale, il s'agit de prendre en compte certaines spécificités liées à la localisation géographique de certains établissements, spécificités qui pèsent sur leurs coûts de fonctionnement (coût de la vie dont coût du foncier).

Les travaux visant à fixer les modalités de calcul des coefficients géographiques sont actuellement en cours.

³ Chirurgie à soins particulièrement coûteux, «soins hautement coûteux en chirurgie », réanimation médicale et polyvalente, surveillance continue, centres lourds de néphrologie et d'hémodialyse.

Remarque : Outre les tarifs des GHS et journées supplémentaires, ce coefficient s'applique aux tarifs des prestations de dialyse, aux forfaits annuels et aux prestations d'Hospitalisation à domicile (HAD) (Cf. infra).

c- Le coefficient de transition

Ce coefficient est destiné à permettre de gérer une **période de convergence des tarifs des GHS propres aux établissements vers les tarifs nationaux**

Il permet donc de limiter l'impact de la réforme et d'en assurer la progressivité de sa montée en charge.

Le coefficient sera supérieur à 1 pour les établissements dont les tarifs historiques sont supérieurs aux tarifs nationaux et inférieur à 1 dans le cas contraire. Il convergera progressivement vers 1 au plus tard avant le 1er janvier 2014.

Une première étape de convergence est réalisée dès 2004 dans une proportion identique à celle réalisée dans le secteur public et PSPH (cf. *infra*).

Les modalités pratiques de calcul

Pour 2004, les coefficients MCO sont calculés par référence aux tarifs nationaux établis sur la base des prix observés par GHS.

Pour 2005 (ou 2006 à défaut), la mise en œuvre en 2004 d'une **étude nationale de coûts sur le secteur privé** devra permettre de corriger l'échelle tarifaire obtenue l'année précédente dans le sens d'une meilleure prise en compte des coûts relatifs des GHS.

Remarques :

Une **transition spécifique** est également mis en place pour chacune des **prestations de dialyse et d'HAD**.

Les tarifs des prestations **IVG** et **d'urgence** étant d'ores et déjà fixés au plan national, il n'y a pas lieu d'appliquer un coefficient correcteur.

De même, les **suppléments journaliers** nouvellement créés dans le cadre de la T2A (extrêmes hauts des GHS, réanimation plus tard) seront fixés pour chaque établissement directement au tarif national.

Exemple de calcul du coefficient MCO

En 2002 (données PMSI 2002 actualisées et regroupées⁴ en fonction des augmentations tarifaires au 1^{er} janvier 2003 et 1^{er} mai 2003), l'établissement A a facturé à l'assurance maladie (AM) sur les bases décrites ci-dessous.

Volume	Numéro de GHM	Prix unitaire reconstitué	Montant facturé à l'AM
100	540	1000	100.000
50	127	2000	100.000
			200.000

Compte tenu de l'échelle tarifaire calculée sur les données 2002 actualisées, l'établissement A devrait facturer sur les bases qui suivent.

Volume	Numéro de GHM	Tarif national 2002 actualisé	Montant facturé à l'AM
100	540	1500	150.000
50	127	1800	90.000
			240.000

La gestion de la transition conduit donc à calculer un coefficient correcteur (inférieur à 1, en l'espèce s'agissant d'un établissement sous-doté) égal à $200/240 = 0,8333$

Ce coefficient de 0,8333 sera appliqué aux tarifs nationaux 2004, pour déterminer les tarifs facturables par l'établissement. .../...

⁴ Outre le regroupement des RSA en V9 de la classification, le case-mix de l'établissement pourra être également actualisé en cas de modification substantielle de l'activité consécutive par exemple à la suppression en 2003 d'une discipline.

Chacune des composantes du coefficient MCO est ensuite calculée. .../...

L'établissement est dans une zone sans surcoûts géographiques ; son coefficient géographique est donc de 1. L'établissement dispose d'une DMT de médecine en soins particulièrement coûteux qui justifie sa différence de tarif avec le prix national pour le GHM 127. Son coefficient haute technicité est donc supérieur à 1 et par exemple égal à 1,0417.

La composante transition s'obtient en divisant le coefficient MCO par le produit des coefficients haute technicité et géographique ; soit dans le cas présent $(0,8333 / (1 \times 1,0417) = 0,8000$.

En cas de **création d'établissement** durant la période de convergence, le coefficient de transition appliqué sera de 1.

En cas de **regroupement d'établissements**, les coefficients correcteurs de transition et de haute technicité du nouvel établissement sont égaux à la moyenne pondérée, par leurs facturations à la charge de l'assurance maladie, des coefficients correcteurs des établissements regroupés.

En cas de **nouvelle activité**, le tarif applicable est égal au tarif national (éventuellement corrigé de la part pérenne du coefficient correcteur) :

- Si l'établissement bénéficie d'un coefficient correcteur de transition inférieur à 1 le volume de facturation au tarif national est limité par le taux d'occupation des lits ou places nouvellement créés : le nombre de journées réalisées dans le cadre des GHS facturés au tarif national est au plus égal au nombre de lits nouvellement autorisés \times 365 (ou nombre de places \times 365).

- Si l'établissement bénéficie d'un coefficient correcteur de transition supérieur à 1 le volume de facturation au tarif national est limité par le taux d'occupation des lits ou places existants (hors nouvelle autorisation) : le nombre de journées réalisées dans le cadre des GHS facturés au tarif national est au plus égal au nombre de lits existants \times 365 (ou nombre de places \times 365).

2 MODALITES CONCERNANT LE SECTEUR PUBLIC ET PSPH

1- LE PRINCIPE : UN TARIF NATIONAL SANS COEFFICIENT CORRECTEUR

Les établissements publics et PSPH facturent les GHS et les autres prestations définies dans le présent document (Cf. *infra*) sur la base d'un **tarif national sans coefficient correcteur**.

En effet, la *gestion de la transition* destinée à lisser dans le temps l'effet revenu induit par la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne se fait pas, pour le secteur public et PSPH, par l'application d'un coefficient correcteur (solution retenue pour le secteur privé, Cf. *supra*) mais par application d'un mécanisme spécifique (Cf. *infra*).

2- L'EXCEPTION : LE COEFFICIENT CORRECTEUR GEOGRAPHIQUE

A titre exceptionnel, les tarifs nationaux peuvent être corrigés, pour certains établissements, d'un **coefficient correcteur géographique** rendant compte des surcoûts structurels relatifs à leur implantation dans certaines zones géographiques.

Dès lors que les tarifs se trouvent fondés sur une grille nationale, il s'agit de prendre en compte **certaines spécificités liées à la localisation géographique de certains établissements**, spécificités qui pèsent sur leurs coûts de fonctionnement (coût de la vie dont coût du foncier).

Les travaux visant à fixer les modalités de calcul des coefficients géographiques sont actuellement en cours.

Remarque : Outre les tarifs des GHS et journées supplémentaires, ce coefficient s'applique aux tarifs des prestations de dialyse et aux forfaits annuels «urgences » et «coordination des prélèvements d'organes » (Cf. *infra*).

3- LA GESTION DE LA TRANSITION

Il s'agit de permettre **un impact progressif** de la tarification à l'activité sur les ressources des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement.

Le principe

Dans le secteur public et PSPH, la gestion de la transition n'est pas opérée par un mécanisme de coefficient correcteur, mais par le **maintien d'une part, décroissante dans le temps, de ressources allouées forfaitairement**. Cette part de ressources est appelée « **dotation annuelle complémentaire** ». Les prestations d'hospitalisation seront donc prises en charge par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif et d'une dotation annuelle complémentaire correspondant à la fraction non couverte par le tarif.

L'existence d'une ressource forfaitaire vise à garantir à chaque établissement le maintien d'une année sur l'autre d'une **ressource au moins égale à X % de celle de l'année précédente**⁵. La part de la ressource forfaitaire a vocation à diminuer d'une année sur l'autre.

Les recettes issues de la facturation des tarifs sont directement proportionnelles à l'activité et dépendent du niveau des tarifs fixés pour l'année, alors que les recettes issues de la dotation annuelle complémentaire sont **indépendantes de l'activité et du niveau des tarifs nationaux**.

La part financée à l'activité a vocation à s'accroître progressivement aux dépens de la part financée par la dotation annuelle complémentaire, qui doit disparaître en 2014.

La part des ressources issues de la facturation des tarifs et celle correspondant à la dotation annuelle complémentaire est fixée chaque année par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

③ L'INTEGRATION DES CHARGES DE STRUCTURES

Les tarifs fixés au plan national pour l'ensemble des GHS intègrent les **coûts de structures** (amortissements immobiliers et frais financiers notamment).

Compte tenu de l'impact potentiel, pour le secteur « Public et PSPH », de la réintégration des frais de structure dans les tarifs des GHS, les ARH pourront allouer une partie de leur enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) (Cf. *infra*) pour participer au financement de ces dépenses.

B- Les séjours extrêmes

Définition

Certains séjours peuvent être considérés comme extrêmes par comparaison de leur durée avec la durée moyenne ou médiane (travaux en cours) du GHS.

⁵ A périmètre d'activité constant, la base à laquelle s'applique le pourcentage garanti pouvant être revue à la hausse ou à la baisse en cas de création ou suppression de capacités.

Par conséquent, pour chaque GHS, sont précisées des **bornes basse et haute** en terme de durée de séjour.

Prise en compte des bornes basse et haute du GHS

Si la durée du séjour est **inférieure à la borne basse**, l'établissement doit appliquer un coefficient de minoration de 0,50 au tarif du GHS.

Si la durée du séjour est **supérieure à la borne haute**, l'établissement facture en plus du GHS, chacune des journées au-delà de la borne haute affectée d'un coefficient de 0,75.

Le coût total du séjour est alors calculé de la manière suivante :

$$\text{Coût du séjour} = \text{forfait du GHS} + 0,75 \times V \times (\text{durée de séjour totale} - \text{borne haute}),$$

avec $V = \text{tarif du GHS/DMS du GHS}$.

Remarques

Ces règles sont intégrées dans l'algorithme de groupage.

Compte tenu des écarts observés sur les DMS des établissements publics et privés, **les bornes hautes et basses peuvent être situées à des niveaux différents selon les secteurs public et privé.**

C- La réanimation autorisée

Un supplément journalier facturable en sus d'un GHS issu d'un GHM

Les établissements bénéficiant d'une autorisation ou d'une reconnaissance de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue facturent les séjours selon une double modalité : **paiement du GHS issu d'un GHM + un supplément journalier facturable par jour de présence dans l'unité** de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.

Le supplément journalier n'a pas vocation à rémunérer la totalité du surcoût lié à la réanimation, aux soins intensifs ou à la surveillance continue ; en effet, une partie de ces coûts est rémunérée par le tarif du GHS facturé.

Le cas échéant, un supplément journalier spécifique relatif à la surveillance post interventionnelle lourde pourra venir compléter le dispositif.

Le **tarif** du supplément journalier **dépend de la nature de l'autorisation ou de la reconnaissance octroyée par l'ARH et mentionnée au contrat.**

La prise en compte de la nature de la prise en charge

En outre, s'agissant de la réanimation, les suppléments journaliers ne sont facturables que pour les séjours (RSS) comportant un ou plusieurs **actes marqueurs** de la réanimation (liste d'actes intégrée à l'algorithme de groupage).

A défaut de la présence de tels actes, seuls des suppléments journaliers de soins intensifs peuvent être facturés.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour 2004, en l'absence d'autorisations accordées en application des dispositions du décret du 5 avril 2002, les établissements publics et PSPH pourront «facturer» un GHS plus un supplément journalier de réanimation **uniquement** et dès lors que le RSA comporte **un acte marqueur et un IGS supérieur à un seuil** à fixer.

Pour les séjours d'enfants de moins de 15 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte, en raison de son manque de pertinence.

Le nombre de suppléments journaliers « facturés » est égal au nombre de jours passés dans l'unité médicale où l'acte marqueur a été réalisé.

SECTEUR PRIVE

Pour les établissements privés en 2004, l'existence d'une reconnaissance tarifaire de la réanimation par le classement est maintenue par le moyen du coefficient MCO.

D- Les échanges inter-établissements

Deux cas sont à distinguer : les transferts de moins de 48 heures et ceux de plus de 48 heures.

Les transferts de moins de 48 heures

Si le transfert dure moins de 48 heures (au sens du PMSI, c'est-à-dire si [date de sortie – date d'entrée] < 48 heures), le séjour n'est pas interrompu.

L'établissement A va donc grouper le séjour en tenant compte des actes réalisés par B. Une seule **facture d'un GHS** est produite par A pour l'ensemble du séjour. Il appartient à A et B de s'entendre contractuellement sur un paiement par A des actes réalisés en B⁶.

Une disposition prévoit l'intervention de l'ARH en cas de désaccord entre les parties (fixation du tarif par décision du Directeur de l'ARH).

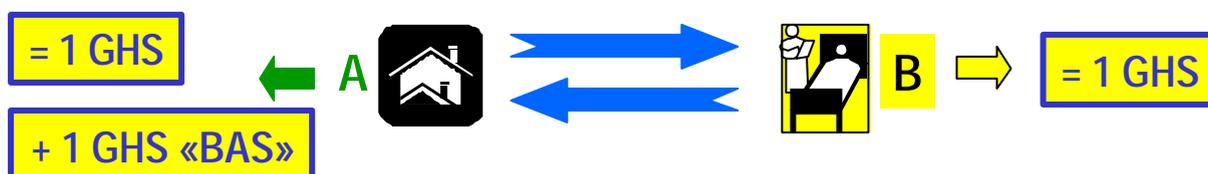
Les transferts de moins de 48 heures ([date de sortie – date d'entrée] < 48 heures) :

Les transferts de plus de 48 heures

Si le transfert dure plus de 48 heures (au sens du PMSI, c'est-à-dire si [date de sortie – date d'entrée] ≥ 48 heures), l'établissement de A facture de son côté le premier épisode de soins. L'établissement B facture de son côté le deuxième épisode de soins.

Puis, en cas de retour de B vers A du patient, l'établissement facture un troisième épisode de soins dont le tarif sera minoré par le coefficient des extrêmes bas quelle que soit la durée de séjour.

Les transferts de plus de 48 heures ([date de sortie – date d'entrée] ≥ 48 heures) :



Remarque

Les transferts inter-établissements impliquant un **changement de champ** (transfert vers ou en provenance d'un établissement SSR ou psychiatrique) quelle que soit la durée donnent lieu à une facturation directe d'un GHS.

2/ Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) ne correspondant pas à un Groupe Homogène de Malades (GHM)

Il s'agit de GHS «particuliers » qui dérogent à la règle générale selon laquelle un (seul) GHS correspond à un (seul) GHM.

1- LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Des GHS particuliers

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est financée sous forme de GHS particuliers correspondants à des **forfaits séances** et non à des GHM.⁷

11 forfaits facturables en sus d'un GHS issu d'un GHM

Afin d'être en cohérence avec les décrets du 23 septembre 2002, 11 forfaits doivent être déterminés (cf. ANNEXE 1).

Les forfaits de séances de dialyse peuvent être facturés **en sus d'un GHS issu d'un GHM**. Cette possibilité ne vaut évidemment pas pour les séances de dialyse aiguës réalisées en réanimation ou dans des unités de néphrologie lourde.

Remarque

L'algorithme de groupage en GHM dispose d'un GHM de dialyse ambulatoire (GHM 680). Ce GHM n'étant pas utilisé dans la facturation (excepté dans le secteur public et PSPH en 2004 – Cf. *infra*) l'arrêté tarifaire ne mentionnera aucune valeur pour le GHS correspondant.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour 2004, compte tenu de l'absence actuelle de recensement des séances de dialyse autrement que par le recueil du PMSI, **les établissements publics et PSPH « factureront » leurs séances de dialyse par GHM**, sur la base d'un seul tarif de GHS.

⁶ Concernant les honoraires, l'assurance maladie peut payer directement les praticiens de B à partir d'une facture établie par A.

⁷ Plusieurs éléments justifient ce choix. Tout d'abord, l'activité de dialyse n'est que partiellement décrite par le PMSI (pas de description des prises en charge en alternative au centre). Ensuite l'évaluation des tarifs sur ce secteur où les établissements sont souvent mono disciplinaires se doit d'être très précise. Enfin bon nombre d'établissements de dialyse ne produisent pas de données PMSI à ce jour.

2- L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Le financement de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est maintenu selon le système actuel qui est composée de **5 prestations** (Cf. ANNEXE 2).

Les tarifs nationaux sont fixés par arrêté.

Les prestations ne sont **pas cumulables avec un GHS issu d'un GHM**.

La facturation d'un GHS issu d'un GHM (à la place des tarifs de prestations) pourra être réalisée occasionnellement en cas de complication ; elle sera contrôlée.

Remarque

L'algorithme de groupage en GHM version 9 disposera d'un GHM d'IVG.

Ce GHM ne sera pas utilisé pour la facturation, son tarif (pour le secteur public et PSPH comme pour le secteur privé) sera fixé à zéro.

3- LES SOINS PALLIATIFS

Cette activité ne fait pas l'objet d'une autorisation. L'orientation de l'activité « soins palliatifs » dans le cadre d'une autorisation de médecine peut toutefois être prévue contractuellement.

Un GHM, deux GHS facturables

La version 9 de la classification crée **un GHM de soins palliatifs**.

Ce GHM se voit affecter **deux GHS facturables** :

- un GHS « de base »
- un GHS « majoré », correspondant à un tarif supérieur.

Si **l'établissement dispose de lits identifiés de soins palliatifs** (au sein des services « traditionnels ») **ou d'une unité de soins palliatifs (USP)**, il peut facturer le GHS majoré.

Le nombre de séjours facturables à ce titre est limité par les **capacités** de prise en charge **fixées contractuellement** entre l'ARH et l'établissement : taux d'occupation des lits identifiés de soins palliatifs ou nombre de patients pouvant être pris en charge par l'unité de soins palliatifs (USP).

Précisions

Il convient de noter que le financement des **autres dispositifs de prise en charge des soins palliatifs** (réseaux hospitaliers, équipes mobiles de soins palliatifs, ...) est assuré par le moyen des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC : Cf. *infra*).

La reconnaissance des moyens de prise en charge des soins palliatifs est opérée dans le cadre du **contrat d'objectifs et de moyens (COM)**.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour 2004, en l'absence de contrats d'objectifs et de moyens dans tous les établissements du secteur public et PSPH, les ARH dresseront la liste des établissements publics et PSPH autorisés à « facturer » des soins palliatifs.

SECTEUR PRIVE

Pour les établissements privés, l'activité de soins palliatifs bénéficie déjà d'une reconnaissance tarifaire qui devra être consolidée dans le nouveau dispositif.



II- La facturation des activités non décrites par les GHS

1- L'ACTIVITE D'URGENCE AUTORISEE

Un financement mixte

Les services d'urgences autorisés bénéficient d'un financement mixte : **un tarif au passage** + un forfait annuel (Cf. *infra*).

Le forfait au passage

Le **tarif au passage** est **national**.

Il n'est **pas cumulable avec la facturation d'un GHS** (non-facturation des passages suivis d'une hospitalisation dans un service de soins MCO de l'établissement⁸).

Sa valeur est unique quelle que soit la nature de la prise en charge (simple consultation ou acte lourd).

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Ce tarif n'est pas exclusif de la facturation des actes cliniques (consultations externes – Lettres C) et médico-techniques (actes externes – Lettres K, B et Z).

SECTEUR PRIVE

Ce tarif n'est pas exclusif de la facturation des honoraires.
La prestation ANP est supprimée.

⁸ Les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation dans l'établissement conduisent à la facturation d'un GHS. Les tarifs des GHS intègrent la prise en compte d'une partie des coûts de fonctionnement de l'activité d'urgence. Les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation en interne sont donc rémunérés par cette fraction des tarifs des GHS. Lorsque le patient est hospitalisé dans un service de SSR ou de psychiatrie, ou dans un autre établissement, l'établissement facture un tarif au passage.

2- L'ACTIVITE DE PRELEVEMENT D'ORGANES

Les prélèvements d'organes sont facturés à l'assurance maladie sur la base d'un **tarif national par donneur prélevé**, quel que soit le nombre d'organes prélevés, **versé à l'établissement où a lieu le prélèvement**.

Il faut noter que l'activité de coordination des prélèvements d'organes bénéficie également d'un financement complémentaire sous la forme d'un forfait annuel (financement mixte) – Cf. *infra*).

Le financement de l'activité des prélèvements d'organes est intégralement à la charge de l'assurance maladie.

Les facturations inter-établissements restent valables pour les prestations de transports et de mobilisation d'équipes chirurgicales. (Cf. *supra*)

3- L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Le modèle de tarification permet de moduler le niveau des ressources allouées aux établissements en fonction de leur activité suivant une approche orientée patient.

Le principe d'un prix de journée variable selon le mode de prise en charge

La rémunération de l'établissement repose sur le versement d'un **prix de journée variable** dont le montant résulte de la combinaison de **quatre composantes** fondées sur le système d'information existant : un protocole principal, fondé sur le mode de prise en charge⁹, (pansements complexes, soins palliatifs, nutrition parentérale..) un protocole associé, un indice de dépendance et une durée de séjour.

Les groupes tarifaires journaliers

Le prix de journée ne couvre pas les **dépenses de certains médicaments onéreux ou innovants** (figurant sur une liste fixée par arrêté) et des autres **dépenses de soins d'exception** (dialyse, radiothérapie, hospitalisation de jour, transfusion sanguine), qui sont **facturables en sus**.

Sur cette base, l'éventail des tarifs proposés par le modèle en fonction des caractéristiques du séjour peut théoriquement posséder environ 1200 valeurs différentes. Dans un souci de simplification du modèle tarifaire, ces tarifs sont regroupés en une quarantaine de classes, échelonnées tous les 10 euros qui définissent les groupes tarifaires journaliers.

Les prix des groupes tarifaires sont **fixés au niveau national**.

Le classement initial dans le groupe tarifaire peut être réévalué au cours du séjour selon une périodicité maximale d'une semaine, si l'état du patient l'exige.

⁹ Les modes de prise en charge sont définis sur la base de la circulaire DHOS du 11 décembre 2000.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour 2004, cette tarification s'appliquera aux seuls établissements privés, l'extension au secteur public et PSPH étant réalisée en 2005.

Les établissements du secteur public et PSPH mettront en revanche en œuvre le **recueil des données d'activité requises par le groupage tarifaire dès le 1er janvier 2004**.

En outre, afin de faciliter le développement de l'HAD, les établissements publics et PSPH bénéficieront, dès 2004, de la possibilité de « facturer » **certains médicaments coûteux en sus** (Cf. *infra*).

4- LES CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES**SECTEUR PUBLIC ET PSPH**

Les actes et les consultations externes sont facturés sur la base du **tarif NGAP** (puis CCAM, dès lors que celle-ci sera tarifante) et des **forfaits techniques existants** (scanner et IRM) **ou en cours de création** (PET scan et caisson hyperbare).

**III- Le paiement en sus**

Afin d'assurer un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques, certaines spécialités pharmaceutiques et prestations (principalement les dispositifs médicaux implantables), dont la liste est fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et de la santé, bénéficient d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des tarifs des prestations.

Le système prévoit des garanties en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux concernés par ce paiement en sus.

1- LES MEDICAMENTS*Principe général*

Les médicaments, de manière générale, ont vocation à être inclus dans le tarif des GHS.

Le paiement en sus de certains médicaments

Cependant, un certain nombre de médicaments très onéreux seront **facturables en sus des GHS**.

En effet, certains médicaments (par exemple, certaines molécules de chimiothérapie) sont à la fois **onéreux** et introduisent **une hétérogénéité dans les forfaits au séjour** (GHS) en raison de leur prescription variable au sein du même GHM (critères économiques et statistiques).

La **liste des molécules** concernées sera mise à jour régulièrement par arrêté du ministre.

La liste étant établie sur la base de critères économiques et statistiques, sa mise à jour est réalisée au sein du ministère avec le concours de l'ATIH¹⁰. Elle ne requiert pas la consultation formelle d'instances à caractère scientifique et médical.

¹⁰ L'ATIH devra être au moins consultée pour valider que seules les molécules induisant une hétérogénéité des GHS sont présentes dans cette liste. Pour 2004, la liste sera arrêtée à dire d'expert.

Un circuit technique d'information sera établi avec l'AFSSAPS pour bénéficier le plus en amont possible des informations relatives aux innovations.

Remarque : la possibilité de facturer les médicaments en sus est réservée aux seuls séjours (avec ou sans hébergement) réalisés en MCO, y compris en Hospitalisation à Domicile (HAD). L'appartenance d'un médicament à la liste fixée par arrêté n'est donc pas suffisante pour permettre une facturation en sus¹¹.

La régulation de la dépense

La régulation de la dépense est assurée par un double dispositif :

- *Au niveau macro-économique*, les médicaments facturables en sus des tarifs des GHS sont inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

L'hypothèse actuelle consiste à prévoir :

- ✓ un **prix de vente plafond** de chacun des médicaments de la liste ; ce prix de vente sera fixé par convention entre les industriels et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- ✓ une régulation de type « prix / volume » avec les industriels concernés.

Une **inscription provisoire sur la liste** peut être prononcée dès que le médicament a reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)¹². A l'issue d'un délai de 12 mois, soit le médicament est maintenu sur la liste et se voit attribuer un prix de vente plafond, soit il est sorti de la liste, les charges induites par sa consommation étant couvertes par le tarif du GHS.

Les évolutions annuelles de la classification des GHS conduisent à une **révision annuelle de la liste** des médicaments facturables en sus (nonobstant la possibilité d'introduire un médicament sur la liste à tout moment).

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour permettre que la maintenance de la classification prenne mieux en compte les dépenses de médicaments, les **établissements de l'ENC** devront pouvoir affecter les dépenses des médicaments coûteux par séjour.

- *Au niveau microéconomique*, ces médicaments sont remboursés aux établissements à concurrence d'un **tarif de responsabilité**, qui est égal au prix de vente plafond fixé au plan national¹³.

Afin de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix par les acheteurs hospitaliers, la facturation est effectuée sur la base du **prix payé par l'établissement majoré d'une marge d'intéressement** égale à une fraction¹⁴ de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité fixé par les pouvoirs publics.

Le dispositif vise à inciter au **bon usage des médicaments** (et des dispositifs médicaux, un mécanisme similaire étant, en effet, également prévu pour ces produits)¹⁵. A ce titre, le remboursement intégral de la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie est subordonné à la signature par l'établissement et par l'agence régionale de l'hospitalisation d'un contrat de bon usage¹⁶.

¹¹ **SECTEUR PRIVE** Sous la réserve, s'agissant des établissements privés sous OQN, des dispositions de l'arrêté du 26/04/01 relatif à la prise en charge de certains médicaments.

¹² Les médicaments ne bénéficiant que d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) ne sont pas concernés par cette modalité de facturation en sus. Ils peuvent néanmoins trouver un financement spécifique dans le cadre de l'enveloppe des Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) (Cf. *infra*).

¹³ Sous réserve de l'application du mécanisme de régulation macro-économique de la tarification à l'activité (Cf. *infra*). Un dépassement de l'objectif de dépenses MCO en N-1 peut conduire à fixer le tarif de responsabilité de l'année N en dessous du prix de vente plafond national de l'année N.

¹⁴ Cette valeur sera fixée par arrêté.

¹⁵ Cf. *infra*.

¹⁶ Un contrat devra être établi par le directeur de l'ARH avant le 1^{er} juillet 2004, sur la base des éléments fixés au niveau national.

Les **engagements contractuels** souscrits en matière de **bon usage des médicaments** pourront concerner les points suivants :

- mise en place de la dispensation nominative, de l'informatisation et du codage des médicaments ;
- élaboration par le COMEDIM de protocoles de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux et contrôle de l'application de ces protocoles standardisés par les établissements ;
- travail en réseau avec les structures régionales d'appui, chargées d'élaborer les référentiels de bonne pratique ;
- mise en place d'une préparation centralisée des cytostatiques.

Les établissements qui n'ont pas adhéré, au plus tard au 1^{er} janvier 2005, à un contrat de bon usage ne bénéficient d'un remboursement qu'à hauteur de 70%, sans que la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne puisse être mise à la charge du patient. Le contrat signé entre l'ARH et l'établissement pourra prévoir un échéancier de mise en oeuvre des engagements.

En cas de non respect total ou partiel du contrat de bon usage par un établissement, l'ARH peut demander aux caisses d'assurance maladie, après mise en demeure de l'établissement, de réduire le montant remboursé dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie, sans que la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne puisse être mise à la charge du patient.

2- LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES)

Principe général

Les dispositifs médicaux (DM), de manière générale, ont vocation à être inclus dans le tarif des GHS.

Le paiement en sus de certains dispositifs médicaux (DM)

Cependant, certains dispositifs médicaux dont la liste limitative est fixée par arrêté (par exemple les dispositifs médicaux implantables, les implants d'origine humaine ou comportant des produits d'origine humaine) sont **facturables en sus de certains GHS**.

Afin de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix par les acheteurs hospitaliers, la facturation est effectuée sur la base du **prix payé par l'établissement majoré d'une marge d'intéressement** égale à une fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le prix LPP.

Un mécanisme d'incitation au **bon usage des dispositifs médicaux** est prévu, sur le modèle de celui mis en place pour les médicaments : modulation du taux de remboursement (entre 70 et 100%) en fonction du respect total ou partiel des engagements contractuels de l'établissement (Cf. *supra*).

Dispositions transitoires

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour 2004, compte tenu des difficultés techniques majeures liées au recensement des dépenses de prothèses par références dans le secteur public et PSPH, la possibilité de « facturer » en sus des GHS ne sera offerte que sur une liste très restreinte de GHS.

SECTEUR PRIVE

Pour 2004, la possibilité de facturer en sus est maintenue pour toutes les prothèses implantables (à l'exception des prothèses associées aux GHM d'ophtalmologie) pour le secteur privé.

Ces dispositions transitoires pour 2004 repoussent à 2005 l'harmonisation des conditions de facturation des prothèses entre les deux secteurs sur la base d'une liste à déterminer au cours de l'année 2004.

**2^{EME} SOUS-PARTIE :****UNE MODALITE PARTICULIERE DE FINANCEMENT MIXTE :****LES FORFAITS ANNUELS**

Indépendamment de la gestion de la transition (Cf. *supra*), il apparaît que la rémunération, sur la seule base de tarifs de prestations, n'est pas adaptée à certaines activités en raison notamment de l'existence de charges fixes importantes.

L'analyse économique du processus de formation des coûts peut ainsi conduire à décider de financer certaines activités sous la forme d'un double financement composé d'un tarif de prestation *et* d'un **forfait annuel** visant à couvrir tout ou partie des **charges fixes**. A un mode de financement directement lié à l'activité réalisée (Cf. *supra*), s'ajoute donc une ressource annuelle forfaitaire, dont le niveau est certes déterminé en fonction des données d'activité de l'année précédente, mais qui est garanti quelle que soit l'activité qui sera réalisée. Cette seconde modalité est donc *mixte*.

La liste des activités concernée est fixée par décret.

Dans un premier temps, il est envisagé de faire bénéficier de ce mode de financement l'activité d'accueil et de traitement des urgences ainsi que l'activité de coordination des prélèvements d'organes.

Les montants des forfaits annuels dont bénéficie l'établissement sont versés par douzièmes par les « caisses pivots » pour les établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale et par les « caisses centralisatrices des paiements » pour les établissements privés auparavant financés sous objectif quantifié national.

1- LE FORFAIT ANNUEL « URGENCES »

Les règles de fixation des forfaits annuels « urgences » sont fixées au plan **national**.

L'ARH en fixe le montant en application de ces règles.

Elle ne dispose pas de marge de manœuvre sur la détermination des montants alloués.

Le cas échéant, un complément de ressources peut être versé au titre des enveloppes de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (Cf. *infra*).

SECTEUR PRIVE

Les effets revenus induits sur les cliniques par une éventuelle modification du barème actuellement en vigueur sont compensés par le coefficient MCO.

2- LE FORFAIT ANNUEL « COORDINATION DES PRELEVEMENTS D'ORGANES »

L'activité de prélèvement d'organes bénéficie, en complément du tarif par donneur prélevé versé à l'établissement où a lieu le prélèvement (Cf. *supra*), d'un **forfait annuel, fixe** en fonction de critères d'activité, destiné à **couvrir les frais de la coordination hospitalière des prélèvements**.

Les règles de fixation du forfait annuel « coordination des prélèvements d'organes » sont fixées au plan **national**.



3^{EME} SOUS-PARTIE :

UNE MODALITE DE FINANCEMENT NE RELEVANT PAS D'UNE TARIFICATION A L'ACTIVITE : LE VERSEMENT D'UNE ENVELOPPE DE FINANCEMENT DES MISSIONS D'INTERET GENERAL ET D'AIDE A LA CONTRACTUALISATION (MIGAC)

La réforme de la tarification à l'activité prévoit de maintenir **des sources de financement en dehors du principe général d'une tarification à l'activité**.

Il s'agit, en effet, de reconnaître, d'une part, qu'un certain nombre de missions (activités de nature très spécifique non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI) n'ont pas vocation à être financées par les modalités de la tarification à l'activité, car **leurs ressources ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée**. Cela conduit à maintenir, à côté de la tarification à l'activité, au sein d'une enveloppe de financement forfaitaire, des ressources spécifiques permettant d'assurer des **Missions d'Intérêt Général (MIG)**.

Il s'agit également, d'autre part, d'identifier une ressource de financement spécifique d'« **Aide à la Contractualisation** » (AC), destinée à accompagner la démarche de contractualisation entre les établissements santé publics et privés et les ARH.

La réforme de la tarification à l'activité prévoit donc la construction d'une enveloppe forfaitaire « MIGAC », regroupant ces deux types de ressources spécifiques (les MIG et l'AC), afin de répondre à ce double objectif.

Les ressources attribuées au titre des MIGAC sont allouées **contractuellement par les ARH** aux établissements, sur leur enveloppe régionale de financement des MIGAC et en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de **règles définies nationalement**.

Elles concernent :

- **Les missions d'intérêt général**, et en particulier l'Enseignement et la Recherche (domaine qui ne concerne, en l'état actuel de la réglementation, que certains établissements publics et PSPH), l'innovation, et le rôle de recours, qui constituent un ensemble de missions intrinsèquement liées.
- **L'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens (COM)**: notamment la qualité et la mise en œuvre du SROS (sites isolés, accueil de populations spécifiques, notamment de populations précaires, ...).

1- L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, L'INNOVATION ET LE ROLE DE RECOURS

Il s'agit de missions qui se recoupent et concernent les mêmes établissements¹⁷, les CHRU en particulier mais aussi les grands CH, quelques PSPH, les CLCC et quelques cliniques privées.

Le principe général

Ce sont l'ensemble des dépenses entraînées par ces missions dont cherche à rendre compte l'actuel mécanisme de l'abattement de charges de 13%, appliqué au moment du calcul de la valeur du point ISA de l'établissement.

Il convient de noter que **de nombreux facteurs de surcoûts particuliers** que visait ce mécanisme **sont désormais pris en compte par les modalités générales de la tarification à l'activité**, notamment par le biais des dispositifs suivants : GHS issus des GHM de la version 9 de la classification (qui rendent mieux compte de la complexité des cas traités), supplément journalier facturable en sus du GHS en cas de dépassement de la borne haute du GHM, supplément journalier de réanimation, paiement en sus de certains médicaments et prothèses onéreux, etc.

A contrario, il est nécessaire d'**étendre le champ des établissements bénéficiaires** en considérant que le rôle de recours ou d'introduction des innovations est également rempli par des établissements non CHU.

C'est ainsi que la réforme de la tarification à l'activité, plutôt que de maintenir un taux de 13% uniforme, vise à **moduler les montants par établissement en fonction d'indicateurs de mesure des surcoûts induits par chacune des quatre missions**.

L'objectif est d'identifier le plus précisément possible le niveau des coûts supportés par chaque établissement au titre des missions en question et d'isoler le financement de ces dépenses de la tarification à l'activité en les transférant, à leur juste valeur, de la base MCO vers l'enveloppe MIGAC.

La méthode à l'étude

L'option de calcul des dotations théoriques au titre des missions d'enseignement et de recherche, d'innovation et de rôle de recours, actuellement à l'étude repose sur les principes suivants :

Un modèle, construit sur la base d'une batterie d'**indicateurs**, est appliqué *a priori* à chaque établissement pour déterminer **la part des dépenses justifiées par ses missions d'enseignement, de recherche, d'innovation et de recours dans sa base budgétaire MCO actuelle**¹⁸. Le CHU de X verrait ainsi son budget MCO débasé de 6%, par exemple, et celui de Y de 15%.

La somme des crédits ainsi « prélevés » constitue une enveloppe nationale disponible pour financer ces missions, qui est ensuite redistribuée entre les régions, puis entre les établissements concernés, selon les mêmes modalités de calcul.

Dans ces conditions, *chaque établissement retrouve l'enveloppe qui lui a été initialement « prélevée »*.

La conséquence sur les budgets est de réduire ou d'augmenter la part « soins », tarifée à l'activité, à due proportion. **L'effort de convergence des ressources opérée par la T2A ne porte alors plus que sur les dépenses de soins**. Dans l'exemple précédent, la partie « soins » de l'établissement Y est réduite de 2 points par rapport à une hypothèse de maintien des 13% issus du mécanisme actuel, puisque sur un budget de 100, 15 et non pas 13 lui sont d'ores et déjà acquis au sein de l'enveloppe MIGAC. A l'inverse, le budget de X verrait sa partie « soins » s'accroître de 7 points. Il pourra donc « retrouver » le financement correspondant sur les modalités de ressources de la tarification à l'activité.

¹⁷ Plusieurs arguments plaident en faveur de cette globalisation. Par exemple, il a pu être démontré que l'enseignement *stricto sensu*, au sens de formation des internes, ne coûtait pas plus que ce que représentait le travail fourni par les internes, mais que le temps de senior économisé permettait de développer la recherche dans le service. Ce sont de fait les mêmes structures qui accueillent un grand nombre d'internes et développent la recherche et l'innovation.

¹⁸ Il s'agit, en pratique, des charges identifiées dans les sections 1A et 1C des retraitements comptables (Cf. *infra*).

Il convient de noter qu'une partie de la ressource constituée par l'enveloppe enseignement, recherche, innovation et recours pourrait être allouée sur la base d'**appels d'offres nationaux**, organisés sur le modèle actuel des actions PHRC, dans le cadre de l'aide à l'innovation et à la recherche clinique.

2- LES AUTRES MISSIONS D'INTERET GENERAL CONCERNEES

Pourront, également, être financées au titre des MIGAC, **certaines activités liées aux soins MCO et qui sont aujourd'hui affectées en dehors du champ MCO par les retraitements comptables** : SAMU - Centre 15, CDAG, Centres anti-poison... Il s'agit, en pratique, de charges actuellement identifiées dans la *section 2 des retraitements comptables*.

L'intégration de ces charges au sein de l'enveloppe MIGAC est **une opération neutre** (sans effet revenu particulier), qui n'a que vocation à rassembler au sein de cette enveloppe toutes les missions d'intérêt général rattachables à l'activité MCO, quelle que soit leur imputation actuelle.

Au fur et à mesure de l'extension du champ d'application de la tarification à l'activité (par exemple aux SSR et à la psychiatrie), un certain nombre d'autres missions d'intérêt général auront vocation à intégrer l'enveloppe MIGAC.

Un travail d'identification et de repérage de ces activités susceptibles d'être reversées au sein de l'enveloppe MIGAC est en cours de réalisation, avec l'aide des ARH.

3- L'AIDE A LA CONTRACTUALISATION

Le principe général

Les autres ressources contractualisées constitutives de l'enveloppe des MIGAC sont allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis régionalement et s'appuyant sur les orientations du SROS et sur l'amélioration de la qualité des soins.

Les financements possibles au titre de l'Aide à la Contractualisation

Peuvent être financés au titre de l'Aide à la Contractualisation des missions ciblées, dont la liste pourra être complétée¹⁹ :

- Certaines **missions sociales particulières**, telles que la prise en charge de la précarité (dispositif d'accueil spécialisé de type PASS) ;
- Les actions en faveur de l'amélioration de la **qualité des soins** ;
- Les aides à la mise en œuvre de certaines **orientations du SROS** ;
- Les **aides à la modernisation** et notamment les aides imputables sur l'ONDAM versées au titre du **plan hôpital 2007** ;
- Les **réseaux** à financement hospitalier ;
- Les **équipes de liaison** ;

¹⁹ Travaux en cours.

- Les **équipes mobiles de gériatrie**
- Les **équipes mobiles de soins palliatifs** (intra et inter-hospitalières)
- Les équipes de liaison **d'addictologie** ;
- La **télé médecine** ;
- Les **centres de ressources pour les maladies rares**.

Ces financements ne peuvent pas être utilisés comme soutien à la convergence ou à l'adaptation des établissements à l'impact de la réforme.

Précisions

Les engagements contractuels entre les ARH et les établissements ont parfois pour objet d'utiliser des **enveloppes nationales de « crédits fléchés »** (Exemple du Plan Cancer).

Il faut noter que tous les crédits fléchés nationaux n'ont pas vocation à être isolés au sein de l'enveloppe MIGAC. Ils peuvent, en effet, s'imputer partiellement ou totalement sur les tarifs de prestation de la tarification à l'activité et donc être ajoutés à l'enveloppe nationale des dépenses MCO servant au calcul de ces tarifs.²⁰

Les crédits fléchés qui feront l'objet d'une réaffectation par l'intermédiaire de l'enveloppe MIGAC, donc en dehors d'une tarification à l'activité, seront ceux dont la nature ne vise pas directement des objectifs de volume d'activité ou de prise en compte de l'évolution des coûts mais plutôt un mode de prise en charge particulier, indépendant du niveau de l'activité réalisée.

C'est donc par une analyse de la signification de l'attribution des crédits fléchés que leur répartition entre « tarifs » et « MIGAC » pourra être opérée. Dans l'exemple du Plan Cancer, les crédits visant à financer la création de postes, par exemple de psychologues, ont vocation à être imputés sur l'enveloppe des tarifs, tandis que les crédits de fonctionnement des tumorothèques seraient plutôt attribués au sein de l'enveloppe MIGAC.

Le même raisonnement doit être tenu concernant les **engagements « locaux » des ARH, en cours ou à venir, par le biais des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM)**. Certains engagements trouveront leur accompagnement financier directement dans les modalités d'application de la tarification à l'activité, sans nécessité d'attribution de crédits spécifiques (C'est par exemple, le cas des créations d'activités nouvelles, qui pourront être financées par le simple intermédiaire de la facturation des prestations).

Seuls les engagements contractuels devant, par nature, être financés en dehors des mécanismes de la tarification à l'activité devront puiser leur financement au sein de l'ensemble « Aide à la contractualisation » de l'enveloppe MIGAC.

Des travaux associant l'ensemble des ARH seront réalisés afin de lister les financements (nationaux et locaux) devant nécessairement s'imputer sur l'enveloppe MIGAC.

²⁰ Pour le secteur « public et PSPH », ces crédits se répartissent également entre l'enveloppe nationale servant à notifier les dotations annuelles complémentaires (par exemple, à hauteur de 90% pour l'année 2004 - Cf. *infra*) et l'enveloppe nationale permettant de payer les tarifs de prestation (par exemple, à hauteur de 10% pour l'année 2004 - Cf. *infra*). En pratique, les crédits fléchés s'imputant sur les « soins » sont notifiés à hauteur de 90% aux établissements du secteur « public » sous la forme d'un complément à leur dotation annuelle complémentaire.

3^{EME} PARTIE

Les modalités de la régulation

I- Le découpage de l'ONDAM en enveloppes et objectifs

Par rapport au découpage actuel de l'ONDAM et aux règles d'imputation des dépenses dans les différents objectifs et enveloppes, la mise en place de la tarification à l'activité entraîne des changements importants.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Les dépenses correspondant aux dotations globales hospitalières sont éclatées en trois parties :

- Un **objectif de dépenses MCO** (commun aux secteurs public et privé) ;
- Une **enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** (commun aux secteurs public et privé) ;
- Une **enveloppe de dépenses non-MCO** (SSR et psychiatrie).

SECTEUR PRIVE

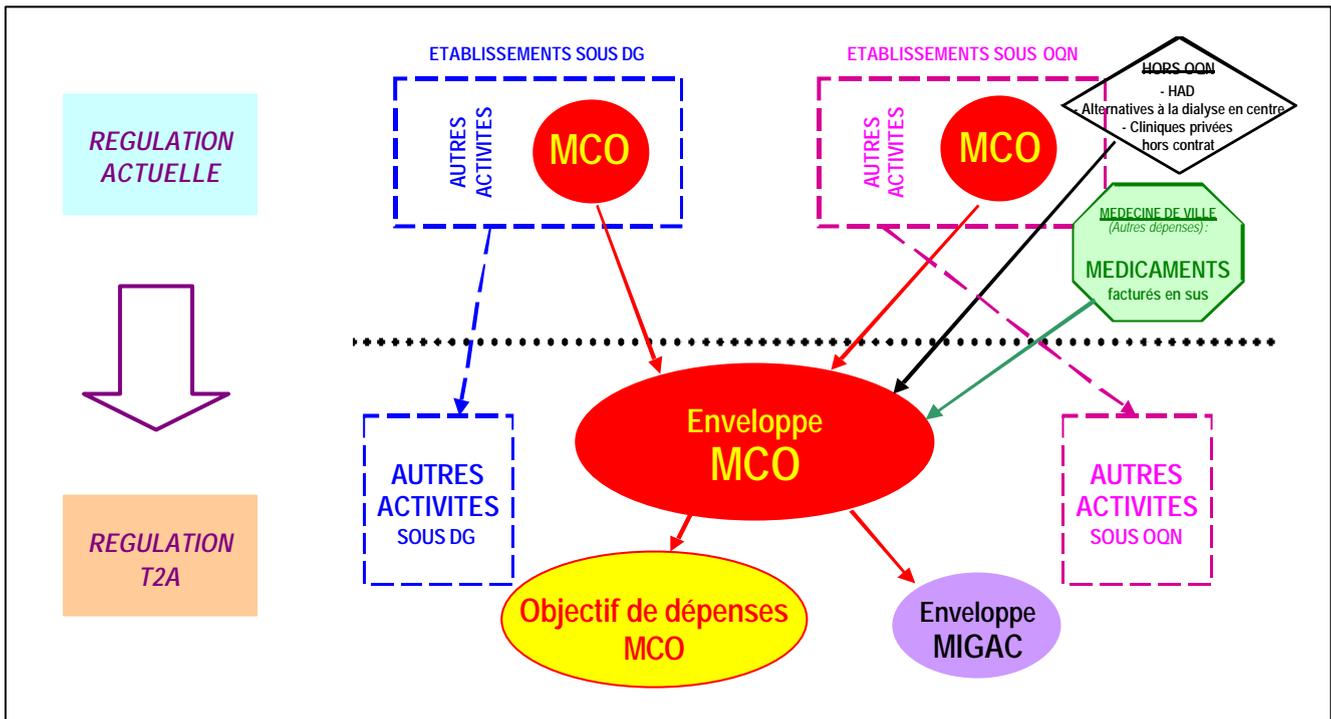
Les dépenses correspondant au champ de l'OQN sont éclatées en trois parties :

- Un **objectif de dépenses MCO** (commun aux secteurs public et privé) ;
- Une **enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)** (commun aux secteurs public et privé) ;
- Un **objectif de dépenses pour les activités non-MCO** (SSR et psychiatrie).

Remarques

- ✓ Les dépenses d'alternatives à la dialyse en centre, d'HAD et des cliniques privées n'ayant pas signé de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens actuellement suivies dans l'agrégat ONDAM « cliniques privées hors OQN » sont intégrées dans l'objectif de dépenses MCO.
- ✓ Les dépenses de médicaments (principalement chimiothérapies en hospitalisation de jour) et de dispositifs médicaux facturables en sus des tarifs de prestation par les cliniques, dépenses actuellement suivies respectivement dans l'enveloppe soins de ville et dans l'OQN sont réintégrées dans l'objectif de dépenses MCO.
- ✓ Les honoraires des praticiens libéraux restent en dehors de l'objectif de dépenses MCO ainsi que ceux générés par l'exercice libéral des praticiens hospitaliers.
- ✓ Il existe une possibilité de fongibilité entre enveloppe MCO et enveloppes autres activités en cas de changement de champ d'un établissement.

Les modalités de la régulation :



II- Le contenu des enveloppes et objectifs

1- L'OBJECTIF DE DEPENSES MCO

Sont suivies dans cet objectif les **facturations des établissements MCO** (disposant d'une autorisation de médecine, chirurgie ou obstétrique) à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO) est commun aux établissements de santé publics et privés. Il regroupe :

- ✓ Les GHS (y compris les prestations dialyse et IVG)
- ✓ Les forfaits techniques²¹ scanner, IRM, PET-Scan (à créer) et caisson hyperbare (à créer)
- ✓ Le forfait de passage aux urgences
- ✓ Les forfaits annuels (urgences et prélèvements d'organes)
- ✓ Les actes et consultations externes (**SECTEUR PUBLIC ET PSPH**)
- ✓ L'hospitalisation à domicile.
- ✓ Les suppléments journaliers (extrêmes hauts des GHS, réanimation)
- ✓ Les médicaments et DM coûteux payés en sus

Le contenu de l'ODMCO est fixé par décret.

Remarque : le critère qui fonde l'imputation d'une dépense sur l'objectif MCO reste, comme aujourd'hui, le statut du générateur de la dépense (ici, les établissements de santé publics et privés).

²¹ **SECTEUR PRIVE** Uniquement lorsque la facturation figure en partie haute du bordereau 615, c'est à dire quand l'équipement appartient à l'établissement de santé.

2- L'ENVELOPPE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL ET D'AIDE A LA CONTRACTUALISATION (MIGAC)

S'imputent sur cette enveloppe, les dépenses supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) suivantes :

- ✓ Missions d'intérêt général rattachables à l'activité MCO, et en particulier l'Enseignement, la Recherche, l'Innovation et le rôle de Recours ;
- ✓ Allocations de ressources contractualisées : qualité, mise en œuvre du SROS (sites isolés, accueil de populations spécifiques, notamment des populations précaires ...).

La liste des missions d'intérêt général susceptibles de donner lieu à l'attribution de crédits issus de l'enveloppe MIGAC est fixée par décret.²²

III- Le rôle des acteurs nationaux et régionaux

1- LE NIVEAU NATIONAL

Au niveau national, est tout d'abord opérée la **répartition des ressources entre l'objectif de dépenses MCO et l'enveloppe MIGAC**.

- **l'enveloppe MIGAC**

Le montant de l'enveloppe MIGAC est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans un délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans les 15 jours qui suivent la publication de cet arrêté, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la répartition de cette dotation entre les régions.

Le sous-ensemble « Enseignement, Recherche, Innovation et rôle de Recours » est réparti en fonction de règles précises spécifiques.

- **L'objectif de dépenses MCO**

Le taux d'évolution

L'objectif de dépenses MCO est un sous ensemble de l'ONDAM fixé en tenant compte des **prévisions d'évolution des coûts hospitaliers** et des **prévisions de croissance d'activité**. Il prend en compte les éventuels changements de régime de financement d'établissements consécutifs notamment à un changement de nature des autorisations d'activité.

Le montant de l'objectif est fixé chaque année, par un arrêté signé des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, et du budget, dans un délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le **taux d'augmentation moyen des tarifs applicables aux établissements** est fixé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée, dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté fixant l'objectif de dépenses

²² Après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

MCO. Il se déduit du taux d'évolution de l'objectif en tenant compte des réalisations de l'année précédente et des prévisions de croissance d'activité pour l'année.

Ce taux est ensuite, le cas échéant, modulé entre les secteurs publics et privés ainsi que selon les GHS, prestations, forfaits et suppléments journaliers.

SECTEUR PRIVE

L'hypothèse relative à la croissance de l'activité impacte la totalité de la facturation des GHS et des prestations des établissements privés.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

L'hypothèse relative à la croissance de l'activité impacte seulement une partie des ressources (10% par exemple au début) des établissements publics et PSPH, compte tenu du fait que l'autre partie de la ressource est allouée sous la forme d'une dotation annuelle complémentaire (90% en 2004 – Cf. *infra*).

Le calcul des tarifs de l'année N

L'application de ces taux aux tarifs N-1 permet de calculer les **tarifs nationaux de l'année N** par GHS, prestations, forfaits et suppléments journaliers pour chacun des secteurs public et privé²³.

Chaque année, dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté fixant le montant de l'ODMCO, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine, au sein de l'ODMCO, d'une part le montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des tarifs de responsabilité des médicaments et dispositifs médicaux remboursables en sus des tarifs de GHS et, d'autre part, le montant annuel des autres charges supportées par ces régimes.

Cet arrêté fixe également :

- les tarifs nationaux des prestations
- les montants des forfaits annuels
- le cas échéant, à titre exceptionnel, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus.

Ces éléments prennent effet à compter du 1^{er} mars de l'année en cours.

La notification des coefficients

SECTEUR PRIVE

En outre, sont notifiés aux ARH, pour les établissements privés, leur **objectif de convergence des tarifs** sous la forme d'un **coefficient de transition moyen régional** correspondant au taux moyen à appliquer aux tarifs GHS des établissements de la région et d'un objectif de réduction de la dispersion des coefficients de transition.

Pour les établissements publics et privés, les ARH se voient également notifiées, le cas échéant, les **coefficients correcteurs géographiques** applicables, à titre exceptionnel, à certaines zones du territoire.

Les coefficients correcteurs géographiques font partie des paramètres fixés par l'arrêté pris dans les 15 jours suivant l'arrêté déterminant le montant de l'ODMCO.

²³ Cette disposition renvoie à la fixation de deux barèmes de tarifs, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous DG et intégrant notamment les rémunérations des personnels médicaux et l'autre applicable aux cliniques privées sous OQN excluant la rémunération des praticiens financés à l'acte. Il est toutefois envisagé de faire converger ces barèmes pour obtenir à terme un seul et unique barème de tarifs recouvrant des charges identiques.

La notification des dotations annuelles complémentaires régionales (secteur public et PSPH)

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour les établissements publics et PSPH, la répartition régionale de l'enveloppe des dotations annuelles complémentaires (part forfaitaire des ressources) est également notifiée aux ARH. Cette répartition est opérée de façon proportionnelle (sans péréquation) à la répartition régionale des dépenses MCO.

Le montant total des dotations annuelles complémentaires et sa répartition régionale sont fixés par arrêté.

2- LE NIVEAU REGIONAL

La notification de l'enveloppe MIGAC de l'établissement

L'ARH alloue aux établissements publics et privés une **enveloppe MIGAC** dans le cadre de sa politique de contractualisation définie en COMEX.

Elle se fonde, pour ce faire, sur les missions d'intérêt général et des objectifs et orientations prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de l'état d'avancement de leur réalisation.

Le montant de la dotation est fixé par un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou à l'engagement contractuel spécifique.

La notification des tarifs de GHS applicables à l'établissement

L'ARH notifie également à chaque établissement **les tarifs de GHS** qui lui sont applicables.

SECTEUR PRIVE

Pour les établissements privés, le tarif applicable est égal au tarif national corrigé du **coefficient propre de l'établissement**.

Ce coefficient est mis à jour par l'ARH en fonction des coefficients géographique et de transition qui lui ont été notifiés.

Dans la limite du respect de ces taux moyens et de l'écart-type qui lui ont été notifiés, l'ARH peut moduler l'évolution de ces coefficients entre les établissements. Les règles et les critères qui président à ces modulations sont arrêtées par le DARH. Le coefficient correcteur de haute technicité ne fait en revanche pas l'objet d'une mise à jour, sauf en cas de modification du classement de l'établissement.

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

Pour les établissements publics et PSPH, le tarif applicable est égal au tarif national, exceptionnellement corrigé du **coefficient correcteur géographique**.

La dotation annuelle complémentaire (part forfaitaire des ressources) de chaque établissement est au moins égale à un pourcentage²⁴ de sa dotation MCO de l'année précédente (hors médicaments et prothèses facturables en sus), dans la limite de la dotation régionale.

²⁴ Le pourcentage est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'acte juridique formel

La dotation annuelle complémentaire (établissements publics et PSPH) et le montant des forfaits annuels sont fixés par le **directeur de l'ARH**. Les coefficients correcteurs applicables à chaque établissement (secteur privé) ainsi que le montant de l'enveloppe MIGAC sont fixés par **avenant au contrat d'objectifs et de moyens** s'il existe ou par un engagement contractuel entre l'établissement et l'ARH.

3- LA REGULATION

L'enveloppe MIGAC

Par construction, **l'enveloppe MIGAC** ne peut pas être dépassée.

L'objectif de dépenses MCO

L'enveloppe MCO comprend l'ensemble des dépenses hospitalières du secteur public et PSPH (part forfaitaire des ressources et part financée à l'activité) et l'ensemble des dépenses du secteur privé.

Un dispositif de suivi infra annuel de l'évolution des dépenses permet, en cas d'évolution plus rapide de l'activité (constatée en fin de premier trimestre de l'année N) que celle prévue au moment de la construction des tarifs de l'année N, ou au cas où le constat définitif des dépenses de l'année N-1 se révèle supérieur à celui qui a été pris en compte au moment de la construction des tarifs de l'année N, de prendre des **mesures d'ajustement des tarifs de l'année N** (tarifs des GHS et prestations, et tarifs de responsabilité des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus) **afin de garantir le respect de l'objectif de dépenses**.

En cas de **dépassement constaté en fin d'exercice N** son montant vient **réduire la marge de manœuvre disponible pour financer l'augmentation des tarifs** (tarifs des GHS et prestations, et forfaits annuels) **pour l'année N+1**.

Pour assurer ce suivi des dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) communique chaque année, au plus tard le 31 décembre à l'Etat, aux ARH et aux fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée, l'état provisoire des dépenses et sa répartition, par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité.

Cet état distingue en outre les dépenses selon qu'elles sont consécutives à la facturation de certains médicaments et des produits et prestations (par exemple les prothèses internes) ou à la facturation des tarifs des prestations et au versement des forfaits annuels.

Elle communique aux mêmes destinataires, avant le 31 mai de l'année en cours, l'état définitif des dépenses ainsi que l'état des dépenses du premier trimestre de l'année en cours.

4^{EME} PARTIE

Les modalités d'allocation des ressources aux établissements du **SECTEUR PUBLIC ET PSPH**

Le passage à la tarification à l'activité induit dans le champ des établissements publics et PSPH des changements importants dans les modalités de détermination des ressources, dans les procédures budgétaires et comptables et dans les circuits d'information et de traitement des données.

Il n'est techniquement pas possible d'opérer l'ensemble des changements requis sur le seul exercice 2004.

Une mise en œuvre progressive en 3 étapes

C'est pourquoi, le schéma proposé repose sur la mise en œuvre de **trois étapes successives**.

La première, opérée **en 2004**, maintient le cadre budgétaire et comptable actuel. En revanche, les budgets sont déterminés et ajustés selon les modalités d'application de la tarification à l'activité décrites ci-dessous (prise en compte de l'activité mesurée par le PMSI).

La deuxième étape, opérée **en 2005**, (en pratique dès septembre 2004 avec la préparation budgétaire) voit la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements, qui pourrait être celle de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Les recettes liées à l'activité sortent du cadre de financement par la dotation globale. En revanche, pour des raisons de faisabilité technique, les données relatives à l'activité et aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus transitent par les ARH, qui notifient ensuite à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre.

Enfin, la troisième étape, **prévue pour 2006**, plus strictement technique, permet aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

Le passage à la T2A en 3 étapes

Années	Régime budgétaire et comptable	Recettes à l'activité	Modalités de financement de la part activité
2004	Maintien du dispositif actuel	10% (exemple)	DGF
2005	EPRD	20% (exemple)	Versement globalisé des recettes
2006	EPRD	30% (exemple)	Facturation directe à l'Assurance Maladie

I- Le dispositif transitoire pour l'année 2004

Le dispositif transitoire impose une modification importante des textes législatifs et réglementaires concernant notamment l'organisation budgétaire (présentation des budgets, modalités d'approbation et nouvelle nature des recettes).

Les délais disponibles ne permettent pas de mettre en œuvre ce nouveau dispositif pour le 1^{er} janvier 2004.

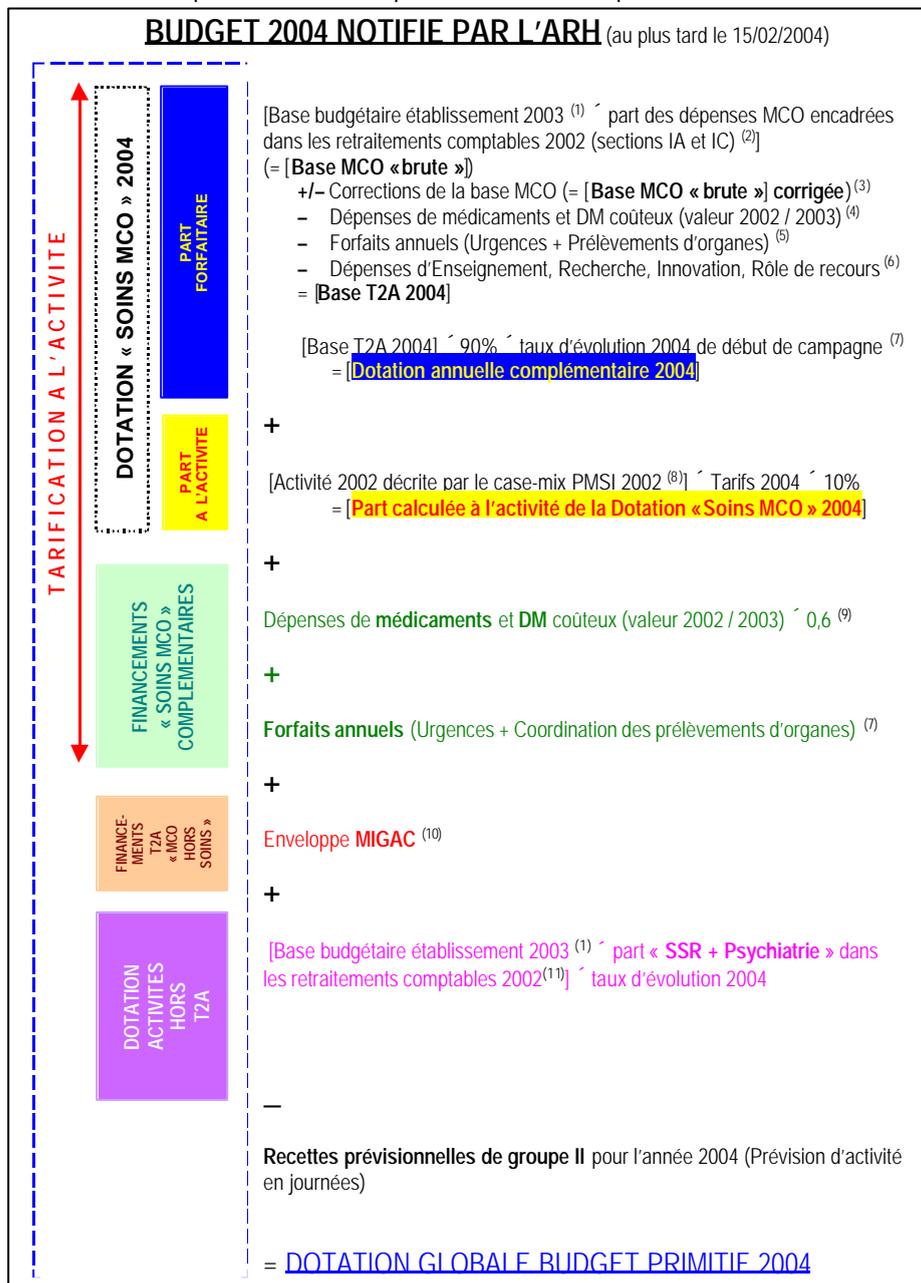
L'allocation des ressources en 2004 sera donc gérée **dans le cadre de la réglementation actuelle de la dotation globale**.

1- LA DETERMINATION DU BP 2004

Le dispositif transitoire 2004 prend en compte le dispositif retenu pour lisser dans le temps les effets revenus induits par la T2A : il instaure une « garantie²⁵ » de X % (90 % pour 2004) des ressources liées à l'activité MCO, sous la forme d'une « dotation annuelle complémentaire »

La **base à laquelle s'applique le pourcentage** est égale à la part MCO (issue des sections IA et IC des retraitements comptables de l'année 2002) de la somme des crédits reconductibles notifiés pour l'année 2003, majorée de la part MCO des frais de structure (charges affectées à la section 3 dans les retraitements comptables de l'année 2002), puis minorée des dépenses facturables en sus (médicaments et prothèses), des dépenses liées à l'enseignement, la recherche, l'innovation et le rôle de recours (pour les établissements concernés) et des forfaits annuels (urgences et coordination des prélèvements d'organes), le cas échéant.

L'ARH calcule donc la part MCO des dépenses encadrées pour 2004 de la façon suivante :



²⁵ A périmètre d'activité constant, la base à laquelle s'applique le pourcentage garanti pouvant être revue à la hausse ou à la baisse en cas de création ou suppression de capacités.

NOTES :

- (1) [*Base budgétaire établissement 2003*] = Somme des crédits reconductibles notifiés par l'ARH en 2003.
A noter que cette base budgétaire intègre les charges de structures.
D'autre part, les dispositions retenues pour le secteur « public et PSPH » en 2004 concernant l'Hospitalisation à Domicile (HAD), qui consistent à laisser provisoirement cette activité en dehors de la tarification à l'activité tout en autorisant, dès 2004, la « facturation » des médicaments payés en sus, pourront conduire à isoler une partie des charges de l'HAD en dehors du champ d'application de la réforme. Ces charges se retrouveront alors la dotation des activités hors T2A.
- (2) [*Part des dépenses MCO encadrées dans les retraitements comptables 2002 (sections IA et IC)*] : Ce pourcentage est calculé de la manière suivante : (sections 1A + 1 C) / (total des charges – section 3). Il s'agit de rapporter les charges MCO à un total de charges minoré des charges de structure identifiées par la section 3.
Les *charges de structure*, intégrées à la base budgétaire de départ — Cf. (1) —, sont donc évaluées, pour chaque partie de l'activité (« MCO », « SSR + Psychiatrie », « Autres activités »), par application à la base budgétaire de départ, du pourcentage que cette activité représente au sein des retraitements comptables 2002 (même principe de calcul que celui présenté pour l'activité « MCO »).
- (3) [*Base MCO « brute » corrigée*] : Deux cas peuvent être distingués :
✓ la base peut être corrigée, d'une part, de certaines charges (crédits reconductibles) qui figurent dans la section 1A des retraitements comptables mais qui font partie de l'enveloppe MIGAC dans la tarification à l'activité (Exemple : crédits reconductibles attribués pour les tumorothèques). Ces charges sont débasées mais sont, par la suite, ré-allouées pour un montant identique au sein de l'enveloppe MIGAC.
✓ la base peut être corrigée, d'autre part, en fonction de modifications connues ou prévisibles de l'offre de soins assurée par l'établissement. (Exemple : fermeture d'un service). La base doit être ajustée en conséquence de la création ou de la suppression d'une activité en 2004.
En pratique, certaines corrections pourront intervenir sur la base budgétaire totale (1) directement, donc avant le calcul de la base MCO (Exemple : crédits Hôpital 2007 intégrés à la DG en 2003).
- (4) [*Dépenses de médicaments et DM coûteux*] : elles sont évaluées à partir d'une enquête exhaustive prenant en compte les consommations de l'année 2002 et les prévisions de consommation de l'année 2003.
- (5) Le cas échéant.
- (6) Le cas échéant. [*Dépenses d'Enseignement, Recherche, Innovation et Rôle de recours*] : le montant débasé de la Base MCO « brute » est ensuite re-alloué, pour un montant rigoureusement identique, dans l'enveloppe MIGAC.
- (7) [*Taux d'évolution 2004 de début de campagne*] = Afin de faciliter les ajustements budgétaires infra-annuels et pour éviter des décisions modificatives négatives, le taux d'évolution appliqué à la part forfaitaire est inférieur au taux notifié à l'ARH en début de campagne.
- (8) [*Activité 2002 décrite par le case-mix PMSI 2002*] : En réalité, il s'agit de prendre en compte toutes les données d'activité nécessaires pour ce calcul, qui ne se limitent pas aux données issues du PMSI. A ces dernières s'ajoutent, en effet, l'ensemble des éléments qui permettent la facturation des activités non décrites par les GHS. Le case-mix PMSI 2002, et dans une certaine mesure, les autres éléments d'activité, peuvent être corrigés en fonction de modifications connues ou prévisibles de l'offre de soins assurée par l'établissement (Exemple : ouverture ou fermeture d'un service).
- (9) [*Dépenses de médicaments et DM coûteux (valeur 2003) X 0,6*] = Afin de faciliter les ajustements budgétaires infra annuels et pour éviter des décisions modificatives négatives, les dépenses de médicaments et de DMI coûteux sont affectées d'un coefficient de 0,6 en début de campagne.
- (10) Le cas échéant. L'enveloppe MIGAC n'existe pas juridiquement en 2004. Elle est donc le résultat d'une construction par regroupement de charges. Elle comprend ainsi, outre le montant retenu au titre des dépenses liées aux missions d'Enseignement, Recherche, Innovation et Rôle de recours (qui sont isolées de la base MCO « brute »), un certain nombre de dépenses issues de la section 2 des retraitements comptables 2002 (SAMU - Centre 15, instituts de formation, CDAG, etc.)
- (11) Même méthode de calcul que pour la part des dépenses MCO - Cf. Note (2).

Remarques

L'ARH notifie les budgets hospitaliers dans le respect de sa dotation régionale initiale.

Afin de faciliter les ajustements budgétaires infra-annuels et pour éviter des décisions modificatives négatives, le taux d'évolution appliqué à la part garantie est inférieur au taux notifié à l'ARH en début d'année.

Pour la même raison, la dépense de médicaments et de dispositifs médicaux facturables en sus est fixée au BP, par précaution, comme étant égale à la dépense 2002, corrigée des prévisions pour l'année 2003, affectée d'un coefficient de 0,6. En contre partie, un ajustement budgétaire doit intervenir dès la fin du premier semestre pour allouer les crédits nécessaires au vu de la consommation des premiers mois de l'année 2004.

2- L'AJUSTEMENT INFRA ANNUEL DES BUDGETS

La transmission des données d'activité à l'ARH

Les établissements transmettent **tous les trimestres** à l'ARH leurs données d'activité et leurs dépenses de médicaments et DM coûteux selon le calendrier suivant :

- 30 avril 2004 :	1 ^{er} trimestre		- 31 octobre 2004 :	3 ^{ème} trimestre
- 31 juillet 2004 :	2 ^{ème} trimestre		- 31 janvier 2005 :	4 ^{ème} trimestre

Les données d'activité d'un trimestre non transmises dans les délais seront adressées par l'établissement lors de la transmission des données d'activité du trimestre suivant.²⁶

Les données d'activité complètes et définitives de l'année N devront être transmises par l'établissement au plus tard le 1^{er} mars de l'année N+1.

Dès lors que l'analyse des données transmises fait apparaître une progression de l'activité ou de la dépense de médicaments et DM coûteux supérieure à celle inscrite au BP, l'établissement soumet à l'approbation de l'ARH une **décision modificative (DM)**.

La première Décision Modificative (DM1)

A ce titre, une première DM (DM1) peut intervenir en juillet 2004 pour actualiser les ressources allouées au titre de l'activité sur la base des données PMSI de l'année 2003 qui, sauf cas particulier, peuvent être considérées comme intermédiaires entre l'activité 2002 prise en compte au BP et l'activité réelle 2004.

De manière exceptionnelle, un ajustement de la dotation annuelle complémentaire est possible, si les données d'activité de l'année 2003 définitives l'exigent.

DECISION MODIFICATIVE 1

(à partir du 30 juin 2004)

Ajustement de la dotation annuelle complémentaire (le cas échéant) ⁽¹⁾

+

[(**Activité 2003** décrite par le case-mix PMSI 2003 ´ Tarifs 2004) – (Activité 2002 décrite par le case mix PMSI 2002 ´ Tarifs 2004)] ´ 10%

+

Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux estimées pour 2004 (extrapolation) au vu des dépenses réalisées depuis le début de l'année 2004⁽³⁾ – Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux prévues au BP 2004

+

Mesures de mi-campagne, concernant :

- les MIGAC (Champ de la T2A)
- les mesures relatives aux « autres activités » (Hors T2A)

–

Ecart d'actualisation lié au nouveau calcul des **Recettes prévisionnelles de groupe II** (le cas échéant)

= MAJORATION DOTATION GLOBALE DM1 2004

²⁶ Pour cette raison, et pour ne pas risquer de doubles comptes, il sera demandé à l'établissement de renvoyer, à chaque transmission trimestrielle, la totalité des séjours réalisés depuis le 1^{er} janvier de l'année.

La deuxième Décision Modificative (DM2)

Une deuxième DM (DM2) prenant en compte les résultats d'activité du premier semestre 2004 ainsi que les données relatives à la consommation de médicaments et DM coûteux peut ensuite intervenir au mois d'octobre 2004.

DECISION MODIFICATIVE 2(à partir du 1^{er} octobre 2004)

[(**Activité 2004 estimée** par extrapolation du case-mix PMSI 2004 réalisé ⁽²⁾ ´ Tarifs 2004) – (Activité 2003 décrite par le case mix PMSI 2003 ´ Tarifs 2004)] ´ 10%

+

Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux estimées pour 2004 (extrapolation) au vu des dépenses réalisées depuis le début de l'année 2004 ⁽³⁾ – Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux prévues à la DM1 2004

+

Mesures de fin de campagne, concernant :

- les MIGAC (Champ de la T2A)
- les mesures relatives aux « autres activités » (Hors T2A)

–

Ecart d'actualisation lié au nouveau calcul des **Recettes prévisionnelles de groupe II** (le cas échéant)

= MAJORATION DOTATION GLOBALE DM2 2004

La dernière Décision Modificative (DM3)

Une dernière DM (DM3) d'ajustement budgétaire à la progression de l'activité pourra être arrêtée, en accord avec les régimes d'assurance maladie gestionnaires de caisses pivots, au plus tard en janvier 2005.

Elle prendra en compte une prévision d'activité annuelle fondée sur les données des neuf premiers mois de l'année 2004. Elle pourra également procéder à un nouvel ajustement sur les dépenses de médicaments et DM coûteux.

DECISION MODIFICATIVE D'AJUSTEMENT BUDGETAIRE (DECISION MODIFICATIVE 3)

(au plus tard le 31 janvier 2005)

[(**Activité 2004 estimée** par extrapolation du case-mix PMSI 2004 réalisé ⁽²⁾ ´ Tarifs 2004) – (Activité 2004 constatée par la DM2 ´ Tarifs 2004)] ´ 10%

+

Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux réalisées en 2004 – Dépenses de médicaments et DMI coûteux prévues à la DM2

+

Mesures de clôture, concernant :

- les MIGAC (Champ de la T2A)
- les mesures relatives aux « autres activités » (Hors T2A)

–

Ecart d'actualisation lié au nouveau calcul des **Recettes de groupe II** (le cas échéant)

= MAJORATION DOTATION GLOBALE DM3 2004 (Compte Administratif 2004)

Précisions valables pour les trois DMNOTES :

- (1) *Ajustement de la dotation annuelle complémentaire* : Compte-tenu des données définitives de l'activité réalisée en 2003, la [Base T2A 2004] pourra être corrigée, si nécessaire, en milieu d'année 2004. Ce pourrait, notamment, être le cas si les dépenses de médicaments et DM coûteux effectivement réalisées en 2003 s'écartent sensiblement des projections intégrées au moment de la notification du budget par l'ARH. L'ajustement pris en compte sera calculé de la manière suivante : *Ajustement de la dotation annuelle forfaitaire complémentaire* = ([Base T2A 2004 corrigée] ´ 90% ´ taux d'évolution 2004 de début de campagne) – ([Base T2A 2004] ´ 90% ´ taux d'évolution 2004 de début de campagne).
- (2) [*Activité 2004 par extrapolation du case mix PMSI 2004 réalisé*] = Evaluation de l'activité 2004 à partir des données du PMSI 2004 disponibles au jour de la DM et par extrapolation sur les mois de l'année 2004 restants (prévision d'activité).
- (3) [*Dépenses annuelles de médicaments et DMI coûteux estimées pour 2004 (extrapolation) au vu des dépenses réalisées depuis le début de l'année 2004*] = Evaluation des dépenses de l'année 2004 à partir des données disponibles au jour de la DM et par extrapolation sur les mois de l'année 2004 restants (prévision d'activité).

3- LA PRISE EN COMPTE DES RESULTATS DEFINITIFS

Le **constat définitif** de l'activité et des dépenses réelles de l'année 2004 ne pourra être réalisé qu'à la **fin du premier trimestre 2005**, au-delà des délais permis par la journée complémentaire pour une prise en compte dans le compte administratif 2004.

Dès lors, l'écart entre la prévision d'activité prise en compte en novembre ou décembre 2004 pour fonder la DM d'ajustement budgétaire (DM3) et la réalisation 2004, ainsi que l'écart entre les dépenses de médicaments et DM coûteux inscrits au budget 2004 par cette même DM (DM3) et la dépense réelle donneront lieu à une **procédure d'ajustement par majoration ou minoration des recettes 2005**.

II- Le dispositif transitoire pour l'année 2005

La tarification à l'activité repose sur un dispositif de facturation des séjours directement aux organismes d'assurance maladie.

L'ampleur des modifications organisationnelles et informatiques (systèmes d'information) à apporter au système actuel interdit cependant d'envisager de mettre en œuvre dès le début de l'application de la T2A un dispositif de facturation directe aux caisses d'assurance maladie.

C'est pourquoi, il est nécessaire de concevoir un **dispositif transitoire** qui ne remette en cause ni les circuits d'échange d'information entre les caisses et les établissements ni les circuits de facturation aux patients et aux organismes complémentaires.

La solution retenue pour l'année 2005 est donc de maintenir un circuit de **transmission des données d'activité à l'ARH**, sur la base desquelles celle-ci notifie à la caisse pivot de l'établissement le montant de recettes à allouer.

Ce dispositif transitoire 2005 prend en compte le dispositif retenu, pour lisser dans le temps les effets revenus induits par la T2A : il applique, comme en 2004, le principe d'une « garantie²⁷ » de X % (par exemple 80 %) des ressources liées à l'activité MCO, sous la forme d'une « dotation annuelle complémentaire ».

1- LA DETERMINATION DU BUDGET EN 2005

La part garantie des recettes MCO

La **base** à laquelle s'applique le pourcentage de ressource forfaitaire est égale à la «base T2A 2004 »²⁸ majorée du taux d'évolution constaté à l'issue de la campagne budgétaire 2004.

Le résultat obtenu, exprimé en dépenses encadrées, est ensuite minoré des recettes de groupe 2 rattachables à l'activité MCO pour obtenir un montant de charges financé par les seuls régimes obligatoires d'assurance maladie.

En appliquant à ce dernier résultat le pourcentage de ressource forfaitaire, puis le taux d'évolution retenu dans le cadre de la campagne budgétaire de l'année, on obtient la **recette MCO garantie** à laquelle il convient d'ajouter les éventuels crédits de l'enveloppe MIGAC et ceux issus des forfaits annuels (urgences et coordination des prélèvements d'organes), le cas échéant.

Calcul de la part garantie en 2005 : exemple à 80%

$$\begin{aligned}
 & [(\text{« Base T2A 2004 »}^{15}) \times \text{taux d'évolution de fin de campagne budgétaire 2004}]^{29} \\
 & \times \\
 & 0,8 \\
 & = \\
 & [\text{Base de dépenses MCO garantie en 2005}] \\
 & - \\
 & \text{Recettes de groupe 2 rattachables à l'activité MCO} \times 0,8 \\
 & = \\
 & [\text{Base de dépenses MCO financées par les régimes obligatoires d'assurance} \\
 & \text{maladie}] \\
 & \times \\
 & 1 + \text{taux d'évolution retenu pour la campagne budgétaire 2005} \\
 & + \\
 & \text{Enveloppe MIGAC pour l'année 2005 (le cas échéant)} \\
 & + \\
 & \text{Forfaits annuels (urgences et PO) pour l'année 2005 (le cas échéant)} \\
 & = \\
 & \underline{\underline{\text{Recettes MCO garanties année 2005}}}
 \end{aligned}$$

La part des recettes MCO liée à l'activité

La part des ressources liées à l'activité $([100 - X] \%$, par exemple 20 %) est calculée sur la base des données d'activité transmises par l'établissement : GHS, suppléments journaliers, consultations externes, forfaits techniques (actes externes) et passages aux urgences et les prélèvements d'organes

Le financement de ces éléments repose donc sur **un relevé d'activité PMSI (case-mix) valorisé au tarif défini** (0,2 x tarif national, dans l'hypothèse 80 / 20). Ce tarif ne couvre que la part du coût du GHS

²⁷ A périmètre d'activité constant, la base à laquelle s'applique le pourcentage garanti pouvant être revue à la hausse ou à la baisse en cas de création ou suppression de capacités.

²⁸ Agrégat appelé « Base T2A 2004 » dans le BP 2004 (Cf. *supra*), équivalent à une « Base MCO 2003 ».

²⁹ Ce nouvel agrégat constitue la « Base T2A 2005 ».

opposable à l'assurance maladie, déduction faite là aussi des autres financements. A ce financement s'ajoute également celui des **médicaments et dispositifs médicaux coûteux payés en sus** (déduction faite de la part financée par le biais des tarifs de prestation).

Les recettes de groupe II

A titre transitoire, afin de faciliter la prise en compte de la réforme par les organismes d'assurance maladie complémentaire, le calcul du ticket modérateur reste assis, pour l'année 2005, sur des tarifs de prestations déterminés selon les modalités antérieures à la présente loi (c'est à dire sous la forme de prix de journée). L'établissement poursuit donc parallèlement sa facturation aux organismes d'assurance maladie complémentaires sur la base d'un tarif journalier.

Compte tenu du nouveau dispositif de détermination des recettes des établissements, il n'y a plus de mécanisme de compensation des plus ou moins values de recettes de groupe II.

2- LA TRANSMISSION DES DONNEES D'ACTIVITE

Les données d'activité à transmettre

Les modalités prévues pour l'année 2004 restent valables pour 2005 : les établissements transmettent dans un délai d'un mois après la fin de chaque trimestre leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations et actes externes, à l'hospitalisation à domicile, à l'accueil et au traitement des urgences, aux prélèvements d'organes, ainsi que la consommation des médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ces informations sont également adressées à la caisse pivot dont dépend l'établissement.

La part facturable de l'activité est donc calculée sur la production réelle de l'établissement.

Le contrôle et la valorisation des données d'activité

L'ARH effectue les **contrôles qualité** et valorise ces données d'activité selon les modalités retenues dans le modèle de financement de la tarification à l'activité.

Les séjours (GHS) — y compris les suppléments facturables à la journée, relatifs aux séjours extrêmes et à la nature de l'activité (soins palliatifs, réanimation,...)³⁰ —, les consultations et actes externes, l'hospitalisation à domicile et les passages aux urgences sont valorisés à hauteur de (100 - X) % (par exemple 20 %) du tarif national.

Les consommations de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus sont valorisés à hauteur de 100% (ou d'un taux minoré, compris entre 100% et 70%)³¹ du tarif de responsabilité. Le tarif par donneur rémunérant l'activité de prélèvements d'organes est également facturé à 100% à l'activité.

L'établissement adresse en outre un état issu des informations séjours permettant d'assurer un **contrôle global des données d'activités transmises**.

Les données concernant les médicaments et DM coûteux

Pour les **médicaments et DM coûteux** payés en sus, il n'est pas possible qu'en 2005 toutes les prescriptions concernées puissent être rattachées aux séjours.

³⁰ Les suppléments facturables à la journée, relatifs aux séjours extrêmes et à la nature de l'activité (soins palliatifs, réanimation,...) sont comptabilisés et valorisés sur la base des informations contenues dans les RSA.

³¹ Cf. *supra*.

Dès lors c'est une information agrégée qui est transmise à l'ARH sous forme d'un fichier des consommations de médicaments coûteux et prothèses en MCO.

Ces consommations devront être exprimées en quantités et en montants.

Dès lors que ces médicaments et prothèses sont délivrés dans le cadre de séjours faisant l'objet d'une facturation du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers, leur facturation doit être établie sur la base d'un tarif de responsabilité minoré du ticket modérateur moyen applicable à l'établissement.

Les données de l'activité externe et des IVG

L'**activité externe** (y compris les forfaits techniques et les passages aux urgences) ainsi que le décompte des **IVG** sont transmis dans des conditions équivalentes à celles actuellement pratiquées (FICHSUP) mais selon un échéancier trimestriel.

Les données exprimées en lettres clés sont valorisées pour $(100 - X) \%$ (par exemple 20 %) de la valeur NGAP réelle, déduction faite du ticket modérateur moyen; les $X \%$ (par exemple 80 %) complémentaires sont déjà financés par la dotation annuelle complémentaire.

3- LES PROCEDURES BUDGETAIRES ET COMPTABLES

La notification du budget par l'ARH

En début d'exercice N, l'**ARH** fixe, avec un taux d'évolution pouvant être partiellement modulé, la **dotation annuelle complémentaire allouée à l'établissement**, égale à $X \%$ (par exemple 80 % en 2005) de la base budgétaire MCO utilisée pour le calcul du budget 2004 (« Base T2A 2004 »), actualisée du taux d'évolution de fin campagne budgétaire³², le montant des recettes correspondant aux autres financements forfaitaires issus de la tarification à l'activité, et arrête les tarifs journaliers nécessaires à la facturation du ticket modérateur.

La **part des recettes prévisionnelles** liée à la facturation de l'activité MCO (par exemple 20 %) est inscrite au budget de l'établissement mais ne fait pas l'objet d'une approbation expresse.

L'ARH peut formuler des **observations** si elle juge les **prévisions de recettes** sur ou sous évaluées.

Une nouvelle procédure budgétaire

Cette procédure budgétaire implique de modifier le régime budgétaire et comptable des établissements pour remplacer la notion du budget limitatif par un dispositif du type Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Remarque : L'activité du 4^{ème} trimestre, dont la valorisation ne pourra intervenir que dans le courant du 1^{er} trimestre n+1, nécessite que les comptes soient arrêtés sur des prévisions de recettes attendues et qu'une régularisation intervienne sur l'exercice N+1.

La fixation des tarifs journaliers

Parallèlement, l'ARH arrête les tarifs journaliers sur la base des tarifs moyens appliqués en N1 majorés du taux d'évolution des tarifs des GHS de l'année N.

³² A périmètre d'activité constant, la base à laquelle s'applique le pourcentage garanti pouvant être revue à la hausse ou à la baisse en cas de création ou suppression de capacités.

4- LA GESTION DE LA TRESORERIE

Pour tenir compte des délais nécessaires à la production de l'information sur l'activité réalisée et pour soutenir la trésorerie des établissements, la caisse pivot verse, chaque mois, dans l'attente de la valorisation effective du 1^{er} trimestre d'activité MCO et pour une durée qui ne peut excéder 6 mois, **une dotation mensuelle** correspondant au 1/12^e du total des ressources garanties (80 % MCO et financements forfaitaires) et fait l'avance des 20 % restant. Cette avance est calculée proportionnellement aux 80 % des recettes MCO garanties.

A l'issue de chaque trimestre civil, l'établissement transmet à l'ARH, dans un délai maximum d'un mois, les fichiers relatifs à son activité MCO (GHS), à ses consommations de médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables ainsi qu'à son activité externe.

L'ARH contrôle ces données et valorise l'activité.

Elle transmet l'information, dans un délai de 30 jours, à la caisse d'assurance maladie qui ajuste les versements mensuels suivants en fonction du niveau constaté d'activité et valorisé par l'ARH.

Si un établissement n'a pas transmis ses données d'activité dans le délai maximum imparti d'un mois, l'assurance maladie interrompt le versement de l'avance de trésorerie correspondant aux 20 %.

III- Le dispositif pour l'année 2006

L'étape de l'année 2006 n'apporte aucun changement dans les procédures budgétaires mises en place en 2005.

En revanche, la modification des systèmes de facturation des établissements et de liquidation des caisses permet aux établissements d'**adresser directement leurs éléments de facturation aux caisses d'assurance maladie, sans avoir besoin de les faire transiter par l'ARH.**

5^{EME} PARTIE

Les contrôles et les sanctions

L'objectif du contrôle est double, il vise à :

- repérer des erreurs de codage des données PMSI (RSS) susceptibles d'induire un paiement injustifié par l'assurance maladie,
- s'assurer que les établissements se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité : les données PMSI sont utilisées régionalement et nationalement dans d'autres objectifs que les seuls objectifs financiers (organisation des soins par exemple). Un contrôle de la qualité générale de l'information produite est donc réalisé.

1- L'ORGANISATION TECHNIQUE DU CONTROLE DES DONNEES

Il s'agit d'un contrôle d'initiative régionale, organisé en deux étapes :

- ✓ Un **contrôle automatisé**, destiné à alléger le travail de la tutelle, portant sur tous les établissements de la région, balayant la totalité des informations transmises, mais restant superficiel.
- ✓ Un **contrôle approfondi**, sur site des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région (de sorte que tous les établissements d'une région soient contrôlés selon une périodicité minimale à définir).

Le contrôle automatisé

Le contrôle automatisé repose sur **des utilitaires informatiques** :

- Un utilitaire exploitant les Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) du PMSI, dont une première version test a été diffusée auprès des ARH en juillet 2002. Une version améliorée de cet outil (**DAtIM**³³) est disponible depuis juin 2003. Une version encore améliorée est d'ores et déjà programmée pour 2004.
- Un utilitaire exploitant les données de la liquidation. Cet outil, à développer par l'assurance maladie, a pour objet de dépister des "**atypies de facturation**".

S'agissant de DAtIM, l'outil a été conçu comme un instrument de "ciblage", visant à orienter la tutelle vers les établissements à contrôler en priorité, sans préjuger par ailleurs d'un défaut avéré de qualité des informations PMSI : DAtIM intègre des tests qui procèdent par comparaison statistique entre un comportement moyen (en matière de description d'activité) d'établissements de même nature, et le comportement propre de chaque établissement. Certaines "atypies" observées peuvent ainsi s'avérer totalement justifiées en raison par exemple de recrutements hospitaliers particuliers, et ne pas conduire à l'observation d'erreurs de description.

Le contrôle approfondi

Le contrôle approfondi repose sur **des modalités classiques** : le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au résumé de sortie produit par l'établissement, pour un même séjour.

³³ DAtIM : Dépistage des atypies de l'information médicale (du PMSI)

Ce contrôle est réalisé sur un échantillon de dossiers tiré au sort, relatifs à un secteur d'activité éventuellement ciblé (service, pathologie, plateau technique...).

Dans la logique T2A, le critère de jugement conduisant alors à diagnostiquer l'erreur pour un séjour donné est l'observation de GHM différents lors du groupage du RSS-contrôleur et du RSS-établissement, différence responsable d'une surfacturation initiale en faveur de l'établissement.

Dans la logique "qualité de l'information produite", le critère de jugement est l'observation de GHM différents induisant soit une sous-facturation, soit une surfacturation, soit enfin restant neutre en terme de facturation (GHM différents, mais de tarifs identiques).

En outre, la recherche de qualité peut aller jusqu'à vérifier le respect des "règles de l'art" en termes d'élaboration des RSS (saisie correcte requise de tous les items du RSS, y compris ceux qui n'auraient pas d'influence sur le groupage du séjour concerné).

Enfin, **l'organisation même de la production d'information** ainsi que le **respect du champ du PMSI** pourront faire l'objet du contrôle.

2- LA SANCTION DES ERREURS

Les erreurs induisant un paiement injustifié par l'assurance maladie

Le constat d'une erreur sur RSS entraînant un changement de GHM dans le sens d'une surfacturation conduit à la **récupération de l'indu**.

En outre, le constat d'erreurs préjudiciables à l'assurance maladie (caractère répétitif ou systématique, ampleur de l'indu...) entraîne l'application d'une **pénalité financière**.

Les erreurs affectant la qualité de l'information produite, mais sans conséquence sur le paiement par l'assurance maladie

Dans le cadre des **contrats d'objectifs et de moyens** conclus entre établissements de santé et ARH, l'une des annexes est dédiée à la **qualité de l'information médicalisée produite**. Cette annexe fixe les modalités du contrôle, les engagements de l'établissement en matière de qualité de l'information et les mesures correctives en cas de défaut de qualité observé.

Une gradation dans l'attitude de l'ARH peut être définie (mise en garde, mise en demeure...). En dernier recours, et à défaut de correction respectant les clauses du contrat, l'ARH est autorisée à appliquer une pénalité financière (prévue dans l'annexe). Le contrat est spécifique à chaque établissement, néanmoins, un modèle d'annexe pourra être proposé aux ARH.

Précision

Les erreurs qui ont donné lieu à sanction selon la première modalité (récupération d'indu plus ou moins pénalité financière) ne peuvent donner lieu à sanction selon la seconde modalité (pour défaut de qualité).

6^{EME} PARTIE

Les règles de prise en charge et de détermination du ticket modérateur

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

En 2004 et 2005, les règles de prise en charge et de détermination du ticket modérateur (TM) restent **inchangées**.

Les établissements publics et PSPH continuent, en effet, de facturer les prestations aux régimes complémentaires et aux patients sur la base des tarifs journaliers et de la NGAP.

SECTEUR PRIVE

Si les règles de prise en charge ne sont pas modifiées par la T2A, les règles de détermination du TM sont en revanche impactées, dès 2004, par le **changement d'assiette** consécutif à la suppression des prestations actuelles et à leur remplacement par les GHS.

Les règles qui seront appliquées sont issues du cahier des charges rédigé par la CNAMTS. Elles figurent en ANNEXE 4.

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des forfaits de dialyse

Tarification T2A dialyse			
Dénomination attachée à la prestation	MdT	DMT	Prestation
Hémodialyse en centre	19	796	D01
Hémodialyse en centre pour enfants	19	796	D02
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	19	796	D03
Autodialyse simple	19	796	D04
Autodialyse assistée	19	796	D05
Hémodialyse à domicile	06	796	D06
Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA)	06	796	D07
Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA)	06	796	D08
Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	19	796	D09
Entraînement à la DPA	19	796	D10
Entraînement à la DPCA	19	796	D11

ANNEXE 2***Liste des prestations IVG (codes du secteur privé)***

Facturation T2A IVG			
Dénomination prestation	MdT	DMT	Prestation
IVG instrumentale <12h, accueil et hébergement	23	309	IMD
IVG instrumentale entre 12 et 24h, accueil et hébergement	23	309	IPD
IVG instrumentale 24h supplémentaire, accueil et hébergement	03	309	FJS
IVG médicamenteuse, consultation initiale (myféquine)	07	309	IGM
IVG médicamenteuse, consultation secondaire (prostaglandines) + surveillance	07	309	IGP

ANNEXE 3**Liste des prestations applicables au secteur privé (avant et après T2A)**

Guide de lecture du tableau ci-dessous :

→ **Colonne « TAA » :** « NON » = prestation non impactée par la T2A,
« OUI » = prestation en partie ou totalement intégrée dans les tarifs de GHS

→ **Colonne « DATE FIN » :**

« - » = sans objet pour cette prestation

« NON » = prestation non supprimée car n'étant que partiellement intégrée dans les tarifs de GHS car elle existe, par exemple, en soins de suite ou psychiatrie,

« OUI » = prestation supprimée car étant intégrée complètement dans les tarifs de GHS

CODE	LIBELLE	TAA	DATE FIN
AMD	INTERVENTION + ANESTHESIE DUREE < OU = 12 H	NON	--
AMF	FORFAIT PUBLIC IVG MEDICAMENTEUSE	NON	--
ANP	FORFAIT ACTIVITE NON PROGRAMMEE (accueil/hebergement)	OUI	OUI
APD	INTERVENTION + ANESTHESIE, 24 H > DUREE > 12H	NON	--
ARE N/F	FRAIS D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION (environnement)	OUI	OUI
AS1	FORFAIT HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL GROUPE 1	OUI	NON
AS2	FORFAIT HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL GROUPE 2.	OUI	NON
AS3	FORFAIT HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL 15 %.	OUI	NON
AS4	FORFAIT HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL GROUPE 2 + FA1	OUI	NON
AS5	FORFAIT HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL GROUPE 2 + FA2	OUI	NON
ATU	FORFAIT D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES (urgence et chirurgie ambulatoire)	OUI	NON
ENT	FORFAIT D'ENTREE (hospit. > 24 H)	OUI	NON
FA1	FORFAIT D'ACCUEIL (chirurgie ambulatoire)	OUI	OUI
FA2	FORFAIT D'ACCUEIL (chirurgie ambulatoire)	OUI	OUI
FAU	FORFAIT ANNUEL D'URGENCE (urgence et chirurgie ambulatoire)	OUI	NON
FCO	FORFAIT CONSOMMABLES ONEREUX (CARDIOLOGIE)	OUI	OUI
FE N/F	FRAIS D'ENVIRONNEMENT	OUI	OUI
FFM	FORFAIT FRAIS DE MATERIEL (soins externes)	NON	--
FJA	FORFAIT JOURNALIER DE SORTIE A LA CHARGE DE L'ASSURE	OUI	NON
FJC	FORFAIT JOURNALIER SEUL (dû par un organisme complémentaire)	NON	--
FJL	FORFAIT JOURNALIER SEUL (dû par le régime local Alsace-Moselle)	OUI	NON
FJO	FORFAIT HOSP. TRANSPLANTATION	NON	--
FJR	FORFAIT JOURNALIER DE SORTIE A LA CHARGE DU R.O.	OUI	NON
FJS	HEBERGEMENT > 24H	OUI	NON
FNN	FORFAIT NOUVEAU NE (création arr. 18/02/02)	OUI	OUI
FRL	FORFAIT JOURNALIER DE SORTIE A LA CHARGE DU REGIME ALS-MOS	OUI	NON
FS	FRAIS DE SOINS	OUI	NON
FSE	FORFAIT DE SEANCE	OUI	OUI

CODE	LIBELLE	TAA	DATE FIN
FSG N/F	FRAIS SALLE TRAVAIL ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE OU DISSOCIE	OUI	OUI
FSO N/F	FRAIS DE SALLE D'OPERATION	OUI	OUI
FST N/F	FRAIS SALLE TRAVAIL ACCOUCHEMENT SIMPLE	OUI	OUI
FSY	FRAIS DE SALLE D'OPERATION EN PSYCHIATRIE	NON	--
FTN	FORFAIT TECHNIQUE NORMAL (scannographie/IRMN)	NON	--
FTO	FORFAIT TRANSPLANTATION ORGANE	NON	--
FTR	FORFAIT TECHNIQUE REDUIT (scannographie /IRMN)	NON	--
G1	GROUPE ISO-RESSOURCES 1 (EHPAD)	NON	--
G2	GROUPE ISO-RESSOURCES 2 (EHPAD)	NON	--
G3	GROUPE ISO-RESSOURCES 3 (EHPAD)	NON	--
IMD	FORFAIT INTERVENTION DUREE < OU = 12 H	OUI	NON
IPD	FORFAIT INTERVENTION, 24H > DUREE > 12 H	OUI	NON
PHJ	FORFAIT PHARMACEUTIQUE JOURNALIER	OUI	OUI
PJ	FRAIS DE SEJOUR	OUI	NON
PJC	TICKET MODERATEUR RELATIF AUX FRAIS DE SEJOUR	NON	--
PMS	MAJORATION PMSI	OUI	NON
SCH	SUPPLEMENT CHAMBRE CHAUDE	OUI	OUI
SD	SEANCES DE DIAGNOSTIC	NON	--
SFC	SUPPLEMENT FORFAIT CHIMIOThERAPIE (Traitement et cure amb.)	OUI	OUI
SHO	SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE	OUI	NON
SMU	TRANSPORT PAR SMUR	NON	NON
SNS	FRAIS DE SEANCE DE SOINS	OUI	NON
SSM	SUPPLEMENT POUR SURVEILLANCE MALADE	NON	--
TSG	FRAIS TRANSPORT PRODUITS SANGUINS	NON	OUI*

* Suppression du code Transport de sang.

ANNEXE 4

Règles de détermination du ticket modérateur dans le secteur « privé »

1- Traitement du forfait journalier (FJ)

Il respecte les règles actuelles de calcul et d'imputation selon la mécanique de déduction du séjour dans le cadre d'une hospitalisation privée (compteurs privé/public)

Rappel: s'il est inférieur au montant de Ticket Modérateur (TM), l'assuré règle le montant du TM intégrant celui du FJ.

Les FJ du jour de sortie (FJA/FJR/FRL) font toujours l'objet d'une ligne de facturation spécifique.

2- Transferts inter-établissements

Les règles actuelles (non-facturation de la journée de sortie, exclusion du jour de transfert des contrôles de chevauchement) sont toujours applicables.

Par ailleurs le concept de "lieu d'exécution" apparaît afin de gérer la situation, sur la base d'un support unique de facturation, d'actes effectués par un établissement prestataire pour le compte de l'établissement d'hébergement (plateaux techniques), émetteur de la demande de remboursement.

Remarque :

Cette règle n'est valable qu'en cas d'actes techniques dispensés dans le cadre d'un transfert < 48 h. Si le séjour < 48 h comprend des frais d'environnement, alors ceux-ci seront facturés directement à l'établissement d'hébergement par l'établissement prestataire.

Par ailleurs, les séjours > 48 h sont facturables séparément à l'Assurance maladie (2 factures émises par chaque établissement).

3- Traitement de l'exonération du ticket modérateur

Les principes d'exonération actuels sont applicables, à savoir en fonction des cas transmis :

1/ Exonérations liées à la situation du bénéficiaire : régimes ou ALD.

2/ Exonérations diverses (Stérilité, HIV)

3/ Soins exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention (imputation du TM au FNPEIS)

4/ Actes exonérant la partie séjour du bordereau 615 dans le cadre de la CCAM (exonération totale de la facture selon dépassement d'un seuil ou selon la nature de l'acte).

4- Les forfaits

Les forfaits annuels (urgences et coordination des prélèvements d'organes) sont pris en charge à 100 % par les régimes obligatoires d'assurance maladie (idem FAU actuel).