

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE



SUPPORT D'INFORMATION

Octobre 2003

SECTEUR PRIVE

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 TACHES DE LA MISSION T2A

- ● ● ●
- **Déterminer les schémas cibles et de transition** avec consultation préalable des fédérations
- **Mener des expérimentations et des simulations** dans des régions et des établissements : tester les différentes modalités de la T2A et valider, en les affinant, les options techniques
- **Relayer** auprès du Ministère (Cabinet et services) les **adaptations techniques et réglementaires nécessaires**
- **Préparer la conduite du déploiement en 2004**

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 PRIVE** : les **honoraires** restent **financés en sus** des éléments de la tarification à l'activité

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
(MEDICAMENTS, 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
(MEDICAMENTS, DM)**

(C)

*Tarifs de responsabilité
des consommables
payés en sus*

A- LES TARIFS PAR SEJOURS (GHS ET SUPPLEMENTS)



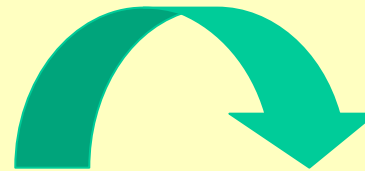
**TARIFS PAR
SEJOURS
(GHS et
suppléments)**

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 » : LA FACTURATION AU GHS



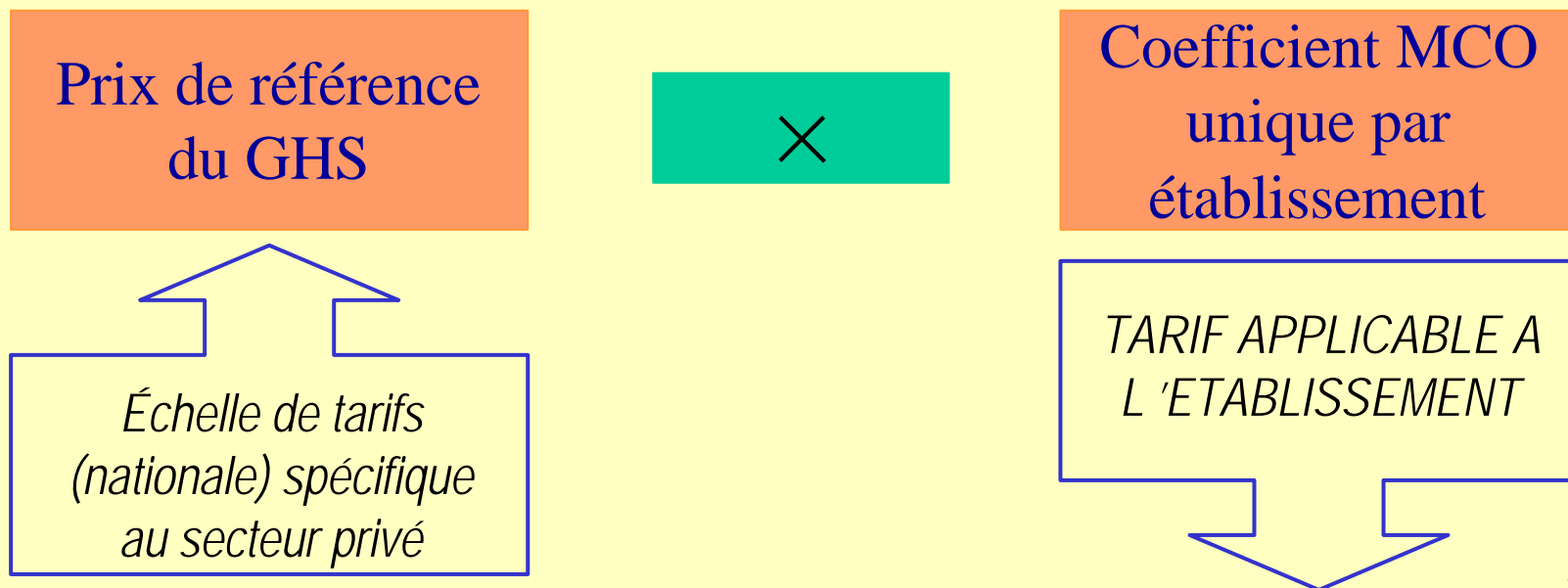
- Le GHS est **un forfait tout compris**, intégrant les prestations d'hébergement (PJ, FA1, SNS,...), d'environnement technique (FSO, ARE, FE,...)
- Les **honoraires** et les **forfaits techniques** (scanner, IRM,...) restent facturés **en sus du GHS**

SECTEUR « PRIVE » : LES TARIFS DES GHS



LE PRINCIPE :

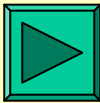
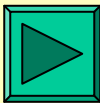
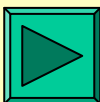
Un **coefficient correcteur MCO** est appliqué aux tarifs nationaux des GHS



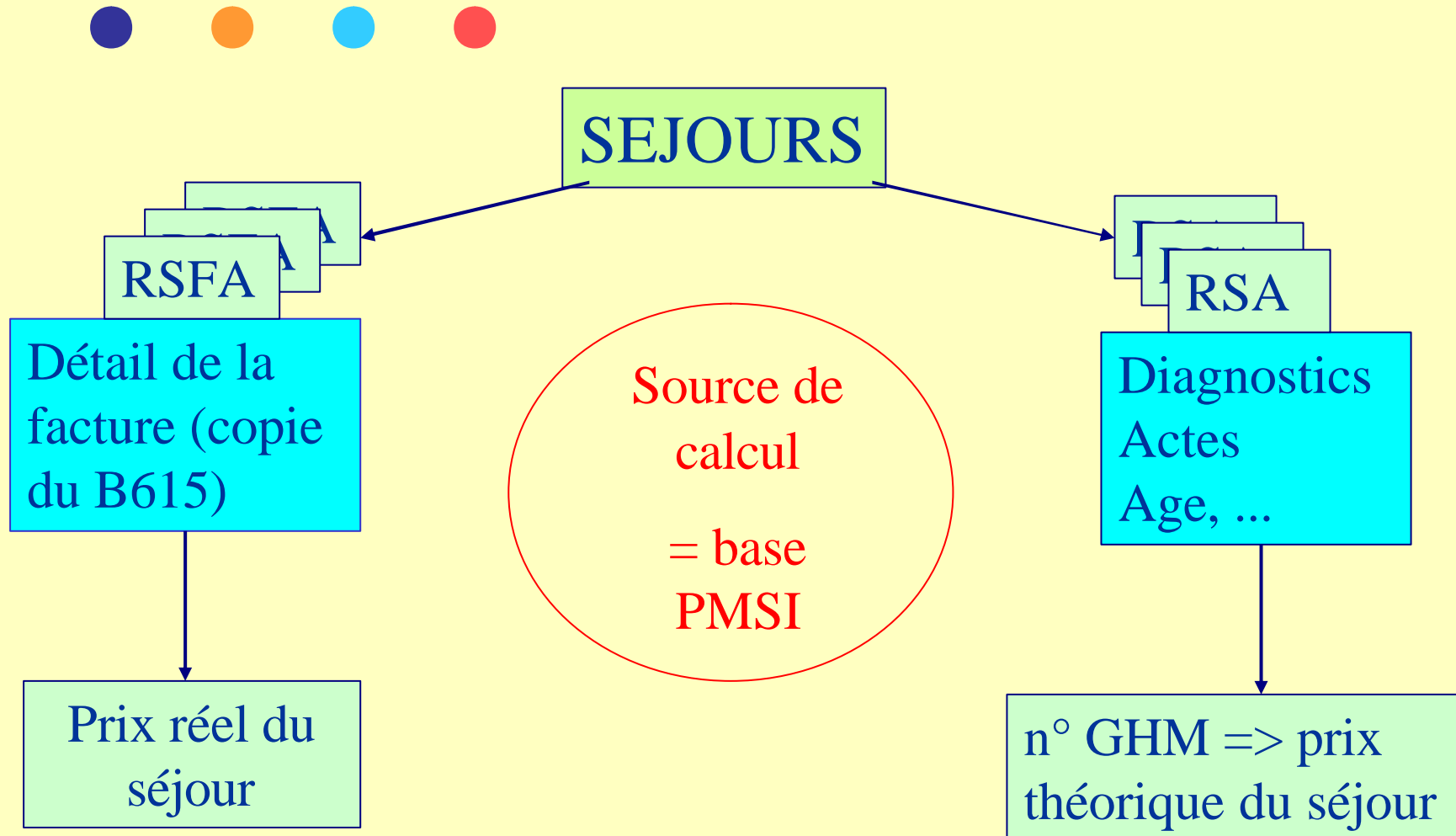
SECTEUR « PRIVE » : LE COEFFICIENT MCO



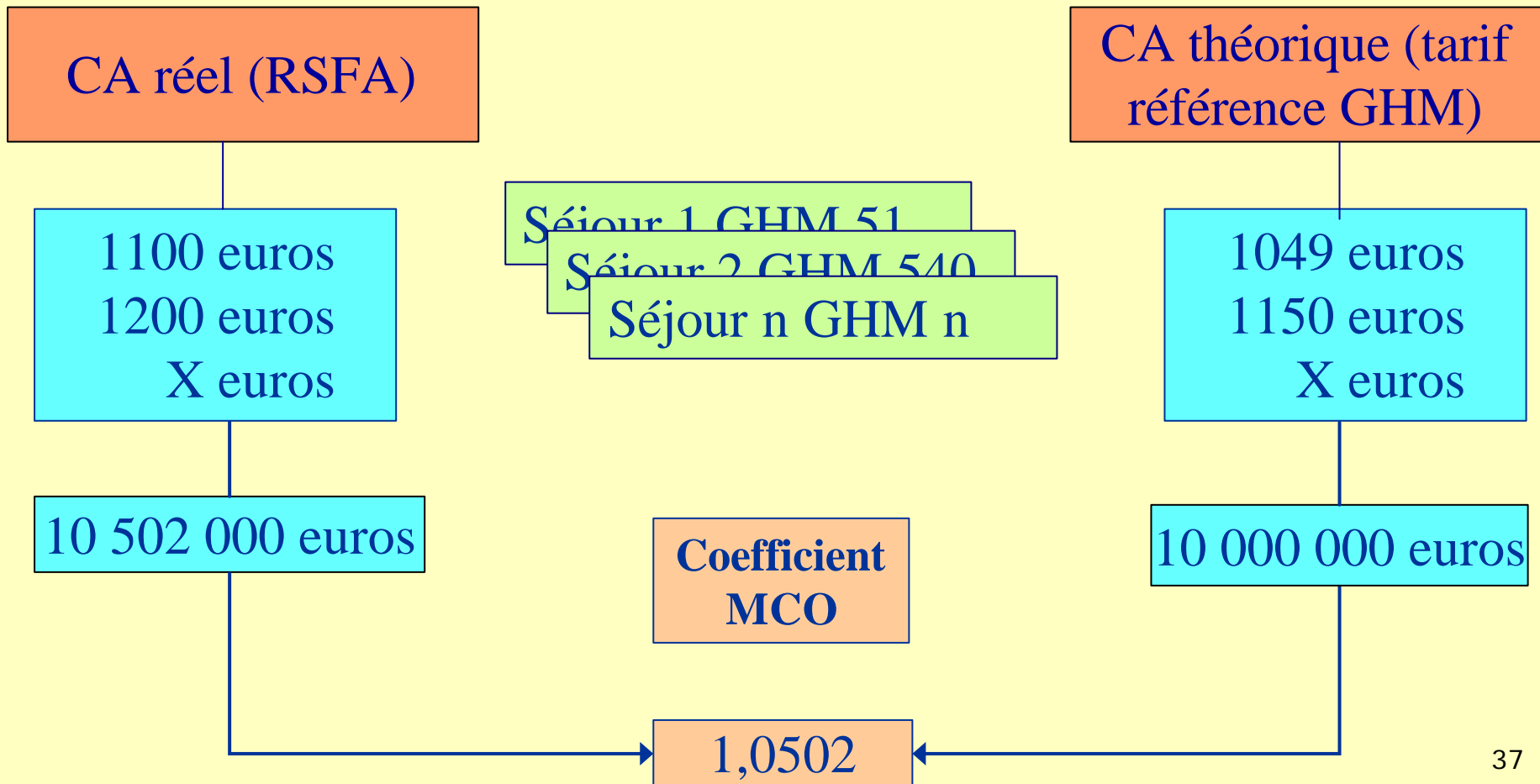
Coefficient correcteur composite
fixé sur la base du niveau constaté de sur ou sous dotation

Haute technicité		Maintien des rémunérations perçues au titre du classement en soins particulièrement coûteux (SPC) jusqu'à application des SROS réanimat°
Surcoûts structurels		Prise en compte de surcoûts « objectifs » liés à l'implantation géographique
Transition		Sur ou sous dotation (hors classement SPC et surcoûts structurels) à harmoniser progressivement

SECTEUR « PRIVE » : CALCUL DU COEFFICIENT MCO



SECTEUR « PRIVE » : CALCUL DU COEFFICIENT MCO



SECTEUR « PRIVE » : POURQUOI UNE PRISE EN COMPTE DE LA « HAUTE TECHNICITE » ?



- dans certains GHM co-existent des séjours dont la facturation relève pour tout ou partie de DMT différentes
- or, certaines DMT bénéficient d'un tarif spécifique car elles rémunèrent un environnement particulier
- il s'agit donc de ne pas reprendre lors du passage à la T2A l'argent octroyé par le biais de reconnaissance tarifaire (SPC, ...)
- pour cela, il faut élaborer des classes de DMT en fonction de l'environnement qu'elles rémunèrent

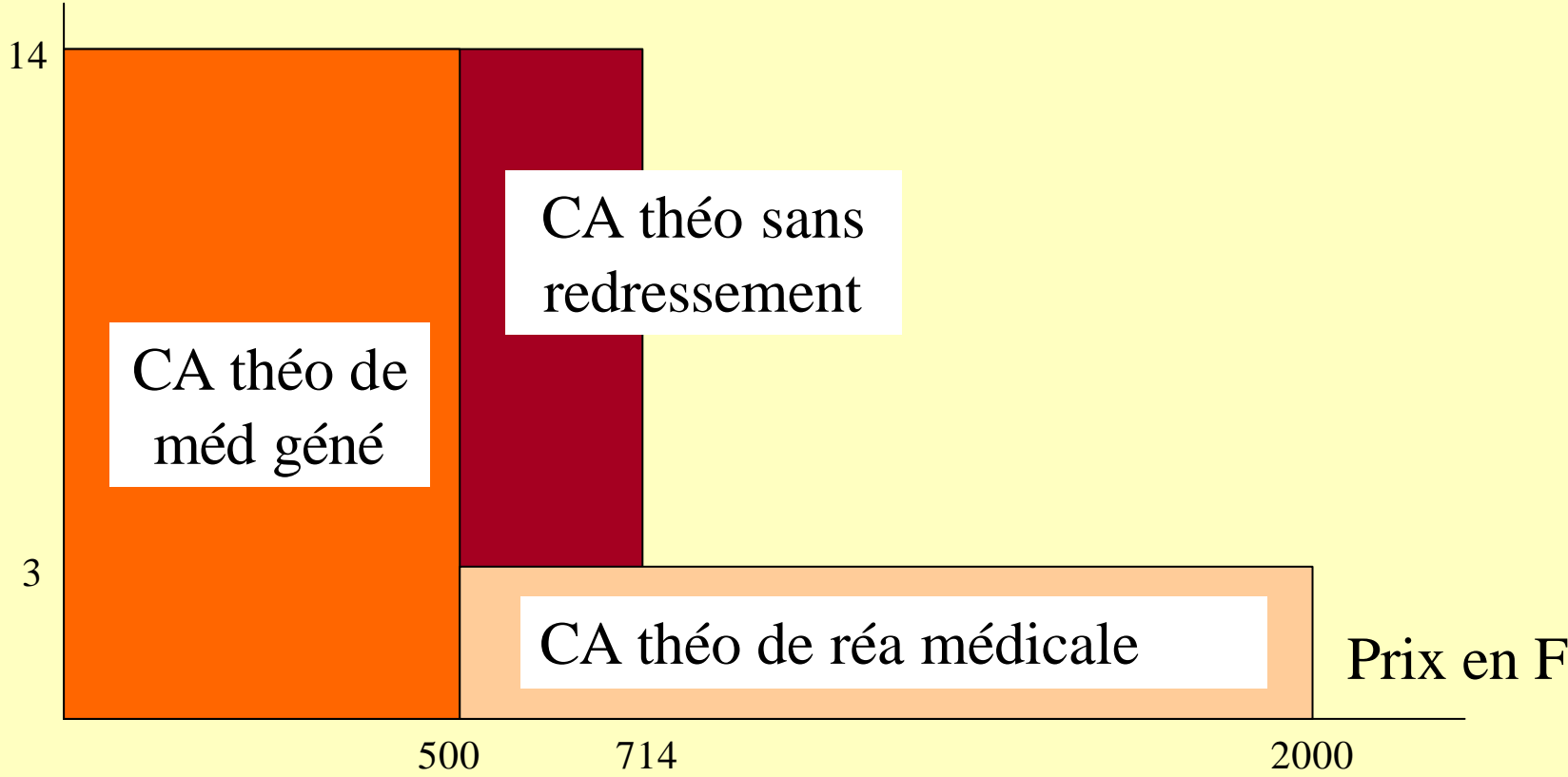
SECTEUR « PRIVE » : « HAUTE TECHNICITE » : METHODE ENVISAGEE (1)

GHM X	DMT médecine générale				DMT réa méd		Total séjour
	PJ		FSO		PJ		
	Nb Jr	Px	Nb K	Px	Nb Jr	Px	
Clin 1	14	550 F	100	20 F			9 700 F
Clin 2	10	430 F	150	20 F	4	2 000 F	15 300 F
Clin 3	12	500 F	125	20 F	2	2 000 F	12 500 F
Moyenne	12	500 F	125	20 F	3	2 000 F	
	=> 14 j X 714 F + 125 Kfso X 20 F						
	=> 10 000 F + 2 500 F = 12 500 F						

2. Les modalités de financement

SECTEUR « PRIVE » : « HAUTE TECHNICITE » : METHODE ENVISAGEE (2)

● ● ● ●
 Vol en Jr



SECTEUR « PRIVE » : DECOMPOSITION ET CONVERGENCE DU COEFFICIENT MCO



Intitulés	Calculs	année 1	année 2...
Coefficient MCO dont	a	1,0502	1,0522
Haute technicité	b	1,0202	1,0202
Surcoûts structurels	c	1,0400	1,0400
Transition	$d = a/(bc)$	0,9898	0,9917
Convergence : hypo = linéaire en 5 ans	$e = (1-d)/5$	0,0020	0,0020

SECTEUR « PRIVE » : TRANSPARENCE DU CALCUL DU COEFFICIENT MCO



Production et diffusion de la méthodologie précise et de tableaux par établissement explicitant les calculs :

- détermination du champ des données PMSI
- nettoyage des données PMSI 2002
- re-groupage en version 7.9
- actualisation en tarifs 2003
- calcul des coefficients MCO
- décomposition du coefficient MCO

SECTEUR « PRIVE » : FORMAT DES SUPPORTS DE FACTURATION



Sur le site de la **CNAMTS** : www.ameli.fr

- Cahier des charges **normes B2** inter-régimes – (Février 2003)
- Nouveau bordereau de facturation des séjours en établissements de santé privés (**B 615**) – (Mars 2003)

SECTEUR « PRIVE » : TEST DU CIRCUIT DE FACTURATION (1)



Phase 1 : Test sur des flux non chiffrés (support disquette) :
validation structure norme B2

Phase 2 : Test sur des flux chiffrés : **validation** de la
procédure de **chiffrement (clinique)** et de
déchiffrement (assurance maladie)

➔ *Cliniques expérimentatrices* : 15 septembre 2003

➔ **Toutes les cliniques** : début **Novembre 2003**

SECTEUR « PRIVE » : TEST DU CIRCUIT DE FACTURATION (2)



à partir de début Novembre 2003 :

Mise en place par la **CNAMTS** d'un observatoire :

- Suivi de la montée en charge de la **capacité de facturation** des cliniques
- Suivi de la montée en charge de la **capacité de liquidation** des régimes et sections locales mutualistes

SECTEUR « PRIVE » : LES CHARGES DE STRUCTURES



➔ Les tarifs fixés au plan national intègrent les
coûts de structures

(amortissements immobiliers et frais financiers notamment)

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

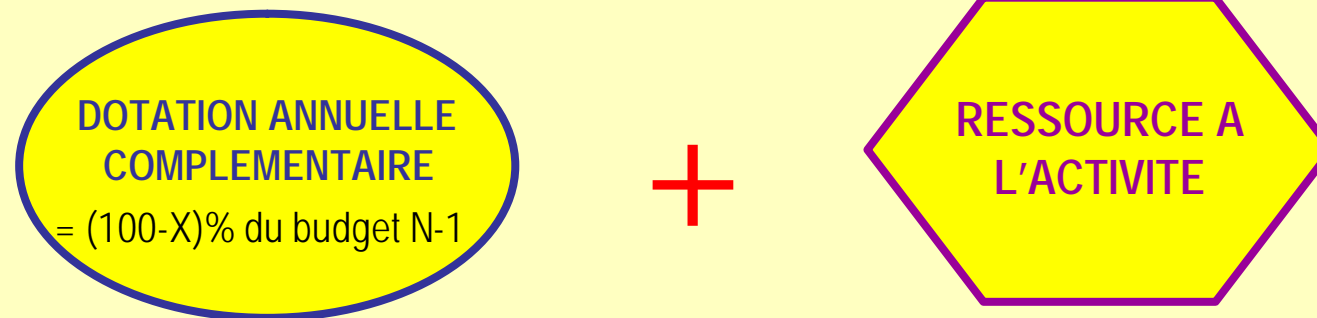


SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LA GESTION DE LA TRANSITION



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

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

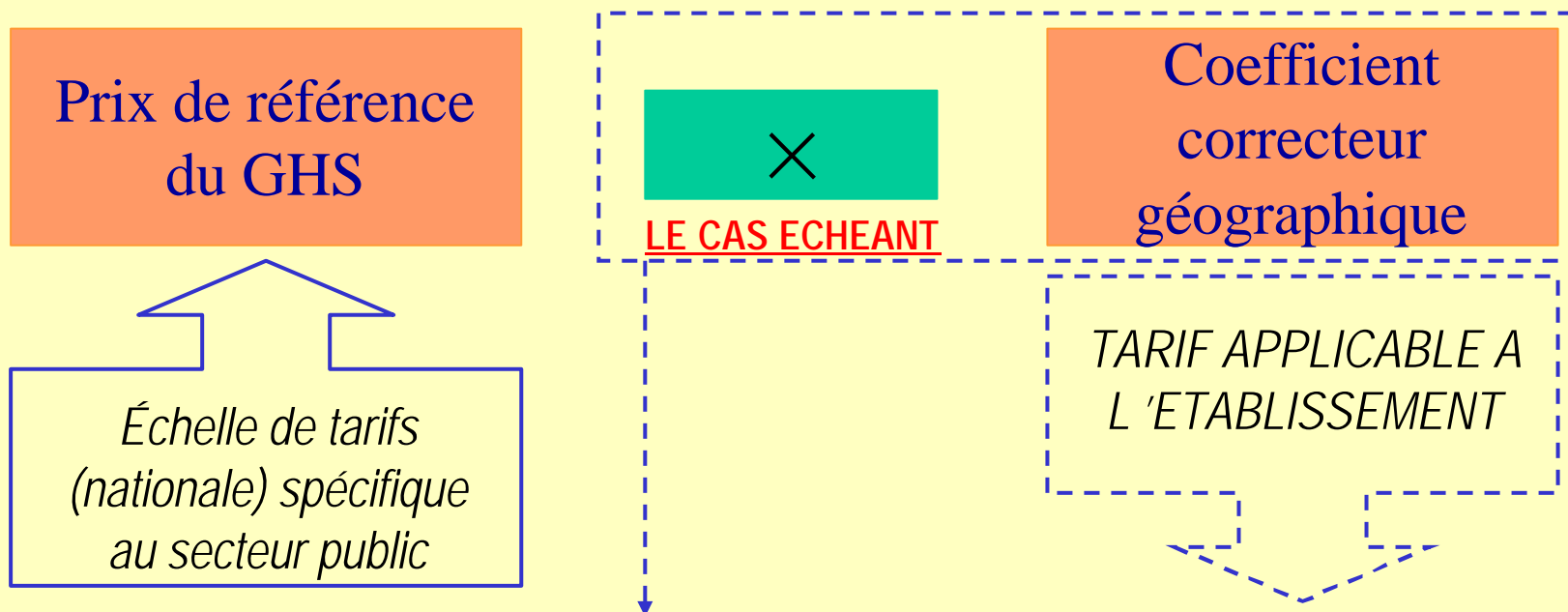


➔ La part de la « dotation annuelle complémentaire » a
vocation à diminuer d'une année sur l'autre

SECTEUR « PUBLIC ET PSPH » : LES 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

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 « PRIVE » : 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 PRIVE** : en **2004** : prise en compte à travers la
composante « classement SPC » du coefficient correcteur jusqu'à
application des SROS « réanimation »

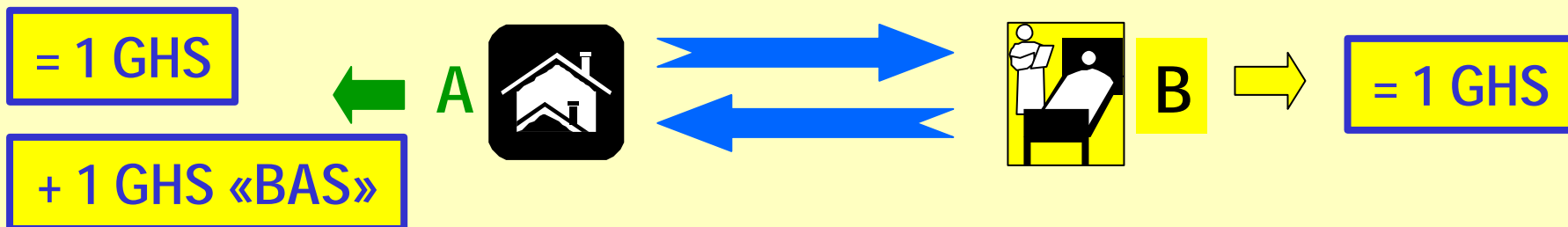
LES ECHANGES INTER-ETABLISSEMENTS

-
-
-
-

→ 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 PRIVE** : convergence vers les tarifs de référence
(mise en œuvre par les ARH)

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

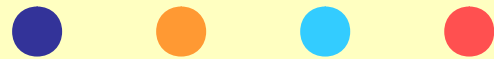
➔ facturation limitée par les **capacités fixées contractuellement** de prise en charge de l'établissement (COM)

B- LES TARIFS DES ACTIVITES NON DECRITES PAR LES GHS



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

SECTEUR « PRIVE » : 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 PRIVE** : Facturation des **honoraires en sus**

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.

C- LE PAIEMENT EN SUS DE CERTAINS CONSOMMABLES



PAIEMENTS EN SUS
(MÉDICAMENTS, DM)

SECTEUR « PRIVE » : LES MEDICAMENTS (1)

- ● ● ●
- ➔ **Vocation à être inclus** dans le tarif des GHS
- ➔ **SECTEUR PRIVE** : en **2004**, maintien du système actuel
- ➔ en **2005**, **paiement en sus** de certains médicaments (y compris en hospitalisation complète), qui sont à la fois **onéreux** et introduisent **une hétérogénéité dans les forfaits au séjour** (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 « PRIVE » : LES DISPOSITIFS MEDICAUX (PROTHESES) (2)



SECTEUR PRIVE :

en 2004, maintien du **paiement en sus** des DMI, **sauf pour l'ophtalmologie** où les DMI sont peu onéreux et n'introduisent pas d'hétérogénéité dans les forfaits au séjour (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



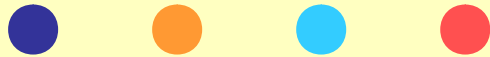
FORFAITS ANNUELS
(URGENCES, PO)

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

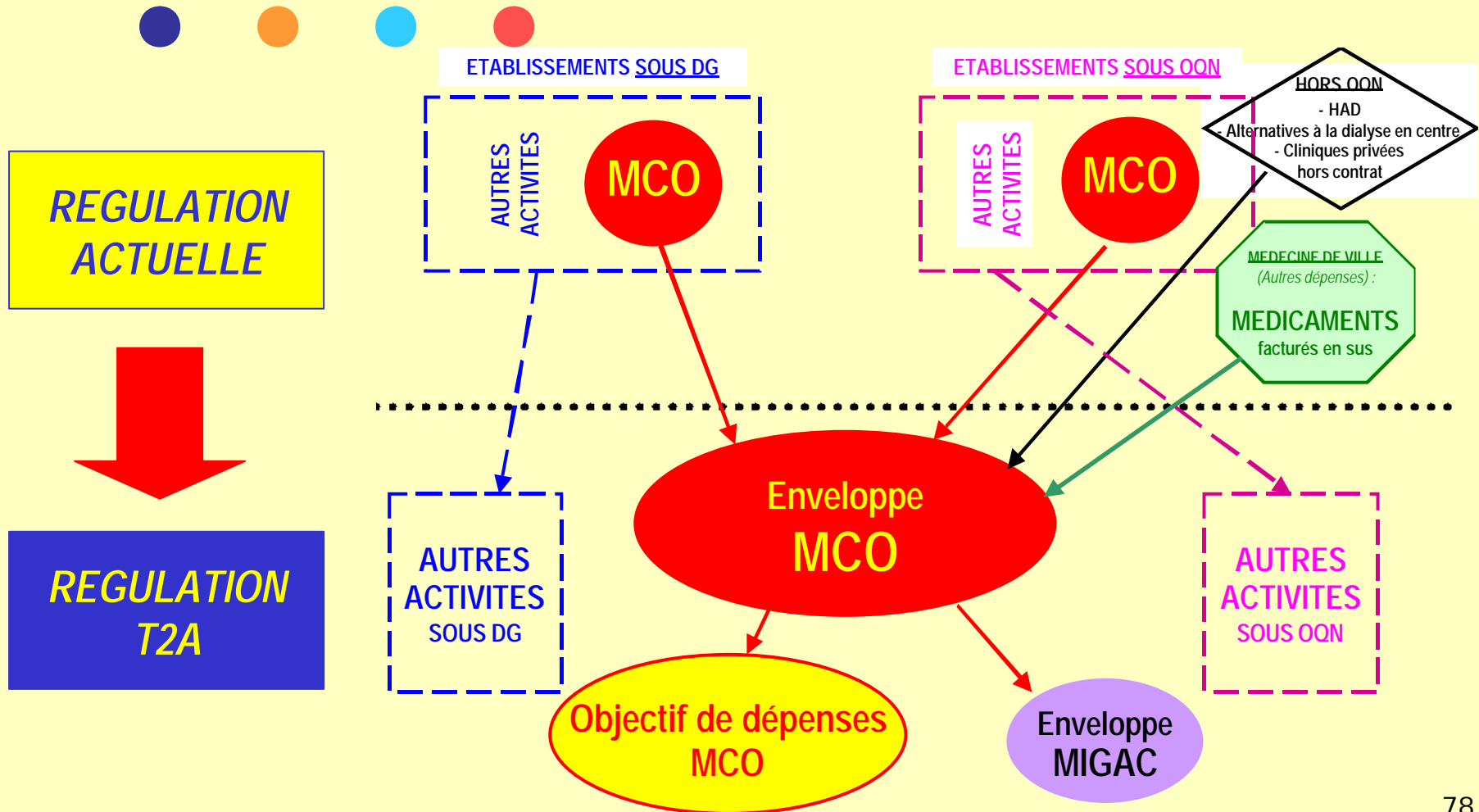
➔ allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis **régionalement** et s'appuyant sur les **orientations du SROS** et sur l'amélioration de la **qualité des soins**

➔ *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 DECOUPPAGE 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

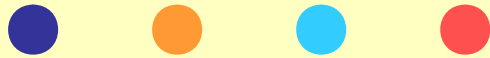
→ **En cas de dépassement constaté en fin d'année N** :

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

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

l'année **N+1**

4. 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

5. 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**