

RAPPEL DES ENJEUX, DES MODALITÉS, DES SCHEMAS CIBLES ET TRANSITOIRES

INTRODUCTION

Les modalités de financement des établissements de santé ont été profondément modifiées depuis 2004 (Loi n° 2003-1199 de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003, articles 22 à 34¹). Cette évolution a pour finalités de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités d'allocation de ressources entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs.

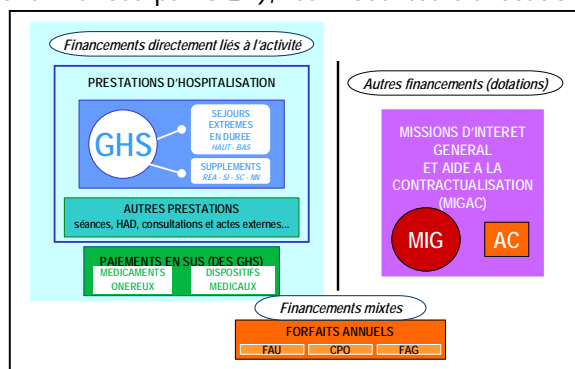
Jusqu'en 2003, 2 grandes modalités de financement par l'Assurance maladie avaient cours :

- les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983² d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative (appelée Dotation globale ou DG), calculée et reconduite sur une base « historique » modulée du taux de croissance des dépenses hospitalières globales. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation figée en 1983 perdurait dans le temps.
- dans le domaine de l'hospitalisation privée à but lucratif, les établissements facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), les forfaits de prestations étaient encadrés par un Objectif Quantifié National (OQN) assurant une régulation de type « prix/volumes ». Ils recevaient donc d'ores et déjà des paiements à l'activité, sachant que ces tarifs variaient cependant d'une région à une autre au vu des négociations entre ARH et fédérations régionales.

La Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU permet le lancement d'une expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2000 et pour une durée de 5 ans, *de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie* (devenus « *de nouveaux modes de financement fondés sur les activités des établissements* »). Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan « Hôpital 2007 » avec un champ couvrant l'ensemble des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)³, en hospitalisation complète, de jour ou à domicile.

Depuis la mise en œuvre effective de la T2A (2004 pour les établissements antérieurement financés par DG et 2005 pour les établissements antérieurement financés par OQN), les modalités d'allocation de ressources s'articulent en 5 grandes catégories :

- Le paiement au séjour (GHS et certaines autres prestations de soins)
- Le paiement en sus des GHS de produits de santé (certains médicaments et dispositifs médicaux)
- L'attribution de forfaits annuels
- Les missions d'intérêt général (MIG)
- L'aide à la contractualisation (AC)



¹ évolution à chaque LFSS : Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 (article 17, 18, 28, 63) ; Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 43) ; Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (articles 69 à 77)

² rappel : c'est la Loi du 19 janvier 1983 qui avait instauré la Dotation globale en lieu et place du paiement au Prix de journée (PJ)

³ le Ministre a souligné sa volonté de l'étendre par la suite à d'autres champs : SSR, PSY, Hôpitaux locaux. Des expérimentations sont menées dès 2007.

Récapitulatif : Mise en place d'un mode de financement unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés dans lequel l'allocation de ressources est fondée sur la nature et le volume de leur activité.

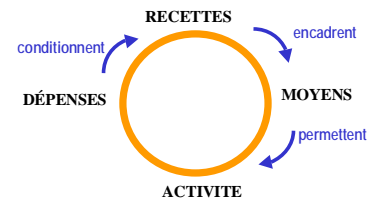
UNE EVOLUTION FONDAMENTALE DANS LA LOGIQUE DU FINANCEMENT



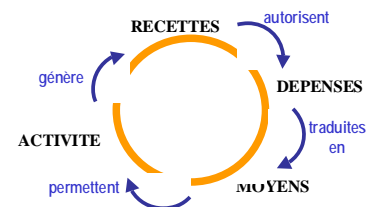
Equilibrer les financements en fonction de l'activité produite

Parvenir à une meilleure utilisation des ressources

Avant la T2A : les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente (moyens déconnectés de l'évolution de l'activité)
L'autorisation de dépenses conditionne les recettes attendues, qui encadrent les moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activité, ce niveau n'ayant aucune influence sur l'autorisation de dépenses de l'année suivante



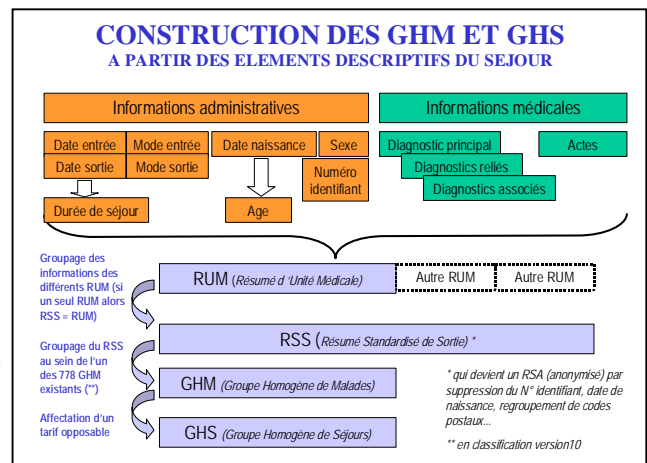
Avec la T2A : les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes.
Le niveau d'activités génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes...



MODALITES

I - Le paiement au séjour via les GHS

L'analyse des informations administratives et médico-économiques (diagnostics, actes réalisés, co-morbidités éventuelles...) fournies par le PMSI permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un **Groupe Homogène de Malades (GHM)**. Chaque GHM se voit ensuite associé à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (le **GHS**, pour **Groupe Homogène de Séjours**). **Ces tarifs sont nationaux et publiés par Arrêtés annuels** du Ministre en charge de la Santé.



Malgré une **liste de GHM / GHS commune** aux 2 secteurs (hormis certaines activités soumises à autorisation et exclusivement du domaine public, comme les transplantations d'organes, les greffes de moelle et les traitements des grands brûlés), **le calcul des tarifs diffère** si l'on se place dans le secteur antérieurement sous dotation globale (les établissements publics et les établissements privés non lucratifs) ou dans le secteur privé à but lucratif (les « cliniques privées »), et ce pour 2 grandes raisons :

- une assiette de calcul différente : les médecins sont salariés dans le premier cas (ce qui conduit à incorporer ces charges dans les tarifs « publics ») alors que les praticiens sont libéraux dans le second cas (d'où un paiement de ces « honoraires » en sus des tarifs des GHS « privés »)
- les tarifs sont calculés à l'aide d'une étude nationale de coûts à partir d'un échantillon d'établissements dans le premier cas alors que dans le second cas les GHS sont obtenus par valorisation des données antérieures de facturation à l'assurance maladie

Le principe même des GHM/GHS est le paiement des séjours sur des observations et des tarifs établis « statistiquement » (et donc **valorisés à la moyenne**). Certains **paiements complémentaires** sont cependant associés aux GHS pour opérer certaines modulations :

- a) le paiement de **journées supplémentaires** (au-delà d'un seuil mesurant un écart important par rapport à la durée moyenne de séjour) afin de prendre en compte le surplus de charges généré par les séjours particulièrement longs
- b) l'application d'un **coefficient de minoration** du GHS pour les séjours particulièrement courts
- c) le paiement à la journée des **séjours au sein d'unités très spécialisées** (réanimation, soins intensifs, surveillance continue ou néonatalogie)

EXEMPLES (échelle tarifaire des établissements antérieurement sous DG en vigueur en mars 2007) – Arrêté du 27 février 2007

- GHM 14Z02A « accouchement par voie basse sans complication » GHS 5451 = 2 236.29 ; EXH = 367.91 par journée supplémentaire au delà du 14^{ème} jour
- GHM 08M04W « fracture de la hanche et du bassin avec CMA » GHS 3005 = 4914.13 ; EXH = 263.98 par journée supplémentaire au delà du 34^{ème} jour et tarif divisé par 2 en dessous du 3^{ème} jour
- Supplément REA = 838.16 (et 950.00 pour la REA pédiatrique) par journée de présence en unité autorisée ; Soins Intensifs = 419.58 ; Surveillance Continue = 279.39 ; REA en NN = 950.00 ; SI en NN = 475.00 ; SC en NN = 316.67) en unité reconnue par contractualisation ARH

Pour plus de précisions sur le calcul des bornes et des suppléments, se reporter aux annexes 2 et 3

Une règle générale est appliquée : à chaque séjour correspond un et un seul GHS. Cependant, quelques exceptions ont été introduites, notamment pour inciter les établissements à des améliorations de prise en charge :

REGLE GENERALE : 1 SEJOUR ⇨ 1 GHM ⇨ 1 GHS

Exception de 1^{er} type : 1 séjour peut se voir affecter plusieurs GHS selon la lourdeur de la prise en charge : exemple des soins palliatifs (GHM 23Z02Z) :

- Tarif de base (GHS 7956)
- Tarif de base majoré de 30% si hospitalisation dans un lit identifié de soins palliatifs (GHS 7958)
- Tarif de base majoré de 40% si hospitalisation dans une unité de soins palliatifs (GHS 7957)

Exception de 2^{ème} type : facturation de plusieurs GHS au cours d'un même séjour exemple de la prise en charge du nouveau-né dans une unité d'obstétrique en plus du GHS de la mère ou de la facturation en sus des séances de radiothérapie ou de dialyse (hormis certains GHS spécialisés)

Cas spécifique de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier (mais sans déclencher pour autant une hospitalisation) : allocation de forfaits dénommés **SEH** « sécurité et environnement hospitalier »

- SE1 : acte d'endoscopie sans anesthésie
- SE2 : acte sans anesthésie générale, ou loco-régional nécessitant un recours opératoire
- SE3 : acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier

Cas spécifique des Urgences (se reporter également au paragraphe III : forfaits annuels) :

- facturation d'un tarif au passage, l'**ATU** (pour Accueil et Traitement des Urgences), à un prix national (valeur unique) quelle que soit la prise en charge (mais hors re-convocations et non cumulable avec la facturation d'un GHS). Les actes et examens complémentaires (radiographies ou échographies, par exemple) sont financés en sus (en tant que consultations et actes externes).
- financement spécifique dans les ZSTCD (zones de surveillance de très courte durée) sur la base d'un GHS de la CM 24 (séjours de moins de 2 jours), quelle que soit la durée de séjour (sauf si le séjour se poursuit dans un service d'hospitalisation) mais à condition que soient réunies les conditions suivantes, suite au passage dans la zone d'examen et de soins du service des urgences : le caractère instable de l'état du patient, un diagnostic qui reste incertain, une nécessaire surveillance médicale, un environnement paramédical, la nécessaire réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques

Cas spécifique de l'Hospitalisation à domicile (HAD) :

Le modèle appliqué à l'HAD se base sur le principe du « tarif tout compris » qui vise à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure d'HAD pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus.

Depuis le 1er janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) sont amenées à mettre en œuvre un recueil d'informations médicalisées systématique, sous la forme de résumés par sous-séquences (RPSS). Chaque sous-séquence de soins est définie par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) qui consiste en une combinaison de 3 éléments :

- un mode de prise en charge principal (MP)
- un mode de prise en charge associé (MA)
- un indice de Karnofsky (IK) : mesure de la dépendance

Aux fins de tarification est associé à chaque GHPC un indice de pondération destiné à tenir compte de la durée de prise en charge, selon un schéma de dégressivité au cours de chaque séquence de soins.

Le tarif du GHT (Groupe Homogène de Tarifs) est ensuite obtenu par la combinaison du GHPC et de l'indice de pondération. Il existe 31 GHT.

A noter, à ce jour, un périmètre différent selon le secteur, avec :

- une inclusion des charges médicales dans les GHT du secteur public et PSPH
- une exclusion des charges médicales dans les GHT du secteur privé lucratif

Une exclusion du calcul des tarifs est de rigueur dans les 2 secteurs pour ce qui est du recours à des médecins libéraux spécialistes (radiologues compris).

II - Le financement de produits de santé en sus

Le principe de « **tarif tout compris** » lié à la construction du GHS implique que, dans la grande majorité des cas, les médicaments et dispositifs médicaux prescrits au cours d'une hospitalisation sont intégrés dans ces tarifs, de la même manière que l'ensemble des autres charges liées à la prise en charge du patient. Cependant, afin de garantir à l'ensemble des patients un égal accès aux soins et de **faciliter la diffusion de l'innovation**, un certain nombre de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) particulièrement onéreux et dont les listes font l'objet d'un Arrêté du Ministre en charge de la Santé (sur la base d'une recommandation du Conseil de l'hospitalisation) font l'objet d'un **remboursement intégral, en sus des tarifs des prestations d'hospitalisation**.

Concernant les **médicaments onéreux (MO)**, sont principalement concernés : les médicaments de lutte contre le cancer, les facteurs de coagulation, les médicaments orphelins, certains antifongiques « coûteux » et d'autres médicaments dérivés du sang. Les listes sont communes pour les 2 secteurs d'hospitalisation (alors qu'il existait auparavant une différence de traitement entre les deux secteurs, les médicaments de chimiothérapie étant facturables en sus dans le secteur privé lucratif pour les hospitalisations de jour).

Concernant les **dispositifs médicaux implantables (DMI)**, les listes ne sont pas strictement identiques du fait d'un très fort écart de traitement préalablement à la réforme : ils étaient tous inclus dans la DG en ce qui concerne le secteur « public » alors qu'ils étaient tous facturés en sus dans le secteur « privé ». Aussi, une évolution en vue d'une convergence progressive public/privé est conduite, ce qui suppose l'enrichissement de la liste applicable au secteur antérieurement sous DG et la réintégration d'un certain nombre de dispositifs dans les GHS du secteur antérieurement sous OQN⁴.

L'enrichissement de la liste est lié à l'apparition sur le marché de nouveaux produits alors que la réintégration dans les tarifs est motivée par un usage qui s'est généralisé. Il importe toutefois de rappeler que l'ensemble de ces produits a in fine vocation à être réintégré dans les groupes homogènes de séjour, ceci dans chacun des deux secteurs. En conséquence, l'objectif prioritaire demeure de maîtriser au maximum la progression de ces listes.

⁴ Ainsi, la liste du secteur ex-DG, qui se composait en 2004 des seuls dispositifs cardio-vasculaires, a été complétée en 2005 par l'ensemble des prothèses orthopédiques. A l'inverse, l'ensemble des greffons ophtalmologiques, à l'exception des greffons de cornée, a été réintégré dans les GHS du secteur ex-OQN en 2005. Ce mouvement de convergence s'est poursuivi en 2006 avec la réintégration dans les GHS du secteur ex-OQN des dispositifs d'ostéosynthèse, des sutures et agrafes digestives, des chambres vasculaires implantables notamment.

L'administration de telle ou telle molécule onéreuse ou la pose de tel ou tel DM doivent répondre à des **référentiels de bonne pratique** appliqués de la façon la plus stricte possible (notamment au vu de l'impact économique de la prise en charge de ces produits par l'Assurance maladie).

Pour cela, chaque établissement doit signer avec son ARH et le représentant de l'assurance maladie un **contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUS)**. Ce contrat, conclu pour une durée de trois à cinq ans, poursuit deux objectifs :

- engager les établissements de santé dans une démarche qui favorise le bon usage des médicaments et des DM dans la perspective d'une amélioration continue, tant de la qualité que de la sécurité des soins ;
- garantir le bien fondé des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Le CBUS comporte un calendrier d'exécution. Il mentionne les objectifs cibles et intermédiaires, en termes quantitatifs et qualitatifs, définis entre l'ARH et l'établissement, ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique.

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement dans le cadre du CBUS, le remboursement intégral des médicaments et des DMI remboursables en sus des prestations d'hospitalisation est garanti à l'établissement. Le respect des engagements souscrits par l'établissement de santé est apprécié au vu du rapport annuel et du rapport final, et le cas échéant, des contrôles sur pièces et sur place sont effectués.

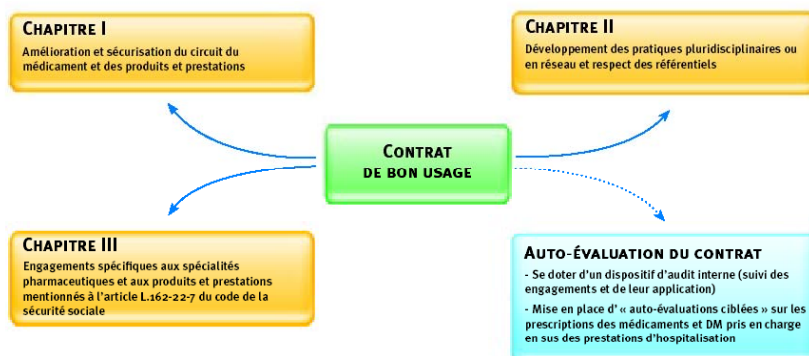
En cas de non-respect par l'établissement des engagements souscrits, le taux de remboursement pour l'année suivante peut être réduit et fixé entre 70 % et 100 %.

De plus, un **observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT)** est constitué auprès de chaque ARH :

- il regroupe des représentants des COMEDIMS des établissements de la région ayant conclu un CBUS ;
- il assure le suivi et l'analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional ;
- il établit le modèle de rapport d'étape annuel et procède au référencement des protocoles thérapeutiques se rapportant aux produits facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Un observatoire interrégional peut être constitué auprès de plusieurs ARH en lieu et place des observatoires régionaux.

Les engagements généraux de l'OMEDIT :



Remarque :

En l'absence de circuits d'information adaptés, les établissements antérieurement sous dotation globale transmettent de manière trimestrielle aux ARH via e-PMSI les données de consommation relatives aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus : fichier supplémentaire (ou FICHSUP) au fichier des RSS/RSA porteur des GHS.

Il s'agit toutefois de parvenir à rattacher progressivement ces données à un identifiant patient (rattachement au RUM).

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2005, les établissements sont invités à renseigner et à transmettre aux ARH un fichier complémentaire (FICHCOMP) au Résumé Standardisé de Sortie (RSS) permettant de suivre

par séjour la consommation de médicaments (en code UCD) et de dispositifs médicaux (en code LPP) facturables en sus. La production de ces fichiers a vocation à devenir progressivement obligatoire et à conditionner le remboursement de ces produits. Une première étape est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 avec l'obligation de remplir FICHCOMP pour les médicaments anticancéreux et les médicaments dérivés du sang. Suivront au 1^{er} juillet 2007 les autres médicaments onéreux de la liste en sus puis les DMI de la liste au 1^{er} octobre 2007.

L'objectif est de disposer au niveau national d'informations individualisées afin de les relier aux données de séjour d'une part et d'optimiser le suivi des contrats de bon usage et la gestion des listes de produits hors GHS d'autre part.

III - Les Forfaits annuels (FAU, CPO, FAG)

Trois grandes activités soumises à autorisation sont financées sous forme de forfait annuel :

- les urgences (pour ce qui relève des charges fixes : personnels, matériels... nécessaires quel que soit le niveau d'activité constaté⁵) *Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 4*
- la coordination des prélèvements d'organes (5 forfaits selon le nombre de donneurs recensés et la nature de ces prélèvements)
- l'activité de greffe (6 forfaits selon le type d'organes et les volumes d'actes réalisés).
Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 6

IV - Les Missions d'Intérêt Général (MIG)

Les établissements de santé MCO peuvent bénéficier de financements au titre de la prise en charge de missions dites « d'intérêt général » ou MIG. Ces missions se partagent en 2 grands ensembles :

- Les **MERRI** (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) : elles constituent en quelque sorte « l'héritage » du dispositif d'abattement spécifique du budget des CHU et CLCC, abattement qui était de 13% du budget, et ce afin de couvrir les surcoûts engendrés par ces missions spécifiques. Cette quasi-enveloppe constituée par les 13% a été convertie, lors de l'entrée en T2A, en une enveloppe calculée par établissement, selon des règles prévoyant une modulation de cette dotation selon la catégorie de l'établissement. Les établissements concernés se voient attribuer une enveloppe annuelle composée d'un socle fixe et d'une part variable. *Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 5*
- Les **autres MIG** (Missions d'intérêt Général) sont clairement identifiées sur une liste publiée par Arrêté du Ministre en charge de la Santé et voient leurs coûts éclairés par les retraitements comptables produits chaque année par les établissements. Ces missions présentent une double caractéristique : elles sont difficilement « rattachables » à un séjour ou à un patient en particulier et doivent perdurer quel que soit le niveau d'activité effectif. Figurent notamment au titre de ces missions : les SAMU et les SMUR, les centres de références, les équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs...), les actions de prise en charge de populations spécifiques (les détenus par exemple), etc.

V - L'Aide à la Contractualisation (AC)

En complément des financements MIG (et avec lesquels elle forme le sous-objectif budgétaire MIGAC), une enveloppe dite AC (pour Aide à la Contractualisation) est mise à disposition des ARH. Elle est destinée à accompagner les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que doivent signer les établissements avec leur ARH respective et pour faciliter la mise en œuvre des priorités de santé publique inscrites au sein des plans et programmes nationaux.

⁵ L'activité au fil de l'eau étant quant à elle financée par la prestation « ATU » comme précisé dans le chapitre I

VI – Les Coefficients correcteurs spécifiques

▪ Coefficients géographiques

Il est prévu qu'un coefficient géographique s'applique « aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans certaines zones qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. »

Ces coefficients sont les suivants : 5% pour la Corse (2A et 2B), 7% pour les départements d'Ile de France (75, 77, 78, 91, 92, 93, 94 et 95), 25% pour la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane et 30% pour la Réunion.

Ils s'appliquent donc aux GHS et GHT, aux suppléments journaliers, aux séances, aux ATU et aux forfaits annuels. Ils ne s'appliquent pas aux MO et DMI facturables en sus, aux actes et consultations externes ainsi qu'aux MIGAC.

▪ Coefficients haute technicité (secteur antérieurement sous OQN)

Pour les établissements qui étaient auparavant classés en soins particulièrement coûteux en chirurgie (près de 400 établissements antérieurement sous OQN⁶), un coefficient de haute technicité est appliqué, en majoration des tarifs des GHS et des suppléments (il ne s'applique pas aux GHT, FFM, ATU ou forfaits annuels). Ce coefficient constitue un dispositif transitoire qui permet de maintenir les ressources des établissements qui bénéficiaient de ce classement mais il a vocation à disparaître à la fin de la période de transition, soit en 2012⁷.

TRANSITION

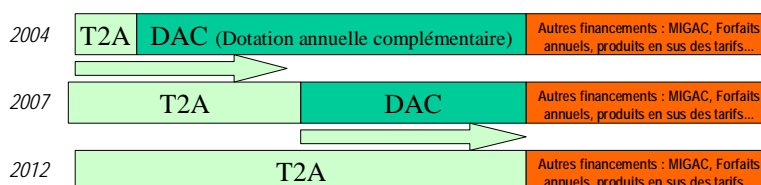
L'application directe du modèle cible T2A s'avère difficile car il s'agit :

- pour le secteur antérieurement sous DG, de passer d'un paiement sous forme d'enveloppe annuelle à un paiement principalement basé sur des relevés d'activités
- pour le secteur antérieurement sous OQN, d'appliquer une grille tarifaire basée non plus sur des tarifs négociés avec l'ARH mais sur des tarifs nationaux

Des modalités de transition ont été définies pour chaque secteur afin de constituer une sorte d'amortisseur :

- le secteur antérieurement sous DG ne produisait plus de factures à l'assurance maladie depuis une vingtaine d'années et héritait d'un fonctionnement basé sur une enveloppe contrainte et historique

Régime de transition : maintien jusqu'en 2012 d'une partie du financement sous forme de dotation (dite DAC, pour Dotation Annuelle Complémentaire), cette dotation s'amenuisant d'année en année pour disparaître totalement à cette échéance (la valorisation de l'activité se faisant alors à 100% des tarifs pour ce qui concerne la partie financée par les GHS)⁸

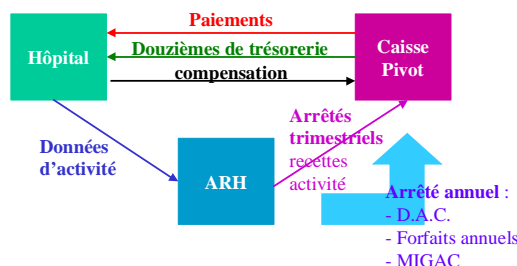


⁶ cf Arrêté du 29 juin 1978 modifiant un précédent arrêté relatif aux critères et aux procédures de classement applicables aux établissements privés mentionnés à l'article L. 275 du code de la sécurité

⁷ La LFSS 2007 ajoute une étape de mi-parcours en 2009 dans son article 69 (l'écart entre la valeur du coefficient et la valeur 1 sera réduit d'au moins 50% en 2009)

⁸ La montée en charge de la part financée à l'activité s'est déroulée jusqu'à présent selon le rythme suivant : 10% pour 2004, 25% pour 2005, 35% pour 2006 et 50% pour 2007

De plus, dans l'attente de l'adaptation des systèmes d'information à la facturation directe à l'assurance maladie⁹, une solution transitoire de transmission trimestrielle des données d'activités (GHS et les différents suppléments, les MO et DMI en sus) par le biais des ARH est assurée.



Nota : en 2007, la périodicité de cette remontée d'informations passera à un rythme mensuel.

- le secteur antérieurement sous OQN applique les tarifs directement à 100% de leur valeur du fait d'un moindre bouleversement de leur organisation (facturation directe d'ores et déjà active, les principaux travaux techniques n'étant liés qu'au changement de supports et circuits de facturation)

Régime de transition : application aux tarifs d'un coefficient d'amortissement propre à chaque établissement et permettant de lisser l'impact du passage entre recettes valorisées par l'ancien système et recettes attendues en mode T2A (coefficient s'amenuisant d'année en année jusqu'à disparaître en 2012)

EFFETS ET RISQUES - CONTROLES EXTERNES

Les expériences étrangères indiquent que le système de paiement au GHS peut engendrer des impacts importants sur les pratiques de prise en charge. Certains de ces impacts sont attendus comme la réduction des durées de séjour ou le développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile. D'autres relèvent davantage d'effets pervers potentiels :

- déformation du case-mix par amélioration du codage ou par surcodage (effet dit de " DRG-creep ")
- segmentation des séjours
- sortie trop précoce des patients vers le domicile, transfert rapide vers l'aval (SSR, RF, HAD)
- sélection des patients pour écarter les cas les plus lourds
- sur-fourniture de soins aux patients atteints de pathologies peu sévères ou sous-fourniture de soins aux patients atteints de pathologies sévères
- transformation artificielle de certains actes externes en hospitalisations

Pour répondre à ces effets pervers, une **politique de contrôle externe** (avec remboursement d'indus et sanctions le cas échéant) est prévue par les textes. Il s'agit d'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

Une circulaire du 31 août 2006 définit par ailleurs la limite entre les actes externes et les hospitalisations (ce que l'on a coutume de nommer les « actes frontières »), en complément de l'arrêté du 5 mars 2006 décrivant les prestations hospitalières.

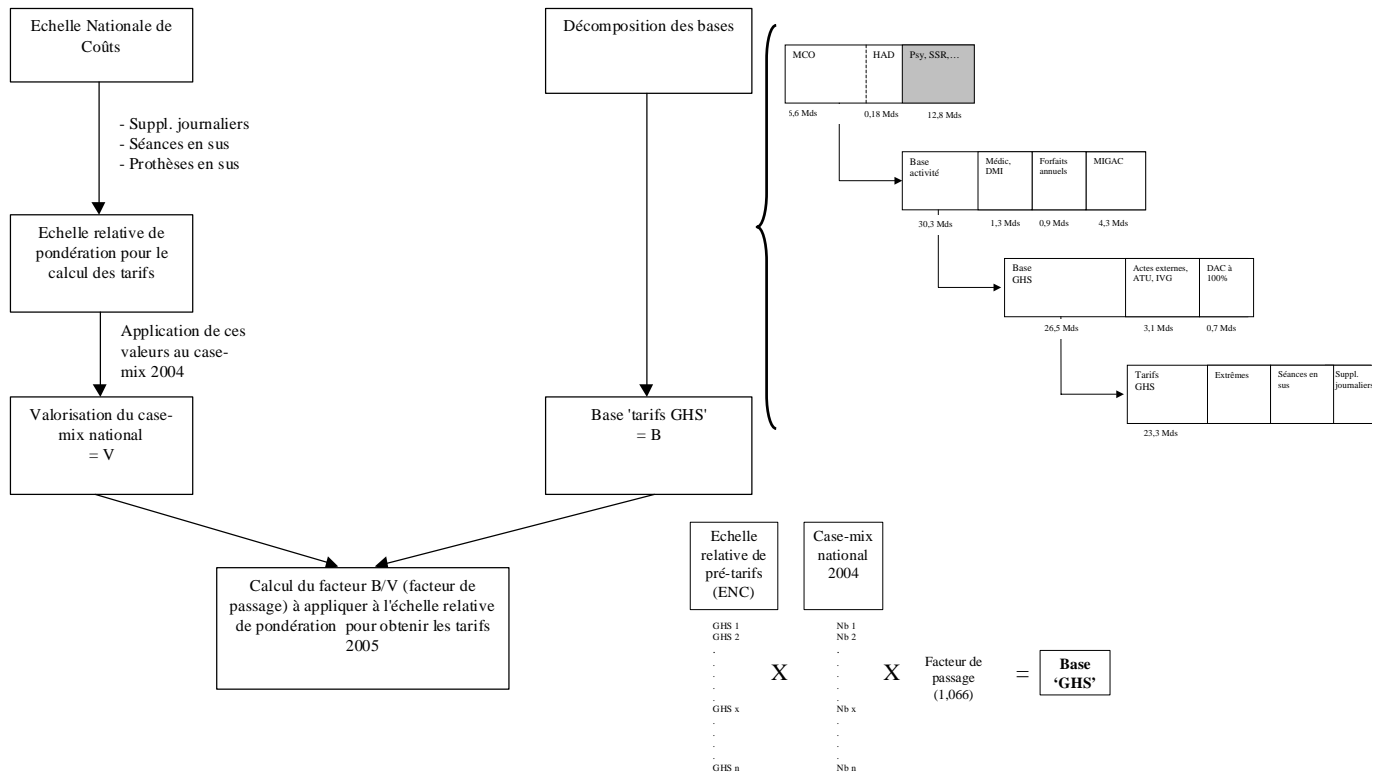
⁹ Une facturation directe aux caisses (à chaque séjour ou par lots de factures) sous-entend le déploiement de lourds chantiers d'adaptation (hormis la mise en cohérence des différents applicatifs informatiques au sein même des établissements et la capacité des différents régimes à absorber un flux très important de factures) : le contrôle des droits (actualisés) du patient à l'entrée dans l'établissement, l'identification du prestataire de soins (répertoire des professionnels de santé hospitaliers), au delà de l'établissement et de la spécialité, l'organisation en caisse interlocutrice unique quel que soit le régime (pour assurer la fluidité nécessaire), la sécurisation des informations transmises, etc.

L'arrêté précise en particulier qu' "*un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :*

- *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés;*
- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient."*

ANNEXE 1 : Zoom sur le calcul des tarifs « secteur antérieurement sous DG »

Données 2005



Décomposition des bases (schéma de droite)

- à partir de l'enveloppe MCO (sous-ensemble de l'ONDAM hospitalier), une enveloppe dite « Activité » est obtenue par soustraction des dépenses relatives aux produits facturés en sus (MO et DMI), aux Forfaits annuels et aux MIGAC.
- pour obtenir la base correspondant aux GHS, séances et suppléments, sont ensuite soustraits les actes externes et les activités financées à 100% en DAC
- enfin, sont déduits les montants dédiés aux séances en sus (dialyse, radiothérapie) et aux suppléments (EXH, REA, SI, SC, NN) afin d'obtenir la **Base dédiée aux Tarifs GHS stricto sensu**.

D'autre part, l'**Etude Nationale de Coûts (ENC)** fournit un montant de ressources mobilisées (charges constatées) en moyenne pour chacun des 778 GHM de la classification en vigueur, par observation des coûts par séjour dans une cinquantaine d'établissements (une fois déduits par séjour les coûts liés aux autres modalités du modèle : médicaments et DM en sus, suppléments de réanimation, etc.). En appliquant ces coûts moyens par GHM au nombre annuel de séjours pour chaque GHM, on obtient la valorisation de ce Casemix national. Ce dernier, mis en comparaison avec la Base « tarifs » (c'est à dire ce dont on dispose en enveloppe financière) permet de définir ce que l'on appelle le *facteur de passage* entre coûts et tarifs.

Chaque GHS se voit ainsi doté d'un tarif éclairé par les coûts, tarif qui peut ensuite être modifié pour répondre à des contraintes spécifiques (revalorisation pour incitatif de santé publique par exemple). De plus, du fait du manque de représentativité de l'ENC pour certaines activités (ex : néonatalogie), des études ponctuelles peuvent apporter des éléments de calibrage complémentaires.

ANNEXE 2 : Modalités de calcul des bornes extrêmes pour 2006

Règles valables pour les secteurs public et privé

Bornes basses :

- Pas de borne basse pour tous les GHM dont la DMS est strictement inférieure à 8 jours
- Pour les autres : application de la règle : partie entière de MIN (DMS/2,5 ; 7 ; mode-1)

en considérant évidemment que les bornes basses ≤ 2 jours équivalent à l'absence de borne basse. Le seuil bas ne s'applique pas en cas de décès, et s'applique pour les séjours strictement inférieurs à ce seuil.

Bornes hautes :

- si la DMS est inférieure à 6 jours : partie entière de MIN (15 ; borne EMT)
- pour les autres GHM : partie entière de MIN (2,5xDMS ; borne EMT)

Le borne EMT étant : exponentiel (coût moyen + écart-type + (P95-médiane))
formule pragmatique issue des travaux de la mission PMSI en 1998.

Pour les couples GHM sans CMA / avec CMA ou d'une manière générale « sans mention d'une complication » / « avec mention d'une complication » :

- si DMS du GHM sans CMA $> 80\%$ de la DMS du GHM avec CMA : pas de changement
- sinon, rendre égale la borne du GHM sans CMA à 80% de la valeur de la borne avec CMA
- pour les GHM intervenant dans plusieurs couples, privilégier le couple V/W ou A/B/C

Exceptions :

- pour le GHM de soins palliatifs (23Z02Z) : borne haute à 35 jours.
- pour le GHM d'autogreffe de moelle (27Z03Z) : la définition de deux GHS en fonction d'un seuil de 12 jours modifie le calcul ; la seule borne en vigueur est la borne haute de 48 jours pour le GHS le plus cher

Les EXH sont facturables à partir de la journée strictement supérieure à la borne.

ANNEXE 3 : Suppléments journaliers

Six suppléments sont facturables pour chaque journée de présence dans les unités de :

- réanimation,
- soins intensifs,
- surveillance continue
- néonatalogie
- soins intensifs de néonatalogie
- réanimation néonatale

Ces suppléments sont ouverts sur la base de la reconnaissance ou l'autorisation de la structure d'accueil par l'ARH,

- avec pour les unités de réanimation, la nécessité d'observer :
 - un acte marqueur sur le RSS (sur la base d'une liste d'actes marqueurs bien définie)
 - et un IGS ≥ 15 (hors enfants de moins de 15 ans pour lesquels l'IGS n'est pas pris en compte)
- Si le séjour a lieu en réanimation et que ces conditions ne sont pas remplies, c'est le supplément 'soins intensifs' qui s'applique

Modalités de calculs dans le secteur public en 2005

La base du calcul repose sur l'étude nationale de coûts. Les tarifs 2005 ont été estimés à partir des coûts de l'ENC 2004, correspondant aux années 2001 et 2002.

Chaque section d'analyse a été qualifiée avec précision par l'ATIH pour différencier les unités « mixtes » (réanimation et soins intensifs par exemple) des unités « pures ». Ainsi, ont été identifiées 43 unités « pures » en réanimation, 14 en soins intensifs, etc.

En outre, a été établie une échelle relative des suppléments des différentes unités sur la base des standards d'effectifs nécessaires par lit :

Pour l'activité enfants et adultes :

- Réa : 100
- SI : 50
- SC : 33

A partir de ces poids relatifs, est calcul un nombre de journées de réanimation corrigé, égal à 100% des journées de réanimation, plus 50% des journées de soins intensifs, plus 33% des journées de surveillance continue.

Pour l'activité de néonatalogie, l'échelle relative était la suivante :

- Réa néonate : 100
- SI de néonate : 70
- Néonate : 50

Le calcul des tarifs de suppléments comprend trois étapes :

1. Estimation des montants des suppléments : détermination d'un surcoût journalier de réa/SI/SC... à partir des établissements de l'ENC disposant d'une section d'analyse concernée. Ce ne sont donc pas des coûts totaux de journée, mais des suppléments s'ajoutant aux coûts moyens d'une journée en hospitalisation classique.

2. Soustraction des dépenses liées à la réa/SI/SC... dans les GHS, en substituant le coût de la journée de réa (ou SI...) par le coût moyen journalier hors réa. A cela, s'ajoute une correction pour tenir compte du fait que les durées de séjour avec passage en réanimation sont supérieures aux durées de séjour sans passage en réanimation, à GHM identique

3. Calcul des tarifs des suppléments compte tenu du nombre de journées corrigées de réanimation observé au total et de l'enveloppe disponible.

Les tarifs en 2005 et 2006

Tarifs des suppléments-secteur public

code suppléments	libellé	2005	mars 2006	1er sept 2006
SRA	supplément de réanimation	833,24	824,91	833,16
SSI	supplément de soins intensifs	417,12	412,95	417,08
SSC	supplément de surveillance continue	277,75	274,97	277,72
NN1	supplément néonatalogie	300,81	297,80	300,78
NN2	supplément néonatalogie avec soins intensifs	421,13	416,92	421,09
NN3	supplément réanimation néonatale	601,62	824,91	833,16

Tarifs des suppléments-secteur privé

code suppléments	libellé	2005	mars 2006	mars 2006	1er sept 2006	1er sept 2006
			avant SROS	après SROS	avant SROS	après SROS
REA	supplément réanimation	430,04	425,26	628,09	429,52	634,37
STF	supplément soins intensifs			314,05		317,19
SSC	supplément surveillance continue	60,39	59,72	59,72	72,38	72,38
NN1	supplément néonatalogie	250,00	250,00	250,00	252,50	252,50
NN2	supplément néonatalogie avec soins intensifs	350,00	350,00	350,00	353,50	353,50
NN3	supplément réanimation néonatale	500,00	500,00	500,00	505,00	505,00

A noter en 2006 la forte réévaluation du supplément de réanimation néonatale dans le secteur public, pour le rendre égal au supplément de réanimation adulte, sans modifier pour le moment les autres suppléments (en dehors de la régulation infra-annuelle expliquant les mouvements de plus ou moins 1%).

Impact financier :

- estimation début 2005 : 1,6 Mds d'euros pour les suppléments réa / SI / SC en secteur ex-dotation globale

ANNEXE 4 : Modalités de financement de urgences

En 2004, les constats et postulats ayant servi à l'élaboration du modèle de tarification des urgences ont été les suivants :

- Le système devait permettre de couvrir les coûts, appréciés à partir des sources existantes :
 - en se basant sur les coûts moyens, à savoir entre 130 et 140 euros d'après les données des retraitements comptables 2002 (section 1C)¹⁰, toutes dépenses incluses,
 - sachant cependant qu'il existe de fortes disparités de coûts entre centres, ces disparités pouvant être liées à la difficulté de distinguer service d'accueil des urgences, ZSTCD et SMUR pour les établissements qui assurent ces différentes missions.
- Les systèmes public et privé se devaient d'être similaires dans les principes et proches dans les valeurs, toute différence devant être expliquée par une différence objective dans les missions ou dans les structures de charges.
- D'après les enquêtes disponibles, les case-mix étaient identiques dans les SAU et UPATOU, quel que soit le statut, quel que soit le volume d'activité, si bien qu'il n'était pas nécessaire d'asseoir la tarification sur un recueil portant sur la nature de l'activité.
- Il n'était pas observé non plus de différence de coût selon le volume. Ainsi, il n'y aurait pas d'économie d'échelle dans ce secteur, ce qui peut s'expliquer par la forte implication des charges de personnel et des charges variables par passage quand on raisonne en coût complet, charges médico-techniques incluses¹¹.
- Le modèle proposé, au regard de ces observations, associe :
 - une dotation fixe (dénommée FAU), établie en fonction de l'importance de l'activité, pour couvrir l'essentiel des charges fixes minimales, par site d'urgence autorisé ; en 2004, il a été calculé un forfait de base pour une activité moyenne de 7 500 passages, et un forfait supplémentaire par palier de 5 000 passages au-delà (donc 12 500, 17 500, etc.) ;
 - un tarif par passage (à l'exception des passages donnant lieu à hospitalisation en MCO dans le même établissement) (dénommé ATU),
 - la rémunération des actes effectués : C, B, K, Z (sous forme d'honoraires dans le secteur privé, sous forme d'actes comptabilisés dans FICHSUP dans le secteur public).
- Un juste équilibre devait être trouvé entre forfait annuel et tarif au passage qui permette notamment de financer les structures à faible activité.
- Le tarif au passage, qui a vocation à être facturé aux patients, se devait d'être identique dans les deux secteurs. La différence de charges entre structures doit donc se traduire par un montant de FAU différent.

Le modèle 2004 a donc visé la couverture du coût moyen de 130 euros, dont environ 30% au titre des B, K et Z consommés en dehors des urgences, qui ont vocation, dans le cadre de la TAA, à être facturés 'à l'acte'. Il en est de même des C, CS ou K facturés aux urgences mêmes, qu'il faut en toute logique déduire du coût du passage à couvrir par le forfait annuel et le tarif du passage (ces actes en C ou K couvrent une partie de la dépense liée à la présence médicale).

En retirant ces actes cotés en C, B, K et Z, il resterait, en moyenne, 71 euros à couvrir au titre des charges directes des services d'urgences. Le modèle résultant, avant application des mesures liées au Plan urgences (qui a revalorisé ces tranches), donnait les valeurs suivantes (en tarifs valeur 2003) :

	Secteur public
FAU	345 000
Supplément par palier de 5000 passages	230 000
ATU	25

Le tarif de l'ATU de 25 euros est identique dans le secteur privé.

¹⁰ A noter que dans la base de données de coûts par activité dite base d'Angers, le coût du passage s'établit à 136 euros en moyenne en 2004 (contre 116 euros en 2001), dont 38 euros au titre des dépenses de bloc, d'imagerie et de laboratoire (c'est-à-dire aux B, K et Z consommés à l'extérieur du service des urgences).

Une autre approche est de partir des charges de personnel observées. En prenant le nombre d'infirmières des services d'urgences enregistré dans SAE (ex : moyenne de 8,7 ETP dans les UPATOU réalisant en moyenne 12 000 passages annuels), en valorisant le coût d'une IDE à 43 900 euros par an, et en se basant sur la part représentée par les IDE dans le total des charges des services d'urgences observée dans l'enquête de la mission PMSI de 1998 (25%), on aboutit à un coût moyen du passage de 130 euros.

¹¹ Il doit en théorie exister des seuils dans la fonction de coût, avec des charges fixes nouvelles au-delà d'une certaine activité, qui obligent l'établissement à ajouter un tour de garde par exemple, ou renforcer la présence de personnels dans certaines plages horaires, mais l'analyse des bases de données ne permet pas d'objectiver de tels seuils.

Les coûts moyens globaux par passage résultants sont évidemment variables selon le volume d'activité, dans la mesure où le FAU est fixe pour chaque tranche d'activité.

En tarifs 2004, après intégration des mesures du Plan urgences, le FAU s'établissait ainsi :

Forfait Urgence par service	
Passages	tarifs 2004 en €
< 12 500	368 625
[12 500,17 500[	614 374
[17 500,22 500[	875 035
[22 500,27 500[	1 140 601
[27 500,32 500[	1 406 167
[32 500,37 500[	1 680 280

à partir de cette tranche, il faut ajouter à chaque tranche de 5000 passages 274 113€

Remarques sur le modèle

a) La somme FAU+ATU ne résume donc pas l'ensemble des recettes liées à l'activité d'accueil et de traitement des urgences ; il faut y ajouter :

- Les passages aux urgences suivies d'une hospitalisation en discipline MCO ; les charges liées à ces passages sont incluses dans l'Etude Nationale de Coûts dans les coûts des séjours, si bien qu'il y a déjà prise en compte de ces coûts via les tarifs des GHS ;
- Les actes externes, effectués au sein du service d'urgences (consultation, petite chirurgie...) ou dans des services médico-techniques (biologie, imagerie) ;

b) Le passage « facturable » se définit ainsi : passage non programmé, non suivi d'une hospitalisation MCO, hors suites de soins sur rendez-vous assurées aux urgences (surveillance de plâtre, retrait des points de suture...).

c) Les établissements non autorisés facturent des prestations FFM et les consultations et actes, le cas échéant, en l'absence d'hospitalisation.

d) Dans les zones de surveillance de très courte durée, dès lors que les critères sont remplis pour qualifier une admission hospitalière, un GHS est facturable (mais seulement de la CM 24).

Quand le patient est hospitalisé dans un autre service de l'établissement après passage dans une telle zone, on se trouve dans un cas classique de multi-RUM et un RSS est produit pour l'ensemble du séjour, et un GHS est facturé pour l'ensemble du séjour.

e) Les SMUR sont rémunérés par ailleurs dans les MIGAC.

Modifications 2005

Ce modèle s'est avéré comporter plusieurs inconvénients :

- il sous-finançait les sites autorisés à faible activité ;
- il présentait un incitatif fort à atteindre la première 'marche' de 12 500 passages pour accroître son FAU ;
- d'une manière générale, le 'pas' de 5000 passages paraissait trop important et conduisait à des effets de seuil trop nets ;
- le nombre de passages sur lequel était basé le système était une donnée déclarative, incluant les passages donnant lieu à hospitalisation, et donc difficile à contrôler.

En outre, les retraitements comptables 2003 ont fait apparaître une hausse très sensible des montants déclarés au titre de la section d'imputation des urgences, si bien qu'il a été proposé de modifier le modèle pour 2005 de la façon suivante :

- le calcul des FAU ne se ferait plus sur le nombre total des passages déclaré mais sur le nombre d'ATU observés ;
- la brique de base du FAU serait rehaussée afin de mieux couvrir les charges fixes des petits sites, à un montant de l'ordre de 500 000 euros ;
- la brique complémentaire du FAU serait allouée en fonction d'un 'pas' de 2 500 passages au lieu de 5 000, et serait alors de l'ordre de 175 000 euros ;
- rien n'étant modifié sur les ATU et les actes externes qui s'ajoutent comme auparavant au FAU.

Ce modèle doit permettre de financer les charges minimales en personnel de ces structures, à savoir 1 médecin, 1 infirmière, 1 agent présents en permanence, et une quote-part des charges de structure, soit de l'ordre de 1,2 à 1,3 million d'euros, pour une activité moyenne de 10 000 ATU.

Les simulations indiquent que les montants alloués aux petits sites sont très significativement augmentés, sans désavantager les sites importants qui gardent ou voient légèrement accru le montant alloué par rapport à la situation 2004.

L'impact global de ce scénario par rapport au modèle 2004 a conduit à accroître le FAU de près de 190 millions d'euros (prélevés sur la base tarifs), hors mesures prévues dans le plan Urgences au titre de 2005.

Les tarifs 2005 finaux, après intégration des mesures du Plan urgences, ont été les suivants :

ATU	tarifs 2005 en €
< 5000	505 710
[5000,7500[	682 708
[7500,10000[	859 707
[10000,12500[	1 036 705
[12500,15000[	1 213 704
[15000,17500[	1 390 702

à partir de cette tranche, il faut ajouter à chaque tranche de 2500 passages 184 182 €.

Les tarifs 2006 :

ATU	tarifs 2005 en €	ATU	tarifs 2005 en €
< 5000	470 553	[40000,42500[	3 007 797
[5000,7500[	635 246	[42500,45000[	3 179 175
[7500,10000[	799 940	[45000,47500[	3 350 553
[10000,12500[	964 633	[47500,50000[	3 521 930
[12500,15000[	1 129 327	[50000,52500[	3 693 308
[15000,17500[	1 294 020	[52500,55000[	3 864 686
[17500,20000[	1 465 398	[55000,57500[	4 036 063
[20000,22500[	1 636 776	[57500,60000[	4 207 441
[22500,25000[	1 808 153	[60000,62500[	4 378 819
[25000,27500[	1 979 531	[62500,65000[	4 550 196
[27500,30000[	2 150 909	[65000,67500[	4 721 574
[30000,32500[	2 322 287	[67500,70000[	4 892 952
[32500,35000[	2 493 664	[70000,72500[	5 064 329
[35000,37500[	2 665 042	[72500,75000[	5 235 707
[37500,40000[	2 836 420	[75000,77500[	5 407 085
[40000,42500[	3 007 797	[77500,80000[	5 578 462

Si, cela est nécessaire, il conviendrait de continuer à ajouter le montant de 171 378 € pour chaque tranche de 2500 passages.

ANNEXE 5 : Financement des MERRI

Le modèle de financement des MERRI doit répondre aux grands principes suivants :

- Etre incitatif au développement d'une recherche de qualité
- Etre équitable, c'est à dire ajusté sur des éléments qui soient en rapport avec l'activité et la production
- Favoriser la valorisation et la diffusion de l'innovation
- Sans « saupoudrage »
- Accompagner l'organisation de pôles "recherche" au plan géographique, sur la durée

Les dispositions actuelles pour les montants MERRI et la fonction de recours sont les suivantes, pour les CHU, les CLCC et une vingtaine d'autres établissements associés aux missions universitaires :

- Un socle fixe, calculé en % du budget MCO début 2005 (hors médicaments et prothèses en sus), par catégorie d'établissements (3 catégories pour les CHU, pour lesquelles le socle fixe est respectivement de 10,5%, 12% et 13,5% du budget ; 3 catégories pour les CLCC en 2005 pour passer à 5 catégories en 2006)
- Une part variable, basée sur les déclarations de charges au titre des missions précisées dans l'arrêté MIGAC et relevant de missions d'innovation, de référence...
- Une part variable non reconductible : PHRC, STIC, contrats d'interface

Au total, le montant en jeu est de l'ordre de 2,3 milliards d'euros.

Ce dispositif a engagé une modulation des allocations selon les établissements, en fonction de ce que l'on peut savoir de leur effort de recherche et d'innovation (classement IGAS pour les CHU, classement élaboré avec la FNCLCC pour les CLCC sur des critères comme le nombre de publications, le nombre de patients inclus dans des essais cliniques, etc.). Il reste cependant imparfait dans la mesure où la plus grosse partie reste assise sur un % du budget historique et non sur des bases plus objectives.

Le modèle proposé pour les années à venir doit poursuivre cet effort de différenciation et approcher un financement en fonction des résultats enregistrés. Trois « étages » de financement seraient définis :

1. Un socle de financement "récurrent "

- reconduit de manière pluri annuelle (4 ans)
- susceptible de réévaluation à échéance
- augmenté d'un taux de base d'évolution
- forfaitaire et incompressible :
 - ce socle aurait vocation à couvrir les charges minimales nécessaires pour assurer les missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation
 - l'estimation pourrait se baser sur un % des dépenses de personnel médical hospitalo-universitaire et non hospitalo-universitaire auquel serait ajoutée un % des charges de plateau technique et une quote-part des charges générales

2. Une part modulable, attribuée sur la base d'indicateurs simples, pertinents et reconnus par tous les acteurs :

- La combinaison d'indicateurs permettrait de classer les établissements en catégories correspondant à différents niveaux de financement
- Ces indicateurs seraient spécifiques pour les missions de recherche et d'enseignement, par exemple :

Recherche :

- Nombre de publications
- Nombre d'unités de recherche labellisées sur le site hospitalier, ayant passé convention avec l'établissement
- Nombre de patients inclus dans des essais cliniques, notamment ceux pour lesquels l'établissement est promoteur ou investigateur principal

Enseignement :

- Nombre d'étudiants hospitaliers

3. Une part variable, correspondant aux financements attribués aux établissements sur appels à projets ou destinés à financer des activités ou des structures contractualisées :
- Recherche : PHRC,...
 - Innovations : STIC, certains dispositifs médicaux (organes artificiels...)

Le champ d'application serait constitué par les CHU, les CLCC et les 30 établissements du territoire ayant passé convention avec l'université (16 CH et 14 établissements PSPH).

Ce modèle demande un complément d'enquêtes, en cours de réalisation, et une concertation avec les fédérations hospitalières et conférences de directeurs de CHU. Un groupe d'experts travaille depuis juin 2006 sur le modèle, et un groupe institutionnel supervise les travaux.

L'implémentation du nouveau dispositif est prévue pour 2008.

ANNEXE 6 : L'activité de prélèvement et de greffe dans la T2A

Le modèle de la Tarification à l'activité en 2004 a prévu la création d'un **forfait spécifique pour la coordination des prélèvements d'organes (CPO)**. Ce forfait comprend 5 valeurs selon la nature des autorisations et des missions des établissements, et selon l'activité de recensement des donneurs, selon les principes suivants :

- A' : 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau + mission d'études cliniques
Hypothèses de valorisation normative : 1 ETP médical, 5 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE
- A : 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau
Hypothèses de valorisation normative : 1 ETP médical, 3 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE
- B : entre 10 et 20 donneurs recensés + prélèvement de tissus
Hypothèses de valorisation normative : 0,5 ETP médical, 2 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE
- C : moins de 10 donneurs recensés (et/ou transfert de donneurs potentiels) + prélèvement de tissus
Hypothèses de valorisation normative : 0,5 ETP médical, 0,5 ETP non médicaux et 1 astreinte d'IDE
- D : autorisation de tissus uniquement
Hypothèses de valorisation normative : 0,5 ETP non médicaux

Montant en dépenses assurance maladie :

A+	20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau + mission d'études cliniques	443 731
A	20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau	316 754
B	entre 10 et 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus	212 698
C	moins de 10 donneurs recensés (et/ou transfert de donneurs potentiels) + prélèvements de tissus	128 352
D	autorisation de tissus uniquement	28 421

Ce forfait couvre uniquement les frais de la coordination : personnels impliqués, astreinte.

L'Agence de Biomédecine a mis en place par ailleurs une procédure de validation du recensement des donneurs pour pouvoir évaluer la position de chaque établissement vis-à-vis de ce critère.

En 2005, il a été mis en place en outre **un tarif pour les prélèvements d'organes**, afin de financer les frais spécifiques : diagnostic de la mort encéphalique, mobilisation des équipes, occupation du bloc, bilans biologiques, typage HLA, transport du corps, conservation des organes.

L'Agence de Biomédecine a proposé de considérer trois catégories de prélèvements :

Catégorie	Description du prélèvement	Remarques	Tarifs (en dépenses AM)
I	Le ou les reins et/ou le foie	Représente 60 % des prélèvements en 2002	7 243 euros
II	Tous les autres cas	Représente 39% des prélèvements en 2002	8 710 euros
III	Le ou les reins et le foie et le cœur et le ou les poumons et le pancréas et/ou l'intestin ou prélèvement d'au moins 7 organes	Représente 1% des prélèvements en 2002	11 002 euros

Ce dispositif se substitue au système antérieur selon lequel les établissements pouvaient procéder à des facturations inter-établissements, complexes et inéquitables, puisqu'un greffon prélevé et greffé sur place ne pouvait être facturé à personne et que les tarifs en vigueur entre établissements étaient très disparates.

Là encore, l'Agence de Biomédecine a en charge l'évaluation du nombre de greffes annuelles réalisées, par organe et par établissement.

Ces dispositions ne concernent pas les greffes de tissus.

Il a enfin été créé un **forfait annuel greffe (FAG)** supplémentaire pour prendre en compte les nécessaires transversalités de cette activité. L'activité de greffe d'organes se caractérise en effet par la multiplicité des acteurs concernés, l'importance de pouvoir assurer la permanence des soins de l'équipe multidisciplinaire, la fréquence des déplacements des équipes pour prélever hors site. Ce forfait greffe est calculé par établissement en fonction de la nature de ses autorisations et de sa file active, selon la grille suivante (en dépenses AM) :

Montant en dépenses assurance maladie :

Tarifs des forfaits de greffe	tarif 2005
toutes greffes confondues, moins de 50 greffes par an	192 528
greffes de rein et/ou foie, entre 50 et 100 greffes par an	265 872
greffes de rein et/ou foie, entre 100 et 150 greffes par an	334 632
greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 50 et 100 greffes par an	293 376
greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 100 et 150 greffes par an	458 400
toutes greffes confondues, plus de 150 greffes par an	568 416

Cela ne concerne pas les greffes de moelle osseuse.

Ce forfait a vocation à couvrir les activités transversales et certains postes de coûts qu'il n'est pas possible d'intégrer dans les GHS :

- La fonction d'assistant de transplantation, poste stratégique pour coordonner l'activité de transplantation (hypothèse : 1 ETP pour 300 patients porteurs d'un greffon fonctionnel, par équipe de greffe, avec un minimum de 0,5 ETP)
- L'environnement nécessaire pour la prise en charge des greffés : psychologues, diététiciennes, assistantes sociales (hypothèse : 1,25 ETP pour 100 greffes réalisées dans l'année pour l'ensemble de ces professions)
- Les surcoûts liés à l'astreinte infirmière (IBODE et IADE) et aux astreintes médicales (hypothèse : 127 000 euros par site hospitalier)
- Les surcoûts liés au programme de donneurs vivants, le cas échéant (rein et foie), en dépenses directes
- Les surcoûts liés aux déplacements des équipes allant prélever les organes dans un autre établissement (hypothèses : greffes de cœur, poumon, foie : les 2/3 donnent lieu à transport des équipes en moyenne, dont 20% hors région)