

## **Campagne tarifaire et budgétaire**

# **Réforme du Ticket Modérateur**

---

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, un dispositif transitoire a été mis en place pour la facturation du ticket modérateur (TM) par les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (ex DG) pour les champs MCO et HAD. Ces établissements pouvaient continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) et non des tarifs nationaux des prestations hospitalières (GHS pour le MCO, GHT pour l'HAD). L'article 35 de la LFSS de 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations (TNJP), base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1er janvier 2021 a été reportée d'un an par l'article 51 de la LFSS de 2021 afin de tenir compte de la très forte mobilisation des agences régionales de santé et des établissements de santé dans la gestion de la crise sanitaire. Elle concerne également le champ de la psychiatrie, en cohérence avec l'évolution des modèles de financement des recettes assurance maladie, qui introduit un mode de financement commun aux deux secteurs de financement.

La présente notice vise à informer les établissements de santé de la mise en œuvre opérationnelle de la réforme au 1<sup>er</sup> Janvier 2022.

Elle est composée de trois annexes

- l'annexe 1 précise les principes qui ont conduit la réforme ;
- l'annexe 2 décrit les modalités relevant des champs MCO, HAD et de la psychiatrie ;
- l'annexe 3 décrit le mécanisme de convergence

Le Directeur général  
Housseyni HOLLA

## Annexe 1

### Principes de la réforme

L'article 35 de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations, base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021 a été reportée d'un an par l'article 51 de la LFSS de 2021. Elle concerne les établissements du secteur ex DG pour les champs du MCO et de l'HAD, ainsi que l'ensemble des établissements de psychiatrie (publics, privés à but lucratif et à but non lucratif).

S'agissant des établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation, la facturation du ticket modérateur reste inchangée en 2022 en raison du report de la réforme du financement des activités de SSR au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Les grands principes de la réforme sont définis dans [le décret d'application du 28 décembre 2021](#) relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés.

#### I. Les grands principes de la réforme.

La réforme consiste à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Les TNJP servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (ie conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents.

La réforme n'engendre pas de modification concernant les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur ;

- en fonction des actes réalisés : lorsqu'un acte coûteux a été réalisé au cours du séjour, une participation forfaitaire de 24€ (PF24) se substitue au TM ;
- en fonction du statut du patient : les assurés en ALD, les invalides et les pensionnaires militaires d'invalidité sont exonérés de la participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF24) mais ne le sont pas de la participation aux frais d'hébergement (FJH) ;
- en fonction du « risque » : les patients relevant du risque maternité ou ATMP sont exonérés du TM comme du FJH

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différencieraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

Dans un souci de maintien des organisations de facturation actuelles, la grille est assise sur une logique à dominante administrative i.e. avant tout basée sur l'unité fonctionnelle dans laquelle le patient est pris en charge. Toutefois par cohérence avec les niveaux de facturations antérieures et des charges constatées, la réforme est basée sur le concept de neutralité via le principe de conservation des masses au sein de chaque champ d'activité (MCO, HAD, et psychiatrie) et secteur tarifaire (ex DG et ex OQN) afin de ne pas opérer de transfert entre le niveau des recettes assurance maladie et le niveau des recettes à la charge du patient ou des organismes complémentaires.

Enfin le décret d'application prévoit un mécanisme de transition via l'application d'un coefficient annuel avec une période transitoire qui couvre la période de 2022 à 2025. Ce mécanisme est détaillé dans l'annexe 3.

## II. Les principes de construction de l'échelle nationale des TJP

La grille et les valeurs nationales de l'échelle ont été construites à partir des données de facturation et des données d'activité transmises par les établissements en 2019 dans le PMSI sur le champ MCO et dans le RIM-P sur le champ de la psychiatrie. Concernant le champ HAD, une enquête spécifique a été menée auprès des agences régionales de santé (ARS) en raison de l'absence de données suffisamment fiables dans le PMSI. L'année 2019 a été retenue car étant la dernière année non impactée par la crise sanitaire et disponible sur un exercice complet. Les valeurs ont ensuite fait l'objet d'un taux d'actualisation pour prendre en compte l'évolution des TJP entre 2019 et 2021.

Au sein de chaque champ (MCO, HAD et psychiatrie) et de chaque secteur (ex DG et ex OQN) la masse relative au ticket modérateur a été sanctuarisée. Autrement dit la masse TM issue des TNJP reproduit à structure d'activité identique la masse TM historique. La masse prise en compte est celle correspondant aux séjours facturables à l'assurance maladie et redevables du ticket modérateur. Elle inclut le forfait journalier lorsque le montant de ce dernier est supérieur au montant issu des TNJP pour les séjours redevables du ticket modérateur (règle d'imputation entre le TJP et le FJH).

La grille a été élaborée à partir des facteurs explicatifs des niveaux des TJP historiques. Ces facteurs sont de deux natures différentes :

- en fonction du niveau de charge constaté au sein de l'établissement ; soit des caractéristiques liées à l'établissement qui justifient d'affecter les établissements dans différents groupes ;
- en fonction des soins donnés ; soit des caractéristiques liées à la prise en charge en suivant une logique administrative et non une logique médicale.

Les valeurs des TNJP ont été construites en deux temps. Dans un premier temps, les valeurs sont issues des TJP théoriques déduit à partir de la base de remboursement de chaque séjour qu'il soit ou non redevable du TM, ceci afin de prendre en compte dans le calibrage du TNJP le poids des séjours non redevables du TM. Dans un second temps, la valeur a été ajustée afin de préserver la masse historique, le périmètre de facturation (séjours redevables du TM) étant plus petit que le périmètre de construction (séjours redevables ou non du TM).

## Annexe 2

### Modalités du champ MCO, HAD et psychiatrie

#### I. Modalités du champ MCO pour les établissements ex DG

Les établissements du secteur ex OQN ne sont pas concernés par la réforme étant donné que l'assiette de calcul du ticket modérateur est déjà basée sur une tarification nationale (facturation du ticket modérateur sur la base des groupes homogènes de séjour – GHS).

Pour le champ MCO, la réforme du ticket modérateur s'applique uniquement au secteur de financement ex-DG. Pour ces établissements, la base de remboursement est issue de l'échelle de TJP propre à chaque établissement.

$$\text{Montant}_{BR} = TJP_{ES} * \text{NombreJournéesFacturées}$$

Le montant du ticket modérateur est alors (aux règles d'exonération près\*) :

$$\text{Montant}_{TM} = TJP_{ES} * \text{NombreJournéesFacturées} * (1 - \text{Taux}_{remb})$$

\* ces règles concernent notamment :

- l'application de la règle d'exonération à partir du 31<sup>ème</sup> jour de prise en charge, la durée incluant celle du 1<sup>er</sup> séjour dans le cas d'un deuxième séjour consécutif ;
- l'application de la règle d'imputation entre le montant du ticket modérateur et le montant du forfait journalier (le montant facturé au titre du TM correspond au forfait journalier quand le montant de ce dernier est supérieur au montant issu des TJP)

La base de remboursement (BR), le montant du TM ainsi que les informations permettant de déterminer le niveau d'exonération du patient sont obtenus par séjour à partir des bases VIDHOSP, transmises dans les informations du PMSI.

A partir de la BR et du nombre de journées par séjour, un TJP théorique de chaque séjour est déterminé comme suit :

$$TJP_{théorique} = \frac{\text{Montant}_{BR}}{\text{Nombre de journées}}$$

L'information est connue au niveau du séjour et plusieurs TJP ont pu être appliqués à un même séjour. Ainsi, pour les séjours auxquels plusieurs TJP ont été facturés, le TJP théorique est la moyenne des différents TJP, pondérée par le nombre de journées facturées. La valeur des TJP théoriques est utilisée pour calibrer la grille TNJP. Se baser sur la BR plutôt que sur le montant TM pour calibrer la grille TNJP permet de considérer les séjours exonérés du TM.

Les critères retenus pour élaborer la grille des TNJP ont été choisis pour leur caractère explicatif de la variabilité des TJP préexistants à la réforme.

Ainsi, pour le champ MCO, l'échelle de TNJP distingue sept groupes d'établissements<sup>1</sup>:

- Groupe 1 : > 75% de séances
- Groupe 2 : > 384 M€
- Groupe 3 : ]158 M€ - 384 M€]
- Groupe 4 : ]38 M€ - 158 M€]
- Groupe 5 : ]14 M€ - 38 M€]
- Groupe 6 : ]7,8 M€ - 14 M€]
- Groupe 7 : ]0 M€ - 7,8 M€]

<sup>1</sup> Données d'activité / produits de titre I 2019

Chaque groupe dispose de 17 TNJP.

Activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, sauf pour les activités d'hospitalisation à domicile			
CODE TARIFAIRE	CODE DMT	INTITULE DU TARIF	MONTANTS
04	213	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-ambu	
03	210	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-HC	
50	228	Médecine autres UM-ambu	
11	216	Médecine autres UM-HC	
48	229	Médecine - GHS intermédiaire	
12	234	Chirurgie - HC	
90	239	Chirurgie -ambu	
20	232	Spécialités couteuses	
26	233	Spé très couteuses - REA	
23	240	Obstétrique - HC	
24	244	Obstétrique-ambu	
25	245	Nouveaux Nés - HC	
53	256	Séance chimiothérapie	
49	272	Séance de protonthérapie	
51	274	Séances Radiot Hte Precision : stéréotaxie, Irradiation corporelle totale, autres techniques spéciales, RCMl	
52	265	Séance dialyse	
27	275	Autres séances	

Les valeurs des TNJP sont obtenues en moyennisant les TJP théoriques de tous les séjours d'un même groupe en pondérant par le nombre de journées réalisées en 2019.

Les valeurs des TNJP obtenues sont ensuite ajustées pour que la masse globale de ticket modérateur (des séjours redevables à l'assurance maladie) soit égale avant et après réforme toutes choses égales par ailleurs.

## II. Modalités du champ HAD

Pour le champ HAD, la qualité des informations transmises dans le PMSI n'a pas permis un traitement similaire aux autres champs. Ainsi pour ce champ, une enquête a été diligentée auprès des ARS pour récupérer les informations suivantes par établissement : TJP avant réforme, le nombre de journée total en 2019, le nombre de journées en AME et le nombre de journées redevables du TM en 2019.

Pour ce champ, l'échelle de TNJP tient compte du seul caractère mixte ou non mixte de l'établissement. Ainsi, les deux groupes d'établissements sont :

- Groupe 1 : Mixte MCO, SSR ou PSY et HAD
- Groupe 2 : Mono HAD

Chaque groupe dispose d'un unique TNJP.

Les valeurs des TNJP sont obtenues en moyennisant les TJP de tous les établissements d'un même groupe en pondérant par le nombre de journées réalisées en 2019. Les valeurs des TNJP obtenues sont ensuite ajustées pour que la masse globale de ticket modérateur (des séjours redevables à l'assurance maladie) soit égale avant et après réforme toutes choses égales par ailleurs.

### III. Modalités du champ PSY

Pour le champ PSY, la réforme du ticket modérateur concerne l'ensemble des établissements (publics, privés lucratifs et non lucratifs). Cependant, la façon de calculer le ticket modérateur ainsi que la source d'information pour le calibrage des TNJP diffèrent selon le secteur de financement (ex DAF, ex OQN).

Pour le secteur ex-DAF, la base de remboursement est issue de l'échelle de TJP antérieure propre à chaque établissement, comme pour le champ MCO des ex DG.

$$Montant_{BR} = TJP_{ES} * NombreJournéesFacturées$$

Le montant du ticket modérateur est alors (aux règles d'exonération près\*) :

$$Montant_{TM} = TJP_{ES} * NombreJournéesFacturées * (1 - Taux_{remb})$$

\* ces règles concernent notamment :

- l'application de la règle d'exonération à partir du 31<sup>ème</sup> jour de prise en charge, la durée incluant celle du 1<sup>er</sup> séjour dans le cas d'un deuxième séjour consécutif ;
- l'application de la règle d'imputation entre le montant du ticket modérateur et le montant du forfait journalier (le montant facturé au titre du TM correspond au forfait journalier quand le montant de ce dernier est supérieur au montant issu des TJP)

Pour les travaux de construction de la grille TNJP, le traitement est analogue au champ MCO. La base de remboursement (BR), le montant du TM et les informations permettant de déterminer le niveau d'exonération du patient sont obtenus par séjour à partir des bases VIDHOSP.

Pour le secteur ex-OQN, la base de remboursement est issue des tarifs de prestation antérieurs (PJ<sup>2</sup>, PY, etc...) propres à chaque établissement. Toutes les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie sont considérées.

$$Montant_{BR} = Tarif_{prestation} * Quantité_{prestation}$$

Le montant du ticket modérateur est alors (aux règles d'exonération près\*) :

$$\begin{aligned}
 Montant_{TM} &= (Tarif_{prestation} - FJH) * Quantité_{prestation} * (1 - Taux_{remb}), \\
 &\quad \text{si la prestation est le PJ pour une prise en charge en hospitalisation complète} \\
 Montant_{TM} &= Tarif_{prestation} * Quantité_{prestation} * (1 - Taux_{remb}), \text{ dans les autres cas}
 \end{aligned}$$

Le montant du ticket modérateur d'un séjour est la somme des montants par prestation (de même pour la BR). Ces informations sont issues des bases RSF correspondant à la copie des factures transmises à l'assurance maladie.

Pour les deux secteurs, à partir de la BR et du nombre de journées par séjour, le TJP théorique de chaque séjour est :

$$TJP_{théorique} = \frac{Montant_{BR}}{Nombre\ de\ journées}$$

Pour les séjours auxquels plusieurs TJP ont été facturés, le TJP théorique est alors la moyenne des différents TJP. La valeur des TJP théoriques est utilisée pour calibrer la grille TNJP. Se baser sur la BR plutôt que sur le montant TM pour calibrer la grille TNJP permet de considérer les séjours exonérés du TM.

<sup>2</sup> Pour le secteur ex-OQN, le PJ contient le FJH. Ainsi les TNJP pour ce secteur contiennent aussi ce dernier. De ce fait le FJH est déduit du PJ ou du TNJP pour le calcul du ticket modérateur.

Les critères pour établir la grille des TNJP ont été sélectionnés pour leur caractère explicatif de la variabilité des TJP préexistants à la réforme.

Ainsi, pour le champ PSY, l'échelle de TNJP tient compte des critères de mixité de la sectorisation de l'établissement. Les six groupes d'établissements sont :

- Groupe 1 : Non mixte et en partie sectorisé
- Groupe 2 : Non mixte et sectorisé
- Groupe 3 : Non mixte et non sectorisé
- Groupe 4 : Mixte et en partie sectorisé
- Groupe 5 : Mixte et sectorisé
- Groupe 6 : Mixte et non sectorisé

Chaque groupe dispose de 6 TNJP.

Activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale			
CODE TARIFAIRE	CODE DMT	Intitulé du tarif	MONTANTS
13	860	Hospitalisation complète de + de 18 ans	
57	864	Centre de Crise de + de 18 ans	
54	861	Hospitalisation partielle de + de 18 ans	
14	862	Hospitalisation complète de - de 18 ans	
58	865	Centre de Crise de - de 18 ans	
55	863	Hospitalisation partielle de - de 18 ans	

Les valeurs des TNJP sont obtenues en moyennisant les TJP théoriques de tous les séjours d'un même groupe en pondérant par le nombre de journées réalisées en 2019.

Pour le calibrage des TNJP en centre de crise, seuls les séjours ayant été complètement effectués dans cette forme d'activité ont été considérés. De façon similaire seuls les séjours n'ayant aucune journée en centre de crise ont été considérés dans le calibrage des TNJP d'HC. Ce traitement permet d'obtenir une valeur de TNJP la plus cohérente possible avec l'historique des tarifs. Les séjours à cheval entre le centre de crise et une autre forme d'activité ont en revanche bien été considérés dans le calcul du montant de ticket modérateur historique et théorique des établissements.

Pour le secteur ex-OQN, seuls les séjours présentant la DMT 236 (infanto-juvénile) ont été conservés lors du calibrage des TNJP des moins de 18 ans.

Les valeurs des TNJP obtenues sont ensuite ajustées pour que la masse globale de ticket modérateur (des séjours redevables à l'assurance maladie) soit égale avant et après réforme par secteur.

## VI. Evolutions des TNJP

La construction a été réalisée à partir des données 2019, et les valeurs des TNJP obtenues pour le 1<sup>er</sup> janvier 2022 tiennent compte de l'évolution des objectifs de dépense mentionnés aux articles L. 162-22-9 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale entre 2019 et 2021. Cette évolution intègre également l'évolution des TJP qui a eu lieu en raison de la suppression du ticket modérateur sur le SMUR en 2021 sur le champ MCO. A partir du 1<sup>er</sup> mars 2022 et chaque année, la tarification nationale journalière de prestation est arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte de l'évolution des objectifs de dépense mentionnés aux articles L. 162-22-9 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Un premier arrêté arrête les grilles et valeurs applicables pour les champs d'activité MCO et HAD, un autre arrêté la grille et les valeurs pour le champ d'activité PSY. Dans les quinze jours suivants la publication de ces arrêtés le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les tarifs issus des TNJP applicables à chaque établissement. Durant la période de transition les tarifs applicables à chaque établissement prennent aussi en compte le coefficient de transition de l'établissement pour l'année en cours.

La catégorie d'établissement de l'échelle des TNJP à laquelle appartient chaque établissement de santé est arrêtée selon les données définies par les arrêtés nationaux, et reste la même pendant toute la période de transition, même en cas d'ouverture d'activité ou de fermeture d'activité au sein de l'établissement, sauf pour les cas particuliers suivants :

- Pour les établissements créés à partir du 1er janvier 2022, l'ARS peut arrêter annuellement la catégorie de TNJP à laquelle appartient chacun de ces établissements de santé, en cas d'évolution des critères définis par les grilles de TNJP.
- Dans le cadre d'un regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, ou d'une fusion entre plusieurs établissements, l'ARS arrête, en cas d'évolution entraînant une modification de la catégorie de TNJP, une nouvelle tarification journalière des prestations applicable à l'établissement. Ainsi pour le champ MCO, la nouvelle catégorie de TNJP est fondée sur la somme des données d'activité médicale relatives aux hospitalisations en 2019, ou le cas échéant des données relatives aux produits de l'activité hospitalière versés par l'assurance maladie au titre de l'année 2019. Pour les champs HAD (hôpital à domicile) et PSY (psychiatrie), ce sont les catégories d'activité et d'exercice du nouvel établissement qui permettront de définir la nouvelle catégorie de TNJP.



## Annexe 3

### Transition et coefficient de transition

Un mécanisme de transition est prévu par le décret via l'application d'un coefficient annuel avec une période transitoire qui couvre la période de 2022 à 2025. Ce mécanisme permet une transition des TJP historiques vers les TNJP. Ainsi pendant les quatre premières années d'application de la réforme, les établissements de santé ne facturent pas la valeur des TNJP associés à leur groupe d'appartenance mais des valeurs issues du produit des TNJP et d'un coefficient de transition (CT). Chaque année, le coefficient appliqué est modifié pour converger vers 1 gérant ainsi la transition des TJP vers les TNJP. A compter du 1<sup>er</sup> Mars 2026, tous les établissements factureront les TNJP de leur groupe.

Ce coefficient est calculé par établissement et par champ d'activité, il peut être fixé à 1 dans des circonstances détaillées ci-après, dans ce cas les TJP de l'établissement sont égaux aux TNJP dès 2022.

#### I. Calcul du Coefficient de transition initial

Pour chaque établissement une masse théorique est calculée par champ d'activité. Cette masse est obtenue en appliquant les TNJP à tous les séjours 2019 en respectant les mêmes règles de facturation et d'exonération qu'appliquées lors de la facturation aux patients. Cette masse théorique correspond à ce que l'établissement toucherait si le mécanisme de transition n'existait pas, toutes choses égales par ailleurs (i.e. : activité identique)

Le CT initial est alors le rapport entre la masse actuelle (préalable à la réforme), montant issu des tarifs 2019 de l'établissement, et la masse théorique.

$$CT_{initial} = \frac{Masse\ actuelle}{Masse\ théorique}$$

Ainsi, pour un établissement perdant à la réforme, le CT sera supérieur à 1. A l'inverse un établissement gagnant aura un CT inférieur à 1.

Pour les établissements n'ayant pas communiqué, en tout ou partie, les données permettant le calcul du coefficient de transition et sans préjudice d'un rattrapage sur les années ultérieures, le coefficient de transition est établi sur la base des données disponibles d'une année ultérieure ou, à défaut, est fixé à 1. En cas de transmission de données complémentaires l'ARS pourra le cas échéant notifier un nouveau coefficient de transition par arrêté modificatif.

Dans le cadre d'un regroupement ou d'une fusion entre plusieurs établissements, le coefficient de transition est la moyenne pondérée par les recettes théoriques au titre de 2019 issues de la tarification nationale journalière des prestations 2019 des coefficients de transition des entités qui fusionnent.

En cas d'ouverture d'activité ou de fermeture d'activité au sein de l'établissement, le coefficient de transition reste le même.

Pour les établissements créés entre 2019 et 2022, les données utilisées pour le calcul du coefficient initial peuvent être plus récentes ; il en va de même dans le cadre du calcul du coefficient de transition en cas de regroupement ou de fusion, incluant l'un de ces établissements.

Enfin pour les établissements créés à partir du 1er janvier 2022, le coefficient de transition est égal à 1.

#### II. Application du CT

Une trajectoire de convergence a ensuite été choisie pour calculer les coefficients de transition de chaque année. Il a été décidé d'appliquer une trajectoire de convergence uniforme sur la période de transition. La période de transition durant 4 années, cela revient à parcourir 1/5<sup>ème</sup> du « chemin » chaque année. Pour cela les coefficients de transition de chaque année sont :

-Le coefficient de transition de l'année 2022 vaut :  $1 + (\text{coefficient de transition initial} - 1) * (1-20\%)$

- Le coefficient de transition de l'année 2023 vaut :  $1+(\text{coefficient de transition 2022} - 1) * (1-25\%)$
- Le coefficient de transition de l'année 2024 vaut :  $1+(\text{coefficient de transition 2023} - 1) * (1-33,33\%)$
- Le coefficient de transition de l'année 2025 vaut :  $1+(\text{coefficient de transition 2024} - 1) * (1-50\%)$

Les TJP applicables l'année N sont le produit entre le TNJP de l'année N et le coefficient de cette même année N.