

# LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

(réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé)

*Pour plus d'informations, contacter la Mission T2A par mail :  
[tarification-mt2a@sante.gouv.fr](mailto:tarification-mt2a@sante.gouv.fr)*

# LA NOTION DE SYSTEME DE FINANCEMENT

Petit rappel historique :

- Décret du 11 août 1983 (caractère provisoire du budget global)
- Réforme hospitalière du 31 juillet 1991
- Ordonnances Juppé de 1996
- Loi de 1999 établissant la CMU (principe d'une expérimentation)

# UN OBJECTIF D'OPERATIONNALITE

- Un dispositif réformé **dans les deux secteurs hospitaliers**
- Des modalités de mise en œuvre en cohérence avec les **contraintes spécifiques** des secteurs public et privé
- Une **démarche progressive** et **pragmatique**

# LES BENEFIQUES ATTENDUS DE LA REFORME

- ➔ une plus grande **médicalisation du financement**
- ➔ une **responsabilisation des acteurs** (= incitation à s'adapter)
- ➔ une **équité** de traitement entre les établissements
- ➔ le développement des **outils de pilotage** qualitatifs (incitation à l'accréditation, analyse des case-mix) et médico-économiques (contrôle de gestion et comptabilité analytique)

# LES PRINCIPES DE BASE DE LA REFORME

- un **schéma cible** de convergence permettant une comparaison des 2 secteurs (hospitalisation de court séjour)
- une **entrée progressive** dans la tarification à l'activité pour permettre aux acteurs et aux structures de s'adapter
- une **harmonisation** des modes de financement entre les 2 secteurs, en respectant les spécificités de chacun
- une **lisibilité** et une **visibilité** accrue pour les acteurs, aussi bien pour les gestionnaires que pour les tutelles

# LES MODALITES PRINCIPALES DU SCHEMA CIBLE

- **2 échelles tarifaires** maintenues pendant la période de transition avec cependant un **objectif de convergence**
- **1 enveloppe de régulation MCO** commune aux 2 secteurs, avec une régulation de type prix / volume (pour les ressources liées à l'activité)
- Des **tarifs de prestations nationaux** et prenant mieux en compte les activités spécifiques
- Une **meilleure connaissance des coûts** pour un meilleur pilotage
- **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** : Une **logique d'ajustement des ressources et des dépenses** progressivement inversée (ce sont les recettes attendues au regard des prévisions d'activité qui déterminent le niveau de dépenses)

***le contenu du modèle  
(schéma cible)  
et la mise en œuvre  
progressive de la réforme  
(période de transition)***

# LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR LA REFORME

- ➔ Tous les établissements **publics et privés** titulaires d'autorisations de **médecine, chirurgie ou obstétrique**
- ➔ Seule la partie des activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) est concernée.



# LES ETABLISSEMENTS EXCLUS DE LA REFORME

- 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*
- **2004** : les établissements faisant l'objet d'un **processus de conversion de leurs autorisations de MCO en SSR**  
+ les établissements **ne produisant pas de PMSI**  
= non exclus mais traités de manière spécifique en 2004.

# LES DIFFERENTES MODALITES DE FINANCEMENT



## Financements directement liés à l'activité

### PRESTATIONS D'HOSPITALISATION



MINORATIONS

SUPPLEMENTS

### AUTRES PRESTATIONS D'HOSP

~~BASE PMSI~~

DIALYSE

IVG

~~BASE PMSI~~

URGENCE

PMO

HAD

C, K, B, Z

COEFFICIENT  
GEOGRAPHIQUE

### PAIEMENTS EN SUS

MEDICAMENTS

DM

### FORFAITS ANNUELS

URGENCES

CPO

## Autres financements (dotations)

MISSIONS D'INTERET  
GENERAL  
ET AIDE A LA  
CONTRACTUALISATION  
(MIGAC)

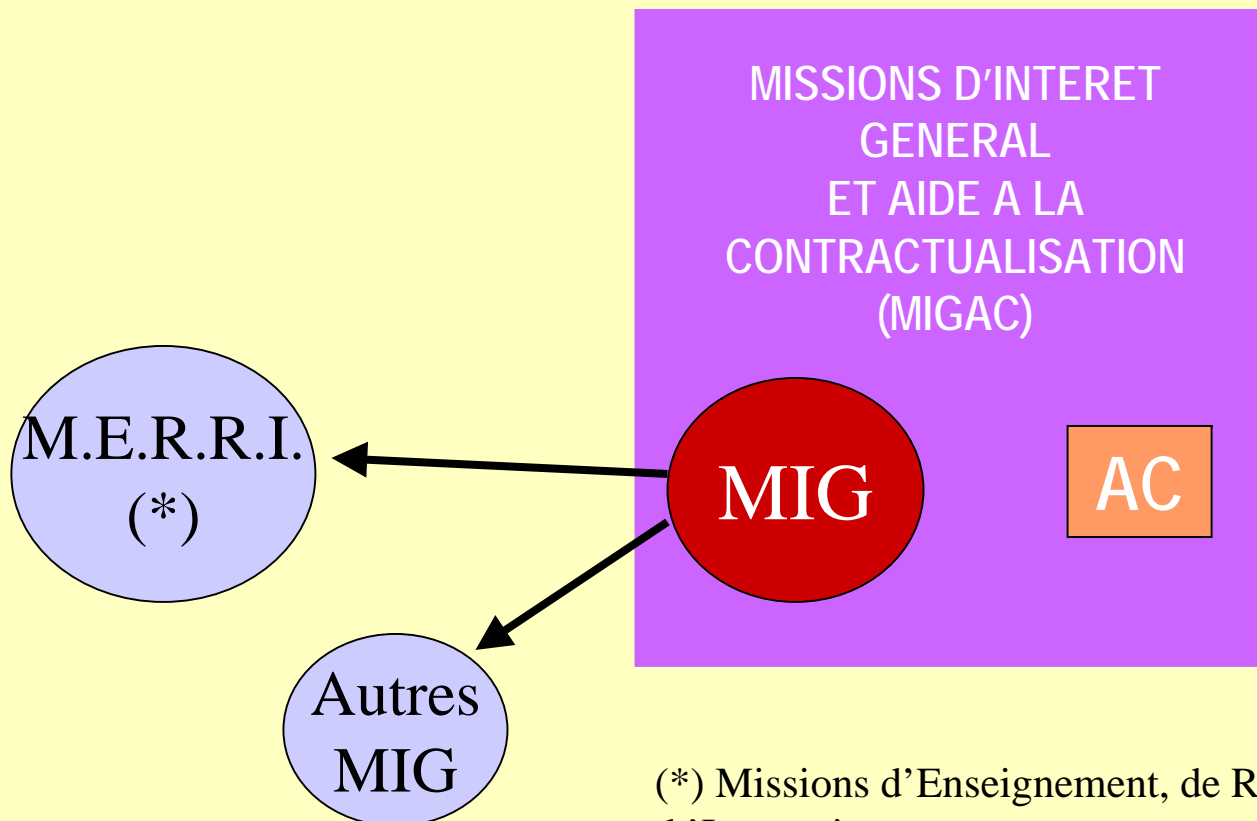
MIG

AC

COEFFICIENT  
GEOGRAPHIQUE

# MAINTIEN D'UNE MODALITE DE FINANCEMENT NE RELEVANT PAS D'UNE TARIFICATION A L'ACTIVITE L'ENVELOPPE « MIGAC »

(Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)



(\*) Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation

## M.E.R.R.I. : MISSIONS D'ENSEIGNEMENT DE RECHERCHE, DE REFERENCE ET D'INNOVATION

➔ prendre en compte les **surcoûts** réellement entraînés par l'ensemble de ces missions

*Cette enveloppe diffère de l'actuel mécanisme d'abattement de 13% car :*

- des facteurs de surcoûts sont d'ores et déjà pris en compte par certaines modalités de la tarification à l'activité (GHS avec CMA, médicaments et dispositifs facturés en sus...)
- la réforme vise à étendre le champ des établissements bénéficiaires par rapport aux établissements éligibles au mécanisme des 13%

➔ La réforme vise à **moduler** les montants **par établissement** en fonction d'**indicateurs de mesure des surcoûts** induits par **chacune des missions**.

## LES AUTRES MIG (MISSIONS D'INTERET GENERAL)

= certaines activités d'intérêt général **liées aux soins MCO** et qui sont **aujourd'hui affectées en dehors du champ MCO** par les retraitements comptables (section 2)

### → Distinguo à faire entre :

- Activités de soins, devant à terme être réintégrées au sein des tarifs
- Autres missions, comme les EHPAD et le secteur médico-social
- Activités hors-champ du MCO : PMSI, UMJ, UHSI...

### → Activités identifiées et estimées via la remontée des retraitements comptables 2003

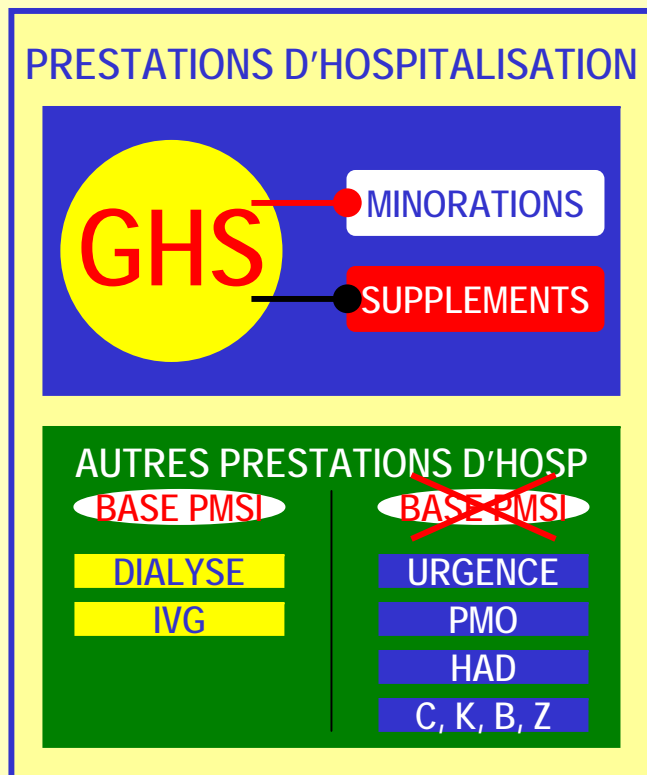
On peut citer, par exemple, les équipes mobiles de liaison, les banques de tissus, les CECOS, les soins aux populations spécifiques, les centres à vocation régionale, les dépistages thérapeutiques...

# L'AIDE A LA CONTRACTUALISATION

= les **autres ressources contractualisées** constitutives de l'enveloppe MIGAC

- ➔ 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**
- ➔ *ne peuvent pas être utilisées comme soutien à la convergence ou à l'adaptation des établissements à l'impact de la réforme*

# MODALITES DE FINANCEMENT DIRECTEMENT LIE A L'ACTIVITE REALISEE

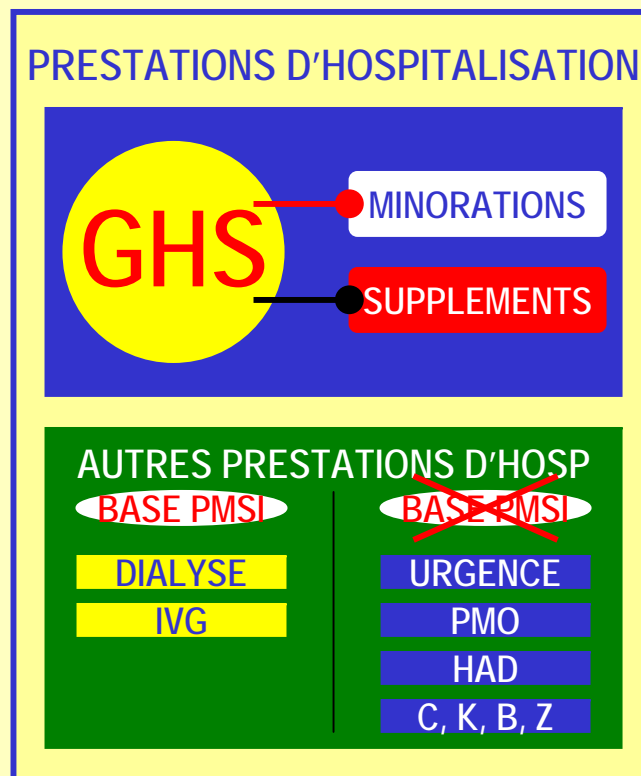


+

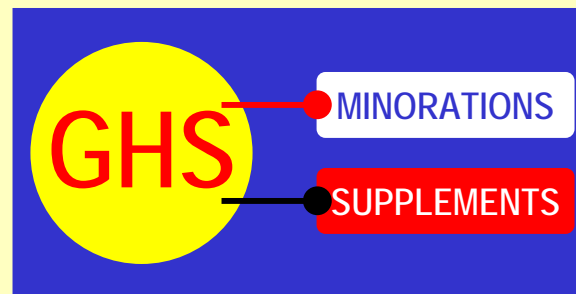




# LES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION



# LES GHS (ET LEURS AMENAGEMENTS)



# LA DEFINITION DU GHS (Groupe Homogène de Séjours)

- ➔ Le GHS est un forfait « tout-compris » qui réunit désormais, pour le cas des cliniques, les anciennes prestations journalières comme :
- les prestations d'accueil et d'hébergement (ENT, PJ, PHJ, FAS, ANP...)
  - les prestations d'environnement technique (FSO, FST, ARE...)
  - les prestations relatives aux produits sanguins (SNG et TNG)
  - les prestations relatives aux DM d'ophtalmologie (PII...)
- ➔ Le GHS étant adossé à un GHM (ou à plusieurs dans des cas très limités), une table de correspondance permet de relier ces 2 notions (médico-économique et tarifaire)

# LA CONSTRUCTION DU GHM (Groupe Homogène de Malades)

- ➔ Le GHM relève d'une exploitation de différentes données caractérisant le séjour du patient, comme :
  - informations d'identification, dont sexe et âge
  - informations d'ordre administratif, dont durée de séjour et modes d'entrée et de sortie
  - informations d'ordre médical : diagnostic principal et diagnostics associés, actes réalisés, présence de complications et morbidités associées
  
- ➔ Pour plus d'informations, se reporter aux informations diffusées par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr/>

# LE PAIEMENT AU TARIF PAR SEJOUR : LES GHS

*PMSI*

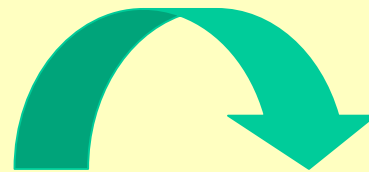
*T2A*

**G.H.M.**

Groupes

Homogènes de

Malades



**G.H.S.**

Groupes

Homogènes de

Séjours

=

Règle générale :

**1 GHM = 1 GHS = 1 TARIF**

# LA PRINCIPALE EXCEPTION A LA REGLE : LES SOINS PALLIATIFS

## → LE PRINCIPE :

1 GHM = 2 TARIFS

*création de la V9*

*si lits identifiés de soins palliatifs ou unité de soins palliatifs = 1 tarif majoré*

→ Facturation limitée par les **capacités fixées contractuellement** de prise en charge de l'établissement (COM)

## LES SEJOURS EXTREMES

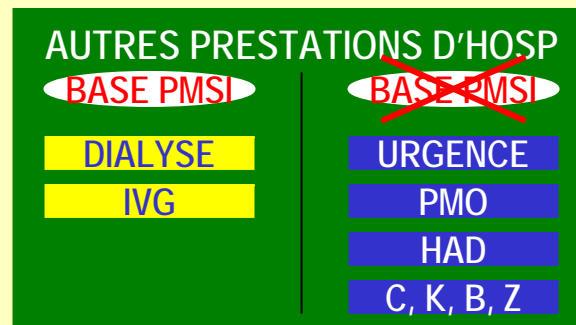
- ➔ Si la durée du séjour est **inférieure à la borne basse du GHS**, l'établissement doit appliquer un coefficient de **minoration** au tarif (0,5)
- ➔ Si la durée du séjour est **supérieure à la borne haute du GHS**, l'établissement facturera, en plus du tarif, chacune des **journées au-delà de la borne haute** mais affectée d'un coefficient (0,75)

# SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LA REANIMATION AUTORISEE

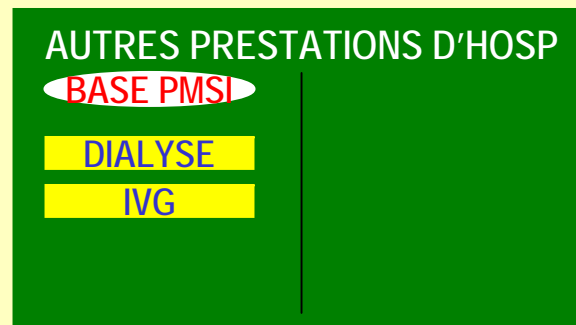
- ➔ **2004** : dans le secteur sous DG, paiement d 'un supplément REA qui rémunère le coût complet d 'une journée (et non additionnel) - **par la suite**, rapprochement du privé avec financement des coûts additionnels. Le tarif du supplément journalier dépendra de la **nature de l'autorisation** ou de la reconnaissance octroyée par l'ARH et mentionnée au contrat.
- ➔ **certaines GHM** sont considérés comme intégrant la réanimation dans la prise en charge : néonatalogie, polytraumatisés, transplantation cardiaque, chirurgie lourde...
- ➔ **facturable par jour de présence** dans l'unité de réanimation uniquement dès lors que le RSS comporte **un acte marqueur** et un **IGS supérieur à un certain seuil** - refonte prévue dans la perspective des nouveaux SROS (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) - pour la **réanimation pédiatrique** : uniquement présence d 'un acte marqueur



# LES AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION



# a) LES ACTIVITES DECRITES PAR LE PMSI MAIS FACTUREES DE MANIERE PARTICULIERE



# LES SEANCES DE DIALYSE ET DE RADIOTHERAPIE

➔ Possibilité d'un supplément particulier, correspondant à un **forfait séance** pouvant s'ajouter à un GHS

= **forfaits nationaux, facturables en sus d'un GHS**

= Prendre en compte l'activité spécifique de dialyse et de radiothérapie réalisée pendant un séjour non groupé dans un GHM de dialyse et de radiothérapie

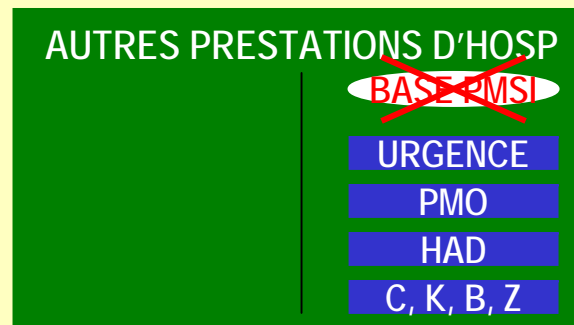
# LES SEANCES DE DIALYSE DANS LE SECTEUR PRIVE

→ 11 forfaits sont prévus (hors EPO et ITP), dont 8  
dés 2005

# L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

- ➔ Système actuel maintenu : **5 forfaits nationaux**
- ➔ **Non cumulables** avec un GHS issu d'un GHM
- ➔ Occasionnellement, **en cas de complication** :  
facturation (contrôlée) d'un **GHS issu d'un GHM** (à  
la place des tarifs de prestations)

## b) LA FACTURATION DES ACTIVITES NON DECRITES PAR LE PMSI



# SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES PASSAGES AUX URGENCES

- ➔ un **tarif au passage**, à un prix **national** et à une valeur **unique** quelle que soit la prise en charge
- ➔ **non cumulable avec** la facturation d'**un GHS** (non facturation des passages suivis d'une hospitalisation dans l'établissement et dans le champ MCO)
- ➔ un financement spécifique dans les **ZSTCD (zones de surveillance de très courte durée)** : GHS de la CM 24
- ➔ une facturation maintenue pour le forfait FFM (petit matériel) dans le cadre des établissements non autorisés (à un tarif national)
- ➔ **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** : **non exclusif** de la facturation des **consultations** (lettres C ...) et des **actes externes** (lettres K, B et Z ...)

# LES PRELEVEMENTS D'ORGANES

- des **tarifs nationaux par donneur** prélevé
- financement versé à l'établissement **où a lieu le prélèvement**
- **facturations inter-établissements** si nécessaire
- ne s'applique qu'à partir de **2005**



# L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

- Principe d'un **prix de journée variable** en fonction:
  - du mode de prise en charge principal, MP
  - du mode de prise en charge associé, éventuellement, MA
  - de l'indice de Karnofsky, IK
  - de la durée de la prise en charge dans la séquence de soins
- Une séquence de soins est définie par la combinaison d'un MP, d'un éventuel MA et d'une valeur de l'IK.
- **31 GHT** (prix journaliers fixés au niveau national, non soumis aux extrêmes et au forfait journalier)
- **facturation en sus** des **honoraires médicaux**, des dépenses de **médicaments onéreux ou innovants** + autres dépenses de **soins d'exception** (dialyse, radiothérapie, imagerie, frais non médicaux : transport, repas, logement...)

# SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES

**SECTEUR PUBLIC ET PSPH** uniquement

➔ 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 nouvellement créés** (PET scan, caisson hyperbare).

# LES PAIEMENTS EN SUS DE CERTAINS CONSOMMABLES

## PAIEMENTS EN SUS

MEDICAMENTS

DISPOSITIFS  
MEDICAUX

# LES MEDICAMENTS

- **Vocation à être inclus** dans le tarif des GHS
- **Paiement en sus** de certains médicaments, qui sont à la fois **onéreux** et introduisent **une hétérogénéité dans les tarifs par séjours** (GHS)
  - = Une **liste limitée** de molécules concernées

# LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES)

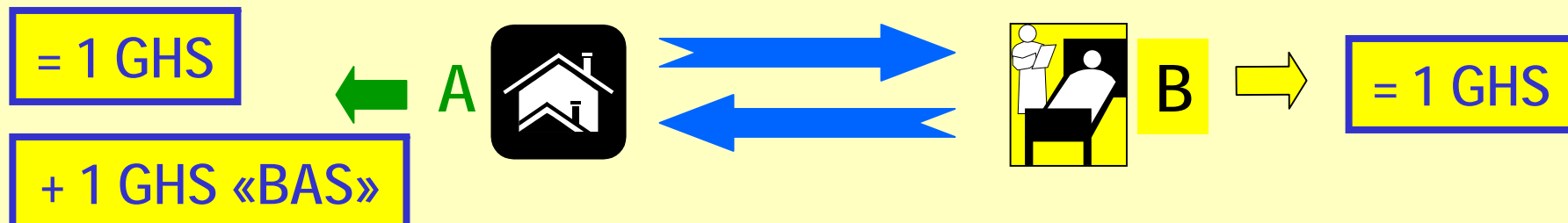
- ➔ **Vocation à être inclus** dans le tarif des GHS
- ➔ **Paiement en sus** de certains DM, qui sont à la fois **onéreux** et introduisent **une hétérogénéité dans les forfaits au séjour** (GHS)
  - = Une **liste limitative de GHS** pour lesquels les DM peuvent être facturés en sus

# LES COOPERATIONS DE SOINS ENTRE ETABLISSEMENTS

→ Transfert < 2 jours (\*) :



→ Transfert ≥ 2 jours :



# MODALITE PARTICULIERE DE FINANCEMENT MIXTE : LES FORFAITS ANNUELS

FORFAITS  
ANNUELS

URGENCE

CPO

# LE FORFAIT ANNUEL « URGENCES »

- ➔ Un **forfait annuel** visant à couvrir une partie des **charges fixes**
- ➔ Règles de fixation déterminées au plan **national**
- ➔ Possibilité d'un **complément de ressources** versé au titre des enveloppes de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**)

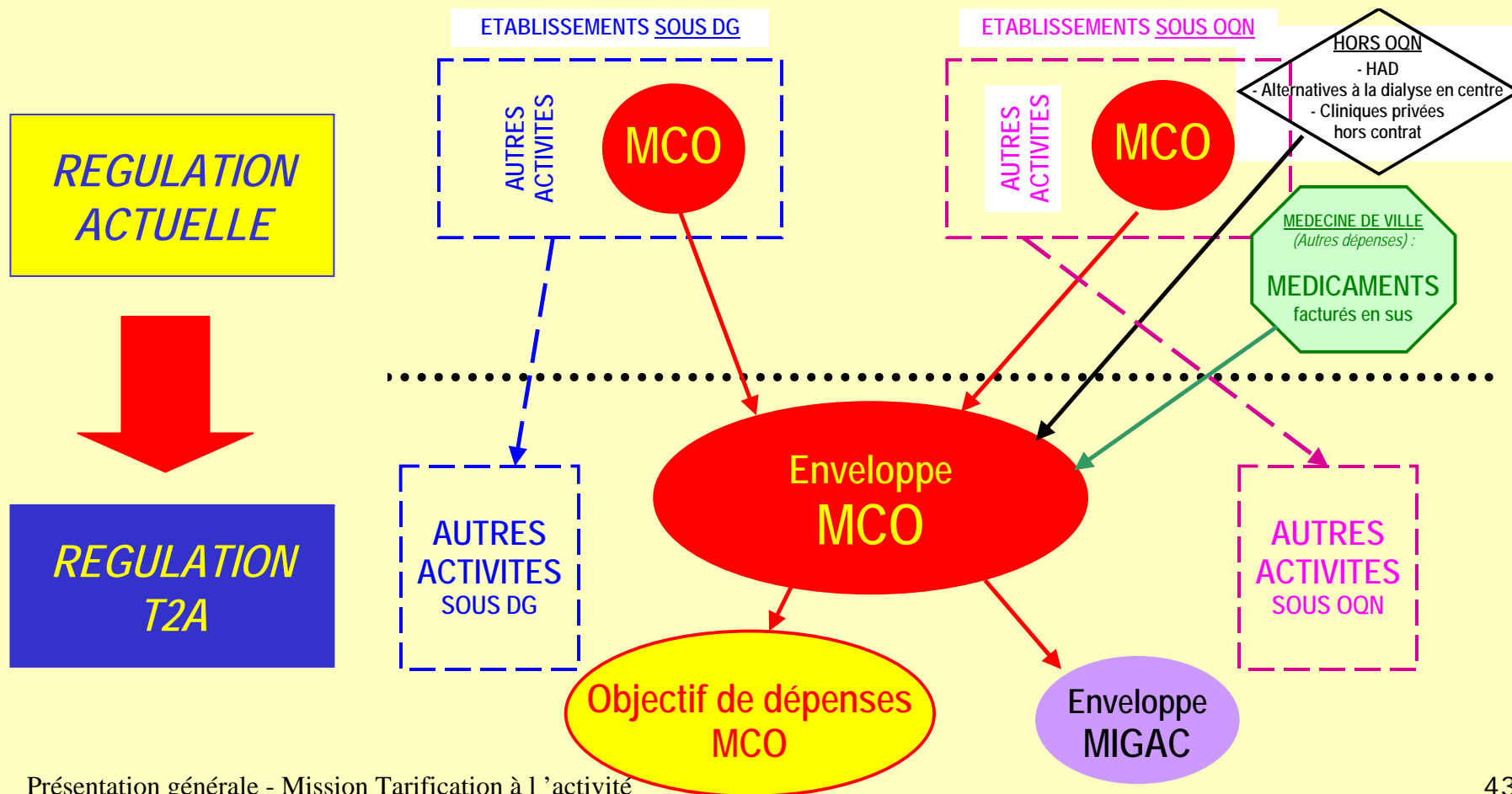


# LE FORFAIT ANNUEL « COORDINATION DES PRELEVEMENTS D'ORGANES »

- ➔ Un **forfait annuel** visant à couvrir les frais de la **coordination hospitalière des prélèvements**
- ➔ Règles de fixation déterminées au plan **national**

# DETERMINATION DES ENVELOPPES ET OBJECTIFS


# LE DECOUPAGE DE L'ONDAM EN ENVELOPPES ET OBJECTIFS



# LES CONTROLES ET LES SANCTIONS

## UN DOUBLE OBJECTIF

- ➔ Repérer des erreurs de codage des données médicalisées transmises par les établissements (RSS notamment) 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**

 **Dans le cadre de la T2A : accent porté sur le 1er point**

# UN CONTRÔLE EN 2 ETAPES

un **contrôle d'initiative régionale**, organisé en deux étapes :

- ➔ **Un contrôle automatisé**, portant sur tous les établissements de la région, destiné à repérer des « atypies » au sein des informations transmises
- ➔ **Un contrôle approfondi**, sur site, des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région

# LES SANCTIONS PREVUES

En cas de paiement injustifié par l'assurance maladie :

- **récupération de l'indu** (procédure classique)
- **sanction financière** possible (articles L162-22-17 et L162 - 22 - 18 du CSS, issus de la LFSS 2004)

# OUTILS EN APPUI A LA DEMARCHE

- ➔ GUIDE à l'usage des contrôleurs
- ➔ Outils informatiques du contrôle automatisé



***La mise en œuvre progressive  
de la réforme  
et  
la période de transition***

# La gestion de la transition pour le secteur « privé »

# SECTEUR « PRIVE » : LES TARIFS DES GHS

## LE PRINCIPE :

Un **coefficient correcteur** est appliqué aux tarifs nationaux des GHS

Prix de référence  
du GHS

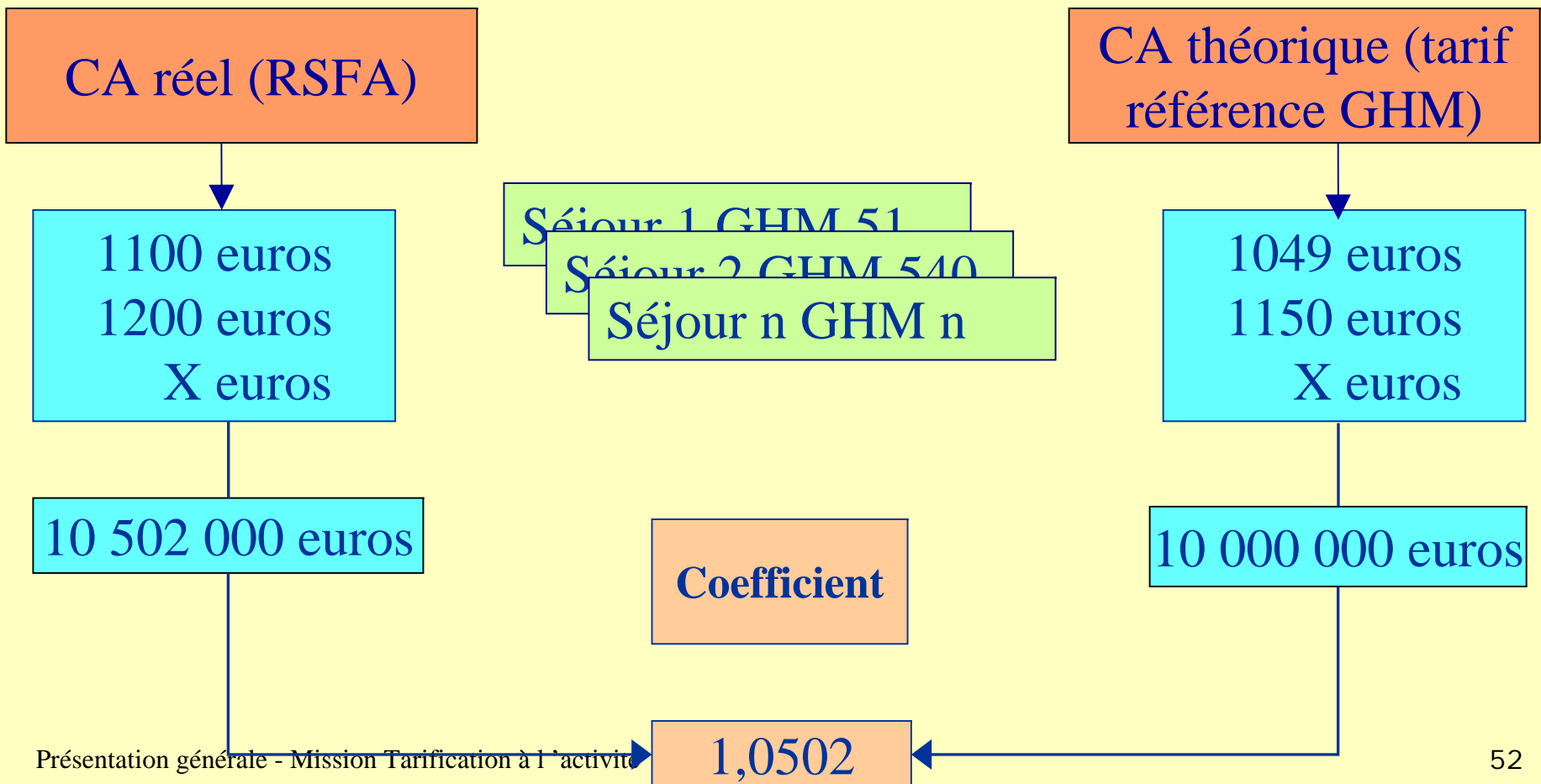
×

Coefficient unique  
par établissement

*Échelle de TARIFS  
(nationale) spécifique  
au secteur privé*

*TARIF APPLICABLE  
A  
L'ETABLISSEMENT*

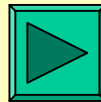
# SECTEUR « PRIVE » : CALCUL DU COEFFICIENT DE TRANSITION



# SECTEUR « PRIVE » : LE COEFFICIENT CORRECTEUR

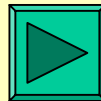
Chaque établissement se voit affecté d'un coefficient correcteur  
comprenant plusieurs composantes

**Géographique**



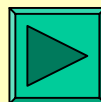
Prise en compte de surcoûts liés à l'implantation  
géographique - coefficient pérenne fixé par Arrêté

**Haute technicité**



Maintien des rémunérations perçues au titre du  
classement en chirurgie SPC

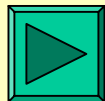
**Transition**



Harmonisation progressive des ressources - évolution  
annuelle jusqu' à une valeur de 1 en 2012

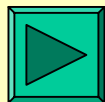
# APPLICATION DU COEFFICIENT CORRECTEUR

**GHS et suppléments**



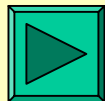
Coefficient dit « MCO » et correspondant au produit :  
*coef. géographique x coef. HT x coef. de transition*

**Dialyse et FFM**



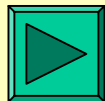
Coefficient correcteur inclut dans le tarif - pas de  
composante HT pour ces prestations

**ATU (urgences)**



Coefficient comprenant uniquement la composante  
géographique

**IVG**

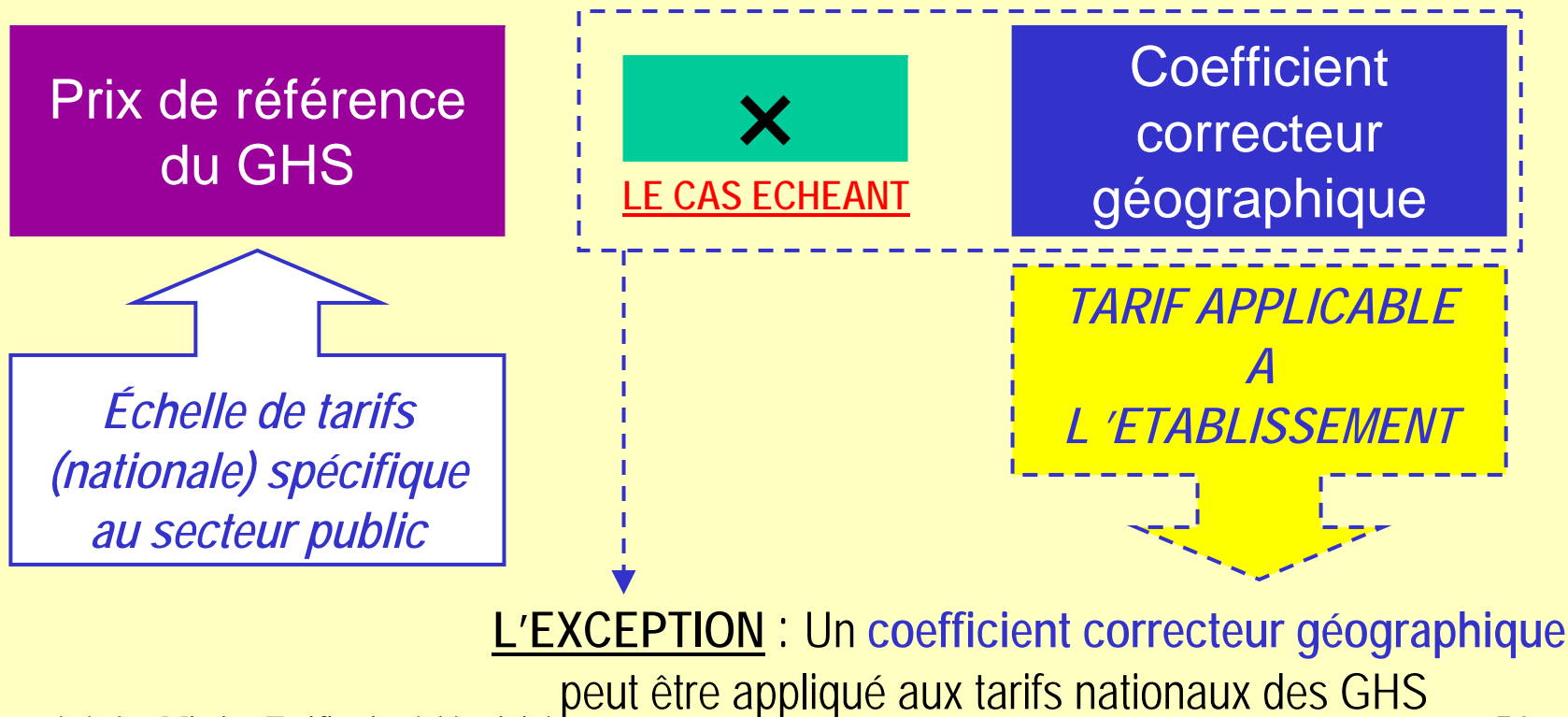


Pas de coefficient

# La gestion de la transition pour le secteur « public et PSPH »

# SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES TARIFS DES GHS

LE PRINCIPE : Un **tarif national** sans coefficient correcteur





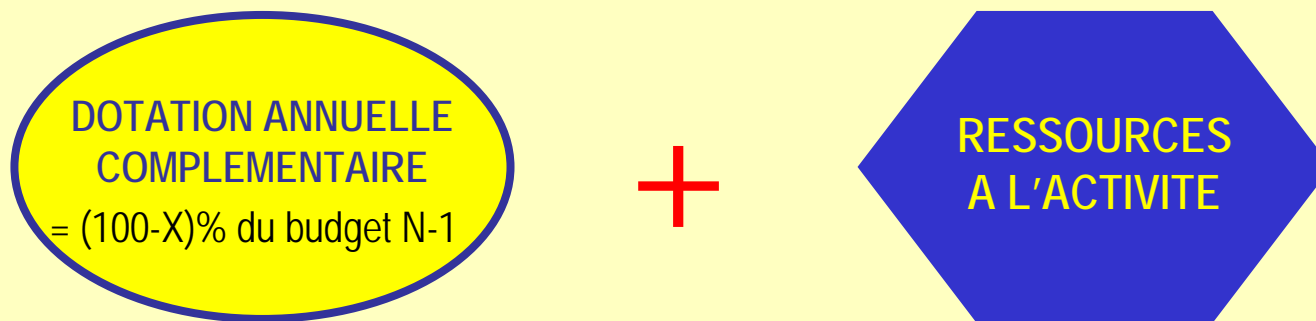
# LE COEFFICIENT CORRECTEUR GEOGRAPHIQUE

- ➔ prendre en compte **certaines spécificités qui pèsent sur les coûts** de fonctionnement (coût de la vie dont foncier) liées à la **localisation géographique** de certains établissements
- ➔ à titre *exceptionnel*

## SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LA GESTION DE LA TRANSITION

➔ Maintien d'une part de ressources allouées  
sous forme de « dotation annuelle »

= *recettes indépendantes de l'activité et du niveau des tarifs nationaux*



➔ La part de la « dotation annuelle complémentaire » a  
vocation à **diminuer d'une année sur l'autre**

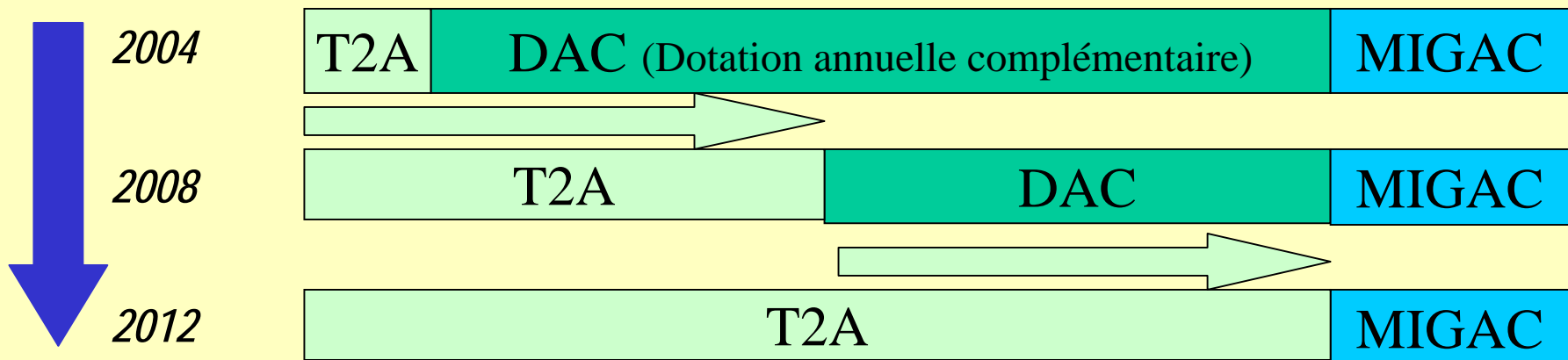
# LE CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE ET SES ENJEUX

- ➔ Les **trois premières années** : 2004, 2005, 2006 :  
une entrée progressive dans la réforme
  - ➔ 10% pour 2004
  - ➔ entre 20 et 30% pour 2005
  - ➔ % fixé en fonction des évaluations menées
- ➔ L'échéance de l'année **2008** (50%)
- ➔ L'échéance de l'année **2012** (100%)

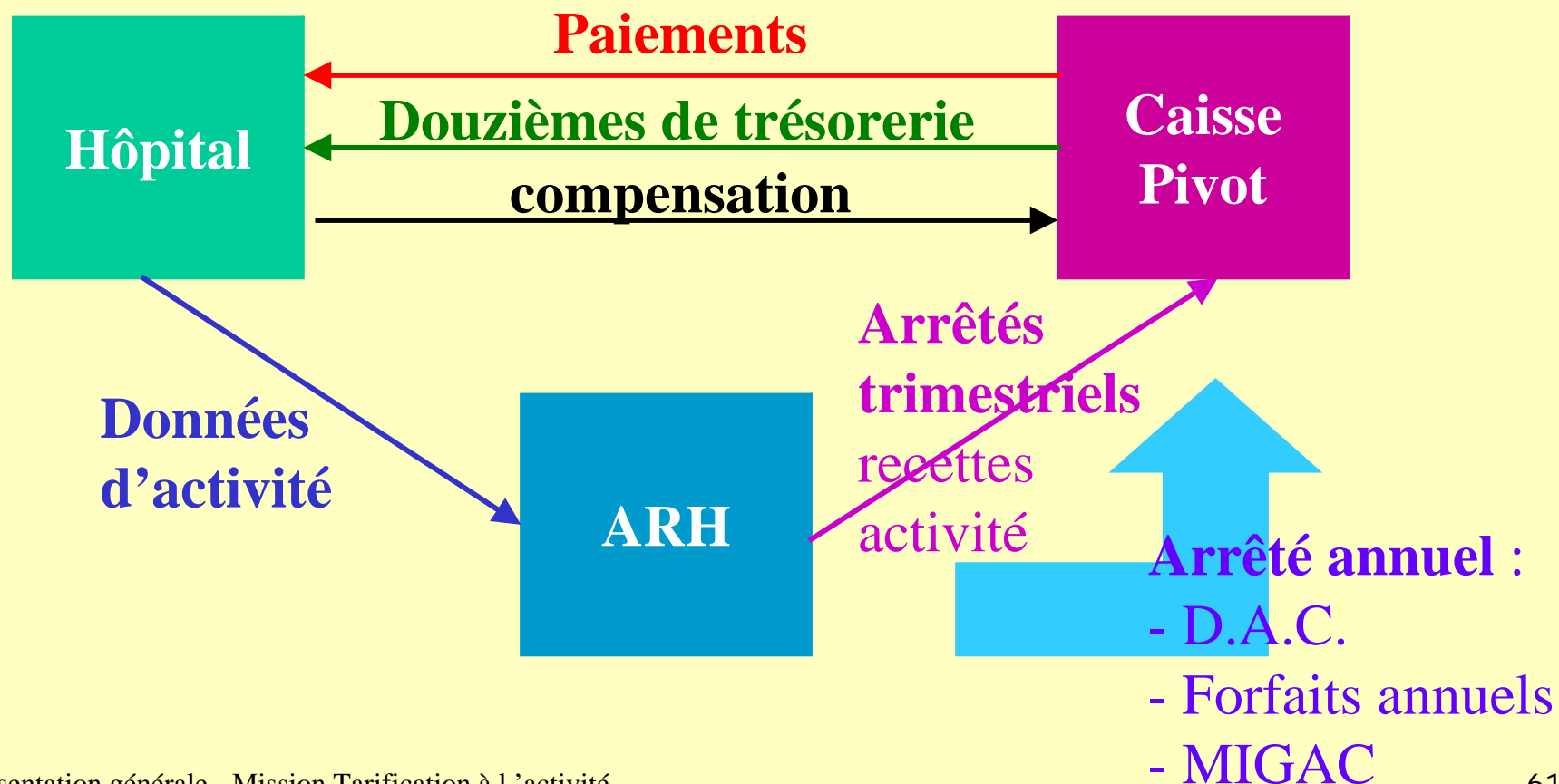
# UN DEMARCHE PROGRESSIVE

## Convergence Intra-sectorielle à l'horizon 2012 (LFSS 2004)

- SECTEUR SOUS OQN → Coefficient de transition  $\Rightarrow$  1 en 2012
- SECTEUR SOUS DGF : → La part de la « DAC » a vocation à **diminuer d'une année sur l'autre jusqu'à disparaître en 2012**



# CIRCUIT DES INFORMATIONS ET DES PAIEMENTS EN 2005



# UNE ETAPE TECHNIQUE : LA FACTURATION DIRECTE

- ➔ modification des **systemes de facturation** des établissements et de liquidation des caisses :
- = **adresser directement leurs éléments de facturation aux caisses d'assurance maladie**, sans avoir besoin de les faire transiter par l'ARH

# CIRCUIT DES INFORMATIONS ET DES PAIEMENTS EN 2006

