

Les éléments signalés **en jaune** sont les informations nouvelles issues de la réunion **du CT MCO du 27/01**

## 1. La DGOS présente aux fédérations les principaux éléments de la campagne 2013, sur lesquels reposera la construction de la campagne tarifaire et budgétaire suivante :

**Sur le secteur ex-DG**, l'année 2013 sera marquée par une sur-exécution de l'ONDAM comprise en **+289 et +337** millions d'€. Ce dépassement se décompose de la façon suivante :

- **+247 à 250** millions d'€ au titre des molécules onéreuses et DMI facturés en sus des GHS
- **+ 48 à 92** millions d'€ au titre des GHS et suppléments (part tarif)
- - 5 millions d'€ (sous exécution) sur l'enveloppe dédiée au financement des forfaits annuels

Le volume économique de l'activité pour le secteur ex DG sera compris entre **+2,5%** et 2,6% par rapport à 2012, après rebasage, ajustement du champ tarifaire, et libération du coefficient prudentiel et des mises en réserve.

**Sur le secteur ex-OQN**, les prévisions de la Cnamts laissent entrevoir une sous-exécution d'environ 137 millions d'€. Elle se répartie de la façon suivante :

- + 18 millions d'€ au titre des molécules onéreuses et DMI facturés en sus des GHS
- - 147 millions d'€ au titre des GHS et suppléments
- - 8 millions d'€ au titre des forfaits annuels

Pour ce secteur OQN (SSR et santé mentale) la DGOS annonce une sur-exécution d'environ 11 millions d'€.

Part ODMCO et enveloppes ouvertes (OQN SSR et Psy) => la DGOS indique une sur exécution comprise entre **163 et 211** millions d'euros.

Sur la DAF, les mises en réserve de 185 millions d'euros faites en début d'année n'ont pas été allouées aux établissements concernés (pas de dégel pour ce secteur sous DAF), en 2013. De même, les provisions retenues sur le FMESPP et le FIR n'ont pas été déléguées en 2013. Les AC transférées dans le FIR qui par ailleurs est devenu un sous objectif indépendant de l'ONDAM rendre difficile les transferts d'enveloppe et les opérations de dégel.

Globalement, la DGOS indique aux Fédérations hospitalières que le dépassement de l'ONDAM hospitalier 2013 serait compris entre +132 à +152 millions d'€, et **intégralement « couvert » par les mises en réserves effectuées en début de campagne, ce qui signifie qu'en termes de régulation une solution mixte est envisagée par la DGOS (prix/volume et rebasage en campagne 2014)**. La DGOS a donc souligné l'efficacité des mécanismes de régulation mise en œuvre qui ont permis d'atteinte ce respect de l'objectif.

**La DGOS rappelle que la provision de 415 millions d'€ se répartissait ainsi en 2013 :**

- 115 millions d'€ sur l'ODMCO
- 185 millions d'€ sur la DAF
- 40 millions d'€ au titre du FMESPP
- 75 millions d'€ sur le FIR

Pour 2014, et compte tenu de ces éléments, la DGOS s'interroge sur l'opportunité de fixer une régulation prix-volume différenciée entre les deux secteurs d'activité (ex-DG et ex-OQN). Elle rappelle par ailleurs que la création du FIR, et les précédents transferts des MIGAC vers cette enveloppe, limitent considérablement les éventuels rebasages des tarifs qui pourraient être réalisés en redéployant une partie de la dotation MIGAC vers l'enveloppe tarifaire.

**L'ONDAM hospitalier 2014 est fixé à +2,29% (soit 75,224 milliards d'euros), soit 1,681 milliard d'euros supplémentaires** par rapport à 2013, et un **effort d'économies de 577 millions d'euros. L'évolution globale de l'ODMCO et des MIGAC sera de +2,64%**, alors que les autres enveloppes augmenteront de +1,28%. A noter **300 millions d'euros d'économies au titre du renforcement de l'efficacité, 139 millions d'euros au titre de la gestion du risque et qualité de prise en charges et enfin 138 millions d'euros au titre des produits de santé.**

**Concernant le CICE (réduction d'impôt issue du pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi)**, la mesure appliquée en 2013 sur les tarifs du secteur ex-OQN sera poursuivie en 2014. Elle représente une diminution de 0,49% des tarifs environ, soit 37 millions d'euros. Elle représentait 20 millions en 2013 (1/8 ème de la mesure). Cette année elle représente 2/8 ème soit 37 millions d'euros. Les compensations effectuées en 2013 pour le secteur privé non lucratif qui bénéficie des tarifs du secteur antérieurement sous OQN seront-elles aussi reconduites, pour ne pas pénaliser les établissements concernés. La FEHAP a demandé pour 2014 une application différente du dispositif à savoir que les tarifs des PNL financés sur l'échelle privée des tarifs ne soient pas impactés par la baisse tarifaire ce qui évite la gestion de la compensation en AC en fin d'année.

**S'agissant de la construction en volume 2014**, la DGOS indique qu'elle reconduira les mêmes hypothèses qu'en campagne 2013 (2,8 % en 2013 pour mémoire). Les hypothèses de volume seront identiques pour le secteur ex DG et ex OQN. Concernant le coefficient prudentiel la DGOS propose d'appliquer le même montant que l'an passé (0,35 % pour le secteur ex DG et pour les ex OQN).

## **2. L'ATIH présente l'actualisation de l'étude coûts-tarifs**

L'étude comparative entre les tarifs issus des coûts et les tarifs publiés a été mise à jour par l'ATIH au regard du case mix 2012 et des derniers résultats de l'ENC MCO.

Les fichiers seront bientôt disponibles sur le site de l'ATIH, elle a été réalisée avec les tarifs 2013 avec la classification V 11 e (sur activité 2012) et avec les échelles de couts 2009, 2010 et 2001. 98 % des séjours sont couverts par l'étude. Cette année l'étude a intégré les mises à jour des CMA ce qui impacte les résultats (le GHM a gardé le même numéro mais son contenu est bien différent).

L'agence précise que les comparaisons GHM par GHM, avec les résultats des études précédentes, doivent être analysées en intégrant l'évolution du contenu de chaque GHM (et notamment l'actualisation de la liste des CMA).

**Globalement, l'étude indique que les tarifs de 7,5 % des GHS du secteur ex-DG sont « extrêmes », soit 8 % des séjours et 4 % de l'enveloppe tarifaire. Sur le secteur ex-OQN, 11% des GHS sont « extrêmes », c'est-à-dire sur ou sous-financés de façon très significative, par rapport aux tarifs issus des coûts estimés.**

### 3. Evolution de la classification pour 2014

En 2014, 2 racines de GHM sont créées et 3 sont supprimées (cf diaporama du 27 janvier dès réception DGOS). Par ailleurs, certains codes de la CIM 10 vont être ajustés, en cohérence notamment avec les travaux sur la précarité. Enfin, le guide méthodologique et le recueil PMSI seront mis à jour.

### 4. Evolution de l'arrêté prestation

Dans le cadre de la campagne tarifaire pour 2014, l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification des prestations d'hospitalisation, support de financement des activités de médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO), nécessite d'être modifié compte tenu d'évolutions relatives aux règles de facturation de séjours.

Les différentes modifications apportées par ce projet portent sur les points suivants :

**Article 1<sup>er</sup> :** précision juridique du 3<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> relatif à la catégorie de prestations mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale en visant les unités de dialyse médicalisées visées par la liste mentionnée par ces dispositions.

A été ajoutée la dialyse en unité de dialyse médicalisée.

**Article 2 :** modifications de l'article 7 relatif aux modalités de facturation des forfaits et suppléments.

- **I :** actualisation juridique : les mots « agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots « agence régionale de santé » ;
- **II :** modifications du I relatif à la facturation des séjours.
  - A : autorisation, comme pour la dialyse en centre, du cumul de facturation d'un GHS avec le forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
  - B : suppression par la création d'un nouveau GHS majoré pour l'acte DBLA004 « Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC » du GHS majoré correspondant au GHM de prostatectomies transurétrales, niveau 1 (12C041) ;
  - C : Autorisation de la facturation du supplément « surveillance continue » (SRC) quand le patient provient d'une unité de « réanimation pédiatrique » ;
  - D : précision juridique identique à celle réalisée à l'article 1<sup>er</sup> (ajout de la dialyse en unité de dialyse médicalisée).

**Article 3 :** actualisation de l'annexe 1 (liste des groupe homogène de séjours) qui correspond à une maintenance des listes d'actes, de l'annexe 2 (liste des forfaits de traitement de la dialyse en unité de dialyse médicalisée, autodialyse et dialyse à domicile) afin de permettre aux unités de dialyse médicalisées de facturer les séances d'entraînement à la dialyse ainsi que de la liste 1 de l'annexe 8 (diagnostics et actes associés autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue) aux fins de mise à jour de la CIM-10 ayant trait à l'insuffisance respiratoire aigüe.

Ci-dessous l'avis porté par la FEHAP sur ce projet :

- **Article 1<sup>er</sup> :** il est proposé « une précision juridique du 3<sup>o</sup> de l'article 1<sup>er</sup> relatif à la catégorie de prestations mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale en visant les unités de dialyse médicalisées visées par la liste mentionnée par ces dispositions »

**La FEHAP est favorable à l'ajout de la dialyse en Unité de Dialyse Médicalisée**

- **Article 2 :** sont proposées les modifications de l'article 7 relatif aux modalités de facturation des forfaits et suppléments.

- **« II A :** modifications du I relatif à la facturation des séjours : « autorisation, comme pour la dialyse en centre, du cumul de facturation d'un GHS avec le forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ; »

**La FEHAP est favorable à cette modification (cumul de facturation d'un GHS avec le forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) évitant les ruptures dans les prises en charges et favorisant les parcours de soins.**

- **II B :** s'agissant de la création d'un nouveau GHS majoré pour l'acte DBLA004 « Pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC » par la suppression du GHS majoré correspondant au GHM de prostatectomies transurétrales, niveau 1 (12C041) :

**La FEHAP pourrait donner son accord de principe sur cette disposition sous réserve de la connaissance des montants respectifs qui seront attribués à ces GHS et des volumes globaux.**

- **II C :** concernant l'autorisation de facturer un supplément « surveillance continue » (SRC) quand le patient provient d'une unité de « réanimation pédiatrique » ; la FEHAP comprend que pour un patient qui serait en réanimation pédiatrique et qui serait transféré le même jour en unité de surveillance continue l'établissement ne pourrait facturer que le supplément de surveillance continue sur cette journée.

Cette modification est de nature à modifier les comportements et à nuire à la fluidité du parcours de soin en temps réel, avec retard de transfert d'une unité de réanimation vers une unité de surveillance continue dans un souci d'optimisation de l'allocation de ressources et de nature à retarder l'admission des patients en réanimation.

**La FEHAP est donc opposée à cette modification.**

- **II D :** il s'agit d'une précision juridique identique à celle réalisée à l'article 1<sup>er</sup> (ajout de la dialyse en unité de dialyse médicalisée).

**La FEHAP est favorable à cette précision juridique permettant aux unités de dialyse médicalisées de facturer les séances d'entraînement à la dialyse tout comme l'actualisation de l'annexe 1 correspondant à cette disposition (concrètement cela correspondant à la création d'un forfait D24 pour financer l'entraînement en hémodialyse)..**

**Article 3:** « actualisation de l'annexe 1 (liste des groupes homogène de séjours) qui correspond à une maintenance des listes d'actes,

De la liste 1 de l'annexe 8 (diagnostics et actes associés autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue) aux fins de mise à jour de la CIM-10 ayant trait à l'insuffisance respiratoire aiguë ».

**Pour l'annexe 8 :** la FEHAP prend note des précisions apportées et d'une façon générale regrette l'absence de concertation sur cette liste car il nous semble nécessaire que toute évolution s'inscrive dans une réflexion globale concertée incluant : réanimation, soins intensifs et surveillance continue de telle sorte que les critères rendant éligibles à la facturation d'un supplément ne soient pas l'outil prépondérant de l'orientation des patients dans ces unités. L'état du patient, le type d'actes réalisés, et le type d'environnement requis pour sa sécurité, doivent être prioritaires.

Sur le plan médical il nous semble essentiel de réaliser une remise à plat. En effet, certaines situations éligibles à la facturation de supplément n'ont plus rien à voir avec la définition de la surveillance continue.

**Concernant les listes en sus EPO et DM**

**Radiations de DMI :** extension cutanée gonflable, pontage ; testiculaires ; 90 % sur prorata de la dépense ;

Pour les implants de pontage, il est proposé (DGOS) de réintégrer la totalité de la somme au prorata de la dépense observée sur les 4 racines qui concentrent 90% de la dépense dans chaque secteur : 05C03, 05C06, 05C10, 05C11.

L'analyse de la dispersion par racine pour chaque établissement concerné par la pose d'implant de pontage donne les résultats suivants :

· Dans le secteur ex-DG : pour 75% des établissements, plus de 80% de leur dépense d'implants de pontage est concentrée sur les 4 racines ciblées. 17 établissements sur 173 établissements posant des implants de pontage ont moins de 50% de leur dépense qui est concentrée sur les 4 racines cibles. Ces 17 établissements comptabilisent cependant un nombre de pose inférieur à 15 en 2012.

· Dans le secteur ex-OQN : pour 79% des établissements, plus de 80% de leur dépense d'implants de pontage est concentrée sur les 4 racines ciblées. Seuls 19 établissements sur 252 établissements posant des implants de pontage ont moins de 50% de leur dépense qui est concentrée sur les 4 racines cibles. Parmi ces 19 établissements, 4 établissements comptabilisent un nombre de pose compris entre 40 et 100 en 2012.

- **Réintégration EPO sur ensemble GHS et forfaits D.**

La DGOS propose de réintégrer la masse tarifaire en tenant compte de la baisse de prix d'octobre 2013 sur l'ensemble des GHS et des forfaits D consommateurs et de suspendre temporairement au titre de l'année 2014 l'application du principe de neutralité tarifaire sur les tarifs de dialyse en centre => donc pour 2014 la DGOS propose de ne pas aligner les tarifs de dialyse en centre 2014 vers les tarifs issus des Coûts).

Par ailleurs, le montant EPO réintégré est en cours de calcul mais la DGOS a indiqué au CT MCO du 27/01 que le montant ne serait pas celui de 26 euros comme annoncé par la DGOS lors de deux réunions de concertation en novembre et décembre dernier.

La FEHAP a rappelé son opposition à la réintégration et a rappelé sa proposition alternative (cf. avis FEHAP arrêté prestations 2014).

- Sur HAD, le travail en cours, continuité de la AC pour les molécules onéreuses. La ventilation par GHPC est difficile pour l'HAD c'est donc la base historique qui sera utiliser pour le calcul des AC en HAD.

La DGOS a annoncé que les modalités d'inscription et de désinscriptions sur la liste en sus seront revus en 2014 (la référence applicable est une recommandation du CH de 2010). En 2013, les dépenses sur listes en sus ont progressé de + 9 %.

## 5. Propositions de modulations pour 2014

L'actualisation de la liste des CMA intervient tous les deux ans, elle n'évoluera donc pas en 2014, ce qui permettrait de maintenir une certaine stabilité des tarifs. Néanmoins, **deux évolutions importantes seront mises en œuvre par la DGOS et l'ATIH :**

- **Une nouvelle incitation au développement de la chirurgie ambulatoire**
- **Le tarif unique** entre les niveaux J et 1 des GHM concernés par la chirurgie ambulatoire sera étendu à l'ensemble des GHM concernés. **Cette décision concerne donc 111 couples de GHM**, contre 47 l'an passé. **Ces 111 couples de GHM représentent 74% de l'activité chirurgicale des niveaux J et 1 pour le secteur ex-DG et 84% pour le secteur ex-OQN, soit 56% de la chirurgie réalisée par le secteur ex-DG, et 73% de celle du secteur ex-OQN.**

Pour ne pas pénaliser les activités qui ne peuvent être réalisées de façon significative en ambulatoire, **seules les pratiques les plus substituables seront fortement impactées par cette incitation tarifaire.**

Parallèlement, et pour assurer la cohérence du dispositif, **les bornes basses des GHS de niveau 1 concernés seront supprimées**, entraînant mécaniquement une baisse faciale des tarifs correspondants.

**Ces modulations tarifaires seront faites à enveloppe constante, pour chaque racine de GHM. L'objectif de la DGOS est de fixer un tarif commun, moyen, entre les niveaux J et 1 des activités concernées.**

Au sujet de la chirurgie ambulatoire, la FEHAP indique le sous-financement caractérisé des activités spécifiquement lourdes, et donc classées en niveau 3 ou 4 de sévérité dès lors que les patients sont hospitalisés, mais dont le tarif ambulatoire ne reflète pas les charges supportées par les établissements pour ces prises en charges innovantes.

Les Fédérations ont exprimé en séance des activités à protéger du mécanisme pour UNICANCER notamment la cancérologie et pour la FHF les AVC...

L'impact financier global attendu représente **une économie de 45 millions d'€ concentrée pour la chirurgie ambulatoire sur le secteur OQN. L'équilibre d'économies demandé par la DGOS, à savoir (30 millions d'€ sur le secteur ex-DG et 15 millions d'€ sur le secteur ex-OQN, sur la base de chiffres d'affaires en chirurgie) s'opère donc sur un périmètre plus large pour les ex DG prenant en compte l'impact de la neutralité tarifaire (confer infra).**

Deux scénarii sont présentés :

#### Scénario 1

Taux de chirurgie ambulatoire entre le niveau J et 1	Fixation du tarif unique	Impact ex-DG	Impact ex-OQN
> 80%	= au TIC moyen du couple J et 1, pondéré par le volume tendantiel 1/J	5,7 millions d'€	-44,6 millions d'€
10% à 80%	= au tarif moyen du couple J et 1, pondéré par le volume tendantiel 1/J	-17,9 millions d'€	-7,1 millions d'€
<10%	= au tarif du niveau 1	3,1 millions d'€	3,2 millions d'€
		<b>-9 millions d'€</b>	<b>-48 millions d'€</b>

#### Scénario 2

Taux de chirurgie ambulatoire entre le niveau J et 1	Fixation du tarif unique	Impact ex-DG	Impact ex-OQN
> 80%	= au TIC moyen du couple J et 1, pondéré par le volume tendantiel 1/J	5,7 millions d'€	-44,6 millions d'€
50% à 80%	= au tarif moyen du couple J et 1, pondéré par le volume tendantiel 1/J	-5,8 millions d'€	-1,9 millions d'€
10% à 50%	= au tarif moyen du couple J et 1, pondéré par le chiffre d'affaires	0 €	0 €
<10%	= au tarif du niveau 1	3,1 millions d'€	3,2 millions d'€
		<b>3 millions d'€</b>	<b>-43 millions d'€</b>

Dans chaque scénario, le TIC correspond au Tarif Issu des Coûts (TIC) calculé chaque année par l'ATIH en redressant les résultats des études nationales de coûts au champ tarifaire. Par ailleurs, la répartition du volume d'activité entre les niveaux 1 et j qui est retenu dans les simulations repose d'une part sur l'évolution de la chirurgie ambulatoire observée depuis 2007 et les objectifs de substitution fixés par les sociétés savantes à horizon de 5 ans. Le taux tendanciel est un taux qui intègre donc les dires d'experts (projections en fonction des propensions à progresser ou pas). Il est à noter que le principe de neutralité tarifaire se poursuit en 2014. En première lecture, la FEHAP a énoncé sa préférence de principe pour le scénario 2 ter.

- **La politique de neutralité tarifaire et la modulation des GHM extrêmes, compte tenu de l'étude coûts-tarifs de l'ATIH**

Comme l'an passé, et compte tenu que les travaux ENC, écarts tarifs/TIC se poursuivent la DGOS propose que :

- o les GHS dont le sous-financement est supérieur à 20%, par rapport au tarif issu des coûts seront revalorisés. L'écart TIC-Tarif est ramené à 20% sur le secteur ex-DG et 18% sur le secteur ex-OQN.
- o Les tarifs des GHS sur financés d'au moins 25% par rapport au tarif issu des coûts seront diminués. L'écart entre le TIC et le tarif sera ramené à 25%
- o Les tarifs des GHS des activités spécifiques qui ont été préservés lors des précédentes campagnes tarifaires, et dont le sur financement est au moins 30% supérieur au tarif issu des coûts seront diminués. 1/3 de l'effort devra être réalisé pour ramener le tarif vers le TIC survalorisé de 30%

Impact des ajustements tarifaires sur les activités spécifiques sur le champ ex-DG : -10 millions d'euros et 8,7 millions d'euros pour les autres activités surfinancées ;

Impact des ajustements tarifaires sur les activités spécifiques sur le champ ex-OQN : 254 milliers d'euros et 867 milliers d'€ sur les autres activités surfinancées

**La FEHAP indique qu'en complément de ces rééquilibrages, tout financement complémentaire qui viendrait alimenter l'enveloppe tarifaire devrait participer à l'évolution des tarifs des GHS vers la neutralité tarifaire.**

**L'ATIH lancera les calculs en V11 f et sur les données 2013.**

Pour parvenir à l'effort d'économies attendu pour les Ex DG, un effort de neutralité tarifaire est réalisé sur les activités de chirurgie des niveaux 2, 3 et 4.

## **6. Dégressivité tarifaire**

La DGOS rappelle le contenu des textes qui déterminent le cadre de cette mesure d'économie. Elle présente ensuite 3 scénarii qui pourraient être appliqués en 2014. **Les fédérations sont invitées à donner leur avis sur ces trois hypothèses :**

- **Scénario 1 : impact de la dégressivité tarifaire sur l'ensemble de l'activité, en fixant un taux d'évolution déterminant le seuil d'application des tarifs minorés**

Les hypothèses retenues sont :

- o L'année n-1 comme référence du volume d'activité de chaque établissement
- o Exclusion des établissements dont l'activité baisse en n-1 et/ou n-2
- o Exclusion des établissements les plus « petits »

- o Seuil d'activité de +4% par rapport à la période de référence
- o Minoration tarifaire de 20% par rapport aux tarifs en vigueur, pour les séjours au-delà du seuil d'activité

Ces hypothèses sont testées d'une part sur l'ensemble des établissements, puis uniquement sur les structures qui contribuent le plus à la croissance de l'activité (soit ceux mobilisant les volumes économiques les plus importants).

- **Scénario 2 : impact de la dégressivité tarifaire ciblé sur certaines activités, en fixant un taux d'évolution déterminant le seuil d'application des tarifs minorés**

Les activités sont ciblées en appliquant les critères suivants :

- o Plus de 50 000 séjours au niveau national (pondération = 1)
- o Poids significatif de la technicité (Soit le poids du coût des SAMT dans le coût complet observé dans les résultats de l'ENC) (pondération = 1)
- o Evolution significative en volume économique (pondération = 2 ; soit 1 sur le secteur ex-DG et 1 sur le secteur ex-OQN)

Chaque racine de GHM est classée en appliquant chacun des trois critères, puis la moyenne du classement de chaque racine sur ces trois critères est calculée afin de déterminer si elle est concernée ou non par ce dispositif.

18 racines de GHM sont ainsi identifiées

Les hypothèses retenues sont :

- o L'année n-1 comme référence du volume d'activité de chaque établissement
- o Exclusion des établissements dont l'activité baisse en n-1 et/ou n-2
- o Exclusion des établissements les plus « petits »
- o Seuil d'activité de +4% par rapport à la période de référence
- o Minoration tarifaire de 20% par rapport aux tarifs en vigueur, pour les séjours au-delà du seuil d'activité

Deux sous-scénarii sont simulés au regard de ces hypothèses et en modulant les critères de sélection des GHS concernés :

Le scénario 2 bis applique la même pondération à chacun des trois critères de sélection des GHM, soit :

- o Plus de 50 000 séjours au niveau national (pondération = 1)
- o Poids significatif de la technicité (Soit le poids du coût des SAMT dans le coût complet observé dans les résultats de l'ENC) (pondération = 1)
- o Evolution significative en volume économique (pondération = 1 ; soit 0.5 sur le secteur ex-DG et 0.5 sur le secteur ex-OQN)

20 racines de GHM sont ainsi identifiées.

Le scénario 2 ter réduit la liste à 8 racines de GHM en appliquant un critère de « pertinence ».

- **Scénario 3 : impact de la dégressivité tarifaire ciblé sur certaines activités, en fixant un nombre de séjours au-delà duquel les tarifs minorés s'appliqueraient :**

Les activités sont ciblées en appliquant les critères suivants :

- o Plus de 50 000 séjours au niveau national



- o Poids significatif de la technicité (Soit le poids du coût des SAMT dans le coût complet observé dans les résultats de l'ENC)
- o Activités standardisées
- o Concentration de l'activité : 90<sup>ème</sup> percentile des établissements de santé, en nombre de séjours

Chaque racine de GHM est classée en appliquant chacun des trois critères, puis la moyenne du classement de chaque racine sur ces trois critères est calculée afin de déterminer si elle est concernée ou non par ce dispositif.

Les hypothèses retenues sont :

- o L'année n-1 comme référence du volume d'activité de chaque établissement
- o Exclusion des établissements dont l'activité baisse en n-1 et/ou n-2
- o Seuil d'activité de +4% par rapport à la période de référence
- o Minorations tarifaires de 20% par rapport aux tarifs en vigueur, pour les séjours au-delà du seuil d'activité

La DGOS n'indique pas l'enveloppe financière concernée par cette mesure, alors même que les fédérations rappellent qu'elles ne peuvent se prononcer de façon précise sans connaître ce paramètre.

Des travaux complémentaires doivent être conduits par l'ATIH et la DGOS afin de sélectionner les racines de GHM les plus contributrices à la croissance économique. Il s'agirait ici de retenir les GHM qui représentent à la fois un nombre de séjours et un volume économique importants.

**Globalement, les différents impacts financiers identifiés sur les tarifs 2014 se répartiraient de la façon suivante :**

#### Redistribution des crédits 2014 au sein de l'enveloppe tarifaire

	Impact ex-DG	Impact ex-OQN
Chirurgie ambulatoire	3 millions d'€	-43 millions d'€
Neutralité tarifaire		
Dont sous-financements	13,2 millions d'€	31,8 millions d'€
Dont sur-financements	-18,7 millions d'€	-1,1 millions d'€
Dégressivité tarifaire		
Scénario 1 (tout le case mix)	-24,5 millions d'€	-5,7 millions d'€
Scénario 2 (ciblé et en taux, 18 racines)	-14,4 millions d'€	-4,1 millions d'€
Scénario 2 bis (ciblé et en taux, 20 racines)	-10,1 millions d'€	-5,4 millions d'€
Scénario 2 ter (ciblé et en taux, 8 racines -pertinance-)	-4,6 millions d'€	-3,2 millions d'€
Scénario 3 (sur les GHM les plus contributeurs à la croissance éco)	en attente	en attente
Impact global, avec le scénario 1	-27 millions d'€	-18 millions d'€
Impact global, avec le scénario 2	-16,9 millions d'€	-16,4 millions d'€
Impact global, avec le scénario 2 bis	-12,6 millions d'€	-17,7 millions d'€
Impact global, avec le scénario 2 ter	-7,1 millions d'€	-15,5 millions d'€
Impact global, avec le scénario 3	en attente	en attente

#### 7. MIG précarité

Une réunion technique sera organisée le 7 février AM par l'ATIH/DGOS pour discuter précisément des modalités d'application du modèle de financement.

A ce jour, il est proposé d'introduire une première modulation du modèle de financement au regard du critère géopopulationnel. Par contre, les travaux sur les nouveaux codes de la CIM 10 qui permettraient d'identifier au mieux les patients précaires seraient poursuivis en 2014, avant d'être pris en compte dans la modulation financière de cette mission. Ce sujet doit être vu en lien avec le rétablissement du service public hospitalier.

**La DGOS demande si les fédérations souhaitent maintenir partiellement le modèle de financement actuel, et si oui, dans quelle proportion ?** Elle propose également d'actualiser les critères pris en compte précédemment pour exclure celui de la CMU et ne garder que les patients bénéficiant de la CMUc ou de l'AME.

L'année 2014 sera donc une année de travail, toutefois les critères de délégations de la MIG précarité doivent être concertés pour la prochaine campagne.

**Pour la FEHAP :**

Il s'agit de ne pas s'engager pour 2014 dans un modèle incomplet sans visibilité sur l'impact véritable avec les codes géo-populationnels.

## **8. Modélisation de plusieurs MIG**

Plusieurs MERRI vont faire l'objet d'une modélisation financière basée essentiellement sur l'activité réellement réalisée par les établissements :

- Les centres de diagnostic prénataux
- Les centres de ressources pour maladies professionnelles
- Les centres d'implants cochléaires
- Les actes hors nomenclature
- Les laboratoires de génétiques (pour le financement de la structure)
- Le recours exceptionnel
- Les dispositifs innovants en thérapie cellulaire

Par ailleurs, le financement des lactariums reposera davantage sur l'activité constatée, celui des coordonnateurs régionaux d'hémovigilance dépendront du nombre de dossiers PSL de chaque région, enfin, une péréquation nationale sera appliquée au financement des SAMU.