



# QUIZZ T2A

**Utilisez ce quiz pour tester vos connaissances sur les différentes modalités de la réforme !**

## LES 20 QUESTIONS

1. Quelle est la finalité de la réforme de la tarification à l'activité ?
2. Quelle est la relation entre GHM et GHS ?
3. Quelle est la relation entre MERRI et enveloppe MIGAC ?
4. Quels établissements peuvent bénéficier des MERRI et des MIGAC ?
5. Que signifie le terme DAC et à quel principe renvoie t-il ?
6. Quel est le processus de montée en charge de la réforme dans le secteur antérieurement sous OQN ?
7. Quelles sont les pénalités prévues en cas de non respect du contrat de bon usage ?
8. Que signifie le terme OMEDIT et à quels objectifs de santé publique et de régulation économique renvoie t'il ?
9. Quelles sont les justifications des listes de produits de santé facturables en sus des prestations d'hospitalisation ?
10. Sur quelle base les tarifs des établissements antérieurement sous DG sont-ils définis ?
11. Comment sont calibrées les différentes Missions d'intérêt général ?
12. Quelles sont les différentes activités qui donnent lieu à la facturation de suppléments journaliers, en sus des GHS ?
13. Comment sont pris en charge les séjours particulièrement courts ou particulièrement longs ?
14. Comment l'urgence est-elle valorisée avec la T2A ?
15. Quels sont les effets et risques soulignés par la littérature et les expériences étrangères ?
16. En quoi la réforme de la T2A encourage l'innovation thérapeutique ?
17. Quelles sont les procédures de contrôle externe de l'application du modèle sur le terrain ?
18. Comment l'Hospitalisation à domicile est traitée dans le modèle T2A ?
19. Quid de la T2A en SSR ?
20. Quid de la T2A en Psychiatrie ?



# QUIZZ T2A



## Propositions de réponse aux questions

1. Quelle est la finalité de la réforme de la tarification à l'activité ?

*La réforme de la tarification à l'activité a pour finalité essentielle de lier le financement des établissements de santé à l'activité réellement produite.*

*Auparavant, les établissements publics et les établissements PSPH (privés participant au service public hospitalier) recevaient une dotation globale annuelle (DG) sensée couvrir l'ensemble de leurs coûts et reconduite d'année en année modulée simplement du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement. La situation financière des hôpitaux s'est retrouvée figée année après année, pénalisant les hôpitaux dont la gestion était efficace et donnant une rente de situation aux hôpitaux ayant bénéficié auparavant du système inflationniste du prix de journée.*

*Pour ce qui est des établissements privés lucratifs (les « cliniques privées »), le financement se faisait déjà en fonction de l'activité mais sans base tarifaire nationale ce qui conduisait à une autre forme d'inéquité, chaque établissement ayant à négocier ses tarifs avec sa caisse de rattachement. Les forfaits de prestations étaient encadrés par un Objectif Quantifié National (OQN) assurant une régulation de type « prix/volumes ».*

*Les objectifs principaux sont donc les suivants :*

- harmoniser les différents modes de financement existants, en premier lieu dans l'activité de court séjour (MCO) tout en respectant les spécificités de chaque secteur*
- donner plus de lisibilité à l'ensemble des acteurs*
- rendre possible un pilotage plus efficace par une meilleure connaissance des coûts (comptabilité analytique renforcée) et par une médicalisation des financements (via des financements reliés au PMSI)*

2. Quelle est la relation entre GHM et GHS ?

*Le GHM (pour Groupe Homogène de Malade) est issu du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations) qui groupe chaque séjour hospitalier dans un ensemble défini comme homogène en termes de contenu médical et de mobilisation de ressources. Ce groupage s'effectue à l'aide d'informations administratives (sexe, âge, durée de séjour...) et de données médicales (diagnostics, actes réalisés, comorbidités...).*

*Le GHS (pour Groupe Homogène de Séjour) constitue le pendant tarifaire du GHM. Il correspond à un tarif tout compris pour les établissements antérieurement sous DG et à un tarif hors honoraires pour les établissements antérieurement sous OQN.*

*A chaque GHM correspond donc un GHS (ou plusieurs pour quelques exceptions) que les établissements de santé MCO sont autorisés à facturer en remboursement des prestations d'hospitalisation mobilisées lors du séjour du patient (ce système ne couvre pas les prestations délivrées aux malades pris en charge en externe : passages aux urgences, actes et consultations externes...).*

### 3. Quelle est la relation entre MERRI et enveloppe MIGAC ?

*Les MERRI (pour Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) constituent un sous-ensemble de l'enveloppe MIGAC (pour Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Cette enveloppe, attribuée aux CHU et aux CLCC, ainsi qu'à certains établissements participant aux missions universitaires, est composée d'un socle fixe forfaitaire (modulé selon la catégorie d'établissements : 3 catégories sont ainsi définies actuellement pour les CHU) et d'une part variable, couvrant des missions bien spécifiées comme les centres d'investigations clinique, les centres de référence pour maladie rare, etc.*

### 4. Quels établissements peuvent bénéficier des MERRI et des MIGAC ?

*Le socle fixe des MERRI est alloué aux établissements universitaires ou associés aux missions universitaires : CHU, CLCC et une trentaine d'établissements ayant une convention avec l'Université. Ce socle est calculé au niveau national mais est ensuite intégré dans la dotation MIGAC de l'établissement.*

*Les autres MIG font l'objet d'allocations aux établissements assurant les missions prévues dans l'Arrêté du 12 avril 2005 (modifiés ensuite par les Arrêtés du 5 mars 2006 puis du 9 octobre 2006), sur la base du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH, selon les principes généraux suivants :*

- tous les établissements soumis à la T2A ont vocation à obtenir des dotations MIGAC, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés, quelle que soit la taille de ces structures.*
- si la liste officielle des MIGAC constitue une référence, elle n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative. Ce n'est pas à l'établissement de « décider » qu'il assure une mission d'intérêt général, mais celle-ci doit être reconnue par l'ARH dans le cadre du contrat.*
- la dotation MIGAC n'est pas sanctuarisée : elle peut être utilisée comme outil de redéploiement inter et intra-établissements.*

### 5. Que signifie le terme DAC et à quel principe renvoie t-il ?

*Le terme DAC signifie Dotation Annuelle Complémentaire. L'existence de cette enveloppe est directement liée au processus de montée en charge de la T2A dans le secteur antérieurement sous DG. En effet, jusqu'en 2012, les établissements de ce champ bénéficieront de cette dotation en complément de la valorisation de leurs données d'activité (valorisation effectuée à un taux de 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006 et 50% pour l'exercice budgétaire 2007). Cette dotation diminuera d'année en année jusqu'à disparaître au terme du schéma transitoire.*

6. Quel est le processus de montée en charge de la réforme dans le secteur antérieurement sous OQN ?

*En 2004, les données de facturation de l'année 2002 (collectées par la CNAM) ont permis de déterminer le chiffre d'affaires (CA) effectif pour chaque établissement concerné. Chaque « facture » a alors été convertie selon les règles de financement de la T2A (GHS, suppléments, séances...) de manière à mesurer l'impact immédiat du passage d'un système de tarification à l'autre. Le rapport entre le CA effectif et ce CA « simulé » a alors généré un coefficient dit de transition, coefficient qui fut alors appliqué à chaque établissement en 2005 lors du passage effectif en T2A ; ce coefficient sera ramené à 1 (c'est à dire neutralisé) au terme de la période transitoire, définie par les textes actuels à l'année 2012.*

7. Quelles sont les pénalités prévues en cas de non respect du contrat de bon usage ?

*L'activité de prescription et d'administration de médicaments ou de pose de dispositifs médicaux est encadrée par un contrat dit « de bon usage » entre le représentant légal de l'établissement, l'ARH et l'Assurance maladie. Ce contrat stipule notamment les engagements à respecter en termes de suivi des prescriptions et d'application des référentiels de bonne pratique, lorsqu'ils existent. Un rapport annuel permet de mesurer les éventuels manquements au regard de ces engagements. Le Directeur de l'ARH a alors la possibilité de moduler le taux de remboursement effectif des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux facturables en sus des GHS, dans une fourchette comprise entre 70 et 100% du tarif de responsabilité. La pénalité peut donc atteindre 30% de ce montant.*

8. Que signifie le terme OMEDIT et à quels objectifs de santé publique et de régulation économique renvoie-t-il ?

*Un contrat de bon usage (conclu entre chaque établissement de santé, l'agence régionale de l'hospitalisation dont il dépend et l'assurance maladie) vise à garantir l'utilisation à bon escient des médicaments et des dispositifs médicaux. Pour faciliter la mise en œuvre de ce contrat, un observatoire régional ou inter-régional des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) est constitué auprès de chaque agence régionale de l'hospitalisation. Ces observatoires ont deux missions :*

- *l'observation, le suivi et l'analyse des pratiques de prescription des médicaments et des dispositifs médicaux ;*
- *une mission d'expertise et d'appui aux ARH.*

*La remontée des informations des établissements de santé concerne deux types de données :*

- *des données quantitatives pour tous les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus*
- *des données qualitatives portant sur un nombre limité de produits dits « traceurs ».*

*Ces données sont analysées et validées par l'OMEDIT au niveau régional. Elles seront consultées et analysées au niveau national par les membres du comité de pilotage pluri institutionnel.*

*Les OMEDITs devront donc constituer une base de données qualitatives et quantitatives permettant pour les médicaments et dispositifs médicaux ciblés d'analyser les données individuelles de prescription au regard des données cliniques. Ces informations permettront de :*

- *mieux connaître les modalités d'utilisation des médicaments en situation réelle;*
- *appréhender le taux de conformité des prescriptions aux engagements pris dans le contrat de bon usage signé par les établissements ;*
- *s'interroger sur la justification des écarts éventuels et, le cas échéant, faire évoluer les référentiels nationaux;*
- *connaître le nombre de malades traités par indication et les modalités de traitement;*
- *confronter ces informations aux données épidémiologiques;*
- *décrire et quantifier la pénétration des innovations;*
- *déterminer les coûts de traitement par pathologie et par indication et suivre leur évolution;*
- *connaître l'impact des mesures prises au niveau national, régional ou local en matière d'usage du médicament et des DM.*

9. Quelles sont les justifications des listes de produits de santé facturables en sus des prestations d'hospitalisation ?

*Certains médicaments onéreux (MO), notamment les traitements de chimiothérapie anticancéreuse, et certains dispositifs médicaux (DM) perturbent dans de fortes proportions l'homogénéité de la distribution des coûts au sein des GHS lorsqu'ils sont prescrits et administrés (ou posés) durant le séjour. Ils génèrent en effet un fort écart par rapport à une estimation moyenne de l'ensemble des coûts du séjour. Cette contrainte a conduit à la création de listes autorisant une facturation en sus du GHS. L'entrée et la sortie de produits de ces listes (une liste commune aux 2 secteurs pour ce qui concerne les MO et 2 listes en voie de convergence pour ce qui concerne les DM) sont régulièrement étudiées car elles constituent un vecteur de diffusion des traitements innovants. En effet, un nouveau traitement coûteux qui n'est utilisé au départ que par quelques établissements sera accessible via la liste et n'engendrera donc aucune modification de tarif de GHS. A l'opposé, les traitements inscrits sur liste dont l'usage est devenu « courant » sont réintégrés dans les GHS correspondants, qui sont alors réévalués en conséquence. L'inscription ou la radiation d'un produit sur une liste sont de la responsabilité directe du Ministre qui procède par voie d'Arrêté.*

10. Sur quelle base les tarifs des établissements antérieurement sous DG sont-ils définis ?

*D'une part, à partir de l'enveloppe MCO, une enveloppe dite « activité » est obtenue par soustraction des dépenses « MO et DMI en sus », « Forfaits annuels » et « MIGAC ». Pour aboutir à la base correspondant aux GHS sont ensuite soustraits les montants liés aux actes externes et aux activités financées à 100% en DAC. Sont enfin déduits les montants dédiés aux séances en sus (dialyse, radiothérapie) et suppléments journaliers (Réanimation, Soins intensifs, Surveillance continue, Néonatalogie...) afin d'obtenir la Base « Tarifs » des GHS et EXH (suppléments journaliers pour séjours particulièrement longs au-delà d'une borne de durée de séjour définie par GHM).*

*D'autre part, une Etude Nationale de Coûts (ENC) fournit un montant de « charges » moyennes pour chacun des GHM de la classification, par observation des coûts par séjour dans une cinquantaine d'établissements (une fois déduits par séjour les coûts liés aux autres modalités du modèle : médicaments et DM en sus, suppléments de réanimation, etc.).*

*En appliquant ces coûts moyens par GHM au nombre de séjours annuels pour chaque GHM, on obtient la valorisation du case-mix national. Ce dernier mis en comparaison avec la Base « Tarifs » (ce dont on dispose en enveloppe financière) permet de définir ce que l'on appelle le facteur de passage entre coûts et tarifs.*

*Chaque GHS se voit ainsi doté d'un tarif « éclairé » par les coûts, tarif qui peut ensuite être modifié pour répondre à des contraintes particulières (par exemple, incitations pour accompagner des plans de santé publique, etc.).*



## 11. Comment sont calibrées les différentes Missions d'intérêt général ?

*A chaque fin de premier semestre, les établissements sont invités à remonter aux ARH les retraitements comptables permettant (entre autres objectifs) d'identifier les MIG qu'ils développent et de déclarer les montants correspondants. Ces données sont soumises à validation des ARH puis sont remontées au niveau de l'administration centrale. Ces données ont permis début 2005 de calibrer une enveloppe globale nationale pour l'ensemble de ces missions. Après retraitement et analyse, cette enveloppe a été ventilée par ARH puis, au sein de chaque région, des montants ont été affectés aux établissements retenus.*

*La liste initiale des MIG a été déterminée en 2003/2004 via une vaste enquête menée auprès des établissements. Cette liste est mise à jour régulièrement par voie d'Arrêté. Les montants initialement calculés en 2005 ont été revalorisés en 2006 avec notamment l'attribution de mesures nouvelles prévues dans les plans de santé publique (plan Cancer, plan Urgences...).*

*Enfin, des enquêtes ciblées peuvent être conduites afin de faire un zoom sur une mission bien particulière (exemples 2006 : les CDAG, l'éducation thérapeutique) et de proposer des modalités de calcul « standard » des montants alloués.*

## 12. Quelles sont les différentes activités qui donnent lieu à la facturation de suppléments journaliers, en sus des GHS ?

*Six suppléments sont facturables pour chaque journée de présence dans les unités de : réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale.*

*Ces suppléments sont ouverts sur la base de l'autorisation ou de la reconnaissance de la structure d'accueil par l'ARH.*

## 13. Comment sont pris en charge les séjours particulièrement courts ou particulièrement longs ?

*Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse affectée au GHS, l'établissement doit appliquer un coefficient de minoration au tarif de 50%.*

*Si la durée du séjour est supérieure à la borne haute du GHS, l'établissement facturera, en plus du tarif, chacune des journées au-delà de la borne haute au prix moyen de la journée (montant du GHS divisé par la DMS, durée moyenne de séjour) affecté d'un coefficient de 75%. Ce supplément journalier est nommé EXH (pour extrême haut).*

#### 14. Comment l'urgence est-elle valorisée avec la T2A ?

*L'Urgence est l'activité qui mêle avantageusement les différentes possibilités que permet un modèle mixte de financement:*

- *Allocation annuelle (le FAU) : versement d'un forfait visant à couvrir une partie des charges fixes (personnel, équipement) et évalué en fonction de l'activité des années précédentes. Il s'agit d'un forfait de base auxquelles s'ajoutent des tranches supplémentaires en tant que de besoin (au vu du nombre de passages effectif)*
- *Allocation pour chaque passage aux urgences (l'ATU) : un versement à un prix national et à une valeur unique quelle que soit la prise en charge (mais hors re-convocations) et non cumulable avec la facturation d'un GHS (non facturation des passages suivis d'une hospitalisation dans l'établissement et dans le champ MCO). Ce financement est complété par la facturation des consultations et des actes externes.*

*A noter l'existence d'un financement spécifique dans les ZSTCD (zones de surveillance de très courte durée) : GHS de la CM 24, quelle que soit la durée de séjour (sauf si le séjour se poursuit dans un service d'hospitalisation).*

#### 15. Quels sont les effets et risques soulignés par la littérature et les expériences étrangères ?

*Sur l'accès aux soins :*

- *sélection explicite de patients*
- *spécialisation des établissements*
- *réduction des files d'attente*

*Sur le soin :*

- *diminution de la DMS (dont augmentation des réadmissions)*
- *développement de l'ambulatoire, de l'hospitalisation de jour et globalement des alternatives à l'hospitalisation*
- *ré-allocation des ressources en interne*
- *« sur-fourniture » de soins aux patients légers ou « sous-fourniture » de soins aux patients lourds*
- *en fonction des modalités parallèles mises en place : encouragement ou frein à la diffusion des innovations techniques ou de prise en charge*



## 16. En quoi la réforme de la T2A encourage l'innovation thérapeutique ?

*Plusieurs modalités du nouveau modèle d'allocation de ressources facilitent la prise en compte de l'innovation :*

- *Tout d'abord, le principe même des GHS : le dispositif permet en effet d'intégrer une prise en charge innovante par la création d'un ou de plusieurs GHM (et donc d'un ou plusieurs nouveaux tarifs de GHS) dans la classification*
- *En marge des GHS, certains médicaments onéreux (notamment les traitements de chimiothérapie) et certains dispositifs médicaux sont facturables en sus (sur listes arrêtées par le Ministre après recommandation du Conseil de l'Hospitalisation, moyennant le respect d'un Contrat de bon usage). En effet, ces traitements sont identifiés comme sources de fortes perturbations en matière de distribution des coûts des GHS et génèrent (par leur simple administration ou pose durant le séjour) un fort écart par rapport à une estimation moyenne de l'ensemble des coûts du séjour. Cette modalité permet une meilleure accessibilité à un nouveau traitement qui n'est utilisé au départ que par quelques établissements. A l'opposé, les traitements inscrits sur liste dont l'usage est devenu " courant " sont sortis de la liste et réintégrés dans les GHS correspondants, qui sont alors réévalués en conséquence. Cette modalité est donc un facilitateur de diffusion de l'innovation et garantit aux patients un égal accès aux soins et aux technologies médicales innovantes.*
- *Les MERRI (pour Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) constituent un sous-ensemble de l'enveloppe MIGAC (pour Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Cette enveloppe a vocation à permettre d'assurer en grande partie le financement des innovations.*
- *Au sein des autres MIG, il peut être prévu la prise en charge de certains dispositifs en attente d'inscription à la LPPR (comme les implants cochléaires et les cœurs artificiels) ; il est également prévu le financement des médicaments sous ATU (Autorisation Temporaire d'Usage, médicaments uniquement délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé )*

17. Quelles sont les procédures de contrôle externe de l'application du modèle sur le terrain ?

*Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Elle se base sur les informations transmises par l'établissement dans le cadre de ses obligations d'information de la tutelle. L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent.*

*A l'issue du contrôle, les personnes chargées du contrôle communiquent à l'établissement de santé un rapport mentionnant notamment les résultats du contrôle. A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination régionale le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.*

*Au vu de ces éléments, l'unité de coordination régionale peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, les caisses qui ont supporté l'indu transmettent à l'unité de coordination, dans un délai d'un mois à compter de sa demande, un état des sommes payées au titre des factures contrôlées et des sommes dues. La sanction envisagée et les motifs le justifiant sont notifiés à l'établissement par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations. Au terme de ce délai, la commission exécutive prononce la sanction, la notifie à l'établissement par tout moyen permettant de déterminer la date de réception et lui indique le délai et les modalités de paiement des sommes en cause. Le montant de la sanction est comptabilisé par la caisse. Elle recouvre ce montant dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale.*

## 18. Comment l'Hospitalisation à domicile est traitée dans le modèle T2A ?

### *Rappel des types de soins délivrés en HAD :*

- *des soins ponctuels, i.e. des soins techniques et complexes chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée.*
- *des soins continus associant, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes avec des soins de nursing et de maintien. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.*
- *la réadaptation au domicile destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie.*

*Le modèle appliqué à l'HAD se base sur le principe du « tarif tout compris » qui vise à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure d'HAD pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus.*

*A ce jour, le périmètre est différent selon le secteur, avec :*

- *une inclusion des charges médicales dans les GHT du secteur public et PSPH*
- *une exclusion des charges médicales dans les GHT du secteur privé lucratif*

*Une exclusion du calcul des tarifs est de rigueur dans les 2 secteurs pour ce qui est du recours à des médecins libéraux spécialistes (radiologues compris).*

*Depuis le 1er janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) sont amenées à mettre en œuvre un recueil d'informations médicalisées systématique, sous la forme de résumés par sous-séquences (RPSS). Chaque sous-séquence de soins est définie par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) qui consiste en une combinaison de 3 éléments :*

- *un mode de prise en charge principal (MP)*
- *un mode de prise en charge associé (MA)*
- *un indice de Karnofsky (IK) : mesure de la dépendance*

*Aux fins de tarification est associé à chaque GHPC un indice de pondération destiné à tenir compte de la durée de prise en charge, selon un schéma de dégressivité au cours de chaque séquence de soins.*

*Le tarif du GHT est ensuite obtenu par la combinaison du GHPC et de l'indice de pondération.*

## 19. Quid de la T2A en SSR ?

*La spécificité en Soins de suite et de réadaptation est la très forte dispersion des établissements dans leur nature, avec des activités allant de la prise en charge des diabétiques à celle des tétraplégiques. Des réflexions s'engagent sur la construction d'un modèle en plusieurs étapes, intégrant dès le départ une réflexion pour une amélioration importante de la classification du PMSI SSR et de l'Etude nationale des Coûts. Afin de répondre aux demandes d'une évolution rapide des règles d'allocation des ressources pour ce secteur, l'objectif est de tenter une expérimentation en 2007 pour une première étape qui pourrait intervenir en 2008. Cette expérimentation, rendue possible par la LFSS 2007, pourrait reposer sur des territoires et des établissements volontaires.*

## 20. Quid de la T2A en Psychiatrie ?

*Les grands axes de réflexion en cours sont distincts de ceux du modèle MCO, du fait principalement de la sectorisation.*

*Quatre compartiments constitutifs de ce modèle de Valorisation des Activités en Psychiatrie (VAP) sont actuellement à l'étude :*

- *Un compartiment de type coût par activité sera fondé sur un recueil d'information médicalisée spécifique à la psychiatrie, le RIM-P. Le RIM-P est aujourd'hui en cours de déploiement auprès des établissements. L'objectif est qu'en 2007 tous les établissements aient commencé le recueil médicalisé et que les données soient suffisamment étoffées pour permettre une première exploitation.*
- *Un compartiment d'identification des Missions d'Intérêt Général, dont certaines seront certainement spécifiques aux activités de psychiatrie*
- *Un compartiment pour tenir compte, si nécessaire, des médicaments onéreux ;*
- *Un compartiment dit « géo populationnel » et prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques, sur le plan régional, territorial et sectoriel.*

*Si la généralisation du RIM-P est indispensable dans des délais courts, en prenant particulièrement en compte les besoins d'accompagnement des établissements, la construction du modèle VAP sera progressive. Il conviendra en effet de construire, à partir des informations du RIM-P, les éléments d'une valorisation des activités équitable et exhaustive.*