

## Campagne tarifaire 2009

### Méthodologie de calcul des tarifs 2009 MCO

La mise en place de la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades et la prise en compte des données issues de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune conduite en 2006 (ENCC 2006) nécessitent d'explicitier la méthode de calcul des tarifs pour la campagne 2009. En effet, ceux-ci ne peuvent être déduits directement des tarifs 2008 dans la mesure où ces derniers sont basés sur la version 10 de la classification : les deux versions ne peuvent être comparées du fait des évolutions substantielles entre elles (recomposition de nombreux GHM, création de niveaux de sévérité, suppression de la CM24...).

Les tarifs 2009 sont le résultat d'une démarche d'élaboration structurée en plusieurs phases.

L'application des données issues de l'ENCC 2006 sur la base de données d'activités 2007 regroupées selon la version 11 de la classification des séjours est le point de départ de cette construction. Elle permet en effet, après avoir exclu des coûts d'une part, les charges de médicaments et DMI payés en sus du GHS, d'autre part, le financement des suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, suppléments de néonatalogie, etc.), de produire deux échelles de coûts, l'une pour le secteur anciennement sous dotation globale, l'autre pour le secteur anciennement sous OQN. Ce sont ces deux échelles qui sont utilisées dans la construction des tarifs 2009.

La première étape d'élaboration des tarifs pour chacun des deux secteurs consiste à distribuer une masse financière donnée en tenant compte de manière systématique de la hiérarchie des coûts telle qu'elle ressort de l'ENCC 2006. En l'occurrence, la masse financière de départ correspond à la valorisation de l'activité 2007 regroupée selon la version 10 de la classification des séjours par les tarifs en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2008.

Il convient de noter que s'agissant du secteur ex OQN, la hiérarchie des coûts a été modifiée pour tenir compte du fait que les surcoûts liés à la haute technicité sont financés par un forfait annuel qui n'est donc pas dans la masse de recette actuelle générée par les tarifs 2008.

Dans une seconde étape, les deux échelles de tarifs obtenues ont été ajustées afin de prendre en compte **des objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives** (précisés en annexe 1), par application de critères communs aux deux secteurs, conduisant à deux échelles de tarifs dits « repères ».

**Sans pour autant constituer une cible précise, ces échelles de tarifs donnent les orientations des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme. Ces orientations feront l'objet d'un réexamen chaque année.**

Il convient de souligner que l'échelle de tarifs dits « repères » pour le secteur ex OQN n'inclut pas les montants liés à la haute technicité (cf supra). Toutefois, un quart du montant du forfait annuel est réintégré dans les tarifs des GHM chaque année à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009 et ce jusqu'en 2012 (cf annexe 2).

Dans un troisième temps, il a été décidé de limiter pour 2009, les variations de recettes issues de la mise en place des nouvelles échelles de tarifs pour permettre aux établissements de

s'adapter aux évolutions de la tarification. En pratique, les tarifs « repères » ont été modifiés sous l'effet de contraintes exposées en annexe 1.

Enfin, les tarifs 2009 ont été calculés en prenant en compte d'autres éléments spécifiques ainsi que l'évolution tarifaire propre à la campagne 2009 à savoir :

- le transfert dans la dotation MIGAC des financements correspondant aux surcoûts liés à l'accueil de patients en situation de précarité et à certaines charges relatives à la permanence des soins hospitaliers (PDSH) ;
- l'harmonisation des listes de DMI payés en sus du GHS pour les deux secteurs ;
- la réintégration partielle du forfait de haute technicité dans les tarifs du secteur ex OQN, intégration qui se poursuivra de façon progressive au cours des prochaines années ;
- l'évolution en volume de l'activité et des effets codages.

Les tableaux de tarifs ([mettre le lien vers le fichier excel](#)) présentent, sous les conditions de construction énoncées dans la présente fiche, les tarifs dits « repères » et les tarifs 2009.

## Annexe 1

### 1- Les objectifs de santé publique ou les politiques tarifaires incitatives pris en compte dans le calcul des tarifs repères

- **La prise en charge du cancer :** revalorisation des tarifs des séjours et diminution des tarifs de séances dans la contrainte globale d'une perte limitée pour l'activité « cancer » à 1% pour chacun des secteurs.
- **Les soins palliatifs :**
  - Création d'un GHM de soins palliatifs pour les séjours de très courte durée correspondant à un seul GHS (i.e. tarif unique) quelque soit le mode de prise en charge ;
  - Révision des bornes basses et hautes du GHM pour les séjours « de durée moyenne » afin de ne pas pénaliser les séjours longs et de tenir compte de la création du GHM de très courte durée (i. e. Borne basse à 4 jours et borne haute à 12 jours).
  - Rééquilibrage de l'écart entre les tarifs des trois GHS en faveur des unités dédiées (indice de tarif par rapport au tarif de base : tarif en lits non identifiés : 100 – tarif en lits identifiés : 130 – tarif en unités dédiées : 150).
- **Les activités lourdes (38 racines) :**

Les activités visées nécessitent une prise en charge très lourde et souvent très onéreuse (i.e. chirurgie de remplacement valvulaire, craniotomies, transplantations, pontages, etc.) :

- les recettes actuelles sont maintenues pour les activités lourdes qui sont « perdantes » à la mise en œuvre de l'ENCC/V11.
  - les recettes issues de la mise en œuvre de l'ENCC/V11 sont garanties pour les activités qui sont « gagnantes » à cette mise en œuvre.
- **La périnatalité**
    - Maintien du rapport entre les tarifs de l'accouchement par voie basse et de l'accouchement par césarienne ;
    - Maintien du rapport entre les tarifs de l'accouchement par voie basse sans complication et de l'accouchement par voie basse avec complication.

- **Le développement de la chirurgie ambulatoire**

Pour 18 racines comportant un potentiel de développement en chirurgie ambulatoire, le tarif de prise en charge ambulatoire est le même que celui de la prise en charge du GHM de niveau de sévérité 1.

### 2- Les contraintes appliquées en 2009 aux tarifs « repères »

- **Par CMD ou sous CMD :**
  - Limitation de l'incidence en 2009 sur les recettes d'assurance maladie des établissements de santé à une valeur comprise entre -2% et +3%.
  - Toutefois, le cancer, les soins palliatifs et les activités lourdes ne sont pas concernés par cette limitation puisqu'ils ont fait l'objet d'une action spécifique au préalable.

- **Pour la chirurgie ambulatoire (18 racines) :**

En 2009, le tarif unique (J et niveau de sévérité 1) est calculé en tenant compte d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour chacune des 18 racines, l'incidence en 2009 de la mise en œuvre de l'ENCC et de la V11 est limitée à 30% de l'effet revenu.

Pour l'intervention sur le cristallin dans les établissements du secteur ex OQN l'incidence en 2009 est limitée à 10% des recettes de cette activité.

## Annexe 2

Le coefficient de haute technicité dans le secteur ex OQN concerne uniquement l'activité de chirurgie. Aussi, cette activité a été répartie en deux listes :

- Une liste de GHM de « haute technicité » établie avec les fédérations représentatives des établissements de santé privés (62 GHM – Cf infra),
- Une liste complémentaire : les autres GHM de chirurgie.

La réintégration 2009 de la masse financière relative à la « haute technicité » a été effectuée en ciblant en priorité les GHM de la liste HT, et le reliquat a été attribué aux autres GHM de chirurgie.

<b>Liste GHM Haute technicité</b>	
<b>racine</b>	<b>libellé</b>
<b>01C04</b>	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans
<b>01C05</b>	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques
<b>01C06</b>	Interventions sur le système vasculaire précérébral
<b>01C09</b>	Pose d'un stimulateur cérébral
<b>01C11</b>	Craniotomies pour tumeurs, âge inférieur à 18 ans
<b>01C12</b>	Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans
<b>01K02</b>	Embolisations intracrâniennes et médullaires
<b>01K03</b>	Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux
<b>01K07</b>	Embolisations intracrâniennes et médullaires pour hémorragie
<b>03C19</b>	Ostéotomies de la face
<b>03C25</b>	Interventions majeures sur la tête et le cou
<b>04C02</b>	Interventions majeures sur le thorax
<b>05C02</b>	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie
<b>05C03</b>	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie,
<b>05C04</b>	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie
<b>05C05</b>	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie
<b>05C06</b>	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle,

<b>05C07</b>	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle
<b>05C09</b>	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle
<b>05C10</b>	Chirurgie majeure de revascularisation
<b>05C19</b>	Pose d'un défibrillateur cardiaque
<b>05K05</b>	Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde
<b>05K06</b>	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde
<b>05K11</b>	Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire
<b>05K12</b>	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère, âge inférieur à 18 ans
<b>05K13</b>	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère, âge supérieur à 17 ans
<b>06C02</b>	Chirurgie majeure des malformations digestives
<b>06C03</b>	Résections rectales
<b>06C04</b>	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
<b>06C05</b>	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans
<b>06C16</b>	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans
<b>06C20</b>	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour ulcères, âge supérieur à 17 ans
<b>06C22</b>	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum pour affections autres que malignes ou ulcères, âge supérieur à 17 ans
<b>07C09</b>	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
<b>07C10</b>	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour affections non malignes
<b>07C11</b>	Dérivations biliaires
<b>07C12</b>	Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées
<b>08C02</b>	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches
<b>08C04</b>	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge inférieur à 18 ans
<b>08C22</b>	Interventions pour reprise de prothèses articulaires
<b>08C24</b>	Prothèses de genou
<b>08C25</b>	Prothèses d'épaule
<b>08C27</b>	Autres interventions sur le rachis

<b>08C47</b>	Prothèses de hanche pour traumatismes récents
<b>08C48</b>	Autres prothèses de hanche
<b>08C49</b>	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans
<b>08C50</b>	Autres interventions sur la hanche et le fémur, âge supérieur à 17 ans
<b>08C51</b>	Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses
<b>08C52</b>	Autres interventions majeures sur le rachis
<b>09C11</b>	Reconstructions des seins
<b>10C03</b>	Interventions sur les surrénales
<b>10C09</b>	Gastroplasties pour obésité
<b>10C11</b>	Interventions sur la thyroïde pour tumeurs malignes, âge inférieur à 70 ans
<b>10C13</b>	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité
<b>11C02</b>	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale,
<b>11C03</b>	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale,
<b>12C11</b>	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes
<b>13C03</b>	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans
<b>13C14</b>	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
<b>13C15</b>	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes
<b>16C02</b>	Interventions sur la rate
<b>17C04</b>	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus,