

## FAQ relative à l'entrée en vigueur de la réforme des Tarifs nationaux journaliers de prestation (TNJP)

Mise à jour du 21 01 2021

Cette FAQ a pour objet de clarifier les conditions et les modalités de mise en œuvre de la réforme des TNJP. Cette réforme prévoit la mise en place de tarifs nationaux journaliers des prestations et classant les établissements en différents groupes dans le cas du MCO. Elle prévoit en outre une période de transition de quatre ans.

Textes de référence :

- Décret n°2021-1855 du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés
- Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code
- Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code

### 1. Conditions de mise en œuvre et règles relatives à la transition

- 1. Dans les simulations qui ont été adressées aux établissements, je ne retrouve pas le même montant servant de base de calcul dans les recettes 2019 (colonne H du tableau) et mes recettes issues du compte financier.**

Dans le cadre des simulations, les montants du RAC ont été reconstitués sur la base de l'activité déclarée dans le VIDHOSP en tenant compte du type de séjour, de la durée de séjour, du taux de prise en charge et du tarif journalier de prestation en vigueur dans l'établissement. En cas d'écart constaté, deux éléments d'explications sont envisageables :

- Une valorisation dans le cadre des simulations qui tient compte de la nature du séjour et non du lieu d'hébergement réel du patient **pour les établissements dont la facturation est fonction du lieu d'hébergement**
- Des tarifs journaliers de prestation non mis à jour dans le VIDHOSP qui engendrent cet écart

### 2. Comment a été calculé le coefficient de transition ?

Le coefficient de transition a été introduit afin de tenir compte des conséquences sur leurs recettes pour les établissements de l'application d'une tarification nationale journalière des prestations. La période de transition et de gestion des effets revenus a été allongée de trois à quatre ans au plus tard le 31 décembre 2025 pour le champ MCO et psychiatrie.

Le calcul du coefficient de transition a été réalisé par l'ATIH en reconstituant un montant de TM à partir du groupe des journées PMSI, ces journées PMSI ont d'une part été valorisé au TJP 2019 déclarés par chaque établissement dans le PMSI et d'autre part aux TNJP théorique 2019. Ainsi le coefficient de transition initial a été calculé en faisant le rapport entre, au numérateur, les recettes de ticket modérateur reconstituées à partir du groupage des journées PMSI et le tarif TJP déclaré dans le PMSI

et, au dénominateur, les recettes théoriques issues des journées PMSI et des TNJP théoriques. Les simulations ne tiennent pas compte de la facturation des convention internationales et 100% payant et portent sur le seul périmètre des facturation des patients pris en charge par l'Assurance maladie.

Un coefficient de transition supérieur à 1 indique que les TJP de l'établissement vont diminuer (établissement perdant) et inversement pour les coefficients de transition inférieur à 1 (établissement gagnant). Les ARS doivent notifier à chaque établissement leurs tarifs après application du coefficient de transition.

Chaque année les tarifs journaliers de prestation appliqués à un établissement résultent du produit entre le tarif national journalier de prestations et le coefficient de transition de l'année en cours. Le tarif national journalier de prestations tient compte chaque année du taux ONDAM.

Pour le tarif 2022 ont été appliqué d'une part le taux d'évolution (lié à la suppression de la facturation du TM SMUR) de 4,42% et d'autre part les taux ONDAM 2020 et 20201 (respectivement 2,6% et 2,06%).

Le coefficient de transition est appliqué chaque année pour atteindre 1 au 1er janvier 2026 de façon linéaire. Les groupes d'appartenance sont figés le temps de la période de transition. Ce n'est qu'à l'issue de la période de transition qu'un établissement pourrait être amené à changer de groupe si son niveau de recettes de Titre 1 le justifie.

#### Exemple de calcul de coefficient de transition :

|  | montant RAC avant réforme | montant RAC après réforme | Effet revenu | Coefficient transition calculé | Coefficient transition 2022 | Coefficient transition 2023 | Coefficient transition 2024 | Coefficient transition 2025 | Coefficient transition 2026 |
|--|---------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Etablissement 1  | 863 392 792               | 858 236 577               | -5 156 215   | 1,006                          | 1,005                       | 1,004                       | 1,002                       | 1,001                       | 1,000                       |
| Ecart en % du coefficient de transition annuel                 |                           |                           |              |                                | -0,12%                      | -0,12%                      | -0,12%                      | -0,12%                      | -0,12%                      |
| Ecart en % entre le coefficient de transition initial et final |                           |                           |              |                                |                             |                             |                             |                             | -0,60%                      |

|  | 339 407 519 | 343 153 552 | 3 746 033 | 0,989 | 0,991 | 0,993 | 0,996 | 0,998 | 1,000 |
|--|-------------|-------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Etablissement 2  |             |             |           |       |       |       |       |       |       |
| Ecart en % du coefficient de transition annuel                 |             |             |           |       | 0,22% | 0,22% | 0,22% | 0,22% | 0,22% |
| Ecart en % entre le coefficient de transition initial et final |             |             |           |       |       |       |       |       | 1,10% |

#### Exemple de calcul de tarif 2022

Calcul tarif 04 Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques ambu

|                 | TNJP théorique | Appli taux 4,42% | ONDAM 2020 (2,6%) | ONDAM 2021 (2,06%) | Tarifs 2022 | Appli coeff transition 2022 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------------|--------------------|-------------|-----------------------------|
| Etablissement 1 | 947            | 989,25           | 1014,97           | 1035,88            | 1035,88     | 1040,85                     |
| Etablissement 2 | 947            | 989,25           | 1014,97           | 1035,88            | 1035,88     | 1026,83                     |

## 2. Règles relatives à la facturation des TNJP

### 1. Dans quel cas le tarif nouveau-né doit-il être facturé ?

Ce tarif est applicable uniquement dans les unités de néonatalogie et les unités kangourou.

### 2. Quelle distinction entre spécialités coûteuses et spécialités très coûteuses ?

Il n'existe pas de source juridique fixant la liste exhaustive des types d'hospitalisations relevant des spécialités coûteuses ou très coûteuses.

La DGOS apporte néanmoins la précision suivante : les spécialités coûteuses correspondent à :

- Unités de soins intensifs pédiatriques / adultes
- Unités de surveillance continue pédiatriques / adultes

Les spécialités très coûteuses correspondent à :

- Unités de réanimation adultes / enfants
- Unités de réanimation grands brûlés

Cette liste n'est pas exclusive d'autres types de prise en charge relevant des spécialités coûteuses ou très coûteuses.

### **3. La grille des nouveaux tarifs fait apparaître un tarif de la réserve hospitalière sans montant affecté. Comment gérer ce nouveau tarif ?**

Ce tarif n'a pas fait l'objet de discussions pour le moment et ne dispose pas de tarif. Dans l'attente d'arbitrages concernant ce nouveau tarif, la préconisation est d'attribuer un tarif HDJ taux plein dès lors qu'il y a l'administration de médicaments de la réserve hospitalière sur un séjour ambulatoire en lien avec l'instruction de la gradation des soins ambulatoires.

### **4. A quel tarif sont facturés les conventions internationales ?**

Les conventions internationales sont facturées sur la base du TNJP.

### **5. A quel tarif sont facturés les patients étrangers 100% payant ?**

Pour les patients 100% non assurés sociaux, non AME ou SU ou non couverts par une convention internationale la règle est la suivante :

- Soins non programmés (urgences) : facturation sur la base du TNJP
- Soins programmés : tarification libre

### **6. La DMT 256 concerne-t-elle aussi les séances de chimiothérapie non tumorale ?**

La DMT 256 s'applique à tout type de séance de chimiothérapie.

### **7. Le ticket modérateur doit-il se facturer sur l'UF médicale de prise en charge ou sur l'UF d'hébergement du patient (exemple d'un patient de médecine hébergé en chirurgie faute de place) ?**

Le ticket modérateur est calculé sur l'UF d'hébergement du patient.

### **8. Dans le cas d'une sous-traitance des actes de biologie ou d'imagerie à un laboratoire privé, ce dernier m'indique qu'il va me facturer les nouveaux forfaits (SUB, SB2, SB3, SIM, SIC). A-t-il le droit de m'imposer ces tarifs ?**

Seuls les établissements disposant d'un service d'urgences autorisé sont tenus de facturer ces tarifs. Le laboratoire n'est pas tenu de facturer ces analyses sur la base de ces tarifs : il ne peut se prévaloir des nouvelles règles de facturation pour l'imposer à l'établissement prescripteur. La modification des règles de facturation doit se faire uniquement dans le cadre des dispositions prévues dans la convention liant l'établissement prescripteur et le laboratoire ou centre d'imagerie effecteur.

## 9. Pour la psychiatrie, comment est définie la notion de sectorisation ?

Les établissements ont été classés en trois catégories selon leur degré de sectorisation :

- Non sectorisé: moins de 5% des séquences avec variable secteur
- En partie: entre 5 et 95% des séquences avec variable secteur
- Entièrement : plus de 95% des séquences avec variable secteur