

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

**Présentation
Campagne
2012**

7 mars 2012



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Bilan de la campagne 2011

Bilan provisoire des réalisations 2011

L'extrapolation sur l'année des dépenses constatées fait apparaître une sur-exécution de l'ONDAM hospitalier **estimée à 206M€**, avant prise en compte des mises en réserve définitives

➤ **+271M€ sur l'ODMCO public**

(extrapolé sur la base des 12 premiers mois pour les établissements ex-DG- source ATIH)

➤ **-85 M€ sur l'ODMCO privé**

(extrapolé sur la base des 11 premiers mois pour les établissements ex-OQN-source CNAMTS)

➤ **+20M€ sur l'OQN**

(extrapolé sur la base des 11 premiers mois pour les établissements privés -source CNAMTS)

Lors de la construction de la campagne, les montants extrapolés sur 12 mois n'étaient pas connus. Aussi, ce sont ceux sur 11 mois qui ont été pris en construction mais dont les résultats sont très proches : une sur-exécution **estimée à 198M€**.

➤ **+265M€ sur l'ODMCO public**

(extrapolé sur la base des 11 premiers mois pour les établissements ex-DG- source ATIH)

➤ **-80 M€ sur l'ODMCO privé**

(extrapolé sur la base des 10 premiers mois pour les établissements ex-OQN-source CNAMTS)

➤ **+12,6M€ sur l'OQN**

(extrapolé sur la base des 10 premiers mois pour les établissements sous OQN-source CNAMTS)

Bilan de fin de campagne 2011

➤ Mises en réserve de 408M€ en début d'année 2011

- Mises en réserve des dotations AC régionales : 300M€
- Mises en réserve des dotations AC au niveau national : 50M€
- Crédits issus de la déchéance du FMESPP : 58M€

➤ Au vu de l'exécution 2011 : décision d'un dégel de 100M€ dans le cadre de la circulaire du 23 décembre 2011

Soit 308M€ de mises en réserve définitives à comparer à une sur-exécution provisoire de 206M€

Toutefois, transmissions **Lamda** en cours relatives aux exercices antérieurs qui modifient notamment les réalisations 2010 et affectent les taux d'évolution d'un exercice sur l'autre

Objectifs et taux moyens d'évolution des tarifs 2012

De la LFSS à l'ONDAM 2012

(en Mds d'€)

Établissements
pour personnes
âgées :
8

Établissements
pour personnes
handicapées :
8,4

Autres prises
en charge :
1,2

Autres
établissements
de santé :
19,3

Soins de ville :
78,9

Établissements
de santé
tarifés à
l'activité :
55,3

**Soit 171,2 Mds d'€
au global**

- Pour les établissements de santé :
 - ↳ un ONDAM hospitalier qui progresse de **2,56%, soit 1,857Mds €**
- Un tendancier de charges prévisionnelles de :
 - ↳ **+ 3,2%** intégrant la minoration suite au plan de rigueur à hauteur de 100M€ sur la dotation initiale du FMESPP 2012
- Des efforts d'économies à hauteur de :
 - ↳ **450 M€**

Les efforts d'économies de **450M€** se décomposent de la façon suivante :

- Performance hospitalière (**150M€**)
- Rationalisation des achats (**145M€**)
- Lutte contre la fraude à l'hôpital (**25M€**)
- Liste en sus (**30M€**);
- Convergence ciblée (**100M€**) sur le secteur ex-DG;

➤ Les trois premières catégories de mesures ont été imputées à l'ensemble des bases constituant l'ONDAM; les deux dernières l'ont été sur le seul ODMCO.

Rééquilibrage des bases 2012 au vu de l'exécution 2011

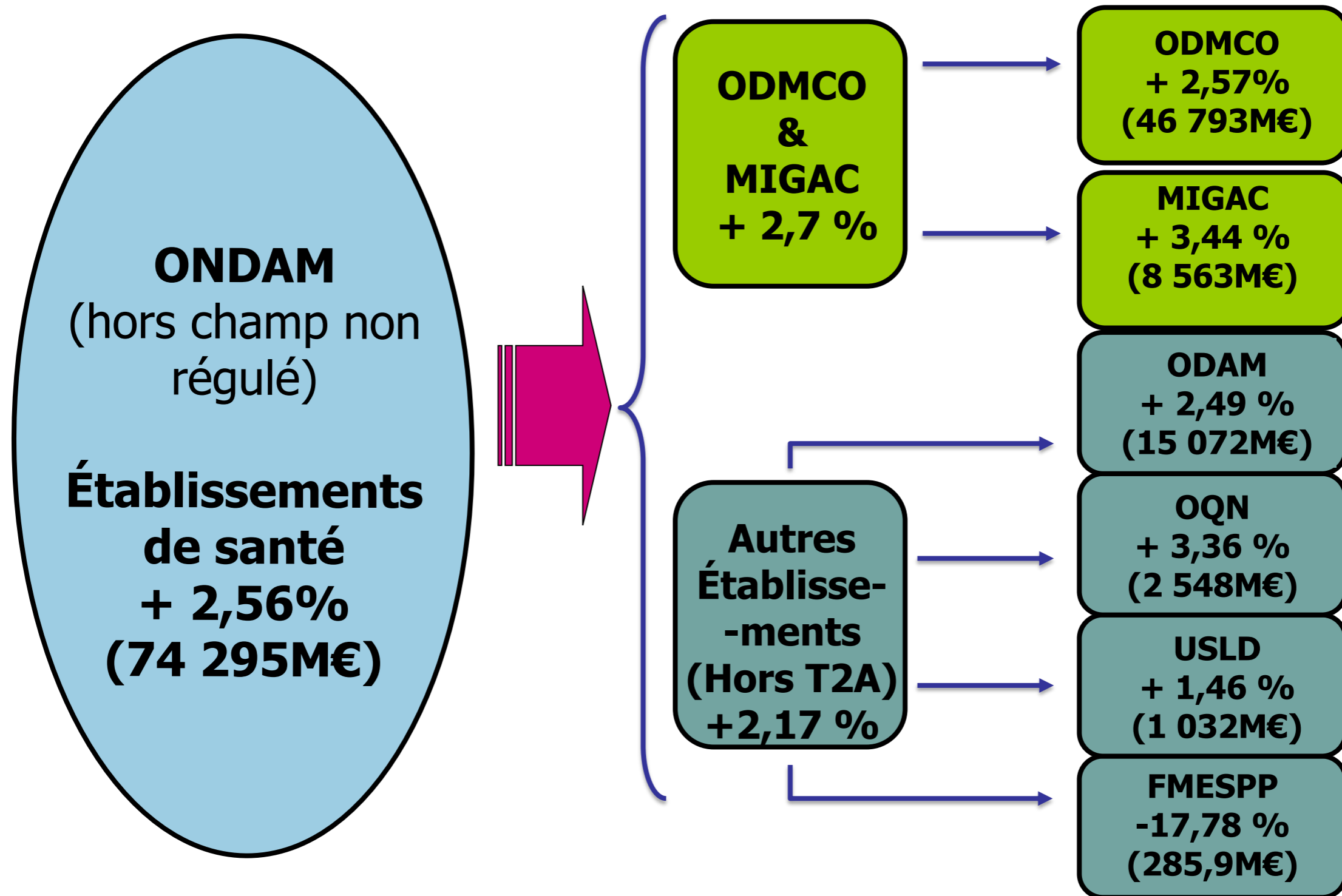
Pour **rééquilibrer la sur-exécution** de la part activité, il est opéré :

- Un transfert de **60M€ des crédits AC vers la part tarifs** de l'ODMCO ;
- **Une régulation prix-volume** (ponction d'une partie des mesures nouvelles tarifaires de 2012).

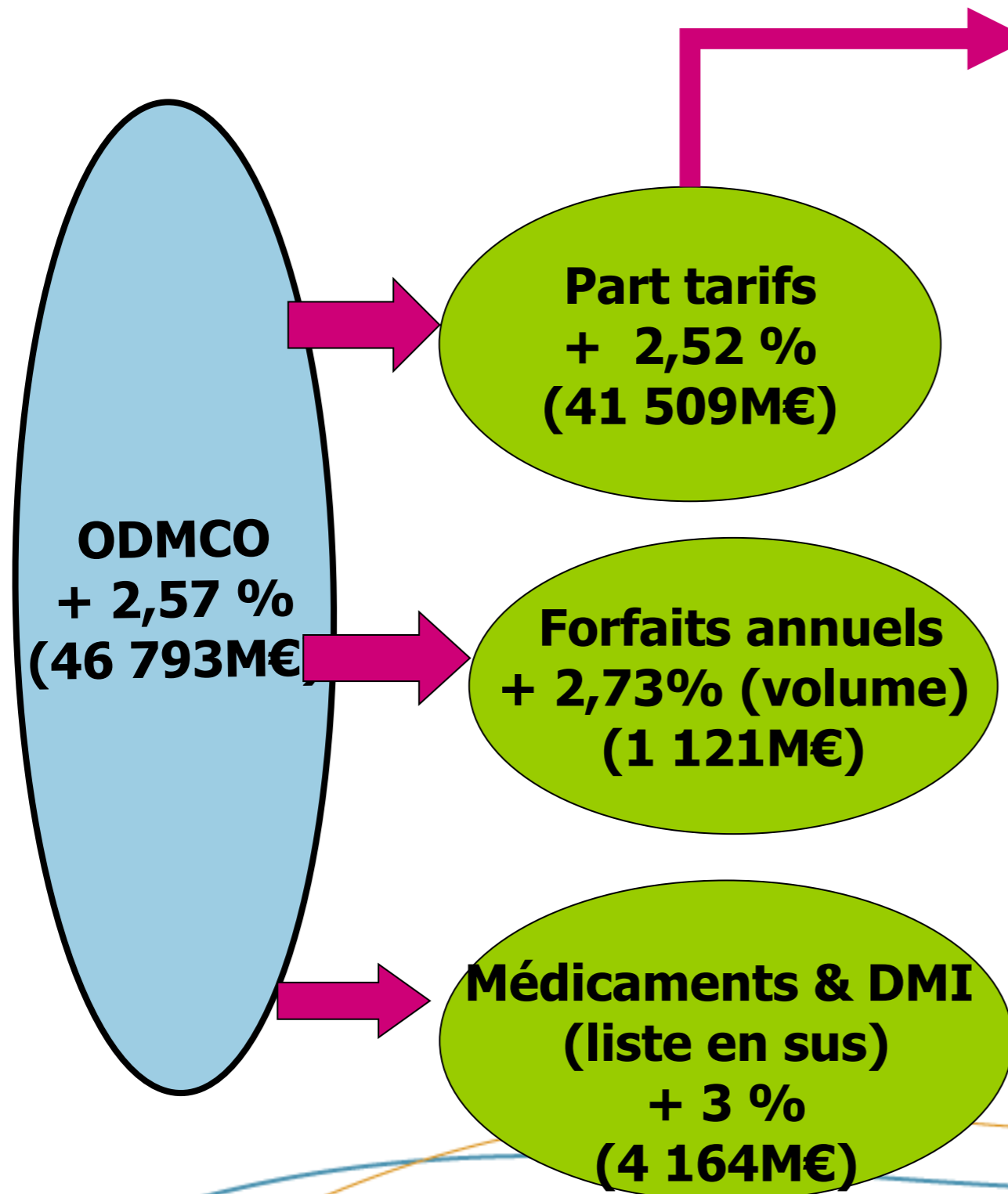
Par ailleurs, il est procédé à un rééquilibrage entre les **différentes enveloppes listes en sus / forfaits** afin d'être au plus près des réalisations observées

- Secteur ex DG : transfert de 77M€ des listes en sus et de 34M€ des forfaits annuels vers la part tarif
- Secteur Ex OQN : transfert de 26M€ des forfaits annuels vers la part tarif

Décomposition de l'ONDAM 2012



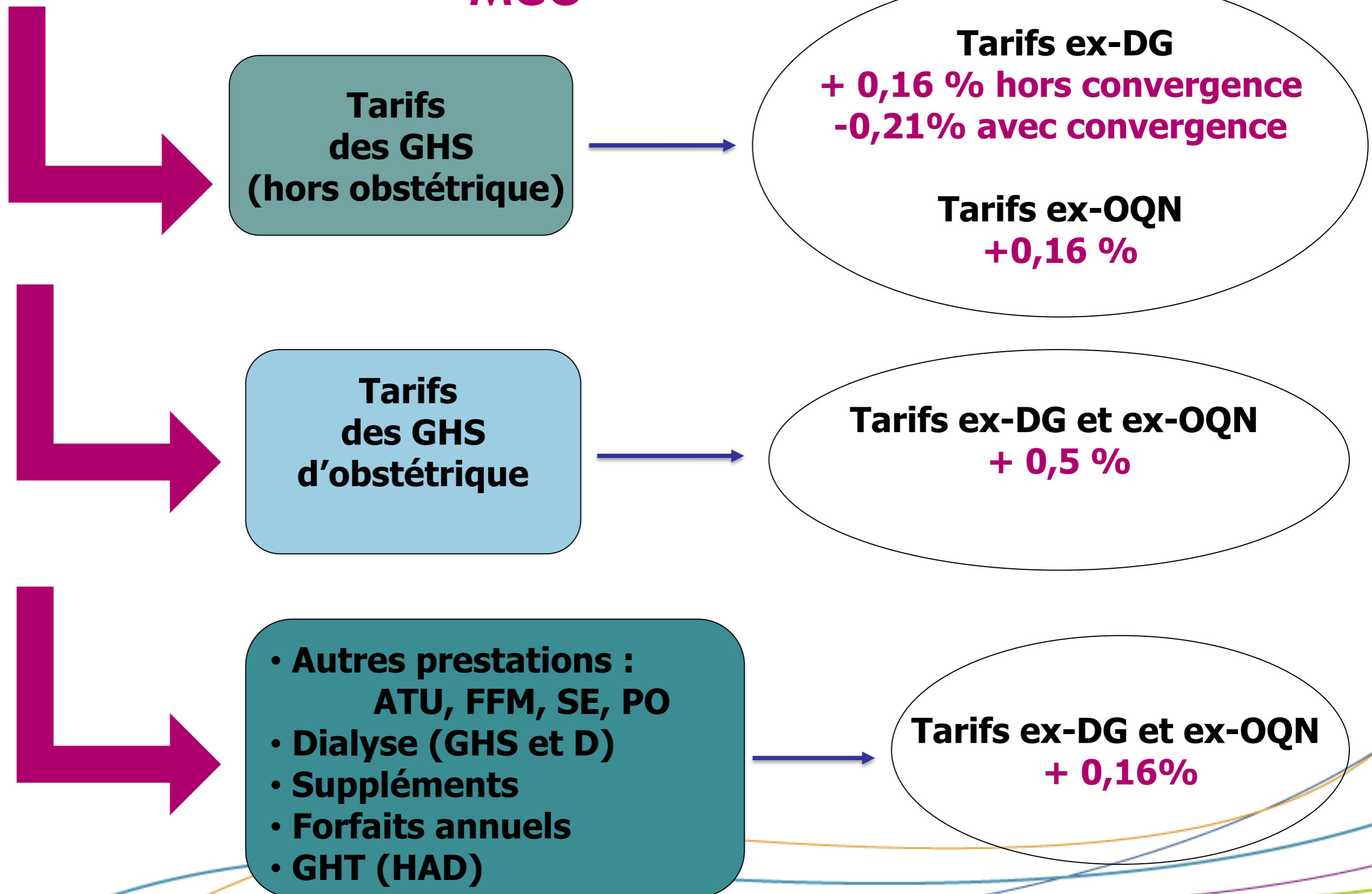
De l'ODMCO aux tarifs



Provision volume : **2,4 %**
+
Régulation prix/Volume
+ Effet report

Evolution **moyenne** des tarifs
au 1er mars :
Ex-DG :
0,19 % hors convergence ciblée
-0,21 % avec convergence ciblée
Ex-OQN :
0,19 %

Evolution différenciée au sein du MCO



Focus sur l'évolution de l'enveloppe MIGAC

Décomposition de l'évolution de l'enveloppe MIGAC

	MIG	AC hors invest	AC invest nationale
Bases	6 035,98	1 424,60	811,60
Objectifs	6 234,85	1 452,06	870,09
Taux	3,29%	1,93%	7,21%

Cette évolution est liée notamment :

- Plans de santé publique : 114M€
- Projets d'investissements : 55M€
- Mesures de reconduction et mesures salariales : 108M€
(GVT, évolution SMIC, inflation, ...)

Par rapport à l'objectif 2011, l'enveloppe MIGAC évolue de 3,24%

Modalités des mises en réserve prudentielles 2012

En vue de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier 415M€ sont mis en réserve début 2012 :

- 92 M€ sur la marge AC et DAF nationales
- 25M€ sur les crédits déçus du FMESPP
- 298M€ sur les dotations régionales.

Sur le champ des dotations régionales : sollicitation de chaque ARS sur la répartition entre des crédits AC et des crédits de la DAF.

*Au total : 267M€ sur les bases et mesures nouvelles AC
123M€ sur les bases et mesures nouvelles DAF*

Les crédits ainsi mis en réserve pourront être délégués, sous réserve du respect de l'ONDAM et en fin de campagne .

Modalités des mises en réserve:

Calcul du gel par région : fondé sur la dynamique d'activité MCO, principale source potentielle de dépassement, et appliqué sur les marges de manœuvre des ARS (dotations AC hors crédits nationaux d'investissement).

Scénario retenu en concertation avec les ARS:

Les mises en réserve sont différenciées, au regard de l'évolution de l'activité de chaque région. Il s'agit ici de moduler la totalité du gel en fonction d'un coefficient multiplicateur, basé sur l'évolution de l'activité (corrigée par l'évolution démographique et pondéré par les taux de recours).

Le dégel serait alors proportionnel au gel.

Campagne 2012

**SSR, psychiatrie et
USLD**

Le taux d'évolution moyen des ressources pour 2012

Taux d'évolution moyen des tarifs de l'OQN : **+0,24 %**

→ Dont taux d'évolution moyen des tarifs en SSR : **+0,22%** avec un volume prévisionnel à **3,5%**

→ Dont taux d'évolution moyen des tarifs en psychiatrie : **+0,29 % et +0,31%** en intégrant le financement des surcoûts relatif à l'accueil des patients en hospitalisation sous contrainte avec un volume prévisionnel à **3%**

Taux d'évolution moyen de la DAF : **+2,49 %** (hors USLD)

→ Dont taux d'évolution de la DAF SSR : **+3,16 %**

→ Dont taux d'évolution de la DAF psy **+2,07 %** intégrant le financement des surcoûts relatif à l'accueil des patients en hospitalisation sous contrainte

SSR : La poursuite de la modulation de l'indice IVA

Reconduction de la politique de modulation menée en 2011, sur son principe

- Secteur sous DAF : taux de modulation de **5 %** sur la base SSR
- Secteur sous OQN : modulation de **l'intégralité** du taux d'évolution moyen des tarifs

➔ Il sera recommandé aux ARS :

- D'appliquer en priorité les règles de modulation retenues au niveau national ;
- De porter une attention particulière à certaines situations d'établissements pouvant conduire à déroger aux règles de modulation nationales.

Aide à la préparation au passage à la T2A SSR

- **Objectif:** aider les établissements à adapter leurs systèmes d'information pour répondre aux obligations actuelles et futures (molécules onéreuses en code UCD, accélération des remontées des données PMSI...).
- Versement d'une somme forfaitaire par établissement.
- Versement en **deux fois:**
 - ➔ 1^{er} versement : 60 % sous réserve d'un engagement contractuel
 - ➔ 2nd versement : 40 % avec vérification du respect des engagements

PSY : Prise en compte des surcoûts liés à la loi du 5 juillet 2011

Prise en compte du **surcoût** lié aux mesures organisationnelles et aux modalités de prise en charge (équipements de Visio conférence et renforcement des personnels) prévues par la **loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques**.

- **Pour la DAF** : **17M€** intégrant **6,72M€** pour l'installation et la maintenance des dispositifs de visioconférence et **10,23 M€** affectés à la rémunération du personnel.
- **Pour l'OQN** : **100 000 €** dans OQN + **110 000 €** en FMESPP
 - **Tarifs majorés de 2,50 € par PJ** (sous une DMT spécifique) appliqués aux patients en soins sans consentement
 - **Taux des régions** dont relèvent les établissements accueillant ces patients (4 cliniques) intégreront cette majoration tarifaire
 - ↳ **3 régions concernées** : Corse, Midi-Pyrénées, Ile-de-France.

PSY : Modalités de répartition des ressources des établissements

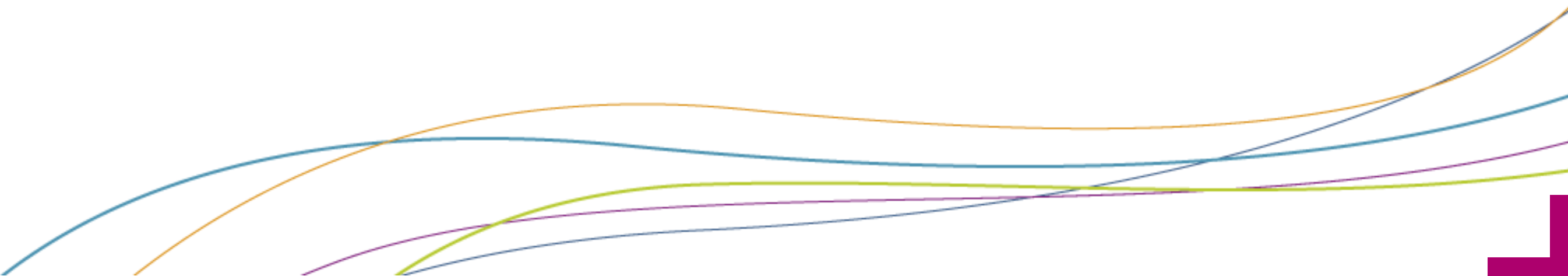
- **Pour le secteur OQN :**

Fixation, comme l'année précédente, d'un **taux uniforme pour l'ensemble des régions**, en l'absence d'un modèle de péréquation

Pour les 3 régions concernées par les établissements accueillant des patients en soins sans consentement, intégration d'une majoration tarifaire dans le taux moyen régional d'où taux différencié

- **Pour le secteur sous DAF :**

La répartition tiendra compte, d'une part, des bases consolidées correspondant aux mesures allouées en 2011, et d'autre part, de l'affectation des mesures nouvelles obtenues dans le cadre de la LFSS pour 2012 et réparties en fonction de leur objet.

- **Résultats des coupes PATHOS 2011 ni exhaustifs ni consolidés** pour permettre leur utilisation dans le calcul des dotations plafonds 2012
 - **En 2012 : poursuite du dispositif de convergence sur la base :**
 - **des coupes PATHOS 2006,**
 - du taux de convergence de 20% prévu par l'arrêté du 8/12/10,
 - de la liste historique des 105 établissements ciblés.
 - Mettre à profit cette année de moratoire financier pour **encourager les établissements dont le taux de patients SMTI est inférieur à 50% à recruter davantage de patients SMTI.**
- 

Campagne tarifaire MCO 2012

Direction générale
de l'offre de soins



Sommaire

1. Evolutions de la classification des GHM
2. Evolutions des catégories de prestations
3. Construction tarifaire 2012

1. Evolutions de la classification des GHM (V11 D)

Objectifs :

- Meilleure description des séjours
 - d'accouchement par voie basse et césariennes
 - hors accouchements (ante et post partum, avortements...)
 - ↳ Avant **23** GHM → Après : **57** GHM
- Révision des listes de complications spécifiques

Révision de la CMD 14

Accouchements voie basse et césarienne

- Distinction selon la notion de :
 - grossesse unique ou multiple
 - pour les accouchements voie basse, 1^{ère} grossesse ou X^{ème} grossesse
- Une racine pour les accouchements juste avant l'entrée dans l'établissement
- Une racine d'accouchement unique par voie basse avec chirurgie

Révision de la CMD 14

Racines hors accouchements

- Création d'une racine de grossesse extra-utérine avec acte chirurgical
- Création d'une racine pour les menaces d'accouchements
- Hiérarchisation des différentes racines médicales qui n'existe pas actuellement

- Pas de création des 4 niveaux de sévérité derrière toutes les racines
- Les listes conduisant aux niveaux de sévérité utilisent
 - les affections
 - l'âge gestationnel : équivalent CMA (idem V11 avec âge des patients)
- Pour les séjours d'accouchement : isolement des journées ante partum de l'analyse
 - Impact : non prise en compte des affections de l'ante partum dans les niveaux de sévérité

- **Nouveau périmètre**

- Limité aux naissances et suites de naissances
- Nouvel algorithme d'entrée dans la CMD prenant en compte l'âge du nouveau-né, le mode d'entrée, le poids et les diagnostics
 - impact : 7 800 séjours entrants et 15 400 séjours sortants

- **Nouvelles racines**

- combinaison du poids à l'entrée et de l'âge gestationnel pour obtenir des racines plus homogènes au niveau des DMS
- création de 10 racines (5 auparavant)
- création de racines chirurgicales
- ajustement des racines mort-nés, transferts précoces et décès

- Révision des niveaux de sévérité

- Listes spécifiques de cette CMD et adaptées à la racine
- Pas de création des 4 niveaux de sévérité derrière toutes les racines (comme actuellement)
 - création chaque fois que possible
 - création liée aux contraintes de la classification : effectifs des racines et absence de diagnostics dans la base nationale pour pouvoir visualiser son effet CMA

- Sur les autres CMD
 - Suppression d'une racine chirurgicale
 - Diminution d'effectifs dans certaines racines médicales comme chirurgicales
- Sur la CMD 15
 - Chirurgie du nouveau-né
 - Création de 2 racines de décès au lieu de 3
 - Presque 8000 séjours de plus au total dans cette CMD

Racine	Libellé	Nb privé	Nb public
01C10	Pose d'un stimulateur médullaire	51	143
03C19	Ostéotomies de la face	311	145
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	103	97
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	587	1142
08C28	Interventions maxillofaciales	260	122
12C04	Prostatectomies transurétrales	456	117
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin	564	241
21C03	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	215	25
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	15	243
03C27J	Adénoïdectomies, en ambulatoire (03C22J)	1385	1649
03C28J	Amygdalectomies, en ambulatoire (03C22J)	350	574
05C14	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc	2	6

- Créations de GHM en « T » sur les racines suivantes :
 - 21M04 *Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans*
 - 21M05 *Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans*
 - 23M16 *Convalescences et autres motifs sociaux*

2. Evolutions des catégories de prestations

**(arrêté prestations
du 14 février 2012
modifiant l'arrêté du 19
février 2009)**

Suppression de 3 exceptions relatives à :

- Séance pour irradiation de contact endocavitaire :
 - Technique devenant obsolète
 - GHS minoré en 2011
 - Moins de 100 séjours depuis 2010 donc suppression du GHS

- Séance de dialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) :
 - UDM considérée comme du « hors centre » d'un point de vue organisationnel
 - Financement du hors centre par des forfaits D
 - Transformation du GHS en forfait D

- Pose de valves aortiques percutanées :
 - Création en 2009 du GHS majoré avec coût du DMI intégré (19 000€)
 - Difficultés de financement notamment dans le cas des prises en charge complexes avec poses d'autres DMI
 - Décision d'inscrire le DMI sur la liste en sus (décision CH)

NB : La date de suppression du GHS est néanmoins subordonnée à l'inscription en sus (Octobre 2012 au plus tard).

Création de 3 nouvelles exceptions pour :

- Séances d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration :
 - En 2011, création d'un GHS majoré pour machine dédiée (cyberknife).
 - Mais prise en charge par machine non dédiée mal valorisée
 - Création d'un tarif majoré pour cette technique

- Prélèvement de rein sur donneur vivant :
 - Création d'un tarif majoré
 - Objectif : inciter à la pratique et augmenter le nombre de greffe et diminuer le recours à la dialyse

- Prélèvement pour don d'ovocyte :
 - Création d'un tarif majoré
 - Objectif : augmenter le nombre de dons (environ 300 aujourd'hui pour un objectif de 600 en 2012)

Création de 2 nouveaux suppléments

- Un supplément pour le financement de l'antepartum pour les séjours se terminant par un accouchement :
 - Dans le cadre de la refonte de la CMD 14, non prise en compte des affections de l'ante partum dans les niveaux de sévérité (Cf. supra).
 - Donc nécessité de financer l'antepartum représentant la période entre l'entrée de la patiente jusqu'à 2 jours avant l'accouchement (décision issue des comités techniques MCO)
- Création d'un **supplément journalier** facturable pendant la durée d'antepartum en sus du GHS d'accouchement.

NB: lorsqu'il ne se termine pas par un accouchement, le séjour antepartum reste financé par un GHS.

Création de 2 nouveaux suppléments

- Un supplément pour le financement de la radiothérapie pédiatrique en séance :
 - Surcoût identifié notamment en raison du temps infirmiers supplémentaire
- ➔ Création d'un **supplément** facturable en sus de la séance de radiothérapie pour les prises en charges des enfants de moins de 18 ans.

Arrêté prestations -Autres évolutions

•Report de la date de passage des forfaits dialyse (D) en GHS:

Initialement prévu de passer les forfaits D du centre ex-OQN en GHS et ce, en 2012 mais report à 2013 car :

- les établissements ne sont pas prêts pour un recueil PMSI
- des travaux sont en cours de concertation avec les professionnels au sein du comité de pilotage de l'IRC

•Création d'un nouveau forfait prélèvement d'organe : afin de financer l'utilisation de machine à perfusion qui en améliorant la qualité des greffons devraient permettre l'augmentation du nombre de greffes.

•Maintenance de la liste d'actes des forfaits SE par la suppression d'actes pour cause :

- de création d'une prestation FSD dans le cadre de la convention médicale
- de fréquence nulle en SE
- de réalisation sans prestation hospitalière à plus de 95%,
- de réalisation au cours d'une hospitalisation à plus de 95%

3. Construction tarifaire 2012

Direction générale
de l'offre de soins

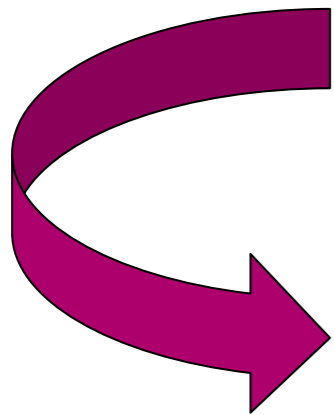


Processus d'élaboration des tarifs :

- **Calcul de nouveaux tarifs** lorsqu'une modification affectant le périmètre de manière importante intervient (révision de la classification), directement sur la base des résultats des ENCC.
- **Evolution de certains tarifs existants** dès lors qu'ils sont impactés par des mesures incitatives ou désincitatives, en fonction de leurs écarts aux tarifs issus des coûts de manière à parvenir progressivement à un rééquilibrage de toutes les activités

Etape 1 : changement de périmètre des GHM

- **Changements de classification** : révision des CMD14 et 15, création et suppression de GHM liés à la chirurgie ambulatoire.
- **Débasages et rebasages** : intégration de médicaments, inscription valves aortiques percutanées sur liste en sus, revalorisation FAG, forfait HT.



Certains tarifs 2012 non directement comparables aux tarifs 2011

Construction Tarifaire sur les CMD 14 et 15

Sanctuarisation des masses entre la CMD 14, la CM 15 et les racines impactées par le changement de la CM 15.

- Les masses tarifaires sont préservées puisque le changement de classification n'a pas pour objet de remettre en cause le financement de ces activités mais de mieux le répartir à travers une meilleure description de l'activité

Construction Tarifaire sur les CMD 14 et 15

Construction en 2 étapes :

- Tarifs issus des coûts (échelle de coûts 2009 V11d)
- Application de distorsions pour tenir compte des contraintes de santé publique de 2010 (césarienne, accouchement par voie basse, activités lourdes) et des mesures de convergence ciblée

Tarif des GHS sans données de coûts : Tarif 2012 = Tarif moyen 2011

Construction Tarifaire sur les CMD 14 et 15

- **CMD 14** : Supplément antepartum pour les séjours avec accouchement
 - Supplément = Tarif issu du coût journalier observé sur la racine faux travail et menace d'accouchement prématuré
- **CMD 14** : Séjour sans accouchement
 - GHM Faux Travail et Menace d'Accouchement Prématuré
 - Contrainte Borne Haute : 4 jours sur les deux secteurs
 - Contrainte sur l'EXH = supplément journalier antepartum

Construction Tarifaire sur les CMD 14 et 15

- **CM 15** : Création de nouvelles racines en dehors de la CM 15
 - Tarif 2012 = Tarif moyen 2011
- **CM 15** : Racines en dehors de la CM 15 impactées par le changement de classification → Pas de changement du tarif

Résultats par niveaux de maternité

Comparaison recettes Tarifs 2011 CMD 14 et 15 VS recettes Tarifs 2012 CMD 14 et 15 (inclut changement de classification, changement de périmètres et taux d'évolution des tarifs obstétriques).

Données activités M11 2011 sur secteur ex DGF

Donnes activités M9 2011 sur secteur ex OQN

Niveau	Ex DGF			Ex OQN		
	Masse Tarifs 2012	Evolution en €	Evolution en %	Masse Tarifs 2012	Evolution en €	Evolution en %
1	387 576 875	1 669 173	0.43%	248 048 818	3 132 599	1.26%
2A	426 648 389	205 926	0.05%	206 325 761	2 519 960	1.22%
2B	556 967 621	2 377 963	0.43%	34 039 444	548 191	1.61%
3	979 971 321	9 767 056	1.00%	4 765 040	62 144	1.30%
Autres	2 600 507	- 259 773	-9.99%	45 605	3 632	7.96%
Total	2 353 764 713	13 760 344	0.58%	493 224 669	6 266 525	1.27%

Réintégration de molécules onéreuses

- Réintégration de **11 molécules** ne correspondant plus aux critères d'inscription définis dans la recommandation de principe du CH : Alfalastin, Bicnu, hexvix, Faslodex, Fasturtec, Javlor, Insuplant, Prialt, Xigris, Theprubicine, Monoclata

- ↳ Les montants moyens sont réintégrés au sein des tarifs des GHS concernés hors EMI (très faible)

- Réintégration du **Taxotere** (docetaxel), anticancéreux générique

- ↳ Considérant la forte baisse des prix d'achat et la poursuite de cette tendance dans les mois à venir : 70€ pour 20mg en septembre 2011 / prix négocié pour mars 2012 à 12,90€ pour 20mg

Réintégration : moyenne entre le montant du dernier remboursement connu (novembre pour ex-DG et octobre pour ex-OQN) et le remboursement attendu à mars 2012

Réintégration uniquement dans les 2 GHS de chimiothérapie pour tumeur (séances et HC) hors EMI

Etape 2 : Modulation tarifaire 2012

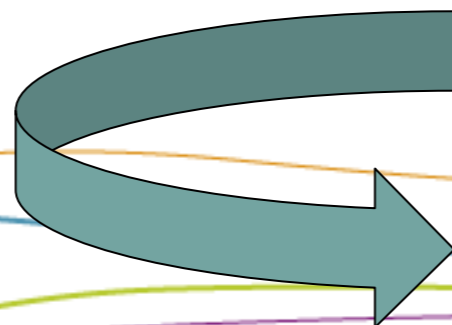
Pour effectuer ces modulations sur des activités ciblées, l'ATIH a réalisé une **étude portant sur l'adéquation des financements par rapport aux charges des établissements** (Utilisation des ENCC 2006/2007/2008/2009 pour le secteur ex-DG, 2006/2007/2009 pour le secteur ex-OQN).

Une présentation de cette étude sera faite avec l'appui de l'ATIH au cours d'une réunion technique

→ **Outil d'aide à la décision** qui a permis de réduire les écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts pour tous les tarifs modulés.

Des modulations ont donc été apportées sur les champs suivants :

- Chirurgie ambulatoire
- Convergence ciblée
- Liste HT



Tarifs 2012

- **Poursuite des incitatifs** : dans la continuité des campagnes précédentes les mesures mises en œuvre s'intègrent dans un ensemble cohérent de mesures concourant au développement de la chirurgie ambulatoire : programme de gestion du risque, fixation d'objectifs dans le cadre des CPOM Etat/ARS
- **2012** : Application d'une série de mesures avec un double objectif
 - **Favoriser** le développement de la chirurgie ambulatoire par le déploiement de multiples leviers;
 - **Évaluer ex-post** les leviers les plus efficaces, notamment suppression des bornes basses.
- **Méthode** : groupe de travail et prise en compte des remarques et des apports des fédérations hospitalières et des sociétés savantes pour aboutir aux mesures 2012 (cf. réunion de concertation du 26 janvier 2012).

Les mesures 2012 :

- Tarif unique J/1 :
 - pour 12 nouveaux GHM à l'activité substituable (66% d'actes comparables) ;
 - pour les 8 nouveaux GHM en J créés en 2012.
- Rapprochements tarifaires entre le J et le 1 pour 18 GHM en limitant l'écart tarifaire à 25% (activités non substituables).
- Incitation aux pratiques innovantes ambulatoires par la suppression des bornes basses (11 GHM dans le secteur ex-DG et 16 dans le secteur ex-OQN)
- Revalorisation tarifaire de l'ensemble de la chirurgie classée en J à son coût ajusté à la masse tarifs
- Diminution des tarifs des GHM dont le taux d'ambulatoire est > à 80% et le sur financement est > à 10%.

- **Modifications postérieures à la concertation :**

Au vu des remontées des membres du groupe de travail il a été procédé à des ajustements :

- Abandon de la suppression des bornes basses pour 3 GHM
 - 06C091 appendicectomie non compliquée
 - 07C131 cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës
 - 13C051 intervention sur le système utéroannexiel pour tumeur maligne niveau 1
- Création du tarif unique pour tous les nouveaux GHM en J

- **Perspectives 2013 :**

- Travaux sur la classification des séjours ambulatoires ;
- Travaux sur l'homogénéisation des DMS entre secteurs.

- **Objectif** : Mise en œuvre de la mesure d'économie 2011 (100 M€ sur 10 mois)
- **Principes** :
 - **Concertation avec les fédérations hospitalières** (GT évolution du modèle)
 - **Elargissement de l'assiette** : **425 GHS** en 2012 contre 193 GHS en 2011 du fait d'une méthode de sélection différente
 - **Méthode de sélection différente** : fondée sur **une approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et coûts ajustés à la masse tarif** et non plus sur une analyse médico-économique
Et intégration dans la démarche des activités liées à des politiques publiques jusqu'à présent écartées (cancer, activités lourdes ...)

- **Méthode de sélection** : l'ensemble des GHM **sur-financés à plus de 5%** contribuent à la mesure de convergence à l'exception des GHM suivants :
 - GHM impactés par la révision des CMD 14 et 15
 - GHM en tarif unique (J /1) et autres GHM de chirurgie ambulatoire
 - GHM ayant convergé à 100% en 2010
 - Tarif moyen privé (y compris honoraires) > tarif moyen du public
 - GHS n'existant pas dans le secteur ex-OQN
 - GHS majorés
- **Classement en 2 catégories** :
 - **Groupe 1** : GHS sur-financés à plus de 5% de leur écart coût/tarif ajusté
 - **Groupe 2** : GHS afférents à des politiques publiques (cancer, soins palliatifs, activités lourdes, AVC).

Cette distinction permet d'appliquer un niveau de contrainte différenciée pour les activités spécifiques

Taux de convergence : application de taux de rapprochement différenciés entre le tarif et le coût ajusté à la masse tarif pour chacun des deux groupes, avec un taux moindre pour les politiques publiques (limitation de l'impact à 30M€)

Activité Type	Nb de GHM	Part de la masse tarif	Taux diminution de l'écart	Ecart en % après diminution	Taux Evolution tarifs
Activité lourde	75	15%	-10%	16%	-1,4%
AVC	2	3%	-10%	12%	-1%
Cancer	49	23%	-10%	10%	-0,9%
Soins Palliatifs	3	10%	-10%	21%	-2,3%
Autres activités	296	49%	-36%	11%	-3,5%
Total	425	100%	-22%	12%	-2,4%

Secteur ex-OQN :

- Application de la même méthode que pour les ex-DG ;
- **39** GHS concernés ;
- Masse dégagée → Redistribution au sein du secteur à la différence du secteur ex-DG;
- Redistribution au bénéfice d'activités de chirurgie dites de haute technicité ayant un écart négatif avec les tarifs issus des coûts (rapprochement à hauteur de 75%).

Etape 2 : Modulation tarifaire 2012

Focus sur le nombre de GHM modulés :

Focus modulation	ex-DG		ex-OQN	
	nbre de GHM	% de GHM	nbre de GHM	% de GHM
Convergence	425	83%	39	23%
Chirurgie ambulatoire	89	17%	94	55%
Liste HT	/	/	37	22%

Au final: le tarif est resté **stable** car pas de changement de périmètre, pas de changement de classification, pas de modulation tarifaire

- pour **1 533 GHS** dans le secteur ex DG (60%)
- pour **1 446 GHS** dans le secteur ex OQN (58%)

- **Dialyse** : Travaux sur l'évolution du modèle de financement
- **Urgences** :
 - Travaux sur les MIGAC (SMUR, SAMU)
 - Travaux sur les tarifs et les forfaits annuels alloués aux services d'urgences.
- **Chirurgie ambulatoire** : travaux sur la classification
- **Réanimation/ SI/ SC** : Travaux sur l'adéquation financement/charges
- **HAD** : Travaux sur l'évolution du modèle de financement
- **Homogénéisation du modèle de financement** :
 - Travaux sur l'homogénéisation des DMS entre secteurs
 - ...

Evolution des MIGAC

- Parmi les grandes orientations de fond qui ont été concertées pour les MERRI :
 - disparition de la **part fixe** sur 5 ans entamée dès 2012 au profit de la part modulable.
 - introduction d'un **coefficient géographique** sur certaines MERRI.
- Suppression de la MERRI ATU régionales.
Dès 2012, l'ensemble des ATU est suivi par la DGOS via FICHCOMP. La délégation est faite au fil de l'eau par la DGOS en JPE avec un remboursement à l'euro près. Il n'y aura plus d'enquêtes à mener par les ARS.

- **La coordination des parcours de soins en cancérologie** : en application du plan cancer pour mettre en place des infirmiers de coordination sur la base d'une expérimentation menée par l'INCa
- **Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson** : en application du plan national d'actions 2011-2014 pour coordonner l'action des centres de prise en charge.
- **Le transport sanitaire bariatrique** : en application du plan obésité, pour permettre l'équipement des transports sanitaires en matériel adapté.
- **La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997** : s'applique à un établissement de santé dont les charges de personnel sont supérieures à celles des autres établissements pour des raisons réglementaires.
- **L'effort d'expertise des établissements de santé** : MERRI qui indemnise les établissements de la participation de leurs praticiens à des évaluations et des jurys d'appels à projets nationaux.

La délégation en mode justification au premier euro

- **Rappel :** La justification au premier euro est déjà employée pour l'ensemble des MERRI et pour trois MIG.
- Elle permet de sortir de la logique de base budgétaire indistincte des MIGAC et flèche les financements. La DGOS souhaite l'étendre pour clarifier les dotations des MIGAC.
- En 2012, les dotations des 5 MIG nouvellement créées seront déléguées en justification au premier euro (JPE).
- 8 MIG dont les dotations étaient auparavant en base seront déléguées en 2012 en justification au premier euro (JPE) :
 - Les centres de diagnostic pré implantatoire
 - L'observatoire national de la fin de vie
 - Les coordinateurs régionaux d'hémovigilance
 - Le centre national de ressources de la douleur
 - Le centre national de ressources pour les soins palliatifs
 - Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques
 - La contribution à l'ENCC
 - Les actions de coopération internationale

Compensation partielle des effets revenus de la réforme AME

Compensation des effets revenus dus à la réforme AME

Principes de la nouvelle tarification : Alignement des modalités de calcul des séjours AME sur celles des assurés de droit commun mais prise en compte des spécificités des patients AME.

Création de deux coefficients de majoration :

- un coefficient pérenne de 30% lié à la spécificité de la prise en charge des patients AME et applicable à l'ensemble des séjours MCO, qu'ils aient lieu dans un établissement ex DG ou ex OQN ; il s'applique après application des coefficients géographiques éventuels aux GHS et GHT.
- un coefficient transitoire pour les établissements ex DG, de 2 % en 2012 et de 2 % en 2013.

L'impact de la réforme AME correspond à **137 M€** (en fourchette haute, toutes activités confondues) avant application des coefficients et à **97 M€** après.

Compensation des effets revenus dus à la réforme AME

Une compensation partielle de ces pertes est prévue sous forme de AC non reconductible, à hauteur de **30 M€**.

La clé de répartition est basée sur les critères suivants :

- Part des pertes de l'établissement sur la perte totale (80% de la compensation)
- Part de la perte de l'établissement rapporté à ses recettes totales (T1+T2+T3) (20% de la compensation).

Seuils d'éligibilité à cette dotation :

- La perte de l'établissements de santé (ES) doit être supérieure à 50 K€, afin d'éviter le saupoudrage.
- La dotation par ES ne pourra excéder 60% du montant de la perte subie après application des coefficients.