

Annexe IV-1 Evolution du modèle de financement des activités MCO

La construction tarifaire s'appuie principalement, en 2009, sur la disponibilité de nouvelles données de coûts, issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC 2006) ainsi que d'une nouvelle classification des GHM (V11).

1. L'échelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC 2006)

Pour les établissements ex DG, les tarifs affectés à chaque GHS depuis 2005 étaient principalement basés sur l'échelle de coûts 2002-2003. Pour les établissements de santé anciennement sous OQN, en l'absence de données relatives aux coûts, les tarifs étaient déterminés par la moyenne des tarifs historiques à la journée et à l'acte.

La réalisation de l'objectif de convergence intersectorielle nécessitait de pouvoir évaluer les coûts respectifs des deux secteurs au moyen d'outils et selon une méthodologie comparables.

La définition de cette méthodologie commune a été réalisée en concertation avec les fédérations d'établissements. L'étude a porté sur un échantillon d'établissements sélectionnés dans chacun des deux secteurs en utilisant les données de l'année 2006. Elle a conduit à établir des hiérarchies de coûts par GHM, propres à chacun des secteurs, mais élaborées de manière comparable.

Ces modifications méthodologiques, l'évolution de la composition de l'échantillon pour le secteur ex DG ainsi que des évolutions dans les paramètres de redressement des données issues de l'échantillon conduisent à des évolutions sensibles dans la valorisation des tarifs 2009. Dans le secteur ex-OQN, la prise en compte des données de coût, bien que prudente pour cette première année, conduit à des évolutions tarifaires significatives pour 2009.

2. La 11^{ème} version de la classification des groupes homogènes de malades

Le référentiel de classification des séjours est en constante évolution afin d'améliorer la description et la valorisation de l'activité produite.

Les principales évolutions de cette 11^{ème} version sont les suivantes :

- décomposition de la plupart des GHM en 4 niveaux de sévérité, représentatifs de l'état du patient par la prise en compte améliorée et élargie des complications et morbidités associées (CMA) ainsi que des effets de l'âge ;
- redéfinition du diagnostic principal (DP) davantage fondé sur la raison de la venue du patient à l'hôpital et non plus sur le motif de prise en charge ayant mobilisé la plus grande part des ressources médicales, en cohérence avec l'introduction des niveaux de sévérité ;
- suppression de la CM 24 et création, au sein des racines de GHM concernées, de véritables groupes de chirurgie ambulatoire (date d'entrée = date de sortie) ;
- création de groupes "d'explorations et surveillance" non éligibles aux niveaux de sévérité
- création de GHM de très courte durée destinés à résoudre le problème des séjours inférieurs à 2 jours dans les GHM médicaux à DMS élevée ;
- créations de nouvelles racines et ajustement de certains GHM.

Cette évolution de la classification, préparée en concertation avec les professionnels, améliore ainsi l'homogénéité des GHM de base (niveau 1 de sévérité, sans complications et morbidités associées), notamment les GHM médicaux, et valorise plus justement les séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4 de sévérité. Elle permet également de repérer les séjours strictement ambulatoires, lesquels, dans l'actuelle V10, sont intégrés aux séjours de moins de 2 jours de la CM 24. Il résulte de cette évolution une augmentation sensible du nombre de GHM qui passe de près de 800 à 2 291.

Cette nouvelle version de la classification apporte donc des modifications significatives dans l'identification des séjours avec, pour conséquence, des effets revenus dépendants de l'activité réalisée.

3. La méthode de construction des tarifs

La construction des tarifs 2009 comporte 3 étapes : définition de tarifs "bruts", de "tarifs repères", enfin de tarifs "initiaux".

Pour chaque secteur, les tarifs "bruts" sont issus de l'application de la classification V11 et respectent la hiérarchie des coûts ENCC. Ils répartissent une recette identique à l'objectif de dépenses MCO par les établissements.

Les tarifs "repères" résultent de l'application de certaines contraintes pour préserver les orientations des politiques publiques, notamment par la limitation des effets revenus sur la prise en charge du cancer, sur les soins palliatifs, sur les activités lourdes (craniotomies, transplantations, chirurgie cardiaque ...), ainsi que de la poursuite de politiques tarifaires incitatives sur la périnatalité et la chirurgie ambulatoire.

Enfin, les tarifs "initiaux 2009" sont obtenus après application d'une contrainte visant à limiter les effets revenus par grand type d'activité (CMD, sous-CMD) ou par type de prise en charge (chirurgie ambulatoire)

4. L'évolution des modalités de facturation des séjours

L'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO du 19 février 2009 remplace le coefficient de minoration applicable aux séjours dont la durée est inférieure aux bornes basses définies dans l'arrêté tarifaire par les modalités de facturation suivantes :

- un forfait au séjour est déduit du montant du GHS dans les cas où existent des niveaux de sévérité inférieurs pour ce GHS ;
- lorsqu'il n'existe pas de niveau inférieur, un montant journalier à multiplier par le nombre de jours correspondant à la différence entre la borne basse et la durée réelle du séjour est déduit du montant du GHS. Lorsque la durée de séjour est de 0 jour, le nombre de jours est remplacé par la valeur 0,5.

Annexe IV- 2 Le financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH)

La sujétion particulière que représente l'obligation d'assurer une permanence des soins, dans les établissements hospitaliers, les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés introduit un surcoût pour les établissements qui en assurent la charge, qui doit faire l'objet d'un financement spécifique.

Cette reconnaissance participe, du fait d'une meilleure cohérence du contenu des tarifs, à la convergence intra et inter sectorielle.

Ce sujet a été limité, pour 2009, au seul périmètre des permanences sur place et des astreintes à domicile réalisées par les médecins, à l'exclusion des structures d'urgence (service des urgences, SAMU, SMUR), qui font déjà l'objet de financements particuliers. Les établissements privés ex OQN ne sont pas concernés dans la mesure où les médecins assurant la permanence des soins sont aujourd'hui rémunérés par honoraires. Les travaux sont poursuivis pour prendre en compte les autres charges liées à la permanence des soins, concernant notamment les personnels non médicaux et les plateaux techniques.

Une méthodologie de recueil a été élaborée en concertation avec les fédérations hospitalières et avec l'aide d'un prestataire extérieur. Testée au premier semestre 2008 auprès de quelques ARH, elle a permis de déployer une enquête nationale auprès de l'ensemble établissements de santé, via les ARH.

Les coûts unitaires annuels des lignes de garde et d'astreinte des personnels médicaux ont été pris en compte de la manière suivante :

- coût moyen d'une ligne de garde pour un sénior : 416 720 euros ;
- coût moyen d'une ligne de garde pour un junior : 173 030 euros ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte opérationnelle : 29 190 euros (74 500 euros avec déplacements) ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte de sécurité : 130 030 euros ;
- coût moyen d'une ligne d'astreinte forfaitisée : 21 150 euros (30 220 euros avec déplacements).

En gardant à l'esprit les difficultés portant sur la juste distinction entre les coûts liés à la PDSH et ceux liés à la continuité des soins au profit des patients déjà hospitalisés, le coût "assurance maladie" a été estimé à 633 millions d'euros pour 2009 avec effet au 1^{er} mars (soit 760 millions d'euros en année pleine).

Le principe retenu est de retrancher de la masse tarifaire globale les moyens ainsi évalués et, dans un premier temps, de réallouer ces moyens aux régions à due concurrence de la perte tarifaire par le biais de la MIG ad hoc créée à cet effet. Une simulation de l'impact de cette baisse tarifaire sur les établissements de santé de votre région vous sera transmise dans les prochains jours. Je vous demande de répartir cette enveloppe entre les établissements de santé sur ce critère. Les ARH qui ont préalablement défini une organisation régionale de la permanence des soins hospitalière peuvent moduler la répartition des dotations entre établissements, pour un montant maximum de 10% de l'enveloppe régionale, en fonction de l'organisation cible de la PDSH.

Cette marge de manœuvre des ARH sera progressivement augmentée les années suivantes, l'objectif à terme étant d'allouer les moyens exclusivement au profit des établissements supportant effectivement la charge de la PDSH, selon une organisation à contractualiser dans une perspective de recomposition des organisations actuelles en cohérence avec les SROS.

Annexe IV- 3 Le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité

Les études diverses menées notamment par la DREES et par des établissements ont démontré un impact en termes de surcoûts pour les établissements prenant en charge des patients en situation de précarité.

S'agissant de l'accueil de ces populations et de leur prise en charge sanitaire, on peut retenir, d'une part, un impact structurel lié à l'obligation pour l'établissement de mobiliser des moyens humains et matériels renforcés et, d'autre part, un impact sur les soins lié notamment à l'augmentation des durées moyennes de séjour des patients les plus précaires.

Une étude MT2A/DHOS réalisée avec l'aide d'un prestataire, s'appuyant sur une enquête nationale auprès de l'ensemble des établissements via les ARH, a permis d'évaluer ces impacts, d'estimer certains surcoûts, et de valoriser pour 2009 une première dotation représentative de ces surcoûts à hauteur de 100 millions d'euros.

Le principe retenu est de retrancher de la masse tarifaire globale le montant de la dotation ainsi évaluée et de réallouer ce montant de manière ciblée, au titre des missions d'intérêt général, aux établissements prenant effectivement en charge le plus de patients en situation de précarité.

Le montant de la dotation sera prélevé pour 95 millions d'euros sur la base tarifs du secteur ex DG et pour 5 millions d'euros sur la base tarifs du secteur ex OQN. Les marqueurs disponibles à ce jour, utilisés pour la réallocation de la dotation aux établissements, seront essentiellement administratifs : CMU/CMUC, AME/AMESU (système d'information de l'assurance maladie).

La liste des établissements éligibles qui vous sera communiquée a été limitée aux établissements accueillant le plus significativement ces populations.

Annexe IV- 4 Les autres évolutions du modèle de financement des activités MCO

1. Le financement de la surveillance continue

Des travaux ont été engagés avec les fédérations d'établissements et les sociétés savantes depuis plus de deux ans afin de réviser le financement de la surveillance continue, dans un contexte de grande hétérogénéité entre établissements. L'objectif était de définir un financement qui tienne compte de la lourdeur des prises en charge des patients dont l'état clinique nécessite ce type de surveillance.

Le dispositif retenu sélectionne les séjours éligibles au supplément SC d'une part sur la présence du malade dans une unité reconnue, et d'autre part sur l'existence de critères liés au malade (diagnostics, actes, indice de gravité, sortie de réanimation).

Ces critères d'éligibilité définis dans l'arrêté "prestations", sont les suivants :

- malades sortant de réanimation (supplément réanimation facturé)
ou
- IGS sans l'âge ≥ 7 et le diagnostic principal établi est l'un de ceux de liste dite diagnostique
ou
- IGS sans l'âge ≥ 15
ou
- acte de la liste des interventions pouvant nécessiter une surveillance répétée et méthodique.

Les autres séjours réalisés au sein de l'unité de surveillance continue n'ouvrent droit à aucun supplément.

Les tarifs du supplément de surveillance continue sont revalorisés en conséquence.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, les suppléments liés au classement (SRA et SSC) sont supprimés à compter du 1er mars 2009. Il est par conséquent indispensable que les autorisations ou reconnaissances contractuelles d'unités de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue soient finalisées à cette date.

Pour rappel, les établissements n'ayant pas encore effectué la visite de conformité de leur unité de réanimation peuvent, ainsi que l'arrêté prestations le prévoit, facturer les suppléments REA et STF, dès obtention de la notification de leur autorisation lorsqu'il s'agit d'une poursuite d'activité.

2. Le financement de l'accueil et du traitement des urgences

L'arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale du 19 février 2009 prévoit la facturation d'un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) dès lors que des soins non programmés et non suivis d'hospitalisation sont délivrés aux patients dans un établissement autorisé pour la médecine d'urgence. Les modalités de facturation et de valorisation du forfait ATU par les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale feront l'objet d'une circulaire spécifique.

Par ailleurs, le montant du forfait d'accueil aux urgences (FAU) pour 2009 sera déterminé selon les mêmes modalités qu'en 2008, sur la base du nombre total de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Vous mobiliserez à cet effet les données disponibles dans FICHSUP.

3. Le coefficient haute technicité

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 25 février 2008 relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements du secteur ex-OQN, la valeur de ce coefficient est portée à 1 à compter du 1^{er} mars 2009.

Parallèlement, il est versé aux établissements concernés un forfait de haute technicité qui s'élève à 75% du montant calculé selon les modalités définies à l'annexe de l'arrêté susmentionné.

Le complément (soit 25% du montant « haute technicité ») constitue une enveloppe financière de 59,1 millions d'euros qui est reversée dans la masse tarifaire selon les modalités suivantes :

- une liste de 62 GHM dits de haute technicité a été établie en concertation avec les fédérations ; en 2009, la majeure partie de cette enveloppe financière disponible abonde les GHM de cette liste ;
- le complément est déversé sur les autres GHM de chirurgie.

Annexe IV-5 : Les dispositions relatives aux médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus

Les dépenses au titre des médicaments onéreux à l'hôpital (dites spécialités pharmaceutiques financées en sus des prestations d'hospitalisation) ont connu ces dernières années une croissance annuelle très importante, largement supérieure à 10 %, pesant lourdement sur l'ONDAM.

Afin de maîtriser cette évolution, les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des tarifs de prestations sont soumis à un mode de régulation spécifique :

- le tarif de remboursement est fixé par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis du Comité économique des produits de santé, en fonction du prix de vente déclaré par le fabricant ;
- le remboursement est conditionné à l'engagement par les établissements de conclure avec l'ARH un contrat de bon usage dont le non respect entraîne l'application d'un abattement sur le tarif de remboursement qui peut aller jusqu'à 30%.

Ce dispositif a été complété par diverses mesures introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et par la poursuite de l'intégration des DMI dans les GHS.

1. La fixation d'un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus (article L162-22-7-2 du code de la sécurité sociale)

Cette disposition privilégie la maîtrise des dépenses par l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficacité des soins, fondée sur des référentiels médicaux. Elle renforce et élargit le champ des contrats de bon usage signés entre un établissement de santé, l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie.

La mesure repose sur un mécanisme se décomposant en 3 étapes, les deux dernières reposant sur les ARH:

- **1ère étape (nationale)** : au début l'année N, une analyse nationale est conduite par l'Etat sur l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations inscrits sur la liste en sus (comparaison entre régions, entre établissements). L'Etat fixe par arrêté un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de la liste en sus. **Ce taux s'élève à 10% pour l'année 2009 (publication en cours).**
- **2ème étape (régionale)** : à la fin de l'année N, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) examinent l'évolution annuelle des pratiques de prescriptions de spécialités, produits et prestations de la liste en sus des établissements de santé de leur ressort au regard :
 - a) de l'analyse nationale menée par l'Etat ;
 - b) des référentiels et recommandations médico économiques élaborés par la HAS, l'INCA et l'AFSSAPS ;
 - c) du taux prévisionnel d'évolution qui a été arrêté par l'Etat.

Si l'ARH considère que le dépassement du taux d'évolution résulte de pratiques de prescription non conformes aux préconisations nationales, elle conclut un plan d'action d'un an avec l'établissement (et l'assurance maladie) visant à corriger les dérives constatées par l'amélioration des pratiques hospitalières.

- **3ème étape (régionale)** : conclusion et suivi du plan d'action (N+1 et N+2) :

Le plan d'action est conclu en début d'année N+1 pour une durée d'un an, il sera évalué en N+2, année au cours de laquelle l'ARH pourra, le cas échéant, au vu de l'évaluation de la mise en œuvre du plan, prononcer des baisses de taux de remboursement.

Les modalités précises d'application de cette disposition seront communiquées par voie de circulaire à la fin du premier semestre 2009.

2. L'identification du prescripteur de médicaments de la liste en sus par un numéro personnel

Le II de l'article 47 soumet la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes aux prescriptions de spécialités pharmaceutiques de la liste en sus à l'identification du prescripteur par un numéro personnel (numéro personnel des médecins ou RPPS mentionné à l'article L. 162-5-15 du même code). Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2010.

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre plus large de la régulation des dépenses de soins de ville et du report sur les dépenses de ville des prescriptions hospitalières. A cette fin, il faudra procéder à la mise en place, dans les établissements de santé, des systèmes d'information nécessaires.

3. L'encadrement des prescriptions initiales des médicaments orphelins

Cet encadrement, entrant en vigueur à compter du 1er janvier 2009 (article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale), prévoit que l'assurance maladie prend en charge les médicaments orphelins (inscrits sur la liste en sus) sous réserve que le centre de référence maladie rares ou l'un des centres de compétences qui lui sont rattachés ait validé la prescription initiale pour le traitement envisagé. Les modalités d'application de la mesure vous seront communiquées ultérieurement.

4. La facturation à l'assurance maladie des médicaments classés par leur AMM en "prescription hospitalière et administration dans un environnement hospitalier » lorsqu'ils ont administrés sur un patient non hospitalisé

Les spécialités pharmaceutiques classées dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé (articles R.5121-85 et R.5121-86 du code de la santé publique).

L'article L.162-27 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge de la spécialité concernée, en plus des actes et consultations, sur la base, soit, si la spécialité est par ailleurs inscrite sur la liste en sus, du tarif de responsabilité (prévu à l'article L. 162-16-6), soit, si tel n'est pas le cas, au tarif fixé par le comité économique des produits de santé, dans des conditions similaires à la liste "en sus".

Les établissements de santé recevront des consignes sur les modalités d'enregistrement de ces spécialités dans le fichier de "facturation" des consultations externes (RSF ACE).

5. L'intégration des certains dispositifs médicaux implantables dans les tarifs des GHS

La dynamique d'intégration sélective des DMI dans les GHS et d'harmonisation des listes en sus entre les deux secteurs se poursuit en 2009 avec :

- **l'intégration dans les GHS du secteur privé**

- des implants de réfection de paroi (y compris barrières anti-adhérences ; montant financier de l'ordre de 23 millions d'euros) ;
 - des implants de colposuspension (montant financier de l'ordre de 11 millions d'euros) ;
- **l'inscription sur la liste remboursable en sus dans les deux secteurs :**
- des ligaments artificiels (montant financier de l'ordre de 3,2 millions d'euros) ;
 - des implants tendineux (montant financier de l'ordre de 1,3 million d'euros).

Il est par ailleurs donné un signe dans le sens de l'intégration pour des DMI actuellement sur liste en incluant les grains d'iode dans le tarif du GHS des deux secteurs.