

TARIFS DE PRESTATIONS

1. Textes de référence

- ⇒ [Articles 54 et 33 de la loi de financement de la sécurité sociale \(LFSS\) pour 2004](#), pour les établissements MCO tarifés à l'activité
- ⇒ [Articles 4 et 5 du décret n°2009- 213 du 23 février 2009](#) relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.
- ⇒ **Code de la sécurité sociale (CSS)**
 - [Articles L.162-22-1](#)
 - [Article L.174-3](#) (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation).
 - [Article L.174-6](#) (unités de soins de longue durée)
 - [Article R.162-32-2](#) relatif au « régime particulier ».
- ⇒ **Code de la santé publique (CSP)**
 - [Articles R. 6145-21 et R.6145-22](#) relatifs aux tarifs de prestation.
- ⇒ **Code de l'action sociale et des familles (CASF)**
 - [Article L.314-2](#)
 - [Article R.314-26](#)

2. Définition

Des tarifs de prestations sont établis :

⇒ **En MCO pour :**

- L'hospitalisation complète en régime commun, au moins pour chacune des catégories suivantes :
 - Services spécialisés ou non ;
 - Services de spécialités coûteuses ;
 - Services de spécialités très coûteuses ;
- L'hospitalisation à temps partiel (jour, nuit) ;
- La chirurgie ambulatoire ;
- L'hospitalisation à domicile ;
- Les interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence (SMUR).

⇒ **En SSR et psychiatrie, pour :**

- L'hospitalisation complète en régime commun, en distinguant :
 - Services spécialisés ou non ;
 - Services de soins de suite et de réadaptation ;
 - Unités de soins de longue durée pour ce qui concerne les soins.
- L'hospitalisation à temps partiel (jour, nuit) ;
- L'hospitalisation à domicile

Ils sont fixés chaque année par arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation¹ et sont éventuellement révisables en cours d'exercice.

2.1 Les tarifs d'hospitalisation.

Les tarifs de prestations 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 :

- dépenses de personnel,
- dépenses médicales (médicaments, petit matériel, actes...),
- dépenses hôtelières (alimentation, chauffage...),
- frais de gestion et autres charges d'exploitation du compte de résultat principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres.

Ces dépenses s'entendent hors produits ne résultant pas de la facturation des frais d'hospitalisation soit :

- pour les activités de médecine chirurgie, obstétrique et odontologie, conformément au décret n° 2009-213 du 23 février 2009, déduction faite des recettes prévisionnelles résultant de la facturation :
 - des interruptions volontaires de grossesse ;
 - des actes et consultations externes ;
 - des forfaits ATU, FFM et SE.
- Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie et de médecine des hôpitaux locaux, conformément à l'article R6145-22 du CSP, « après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations ».

2.2 Les tarifs du SMUR

Les tarifs de prestations relatifs aux interventions du SMUR sont fixés en divisant les charges d'exploitation non couvertes par des ressources propres, par le nombre prévisionnel de :

- demi-heures pour les interventions terrestres,
- minutes pour les interventions aériennes.

2.3 Les tarifs des unités de soins de longue durée (USLD).

Des règles particulières s'appliquent pour les unités de soins de longue durée pour lesquelles trois forfaits journaliers sont déterminés :

- un forfait soins, fixé par arrêté ministériel, qui comprend toutes les dépenses engagées par l'établissement pour les personnes placées, à l'exception des appareils de prothèse et de lunetterie pour lesquels il y a lieu de demander une prise en charge à la sécurité sociale ;
- un forfait hébergement, fixé par le Président du conseil général du département (Paris pour l'AP-HP), qui est facturé aux malades ou à l'aide sociale aux personnes âgées
- un forfait dépendance.

2.4 Le régime d'hospitalisation

Il existe 2 régimes d'hospitalisation :

- ⇒ le régime commun, applicable aux malades séjournant en chambre à plusieurs lits ou en chambre seule pour des raisons médicales ;

¹ Sauf pour l'AP-HP, pour laquelle les TJP sont fixés par arrêté ministériel

- ⇒ le régime particulier appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule, repas et boissons pour les accompagnants ...). Une majoration journalière du tarif de prestations s'applique sur le tarif " régime commun " de la discipline de séjour (Cf article R.162-32-2 du code de la sécurité sociale). L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations et établir une facture détaillée.

3. Utilisation des tarifs de prestations.

⇒ **Les tarifs de prestations servent de base à la facturation :**

- des frais d'hospitalisation :
 - au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux,
 - intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales)
- des transports secondaires par SMUR.

⇒ **En hospitalisation, cette règle vaut pour :**

- les services de SSR et de psychiatrie, conformément à l'article L174-3 du CSS et aux articles R6145-21 et suivants du CSP ;
- les MCO tarifés à l'activité, conformément à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 :
 - « I - Jusqu'au 1 07 2011, par dérogation à l'article L.174-2-1, les GHS ... ne sont pas facturés directement à l'assurance maladie. Les établissements transmettent aux ARH leurs données d'activité aux fins de valorisation
 - II - Jusqu'au 31 12 2012, les tarifs nationaux de prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation des assurés sociaux. Les conditions et modalités de la participation » ont été fixées le décret n°2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

4. Modalités de décompte des tarifs journaliers de prestations.

Les frais d'hospitalisation sont facturables par journée de présence du malade dans l'hôpital.

4.1 En hospitalisation complète

⇒ **Sont pris en compte :**

- le jour d'entrée quelle que soit l'heure d'arrivée du malade, conformément à la règle de " présence à minuit ",
- le jour du décès,
- la journée d'hospitalisation d'un malade entré et sorti le même jour si le patient a occupé un lit dans une discipline d'hospitalisation.

⇒ **Ne sont pas pris en compte :**

- le jour de sortie²,
- les permissions de sortie (autorisations d'absence comprises entre 12 heures et 48 heures consécutives, augmentées éventuellement des délais de route).

² Hors cas du forfait journalier, facturable le jour de sortie (sauf en cas de décès pour les patients hospitalisés en MCO)

4.2 En hospitalisation partielle ou pour les séances

Les journées d'hospitalisation de jour ou de nuit et les séances (hémodialyse, chimiothérapie...) font l'objet de tarifs de prestations spécifiques.

Remarque :

Les séances réalisées au cours d'une hospitalisation complète en MCO, en SSR ou en psychiatrie ne sont pas facturables car considérées comme des « actes » du séjour hospitalier. En revanche, les séances effectuées au profit de malades hébergés en unités de soins de longue durée sont facturées en sus du forfait soins.

4.3 Les transferts dans un autre établissement.

Les patients peuvent être transférés d'un établissement à un autre, provisoirement ou définitivement.

4.3.1 Les transferts provisoires

- ⇒ **si le transfert est inférieur à 1 nuitée** (transfert en vue d'un diagnostic ou d'un traitement dans un établissement plus spécialisé, avec retour dans l'établissement d'origine), le tarif de prestations applicable pour la journée est celui de l'hôpital d'origine ;
- ⇒ **si le transfert est supérieur ou égal à 1 nuitée**, le tarif applicable pendant la période du transfert est celui de l'hôpital d'accueil, l'hôpital d'origine devant clore son dossier administratif.

4.3.2 Les transferts définitifs :

- ⇒ **si le transfert a lieu dans un service du même hôpital** mais relevant d'une autre discipline tarifaire, c'est le tarif de cette seconde discipline qui s'applique dès le jour du transfert ;
- ⇒ **si le transfert a lieu dans un autre établissement**, le tarif de prestations de l'établissement d'accueil s'applique dès le jour du transfert.