

L'EPRD ET LE FINANCEMENT DES SOINS ET DE LA SANTE

Karine DOLIF-GUEGUEN – Responsable de la Gestion Administrative des Patients

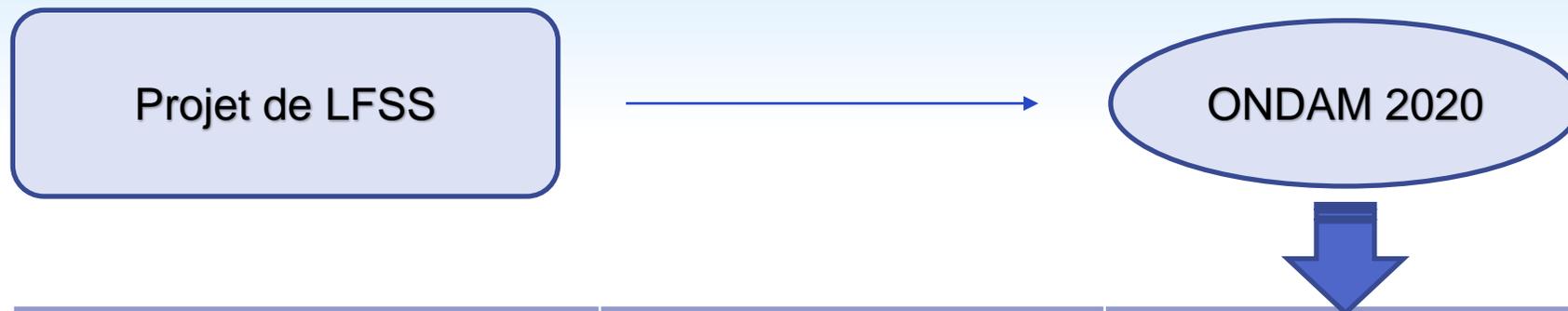
Valérie LE GUEN - Responsable de la cellule finances - Direction des Affaires Financières

*Direction des Affaires Financières
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix*

OBJECTIFS DE LA SÉANCE

- ❖ **Connaître les principes fondamentaux de la procédure budgétaire**
- ❖ **Comprendre le financement des établissements de santé, la prise en charge et la facturation des soins de santé**

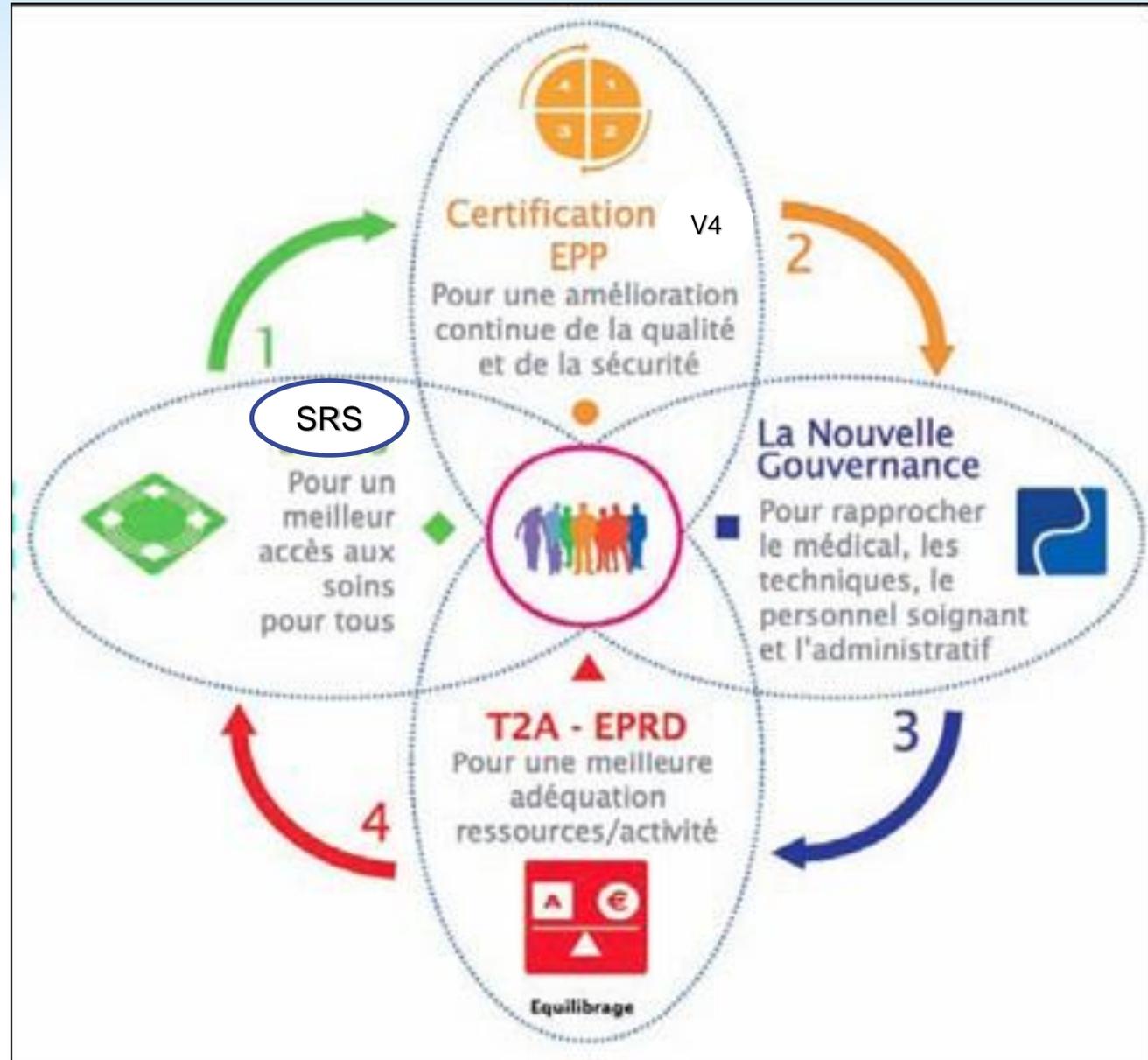
○ UN CONTEXTE FINANCIER CONTRAINT



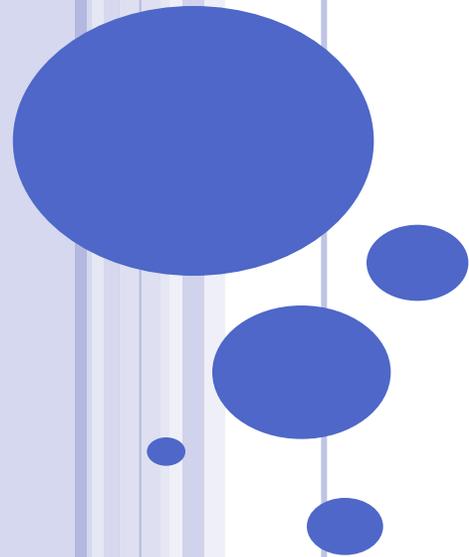
Dépenses	Montant	Taux de progression
Soins de ville	93,6 Milliards €	+2,4%
Etablissements de santé	84,2 Milliards €	+2,1%
Etablissements médico-sociaux	21,6 Milliards €	+2,8%
Fonds d'Intervention Régional	3,5 Milliards €	+1%
Autres	2,4 Milliards €	+5,2%
Totaux	205,3 Milliards €	+2,3%

LES DERNIÈRES REFORMES HOSPITALIÈRES

4 CHAMPS D'ACTION :



LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ : T2A



○ TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

- **La T2A est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.**
- **La loi du 27 juillet 1999** portant création de la CMU (Couverture Maladie Universelle) a **permis le lancement d'une expérimentation**, à compter du 1er 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.**
- **Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »** (par JF MATTEI , Ministre de la santé en 2002), elle repose sur une **logique de mesure de la nature et du volume des activités** et non plus sur une autorisation de dépenses.

La réforme de 2004 vise ainsi à simplifier le schéma d'allocation des ressources, tout en l'équilibrant : la T2A met en place un mode unique de financement pour les activités de « MCOO » (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), des établissements de santé publics et privés, basé sur une distribution des ressources en fonction du volume et de la nature de leurs activités. Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et donc de recettes (le prix de chaque activité étant fixé par l'assurance-maladie).

○ TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

- **Mode de financement unique concernant les activités de soins MCO, qu'elles soient avec ou sans hébergement.**
- **Le prix de chaque activité est fixé chaque année** par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS « groupe(s) homogène(s) de séjour » / GHM « groupe homogène de malades ».
- **Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM auquel est associé un (ou parfois plusieurs) GHS.

Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

○ TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

Mise en place progressive de la T2A aux champs d'activités non pris en charge actuellement :

○ **Les soins de suite et de réadaptation (SSR) : réforme de la DMA (Dotation modulée à l'activité)**

Concrètement, la réforme de la DMA prévoit de faire évoluer le financement des établissements SSR vers un financement composé de quatre volets :

- **Un volet « Activité »**, constitué : une dotation socle basée sur l'activité réalisée dans l'établissement au cours des deux années précédentes,
- et d'un financement à l'activité réelle (chaque séjour de l'année en cours étant pris en compte) ;
- **Un volet « Plateaux techniques spécialisés »**, permettant de compenser les surcoûts induits par certains plateaux techniques spécifiques et coûteux ;
- **Un volet « Molécules onéreuses »**, sur le modèle de la « Liste en sus » existant pour les établissements MCO ;
- **Un volet « MIGAC/MERRI »**, correspondant à des dotations pour des missions spécifiques exercées par les établissements. De nouvelles « MIG » ou Mission d'Intérêt Général ont ainsi été créées (ex : MIG unités cognitivo-comportementales, MIG équipes mobiles SSR...).

L'application totale de la DMA est pour l'instant maintenue à 2022.

○ TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

Mise en place progressive de la T2A aux champs d'activités non pris en charge actuellement :

- **La psychiatrie** : l'extension du modèle T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude.

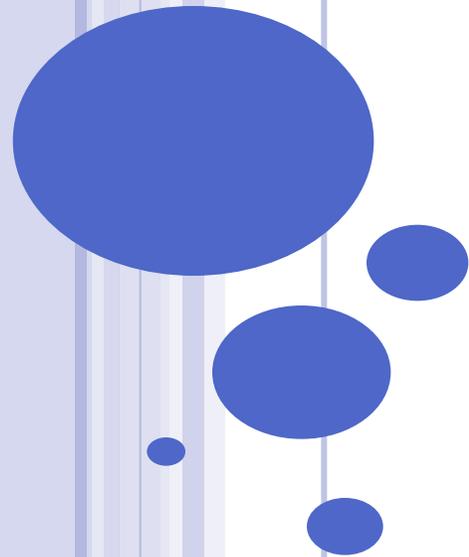
Beaucoup de spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids des soins ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge.

Un effort tout particulier a été porté en 2007 sur la montée en charge du nouveau recueil d'activité, le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P). Il permet de disposer depuis 2009 de données plus robustes, rendant possible le lancement d'une ENC (échelle nationale des coûts) spécifique.

○ TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

- **Les activités concernées par la T2A**
 - ✓ Médecine,
 - ✓ Chirurgie,
 - ✓ Obstétrique,
 - ✓ Odontologie.
- **Les prestations concernées par la T2A :**
 - ✓ Actes et Consultations Externes,
 - ✓ Séjours.
- **Les activités exclues de la T2A:**
 - ✓ Psychiatrie (PSY),
 - ✓ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR),
 - ✓ Soins de Longue Durée.
- **Les Bénéficiaires de soins exclus du champ de la T2A :**
 - ✓ Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME),
 - ✓ Les bénéficiaires de Conventions Internationales (Migrants).

L'EPRD
L'ETAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET
DES DÉPENSES



○ L' EPRD

○ La nouvelle gouvernance de 2005

(Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé).

Instauration de la T2A.

La notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Les établissements sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (agence régionale de santé, chambre régionale des comptes...).

○ L' EPRD

○ La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 fixe de nouvelles compétences aux instances de l'établissement :

- Article L.6143-7 : **Après concertation avec le directoire, le directeur fixe** l'état des prévisions des recettes et des dépenses prévu à l'article L.6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L.174-3 du Code de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales.

- Article L.6143-1 dernier alinéa : **Le Conseil de Surveillance entend le directeur** sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses, ainsi que le programme d'investissement.

○ L' EPRD

○ La loi Modernisation de notre système de santé de 2016

- Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 fixe les nouvelles attributions de la Commission Médicale d'établissement:

La Commission Médicale d'Etablissement est consultée sur le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP). Article R.6144-1

- Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 fixe les nouvelles attributions du Comité Technique d'Etablissement :

Le Comité Technique d'Etablissement est consulté sur le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP). Il est également informé du Budget prévu à l'article L.6145-1 et des décisions mentionnées au 8° de l'article L.6143-7. Article R.6144-40

○ L'EPRD : un outil de PREVISION budgétaire

Deux échelles :

Une vision annuelle : L'EPRD

- « l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles » (article R6145-10)
- Tranche annuelle du PGFP

Une projection pluriannuelle : Le PGFP

- « Définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement » (article R6145-65)
- Projection sur 5 ans des estimations budgétaires

○ Les lettres budgétaires

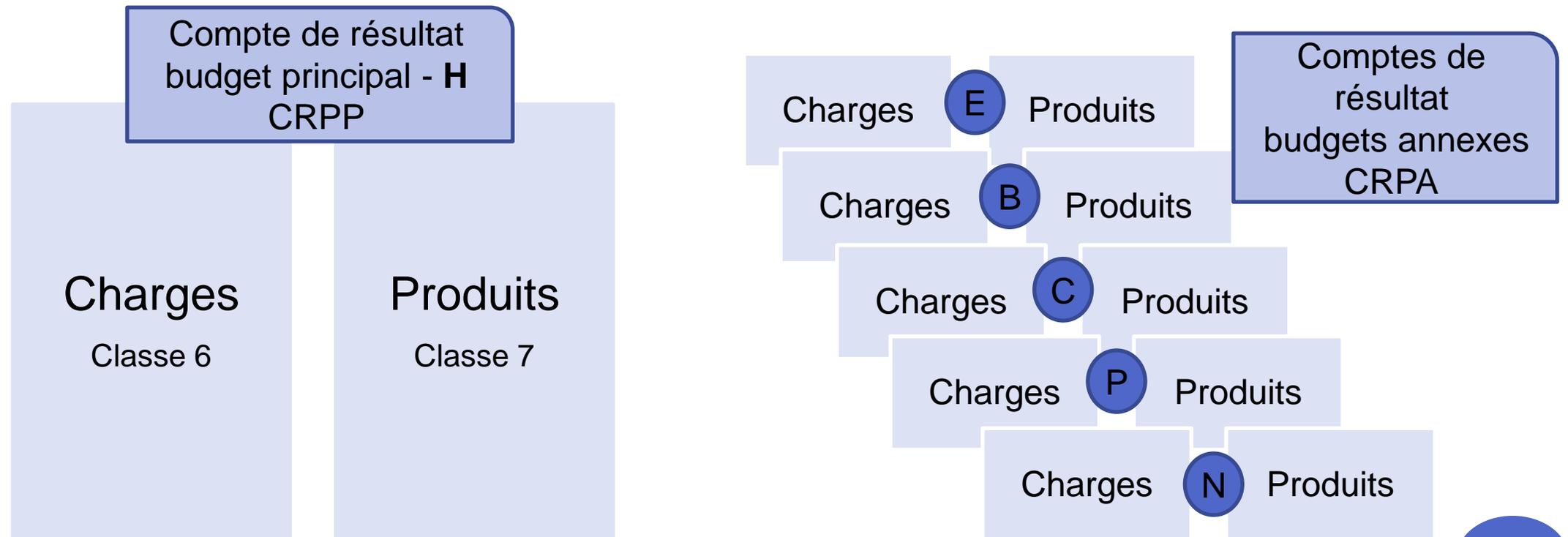
Lettre budgétaire	Désignation
A	Dotation non affectée
B	Unités de soins de longue durée (USLD)
C	Écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes
E	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
G	Groupement hospitalier de territoire (GHT)
H	Budget principal
J	Maisons de retraite
L	Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) – activités de production et de commercialisation (pouvant être regroupé sur le CRPAP)
N	Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
P	Autres services relevant de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles



Budgets de l'établissement : H, E et B, C, N, P

○ L'EPRD : un outil de PREVISION budgétaire

L'EPRD enregistre les opérations d'exploitation propres à chaque périmètre pour déterminer pour chaque budget un compte de résultat prévisionnel.



o La nomenclature budgétaire

La nomenclature budgétaire de l'EPRD repose sur le principe d'un classement par nature comme la nomenclature comptable référencée par l'instruction budgétaire et comptable M21.

Au niveau de la présentation synthétique de l'EPRD, on distingue des **titres**.

Au niveau du titre, on liste des **chapitres** (niveau de contrôle du caractère limitatif)

Au niveau des chapitres, on liste les **comptes d'exécution**. (niveau le plus fin)

○ Une architecture à 3 niveaux

○ Exemple

DEPENSES BUDGET PRINCIPAL
Titre 1 – Charges de personnel
* Chapitre 6411 – Rémunérations brutes des titulaires, stagiaires PNM
- Compte 64111 – Rémunération principale des titulaires, stagiaires
- Compte 64113 – Prime de service des titulaires, stagiaires
- Compte 641172 – Astreintes des titulaires, stagiaires

○ **L'EPRD : un outil de PREVISION budgétaire**

Avec une logique modifiée :

On passe d'une logique de transmission à l'ARS d'un niveau de dépenses qui induit le niveau de ressources à une logique de niveau d'activité qui induit un niveau de ressources, qui autorise un niveau de dépenses et donc de moyens.

Un pilotage de l'EPRD par les recettes.

Ce sont les recettes qui déterminent les dépenses qu'il est possible d'engager et, par voie de conséquence, le niveau des moyens qu'il est possible d'acquérir ou de mettre en œuvre à l'appui de l'activité...

o Le Compte de Résultat Principal du CHPM

COMPTE DE RESULTAT PRINCIPAL 2018

CHARGES

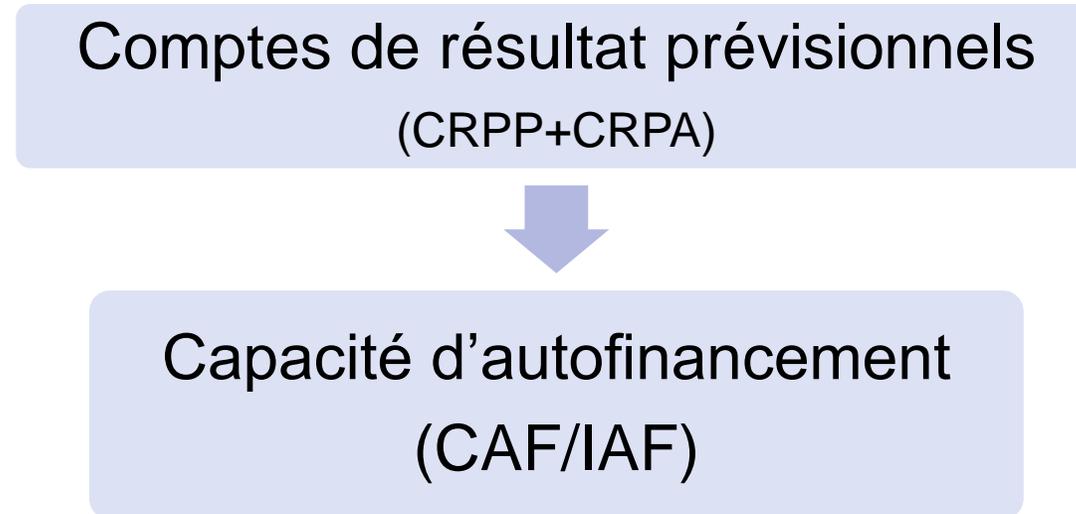
Titre	Intitulé	Montant	%
Titre 1	Charges de personnel	100 467 931,86	70,33%
Titre 2	Charges à caractère médical	21 047 603,27	14,73%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	12 467 471,95	8,73%
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	8 870 286,12	6,21%
TOTAL DES CHARGES		142 853 293,20	100,00%
EXCEDENT		0,00	

PRODUITS

Titre	Intitulé	Montant	%
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	113 488 047,32	79,46%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	9 869 109,57	6,91%
Titre 3	Autres produits	19 461 178,22	13,63%
TOTAL DES PRODUITS		142 818 335,11	100,00%
DEFICIT		34 958,09	

○ L'EPRD : un outil de **PILOTAGE** financier

L'EPRD mesure les ressources internes dégagées par l'exploitation pour financer les remboursements d'emprunts et les investissements.



La CAF c'est la différence entre les charges décaissables et les produits encaissables. Elle représente en quelque sorte une « trésorerie potentielle » dégagée par l'activité.

Elle permet de faire le lien entre l'exploitation et l'investissement.

○ L'EPRD : un outil de **PILOTAGE** financier

Capacité
d'autofinancement



Tableau de financement
prévisionnel

Le tableau de financement décrit les opérations en capital, il synthétise la situation patrimoniale de l'établissement.

Emplois	Ressources
IAF	CAF
Remboursements d'emprunts	Emprunts
Investissements	Subventions/Dons
Apport ou prélèvement sur le FRNG	

○ Le Tableau de Financement du CHPM

Tableau de financement 2018

Titre	Libellé	Montant	Titre	Libellé	Montant
	Insuffisance d'autofinancement (IAF)			Capacité d'autofinancement (CAF)	6 710 464,56
Titre 1	Remboursement des dettes financières	2 891 170,31	Titre 1 :	Emprunts	5 400 000,00
Titre 2 :	Immobilisations	8 234 499,33	Titre 2 :	Dotations et subventions	2 134 012,52
Titre 3 :	Autres emplois	0,00	Titre 3 :	Autres ressources	390 662,43
TOTAL DES EMPLOIS (B)		11 125 669,64	TOTAL DES RESSOURCES (A)		14 635 139,51
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT, si (A-B) EST POSITIF		3 509 469,87	OU PRELEVEMENT, SI (A-B) EST NEGATIF		

○ L'EPRD : UN OUTIL DE SUIVI BUDGETAIRE

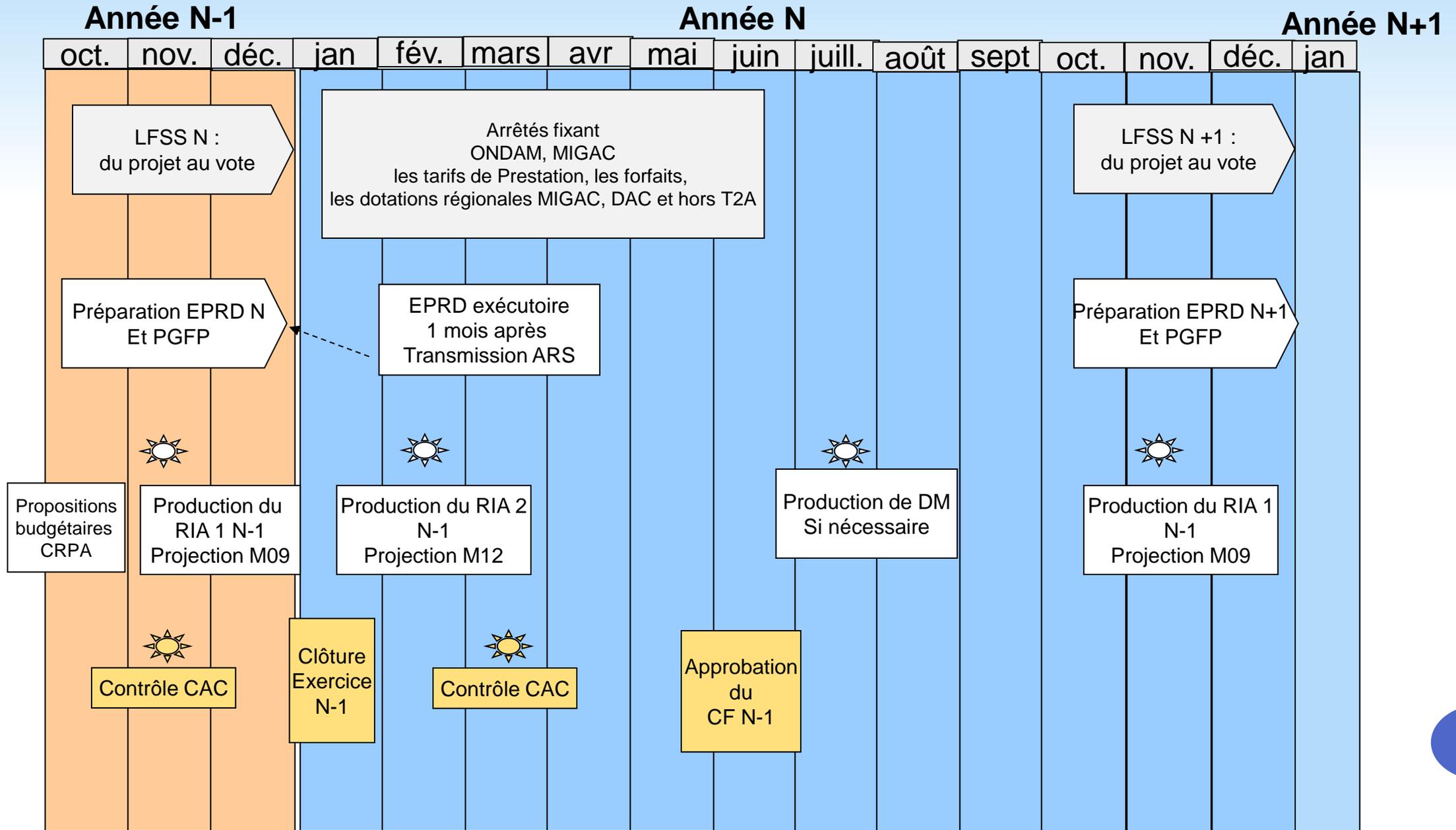
Le suivi de l'exécution de l'EPRD se fait à deux niveaux :

- En interne : un suivi mensuel est préconisé sur la base d'un prévisionnel mensuel et du réalisé. Une attention toute particulière doit être apportée au suivi du titre1 du fait des chapitres limitatifs.
- En externe : par l'établissement des Rapports Infra Annuels (2 RIA par an) comprenant les tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés.

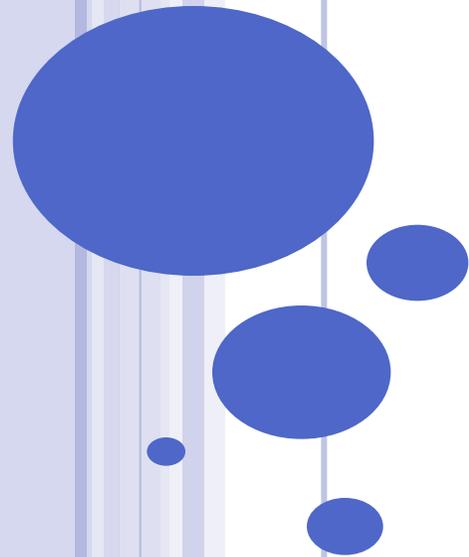


Les ajustements entre les différents comptes de l'EPRD se font par des virements de crédits sauf pour les chapitres limitatifs pour lesquels des décisions modificatives doivent être établies.

Le calendrier budgétaire



LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE



○ LES SOINS COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) : **l'assurance maladie couvre :**

- les frais de médecine générale et spéciale,
- les frais de soins et de prothèses dentaires,
- les frais pharmaceutiques et d'appareils,
- les frais d'examens de biologie médicale,
- les frais d'hospitalisation et de traitements dans des établissements de santé,
- les médicaments,
- les frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins,
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés,
- les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse,
- les frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention,
- les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire.

○ LES SOINS COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE

- Article L 162-21 du CSS : **L'assuré ne peut être couvert** de ses frais de traitement dans les établissements de santé de toute nature **que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.**
- Article L 162-1-7 du CSS : **la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie** de tout acte ou prestation réalisé par un **professionnel de santé est subordonné à leur inscription sur une liste.**
- Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.
- Article L 162-32 du CSS : **les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.**

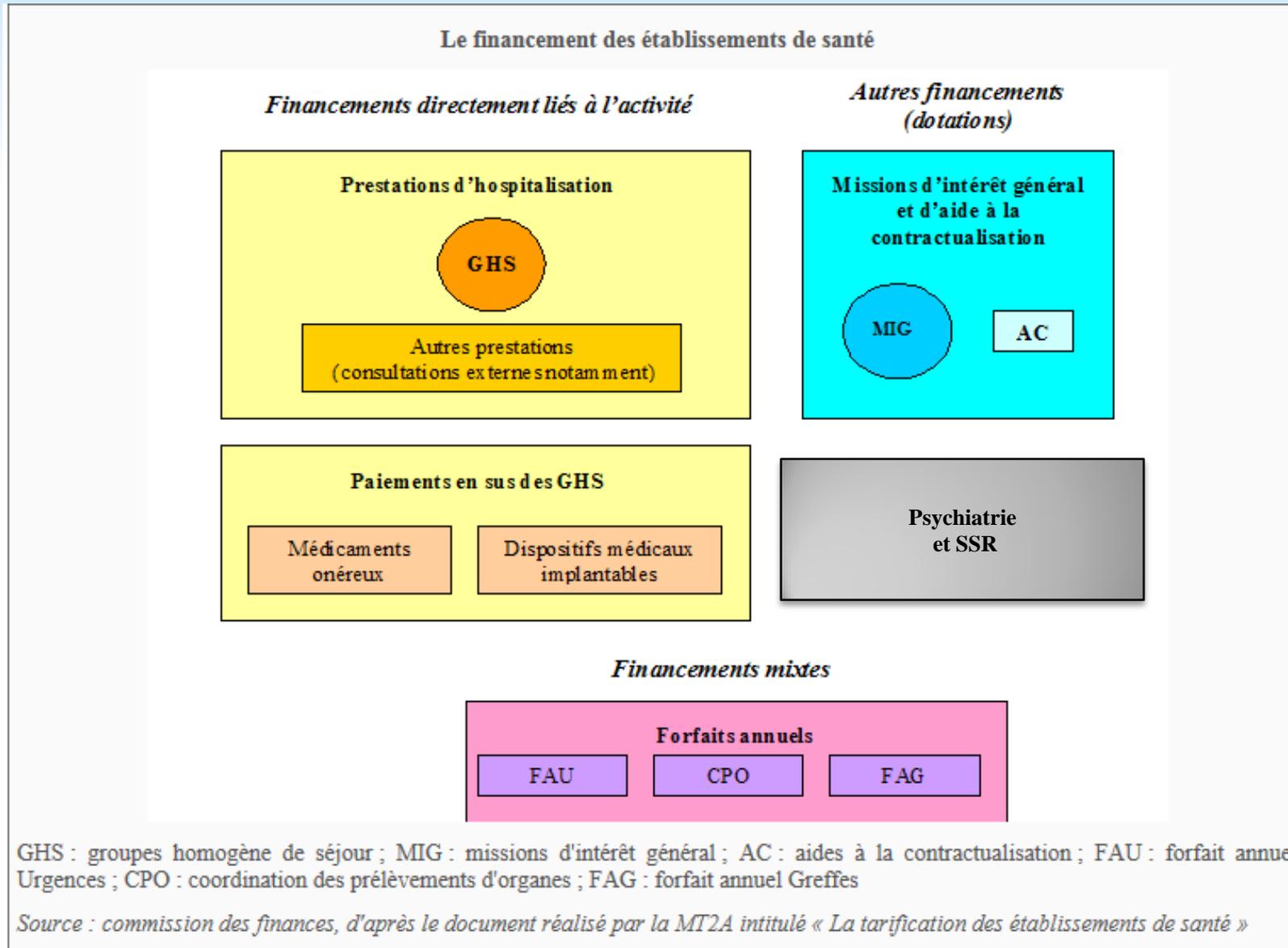
○ LES SOINS COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE

- L'assurance maladie ne rembourse qu'une partie du tarif conventionnel :
 - **80% des frais d'hospitalisation** dans un établissement public ou une clinique conventionnée
 - **70% des consultations** dans le cadre du parcours de soins
 - **80%** sur les prises en charge **en externe aux Urgences**
 - **65% sur les transports**
 - **60% sur les examens de biologie**
 - **60% des séances de rééducation** après intervention chirurgicale
- La prise en charge par l'assurance maladie peut passer à **100%** selon :
 - **La nature du risque** : maternité, accident du travail...
 - Si le patient bénéficie d'une **exonération du ticket modérateur** au titre d'une affection de longue durée (ALD), d'une invalidité
 - Si le séjour comporte des **actes égaux ou supérieurs à 120€**

LES PRODUITS VERSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE

TITRE 1

Le schéma du financement des établissements de santé



○ Les séjours

➤ **Les hospitalisations** : hébergement du patient de courte ou longue durée

↪ Dans le champ du court séjour : MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)

- Les hospitalisations
- Les séances (chimio, dialyse, radiothérapie)
- La chirurgie réalisée dans les blocs opératoires
- Les urgences

↪ Dans le champ du moyen et long séjour (Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation – SSR)

- les hospitalisations
- les urgences psychiatriques

↪ Dans le champs du social et médico-social

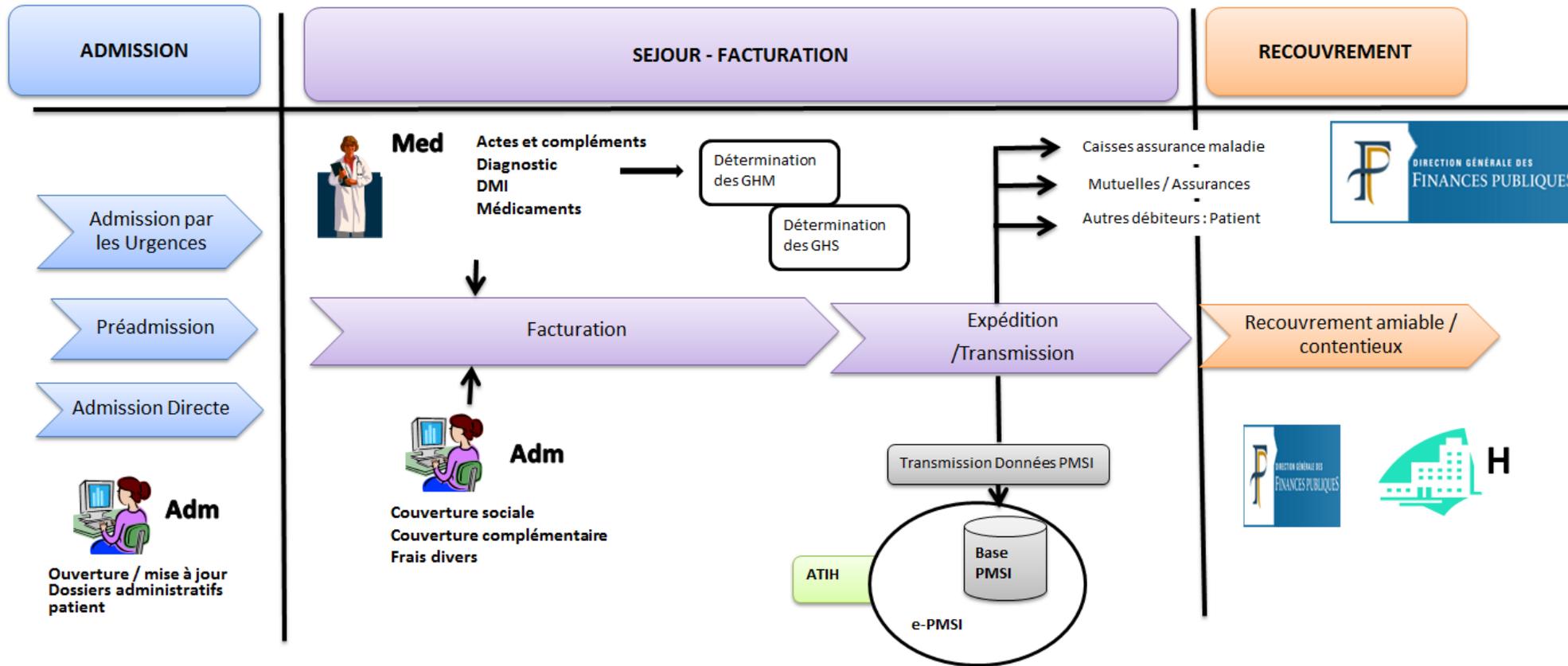
- Les EHPAD
- Les USLD
- L'addictologie

○ Les types d'hospitalisation

- **L'hospitalisation de jour (HJ)** appelée aussi « prise en charge ambulatoire » ou hospitalisation partielle. Le patient est admis et sort au cours de la même journée, il n'y a pas de nuit d'hospitalisation.
- **L'hospitalisation de semaine** : l'unité est ouverte du lundi au vendredi et fermée le week-end. Cela implique d'y programmer des soins de courte durée.
- **L'hospitalisation complète (HC)** : c'est le mode d'hospitalisation traditionnel. L'unité est ouverte 24h/24 et 7j/7.

SCHÉMA : FACTURATION D'UN SÉJOUR

Facturation à la sortie du patient ou à chaque fin de mois pour les séjours longs

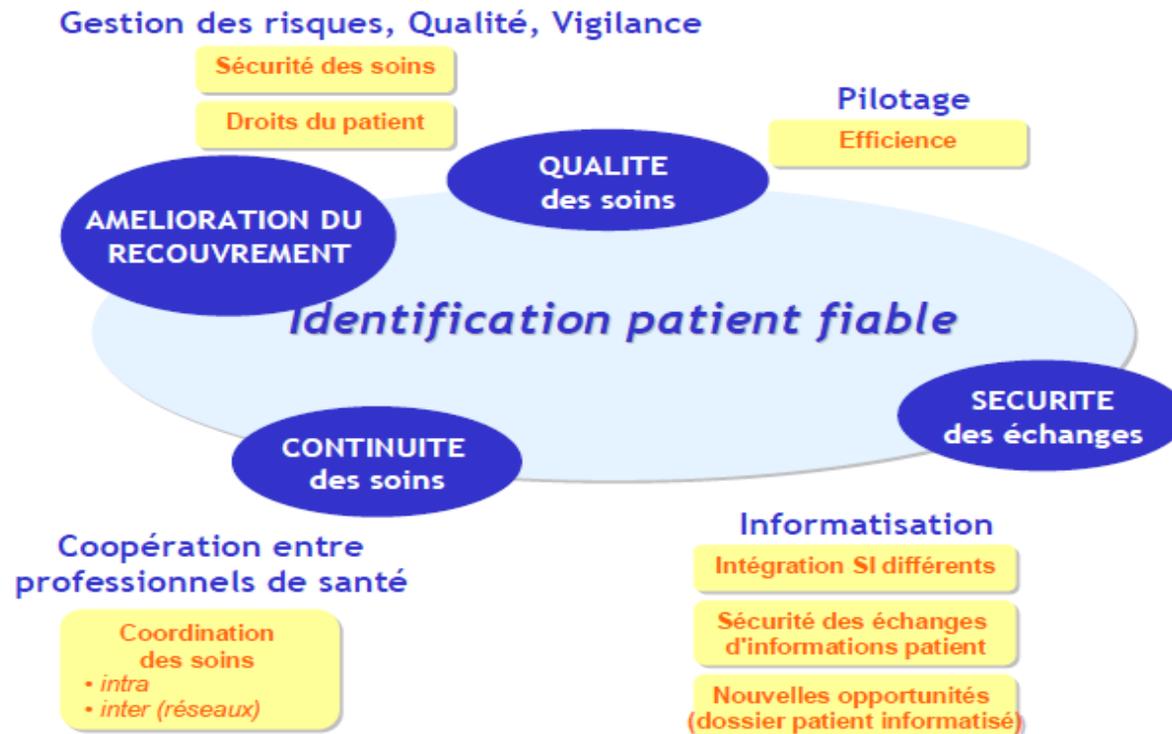


○ L'admission

- L'admission est **prononcée par le directeur** de l'hôpital sur avis médical.
- Elle donne lieu à **l'ouverture d'un dossier administratif comportant** des informations relatives à l'identité du patient et à sa protection sociale.

○ L'admission : création de l'identité et de la venue

- A chaque venue, l'identité du patient est systématiquement contrôlée.
- Un IPP (Identifiant Permanent Patient) est attribué à chaque patient. Cet IPP est unique.
 - ❖ **A la première venue** : création de l'identité provisoire puis validation par la CIV (cellule Identitovigilance) à l'appui de la CNI (carte nationale d'identité – Autres pièces d'identité : Passeport ; Carte de séjour ; Livret de famille).
 - ❖ **A chaque nouvelle venue** : un nouvel IEP (Identifiant Episode Patient) est créé,
 - ❖ **1 IPP = x IEP contenant les venues (hospitalisations ou consultations)**



○ LE SÉJOUR : LE DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

○ Le dossier administratif comprend :

Données personnelles du patient :

- **L'état civil du patient** : nom de famille, nom d'usage, prénom(s) – Date de naissance – Sexe - Lieu de naissance,
- **La situation familiale**,
- **L'adresse** : les situations à risques sont les admissions par les Urgences, les patients étrangers, les changements d'adresse... Un justificatif de domicile de moins de 3 mois est demandé dans certains établissements.
↳ Une adresse correcte permet l'envoi de la facture mais aussi des courriers médicaux.
- **Profession, employeur**,
- **Médecin Traitant, Personnes à prévenir**.

Mouvements du séjour :

- La date et heure d'entrée,
- Le mode d'entrée,
- Le motif d'admission,
- L'UF d'hébergement et l'UF médicale,
- Le numéro de chambre/lit,
- Les mutations,
- Les permissions,
- La date et heure de sortie,
- Le mode de sortie.



Attention particulière sur la qualité de saisie du mouvement : impact sur la facturation et sur les données PMSI.

Débiteurs :

- **Assurance maladie obligatoire (carte vitale) : CPAM, CMSA...**
 - En absence de carte vitale, vérification des droits à l'assurance maladie obligatoire à l'aide de l'outil CDR (consultation des droits en ligne) : consultation des droits par les professionnels par un portail.
 - Evolution : CDRI (consultation des droits intégrés) : service de consultation des droits de type « web service » qui permet d'intégrer directement dans le dossier administratif les droits du patient.
- **Assurance maladie complémentaire** : mutuelle ; assurance ; CSS (complémentaire santé solidaire); AME (aide médicale état) ; Organismes étrangers ; assurances privées ; autres tiers débiteurs (employeur).
- **Assuré** : reste à charge.

Prises en charge :

- **Assurance maladie obligatoire** : assurés hors département, prise en charge de soins particulières, migrants...
- **Assurance maladie complémentaire** : prises en charge des assurances et mutuelles

- ✓ Ces informations sont saisies dans le **logiciel de gestion des malades (GAM)**.
- ✓ **Les pièces justificatives sont numérisées** et rattachées au dossier administratif.

○ LE RECUEIL DE L'INFORMATION MÉDICALE POUR UNE HOSPITALISATION

Chaque séjour d'un patient est rentré dans une base de donnée informatique (PMSI) et valorisé précisément en fonction des actes pratiqués pendant le séjour et des diagnostics de maladie.

Etape 1 : chaque praticien recueille ce qu'il réalise pour ses patients
= « codage » des séjours.

Etape 2 : chaque séjour de patient donne lieu à la production d'un RSS.

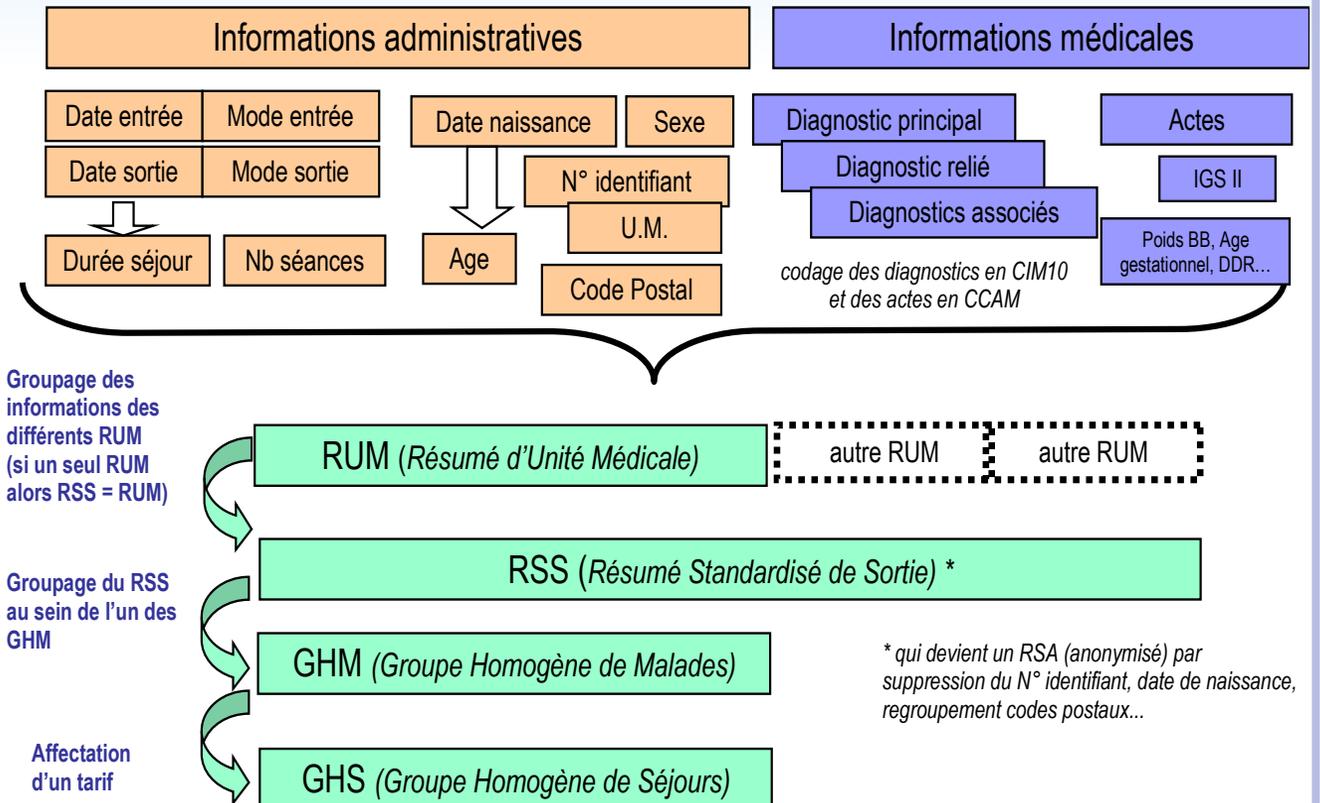
- Un RUM est produit dès que le patient change d'unité médicale.
- A chaque fois qu'un RUM est produit, un diagnostic doit être indiqué.
- S'il a plusieurs RUM pour un même patient (séjours multi-unités), il y aura donc un diagnostic principal, et des diagnostics associés.
- Un RSS peut contenir plusieurs RUM.

Etape 3 : chaque RSS est classé dans un GHM, en fonction des diagnostics posés et des actes réalisés sur le patient
= « groupage » des séjours.

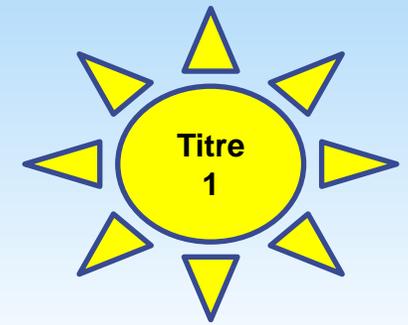
Le « groupage » est réalisé par le département d'information médicale (DIM), qui contrôle la qualité et l'exhaustivité du codage auprès des praticiens.

Etape 4 : les données sont anonymisées : les RSS sont transformés en RSA : résumés de sortie anonymisés.

Etape 5 : ces données servent de bases à la valorisation de l'activité PMSI : elles sont transmises à la tutelle en m+1, sur la plate forme e-pmsi.



○ Les séjours



➤ Quelques chiffres

	2016	2017	2018
Séjours valorisés	22 812	23 037	21 687
Valorisation GHS AM (dont suppléments)	45 672 K€	45 864 K€	44 577 K€

○ Le séjour : les suppléments et produits complémentaires en sus du GHS

Peuvent être facturés en sus du GHS :

REA (supplément réanimation)

STF (supplément soins intensifs)

SRC (supplément surveillance continue)

NN1 (supplément néonatalogie)

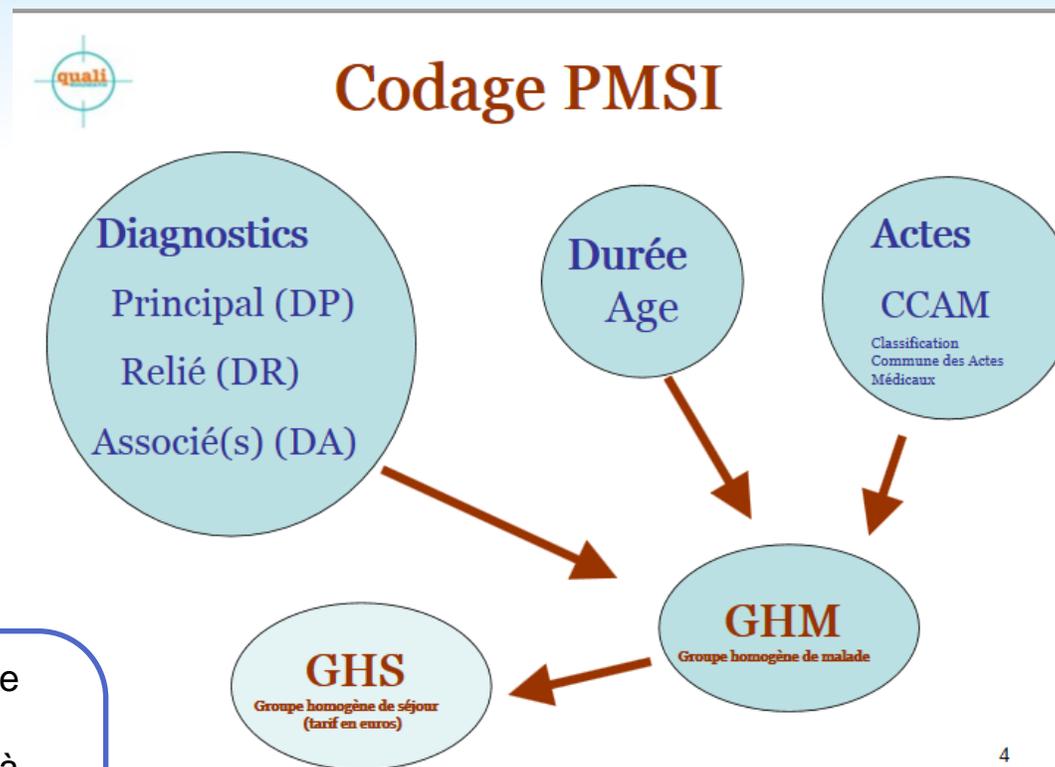
NN2 (supplément néonatalogie avec soins intensifs)

NN3 (supplément réanimation néonatale)

REP (supplément de réanimation pédiatrie)

Paiements complémentaires associés aux GHS : borne haute et borne basse

- ✓ 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
- ✓ l'application d'un coefficient de minoration du GHS pour les séjours particulièrement courts



○ LE SÉJOUR : LES SUPPLÉMENTS ET PRODUITS COMPLÉMENTAIRES EN SUS DU GHS

- Depuis le 1^{er} octobre 2018 (LFSS 2017 article 80) :

Tout transport **d'un patient déjà hospitalisé** n'est plus facturable à l'assurance maladie, mais pris en charge par l'établissement prescripteur. Ces transports (intra et inter établissement) sont inclus dans les tarifs et dotations hospitalières.

Cependant, pour tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie, l'établissement peut facturer des suppléments en sus du GHS.

Création de 2 nouveaux suppléments MCO liés aux frais de transports inter-établissements :

- Le TDE (transport définitif)
- Le TSE (transport pour séance)

○ Le séjour : les suppléments et produits complémentaires en sus du GHS

○ Le TDE (transport définitif) :

Le transport d'un patient hospitalisé, pris en charge par les établissements de santé et correspondant à un transfert entre deux établissements de santé d'une durée supérieure à deux jours, donne lieu à facturation du supplément TDE par l'établissement depuis lequel le patient est transféré, en sus des GHS et forfaits de dialyse en D.

○ Le TSE (transport pour séance) :

Le transport d'un patient hospitalisé, pris en charge par les établissements de santé et correspondant à un transfert entre deux établissements de santé d'une durée inférieure à deux jours donne lieu à facturation du supplément TSE :

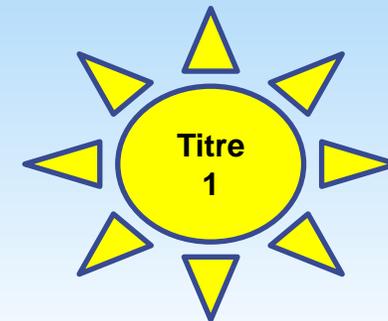
– par l'établissement prestataire, en sus des GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant aux séances de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie.

– par l'établissement demandeur, en sus des GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une prestation correspondant aux dialyses en UDM (unité de dialyse médicalisée), à domicile ou en autodialyse dans les structures de proximité (forfait D).

- **Tarifs TDE depuis 2018 : 121,69 €**

- **Tarifs TSE depuis 2018 : 144,20 €**

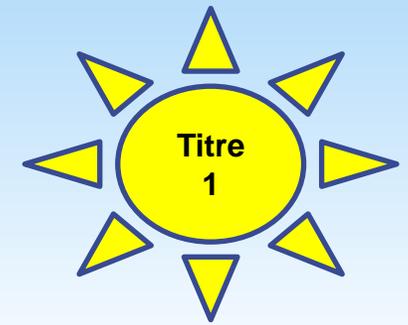
○ Les séjours : les produits en sus



➤ Quelques chiffres

	2016	2017	2018
Médicaments onéreux en sus	3 840 472 €	4 833 428 €	5 353 954 €
Dispositifs médicaux en sus	716 651 €	648 976 €	574 921 €

○ Les soins externes



○ Prestations réalisées en établissement de santé :

➤ **Les soins externes** : pas d'hébergement du patient :

- **Consultations et actes médico-techniques (labos, imagerie médicale...)**

	2017	2018
Nombre de passages MCO	84 979	83 599

○ Les soins externes

- **Les consultations externes sont des consultations ambulatoires (pas d'hospitalisation)**, assurées par les praticiens de l'hôpital.
- Elles peuvent intervenir soit comme l'équivalent d'une consultation de ville après orientation de son médecin traitant, soit pour préparer une hospitalisation, soit pour assurer un suivi médical après une hospitalisation ou une intervention.
- Elle donne lieu à **l'ouverture d'un dossier administratif comportant** des informations relatives à l'identité du patient et à sa protection sociale.
- **Attribution d'un IPP : identifiant permanent du patient**
- **A chaque consultation, attribution d'un nouvel IEP (Identifiant Episode Patient).**

○ LES SOINS EXTERNES : LE DOSSIER ADMINISTRATIF DU PATIENT

○ Le dossier administratif comprend :

Données personnelles du patient :

- **L'état civil du patient** : nom de famille, nom d'usage, prénom(s) – Date de naissance – Sexe - Lieu de naissance,
- **La situation familiale,**
- **L'adresse** : les situations à risques sont les admissions par les Urgences, les patients étrangers, les changements d'adresse... Un justificatif de domicile de moins de 3 mois est demandé dans certains établissements.

↳ Une adresse correcte permet l'envoi de la facture mais aussi des courriers médicaux.
- **Profession, employeur,**
- **Médecin Traitant, Personnes à prévenir.**

Mouvements du séjour :

- La date et heure d'entrée,
- Le mode d'entrée,
- Le motif d'admission,
- Le parcours de soins,
- L'UF de consultation,
- La date et heure de sortie.

Débiteurs :

- **Assurance maladie obligatoire (carte vitale)** : CPAM, CMSA...
- **Assurance maladie complémentaire** : mutuelle ; assurance ; CSS (complémentaire santé solidaire); AME (aide médicale état) ; Organismes étrangers ; assurances privées ; autres tiers débiteurs (employeur).
- **Assuré** : reste à charge.

- ✓ Ces informations sont saisies dans le **logiciel de gestion des malades** (GAM).
- ✓ **Les pièces justificatives sont numérisées** et rattachées au dossier administratif.

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

L'activité externe est facturée à l'acte.

Le recueil des actes se fait selon les règles de 3 nomenclatures :

La CCAM : classification commune des actes médicaux,

La NGAP : nomenclature générale des actes professionnels,

La NABM : nomenclature des actes de biologie médicale.

Ces nomenclatures servent :

- à décrire l'activité médicale,
- à valoriser l'activité,
- À fixer les tarifs.

Elles sont négociées entre l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie) et les organisations représentatives des professionnels de santé (convention) puis approuvées par l'Etat (arrêté du Ministre de la Santé).

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

La **CCAM** : elle distingue les actes à visée diagnostique et à visée thérapeutique pour chaque classe d'organes.

L'acte technique est identifié par un code (4 lettres + 3 chiffres) et un libellé.

- La première lettre désigne un grand appareil anatomique
- La seconde lettre précise l'organe (ou la fonction) dans l'appareil
- La troisième lettre désigne l'action effectuée
- La quatrième lettre identifie la voie d'abord ou la technique utilisée
- Les 3 chiffres servent à différencier les actes ayant les 4 lettres identiques.

Exemple : ZBQK002 Radiographie du thorax

- ZB : topographie
 - Q : action
 - K : technique
 - 002 : compteur
-
- L'acte comprend les gestes nécessaires à sa réalisation. Des actes complémentaires peuvent être ajoutés ainsi que des modificateurs (urgence, âge du patient...).
 - A ce code est affecté un tarif.

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

Les forfaits techniques s'ajoutent aux actes CCAM d'Imagerie lourde :

- IRM,
- Scanner,
- TEP (tomographe à émission de positons).

Ils permettent de financer les coûts techniques et d'amortissement de l'appareil. Le montant du forfait varie en fonction de l'année de l'installation de l'appareil et du nombre d'actes réalisés sur l'appareil.

Les Forfaits Sécurité Environnement (FSE) : visent à couvrir les dépenses résultant des soins non suivis d'hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des "moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier".

Le forfait Sécurité Dermatologie (FSD) : vise à couvrir les dépenses résultant des soins non suivis d'hospitalisation et nécessitant un environnement spécifique nécessaire à l'exérèse des lésions superficielles de la peau quand elle est réalisée sous anesthésie locale.

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

La NGAP : elle regroupe les actes et prestations par les professionnels médicaux et paramédicaux.

La nature de l'acte est désignée par une lettre clé : exemples

G (C+MMG) : consultation médecin majorée de la majoration pour le médecin généraliste

GS (CS+MMG) : consultation médecin spécialiste qualifié en médecine générale avec la majoration pour le médecin généraliste

- **AMI** : acte infirmier
- **SF** : acte de sage femme
- **B** : acte de biologie

- Chaque acte est affecté d'un **coefficient multiplicateur** en fonction de sa « lourdeur » :

Exemple : prélèvement infirmier

- AMI 1,5 soit $3,15€ \times 1,5 = 4,72€$
- B20 soit $0,27€ \times 20 = 5,40€$
- Pansement complexe : AMI4 soit $3,15€ \times 4 = 12,60€$

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

La **NABM** : elle recense tous les acte de biologie médicale. Les codes sont composés de 4 caractères numériques. La valorisation est fondée sur **la lettre clé B de la NGAP**.

Tarif d'un B = 0,27€

Exemple :

→ ECBU: code NABM 5201 affecté d'un coefficient B65 ($0,27€ \times 65 = 13,00€$)

- Les **suppléments** : exemple → urgence : **code 9001** affecté d'un coefficient B26.
- Les **forfaits** :
 - Forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon sanguin : **code 9105** affecté d'un coefficient B 5,
 - **Forfait de sécurité** pour le traitement d'un échantillon en vue d'examens bactériologiques, mycologiques et parasitologiques : **code 9106** affecté d'un coefficient B 8,
 - **Forfait de prise en charge pré-analytique** du patient : **code 9005** affecté d'un coefficient B 16, qui comprend :
 - le recueil des données administratives du patient ;
 - le recueil des renseignements nécessaires à la bonne exécution des analyses ;
 - la vérification de la conformité des échantillons biologiques.

○ LES SOINS EXTERNES : LE RECUEIL DE L'ACTIVITÉ

• Pour l'activité externe :

- Les consultations, actes médicaux et soignants
- Les forfaits techniques
- Les dispositifs médicaux implantables

➤ *Tous les actes comptent.*

Qui code ? Les professionnels de santé réalisant l'acte ou la consultation.

- Ces actes sont intégrés dans le logiciel médical du patient.
- Ces actes sont déversés par la suite dans le logiciel de gestion des malades pour la facturation.

Risques :

- Retard dans le codage
- Codage non exhaustif

○ LES SOINS EXTERNES : FIDES ACE

FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé

- **Principe de la facturation individuelle à l'Assurance maladie inscrit dans la LFSS 2004 (art. 33).**
- **Facturation individuelle et directe des actes et consultations aux caisses d'assurance maladie** : facturation au fil de l'eau.
- La FIDES vise dans un premier temps les **activités MCOO** (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie).
- Les acteurs concernés : les établissements de santé, la Direction générale des finances publiques(DGFiP) pour les EPS, les organismes d'assurance maladie et les patients assurés,
- Ce mode de facturation permet de disposer directement, aux niveaux national et régional, des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé.
- **Les recettes d'activité de l'établissement sont directement générées par cette facturation individuelle : enjeu majeur pour l'hôpital.**
- **Contrôle a priori par l'assurance maladie** des sommes versées aux établissements de santé.
- **Maitrise et pilotage du processus de facturation-recouvrement.**
- **Fiabilisation des circuits de facturation** pour ne pas générer des rejets et des problèmes de trésorerie voire de pertes sèches.
- Obligation de transmettre des factures complètes dès le premier envoi (correction en amont).
- **Concilier exhaustivité, qualité et rapidité du codage et des mouvements.**
- **Traitement des rejets** : montée en compétence du contentieux.

SCHÉMA : PROCESSUS DE FACTURATION D'UNE VENUE EXTERNE

Facturation à la sortie du consultant + délai de cotations des actes

(Au CHPM : J+3 et J+10 concernant les venues Urgences)

Flux de facturation individuelle des actes et consultations externes(ACE)

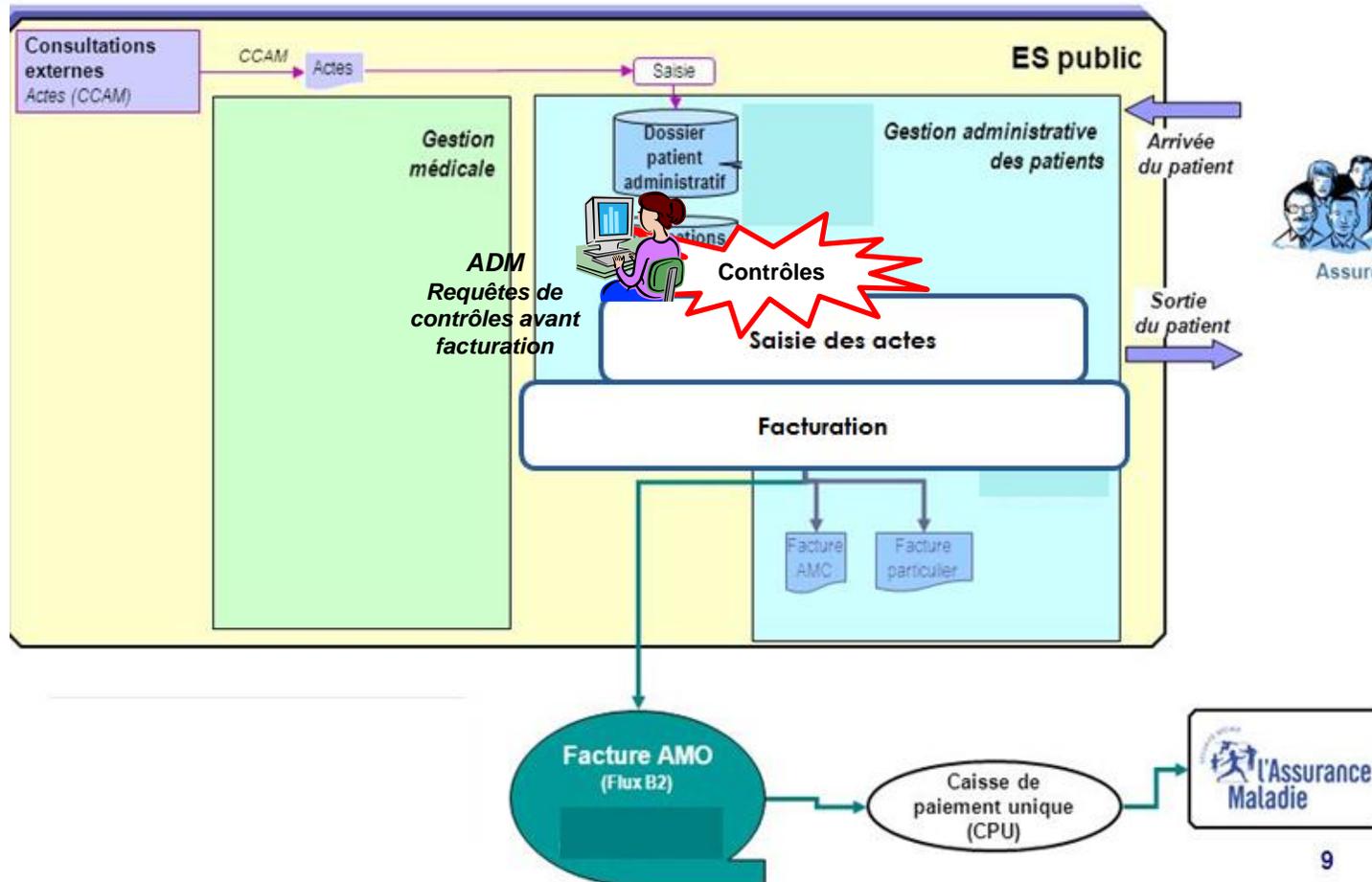
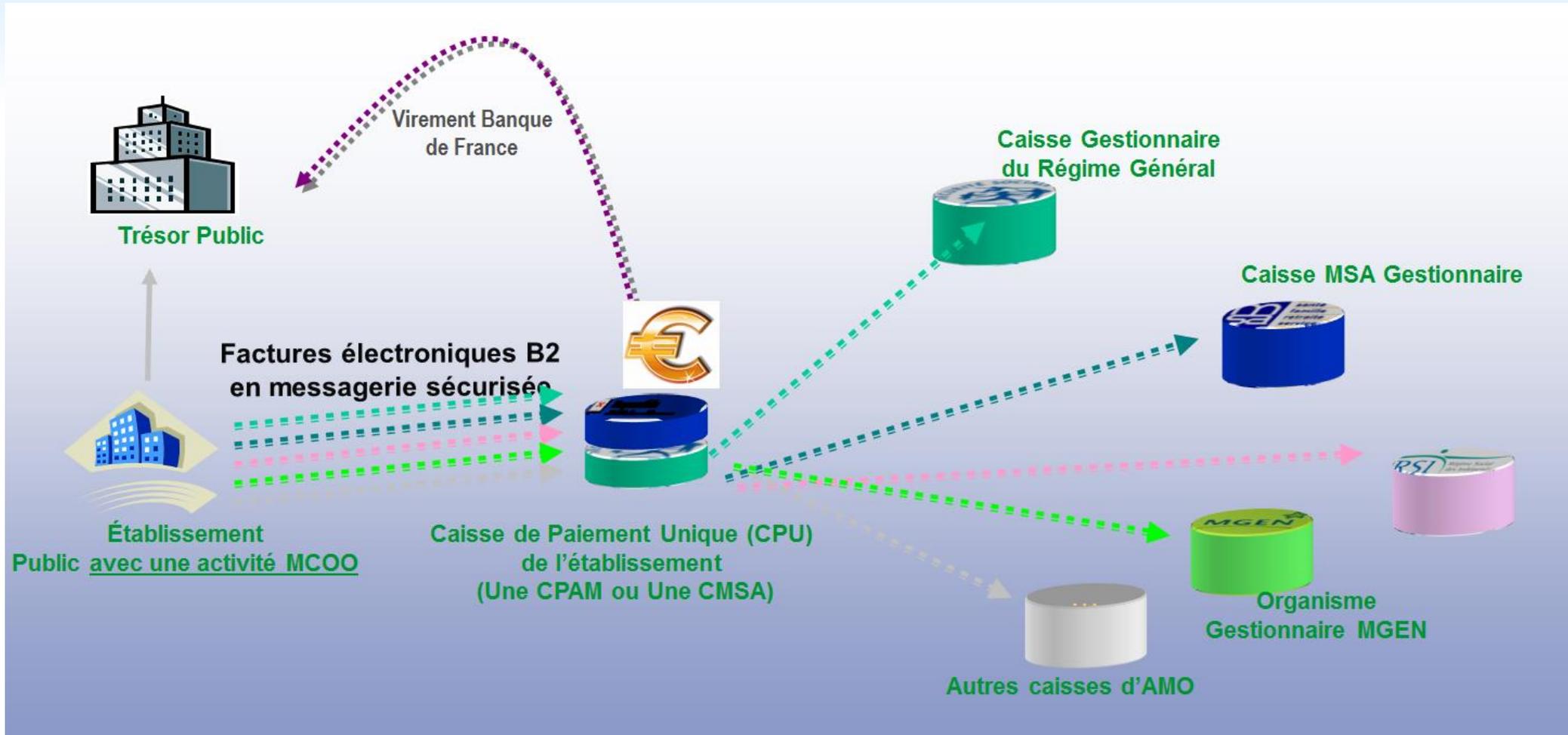
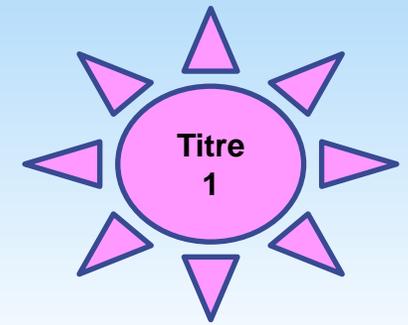


SCHÉMA : CIRCUITS DES FLUX DE FACTURATION



○ Les forfaits annuels



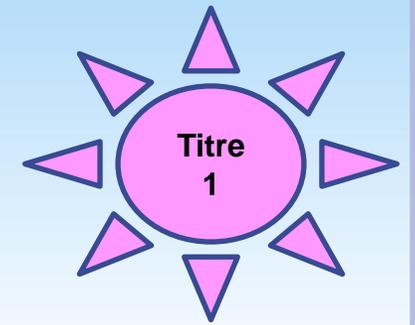
➤ Forfait annuel des Urgences (FAU)

Ce forfait permet de couvrir une partie des charges fixes du service des urgences (personnel, matériels...)

Ce forfait est attribué en fonction du nombre des ATU de l'année précédente

	2015	2016	2017	2018
Nombre ATU	21 523	22 543	23 761	24 552
Tranche 20 000 – 22 500 ATU + forfait /2500 ATU	1 639 395 €	1 651 430 €	1 790 529 €	1 889 446 €

○ Les forfaits annuels

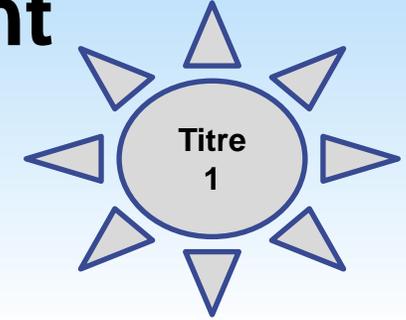


➤ Forfait Coordination de Prélèvements d'Organes (CPO)

Ce forfait permet de couvrir les charges du service qui assure les dits prélèvements.
Ce forfait est attribué en fonction du nombre de prélèvements d'organes et de la spécificité des prélèvements de l'année précédente

	2015	2016	2017	2018
CPO	116 037 €	80 000 €	135 000 €	156 910 €

○ Les dotations annuelles de financement



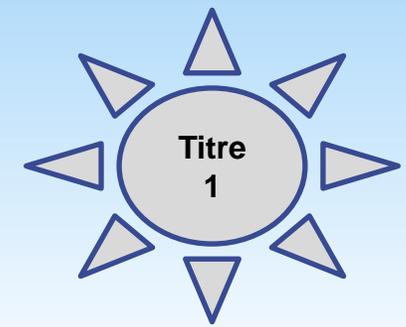
La **dotation annuelle de financement (DAF)** est une enveloppe budgétaire globale attribuée par année civile. Elle est délivrée pour couvrir la dépense du 1er janvier au 31 décembre de l'année N.

DAF Psychiatrie :

Pour ce secteur, le mode de financement sous forme de dotation annuelle est maintenu.

	2016	2017	2018
DAF psychiatrie	34 630 392 €	34 527 671 €	34 712 026 €

○ Les dotations annuelles de financement

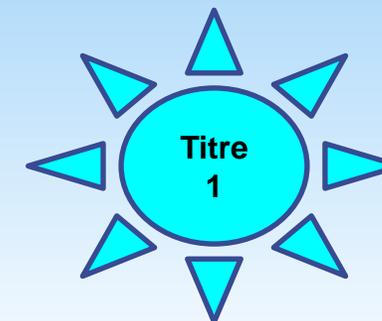


➤ DAF SSR

Depuis 2017, la DAF SSR ne représente plus que 90% du financement et une Dotation Modulée à l'Activité a été mise en œuvre pour 10% (progression T2A).

	2016	2017	2018
DAF SSR	13 000 632 €	11 906 881 €	12 492 531 €
DAM SSR	-	1 020 435 €	1 232 482 €
Total	13 000 632 €	12 927 316 €	13 725 013 €

○ Les missions d'intérêt général

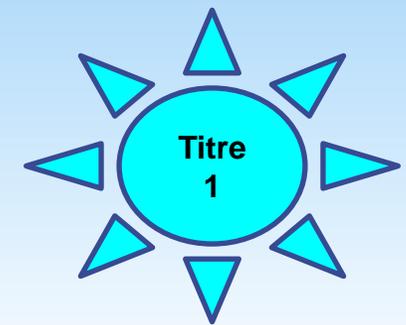


➤ MIGAC

Un nombre important de missions assurées par les établissements ex DG est financé par **les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC)**, dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) , SAMU, les postes des internes

	2016	2017	2018
Dotation MIGAC	3 844 607 €	3 104 905 €	2 929 455 €

○ Les missions d'intérêt général



➤ FIR

Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de prévention, dépistage, par exemple) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité (la permanence des soins, équipes mobiles de liaison, par exemple).

	2016	2017	2018
Dotation FIR	2 859 385 €	3 056 417 €	3 378 928 €

LES AUTRES PRODUITS HOSPITALIERS

TITRE 2

○ Le ticket modérateur

Le Ticket Modérateur (TM) représente la part non couverte par l'assurance maladie. Il est calculé sur le tarif journalier de prestation (TJP).

➤ Le TM séjour

Pour rappel, l'assurance maladie prend en charge 80% du GHS concernant le secteur MCO. L'assuré social est redevable de 20 % des frais de soins, ce que l'on appelle le ticket modérateur (TM).

	2016	2017	2018
TM Séjour	4 050 447 €	4 083 399 €	3 702 429 €

o Le ticket modérateur

Le tarif journalier de prestation (TJP) sert de base de calcul restant à la charge du patient lors d'une hospitalisation.

Les tarifs de prestations sont **fixés chaque année par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé** et sont éventuellement révisables en cours d'exercice.

Ils sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades, par le nombre de journées prévisionnelles.

Libellé du Tarif de Prestations	Disciplines ou UF concernées	TARIFS
Au 15/02/2019		
MEDECINE	Médecine, Pédiatrie-néonatalogie, Pneumologie, Cardiologie, Maternité, Gastro-Entérologie, Médecine Gériatrique	751,22 €
CHIRURGIE	Chirurgie et Spécialités Chirurgicales	953,69 €
SPECIALITES COUTEUSES	Soins Intensifs Cardiologiques, Réanimation polyvalente	1 819,75 €
MOYEN SEJOUR	Unité SSR 1-2-3- SSR Polyvalents, Réhabilitation Respiratoire	380,24 €
HOSPITALISATION DE JOUR MCO	Séjour de -24 heures, toutes disciplines y compris chimiothérapie Sauf chimiothérapie, moyen séjour et psychiatrie	534,65 €
HOSPITALISATION DE JOUR MCO	Chimiothérapie	579,25 €
HOSPITALISATION DE NUIT MCO		542,79 €
HOPITAL DE JOUR - SSR	Séjour - 24 heures en rééducation fonctionnelle et réhabilitation respiratoire jour	253,72 €
CHIRURGIE AMBULATOIRE	Toutes disciplines chirurgicales	587,60 €
PSYCHIATRIE	Hospitalisation complète adulte	503,90 €
	Hospitalisation complète enfants	556,74 €
	Hospitalisation de jour adulte	252,72 €
	Hospitalisation de jour enfants	279,22 €
	Hospitalisation de nuit	260,43 €
	Postcure (Roz Ar Scour)	509,15 €
Au 01/01/2018		
FORFAIT JOURNALIER	MCO et SSR	20,00 €
	Psychiatrie	15,00 €
Au 01/01/2019		
SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE	Hospitalisation complète MCO	42,00 €
	Hospitalisation complète SSR	37,00 €
	Hospitalisation complète Psychiatrie	37,00 €
	Hospitalisation de jour	17,00 €
Au 15/02/2019		
SMUR	Tarif à la demi-heure	288,68 €
Au 01/01/2019		
PERSONNES AGEES EHPAD/USLD	HEBERGEMENT	
	Résidents de plus de 60 ans (EHPAD / USLD)	52,24 €
	Résidents de moins de 60 ans EHPAD	69,96 €
	Résidents de moins de 60 ans USLD	74,97 €
	HEBERGEMENT TEMPORAIRE	
	(en fonction des ressources du résident)	
	Tarif 1	30,00 €
	Tarif 2	38,00 €
	Tarif 3	52,24 €
	DEPENDANCE EHPAD	
	Résidents de plus de 60 ans	
	GIR 1 et 2	20,88 €
	GIR 3 et 4	13,25 €
	GIR 5 et 6	5,62 €
	DEPANDANCE USLD	
Résidents de plus de 60 ans		
GIR 1 et 2	24,08 €	
GIR 3 et 4	16,46 €	
GIR 5 et 6	6,57 €	
Au 01/01/2019		
FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE	Traumatisés Crâniens - Plougouven Hébergement	137,79 €

o Le Ticket Modérateur

➤ Le TM Actes et Consultations Externes

Pour rappel, l'assurance maladie prend en charge :

- 70% des consultations dans le cadre du parcours de soins
- 80% sur les prises en charge en externe aux Urgences
- 60% sur les examens de biologie

L'assuré social est redevable de 30 % du tarif de l'acte et/ou de la consultation, de 40% sur les examens de biologie, de 20% sur les PEC en externe aux Urgences, ce que l'on appelle le ticket modérateur (TM).

Le parcours de soins coordonné doit être respecté car il conditionne la PEC par l'assurance maladie, c'est-à-dire : déclaration du médecin traitant établie auprès de la caisse d'assurance maladie

- Si ce parcours de soins n'est pas respecté, le TM est augmenté de 40%.

	2016	2017	2018
TM ACE	1 127 704 €	1 157 495 €	1 194 200 €

○ Modulation du Ticket Modérateur

Le séjour ou les soins externes peuvent être pris en charge à 100% par l'assurance maladie

Selon la nature du risque (exemple : risque maternité), de l'exonération du TM au titre d'une ALD (affection de longue durée) ou si le séjour ou la consultation externe comporte des actes égaux ou supérieurs à 120€ :

↳ **l'assurance maladie prend en charge 100% des frais de séjour ou de soins**

○ Reste à la charge de l'assuré :

➤ Un ticket modérateur forfaitaire (TMF), plus souvent appelé participation forfaitaire lorsque le **séjour ou la consultation externe comporte des actes égaux ou supérieurs à 120€.**

➤ Son montant est de de **24€.**

Ce **reste à charge** peut être **couvert, partiellement ou en totalité par une mutuelle ou une assurance**, selon le contrat souscrit par la patient.

Si le patient n'adhère pas à une mutuelle ou à une assurance, il est redevable de ce reste à charge.

Si le patient n'est pas affilié à une caisse d'assurance maladie, il sera redevable de la totalité des soins.

○ Le forfait journalier

Le Forfait Journalier (FJ) a été créé par la loi du 9 janvier 1983. **Il est dû pour tout séjour > 24h, y compris le jour de sortie** (sauf jour DC et transfert vers un autre établissement).

Il n'est pas couvert par l'assurance maladie. Il a pour objet de couvrir une partie des dépenses relatives à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers (repas, chauffage, lingerie, entretien des équipements...).

Il existe des cas d'exonérations du FJ : maternité, accident du travail (AT), bébé de – de 30 jours...

Ce **reste à charge** peut être **couvert, partiellement ou en totalité par une mutuelle ou une assurance**, selon le contrat souscrit par la patient.

Si le patient n'adhère pas à une mutuelle ou à une assurance, il est redevable de ce reste à charge.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le montant du FJ est de :

	MCO	SSR	PSY
2018	20 €	20 €	15 €

	2016	2017	2018
Forfaits journaliers	3 388 140 €	3 213 333 €	3 508 440 €

LES AUTRES PRODUITS

TITRE 3

○ Les autres produits

➤ Une diversité d'opérations

Il s'agit de recettes hors activité de soins et hébergement. Cet titre contient des subventions, des produits financiers, des produits exceptionnels, des reprises d'amortissements, des facturations et des remboursements des dépenses de personnel, des remboursements de frais et de médicaments...

Au CHPM, les postes de produits les plus importants sont :

	2016	2017	2018
Remboursement des frais CRPA	3 626 853 €	3 127 236 €	3 095 775 €
Rétrocessions de médicaments	3 470 897 €	3 192 318 €	3 509 422 €
Mise à disposition de personnel	2 441 059 €	2 550 375 €	2 917 125 €

○ Les autres produits

Les recettes des EPS proviennent principalement de l'assurance maladie, mais également de la facturation :

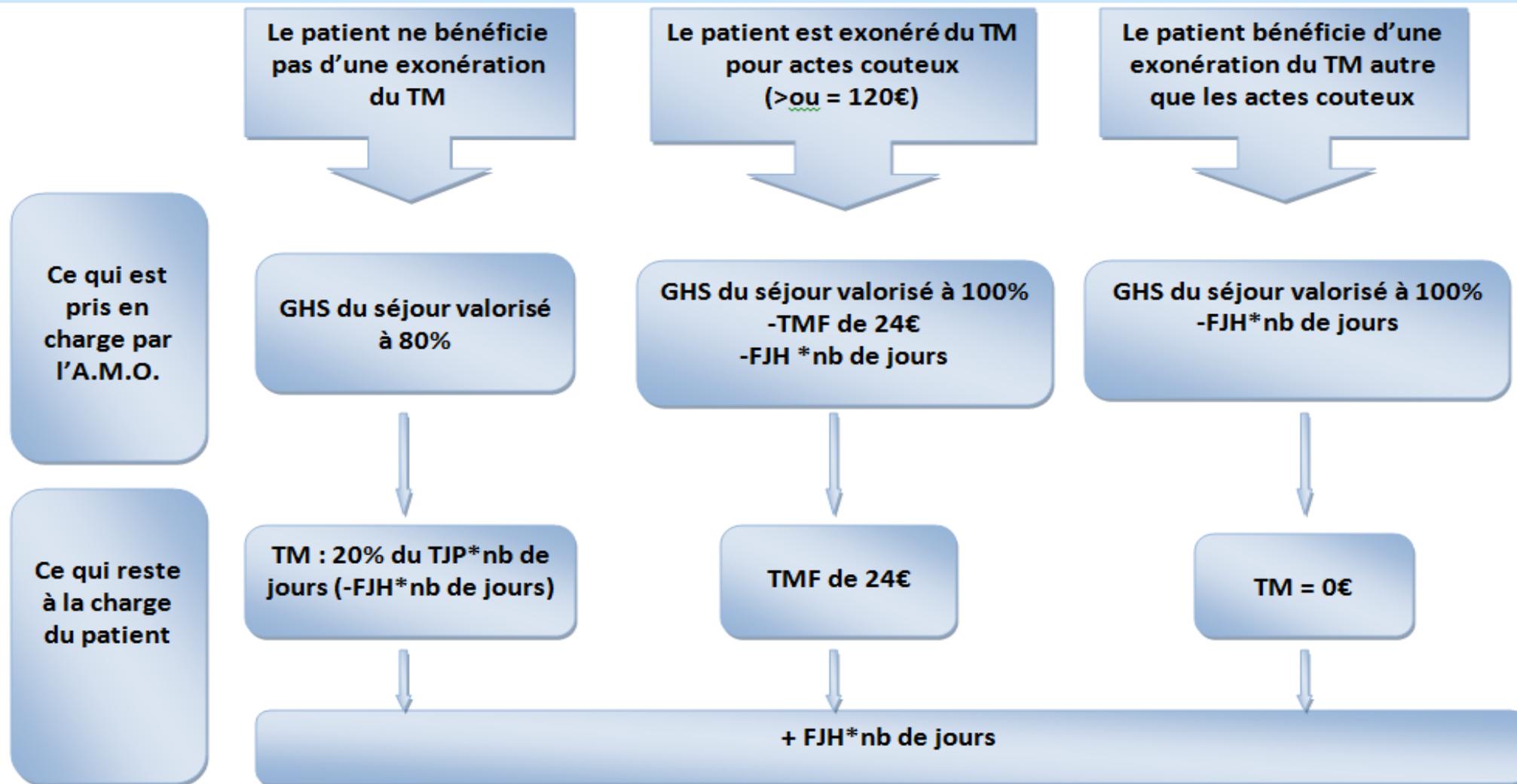
- **Du supplément pour régime particulier** : ce régime s'applique aux journées et nuitées d'hospitalisation effectuées dans les chambres répondant à certains critères de confort.
- **De l'hébergement et repas accompagnant**
- **De la téléphonie, TV, WIFI**

L'établissement doit (art. L. 441-1 Code de Commerce et R. 6145-4 CSP et art. R.162-32-2 CSS) :

- *informer les patients des tarifs et des conditions de réalisation des prestations*
- *faire signer un devis ou un engagement de payer pour éviter les litiges*
- *adresser une facture détaillée des prestations*

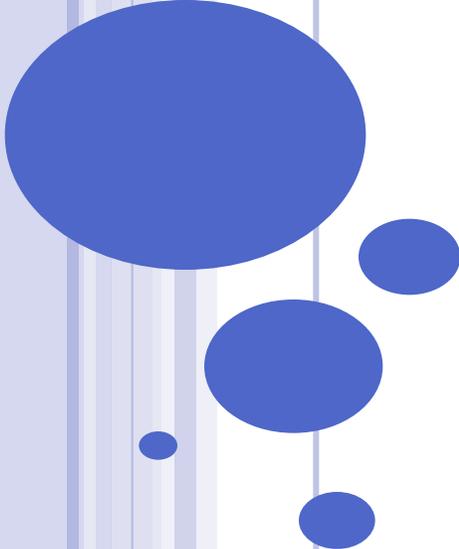
	2016	2017	2018
Autres produits	1 441 050 €	1 685 786 €	2 003 989 €

○ PRISE EN CHARGE D'UN SÉJOUR EN M.C.O.



FJH (forfait journalier hospitalier) : 20€

NB : un séjour de + de 30 jours consécutifs est facturé à 100% à l'assurance maladie



LES FINANCEMENTS DES BUDGETS ANNEXES



EHPAD ET USLD

**ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES
DÉPENDANTES**

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

BUDGETS ANNEXES E ET B

75

○ EHPAD - USLD

Budgets annexes E et B

Un EHPAD est une structure médicalisée habilitée par l'Etat à recevoir des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, pour des séjours permanents ou spécifiques (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer, etc.), et à leur dispenser des soins (art. L.312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles, CASF).

Une convention tripartite est conclue entre le gestionnaire, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) et le président du conseil départemental (art. L.313-12 du CASF) ; elle fixe, pour une durée de cinq ans, les objectifs de qualité de la prise en charge et les moyens financiers de fonctionnement.

○ EHPAD - USLD

○ EHPAD :

Les capacités de l'EHPAD ont été fixées à **218 lits** par arrêté n° 2009-0250 du 4 mars 2009.

Une convention tripartite a été signée pour une durée de 5 ans à compter du 14 décembre 2017.

○ USLD :

Les capacités de l'USLD ont été fixées à **100 lits** par arrêté en date du 22 décembre 2008.

Une convention tripartite a été signée pour une durée de 5 ans à compter du 14 décembre 2016.

○ EHPAD - USLD

➤ Un modèle en perpétuel mouvement

Avant 1999 : tarification et financement binaire (hébergement et soins)

Loi du 20 juillet 2001 : passage à un système ternaire (hébergement, dépendance et soins). Définition de règles précises de répartition des charges.

Réforme de la tarification depuis 2006 :

- Nouvel outil PATHOS : identification sur un thésaurus de 50 états pathologiques, représentant 98% des situations cliniques rencontrées en gériatrie
- Circulaire de février 2008 : mise en œuvre de formule de calcul des dotations soins (Tarif global avec PUI = $13,10\text{€} \times ((\text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59)) \times \text{capacité exploitée})$

○ EHPAD - USLD

Les prestations fournies par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes sont désormais financées par :

- ▶ **Un forfait global relatif aux soins**
- ▶ **Un forfait global relatif à la dépendance**
- ▶ **Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement**

L'Etat et le département fixent les tarifs, prennent en charge un tiers des dépenses et contrôlent les établissements. Le résident finance la majeure partie du prix.

Le prix de journée est fixé annuellement. Il est calculé et transmis par arrêté du président du conseil général, après adoption des recettes et dépenses prévisionnelles de l'EHPAD.

○ EHPAD – USLD

➤ Les soins

Les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents sont couverts par le forfait « soins » qui est entièrement pris en charge par l'assurance maladie et arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

La dotation globale soins a été fixée par arrêté de l'ARS du 4 juin 2018.

Dotation SOINS	2018
EHPAD	3 724 193 €
USLD	2 470 129 €

○ EHPAD – USLD

➤ La dépendance

Elle intègre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins. Il s'agit des surcoûts hôteliers liés à l'état de dépendance.

Il est financé en partie par le département, sous la forme d'une dotation globale versée à l'établissement.

Reste à la charge du résident, sans conditions de ressources, une part du tarif, appelé le ticket modérateur. Il est compensé, en partie, par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui varie selon le degré de dépendance du résident.

Forfait dépendance	2018
EHPAD	1 413 016 €
USLD	867 141 €

Le président du conseil général fixe le *forfait* global « dépendance » en fonction de la dépendance moyenne des résidents, évaluée par un médecin selon la grille AGGIR.

○ EHPAD – USLD

➤ La dépendance

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens.

		EHPAD	USLD
GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants		
GIR 2	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer	20,88 €	24,08 €
GIR 3	Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle		
GIR 4	Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement	13,25 €	16,46 €
GIR 5	Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage		
GIR 6	Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.	5,62 €	6,57 €

○ EHPAD – USLD

➤ La dépendance

La grille AGIRR sert aussi de support pour déterminer le montant de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie a été créée par la loi du 20 juillet 2001.

C'est une prestation universelle, personnalisée qui est versée à toute personne dans l'incapacité d'assumer seule les conséquences de la perte d'autonomie.

La participation varie en fonction du degré de dépendance du résident. Plus le résident est dépendant, plus la participation est importante.

Le reste à charge :

Reste à la charge du résident, sans condition de ressources, une part du tarif appelée ticket modérateur (TM).

	EHPAD	USLD
TM 2019	5,62 €	6,57 €

○ EHPAD – USLD

➤ L'Hébergement

Il recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation.

Hébergement	2018	Depuis 2019, Tarifs différents selon EHPAD et USLD	
EHPAD	4 087 650 €	Résidents EHPAD - Moins de 60 ans	69,96 €
USLD	1 879 650 €	Résidents USLD - Moins de 60 ans	74,97 €
		Résidents EHPAD - Plus de 60 ans	52,24 €
		Résidents USLD - Plus de 60 ans	52,24 €

Il est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, déduction faite, de l'allocation personnalisée au logement (APL). **Ce que l'on appelle le régime payant.**

Le résident peut bénéficier de l'aide sociale, sous conditions de ressources. **Ce que l'on appelle le régime Aide Sociale.**

○ EHPAD – USLD

➤ Le reste à charge

Le reste à charge :

Lorsque la personne âgée ne dispose pas de ressources suffisantes pour financer les frais d'hébergement en EHPAD, une pension alimentaire peut être réclamée aux descendants.

Les obligés alimentaires sont :

Le conjoint ou le partenaire ayant signé un PACS (article 212 du Code civil – article 515-4 du code civil).

Les ascendants et descendants (articles 205 et 207 du code civil)

Cette obligation alimentaire est fixée en fonction des ressources et des charge du débiteur.

La mise en place ce l'obligation alimentaires peut intervenir à la suite d'un accord entre l'EHPAD et les obligés alimentaires. En cas de désaccord ou conflit, le juge aux affaires familiales (JAF) peut être saisi.

○ EHPAD – USLD

➤ L'Aide Sociale

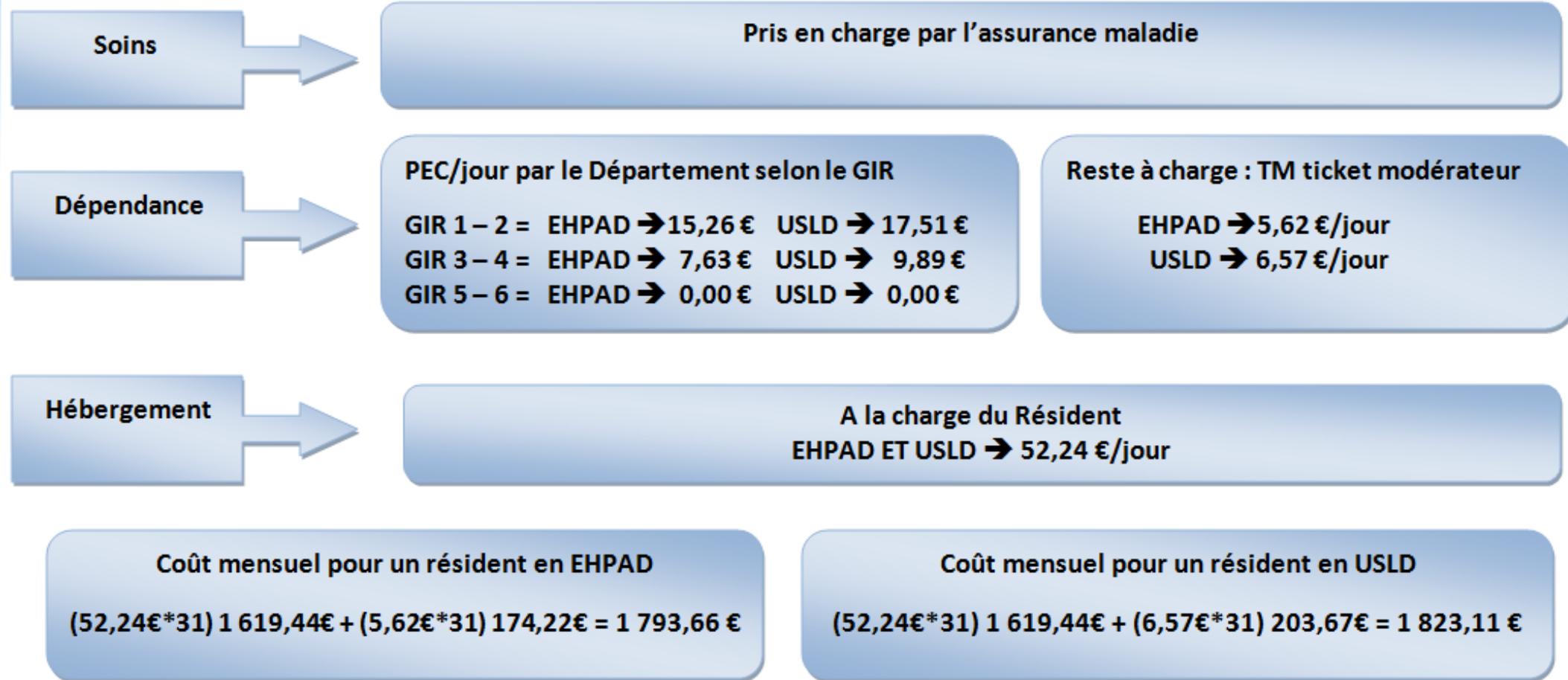
Tout résident, qui n'a pas les ressources suffisantes pour régler les frais liés à son hébergement en EHPAD peut solliciter une prise en charge financière au titre de l'aide sociale.

Le département, sous conditions de ressources, peut prendre en charge partiellement ou totalement les frais d'hébergement. Ce que l'on appelle le **régime Aide Sociale**.

L'aide sociale n'a pas vocation à se substituer à la famille. Elle n'est actionnée qu'après la mise en œuvre de l'obligation alimentaire. Lors du dépôt de demande d'aide sociale par le résident, les personnes tenues à l'obligation alimentaire sont tenues à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer ou non et justifier de leurs ressources et charges.

Le président du Conseil Départemental, au vu des ressources des charges et de la composition du foyer de chaque obligé alimentaire, détermine le montant de l'aide consentie par le département et propose une répartition à verser par les différents débiteurs d'aliment.

○ Schéma de la facturation en EHPAD et USLD



Le système de facturation pour l'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) est similaire à l'EHPAD.
La dépendance est plus élevée pour l'USLD

o Ecoles et Instituts de formation - Budget annexe C

Loi n°2004-809 du 13 Août 2004 : Article L 4383 du CSP :

«La région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts...»

«Les dépenses et les ressources sont identifiées dans un budget spécifique...»

Le financement	
Subvention	Autres ressources
Subvention région Bretagne	Droits d'inscription des élèves Remboursement des frais de formation Frais d'inscription aux concours
CF 2018 : 1 900 436 €	CF 2018 : 164 437 €

○ Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Budget annexe N

Le service de soins infirmiers à domicile est basé à Plougonven.

Il dispose de 20 places depuis le 1^{er} janvier 2006.

Le taux d'occupation en 2018 : 93,75%.

La moyenne d'âge : 83 ans.

Le financement principal

La dotation globale soins

Pris en charge à 100% par l'assurance maladie

Dotation globale 2018 : 281 966 €

○ Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) - Budget annexe P1

Située sur le site de Plougouven, cette structure est gérée par le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix en collaboration avec le Centre Hélio Marin de Roscoff et l'Association des Familles des Traumatisés Crâniens du Finistère.

Le Foyer accueille, depuis septembre 1997, des patients handicapés en situation de dépendance physique et/ou neuro-psychologique (18 lits).

Un double financement

Le forfait soins	L'hébergement
Pris en charge à 100% par l'assurance maladie	Produits d'hébergement à la charge du résident ou de l'aide sociale en cas d'insuffisance de ressources
Tarif forfait soins 2019 : 75,41 €	Tarif hébergement 2019 : 137,79 €
Forfait 2018 : 468 895 €	Facturation 2018 : 885 447 €

Possibilité de demander l'Aide Sociale en cas d'insuffisance de ressources, avec participation du résident suivant ses revenus et sa situation familiale.

Pas de mise en œuvre de l'obligation alimentaire.

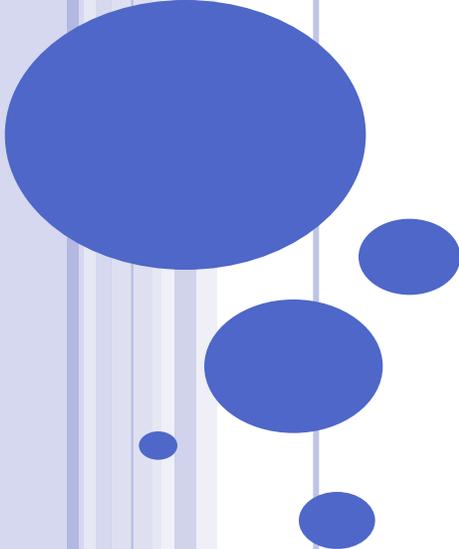
Si l'admission au F.A.M. est liée à un accident du travail, les frais seront à la charge de l'employeur ou à la charge d'une assurance en cas d'accident.

○ Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) – Budget annexe P2

Par arrêté n°2010-0078 du 15 janvier 2010, le Préfet du Finistère a entériné la transformation du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie en Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, constituant une autorisation pour 3 ans.

Le 11 janvier 2013, le Directeur Général de l'ARS Bretagne a confirmé par arrêté la prolongation de l'autorisation de cette activité pour 15 ans à compter du 15 janvier 2010.

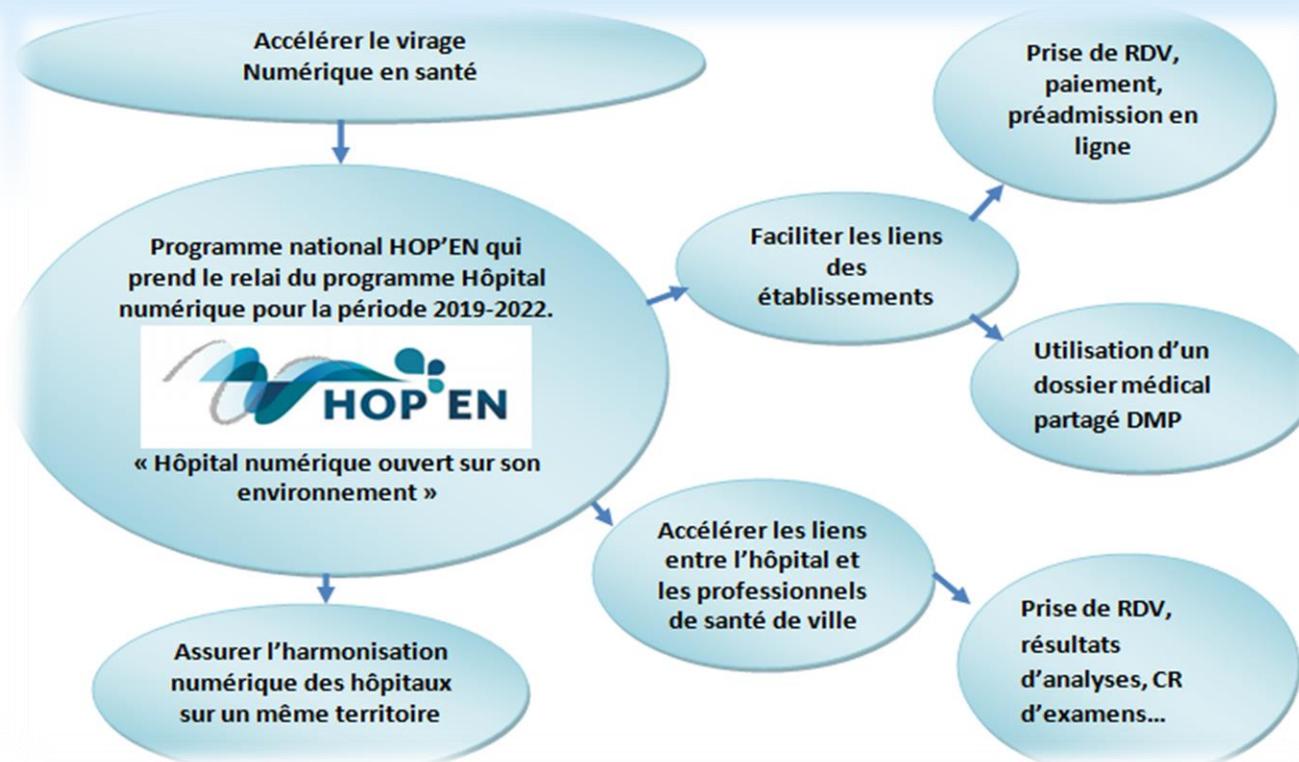
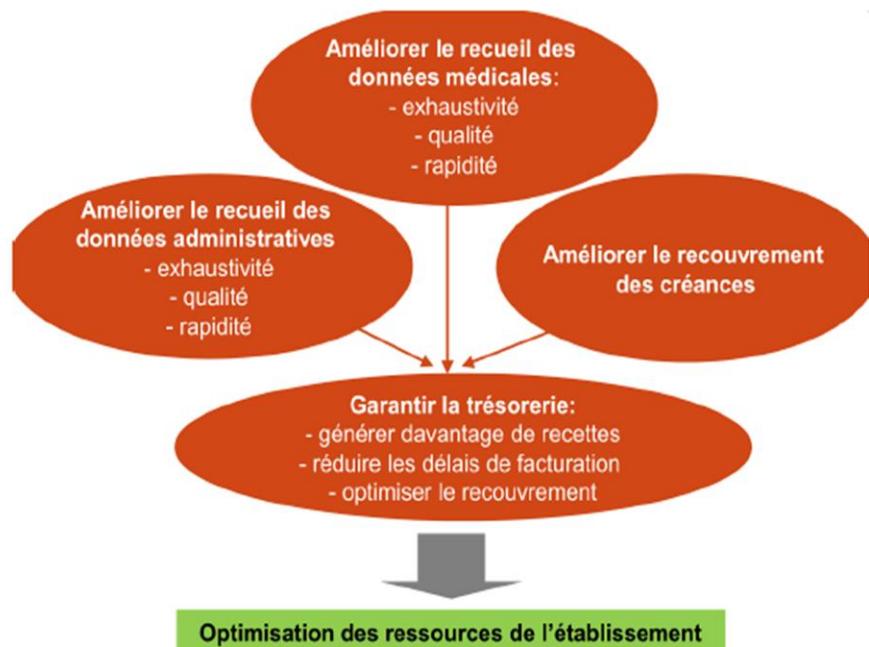
Le financement	
Le forfait soins	Autres ressources
Pris en charge à 100% par l'assurance maladie	Subventions pour des actions de prévention Prestation de formation
2018 : 635 658 €	2018 : 56 327 €



**ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ DANS LEUR DÉMARCHE DE
TRANSFORMATION DE SIMPLIFICATION
ADMINISTRATIVE GRÂCE AU NUMÉRIQUE**



ENJEUX



simphonie

SIMPLIFICATION DU PARCOURS ADMINISTRATIF HOSPITALIER DU PATIENT ET LA NUMÉRISATION DES INFORMATIONS ECHANGÉES

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) « Ma santé 2022 » et de son volet numérique, la DGOS lance le programme HOP'EN qui constitue la nouvelle feuille de route nationale des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans.

○ PROGRAMME SIMPHONIE :

- **Objectif :** travailler sur la refonte des parcours patients afin de répondre au mieux à leurs attentes en termes de simplification et de digitalisation.
- **Simplifier, moderniser, améliorer la facturation à l'hôpital**

Ce programme est orchestré par la direction générale de l'offre de soins (**DGOS**), la direction générale des finances publiques (**DGFIP**), l'agence nationale d'appui à la performance (**ANAP**), l'agence française de la santé numérique (**ASIP Santé**), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (**CNAMTS**) et les fédérations d'organismes complémentaires (**FFA, FNMF, CTIP**).

Stratégie nationale des parcours patients

Projets du programme

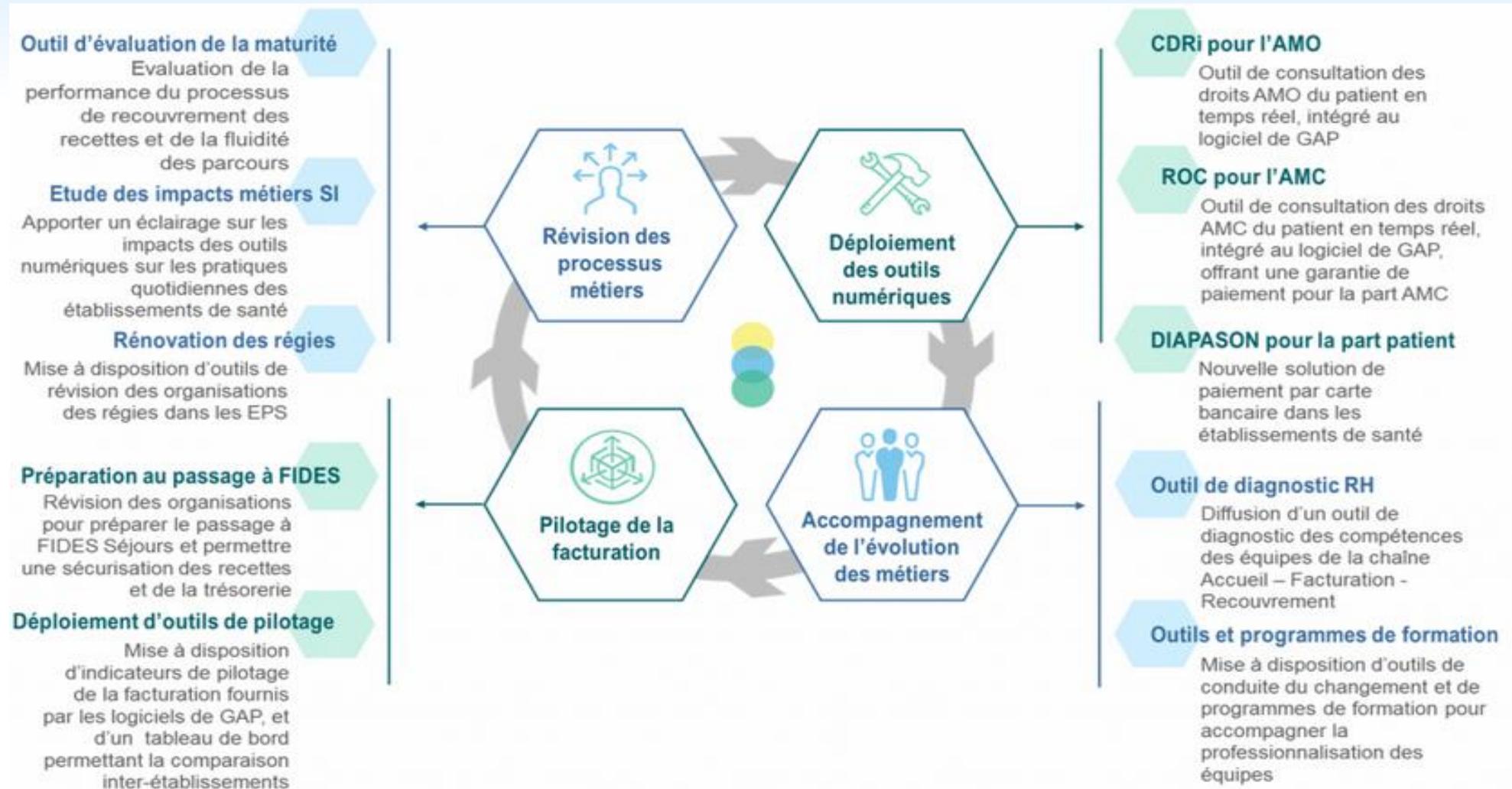
- **Les outils numériques**
 - CDRI
 - ROC
 - DIAPASON
- **La FIDES**
 - Fides-ACE MCO Forfaits
 - Fides-Séjours
 - Fides-SSR
- **Le pilotage de la facturation**



simphonie

○ PROGRAMME SIMPHONIE

Le programme est composé d'un ensemble de dispositifs :



© FOCUS SUR CERTAINS DISPOSITIFS

→ L'OUTIL CRDI

- **CDRI** (consultation des droits intégrés) : outil de consultation de type « web service », inter régimes et intégré aux logiciels de gestion administrative des patients.

Il permet d'obtenir :

- **les droits AMO** à jour du patient, notamment les situations spécifiques CMUC, AME, ACS, ALD, Maternité ;
- **les coordonnées** (adresse postale) du patient et celles de son organisme d'assurance maladie ;
- **l'information sur la déclaration ou non d'un médecin traitant.**

Bénéfices attendus :

- **Sécurisation des recettes** : diminution de 40% des rejets
- **Efficiences des équipes** : gain de temps pour les personnels responsables de l'accueil et simplification des démarches pour le patient

CDRI

CONSULTATION
DES
DROITS AMO
INTÉGRÉE



PORTEUR DU PROJET

CNAM



→ L'OUTIL ROC

- **Service de dématérialisation et de standardisation des échanges entre hôpitaux et complémentaires santé et la DGFIP.**

Il vise à **simplifier l'application du tiers payant généralisé** dans les établissements et, à renforcer l'accès aux soins des patients.

- **Intégrés à l'application de gestion administrative du patient, les télé-services permettent :**
 - D'interroger la complémentaire santé du patient en temps réel et de s'assurer de ses droits
 - De calculer le montant pris en charge par la complémentaire santé et d'obtenir de sa part la garantie de paiement
 - De télétransmettre les factures aux complémentaires santé sous forme dématérialisée
 - De gérer les retours d'accords de prise en charge

Bénéfices attendus :

- **Sécurisation des recettes**
- **Amélioration du recouvrement**
- **Efficience des équipes** : diminution des rejets

PORTEURS DU PROJET

DGOS ASIP Santé Fédérations



ROC

REMBOURSEMENT
ORGANISME
COMPLÉMENTAIRE



→ L'OUTIL DIAPASON

- Mise en place d'une solution de paiement dans les hôpitaux, en rendant possible l'encaissement automatique par débit de carte bancaire.
- Objectif : simplifier le paiement par le patient par la généralisation de l'usage de la carte bancaire à l'hôpital et améliorer le taux de recouvrement des créances
- Le principe de fonctionnement :
 - **Dispositif proposé au patient**
 - quand les soins ne sont pas intégralement pris en charge par l'assurance maladie
 - le montant du reste à charge n'est pas connu à sa sortie.
 - **À l'arrivée du patient**, le dispositif est proposé : consentement du patient, montant « plafond ».
 - **Le paiement différé** : ne fois le montant total des prestations connu, et sous réserve que celui-ci ne dépasse pas le plafond annoncé, **le patient reçoit par SMS ou par e-mail un avis de débit trois jours avant le débit effectif.**
 - Le patient est ensuite débité automatiquement du montant réel de son reste à charge.
 - Si le montant des soins dépasse le plafond annoncé, il est invité à se connecter à une plateforme web de paiement en ligne pour régler sa facture.
- Bénéfices attendus :
 - Une amélioration des recettes
 - Rapidité de recouvrement

DIAPASON

DÉBIT
INTERVENANT
APRÈS
LE **PARCOURS**
DE **SOINS**



PORTEURS DU PROJET

DGOS



ASIP Santé



→ PILOTAGE DE LA FACTURATION

- Mise à disposition d'indicateurs de pilotage de la facturation fournis par les logiciels de gestion administrative du patient
- **Tableaux de bord de synthèse :**
 - Indicateurs essentiels et visuels permettant une vision synthétique de l'efficacité de l'activité de l'établissement.
- **Tableaux de bord par activité d'un processus métier :**
 - Vision multidimensionnelle par pôles, Ufs, gestionnaires, médecins,
 - Analyse évolutive et comparative : mois, trimestre, année.
- **Accès aux données élémentaires :** vue des dossiers, des séjours, des prestations, des factures.
- **Bénéfices attendus :**
 - Performance du pilotage médico-économique



→ FIDES SÉJOURS

- **Facturation des séjours directement à l'assurance maladie.**
- Nécessite de revisiter les circuits de production de l'information médico économique, et du fonctionnement des logiciels concernés (gestion administrative du patient (GAP), production du PMSI,...).
 - Après avoir été expérimentée avec succès entre 2011 et janvier 2015, la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est généralisée en métropole pour les actes et consultations externes (ACE).
 - La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 confirme en son article 65 le déploiement du versant séjours au plus tard au 1er mars 2022.



→ FIDES ACE (ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES)

- Facturation des actes et consultations externes directement à l'assurance maladie.
- FIDES activité MCO : généralisation en métropole.
- FIDES activité SSR :
 - Pour les sites ayant une activité MCO, la fin du déploiement est prévu le 01/03/2020.
 - Pour les sites avec une activité SSR seule, la fin du déploiement est prévu le 01/03/2022.



→ PAIEMENT EN LIGNE TIPI (TITRES PAYABLES SUR INTERNET)

- Outil mis à la disposition des établissements de santé par la DGFIP
- **TIPI Titres payables sur Internet** : possibilité de paiement des frais de santé sur Internet par carte bancaire à l'appui de l'avis des sommes à payer.
- Site : www.tipi.budget.gouv.fr.

Bénéfices attendus :

- **taux et délai de recouvrement à l'égard des particuliers optimisés**
- **amélioration de la qualité de service auprès de l'utilisateur**



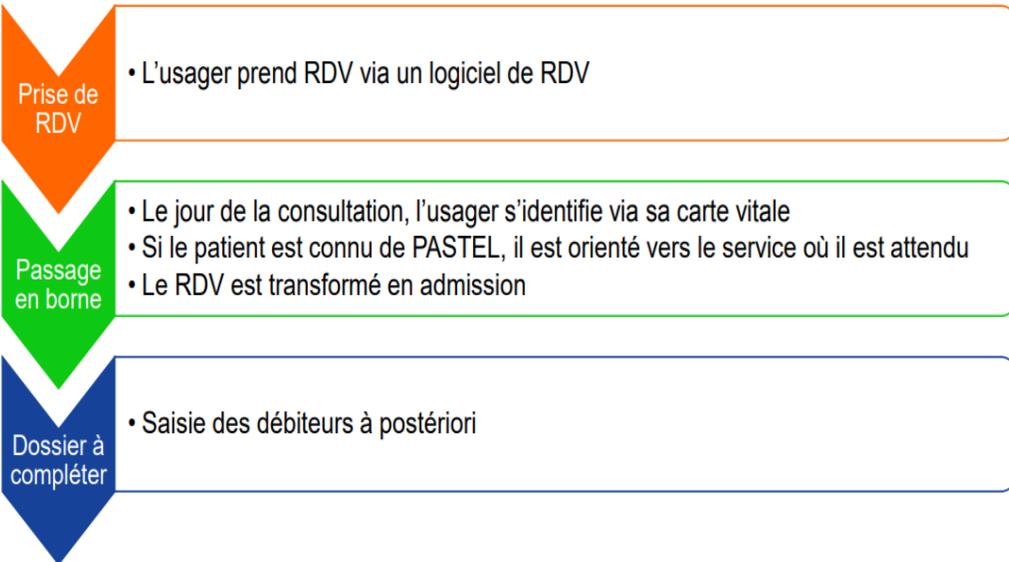
The screenshot displays the homepage of the TIPI website. At the top, there are logos for the French Republic and the Ministry of the Budget and Public Accounts, along with navigation links for 'SÉCURITÉ', 'MENTIONS LÉGALES', and 'AFFICHAGE CONTRASTÉ'. The main heading is 'tipi.budget.gouv.fr' with the subtitle 'Titres payables sur internet'. Below this, a text block states: 'La Direction générale des finances publiques, partenaire des collectivités locales, met à votre disposition ce site pour faciliter le paiement de vos services publics locaux'. A central image shows a person using a tablet. A prominent orange button reads 'ACCEDER AU PAIEMENT'. On the left, a blue box contains the text 'Actualités Découvrez comment payer vos services locaux en ligne'. At the bottom, a security notice reads 'Ce site est sécurisé avec la technologie SSL'.

© **DIGITALISATION DE LA PRISE EN CHARGE
ADMINISTRATIVE**

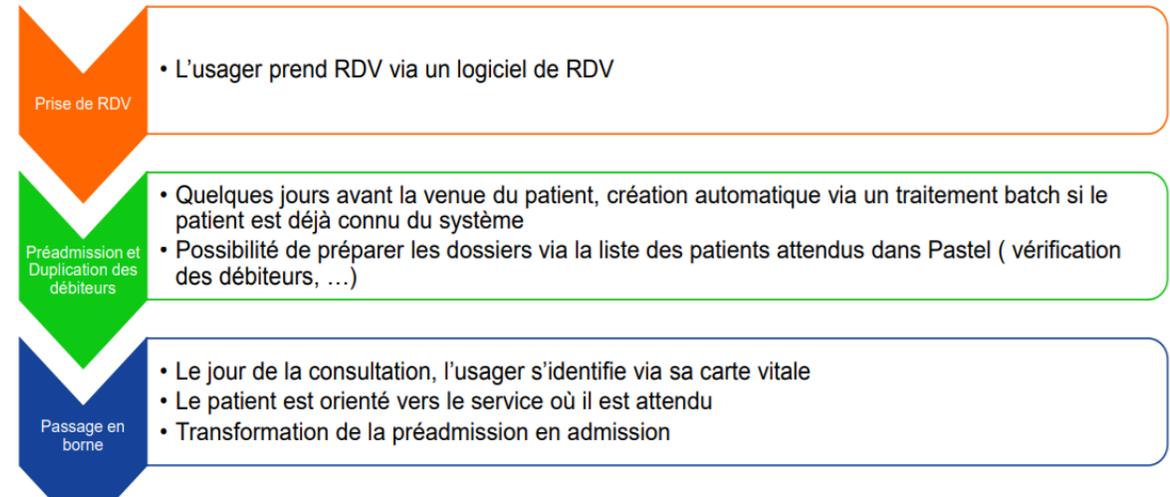
→ LE SERVICE BORNE



ADMISSION APRÈS RENDEZ-VOUS



ADMISSION APRÈS PRÉADMISSION



➔ DMP DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

- **Carnet de santé numérique personnel, sécurisé, accessible sur internet**
- La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, complétée par le décret 2016-914 du 4 juillet 2016, a confié à la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie) la responsabilité de la mise en œuvre du DMP et de son évolution. Son déploiement progressif est en cours depuis la fin de l'année 2016.
- **Partage entre les professionnels de santé, des informations utiles à la coordination de la prise en charge des soins du patient. Usage des messageries sécurisées entre professionnels de santé.**
- **Le patient peut consulter son DMP sur Internet, l'enrichir en y versant des documents (ex. : carte de groupe sanguin), contrôler l'accès en autorisant ou non les professionnels à le consulter ou à l'alimenter.**
- **Le DMP contient les antécédents du patient, l'historique des remboursements, d'éventuelles allergies, les traitements en cours, le volet médical de synthèse, les lettres de liaison de séjour hospitalier, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...), la mention du don d'organes, les directives anticipées, etc...**
- **Le patient garde à tout moment la possibilité de fermer son DMP, ou de masquer certaines données de santé.**



PORTEUR DU PROJET



→ FACILITER LES RELATIONS PATIENTS / HÔPITAL

➤ La prise de rendez vous en ligne : en 2020

- Permettre au patient de prendre rendez vous pour certaines consultations via les outils numériques



➤ **Bénéfices :**

- Une offre de soins plus accessible, en adéquation avec les usages
- Rappel des rendez vous par SMS et courrier électronique
- Gain de qualité de travail pour les secrétariats médicaux
- Solution qui permet l'adressage de patients par les partenaires libéraux qui utilisent la même solution

→ FACILITER LE PARCOURS ET LE SUIVI DU PATIENT

e-fitback
Programme Interactif de Suivi Médical



Préadmission en ligne

Obtenir des patients, depuis leur domicile, toutes les informations administratives nécessaires à la constitution de leur **dossier patient**.

Traiter, organiser et fiabiliser le processus administratif de vos établissements.



Accompagnement pré hospitalisation

Préparer et **guider** les patients dans leur **parcours de soins** en communiquant des contenus éducatifs.

Les **accompagner** dans leur organisation avec des checklists et des rappels **automatiques**.



Suivi Jour J

Être alerté **en temps réel** sur la progression du patient dans son séjour à l'établissement grâce à la liaison avec les **bornes d'accueil interactives**.



Suivi post hospitalisation

Conserver un **lien privilégié** avec vos patients durant leur convalescence à leur domicile.

Déceler précocement des complications grâce aux protocoles automatisés.

→ FACILITER LE PARCOURS ET LE SUIVI DU PATIENT

e-fitback
Programme Interactif de Suivi Médical

Pour les professionnels de santé



Soumettre des **contenus interactifs**
(questionnaires, checklists, vidéos)



Améliorer et structurer la prise en charge



Détection **automatique** de situations à risque



Analyser qualité du suivi, taux de ré-hospitalisation et satisfaction

Pour les patients

Faire leur **préadmission** depuis leur domicile



S'informer et **mieux préparer** leur hospitalisation



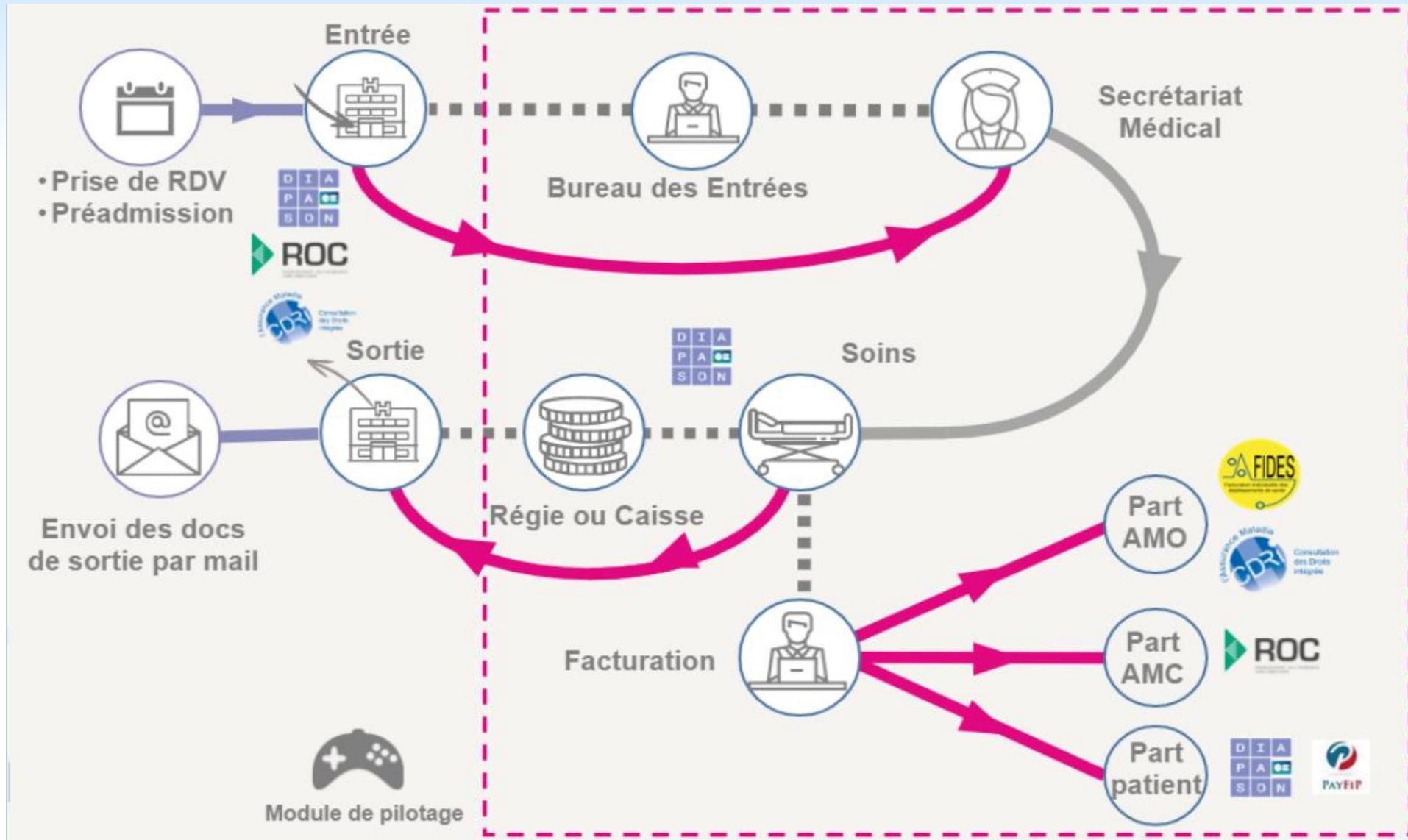
Devenir acteurs de leur propre **parcours de soins**



Communiquer avec les soignants via la **messagerie sécurisée**



CIRCUIT PATIENT DANS SA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE



TEXTES DE REFERENCES

- **Textes fondateurs de la tarification à l'activité : T2A**
 - **Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet)
 - **Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003**, articles 22 à 34
 - **Lois de financement annuelles de la sécurité sociale**

- **Textes FIDES**
 - **Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003** de financement de la sécurité sociale pour 2004 - Article 33 I
 - **Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008** de financement de la sécurité sociale pour 2009 - Article 54
 - **Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013** de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 45 IV
 - **Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017** de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 65
 - **Décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011** relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés visés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
 - **Décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014** relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
 - **Décret n° 2014-1765 du 31 décembre 2014** relatif à la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
 - **Décret n° 2014-1766 du 31 décembre 2014** modifiant le décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale
 - **Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n° 173 du 30 mai 2014** relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé

- **Loi « Ma santé 2022 »**
 - **Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé