



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS,
DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction des affaires financières

Paris, le 21 avril 2005

Personne en charge du dossier :
Dr Claude MARESCAUX
Téléphone: 01 40 56 43 89
Télécopie : 01 40 56 50 45
claude.marescaux@sante.gouv.fr

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Sous-direction du financement du système de soins

Personne en charge du dossier :
Dr Michel ARENAZ
01 40 59 75 27
01 40 56 75 62
michel.arenaz@sante.gouv.fr

**Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Et le directeur de la sécurité sociale**

à

**Madame, Monsieur le Directeur
Agence Régionale de l'Hospitalisation**

Pour information des établissements ayant une activité
d'hospitalisation à domicile

**Objet : Tarification à l'activité en HAD et recueil d'information médicalisé : diffusion
auprès des établissements d'une annexe technique sous forme de mode d'emploi**

Pièce jointe : une annexe technique

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile, HAD, ont pour obligation de produire des Résumés par sous-séquence, RPSS, selon les dispositions de l'arrêté du 31 décembre 2004, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement, pris en application notamment des articles L. 6113-7, L.6113-8 et R. 710-5-1 à R.710-5-11, publié au Journal officiel du 14 janvier 2005.

Par ailleurs, ces établissements sont désormais tous entrés dans le champ de la tarification à l'activité

Vous trouverez dans l'annexe technique ci-jointe, sous forme de mode d'emploi, une synthèse des règles de constitution du recueil d'information standardisé et des précisions concernant les modalités de tarification de l'activité en HAD.

Nous vous remercions de bien vouloir porter ces éléments d'information à la connaissance des établissements ayant une activité d'hospitalisation à domicile et de faire part à nos services de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de ce nouveau système d'information médicalisé.

Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins
Jean CASTEX

Le Directeur de la Sécurité Sociale
Dominique LIBAULT

Annexe technique
Avril 2005

**SYSTEME D'INFORMATION ET TARIFICATION A L'ACTIVITE EN HAD :
MODE D'EMPLOI**

1 DOCUMENTS DE REFERENCE

1.1 Textes relatifs au financement des établissements de santé

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10, R.162-32 et suivants et R.162-42 et suivants ;
- Article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n°2003-1199 du 18 décembre 2003) modifié ;
- Le 2^o de l'article 1^{er} et le II de l'article 5 de l'arrêté du 31 janvier 2005 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,.

- Circulaire N° DHOS/F3/F1/2005/103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

- Circulaire N° DHOS-F-O/DSS-1A/2005/119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

1.2 Textes spécifiques à l'HAD :

- Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement et ses annexes.

- Guide méthodologique de production du recueil d'information standardisé de l'hospitalisation à domicile (annexe N° 5 de l'arrêté sus visé)

- Instructions de la DHOS aux ARH en date du 1^{er} décembre 2004

- Instructions de la DHOS aux ARH en date du 12 janvier 2005

Le guide méthodologique et les instructions aux ARH sont disponibles sur le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr par le lien suivant :
<http://www.atih.sante.fr/?id=0001400007FF>

2 LE RECUEIL D'INFORMATION MEDICALISE :

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile en MCO ont pour obligation de produire des résumés par sous-séquence, (RPSS), en application de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et dans le cadre de la médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tous les établissements publics et privés sont soumis à cette obligation de produire l'analyse de leur activité. Par contre, les hôpitaux locaux gérant des places d'HAD, bien que non soumis à la tarification à l'activité,

procèdent à l'analyse de leur activité conformément aux dispositions de l'article L.6113-7 du CSP. Bien que ce recueil d'informations ne leur soit pas nécessaire pour la détermination de leurs tarifs, il leur est recommandé d'y procéder afin de se préparer à cette réforme dans les prochaines années. Les consignes données pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale doivent leur permettre de s'y préparer.

Le RPSS est le nom du bordereau de recueil en HAD. Certaines des informations recueillies sont nécessaires pour la tarification des journées de présence du patient, dans le cadre de la tarification à l'activité. A ces informations « tarifantes » ont été ajoutées d'autres données qui complètent la description des caractéristiques du patient et de son séjour en HAD.

La nature des informations à recueillir, le circuit de production et de transmission de ces informations entre l'établissement, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'utilisation de ces informations pour le classement en groupes homogènes de prise en charge (GHPC) puis en groupes homogènes de tarifs (GHT) sont décrites dans **l'arrêté du 31 décembre 2004** cité en référence.

Un guide méthodologique de production du recueil d'information standardisé de l'hospitalisation à domicile a été élaboré. Ce guide a été publié en annexe n° V de l'arrêté mentionné ci-dessus Il est disponible, en téléchargement, sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001400007FF>

3 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE EN HAD

La rémunération des activités d'HAD d'un établissement repose sur le paiement d'un forfait pour chaque journée où le patient est hospitalisé à domicile, appelé « groupe homogène de tarif, GHT ». Il existe 31 GHT, soit 31 tarifs journaliers de prestations. Le tarif le plus élevé est égal à 10 fois le tarif le moins élevé.

Le classement de chaque journée de présence dans un GHT est réalisé par un programme informatique appelé fonction groupage qui utilise les quatre variables tarifantes des RPSS, soit, le mode de prise en charge principal, le mode de prise en charge associé (s'il existe), l'indice de Karnoksfy et la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins.

L'arrêté du 31 janvier 2005 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, définit les règles de facturation des GHT aux caisses d'assurance maladie. Le II de l'article 5 précise notamment : *Un forfait « groupe homogène de tarifs » est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée, un forfait est facturé.*

Le guide méthodologique de production du recueil d'information standardisé de l'hospitalisation à domicile, précédemment cité, stipule que lorsqu'un patient est hospitalisé en HAD et bénéficie d'un traitement en hospitalisation de jour, l'établissement d'HAD est autorisé à facturer un GHT.

Il est également précisé dans ce guide, que si le patient est absent une nuit de son domicile, car hospitalisé hors de son domicile, son séjour en HAD est interrompu.

Même si certaines règles de facturation sont communes à tous les établissements, la tarification à l'activité ne s'applique pas encore selon les mêmes modalités pour les établissements antérieurement financés sous dotation globale et pour les établissements antérieurement financés hors dotation globale.

3.1 Règles communes à tous les établissements :

Lorsque, pendant son séjour en HAD, un patient bénéficie de soins réalisés par un établissement de santé en hospitalisation de jour (par exemple pour chimiothérapie, dialyse ou radiothérapie), la règle suivante s'applique :

- L'établissement prestataire des soins réalisés en hôpital de jour est rémunéré directement par le paiement d'un forfait GHS.
- L'établissement d'HAD est rémunéré, pour cette même journée, par un forfait GHT.

La prise en charge des frais de transports sanitaires en HAD suit la règle générale, à savoir que c'est le prescripteur des soins qui paie le transport. Si la prescription d'un transport sanitaire est prescrite par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur du service d'HAD, l'établissement d'HAD prend en charge les frais de transport et ceux-ci sont couverts par le tarif du GHT.

Les honoraires des médecins libéraux spécialistes, y compris ceux des radiologues (notamment pour des actes d'imagerie), sont exclus du tarif du GHT. Ces honoraires doivent être payés directement par le patient au praticien qui a délivré les soins et seront pris en charge par l'assurance maladie selon le dispositif général de prise en charge des prestations de soins de ville.

Sont facturables à l'assurance maladie, en sus des GHT, les médicaments prescrits au patient pendant son hospitalisation en HAD et présents dans la **liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale. Pour l'année 2005, le détail de cette liste est donné en annexe V de la circulaire N° DHOS-F-O/DSS-1A/2005/119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.**

Toutes les dépenses autres que celles liées aux honoraires des médecins ou aux médicaments facturables en sus **sont couvertes par le tarif du GHT**

3.2 Règles spécifiques selon le mode de financement des établissements

3.2.1 Pour les établissements antérieurement financés par dotation globale :

Le dispositif transitoire de montée en charge de la facturation des prestations d'hospitalisation tarifées à l'activité s'appuie sur un mécanisme de financement mixte sous la forme d'une fraction des tarifs des prestations et d'une dotation annuelle complémentaire, la part financée sur la base des tarifs ayant vocation à augmenter progressivement chaque année pour atteindre 100% en 2012. Pour l'année 2005, **la fraction des tarifs applicable est fixée à 25%.**

Les ressources sont donc attribuées, en 2005, sous la forme du versement trimestriel, à hauteur de 25% du tarif de chaque GHT, affecté le cas échéant, du coefficient géographique applicable à l'établissement selon le département d'implantation, auquel s'ajoute la dotation annuelle complémentaire mentionné au 2° du A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. En outre, certains médicaments,

inscrits sur une liste fixée par arrêté ministériel, sont remboursés trimestriellement à l'établissement sur la base de leur consommation réelle.

En 2005, c'est l'ARH qui notifie à l'Assurance Maladie, pour chaque établissement, le montant du versement à effectuer. L'ARH utilise, pour ce faire, les fichiers transmis par l'établissement, soit le fichier des RAPSS et, le cas échéant, un fichier dénommé FICHSUP qui comporte les consommations de médicament remboursés en sus du GHT.

Pour ces établissements antérieurement financés par dotation globale, le tarif du GHT est un tarif « tout compris », qui inclut la rémunération du médecin traitant. Pour mémoire, tous les honoraires des médecins spécialistes libéraux sont exclus de ce tarif y compris ceux des radiologues (notamment pour des actes d'imagerie).

La dotation annuelle complémentaire est arrêtée par l'ARH. Son versement par la caisse pivot s'effectue mensuellement par douzième.

En début d'année 2005, dans l'attente de la fixation de la DAC, une procédure exceptionnelle a été mise en place: la caisse pivot effectue un versement mensuel sur la base des douzièmes de la dotation globale de 2004, pour assurer la trésorerie des établissements.

Pour plus d'information, il convient de consulter la circulaire N° DHOS-F-O/DSS-1A/2005/119 du 1^{er} mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

3.2.2 Pour les établissements antérieurement financés hors dotation globale

L'établissement est rémunéré dès lors qu'il transmet à l'assurance maladie les bordereaux de facturation S.3404. L'établissement produit un bordereau par patient et par sous-séquence de soins.

A la différence des établissements antérieurement financés **par** dotation globale, le tarif des GHT des établissements antérieurement financés **hors** dotation globale n'inclut pas la rémunération des médecins traitants.

En conséquence, en dehors des honoraires des médecins, toutes les autres charges liées à la prise en charge du patient pendant son hospitalisation en HAD sont couvertes par le tarif du GHT

Les honoraires du médecin traitant sont portés sur le bordereau S.3404. Le médecin atteste de la réalisation de ses actes en apposant sa signature sur le bas du bordereau. **Dans le contexte de l'HAD, rendant difficile la cosignature du bordereau d'hospitalisation, il est autorisé de joindre, au bordereau S.3404, une feuille de soins signée par le médecin, comme pièce justificative des honoraires portés sur ce bordereau.**

Les honoraires seront versés au médecin directement par la caisse de sécurité sociale ou par l'intermédiaire d'un compte mandataire.

A titre dérogatoire, et jusqu'à la fin de premier semestre 2005, les établissements d'HAD sont autorisés à ne pas porter les honoraires du médecin traitant sur le bordereau S3404.