

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

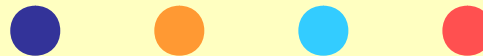


SUPPORT D'INFORMATION

Octobre 2003

SECTEUR PUBLIC ET PSPH

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE



1/2

La réforme de la tarification à l'activité :
Présentation générale

1. Le contexte de la réforme



LE PLAN « HOPITAL 2007 » ET SES GRANDS OBJECTIFS

- ● ● ●
- Donner aux établissements les marges de leur ambition et de leur adaptation en ...
- **Allégeant** les contraintes et les procédures (marchés, planification, gestion interne)
- **Incitant** les établissements de santé à optimiser l'utilisation de leurs ressources (T2A, régime budgétaire et comptable)
- **Soutenant** l'investissement de modernisation, de coopération et d'adaptation (10 Milliards d'Euros)

LES DEUX SYSTEMES DE FINANCEMENT ACTUELS



⊗ *Hôpitaux publics et PSPH :*

système de la **dotation globale**

⊗ *Cliniques privées :*

un système de **tarification à la journée et à l'acte** réalisé (encadré par l'OQN)

... GENERENT DES EFFETS PERVERS BIEN CONNUS ...



→ Iniquité de l'allocation des ressources : **rentes de situation** pour certains, **pénurie** pour d'autres

→ **Insuffisance de financements** pour toutes les structures les plus actives

→ **Pas d'incitation** à l'amélioration qualitative

... AVEC DES CONSEQUENCES LOURDES D'ENJEUX

- ● ● ●
- **frein aux coopérations** entre les deux secteurs public et privé
- **frein à la recomposition** du paysage hospitalier
- **frein au dynamisme** des structures, en particulier dans le secteur public.

2. La finalité et les enjeux de la réforme



LES BENEFICES ATTENDUS

- ● ● ●
- ➔ 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 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)

3. La Mission « Tarification à l'activité » (MT2A)



LES MODALITES PRINCIPALES DU SCHEMA CIBLE

-
-
-
-
- **2 échelles tarifaires** maintenues pendant la période de transition avec 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)

UN OBJECTIF D'OPERATIONNALITE

- ● ● ●
- Un dispositif réformé **dès 2004** dans les deux secteurs hospitaliers
- Une **démarche progressive** et **pragmatique**
- Des modalités de mise en œuvre en cohérence avec les **contraintes spécifiques** des secteurs public et privé

ECHANGE D'INFORMATIONS



→ un site internet :

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

Cliquez sur « Hôpital 2007 » dans la rubrique « A la Une »,
puis sur « Mission Tarification à l'Activité »

Un forum de discussion est ouvert aux ARH et
établissements expérimentateurs

→ une adresse E-mail :

tarification-mt2a@sante.gouv.fr

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE



2/2

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

NOTA - BENE



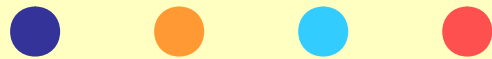
« Secteur Public et PSPH » / « Etablissements publics et PSPH » = **Etablissements actuellement sous DG**

« Secteur Privé » / « Etablissements privés » =
Etablissements actuellement sous OQN

1. Le champ d'application de la réforme



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 ACTIVITES CONCERNEES PAR LA REFORME



➔ **toutes les activités de soins MCO**

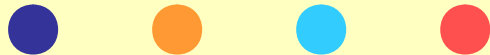
quelles que soient leurs modalités :

- hospitalisation **avec ou sans hébergement** (y compris les alternatives à la dialyse en centre)
- hospitalisation **à domicile**
- **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** uniquement : **consultations et actes externes**

2. Les modalités de financement



5 GRANDES MODALITES DE FINANCEMENT



Financements directement liés à l'activité

**TARIFS PAR
SEJOURS
(GHS et
suppléments)**

**TARIFS PAR
PRESTATIONS
(CONSULTATIONS ET ACTES
EXTERNES, URGENCE, PO, HAD)**

**PAIEMENTS EN SUS
(MÉDICAMENTS, DM)**

**FORFAITS ANNUELS
(URGENCES, PO)**

Autres financements (dotation)

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

3 MODALITES DE FINANCEMENT DIRECTEMENT LIE A L'ACTIVITE REALISEE



**TARIFS PAR
SEJOURS
(GHS et
suppléments)**

(A)

*Tarifs des GHS +
suppléments*

**TARIFS PAR
PRESTATIONS
(CONSULTATIONS ET ACTES
EXTERNES, URGENCE, PO, HAD)**

(B)

*Tarifs des prestations
des activités non
décrites par les GHS*

**PAIEMENTS EN SUS
(MÉDICAMENTS, DM)**

(C)

*Tarifs de responsabilité
des consommables
payés en sus*

A- LES TARIFS PAR SEJOURS (GHS ET SUPPLEMENTS)



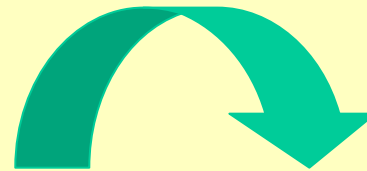
**TARIFS PAR
SEJOURS
(GHS et
suppléments)**

LE PAIEMENT AU TARIF PAR SEJOUR : LES GHS



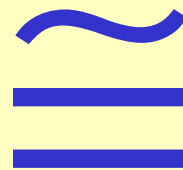
PMSI

G.H.M.
Groupes
Homogènes de
Malades



T2A

G.H.S.
Groupes
Homogènes de
Séjours



LA POSSIBILITE DE FACTURER UN GHS



- ➔ dès lors qu'un patient a été **admis** dans un lit d'**hospitalisation complète** ou une place d'**hospitalisation** de **jour** ou de **nuit** de médecine, chirurgie ou obstétrique.
- ➔ les **permissions accordées aux patients** ne font que suspendre le séjour

FACTURATION D'UN GHS OU D'UN ACTE EXTERNE ?



- une **liste positive** des actes, procédures ou motifs de prise en charge (état du malade) permettant de facturer un GHS.
- **SINON** : prise en charge **externe** non facturable sous la forme de GHS (mais plutôt sous la forme d'actes ou de consultations).

DEUX TYPES DE GHS



CAS GENERAL :

1 GHM = 1 GHS = 1 TARIF

CAS PARTICULIERS :

1 OU PLUSIEURS GHS \neq 1 (SEUL) GHM
(= 1 OU PLUSIEURS TARIFS)

LES GHS ISSUS DES GHM (ET LES SUPPLEMENTS)



LES GHS ISSUS DES GHM



- ➔ Support de la Classification des GHS :
= **version 7.9** de la classification des GHM
- ➔ Modalités différentes de calcul des tarifs selon
les secteurs
(= **2 échelles de tarifs**)

LES TARIFS DES GHS : **SECTEUR « PRIVE »**

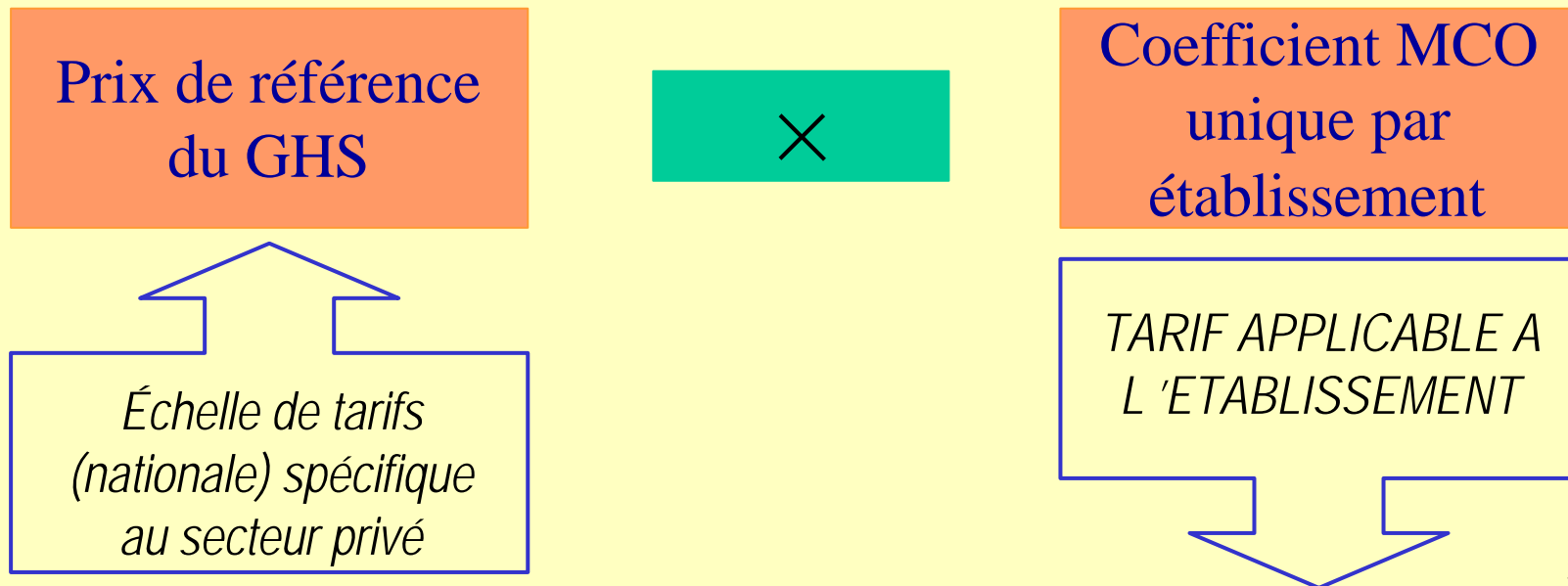


SECTEUR « PRIVE » : LES TARIFS DES GHS

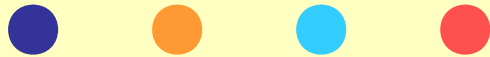


LE PRINCIPE :

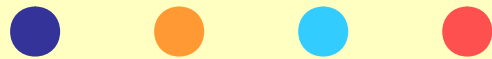
Un **coefficient correcteur MCO** est appliqué aux tarifs nationaux des GHS



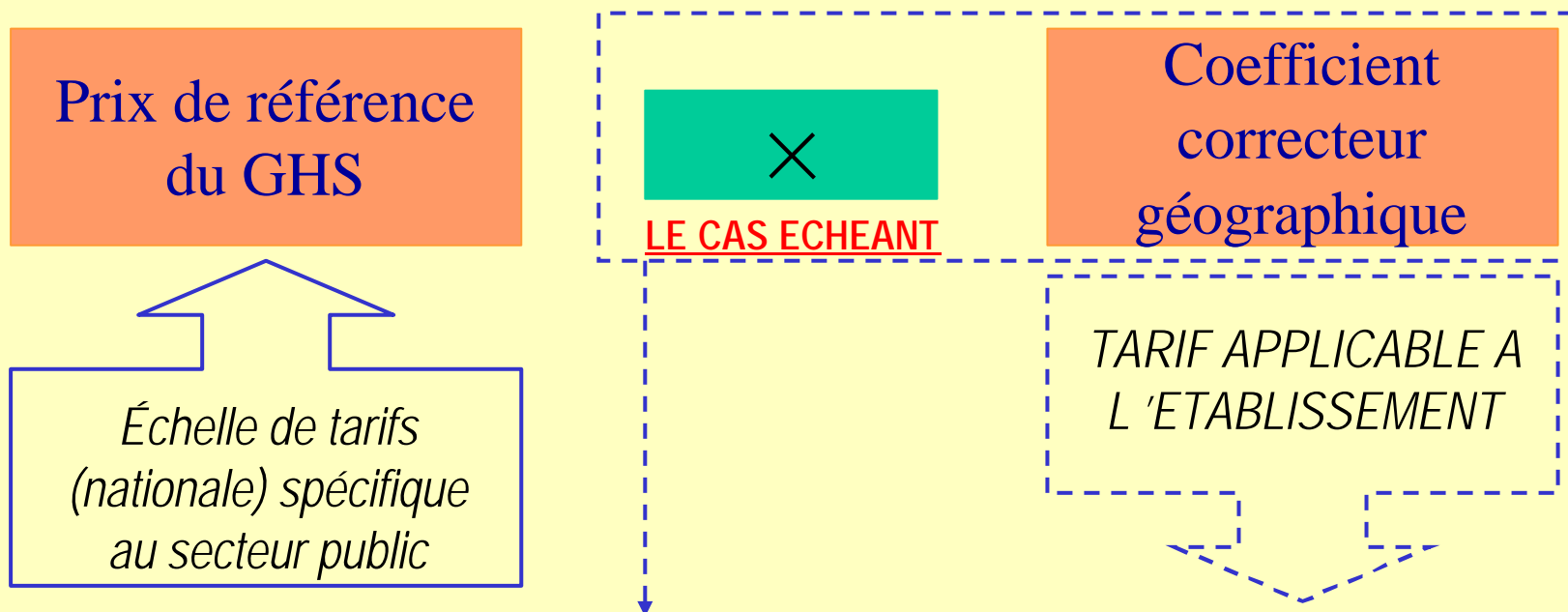
LES TARIFS DES GHS : **SECTEUR « PUBLIC ET PSPH »**



SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES TARIFS DES GHS



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



L'EXCEPTION : Un **coefficient correcteur géographique** peut être appliqué aux tarifs nationaux des GHS

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LE COEFFICIENT CORRECTEUR GEOGRAPHIQUE



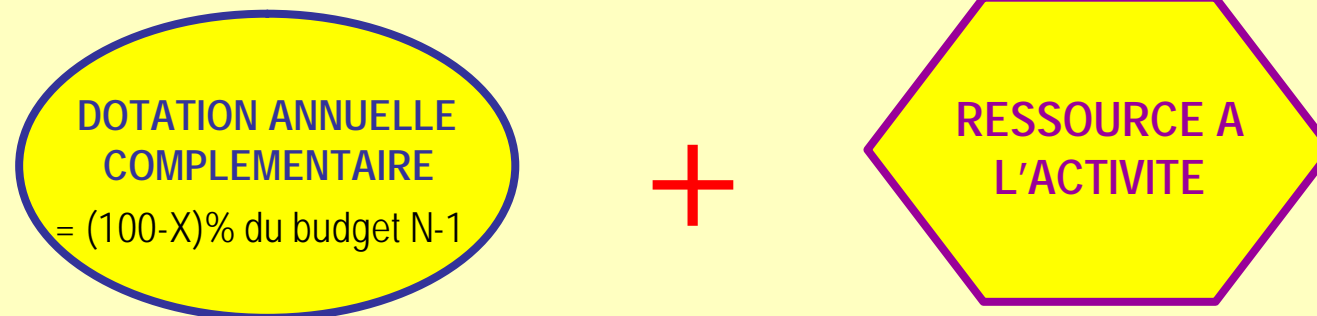
- ➔ prendre en compte **certaines spécificités qui pèsent sur les coûts** de fonctionnement (coût de la vie dont foncier) liées à la **localisation géographique** de certains établissements
- ➔ à titre *exceptionnel*
- ➔ **Travaux en cours**

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

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES CHARGES DE STRUCTURES

- ● ● ●
- ➔ Les tarifs fixés au plan national intègrent les **coûts de structures** (amortissements immobiliers et frais financiers notamment)
- ➔ Possibilité pour les ARH d'allouer une partie de leur enveloppe **MIGAC** pour tenir compte de l'**impact potentiel** de cette intégration des frais de structure dans les tarifs des GHS

LES TARIFS DES GHS : MINORATIONS ET SUPPLEMENTS



LES SEJOURS EXTREMES



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

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LA REANIMATION AUTORISEE

- ● ● ●
- ➔ après application des SROS réanimation : paiement d'un **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 **tarif** du supplément journalier dépend de la **nature de l'autorisation** ou de la reconnaissance octroyée par l'ARH et mentionnée au contrat.
- ➔ **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** : en **2004** : facturation d'un supplément journalier de **réanimation uniquement**, dès lors que le RSA comporte **un acte marqueur** et un **IGS supérieur à un certain seuil**

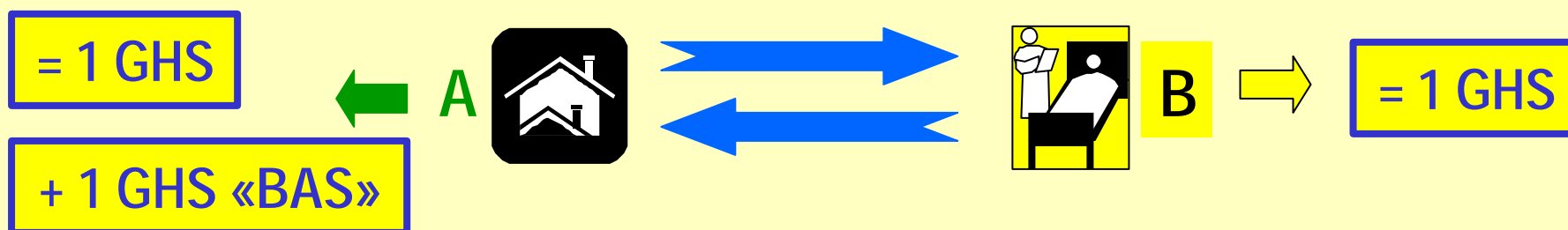
LES ECHANGES INTER-ETABLISSEMENTS

-
-
-
-

➔ Transfert < 48 heures :



➔ Transfert ≥ 48 heures :



LES GHS « PARTICULIERS » (NE CORRESPONDANT PAS A UN GHM)



LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE



➔ des GHS particuliers, correspondants à des **forfaits séances** et non à des GHM

= création de **11 forfaits nationaux** (récents décrets),
facturables en sus d'un GHS issu d'un GHM

➔ **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** : Pour **2004** : facturation des
séances de dialyse par GHM, sur la base **d'un seul**
tarif de GHS.

L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)



→ Système actuel maintenu :

= **5 prestations**

→ **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)

LES SOINS PALLIATIFS

● ● ● ●
➔ LE PRINCIPE :

1 GHM = 2 GHS

création de la V9

si l'établissement dispose de lits identifiés de soins palliatifs ou d'une unité de soins palliatifs = 1 GHS majoré

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

B- LES TARIFS DES ACTIVITES NON DECRITES PAR LES GHS



**TARIFS PAR
PRESTATIONS**
(CONSULTATIONS ET ACTES
EXTERNES, URGENCE, PO, HAD)

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES PASSAGES AUX URGENCES



- un **tarif au passage**
- prix **national**, 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)
- **SECTEUR PUBLIC ET PSPH** : **non exclusif** de la
facturation des **consultations** (lettres C) **et actes**
externes (lettres K, B et Z)

LES PRELEVEMENTS D'ORGANES



- **un tarif national par donneur** prélevé, quel que soit le nombre d'organes prélevés.
- versé à l'établissement **où a lieu le prélèvement**
- **facturations inter-établissements** si nécessaire

L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)



➔ Principe d'un **prix de journée variable** selon le mode de prise en charge

= des groupes tarifaires journaliers, fixés au niveau national

➔ dépenses de **médicaments onéreux ou innovants** + autres dépenses de **soins d'exception** = **facturables en sus**

➔ **2004** : s'applique au seul secteur « privé » ;
extension au secteur « public et PSPH » en 2005.

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 en cours de création** (PET scan, caisson hyperbare).

C- LE PAIEMENT EN SUS DE CERTAINS CONSOMMABLES



PAIEMENTS EN SUS
(MÉDICAMENTS, DM)

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES MEDICAMENTS (1)



➔ **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 MEDICAMENTS (2)



➔ **Régulation de la dépense** = un double dispositif

☐ au niveau macro-économique :

- un **prix de vente plafond administré** (= «**tarif de responsabilité**»)
- une régulation de type « **prix / volume** »

☐ au niveau micro-économique :

= un taux de remboursement de 100% ou un **taux minoré** (entre 100% et 70%) en cas de **non-respect** des **engagements contractuels** souscrits **en matière de bon usage des médicaments**

LES MEDICAMENTS (3)



- ➔ Facturation sur la base du **prix payé par l'établissement** (prix d'achat) **majoré d'une marge d'intéressement** :
- = une fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité

LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES) (1)



➔ **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

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES) (2)



SECTEUR PUBLIC ET PSPH :

en **2004**, compte tenu des difficultés techniques liées au recensement de ces dépenses par références :

possibilité de facturer des DM en sus sur une **liste très restreinte** de GHS

LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES) (3)



mêmes mécanismes que pour les médicaments :

- **Marge d'intéressement** : = une fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le prix LPP
- Incitation au **bon usage des dispositifs médicaux** : modulation du **taux de remboursement** (entre 100% et 70%) en fonction du respect des **engagements contractuels** souscrits

1 MODALITE PARTICULIERE DE FINANCEMENT MIXTE : LES FORFAITS ANNUELS



FORFAITS ANNUELS
(URGENCES, PO)

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**

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

L'ENVELOPPE « MIGAC »

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

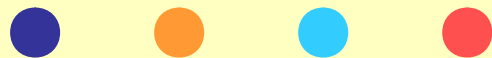


➔ Ressources allouées **contractuellement par les ARH** aux établissements sur leur enveloppe régionale et en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de **règles définies nationalement**.

➔ Elles concernent :

- ✓ ***Les missions d'intérêt général***, en particulier l'enseignement et recherche, l'innovation, et le rôle de recours
- ✓ ***L'accompagnement des COM***

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



→ prendre en compte les **surcoûts réellement entraînés**
par l'ensemble de ces 4 missions

¹ *l'actuel mécanisme d'abattement de 13% :*

- des facteurs de surcoûts sont pris en compte par certaines modalités de la tarification à l'activité
- la réforme vise à étendre le champ des établissements bénéficiaires

→ La réforme vise à **moduler** les montants **par établissement** en fonction d'**indicateurs de mesure des surcoûts** induits par **chacune des 4 missions**.

LES AUTRES MISSIONS D'INTERET GENERAL CONCERNEES



= 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)

→ **EXEMPLES** : SAMU - Centre 15, CDAG, Centres anti-poison, ...

→ une opération « **neutre** » (sans effet revenu)

L'AIDE A LA CONTRACTUALISATION



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

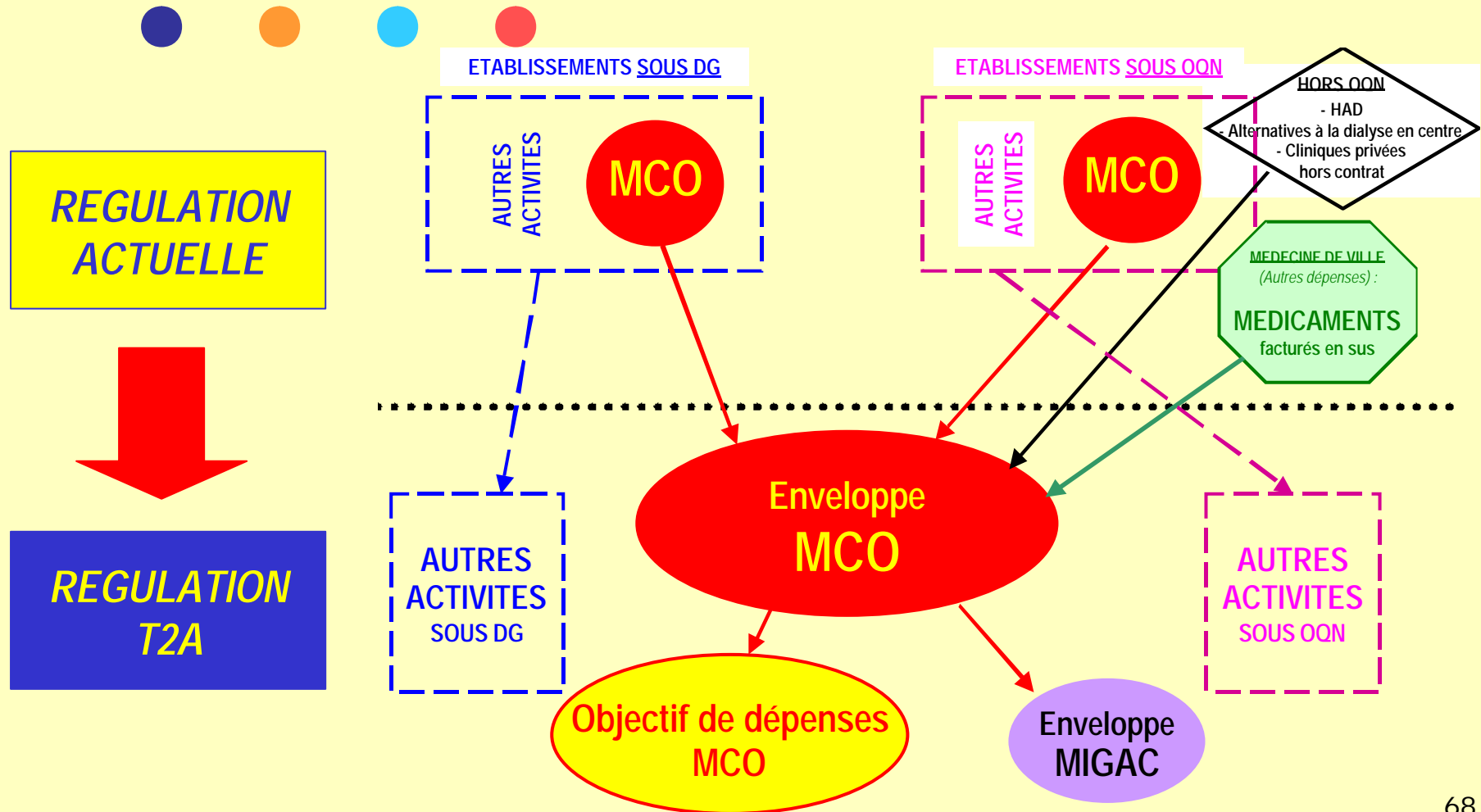
➔ allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis **régionalement** et s'appuyant sur les **orientations du SROS** et sur l'amélioration de la **qualité des soins**

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

3. Les modalités de la régulation



LE DECOUPAGE DE L'ONDAM EN ENVELOPPES ET OBJECTIFS



LE ROLE DES ACTEURS NATIONAUX ET REGIONAUX



LE NIVEAU NATIONAL (1)



- fixe **l'objectif de dépenses MCO**
- fixe **l'enveloppe MIGAC** et la répartit par région
- détermine, en concertation, **le taux d'augmentation moyen des tarifs et forfaits annuels**
- le cas échéant, **module** l'évolution des tarifs **par secteur et par GHS** (et suppléments)
- actualise les **coefficients correcteurs géographiques**

LE NIVEAU NATIONAL (2)



- fixe **l'objectif annuel de convergence inter-régionale** en notifiant les coefficients de transition moyens des régions (**SECTEUR PRIVE**)
- **encadre la convergence intra-régionale** en notifiant les écarts maximum entre les tarifs régionaux et les tarifs nationaux (**SECTEUR PRIVE**) et les marges de modulation du taux d'évolution applicable aux dotations annuelles complémentaires (**SECTEUR PUBLIC ET PSPH**)

LE NIVEAU REGIONAL

- ● ● ●
- alloue aux établissements leur enveloppe **MIGAC**
- notifie la **part forfaitaire** et **module** le taux d'évolution applicable (**SECTEUR PUBLIC ET PSPH**)
- fixe les **coefficients de transition** (**SECTEUR PRIVE**)
- notifie les **tarifs de GHS** applicables à l'établissement

LA REGULATION



LA REGULATION SUR L'ENVELOPPE MIGAC



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

LA REGULATION SUR L'OBJECTIF DE DEPENSES MCO

● ● ● ●
→ Un dispositif de **suivi infra annuel** :

= mesures d'**ajustement des tarifs** (GHS, prestations + Médicaments et DM) **en cours d'année N** afin de garantir le respect de l'objectif de dépenses :

⊗ en cas de *dépassement constaté en fin de 1er trimestre de N*

⊗ en cas de *dépassement définitif des dépenses de N-1* supérieur aux prévisions sur lesquelles les tarifs de N ont été calculés

→ **En cas de dépassement constaté en fin d'année N** :

= vient **réduire la marge de manœuvre** disponible pour financer

l'augmentation des tarifs (GHS, prestations + forfaits annuels) pour

l'année **N+1**

4. L'allocation des ressources aux établissements « publics »



UNE MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE EN 3 ETAPES



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

LE DISPOSITIF TRANSITOIRE POUR 2004



LA DETERMINATION DU BP 2004



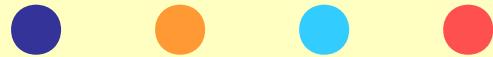
➔ dans le cadre de la réglementation actuelle de la **dotation globale**

➔ **Application de la T2A au 1er janvier 2004 :**

application du dispositif retenu pour lisser dans le temps les effets revenus :

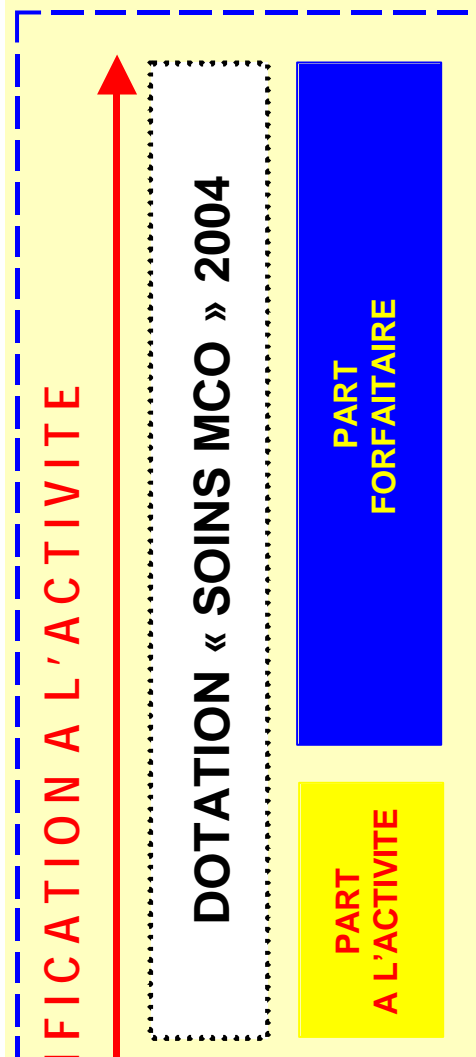
= une **« part forfaitaire »** (= « *dotation annuelle complémentaire* »)
de X % (**90 % pour 2004**) des ressources de l'activité MCO

LE BUDGET 2004 NOTIFIE PAR L'ARH



BUDGET 2004 NOTIFIE PAR L'ARH (au plus tard le 15/02/2004)





[Base budgétaire établissement 2003 ⁽¹⁾ ´ part des dépenses MCO encadrées dans les retraitements comptables 2002 (sections IA et IC) ⁽²⁾]

(= [Base MCO « brute »])

- +/- Corrections de la base MCO (= [Base MCO « brute »] corrigée) ⁽³⁾
 - Dépenses de médicaments et DM coûteux (valeur 2002 / 2003) ⁽⁴⁾
 - Forfaits annuels (Urgences + Prélèvements d'organes) ⁽⁵⁾
 - Dépenses d'Enseignement, Recherche, Innovation, Rôle de recours ⁽⁶⁾
- = [Base T2A 2004]

[Base T2A 2004] ´ 90% ´ taux d'évolution 2004 de début de campagne ⁽⁷⁾
 = [Dotation annuelle complémentaire 2004]

+

[Activité 2002 décrite par le case-mix PMSI 2002 ⁽⁸⁾] ´ Tarifs 2004 ´ 10%
 = [Part calculée à l'activité de la Dotation « Soins MCO » 2004]

TAR

FINANCEMENTS « SOINS MCO » COMPLEMENTAIRES

+ Dépenses de médicaments et DM coûteux (valeur 2002 / 2003) \times 0,6 ⁽⁹⁾

FINANCEMENTS T2A « MCO HORS SOINS »

+ Forfaits annuels (Urgences + Coordination des prélèvements d'organes) ⁽⁷⁾

DOTATION ACTIVITES HORS T2A

+ Enveloppe MIGAC ⁽¹⁰⁾

+ [Base budgétaire établissement 2003 ⁽¹⁾ \times part « SSR + Psychiatrie » dans les retraitements comptables 2002⁽¹¹⁾] \times taux d'évolution 2004

- Recettes prévisionnelles de groupe II pour l'année 2004 (Prévision d'activité en journées)

= DOTATION GLOBALE BUDGET PRIMITIF 2004

LE BUDGET 2004
ZOOM 2



LA TRANSMISSION DES DONNEES D'ACTIVITE (1)



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 (N) : 1^{er} trimestre
- 31 juillet 2004 (N) : 2^{ème} trimestre
- 31 octobre 2004 (N) : 3^{ème} trimestre
- 31 janvier 2005 (N+1) : 4^{ème} trimestre

LA TRANSMISSION DES DONNEES D'ACTIVITE (2)

- ● ● ●
- 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**.
- 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**.

L'AJUSTEMENT

INFRA-ANNUEL

LA DM 1

Présentation simplifiée

4. Les ressources des établissements publics

ELEMENTS PRIS EN COMPTE :

→ **Activité 2003** (résultats définitifs) :

- nouveau calcul de la part calculée à l'activité de la dotation « soins MCO » 2004
- (*exceptionnellement*) ajustement de la dotation annuelle complémentaire

→ **Dépenses annuelles de médicaments et DM coûteux** estimées pour 2004 (extrapolation)

→ **Mesures de mi-campagne** concernant :

- les MIGAC
- la Dotation Annuelle de Financement (DAF) des activités hors T2A

4. Les ressources des établissements publics

L'AJUSTEMENT INFRA-ANNUEL LA DM 1

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

4. Les ressources des établissements publics

ELEMENTS PRIS EN COMPTE :

L'AJUSTEMENT

INFRA-ANNUEL

LA DM 2

Présentation simplifiée

→ **Activité 2004 estimée** (extrapolation) :

= nouveau calcul de la part calculée à l'activité de la dotation « soins MCO » 2004

→ **Dépenses annuelles de médicaments et DM coûteux estimés** pour 2004 (extrapolation)

→ **Mesures de fin de campagne** concernant :

- les MIGAC
- la Dotation Annuelle de Financement (DAF) des activités hors T2A

4. Les ressources des établissements publics

L'AJUSTEMENT INFRA-ANNUEL LA DM 2

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

4. Les ressources des établissements publics

ELEMENTS PRIS EN COMPTE :

L'AJUSTEMENT

INFRA-ANNUEL

LA DM 3

Présentation simplifiée

→ **Activité 2004 estimée** (extrapolation) :

= nouveau calcul de la part calculée à l'activité de la dotation « soins MCO » 2004

→ **Dépenses annuelles de médicaments et DM coûteux réalisés** en 2004

→ **Mesures de clôture de campagne** concernant :

- les MIGAC
- la Dotation Annuelle de Financement (DAF) des activités hors T2A

4. Les ressources des établissements publics

L'AJUSTEMENT

INFRA-ANNUEL

LA DM 3

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)

LA PRISE EN COMPTE DES RESULTATS DEFINITIFS



- Le **constat définitif de l'activité** et des dépenses réelles de l'année 2004 interviendra 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).
- **L'écart entre la prévision** d'activité prise en compte en janvier 2005 pour fonder la DM d'ajustement budgétaire **et la réalisation** 2004, ainsi que l'écart entre les dépenses de médicaments et DMI coûteux inscrits au budget 2004 par cette même DM, et la dépense réelle donnent lieu à une **procédure d'ajustement par majoration ou minoration des recettes 2005**.

LE DISPOSITIF TRANSITOIRE POUR 2005



LA DETERMINATION DU BUDGET EN 2005

- ● ● ●
- ➔ dans le cadre d'une **nouvelle réglementation budgétaire et comptable**
- ➔ **Application des modalités de la T2A :**
 - application du dispositif retenu pour lisser dans le temps les effets revenus :
 - = maintien d'une **« part forfaitaire »** (= « *dotation annuelle complémentaire* ») de X % (par exemple **80 % pour 2005**) des ressources de l'activité MCO

LE CALCUL DE LA PART FORFAITAIRE EN 2005 (Exemple)



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

LA PART DES RECETTES MCO LIEE A L'ACTIVITE

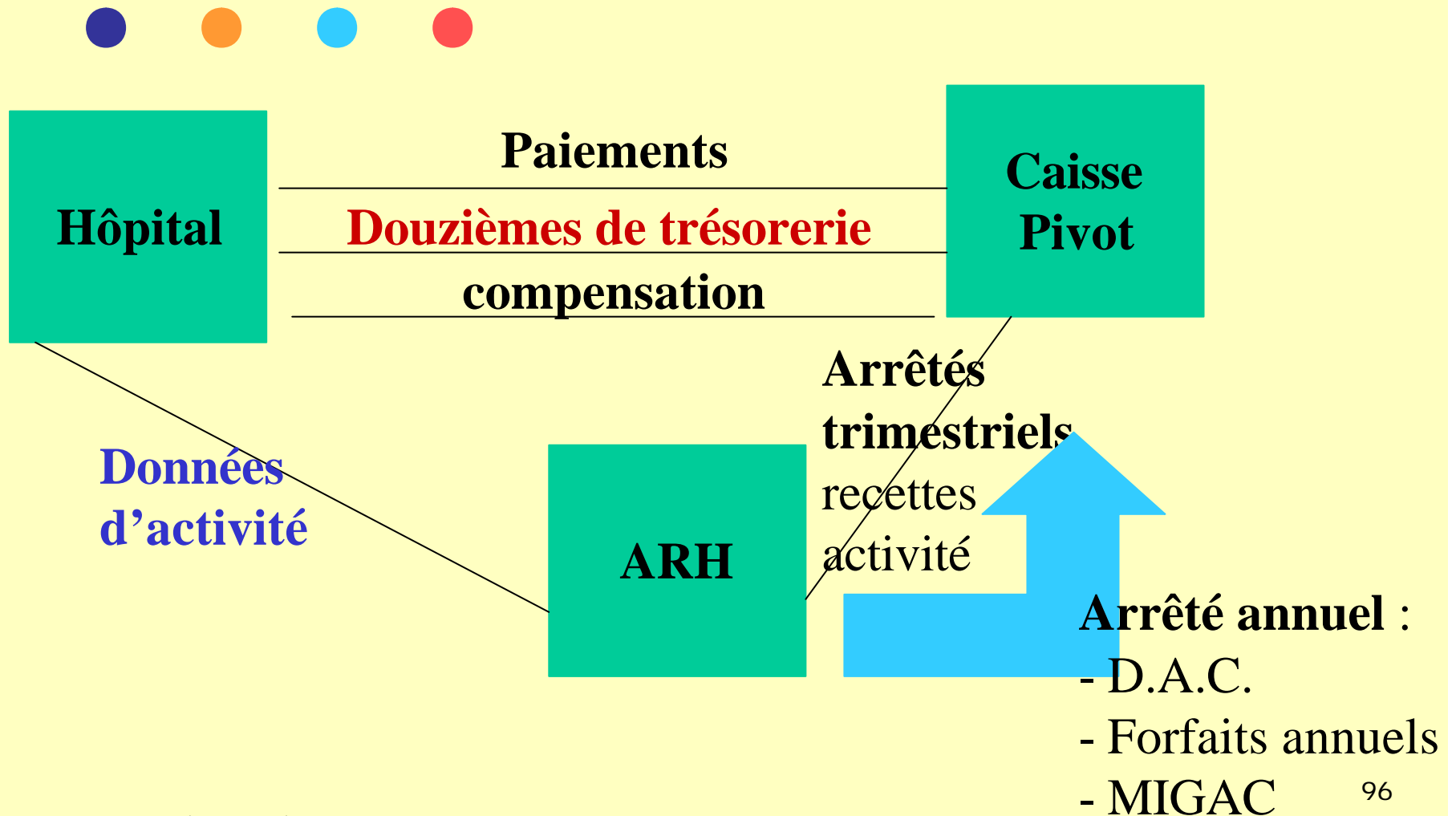


- calculée **sur la base des données d'activité transmises** par l'établissement
= **un relevé d'activité PMSI (case-mix) valorisé au tarif défini** (calcul sur la production réelle de l'établissement)

Le tarif ne couvre que la part du coût du GHS **opposable à l'assurance maladie**

- **+ médicaments et DM coûteux payés en sus**

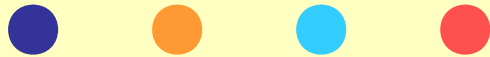
CIRCUIT DES INFORMATIONS ET DES PAIEMENTS



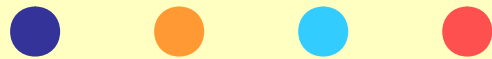
LES PROCEDURES BUDGETAIRES ET COMPTABLES

- -
 -
 -
- ➔ L'ARH fixe, avec un taux d'évolution pouvant être modulé, la **part forfaitaire des ressources de l'établissement**, les recettes correspondant aux autres **financements forfaitaires**, et arrête les **tarifs journaliers** (facturation du TM).
- ➔ La **part des recettes prévisionnelles liée à l'activité** MCO est inscrite au budget de l'établissement mais ne fait pas l'objet d'une approbation expresse (des **observations** si l'ARH juge les **prévisions de recettes** sur ou sous évaluées)
- ➔ La notion d'**Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses** (EPRD)

LE DISPOSITIF POUR 2006



LA DERNIERE ETAPE VERS LE SCHEMA CIBLE

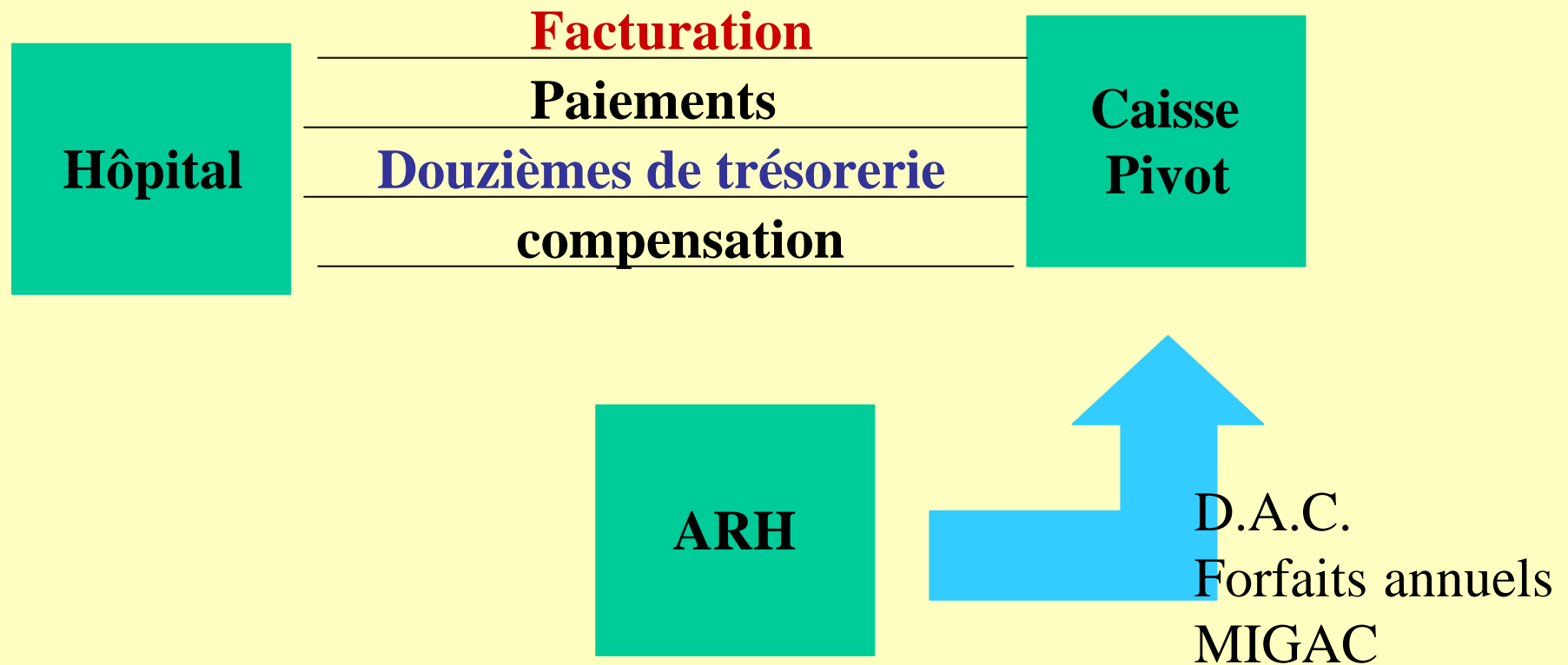


➔ aucun changement dans les procédures budgétaires mises en place en 2005.

➔ modification des **systèmes 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



5. Les contrôles et les sanctions



UN DOUBLE OBJECTIF



- ➔ 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**

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, 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

LA SANCTION DES ERREURS



- ➔ Les **erreurs induisant un paiement injustifié** par l'assurance maladie :
 - = **récupération de l'indu**
 - = **pénalité financière** possible

- ➔ Les **erreurs affectant la qualité de l'information** produite, mais sans conséquence sur le paiement par l'assurance maladie (annexe des COM) :
 - = gradation dans l'attitude des ARH (mises en garde ...)
 - = **pénalité financière** possible

6. Règles de prise en charge et ticket modérateur

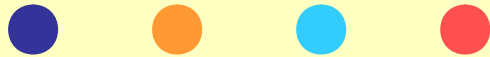


REGLES DE PRISE EN CHARGE ET TICKET MODERATEUR



- ➔ Application des **règles** de prise en charge et de détermination du ticket modérateur **actuellement suivies dans les 2 secteurs**
- ➔ Les incidences de la CCAM
- ➔ 3 conditions particulières d'application

POUR EN SAVOIR PLUS ...



Se reporter au [Document d'information](#) détaillant l'ensemble des principes et des modalités de la réforme.

Il est **téléchargeable** sur le site de la Mission :

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

Cliquer sur **Hôpital 2007** puis **Mission « Tarification à l'activité »** : le document est téléchargeable dans l'encart « **L'Actualité du projet** » ou dans la rubrique « **Les Grands Principes de la Réforme** ».

Pour contacter la Mission : **tarification-mt2a@sante.gouv.fr**