

Annexe II. Modalités de fixation des éléments de tarification

Les mesures tarifaires nouvelles passent par différents vecteurs, utilisant les différentes modalités de financement de l'activité MCO. Les mesures 2008 sont les suivantes :

1. Evolution de la classification des GHM

La classification servant de base à la description des prises en charges d'hospitalisation est la version 10 de la classification des GHM. En 2007, quelques évolutions mineures, conduisant notamment à la création de nouveaux GHM avaient conduit à définir une version V10B de la classification.

En 2008, une version V10C est développée, comportant quelques nouveaux GHM permettant une meilleure description de certaines activités et prolongeant des travaux menés avec les professionnels : les GHM "convulsions, épilepsies et céphalées" sont remplacés par plusieurs GHM d'épilepsie, de migraine et convulsions hyperthermiques, un nouveau GHM de séances d'aphèreses est créé, ainsi qu'un nouveau GHM de transplantation, destiné à décrire les activités de greffe nouvellement apparues (greffe d'intestin notamment). Enfin, afin de prendre en compte les particularités d'activité liées à l'âge, le GHM de cathétérisme cardiaque est scindé sur le critère d'âge (18 ans).

2. Evolution de la classification des prestations

2.1. Les GHS

Le modèle général de financement des prises en charge d'hospitalisation associe un tarif (GHS) à chaque GHM. Dans un nombre limité de cas, deux, voire 3 GHS sont associés à un même GHM pour financer de manière adaptée des prises en charge mal décrites par les GHM.

En 2008, ces modalités tarifaires sont utilisées pour répondre aux cas suivants :

- un GHS de sevrage complexe est créé pour les addictions non liées à l'alcool ; pour mémoire, un GHS de sevrage complexe avait été créé en 2007 pour les addictions éthyliques ; ces GHS sont créés dans le cadre du plan addictologie ; le tarif du GHS de sevrage complexe, comme celui du sevrage simple sont désormais identiques pour toutes les addictions, affichant ainsi l'unicité de la pratique addictologique ;
- un GHS d'irradiation corporelle totale (ICT) est créé pour mieux financer cette technique spéciale de radiothérapie ;
- un GHS de thermocoagulation utérine (thermochoice) est créé, permettant de financer de manière adaptée ce type de prise en charge gynécologique courte ;
- deux GHS sont créés pour financer la prise en charge inhérente à la pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire (cœur artificiel) ; le financement du dispositif lui-même relève encore en 2008 d'une enveloppe MIGAC, dans l'attente de son inscription sur la liste des prestations et produits remboursables ;
- enfin, un GHS de chimiothérapie non tumorale est créé afin de permettre une valorisation adéquate des prises en charge concernées.

2.2. Les forfaits sécurité environnement (forfaits SE)

En 2007, une nouvelle catégorie de prestations a été créée, destinée notamment à rémunérer la mobilisation du secteur opératoire ou d'un plateau technique particulier d'un établissement de santé à l'occasion d'un acte technique médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes. Trois catégories de forfaits (SE1, SE2 et SE3) étaient ainsi facturables, sous réserve que l'acte réalisé figure sur une liste définie (respectivement listes 1, 2 et 3).

En 2008, une évolution de ces listes intervient, pour prendre en compte, d'une part, les modifications intervenues dans la CCAM et, d'autre part, les conclusions des travaux techniques effectués sur ces listes en concertation avec les fédérations hospitalières.

Par ailleurs, un quatrième forfait (SE 4) est créé, pour rémunérer de façon adaptée les saignées thérapeutiques, tout en limitant la facturation induite d'un GHS pour des prises en charge externes.

Enfin, les règles de cumul de ces forfaits sont précisées : deux forfaits peuvent être cumulés lorsque deux ou plusieurs actes inscrits sur les listes sont réalisés, à condition que ces listes soient différentes (forfaits différents). Dans ce cas, le montant du forfait le moins élevé est minoré de 50 %.

2.3. Les forfaits de prélèvement d'organes

Les forfaits de prélèvements d'organes étaient à ce jour déclinés en 4 niveaux, fonction notamment du type et nombre d'organes prélevés. Désormais, 10 niveaux de forfait sont définis afin de rémunérer séparément les équipes qui prélèvent le ou les organes, notamment lorsque ces équipes proviennent d'un autre établissement que celui où est pratiqué le prélèvement. Cette modulation est effectuée à enveloppe constante.

2.4. Les forfaits de dialyse

Les autorisations concernant l'activité de dialyse étant désormais toutes délivrées, la liste provisoire des forfaits de dialyse en centre facturables avant autorisation est supprimée. Seule est maintenue la liste fixant les forfaits versés aux établissements autorisés.

Par ailleurs, les structures de dialyse hors centre peuvent désormais facturer les forfaits d'entraînement à la dialyse péritonéale qui n'étaient jusqu'à présent facturés que par les structures de dialyse en centre.

2.5. Le supplément pour réanimation pédiatrique

Alors que le processus d'autorisation est finalisé pour la réanimation adulte, le calendrier réglementaire permet de délivrer les notifications d'autorisation pour la réanimation pédiatrique jusqu'en janvier 2009. A titre transitoire pour l'année 2008, un dispositif analogue à celui qui avait été admis en 2007 pour la réanimation adulte est donc mis en place, afin de permettre aux établissements concernés de continuer à facturer ces suppléments REP.

2.6. Le forfait d' "accueil et de traitement des urgences" (ATU)

Ce forfait ATU est facturable dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient par la structure des urgences de l'établissement de santé. Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales.

3. Modulations tarifaires

3.1. Rapprochement de certains tarifs d'hospitalisation complète et de chirurgie ambulatoire pour les établissements anciennement financés par dotation globale

Conformément à la recommandation n° 2006-29 du conseil de l'hospitalisation, des mesures de modulations tarifaires ont été prises pour 2007 afin d'encourager le développement de la chirurgie ambulatoire en rendant ses prestations plus attractives par comparaison avec celles de l'hospitalisation complète. Dans ce but, il a été opéré un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours, l'écart entre les tarifs au sein de ces couples étant réduit de 50 %.

Cette mesure destinée à inciter les établissements de santé à développer les pratiques ambulatoires est poursuivie en 2008. La méthode est adaptée afin de moduler le rapprochement des tarifs des GHM concernés en fonction du degré de similitude, au sein de chaque couple, des prises en charge chirurgicales effectuées dans les GHM du couple. Plus la similitude est élevée, plus les tarifs sont rapprochés.

Ce rapprochement, basé sur des critères médicalisés et sur le choix de faire converger le tarif de l'hospitalisation classique vers le tarif de l'hospitalisation courte, permettra de dégager des économies sur le secteur public par un double mécanisme :

- un effet direct de baisse des tarifs de l'hospitalisation complète ;
- un effet de substitution de séjours courts aux séjours de plus de deux jours.

La mesure ainsi proposée présente l'intérêt d'inciter au développement de la chirurgie ambulatoire sans faire obstacle à une prise en charge appropriée des malades qui relèvent de l'hospitalisation complète. Par ailleurs, cette incitation devrait induire des modifications des pratiques dans le sens d'un raccourcissement des séjours actuellement davantage réalisés dans le secteur privé.

3.2. Revalorisations ciblées

Elles concernent les points suivants :

- la revalorisation des tarifs applicables dans le secteur privé pour les deux GHS de nouveaux-nés de plus de 2,5 kgs ;
- l'ajustement des deux GHS existant pour l'activité d'autogreffe de moelle : le GHM concerné présente deux GHS, scindés sur la durée de séjour (12 jours). Le GHS "bas" (durée de séjour <12 jours) est revalorisé afin de mieux prendre en compte le coût important des premiers de jours de prise en charge ; cette revalorisation est réalisée à enveloppe constante, le GHS "haut" (DS > 12 jours) étant ajusté en conséquence ;
- la revalorisation des prestations d'interruption volontaire de grossesse (IVG) : le tarif de ces prestations évolue en dehors du modèle tarifaire T2A ; ces prestations n'avaient pas été revalorisée depuis 2004 (arrêté du 23 juillet 2004) ; une étude de coûts récente ayant montré la sous valorisation des IVG instrumentales, la demande de revalorisation des professionnels a été entendue comme je l'ai annoncé en début d'année ; une augmentation d'environ 20% du tarif de ces IVG est donc réalisée ; les IVG médicamenteuses conservent leur tarif ; cette revalorisation fait l'objet d'un arrêté spécifique ;
- la revalorisation des prestations de dialyse hors centre, destinée à favoriser le développement de cette activité selon cette modalité, plus souple pour les patients, d'un point de vue organisationnel : le tarif des prestations de dialyse péritonéale (DPA, DPCA, et entraînement à la DPA et DPCA), ainsi que d'hémodialyse à domicile sont augmentés de 2%. Les tarifs de dialyse en centre augmentent de 0,3%.

4. Forfait haute technicité pour les établissements ex OQN bénéficiant du coefficient haute technicité

Un forfait annuel de haute technicité est créé qui correspond pour chaque établissement, à ses recettes en provenance de l'assurance maladie résultant de l'application du coefficient de haute technicité aux données de son activité 2006 corrigées du taux national d'évolution prévisionnelle de 1,7% et valorisées aux tarifs nationaux des prestations pour 2007.

Le 1^{er} mars 2009, la valeur du coefficient de haute technicité sera fixée à un. Cette nouvelle réduction de moitié du coefficient de haute technicité s'accompagnera du versement à chaque établissement d'un montant équivalent à 75% de la valeur du forfait annuel de haute technicité en raison de la baisse de 25% du montant de ce forfait que je souhaite voir appliquée chaque année à compter de 2009 et jusqu'en 2012. Les sommes générées par cette diminution du forfait seront affectées à des tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation correspondant à des groupes homogènes de malades (G.H.M) représentatifs d'une haute technicité réactualisée.