



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Rapport 2013 au Parlement sur le financement des établissements de santé

*(Loi 2011 1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour
2012 - Art. L 162-22-19)*

Sommaire

Rappel des dispositions législatives relatives au rapport	6
1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2012 ont servi au cadrage de la campagne 2013.....	13
1.1. L'exécution 2012 sur le champ ODMCO	13
1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2012.....	13
a) Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité : un nombre de séjours en hausse.....	13
b) Evolution du volume économique.....	14
c) Evolution des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS).....	16
d) Evolution des durées de séjours par catégorie d'activités de soins (CAS).....	16
e) Evolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD) hors séances. ..	17
f) Evolution par classes d'âge et contribution à la croissance des dépenses	18
1.1.2. Zoom sur quelques activités	19
1.1.2.1 Evolution des séances : chimiothérapie, radiothérapie et dialyse	19
a) Activité de chimiothérapie.....	20
b) Activité de radiothérapie	22
c) Activité de dialyse	23
1.1.2.2 Hospitalisation à domicile (HAD)	26
1.1.2.3 La chirurgie ambulatoire	28
a) Focus sur les 19 couples en tarif unique depuis 2009/2010.....	29
b) Focus sur les 21 couples en tarif unique depuis 2012.....	32
1.1.2.4 Les soins palliatifs.....	33
a) L'activité de soins palliatifs en médecine.....	33
b) L'activité de soins palliatifs en SSR	36
c) L'activité de soins palliatifs en HAD.....	37
1.2. L'exécution 2012 sur les champs SSR et psychiatrie.....	37
1.2.1. Le champ des soins de suite et de réadaptation	37
1.2.2. Le champ de la psychiatrie	38
1.3. L'exécution 2012 sur le champ des dotations hors DAF	39
1.3.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économique sur le champ des dotations MIGAC en comparaison avec les années antérieures et création du FIR	39
1.3.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC	40
1.3.3. Mises en réserves prudentielles des dotations AC et dégelés en 2012	43
1.3.4. Les dotations FMESPP et FIQCS ont également contribué en 2012 au financement des projets des établissements de santé.....	44
1.3.4.1. Les dotations versées au titre du FMESPP	44
1.3.4.2. Les dotations versées au titre du FIQCS.....	45
1.4. La situation financière des établissements de santé entre 2010 et 2012.....	46
1.4.1. La Situation financière des établissements ex-DG	46

1.4.2.	La situation financière des cliniques privées	49
2.	Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2013.....	51
2.1.	Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2013.....	51
2.1.1.	Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2013	51
2.1.2.	Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres	51
2.2.	Les évolutions apportées en 2013 sur le champ ODMCO	52
2.2.1.	Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO.....	52
a)	Les évolutions de la classification des GHM (V11E)	52
b)	Les évolutions des catégories de prestations.....	53
c)	Les évolutions concernant la liste en sus	54
2.2.2.	Les modalités de construction tarifaire en 2013 : une transition vers le principe de neutralité tarifaire.....	54
a)	Phase 1 : mesures modifiant le périmètre des tarifs.....	55
b)	Phase 2 : modulations tarifaires 2013	55
c)	Des mesures en faveur de l'amélioration de l'accès à l'IVG : prise en charge assurance maladie et revalorisation tarifaire	56
2.2.3.	La fin de la convergence tarifaire	56
2.2.4	Les garanties du respect de l'ONDAM : mises en réserve et coefficient tarifaire prudentiel.....	56
2.3.	Les évolutions apportées en 2013 sur le champ des MIGAC et du FIR.....	58
2.3.1.	Les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC et du FIR en 2013	58
a)	Le FIR : un outil budgétaire conforté par un abondement par les MIGAC.....	58
b)	Articulation FIR - MIGAC	59
c)	Evolution de la dotation MIGAC 2013	59
2.3.2	Les évolutions des MERRI	59
a)	Poursuite du basculement de la part fixe vers la part modulable des MERRI et améliorations du modèle	59
b)	MERRI variables : évolution du financement de quelques missions	60
2.3.3	Les modélisations 2013 des autres MIG	60
2.3.4.	Publication du guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG).....	62
2.4.	Les évolutions apportées en 2013 sur les champs SSR, psychiatrie et USLD	63
2.4.1.	Les évolutions en termes de classification sur le champ SSR	63
2.4.2.	Les modalités de construction de la campagne en 2013	64
2.5.	En parallèle des évolutions apportées au modèle de financement, les outils non financiers de régulation visent à améliorer le pilotage de l'offre de soins	64
2.5.1.	Finalisation des PRS, dont analyse en cours des SROS	64
2.5.2.	Les travaux sur la pertinence des soins	65
3.	Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé.....	68
3.1.	Les perspectives d'évolution de la T2A dans le champ des établissements MCO : les travaux en cours.....	68
3.1.1.	Le financement à la qualité : construction du modèle de l'expérimentation et pistes de généralisation	68
a)	L'expérimentation prévue sur 2012-2014	68

b) Perspectives	69
3.1.2. L'adaptation de la T2A aux activités isolées.....	69
a) L'étude sur le financement des établissements isolés devrait aboutir à des propositions d'ici début 2014.....	70
b) La situation des ex hôpitaux locaux.....	70
3.1.3. Les travaux menés sur les urgences	71
3.1.4. Les travaux sur l'amélioration de la mesure des coûts dont la réanimation	71
3.1.5. L'adaptation de la T2A aux activités non-programmées	72
3.1.6. Le principe de neutralité tarifaire	73
3.1.7. Financement de la radiothérapie et études de coût	74
3.1.8. Financement et organisation de la prise en charge de l'IRC	75
3.1.9. Les travaux en cours sur l'hospitalisation à domicile.....	75
a. La vision prospective pour l'HAD.....	75
b. L'engagement de travaux techniques.....	76
3.2. Les travaux conduits sur le champ MIGAC	76
3.2.1. Des travaux menés en collaboration étroite avec les autorités sanitaires, les professionnels de santé et les associations de patients.....	76
3.2.2. Les travaux conduits en 2013 pour faire évoluer le modèle de financement	77
3.4. Les évolutions des systèmes d'information: pour une meilleure transparence dans l'allocation des ressources	80
3.2.5. Les procédures d'allocation et la perspective d'une simplification de la gestion de certaines MIG	81
3.3. Les perspectives d'évolutions des modèles de financement hors du champ MCO	82
3.3.1. Perspectives d'évolution du modèle de financement des SSR en Intégrant la logique de parcours de soins.....	82
3.3.2. La réforme des modalités de convergence des USLD	83
Annexe 1 : Evolutions par CMD – secteur ex DG et secteur ex OQN.....	85
Annexe 2 :	89
Liste des 19 couples de racines.....	89
Annexe 2 :	90
Liste des 21 couples de racines.....	90
Annexe 3 : Les évolutions des catégories de prestations	91
Annexe 4 : Améliorer la connaissance des coûts des séjours hospitaliers.....	92
Annexe 5 : Composition du CORETAH	94
Annexe 6 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC	95

Rappel des dispositions législatives relatives au rapport

Suite à la suppression de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, mise en œuvre dans le cadre de la LFSS pour 2013, la partie concernant ce processus a été supprimée de l'article explicitant le contenu du rapport (anciennement 3°)

Article L162-22-19

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements.

INTRODUCTION

Les rapports de la MECSS, publié le 25 juillet 2012, et ceux de l'IGAS et de l'IGF de mars et avril 2012, constituent les contributions les plus récentes à l'analyse critique du modèle de financement de l'activité hospitalière. S'appuyant sur de nombreuses consultations des acteurs, leurs recommandations ne remettent pas en question les principes fondamentaux de la T2A, mais invitent le Gouvernement à impulser un nouveau cycle d'évolution du modèle ayant pour but de gagner en équité et en transparence, de s'inscrire dans une « stratégie de la qualité »¹, mais aussi permettant de progresser en termes de lisibilité et de stabilité.

Ces ambitions nécessitent, pour rester cohérentes, d'être précisées, hiérarchisées et mises en perspective pluriannuelle. En effet, leur mise en œuvre impose que l'impact des évolutions envisagées puisse être anticipé par tous les acteurs. D'abord parce que les pouvoirs publics doivent en maîtriser le rythme et les effets, mais aussi parce que certaines d'entre elles reposent sur la transformation voire la création préalable d'outils, principalement pour recueillir, valider et traiter l'information pertinente.

Par ailleurs, la tarification à l'activité ne constitue que l'un des leviers de transformation des activités hospitalières. Il est donc essentiel de préciser son rôle en cohérence avec l'ensemble des politiques publiques du secteur.

Les principales orientations et problématiques soumises à la concertation des acteurs pour réformer la T2A sont présentées ci-après et font l'objet de réflexions et de travaux pilotés par le Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) installé par Madame la Ministre des affaires sociales et de la santé en décembre 2012.

1. REPENSER LA T2A POUR UNE ALLOCATION DE RESSOURCES PLUS EQUILIBREE

La mise en œuvre de la T2A avait pour vocation de mettre un terme à la logique de la dotation globale qui, compte tenu de son caractère relativement figé, ne permettait pas de tenir compte des différentes dynamiques d'activité des établissements. Ces derniers faisaient l'objet d'une délégation de crédits fondée sur des bases historiques le plus souvent inéquitables.

La T2A vise au contraire à financer les établissements de santé sur la base de la nature et de leur volume d'activité. Cette réforme a permis d'engager un réel dynamisme des établissements pour répondre aux besoins de soins. Dans ce cadre, l'hôpital public en particulier a pu développer son activité de façon plus dynamique que le secteur privé. En contrepartie, les difficultés locales d'adaptation, voire les erreurs dans les choix stratégiques ou dans la gestion, apparaissent davantage.

Outre son effet sur l'offre de soins, la T2A a permis une prise en conscience des enjeux médico-économiques au sein des établissements (définition de projets d'établissements à partir d'analyses plus fines des besoins de soins à satisfaire, mais aussi des complémentarités ou des concurrences présentes sur les territoires de santé ; développement des outils et du dialogue de gestion, etc.).

Les outils mis à la disposition du régulateur ont eux aussi progressé : évolutions du PMSI, de la description des activités (classification V11 en 2009), effort de modernisation des SI hospitaliers, montée en charge de l'ATIH achevée en 2011, amélioration du suivi statistique de l'exécution de l'ONDAM.

Pour autant, l'assurance qualité des processus à la base de la régulation financière reste un chantier embryonnaire. Si la logique de régulation prix-volume a permis un respect de l'ONDAM, les outils pour une régulation plus ciblée, et davantage axée sur la production elle-même (benchmark et la promotion des meilleures pratiques) que sur les prix, restent à construire. C'est en particulier le cas de ceux mis à la disposition des ARS pour agir simultanément sur les dimensions territoriales et financières aux fins, en cohérence avec les priorités nationales, de piloter les transformations de l'offre régionale de soins.

¹ *Rapport d'information du Sénat sur le financement des établissements de santé – 25 juillet 2012*

Par exemple, aussi neutre au regard des coûts que puisse être la tarification à la base du financement à l'activité, elle résulte néanmoins d'un ou de plusieurs modèles micro-économiques implicites correspondant aux équilibres moyens de gamme et de volume d'activités des établissements retenus dans l'ENCC.

C'est pourquoi le financement au séjour via un tarif unique ne peut traiter de façon satisfaisante la situation des établissements dont l'activité dite « isolée » est sous-optimale en regard des équilibres économiques sous-jacents de la T2A, mais reste néanmoins indispensable sur leur territoire de santé. Cette situation concerne tant le secteur ex-DG, qu'ex-OQN (« cliniques vertes » par exemple) et le secteur MCO comme le SSR.

Un projet de mesure législative destinée à ouvrir de nouvelles modalités de financement pour les établissements exerçant ces activités isolées a été introduit dans le PLFSS pour 2014.

Parallèlement, il importe de trouver un meilleur équilibre entre les financements par les dotations et les financements par les tarifs. La plupart des intervenants auditionnés dans le cadre de la mission sénatoriale se sont prononcés en faveur du maintien de la T2A tout en appelant à la correction de ses imperfections voire de ses effets pervers et en visant un meilleur équilibre entre les financements strictement liés au volume de l'activité et ceux servis au moyen de dotations.

Si ce rééquilibrage est certainement souhaitable, notamment pour mieux prendre en considération les charges et les missions relevant du service public hospitalier, il faudra assumer la relative instabilité tarifaire qu'il ne manquera pas de produire, laquelle apparaît admissible si elle est étayée, argumentée et expliquée à l'ensemble des acteurs.

Il conviendra aussi d'éviter de reproduire les effets pervers de la dotation globale. Le financement doit pour une part déterminante continuer de « suivre le patient » si l'on ne veut pas que soient à nouveau financées des structures obsolètes, inappropriées ou surdimensionnées.

De plus, la contrepartie de l'augmentation des dotations consiste en la transparence des modalités de leur calcul et de leur attribution, dans le respect des normes internes et communautaires que rappelle le nouveau guide de contractualisation des dotations finançant les MIG publié en avril 2013.

Enfin, s'agissant de l'élargissement du champ couvert par la T2A, deux chantiers sont en cours : la réforme du financement des activités de SSR et le traitement du cas des ex-hôpitaux locaux. Le cas de la psychiatrie devra également être tranché.

2. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA PERTINENCE ET LA QUALITE DES PARCOURS DE SOINS DANS LE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS

Les évolutions de la T2A devraient installer la qualité des processus de soins en tant que finalité de la régulation et facteur de mobilisation des progrès attendus des établissements de santé non plus seulement dans leur gestion, mais aussi dans leur organisation interne. Ceci permet également d'ouvrir la régulation hospitalière vers les problématiques transversales comme la coordination des prises en charge et le paiement des parcours, des séquences de soins ou à la pathologie. Dès lors, le modèle de financement doit aussi prendre en considération les approches de la HAS (Haute autorité de santé) relatives aux bonnes pratiques médicales et celles de l'ANAP (Agence nationale pour l'amélioration de la performance des établissements de santé et médico-sociaux) pour les organisations efficientes.

Les réformes à venir de la T2A seront donc placées sous l'égide d'une forte exigence de qualité appliquée autant aux processus de production des soins hospitaliers qu'aux processus de la régulation elle-même.

Les travaux entrepris par la HAS sur la pertinence des soins, initiés à partir du constat de fortes atypies inter et infra régionales, doivent être poursuivis. Ils seront utiles pour la pédagogie des acteurs, en les amenant à s'interroger, sur l'adéquation de leurs pratiques avec les préconisations des référentiels en cours d'élaboration. Cependant, la contestation de la pertinence des prises en charge, surtout si elle doit être robuste au contentieux, échappe aux approches statistiques et nécessite une évaluation

individuelle des dossiers des patients, ce qui est difficilement concevable dans le cadre de la macro-régulation.

En revanche, le modèle de financement peut s'appuyer, d'une part et en aval, sur l'appréciation qualitative du résultat des prises en charge et, d'autre part et en amont, sur l'élaboration de modèles de coûts associés aux processus de soins correspondant aux meilleures pratiques de soins (HAS) et organisationnelles (ANAP) et plus seulement à la moyenne des pratiques observées comme aujourd'hui.

L'exercice 2013 a marqué une étape importante pour mieux assurer la cohérence entre le financement de l'activité hospitalière et la qualité et la sécurité des soins produits. En effet, est expérimentée, sur la base d'un échantillon de 220 établissements volontaires et sélectionnés à partir de 450 volontaires, une méthodologie de classement des établissements permettant de faire émerger ceux qui produisent les plus grands efforts d'amélioration dans le domaine de la qualité.

Le très fort investissement des fédérations hospitalières depuis l'ouverture de ce chantier début 2010 témoigne de la priorité qu'elles accordent à cette thématique et constitue un augure très favorable pour sa réussite.

Parallèlement, la concertation menée au sein du CORETAH devra porter à la fois sur une meilleure identification des prises en charge incontestablement liées à des événements indésirables évitables ainsi que sur les ré-hospitalisations évitables, première étape avant d'envisager une éventuelle prise en compte dans le modèle de financement.

Une des limites des études nationales de coûts à méthodologie commune aux deux secteurs (ENCC) tient en effet à ce qu'elles produisent une hiérarchie des activités fondée sur l'observation de leurs coûts passés, ramenés à la moyenne. Or, il peut être soutenu que le coût moyen, s'il approche les pratiques les plus répandues, ne garantit pas que celles-ci soient les plus efficaces d'un point de vue médical et organisationnel, donc économique.

De plus, certaines activités sont parfois trop rares pour relever d'une approche statistique : par nature (recours exceptionnel par exemple) ou temporairement (apparition de pratiques innovantes).

C'est pourquoi devront être clarifiés les critères permettant de déterminer celles des activités qui relèvent d'une approche par le coût moyen, et celles qui relèvent d'une approche à partir des meilleures pratiques. Il est envisagé d'expérimenter ce type d'approche dès 2014, et son extension devra être préparée par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Accélérer la diffusion des bonnes pratiques médicales et organisationnelles apparaît en effet non seulement comme un gage d'efficacité, mais aussi comme une incitation à l'amélioration continue de la qualité de service rendu aux patients.

Au-là du champ du soin aigu, la réforme du financement du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) s'oriente ainsi vers le paiement au parcours de soins ou à la séquence de prise en charge. La classification des activités de SSR, en cours d'élaboration en lien avec les fédérations, devrait être marquée par l'abandon de la notion de séjour au profit de la notion de séquence, afin d'éviter la construction d'un modèle de type MCO qui ne pourrait refléter ni l'activité spécifique du SSR, ni prendre en compte les évolutions de la prise en charge des patients.

La réforme du financement en SSR doit permettre une première approche du financement d'un parcours intégrant les différentes phases de prise en charge dont celles, par exemple, en ambulatoire en amont et/ou en aval de l'hospitalisation complète en établissement SSR.

La réflexion pourrait ainsi conduire à lier coordination des prises en charge par plusieurs personnes morales (ou entités juridiques) et coordination des financements et à s'interroger dans cette perspective sur le rôle des SSR dans la recherche de pertinence des prises en charge, la coordination des parcours et l'orientation des patients.

3. SIMPLIFIER ET PRECISER LES PRINCIPES DU MODELE DE FINANCEMENT

L'aspiration à la stabilité du modèle de financement, exprimée par de nombreux acteurs, ne peut évidemment pas s'entendre comme une demande de non variation des tarifs, ce qui constituerait d'ailleurs un obstacle insurmontable à la satisfaction de la plupart de leurs autres demandes. Ainsi, et en application de l'engagement de transparence de la régulation, la cible à moyen terme du modèle de financement doit être clarifiée, et la stabilité des méthodes retenues pour progresser dans sa direction doit garantir la visibilité nécessaire aux gestions anticipatrices, tout en rendant lisibles la nature et l'ampleur des écarts entre les principes structurants du modèle et les financements réellement servis.

Le respect de cette ambition doit être garanti par la transparence de la régulation nationale, qu'il s'agisse de sa gouvernance, du choix des orientations du modèle de financement ou de ses modalités de fonctionnement.

Les tarifs associés aux groupes homogènes de malades (GHM) reposent sur des études nationales de coûts à méthodologie commune aux deux secteurs (ENCC) réalisées sur un échantillon d'établissements dont la qualité de la comptabilité analytique est préalablement vérifiée et validée par l'ATIH.

Les rapports précités suggèrent de rapprocher la hiérarchie des tarifs publiés de celle des coûts observés afin d'améliorer la neutralité de l'allocation des financements entre les diverses activités et éviter ainsi les situations de rente ou de sous-financement.

A ce jour en effet, les tarifs publiés ne respectent pas totalement cette cohérence. Près de la moitié des tarifs du secteur ex-DG publiés en 2012 sont désormais alignés sur les tarifs issus des coûts (à plus ou moins 5%) ; il en est de même pour près d'un tiers des tarifs du secteur ex-OQN.

Le CORETAH a été saisi de ce sujet, qui doit faire l'objet de travaux dans les années à venir.

Le renforcement du rôle central des études de coûts impose, d'une part, que soient d'avantage précisés leur périmètre et leur contenu et, d'autre part, que leur robustesse méthodologique soit scientifiquement validée. En effet, les rapports précités ont nourri une critique assez dense des ENCC. Il convient d'y répondre de façon précise au moyen de positions claires et de travaux scientifiquement validés.

Le premier sujet à traiter est celui de la composition des échantillons d'établissements : sont-ils réellement représentatifs en nombre et en qualité ?

D'autres questions relatives aux études de coûts, lesquelles fondent la réflexion autour de la neutralité tarifaire, concernent leur périmètre et en particulier le traitement du financement des investissements.

Si le financement des équipements et des plateaux techniques est assuré par les tarifs, la question du mode de financement des coûts de structure est plus complexe. La prise en compte des charges d'amortissement de l'immobilier, des charges financières des emprunts ou de l'actif net immobilisé devra être clarifiée, notamment à mesure que progressera le chantier ouvert sur l'amélioration de la qualité comptable des établissements publics et que seront arrêtées les politiques publiques relatives à l'investissement hospitalier.

Le pilotage par les TIC des tarifs publiés guide les réflexions qui se poursuivent aujourd'hui sur le principe de la neutralité tarifaire, selon un échelonnement respectueux des capacités d'adaptation des acteurs aux effets revenus de cette politique.

Ceci nécessite aussi que soient clarifiées les finalités et les modalités des politiques incitatives, mieux justifiés les montants des financements mobilisés à leur profit ainsi qu'évalués leur efficacité et leur impact afin de faciliter la décision du « retour à la norme » lorsque l'incitation ne se justifie plus ou lorsqu'elle s'avère inefficace.

Car le besoin de marqueurs financiers des priorités nationales demeure, qu'il s'agisse des engagements présidentiels (annonce d'un troisième plan cancer ou du soutien aux soins palliatifs) ou de la compensation des charges spécifiques du service public hospitalier, par exemple.

Plusieurs options, sans doute complémentaires, peuvent être soumises à la concertation, une fois clarifiée la cible constituée par les tarifs neutres eux-mêmes construits à partir d'ENCC plus robustes.

Dans tous les cas, l'application des normes internes et communautaires imposera que soient justifiés en toute transparence les montants alloués aux priorités ainsi aidées.

En dernier lieu, il importe de chercher le meilleur équilibre entre exhaustivité et simplicité dans la classification descriptive des prises en charge. Le récent rapport d'information du Sénat sur le financement des établissements de santé² insiste en effet à de nombreuses reprises sur la relative complexité de la classification qui dresse la typologie des activités hospitalières : 2300 GHM (groupes homogènes de malades). Cette aspiration à la simplification et à la lisibilité est partagée par de nombreux acteurs.

Pourtant, nombreuses aussi sont les demandes d'une meilleure description de l'activité, laquelle conduit à augmenter le nombre de GHM : prise en compte des pratiques innovantes, dédoublement des GHM (hétérogénéité des prises en charge en regard d'une même racine aboutissant à cibler les GHM bénéficiant de la liste en sus ou compenser la lourdeur spécifique des prises en charge pédiatriques etc.), par exemple. Il convient aussi de rappeler que la plupart des acteurs n'emploient, pour décrire leur activité, qu'un nombre restreint de GHM.

La non exhaustivité de la classification actuelle est également traduite par le nombre des séjours qui ne peuvent être portés dans les GHM correspondant aux racines du modèle. En outre, il convient de souligner que le nombre de GHM existant a été considérablement augmenté lors de l'introduction, en 2009, des niveaux de sévérité qui peuvent aller jusqu'à quatre pour une même racine, alors que la classification repose sur seulement 600 racines, d'où les 2300 GHM actuels.

Enfin, la précision de la classification sert la régulation, c'est-à-dire les options retenues par le Gouvernement pour affiner sa connaissance de l'activité hospitalière et lui permettre d'ajuster la destination de certains financements, notamment dans le cadre des priorités inscrites dans les plans de santé nationaux.

En effet, une classification précise permet de mieux détecter les codages atypiques, de mieux analyser les déterminants de la dynamique de l'activité globale ou de mieux viser les cibles des politiques incitatives ou dés-incitatives.

C'est pourquoi les choix à opérer sous l'égide du conseil scientifique de l'ATIH devraient viser de façon pragmatique une actualisation limitée et progressive de la classification dans un cadre concerté avec les fédérations hospitalières et en la simplifiant, à chaque fois que possible, sur la base de leurs propositions.

Le Comité de réforme de la tarification hospitalière s'est emparé de ces sujets et ses travaux, menés dans la concertation avec l'ensemble des acteurs, permettent déjà d'inscrire dans le PLFSS 2014 un certain nombre de dispositions propres à faire évoluer sensiblement les dispositifs de financement des établissements de santé. Ses propositions seront mises à profit, selon son programme de travail pluriannuel, pour l'élaboration des futurs PLFSS dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé.

² 25 juillet 2012

SYNTHESE DU CHAPITRE 1

Le nombre global de séjours, dont plus de 26% sont des séances, a augmenté de + 1,8% en 2012 par rapport à 2011. La part d'activité du secteur ex-DG dans cette activité globale, mais hors séances, a progressé de 0,2% entre 2010 et 2012. Parallèlement, entre 2011 et 2012 et à classification constante, le volume économique a plus progressé dans le secteur ex DG (3,1%) que dans le secteur ex OQN (1%).

L'activité du secteur ex DG est plus hétérogène que celle du secteur ex OQN, puisque les 5 catégories majeures de diagnostic (CMD) les plus fréquentes représentent respectivement 44,5% et 64,8% de l'activité. Entre 2011 et 2012, la prise en charge des personnes âgées de plus de 80 ans a augmenté en 2012 de 6,1% dans le secteur ex DG et 3,8% dans le secteur ex OQN ; celle des personnes âgées de 65 à 69 ans a progressé respectivement de 9,3% et 8,5%. Globalement, les tranches d'âge 65-69 ans et 80 ans et plus contribuent à plus de 80% à la croissance des séjours en hospitalisation. Enfin, la durée moyenne de séjour enregistre une diminution, notamment pour la chirurgie non ambulatoire où elle s'établit à 6,97 jours dans le secteur ex DG et 4,51 jours dans le secteur ex OQN.

Les séances de chimiothérapie (+5%) et de dialyse (+4,2%) continuent de connaître une progression sensible entre 2011 et 2012. L'évolution des prises en charge, avec le développement des chimiothérapies orales en ville et l'incitation à la prise en charge en HAD, laisse cependant augurer d'une inflexion de cette tendance.

En 2012, la croissance de l'activité en HAD s'est poursuivie quoique de manière moins dynamique qu'entre 2006 et 2010 : 317 établissements totalisent 4,1 million de journées. L'activité de chirurgie ambulatoire s'est établie à 40,8% de l'activité totale de chirurgie (contre 32% en 2006), avec des différences notables selon les secteurs et selon les régions. Quant aux soins palliatifs, pour la première fois en 2012, le nombre de séjours ayant un diagnostic associé de soins palliatifs a dépassé le nombre de ceux l'ayant en diagnostic principal. Pour les prises en charge financées en DAF, l'activité en SSR a augmenté de 2% entre 2011 et 2012, cette progression étant plus marquée pour les établissements privés (+3,4%), et le nombre de journées en psychiatrie est en revanche resté quasi stable (+0,1%), avec une légère baisse dans le secteur public (-0,5%) et une hausse dans le secteur sous OQN (+2,4%),

Les dotations servant à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont augmenté en 2012 de 3,44 % à périmètre constant, c'est-à-dire sans tenir compte du versement au Fonds d'intervention régional (FIR) des ARS des dotations de 4 MIG. Près de 70% de ces dotations financent les MIG. Les AC ont été, en 2012 comme en 2011, affectées par des mises en réserve prudentielles (à hauteur de 33% des marges de manœuvre des régions en moyenne). Au titre du FMESPP, le total des délégations 2012 s'est élevé à quelque 208 M€, compte tenu de celles versées au FIR, et au titre du FIQCS, à 44 M€, compte tenu également des versements au FIR à partir de ce fonds pour plus de 210 M€.

Enfin, pour l'évolution récente de la situation financière des établissements de santé, les données provisoires de 2012 montrent que les comptes des établissements de santé ex DG seraient revenus à l'équilibre, avec un résultat global excédentaire d'environ 100 M€, lequel s'explique aussi par une modification des règles comptables, et une capacité d'autofinancement revenu à son meilleur niveau (4,6 Md€). Les cliniques privées à but lucratif dégagent globalement un résultat excédentaire en 2011, bien qu'un quart d'entre elles enregistre des pertes.

1. Les conditions de réalisation de l'exercice 2012 ont servi au cadrage de la campagne 2013

1.1. L'exécution 2012 sur le champ ODMCO

1.1.1. L'évolution de l'activité des établissements de « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en 2012

a) Vue d'ensemble de l'évolution de l'activité : un nombre de séjours en hausse

Les premiers enseignements que l'on peut tirer des résultats 2012 sont les suivants :

- En 2012, 23,4 millions de séjours³ dont 6,1 millions de séances ont été réalisés tous secteurs confondus.
- Entre 2011 et 2012, le nombre global de séjours a augmenté de +1,8%. Cette hausse concerne principalement la prise en charge en ambulatoire (+3,2%) et en séances (+2,9%).

Le secteur Ex DG réalise en 2012 47,6% des séjours sans nuitée, 72,3% des séjours en hospitalisation complète et 87,6% des séances. Le secteur Ex OQN réalise de son côté 52,4% des séjours sans nuitée, 27,7% des séjours en hospitalisation complète et 12,4% des séances. La part du secteur Ex DG concernant la prise en charge des séjours sans nuitée depuis 2010 (-0,2%) connaît une légère diminution au profit du secteur Ex OQN. Cette évolution est inverse concernant la prise en charge des séjours en hospitalisation complète (+0,9%), la part d'activité du secteur ex-DG dans l'activité globale (hors séances) progresse de +0,2% entre 2010 et 2012.

Tableaux n° 1 : Evolution du nombre de séjour par type d'hospitalisation

ex DG + ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2010/2011		Evolution 2011/2012	
	2010	2011	2012	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	5 948.3	6 146.3	6 345.1	198.0	+3.3%	198.8	+3.2%
Hospitalisation complète	10 858.6	10 882.3	10 918.0	23.6	+0.2%	35.7	+0.3%
Total hospitalisation	16 807.0	17 028.6	17 263.0	221.6	+1.3%	234.5	+1.4%
Séances*	5 729.7	5 964.1	6 137.4	234.4	+4.1%	173.3	+2.9%
TOTAL	22 536.7	22 992.6	23 400.4	455.9	+2.0%	407.8	+1.8%

ex DG	Séjours en milliers			Evolution 2010/2011		Evolution 2011/2012	
	2010	2011	2012	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	2 841.0	2 921.6	3 019.4	80.5	+2.8%	97.8	+3.3%
Hospitalisation complète	7 750.6	7 812.8	7 895.9	62.2	+0.8%	83.1	+1.1%
Total hospitalisation	10 591.6	10 734.4	10 915.3	142.8	+1.3%	180.9	+1.7%
Séances*	4 974.4	5 215.4	5 374.8	241.0	+4.8%	159.4	+3.1%
TOTAL	15 566.0	15 949.8	16 290.1	383.8	+2.5%	340.4	+2.1%

³ Activité réalisée par des établissements soumis à la T2A, séjours financés en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses).

Ex OQN	Séjours en milliers			Evolution 2010/2011		Evolution 2011/2012	
	2010	2011	2012	En milliers	En %	En milliers	En %
Séjours sans nuitée	3 107.3	3 224.7	3 325.7	117.4	+3.8%	100.9	+3.1%
Hospitalisation complète	3 108.1	3 069.4	3 022.0	-38.6	-1.2%	-47.4	-1.5%
Total hospitalisation	6 215.4	6 294.2	6 347.7	78.8	+1.3%	53.5	+0.9%
Séances*	755.3	748.7	762.5	-6.6	-0.9%	13.8	+1.8%
TOTAL	6 970.7	7 042.9	7 110.3	72.2	+1.0%	67.4	+1.0%

*séances financées en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses).

Source : ATIH 2012

- La part des séjours sans nuitée évolue peu entre 2010 et 2012, globalement et au sein de chaque secteur. Les évolutions sont plus marquées sur la chirurgie ambulatoire (cf. §1.1.2.1)

Tableau n° 2 : Part des modes de prise en charge par secteur

	Ex DG			Ex OQN		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Séjours sans nuitée	18%	18%	19%	45%	46%	47%
Hospitalisation complète	50%	49%	48%	45%	44%	43%
Total hospitalisation	68%	67%	67%	89%	89%	89%
Séances*	32%	33%	33%	11%	11%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*séances financées en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses).

Source : ATIH 2012

- La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète s'élève à 6,1 jours en 2012 dans le secteur ex DG et de 4,5 jours dans le secteur ex OQN. Cette DMS est restée stable entre 2010 et 2012.
- Par classe d'âge, les personnes âgées de plus de 80 ans représentent en 2012, 14,9% des séjours dans le secteur ex DG et 10,7% dans le secteur ex OQN, proportion en augmentation dans les deux secteurs par rapport à 2010 (ces proportions atteignaient respectivement 14,0% et 10,1%).

b) Evolution du volume économique

Le « volume économique » traduit à la fois les évolutions :

- du nombre de séjours ;
- de la structure d'activité résultant :
 - soit de l'évolution de la lourdeur des prises en charge ;
 - soit d'une amélioration du codage des informations médicales.

Il est obtenu en pondérant les séjours par leur tarif. Il apporte donc un éclairage sur l'évolution de la masse financière de l'activité mais ne peut pas être interprété directement comme un niveau de recettes pour les établissements⁴.

Le volume économique à classification constante des établissements du secteur ex-DG a progressé de +3,1% entre 2011 et 2012 dont un effet lié à la structure d'activité de +1,0%. L'ensemble des prises en charge est concerné par une hausse du volume économique.

Tableau n° 3 : Evolution du volume économique du secteur ex DG

EX DG	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2010/2011			Evolution 2011/2012		
	2010	2011	2012	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	2 157.3	2 269.5	2 393.0	112.3	+5.2%	+2.3%	123.4	+5.4%	+2.0%
Hospitalisation complète	22 995.0	23 679.3	24 344.8	684.3	+3.0%	+2.2%	665.5	+2.8%	+1.7%
Total hospitalisation	25 152.2	25 948.8	26 737.8	796.6	+3.2%	+1.8%	789.0	+3.0%	+1.3%
Séances*	1 615.8	1 724.9	1 805.7	109.1	+6.8%	+1.8%	80.8	+4.7%	+1.6%
TOTAL	26 768.0	27 673.7	28 543.5	905.7	+3.4%	+0.9%	869.8	+3.1%	+1.0%

*séances financées en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses).

Source : ATIH 2012

Pour les établissements du secteur ex OQN, le volume économique à classification constante a augmenté de +1,0%. Cette augmentation est le résultat de la hausse du nombre de séjours. Le volume économique est en hausse sur tous les types de d'hospitalisation, sauf l'hospitalisation complète.

Tableau n°4 : Evolution du volume économique du secteur ex OQN

EX OQN	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2010/2011			Evolution 2011/2012		
	2010	2011	2012	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
Séjours sans nuitée	1 588.2	1 667.3	1 734.5	79.1	+5.0%	+1.2%	67.2	+4.0%	+0.9%
Hospitalisation complète	4 944.2	4 985.7	4 980.3	41.6	+0.8%	+2.1%	-5.4	-0.1%	+1.5%
Total hospitalisation	6 532.3	6 653.0	6 714.9	120.7	+1.8%	+0.6%	61.8	+0.9%	+0.1%
Séances*	236.6	234.6	238.3	-2.0	-0.8%	+0.0%	3.7	+1.6%	-0.3%
TOTAL	6 768.9	6 887.6	6 953.2	118.7	+1.8%	+0.7%	65.6	+1.0%	-0.0%

*séances financées en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses).

Source : ATIH 2012

⁴ En effet, la valorisation monétaire mesure uniquement la production tarifaire des GHS (c'est à dire intègre la modalité de financement des séjours extrêmes mais pas les suppléments journaliers). Elle est opérée en tarif tout compris et ne tient pas compte des coefficients de transition afin de pouvoir comparer à périmètre constant les données de 2010 et 2011 avec celles de 2012. Il convient de noter que les données d'activité propres à chaque exercice sont groupées selon la même classification (c'est à dire en version v11d de la classification des GHM) et valorisées selon l'arrêté tarifaire en vigueur pour les deux secteurs au 1^{er} mars 2012.

c) Evolution des séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)

Les catégories d'activités de soins constituent une nomenclature en 8 classes permettant de suivre l'activité en croisant les principales activités de soins et les modes de prise en charge. Les catégories prépondérantes (hors séances) sont, en nombre de séjours :

Pour le secteur ex DG, 3 catégories représentent près de 50% de l'activité en nombre de séjours, environ 75% en volume économique) :

- les séjours sans acte classant donner définition acte classant en bas de page- avec nuitée (28% en nombre, et 45% en volume économique) ;
- les séjours sans acte classant sans nuitée (9,8% en nombre)
- la chirurgie non ambulatoire (9,9% en nombre et 27,8% en volume économique)

NB : Les séances représentent une proportion importante en nombre de séjours (33% pour le secteur ex-DG) mais relativement faible en volume économique (6.3%).

Pour le secteur ex OQN, 3 catégories concentrent près de 70% de l'activité (en nombre de séjours ainsi qu'en volume économique) :

- les techniques peu invasives (25,7%)
- la chirurgie non ambulatoire (22,1%)
- la chirurgie ambulatoire (21,3%)

Tableau n° 5 : Nombre de séjours par – 2 secteurs

ex DG + ex OQN	Nombre de séjours (en milliers)			Evolution	
	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
Catégorie d'activités de soins					
Chirurgie ambulatoire	1 940,94	2 085,25	2 188,36	+7,4 %	+4,9 %
Chirurgie non ambulatoire	3 197,15	3 197,03	3 178,10	-0,0 %	-0,6 %
Obstétrique-mère	1 146,54	1 123,67	1 116,65	-2,0 %	-0,6 %
Obstétrique-enfant	857,41	843,96	843,94	-1,6 %	-0,0 %
Séjours sans acte classant sans nuitée - médecine notamment	1 786,71	1 773,90	1 804,77	-0,7 %	+1,7 %
Séjours sans acte classant d'au moins une nuit - médecine notamment	5 207,17	5 243,42	5 282,79	+0,7 %	+0,8 %
Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)	2 671,07	2 761,33	2 848,44	+3,4 %	+3,2 %
Séances*	5 729,71	5 964,07	6 137,36	+4,1 %	+2,9 %
TOTAL	22 536,70	22 992,62	23 400,39	+2,0 %	+1,8 %

*séances financées en GHS uniquement (les séances de dialyse financées en forfait D ne sont pas incluses)

Source : ATIH 2012

d) Evolution des durées de séjours par catégorie d'activités de soins (CAS)⁵

L'analyse des durées de séjours pour les établissements du secteur ex-DG montre plusieurs phénomènes entre 2010 et 2012 :

⁵ Les CAS se décomposent en chirurgie (ambulatoire et non ambulatoire), séjours sans acte classant (avec et sans nuitée), obstétrique (enfant et mère), techniques peu invasives et séances.

- une diminution de la DMS sur la chirurgie non ambulatoire, qui se poursuit parallèlement à la progression du taux de chirurgie ambulatoire
- une relative stabilité de la DMS pour les séjours sans acte classant et l'obstétrique-mère ;
- une légère diminution de la DMS pour l'obstétrique-enfant et les techniques peu invasives.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, le même phénomène de diminution des durées de séjour est observé sur les séjours de chirurgie. Globalement pour les séjours chirurgicaux, la DMS est inférieure à celle des établissements du secteur ex-DG.

Pour les séjours sans acte classant en revanche, la durée de séjour est quasi-stable entre 2010 et 2012.

Tableau n°6 : Evolution de la DMS par CAS

	Durée moyenne de séjours (en journées)					
	ex DG			ex OQN		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Chirurgie ambulatoire	-	-	-	-	-	-
Chirurgie non ambulatoire	7.11	7.09	6.97	4.66	4.57	4.51
Séjour sans acte classant sans nuitée	-	-	-	-	-	-
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	6.32	6.37	6.31	5.23	5.21	5.24
Obstétrique mère	4.18	4.20	4.19	4.16	4.13	4.08
Obstétrique enfant	5.53	5.49	5.44	4.47	4.44	4.34
Techniques peu invasives	1.43	1.41	1.36	0.39	0.38	0.37

Source : ATIH 2012

e) Evolution des séjours par catégorie majeure de diagnostic (CMD) hors séances.

- Secteur ex DG :

Hors séances (qui représentent 33% des séjours du secteur en nombre, et 6,3% en volume économique), les séjours les plus fréquents concernent, comme en 2011 :

- o les affections du tube digestif (CMD 6) avec 10,2% des séjours hors séances
- o les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 10,0%
- o les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 9,3%
- o les affections du système nerveux (CMD 1) 7,9%
- o les affections de l'appareil respiratoire (CMD 4) 7,1%
- o les grossesses pathologiques, accouchements et post-partum (CMD 14) 7,6%, et 13,3% avec prise en compte de la prise en charge des nouveaux nés (CMD 15)

- Secteur ex OQN (hors séances) :

- o Les affections du tube digestif (CMD 6) avec 23,5% des séjours hors séances
- o Les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (CMD 8) 14,0%
- o Les affections de l'œil (CMD 2) 10,1%
- o Les affections ORL (CMD 3) 8,7%
- o Les affections de l'appareil circulatoire (CMD 5) 8,5%

Le secteur Ex OQN concentre 65% de ces séjours hors séance sur les 5 CMD mentionnées ci-dessus. A l'inverse, on remarque une activité plus hétérogène pour le secteur ex DG, se traduisant par une activité plus diversifiée, les 5 premières CMD les plus fréquentes représentant 45% de l'activité (hors séances).

Les tableaux des évolutions par CMD – secteur ex DG et secteur ex OQN- se trouvent en annexe 1

f) Evolution par classes d'âge et contribution à la croissance des dépenses

En 2012, 61% des séjours concernent des patients âgés de moins de 65 ans. La répartition des séjours par classes d'âge est quasiment équivalente entre les deux secteurs, à une exception près : le secteur ex-OQN concentre légèrement plus de séjours sur les personnes âgées de 40-64 ans au détriment de ceux âgés de 80 ans et plus.

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours augmente plus rapidement pour les personnes âgées de 65-69 ans et 80 ans et plus (tendance également observable dans chacun des deux secteurs observés séparément). Dans chacune des classes d'âge, le rythme de croissance est identique pour les hommes et pour les femmes. Pour les 65-69 ans, la croissance est liée à l'entrée de la deuxième génération du « baby-boom » dans cette classe d'âge. Par conséquent, ce sont les séjours associés aux patients âgés de 65 ans et plus qui expliquent la majorité de la croissance des séjours hospitaliers. Ce résultat est certes lié au phénomène de vieillissement de la population, mais également à une évolution des pratiques de soins et des pathologies sur cette tranche de population.

Au total, les tranches d'âge 65-69 ans et 80 ans et plus contribuent à plus de 80% à la croissance des séjours en hospitalisation.

Tableau n°7 : Evolution par classes d'âge – 2 secteurs confondus

Séjours /séances* en milliers	Nombre de séjours en 2012	Evolution du nombre de séjours 2011/2012	Contribution à la croissance des séjours
0-5 ans	1 571,94	-0,2%	-0,9%
5-19 ans	1 218,52	-0,6%	-1,8%
20-39 ans	3 500,20	+0,6%	5,4%
40-64 ans	8 012,15	+0,7%	12,8%
65-69 ans	2 061,53	+9,1%	42,0%
70-74 ans	1 885,85	+0,4%	2,0%
75-79 ans	1 962,10	-0,1%	-0,4%
80 ans et plus	3 188,10	+5,5%	40,8%
Total	23 400,39	+1,8%	100,0%

*hors séances de dialyse financées en forfait D

Source : ATIH 2012

Parmi les établissements du secteur ex-DG, en 2012, les jeunes patients de moins de 19 ans concentrent 13% des séjours et 10% du volume économique. Les personnes âgées de 20 à 64 ans représentent 47% des séjours, soit 43% du volume économique. Enfin, les séjours pour les personnes âgées de plus de 65 ans occupent 40% de l'activité, soit 47% du volume économique. Au sein de cette catégorie, ce sont les personnes âgées de 80 ans et plus qui concentrent le plus de séjours.

Pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique devient supérieure à la part en nombre de séjours. La lourdeur des pathologies associée aux personnes âgées est à l'origine de ce phénomène.

Tableau n°8 : Evolution par classes d'âge – secteur ex-DG

Montants en M€ Séjours/séances* en milliers	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	1 216,7	1 772,0	+1,0%	+0,7%	+0,3%	2,0%
5-19 ans	824,9	1 225,8	-0,6%	-0,8%	+0,2%	-0,9%
20-39 ans	2 344,5	3 991,3	+1,0%	+0,7%	+0,3%	4,4%
40-64 ans	5 395,2	8 158,7	+1,9%	+1,1%	+0,8%	17,3%
65-69 ans	1 402,6	2 200,7	+10,4%	+9,3%	+1,0%	23,8%
70-74 ans	1 300,7	2 192,3	+1,3%	+0,5%	+0,7%	3,2%
75-79 ans	1 375,8	2 605,4	+1,0%	-0,1%	+1,1%	3,0%
80 ans et plus	2 429,6	6 397,3	+6,9%	+6,1%	+0,8%	47,3%
Total	16 290,1	28 543,5	+3,1%	+2,1%	+1,0%	100,0%

*hors séances de dialyse financées en forfait D

Source : ATIH 2012

Parmi les établissements du secteur ex-OQN en 2012, les jeunes patients de moins de 19 ans concentrent 11% des séjours et 6% du volume économique. Ce sont les personnes âgées de 20 à 65 ans qui représentent environ la moitié de l'activité, que ce soit en nombre de séjours ou volume économique. Les patients âgés de 65 ans et plus concentrent 36% des séjours et 45% du volume économique.

Comme pour le secteur ex-DG, pour les tranches d'âges supérieures à 65 ans, la part en volume économique devient supérieure à la part en nombre de séjours.

Tableau n°9 : Evolution par classes d'âge – secteur ex-OQN

Montants en M€ Séjours/séances* en milliers	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
0-5 ans	355,23	224,34	-3,0%	-3,1%	+0,2%	-10,5%
5-19 ans	393,54	236,33	-0,7%	-0,2%	-0,5%	-2,6%
20-39 ans	1 155,68	1 036,40	+0,2%	+0,6%	-0,4%	2,9%
40-64 ans	2 616,90	2 340,43	-0,3%	-0,3%	-0,0%	-9,1%
65-69 ans	658,90	673,92	+8,5%	+8,5%	-0,0%	80,5%
70-74 ans	585,18	650,01	-0,5%	+0,2%	-0,8%	-5,5%
75-79 ans	586,28	695,18	-0,8%	-0,1%	-0,6%	-8,2%
80 ans et plus	758,54	1 096,58	+3,2%	+3,8%	-0,5%	52,5%
Total	7 110,26	6 953,19	+1,0%	+1,0%	-0,0%	100,0%

*hors séances de dialyse financées en forfait D

Source : ATIH 2012

1.1.2. Zoom sur quelques activités

1.1.2.1 Evolution des séances : chimiothérapie, radiothérapie et dialyse

10,6 millions de séances ou forfaits ont été réalisés en 2012, dont 6,1 millions financés en GHS.

L'activité de chimiothérapie a représenté plus de 2,5 millions de séances avec 2,1 millions réalisées pour tumeur, et 0,4 million pour affection non tumorale. Globalement, plus de deux séances sur trois sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG.

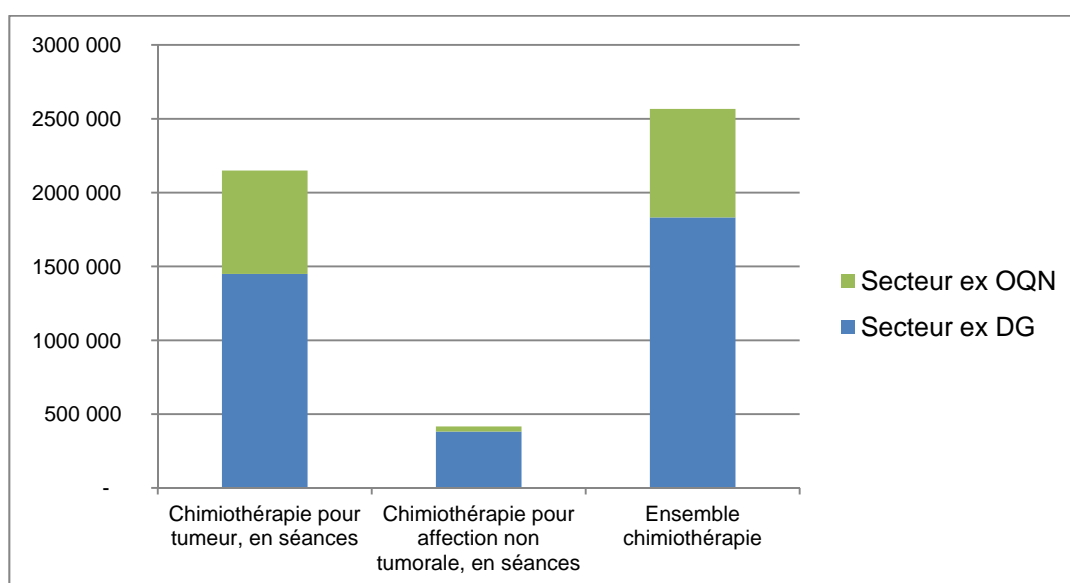
L'activité de radiothérapie a représenté 1,9 millions de séances prises en charge par les établissements du secteur ex-DG. L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-QON n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville. L'activité de dialyse a représenté 6,2 millions de séances dont 3,5 millions réalisées en centre. Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN.

a) Activité de chimiothérapie

i. Panorama

L'activité de chimiothérapie a représenté plus de 2,5 millions de séances en 2012 dont 2,1 millions ont été réalisées pour tumeur, et 0,4 million pour affection non tumorale. Globalement, plus de deux séances sur trois sont prises en charge par un établissement du secteur ex-DG.

Figure n° 1 : Répartition de l'activité de chimiothérapie en nombre de séances en 2012 selon le secteur



En 2012, pour les établissements du secteur ex-DG la chimiothérapie représente 34% de l'ensemble des séances et 40% en volume économique. Pour les établissements du secteur ex-OQN la chimiothérapie représente 13% de l'ensemble des séances (y compris la dialyse financée en forfaits D) et 15% en volume économique associé.

ii. Dynamique depuis 2010

Globalement, le nombre de séances de chimiothérapie a évolué de +5% entre 2011 et 2012, comme entre 2010 et 2011. Depuis 2010, les séances pour affection non tumorale sont plus dynamiques que les séances pour tumeur. L'évolution de l'activité des séances de chimiothérapie est en partie liée au vieillissement de la population.

Pour les établissements du secteur ex-DG les séances de chimiothérapie ont évolué de +6,4% en nombre de séances et +6,3% en volume économique entre 2011 et 2012.

Pour les établissements du secteur ex-OQN les séances de chimiothérapie ont évolué de +1,7% en nombre de séances et +1,5% en volume économique entre 2011 et 2012.

Tableau n° 10 : Evolution du nombre de séances de chimiothérapie

	Séances en milliers			Evolution 2010/2011		Evolution 2011/2012	
	2010	2011	2012	En milliers	En %	En milliers	En %
ex DG + ex OQN							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 988.8	2 060.2	2 149.8	71.4	+3.6%	89.6	+4.3%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	339.8	384.3	417.1	44.6	+13.1%	32.8	+8.5%
Total chimiothérapie	2 328.6	2 444.6	2 566.9	116.0	+5.0%	122.3	+5.0%
ex DG							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 287.2	1 369.1	1 449.8	81.9	+6.3%	80.7	+5.9%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	313.4	352.7	382.1	39.3	+12.5%	29.4	+8.3%
Total chimiothérapie	1 600.6	1 721.8	1 831.8	121.2	+7.6%	110.1	+6.4%
ex OQN							
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	701.59	691.14	700.0	-10.4	-1.5%	8.98	+1.3%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	26.41	31.67	35.0	5.3	+19.9%	3.3	+10.5%
Total chimiothérapie	728.00	722.81	735.0	-5.2	-0.7%	12.2	+1.7%

Source : ATIH 2012

Tableau n° 11 : Evolution du volume économique

	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2010/2011			Evolution 2011/2012		
	2010	2011	2012	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
ex DG									
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	521.2	554.3	586.8	33.1	+6.3%	0.0%	32.5	+5.9%	0.0%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	116.3	130.9	141.8	14.5	+12.5%	0.0%	10.9	+8.4%	0.0%
Total chimiothérapie	637.6	685.2	728.6	47.6	+7.6%	-0.1%	43.4	+6.3%	-0.1%
ex OQN									
28Z07 Chimiothérapie pour tumeur, en séances	222.57	219.25	221.93	-3.3	-1.5%	0.0%	2.7	+1.2%	-0.1%
28Z17 Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	5.72	6.87	7.57	1.1	+20.0%	0.2%	0.7	+10.3%	-0.3%
Total chimiothérapie	228.29	226.12	229.50	-2.2	-1.0%	-0.2%	3.4	+1.5%	-0.2%

Source : ATIH 2012

iii. Evolutions à venir des prises en charges en chimiothérapie

S'agissant du traitement du cancer, l'évolution forte des prises en charge pourrait impacter à terme à la baisse le nombre de séances de chimiothérapie en intraveineuse dans les établissements de santé :

D'une part, le développement croissant des prescriptions de chimiothérapie orale tend à entraîner des prises en charge des patients en ville, alors qu'ils étaient jusque là suivis en établissement de santé, ce qui impacte l'organisation de la médecine de ville et plus globalement le parcours de soins des patients

atteints de cancer. Ce transfert de patients ainsi que la chronicisation des cancers va générer à moyen terme une baisse des séances de chimiothérapie intraveineuse, avec un rôle accru d'appui et de recours des établissements de santé tant pour les professionnels que pour les patients.

Dans le cadre du programme de gestion des risques, piloté par le ministère de la santé en lien avec la CNAMTS, il a été décidé en juin 2012 d'ajouter des axes de travail portant sur des processus de soins (issus de travaux de l'Assurance maladie publiés dans le cadre de son « Rapport charges et produits pour 2013 »). L'un de ces axes concerne le cancer colorectal et notamment l'établissement de recommandations de bon usage de la chimiothérapie orale.

Parallèlement, le ministère de la santé a saisi l'INCa pour des travaux en 2013 visant à repositionner chacune des molécules existantes de chimiothérapie orale (thérapies ciblées et cytotoxiques Per Os) dans la stratégie thérapeutique, en fonction de la situation du patient atteint de cancer colorectal (notamment situation métastatique, première ou seconde ligne...).

D'autre part, le ministère de la santé mène une politique incitative au développement des traitements de chimiothérapie en hospitalisation à domicile (HAD). La circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) a invité les ARS à inscrire cette orientation dans les SROS-PRS, publiés en 2012, avec l'inscription d'un indicateur de suivi national concernant « la part des séjours en oncologie en HAD pour des traitements curatifs du cancer (poursuite de traitement de chimiothérapie primo-prescrits par un établissement de santé titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie) »⁶.

Le ministère de la santé a également, à cet effet, inscrit dans le programme de travail 2013 de la Haute Autorité de Santé des travaux relatifs à une évaluation médico-économique des traitements de chimiothérapie intraveineux ou oraux réalisés en HAD. En 2012, l'activité de chimiothérapie en HAD évolue de +7.5%, soit plus rapidement que le nombre de séances hors HAD.

b) Activité de radiothérapie

L'activité de radiothérapie en 2012 a représenté 1,9 millions de séances prises en charge par les établissements du secteur ex-DG. L'activité de radiothérapie réalisée par les établissements du secteur ex-QON n'est pas prise en compte ici puisque rattachée à l'enveloppe des soins de ville.

La radiothérapie représente 34% des séances et 24% du volume économique.

Nombre de séances de radiothérapie (secteur ex-DG)		
2010	2011	2012
1 759 894 séances	1 860 470 séances	1 876 600 séances

En 2010, parmi les 906 735 patients pris en charge pour le traitement de leur cancer, 19,2 % ont été traités par radiothérapie (173 852 patients).

Le nombre de patients traités par radiothérapie évolue modérément entre 2009 et 2010 : augmentation de 2,1 % à corrélée à l'augmentation globale du nombre de cancers estimée à 2,4% par an entre 2005 et 2011.

Le volume de patients traités par radiothérapie reste identique dans le secteur privé (-0,06 %), tandis qu'il affiche une croissance de 4,2% dans le secteur public.

Il est constaté une augmentation des dépenses de radiothérapie qui serait davantage due à un effet structure : techniques de prise en charge différentes ; préparations de la radiothérapie différentes ; obligations de sécurité ...

⁶ Il ressort de l'analyse du volet traitement du cancer et du volet Hospitalisation à domicile des SROS-PRS publiés par les ARS, les éléments quantitatifs suivants :

- 21 régions sur 26 abordent la problématique des traitements curatifs du cancer en HAD (chimiothérapie)
- 4 régions renforcent l'implication de l'HAD dans le parcours de soins des patients atteints de cancer sans cependant aborder la problématique des traitements curatifs de chimiothérapie
- Seule 1 région n'aborde pas la problématique HAD/cancer.

- Secteur public - année 2011 : 404,87Millions d'euros. Evolution du volume économique (par rapport à 2010) : + 5,6 % hors effet de l'évolution de la classification des actes.

Le secteur public est caractérisé par une augmentation de la part des techniques de haute précision

- Secteur privé - année 2011 : 361 Millions d'euros. Evolution du volume économique (par rapport à 2010) : + 8,3 %.

Dans le secteur privé, les 3 suppléments d'ingénierie de la radiothérapie (20% du coût total) expliqueraient l'augmentation constatée des dépenses.

Le ministère de la santé, avec la CNAMTS a engagé des travaux visant à moderniser le financement de la radiothérapie.

- Harmoniser les systèmes de financement actuellement distincts entre secteurs ; tendre vers une neutralité du statut juridique de la structure et du mode d'exercice. Ces travaux visent à la construction d'un nouveau modèle de financement des prises en charge en radiothérapie plus intégré ; fondé non plus sur la séance ni sur la dose totale d'irradiation, mais comprenant tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient

c) Activité de dialyse

La prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par la pratique de l'épuration extra-rénale est organisée par les décrets de septembre 2002 définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins qui peut être exercée selon quatre modalités :

- Hémodialyse en centre (HDC)
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale (DP)

Toutefois, la dialyse n'est pas l'unique moyen de traitement de l'IRCT et la greffe rénale, quand elle est possible, constitue la modalité alternative la plus efficiente et celle qui procure la meilleure qualité de vie aux patients.

Les objectifs retenus par le gouvernement concernant la prise en charge de l'IRCT sont, d'une part, de développer la dialyse de proximité afin d'améliorer l'accès aux soins et de générer des économies de transport par la promotion des dialyses réalisées en hors centre (DP, UDM, unités d'autodialyse et l'hémodialyse à domicile) et, d'autre part, de favoriser la progression de la greffe rénale.

Ces objectifs font l'objet d'un programme national de gestion du risque relatif à l'IRC, initié fin 2010 et décliné en région.

Dans le cadre de ce programme, les ARS ont élaboré en 2012 des cibles régionales pour la greffe rénale à l'horizon de 2018 visant à développer cette activité et à réduire les inégalités d'accès. La cible nationale a été fixée pour 2018 à un taux approchant les 49% de patients prévalents vivant avec un greffon fonctionnel rapporté à la population des patients atteints d'IRCT (contre 45% en 2011).

Par ailleurs, dans le cadre des SROS-PRS, en cohérence avec les orientations nationales, les ARS ont priorisé les prises en charge en hors centre en augmentant sensiblement les implantations de DP, d'UDM et d'autodialyse avec des cibles par modalité conduisant à un objectif national de 47% de nouveaux patients admis en hors centre en 2018 (versus 28% en 2010 et 32% en 2011).

Les ARS ont décliné ces orientations, notamment à travers l'élaboration des implantations de dialyse afin de développer les prises en charge hors centre. Des plans d'actions régionaux ont été élaborés pour mettre en œuvre ces objectifs. Dans le cadre du CPOM Etat/ARS, un indicateur relatif au taux incident de DP a été mis en œuvre et des cibles de progression de DP ont été contractualisées avec les ARS.

Le levier tarifaire accompagne ces évolutions en favorisant les prises en charge de proximité. L'enjeu est de permettre le développement de la dialyse hors centre en favorisant la DP, les UDM, les unités d'autodialyse et l'hémodialyse à domicile.

Dans cet objectif, les actions suivantes ont notamment été menées :

- la mise en place d'un forfait d'honoraires en DP a été réalisée en juin 2012 pour les néphrologues libéraux pour le suivi des patients en DP (inscription à la CCAM le 7 juin 2012).

-l'accès à la DP a été amélioré en particulier dans les structures de soins et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par le décret du 21 novembre 2011 qui a permis de prendre en charge sur le risque les actes infirmiers de DP.

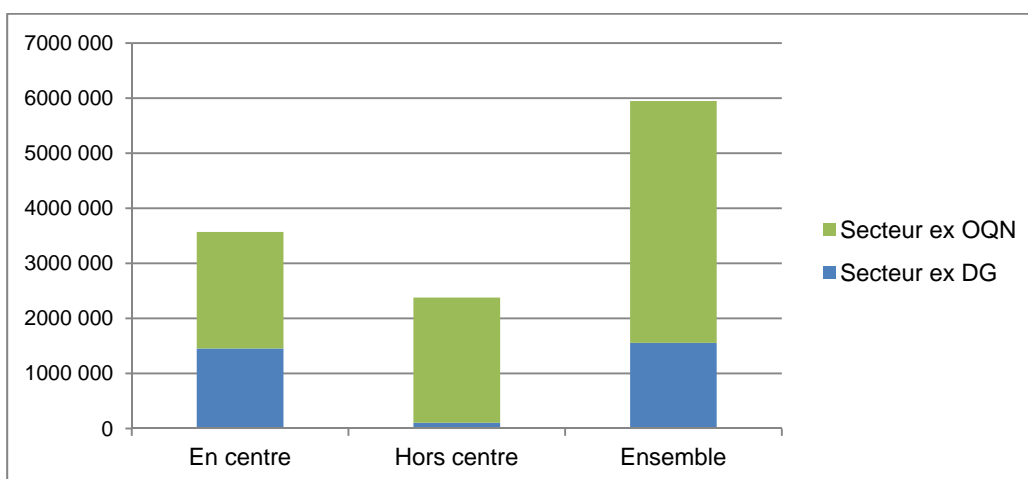
-le décret du 10 février 2012 a permis le fonctionnement des UDM par télé-médecine et ainsi le développement de ces unités non accolées à des centres de dialyse. Cette modalité de soins permet de proposer, en complément des autres modalités de dialyse, une offre d'hémodialyse intermédiaire et répond à l'objectif de développement de la dialyse hors centre.

L'analyse de l'activité 2012 montre une dynamique plus importante des modalités de prise en charge hors centre entre 2010 et 2012.

i. Panorama

L'activité de dialyse a représenté 5,9 millions de séances ou forfaits en 2012 dont 3,5 millions ont été réalisées en centre et 2,4 millions hors centre (toutes modalités confondues). Globalement, trois séances sur quatre sont prises en charge par un établissement du secteur ex-OQN.

Figure n° 2 : Répartition de l'activité de dialyse en nombre de séances ou forfaits en 2012 selon le secteur



En 2012, la dialyse en centre représente 93,3% des séances de dialyse prises en charge par les établissements du secteur ex-DG, alors que dans les établissements du secteur ex-OQN, l'activité se répartit pour moitié sur les deux prises en charge.

L'activité hors centre se répartit de la manière suivante en 2012 :

- secteur ex-DG : près de 90% de l'activité est réalisée en unité de dialyse médicalisée (UDM), le reste de l'activité se répartissant entre l'autodialyse (7%) et la DP (3%).
- secteur ex-OQN : près de 53 % de l'activité se rapporte à l'autodialyse, 38% à l'UDM, le reste de l'activité se répartissant entre la DP (7%) et l'hémodialyse à domicile (2%).

ii. Dynamique depuis 2010

Globalement, le nombre de séances/forfaits de dialyse a augmenté de +4,2% entre 2011 et 2012. Cette dynamique est similaire à celle de l'année antérieure (+4,1%). La progression des séances hors centre est plus prononcée (+7,3%) que celles en centre (+2,2%).

Pour les établissements du secteur ex-DG, les séances de dialyse⁷ ont évolué de +2,6% en nombre de séances et +2,2% en volume économique entre 2011 et 2012.

Pour les établissements du secteur ex-OQN, les séances de dialyse⁸ ont évolué de +4,8% en nombre de séances et +5,6% en volume économique entre 2011 et 2012.

Tableau n°12 : Evolution du nombre de séances/forfaits par type d'hospitalisation

	Séances/forfaits en milliers			Evolution 2010/2011		Evolution 2011/2012	
	2010	2011	2012	En milliers	En %	En milliers	En %
ex DG + ex OQN							
Dialyse en centre	3 398.6	3 492.4	3 570.5	93.7	+2.8%	78.2	+2.2%
Dialyse hors centre	2 085.3	2 216.1	2 377.7	130.8	+6.3%	161.6	+7.3%
Total dialyse	5 483.9	5 708.5	5 948.3	224.6	+4.1%	239.8	+4.2%
ex DG							
Dialyse en centre	1 415.2	1 429.4	1 453.4	14.3	+1.0%	24.0	+1.7%
Dialyse hors centre	67.5	87.8	104.0	20.4	+30.2%	16.2	+18.5%
Total dialyse	1 482.6	1 517.2	1 557.4	34.6	+2.3%	40.2	+2.6%
ex OQN							
Dialyse en centre	1 983.5	2 063.0	2 117.2	79.5	+4.0%	54.2	+2.6%
Dialyse hors centre	2 017.8	2 128.3	2 273.7	110.5	+5.5%	145.4	+6.8%
Total dialyse	4 001.3	4 191.3	4 390.9	190.0	+4.7%	199.6	+4.8%

Source : ATIH 2012

Tableau n°13 : Evolution du volume économique

	Volume économique à classification constante (en M€)			Evolution 2010/2011			Evolution 2011/2012		
	2010	2011	2012	en M€	en %	dont effet structure	en M€	en %	dont effet structure
ex DG									
Dialyse en centre	495,3	500,4	507,7	5,08	1,00%	0,00%	7,3	1,50%	-0,20%
Dialyse hors centre	18,1	23,5	27,6	5,38	29,70%	-0,40%	4,1	17,50%	-0,80%
Total dialyse	513,4	523,8	535,3	10,5	2,00%	-0,30%	11,5	2,20%	-0,40%
ex OQN									
Dialyse en centre	573,9	596,5	612,5	22,6	3,9%	-0,10%	16,1	2,7%	0,10%
Dialyse hors centre	543,2	575,3	625,1	32,1	5,9%	0,40%	49,8	8,7%	1,70%
Total dialyse	1 117,1	1 171,7	1 237,6	54,6	4,9%	0,10%	65,9	5,6%	0,80%

Source : ATIH 2012

⁷ Selon l'arrêté prestations en vigueur au 1er mars 2012, les séances de dialyse en centre du secteur ex-DG sont financées en GHS, tandis que la dialyse hors centre est rémunérée en forfaits D.

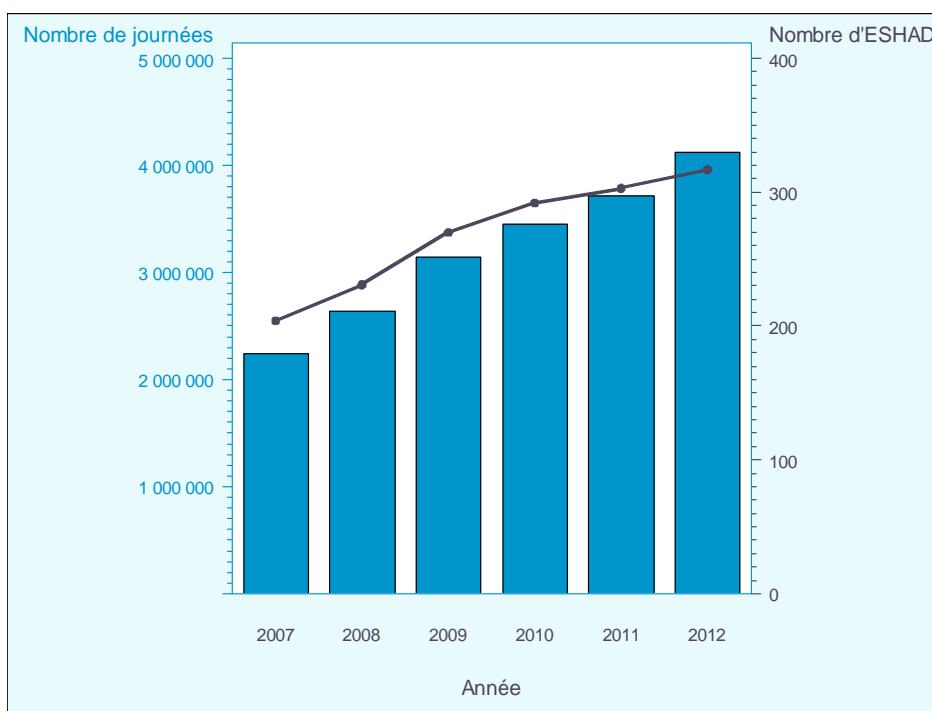
⁸ L'ensemble des séances de dialyse prises en charge par les établissements du secteur ex-OQN sont rémunérées en forfaits D.

1.1.2.2 Hospitalisation à domicile (HAD)

Depuis 2010, la croissance de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) se poursuit, mais de manière moins dynamique que sur la période 2006-2009 qui a suivi l'incitation à la diffusion générale de cette offre sur le territoire national et la mise en place d'une tarification à l'activité.

En 2012, 317 établissements ont une activité d'hospitalisation à domicile totalisant 4,1 millions de journées hors erreurs⁹. Ainsi, depuis 2007, le nombre de journées a presque doublé en 6 ans.

Figure n° 3 : Evolution de l'activité en HAD : nombre de journées et nombre d'établissements



En 2012, les 317 établissements d'HAD (+ 4,6 % par rapport à 2011) ont pris en charge près de 105 000 patients (+ 5 % par rapport à 2011), au cours de 156 000 séjours d'une durée moyenne de presque 27 jours, soit une augmentation de plus de 4 jours par rapport à 2011 (+ 7,8 %).

L'activité d'HAD est assez équitablement répartie entre les établissements ex-DG et ex-OQN, avec respectivement 2,1 millions de journées pour 159 ESHAD et 2 millions de journées pour 158 ESHAD. Au sein du secteur public et privé non lucratif, ce sont les établissements privés à but non lucratif (ESPIC) et les centres hospitaliers (CH) qui assurent en majorité la prise en charge en HAD.

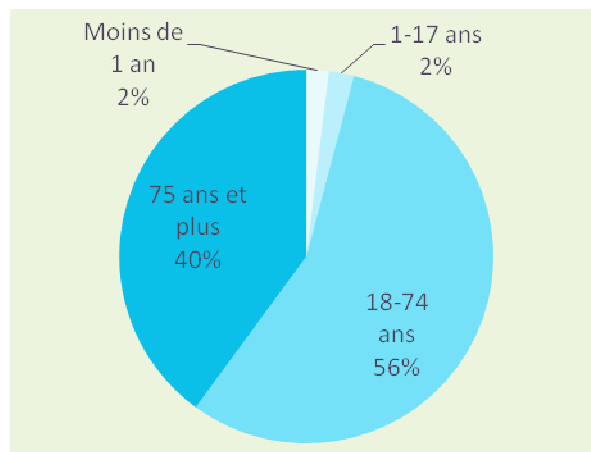
La valorisation de ces journées s'établit à plus de 825 M€ (+ 7 % par rapport à 2011), soit un coût moyen de 196 € par jour.

70% des patients ont été admis en HAD à l'issue d'un séjour en établissement de santé, 30% directement à partir de leur domicile (au sens large, y compris établissements d'hébergement). 4 % seulement de l'activité d'HAD a été consacrée à des patients hébergés en établissement pour personnes âgées dépendantes.

L'activité des établissements d'HAD concerne essentiellement les patients « adultes », de 18 ans et plus, 96% des journées leur étant consacrées en 2012. Parmi celles-ci, 40% correspondent à une prise en charge des personnes âgées (75 ans et plus).

Figure n° 4 : Répartition de l'activité en HAD en nombre de journées en 2012 selon l'âge des patients

⁹ Journées présentées dans les résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) après exclusion des journées avec groupe homogène de prise en charge (GHPC) 9999.



En 2012, 80% de l'activité HAD est concentrée sur huit modes de prise en charge principaux (MPP) parmi vingt-deux modes possibles. Les 3 principaux motifs d'admission en 2012 sont les mêmes que les années précédentes : plus du quart de l'activité concerne les soins palliatifs, plus de 23 % traitent de pansements complexes, plus de 9 % de soins de nursing lourd. Les deux derniers modes présentent en outre une dynamique d'évolution élevée de l'ordre de 20% et 45% respectivement.

L'activité d'obstétrique, si elle reste visible (6,2 % des journées), se déporte progressivement vers les situations de l'ante et post-partum pathologiques (plus de 89 % des journées réalisées) au détriment de l'activité dite de post-partum physiologique, appelée à se réduire encore dans les années à venir.

Ce classement est similaire pour les deux secteurs d'établissements, ex DG et ex OQN.

Tableau n° 14 : Activité en HAD en nombre de journées selon le mode de prise en charge principal

	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
04-Soins palliatifs	1 088.5	6.3%
09-Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	969.2	19.5%
14-Soins de nursing lourds	368.0	45.2%
06-Nutrition entérale	287.9	8.2%
03-Traitement intraveineux	197.0	16.5%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	148.5	13.7%
01-Assistance respiratoire	135.5	3.1%
21-Post-partum pathologique	117.2	44.3%
02-Nutrition parentérale	115.8	4.5%
10-Posttraitement chirurgical	112.9	-28.1%
19-Surveillance de grossesse à risque	112.0	10.5%
08-Autres traitements	88.9	-30.0%
07-Prise en charge de la douleur	72.2	4.8%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	69.2	7.5%
12-Rééducation neurologique	59.7	24.0%
11-Rééducation orthopédique	56.7	-3.7%
15-Education du patient et/ou entourage	49.6	12.3%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	28.5	12.0%
20-Retour précoce à domicile après accouchement	27.3	-10.5%
24-Surveillance d'aplasie	6.4	16.3%
17-Surveillance de radiothérapie	5.8	22.6%
18-Transfusion sanguine	0.6	0.8%
Total	4 117.6	10.9%

Pour évaluer la complexité des situations cliniques prises en charge, la présence d'un mode de prise en charge associé (MPA) est un indicateur utile. 35% des journées d'HAD en 2012 n'ont pas signalé de MPA ; pour les autres journées, la dispersion entre les MPA est importante, ce qui témoigne de la diversité des profils de patients.

En 2012, les 2 principales associations MPP X MPA sont les suivantes : pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) en association avec des soins de nursing lourd pour 3,9% des journées ; soins de nursing lourds en association avec rééducation neurologique pour 2,8% des journées.

1.1.2.3 La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4 du code de la santé publique). La chirurgie ambulatoire est une chirurgie « qualifiée » et substitutive à la prise en charge à temps complet.

L'activité globale de chirurgie ambulatoire est en constante progression : elle atteint 40,8% de l'activité de chirurgie en 2012, versus 32% en 2006. Cependant, la France accuse encore un certain retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire au regard des taux observés à l'étranger¹⁰. Cette activité connaît en outre en France des disparités territoriales et intersectorielles importantes : en 2012, ce taux représente 29,5% de la chirurgie dans le secteur ex-DG et 49,1% dans le secteur ex-OQN ; il s'élève à 43,4% en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 43,4% en Ile-de-France, 36,9% en Auvergne ou encore 36,2% en Franche-Comté.

La chirurgie ambulatoire fait partie des 10 programmes nationaux de gestion du risque (GDR) ; ce programme est piloté par la DGOS et associe l'ensemble des acteurs pour la promotion de la chirurgie ambulatoire.

Fin 2010, un changement de paradigme a été annoncé par le ministère de la santé, visant à dépasser les listes de gestes ciblés jusqu'alors, et à étendre la chirurgie ambulatoire à toute l'activité de chirurgie et à l'ensemble des patients « éligibles » à ce mode de prise en charge. En 2011, à l'issue d'une concertation nationale menée par la DGOS avec l'ensemble des acteurs concernés, la perspective de développement d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon du SROS-PRS (2016) a été retenue comme « possible et raisonnable ».

Ainsi, dans cette perspective ambitieuse, le gouvernement poursuit en 2013 une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire en mobilisant des leviers multiples et complémentaires, notamment :

- Déploiement de plans d'actions régionaux de développement de la chirurgie ambulatoire qui comportent une contractualisation des ARS avec les établissements de santé sur des taux cibles de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire et des objectifs portant sur l'organisation et la qualité des prises en charge, mis en œuvre dans le cadre du programme régional de gestion du risque 2010-2013 ;
- Poursuite de la mise en œuvre du programme commun d'actions ANAP/HAS en faveur de la chirurgie ambulatoire : publication en juillet 2013 d'un outil d'analyse médico-économique qui sera complété par les résultats d'une étude de « microcosting » attendus début 2014 ; élaboration en mai 2013 de recommandations organisationnelles (gestion des flux, gestion des risques) et d'outils de diagnostic pour les établissements de santé ; actualisation des critères d'éligibilité des patients ; évolution de la certification des établissements de santé ; accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS ;
- Mise en place de formations en 2013 et 2014 pour les professionnels de santé sur la mise en œuvre d'un projet de chirurgie ambulatoire (action ANFH ciblant les équipes de chirurgie) ;
- Poursuite par la CNAMTS de la politique de mise sous accord préalable (MSAP), étendue à de nouveaux gestes depuis 2012 (38 gestes versus 17 auparavant ; procédure en progression constante avec 196 établissements de santé concernés en 2012) ;
- Poursuite de la politique financière incitative à la chirurgie ambulatoire, avec notamment, l'élargissement du nombre de GHM incités via un tarif identique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète de niveau 1 (47 GHM en campagne 2013 contre 39 en campagne 2012), ainsi que des revalorisations tarifaires effectuées sur certains GHM de chirurgie

¹⁰ Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec une grande prudence compte-tenu des différences de méthodologie liées à la collecte des données, de la comparabilité des procédures chirurgicales, de l'hétérogénéité des pratiques et des écarts entre les périmètres comparés

ambulatoire apparaissant comme « sous-financés » (au regard des résultats de l'étude d'adéquation financement/charges de l'ATIH).

A cela s'ajoute dès 2013 le lancement d'une réflexion sur l'évolution des incitations tarifaires dans le cadre de la réforme générale de la T2A, dans le cadre du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) et en cohérence avec le nouveau paradigme de la « neutralité tarifaire » ;

- Lancement en août 2013 d'une action expérimentale MSA (Mutualité Sociale Agricole) en lien avec la DGOS en direction de certains territoires ruraux de 6 régions (Bretagne Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Nord Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon, afin de développer le recours à la chirurgie ambulatoire des assurés de la MSA et de structurer le parcours patient ;
- Réflexion sur la pertinence d'une organisation par les établissements de santé de l'accès des patients à un hébergement temporaire non médicalisé de proximité, en lien avec le processus de soins, pouvant concerner notamment les prises en charge en chirurgie ambulatoire dans une problématique d'éloignement des patients.
- Actions spécifiques sur la prise en charge des hernies et des varices en chirurgie ambulatoire dans le cadre de l'amélioration de deux processus de soins, pilotés au niveau national.

L'analyse ci-après concerne 40 couples de racines (définition et liste des racines en annexe 2). Les séjours sont classés en ambulatoire (niveau J) et en hospitalisation complète (niveau 1). Le tarif unique consiste à fixer un financement équivalent entre le niveau J et le niveau 1. Il concerne 19 couples depuis les campagnes tarifaires de 2009 et de 2010. Dans la continuité des campagnes précédentes, 21 nouveaux couples ont également fait l'objet de cette incitation tarifaire en 2012.

Parmi ces 21 racines, le tarif unique a été mis en place pour 13 couples en raison du caractère substituable entre les prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation complète. Pour les 8 autres couples, le GHM en J a été créé en 2012 (version 11d de la classification). A cette occasion, le tarif du niveau J a été fixé à hauteur de celui du niveau 1.

a) Focus sur les 19 couples en tarif unique depuis 2009/2010

a-1. Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire en 2012

Le nombre de séjours en ambulatoire sur ces racines a progressé en 2012 dans des proportions nettement supérieures à la hausse du total de l'activité, conformément aux orientations souhaitées. Ainsi, au sein des 19 couples de racines étudiées :

- Dans les établissements du secteur ex DG :
 - o 587 000 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2012, en hausse de +3,4% par rapport à 2011 ;
 - o Ces séjours représentent 3,6% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés dans le secteur ;
 - o 73,5% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en augmentation de +7,2% par rapport à 2011, les séjours d'hospitalisation complète du niveau 1 ont diminué de -6,0%.
- Dans les cliniques privées du secteur ex OQN :
 - o 1 432 000 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2012, en hausse de +1,4% par rapport à 2011 ;
 - o Ces séjours représentent 20,1% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés dans le secteur ;
 - o 84,6% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en hausse de +3,9% par rapport à 2011 alors que les séjours d'hospitalisation complète sur le niveau 1 ont diminué de -10,4%.

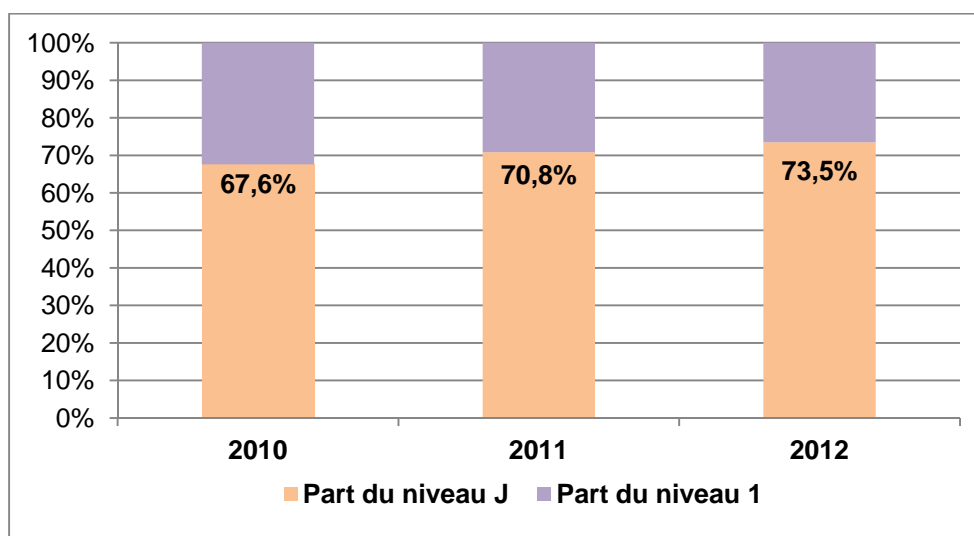
Ainsi, la baisse du nombre de séjours de niveau 1 s'inscrit dans un mouvement global de substitution de l'hospitalisation conventionnelle par la chirurgie ambulatoire. Néanmoins, il faut souligner que cette « substitution » n'explique qu'une partie de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire, qui présente une dynamique propre élevée.

Tableau n°14 : Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire sur les 19 couples de racines à tarif unique dans les secteurs ex-DG et ex OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Nbre de séjours 2012 en milliers	Evolution 2011/2012	Nbre de séjours 2012 en milliers	Evolution 2011/2012
Niveau J	431.1	+7.2%	1 211.9	+3.9%
Niveau 1	155.7	-6.0%	220.5	-10.4%
Couples (J + 1)	586.8	+3.4%	1 432.4	+1.4%
Total 19 racines	597.8	+3.2%	1 440.2	+1.3%
Ensemble Séjours/Séances	16 290.1	+2.1%	7 110.3	+1.0%

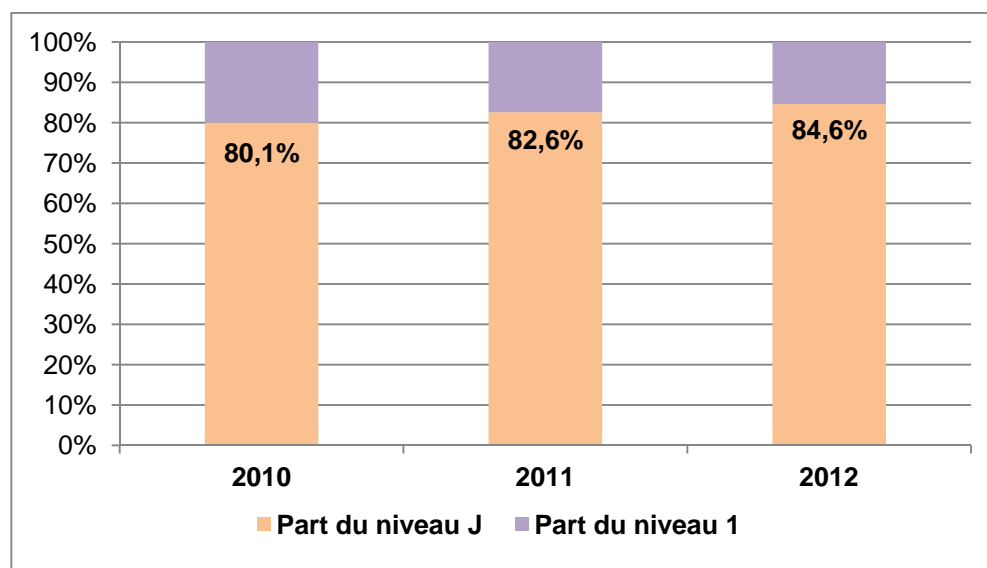
Source : ATIH

Figure 5: Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) en nombre de séjours dans le secteur ex-DG, sur 19 couples de racines de GHM



Source : ATIH

Figure 6 : Evolution de la part de la chirurgie ambulatoire (niveau 1 et J) en nombre de séjours dans le secteur ex-OQN, sur les 19 couples de racines de GHM



Source : ATIH

La part des séjours traités en ambulatoire augmente régulièrement, sur les deux secteurs. Elle est ainsi respectivement passée de 67,6% en 2010, à 73,5% en 2012 dans le secteur ex-DG, et de 80.1% à 84.6% dans le secteur ex-OQN.

a-2. Evolution du volume économique en chirurgie ambulatoire en 2012

- Dans les établissements du secteur ex DG :
 - o Les niveaux 1 et J des 19 racines concernées représentent 2,65% du volume économique du secteur,
 - o Entre 2011 et 2012, le volume économique sur ces 19 racines a progressé de +3,1%, soit une évolution similaire à celle observée sur le nombre de séjours.
 - o Deux racines de chirurgie contribuent particulièrement au volume économique en 2012 :
 - les « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » - racine 02C05 -, pour un volume de 252,2 M€ soit 33,3% du volume global.
 - Les « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » - racine 06C12 - pour un volume de 109,2 M€.
- Dans les cliniques privées du secteur ex-OQN
 - o Les 19 racines de la chirurgie ambulatoire représentent 13,85% du volume économique du secteur.
 - o Entre 2011 et 2012, le volume économique sur ces racines a progressé de +1,3%, soit une évolution identique à celle observée sur le nombre de séjours,
 - o Comme pour les établissements du secteur ex-DG, les activités prédominantes en volume économique sont :
 - La racine 02C05 intitulée « interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » pour un volume évalué à 435,6M€ ;
 - La racine 03K02 « affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires» pour un volume évalué à 107,5 M€ ;
 - La racine 06C12 « interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales » pour un volume économique de 88,9 M€.

Tableau n°15 : Evolution du volume économique pour l'activité de chirurgie ambulatoire sur les 19 couples de racines à tarif unique dans les secteurs ex-DG et ex OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Volume éco en M€	Evolution 2011/2012	Vol éco en M€	Evolution 2011/2012
Niveau J	510.9	+8.0%	783.4	+4.4%
Niveau 1	202.8	-6.4%	164.1	-10.7%
Couples (1 + J)	713.7	+3.5%	947.5	+1.5%
Total 19 racines	755.9	+3.1%	963.0	+1.3%
Ensemble Séjours/Séances MCO	28 543.5	+3.1%	6 953.2	+1.0%

En parallèle, des actions en faveur de la chirurgie ambulatoire, un programme sur la pertinence des actes a été initié par la DGOS avec l'Assurance maladie et la Haute autorité de santé portant notamment sur des actes fréquemment pratiqués en chirurgie ambulatoire comme la chirurgie du syndrome du canal carpien (travaux HAS, indicateurs de ciblage des établissements de santé, fiche en direction des médecins et des patients de l'Assurance maladie, etc.).

b) Focus sur les 21 couples en tarif unique depuis 2012

b-1. Evolution du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire en 2012

En ce qui concerne ces nouveaux couples, le nombre de séjours en ambulatoire a également progressé en 2012 dans des proportions supérieures à la hausse du total de l'activité. Toutefois, le nombre de séjours pris en charge en ambulatoire sur ces racines reste fortement minoritaire, environ un séjour sur trois, et ceci dans les deux secteurs. Ainsi, au sein des 21 nouveaux couples de racines étudiés :

- Dans les établissements du secteur ex DG :
 - o 186 000 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2012, en hausse de +1,5% par rapport à 2011 ;
 - o Ils représentent 1,1% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés dans le secteur ;
 - o 34,9% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en augmentation de +6,9% par rapport à 2011, les séjours de niveau 1 ont diminué de -1,2%.
 - o Deux racines ont un poids important sur l'activité en séjours :
 - Les résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, racine 08C14 avec 63 milles séjours sur un total de 218 milles séjours.
 - Les cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, racine 07C14 avec 36 milles séjours
- Dans les cliniques privées du secteur ex OQN :
 - o 241 000 séjours de niveaux J et 1 ont été réalisés en 2012, en hausse de +1.4% par rapport à 2011
 - o Ils représentent 3,4% du total des séjours/séances (toutes activités confondues) réalisés dans le secteur ;
 - o 31,9% de ces séjours sont pris en charge en ambulatoire et sont en hausse de +5,2% par rapport à 2011 alors que les séjours de niveau 1 ont diminué de -0,3%.
 - o Comme pour les établissements du secteur ex-DG, les activités prédominantes sont :
 - Les résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, racine 08C14 avec 45 milles séjours,
 - Les cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, racine 07C14 avec 40 milles séjours
 - Mais surtout les arthroscopies d'autres localisations, racine 08C40 avec 56 milles séjours sur un total de 276 milles.

Tableau n°16 : Evolution de l'activité de chirurgie ambulatoire sur les 21 nouvelles racines intégrées en tarif unique en 2012 dans les secteurs ex DG et ex OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Nbre de séjours 2012 en milliers	Evolution 2011/2012	Nbre de séjours 2012 en milliers	Evolution 2011/2012
Niveau J	64.9	+6.9%	76.9	+5.2%
Niveau 1	121.2	-1.2%	164.0	-0.3%
Couples (J + 1)	186.1	+1.5%	240.9	+1.4%
Total 21 nouvelles racines	217.8	+1.9%	275.8	+1.5%
Ensemble Séjours/Séances	16 290.1	+2.1%	7 110.3	+1.0%

b-2. Evolution du volume économique en chirurgie ambulatoire en 2012

- Dans les établissements du secteur ex DG :
 - o Ces 21 nouvelles racines représentent 2,0% du volume économique du secteur ;
 - o Entre 2011 et 2012, le volume économique sur ces 21 racines a progressé moins vite que le volume global du secteur (+2,6% contre +3,1%) ;
 - o Les deux racines qui contribuent le plus au volume économique sont :
 - Les cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, racine 07C14 avec 105,8M€ sur un total de 560,5M€
 - Les résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, racine 08C14 avec 83,6M€
- Dans les cliniques privées du secteur ex-OQN
 - o Les 21 racines de la chirurgie ambulatoire représentent 4,9% du volume économique du secteur;
 - o Entre 2011 et 2012, le volume économique pour ces racines a augmenté plus vite que le nombre de séjours (+2,8% de volume contre +1,5% en séjours) ;
 - o Les activités prédominantes en volume économique sont :
 - les arthroscopies d'autres localisations, racine 08C40 avec un volume de 73M€ sur un total de 343M€
 - Les cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, racine 07C14 avec 63M€

Tableau n°17 : Evolution du volume économique pour l'activité de chirurgie ambulatoire des 21 nouvelles racines à tarif unique intégrées en 2012 dans le secteur ex-DGF et ex-OQN

	Ex DG		Ex OQN	
	Volume éco en M€	Evolution 2011/2012	Volume éco en M€	Evolution 2011/2012
Niveau J	97.5	+10.5%	61.7	+10.3%
Niveau 1	262.7	-0.7%	199.1	+0.6%
Couples (1 + J)	360.2	+2.1%	260.8	+2.7%
Total 21 racines	560.5	+2.6%	343.3	+2.8%
Ensemble Séjours/Séances	28 543.5	+3.1%	6 953.2	+1.0%

1.1.2.4 Les soins palliatifs

a) L'activité de soins palliatifs en médecine

- L'activité rémunérée par les tarifs

L'activité de soins palliatifs est identifiée dans le PMSI de deux façons : soit via le GHM Soins palliatifs lorsque les soins palliatifs constituent le diagnostic principal (DP) soit dans d'autres GHM lorsque les soins palliatifs sont un diagnostic associé (DAS).

Lorsque les soins palliatifs constituent le diagnostic principal, la prise en charge est identifiée dans le système d'information hospitalier par un groupe homogène de malade (GHM) de soins palliatifs (23Z02Z), qui peut donner lieu à facturation d'un des quatre Groupes homogènes de séjours (GHS) suivants : GHS 7994 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs (USP), GHS 7993 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié (LISP), GHS 7992 dans les autres cas (lit standard). Un GHS 7991 correspondant aux séjours de très courte durée a été créé. Le GHM Soins palliatifs comprend dans les critères de décision qui permettent le codage, l'intervention coordonnée de professionnels de santé et du secteur social (au minimum 3 intervenants de disciplines différentes). Les réunions de synthèse, les transmissions pluridisciplinaires doivent être tracées dans le dossier.

L'adaptation en 2009 de la tarification à l'activité aux soins palliatifs a permis de tenir compte de la durée moyenne des séjours.

Afin de ne pas pénaliser les séjours longs et de tenir compte de la création du GHM de très courte durée, les bornes basses et hautes ont été modifiées en 2009 et fixées à 4 jours et 12 jours. La rémunération forfaitaire est donc assez restreinte ; au-delà de ces durées, le financement est journalier. La durée moyenne des séjours du GHM Soins palliatifs a légèrement augmenté (17.2 jours en 2007, 17.6 en 2012) tout comme l'âge moyen des patients pris en charge (70.9 ans en 2012). Toutefois, le GHM Soins palliatifs ne retrace que la partie de l'activité soins palliatifs codée en Diagnostic principal.

Si les tarifs du GHM Soins palliatifs diminuent, ils demeurent bien valorisés par rapport aux tarifs issus des coûts.

Les tarifs sont fixés selon l'équilibre suivant : tarif de base : 100 ; tarif en LISP : 130 ; tarif en USP : 150. Les tarifs des séjours ayant un diagnostic principal de soins palliatifs font l'objet d'un traitement spécifique. En effet, jusqu'en 2011, les tarifs finançant cette activité ont été préservés lors des constructions tarifaires. En 2012 et 2013, la baisse des tarifs s'explique par un rapprochement entre le niveau des tarifs et la hiérarchie des coûts mise en évidence par l'étude nationale de coûts. L'analyse des résultats issus de l'étude adéquation financement / « charges » de l'ATIH en 2012 montre que cette activité présente un sur financement pour les LISP (de l'ordre de 23.1% dans le secteur ex DG et de 11.1% dans le secteur ex OQN). Il est possible que ce sur financement apparent soit lié au fait que les charges liées aux LISP ne sont pas identifiées de façon très fiable. Ces constats doivent être analysés en lien avec les précédents : les soins palliatifs sont désormais davantage recensés en diagnostics associés qu'en diagnostic principal via les GHS soins palliatifs.

Tableau n° 18 : Evolution des tarifs des GHS Soins palliatifs

		2010	2011	2012	2013
USP / LISP/ Lit standard	public	-0,14%	-0,59%	-2,20%	-0,91%
USP	privé	0,01%	9,78%	0,19%	-0,28%
LISP	privé	0,01%	7,53%	0,19%	-0,28%
lit standard	privé	0,01%	9,78%	0,20%	-0,28%

Source : ATIH.

Le nombre de séjours augmente globalement, mais de façon différenciée selon les GHS et le secteur.

Les contrôles de l'assurance maladie ainsi que le passage à la classification V11 des GHM avec le changement de règle sur le diagnostic principal sont à l'origine de la diminution globale du nombre de séjours identifiés dans le GHM de soins palliatifs notamment entre 2009 et 2010. En effet, les établissements peuvent désormais coder dans certaines situations les soins palliatifs en diagnostic associé (DAS) et non plus en diagnostic principal (DP), de ce fait la diminution observée sur les GHS de soins palliatifs ne correspond pas à une réelle baisse de l'activité mais plutôt au fait que certains séjours sont désormais classés dans d'autres GHM.

Globalement la part des séjours de soins palliatifs pris en charge par le secteur ex-OQN est modérée. L'activité de soins palliatifs prise en charge en hospitalisation et codée en diagnostic principal est en diminution constante depuis 2009 et se poursuit entre 2011 et 2012, en nombre de séjours et en volume économique, sauf pour le secteur ex-OQN. A l'inverse, le nombre de séjours avec un diagnostic associé de soins palliatifs est en constante augmentation depuis 2010.

Pour la première fois, en 2012, le nombre de diagnostic associé de soins palliatifs est supérieur au nombre des séjours ayant un code de soins palliatifs en diagnostic principal dans le secteur ex-DG.

La dynamique d'activité par GHS de soins palliatifs diffère selon le secteur : les séjours pris en charge dans un lit standard évoluent entre 2010 et 2012 à la baisse pour les établissements du secteur ex-DG et pour les établissements du secteur ex-OQN ; les séjours pris en charge dans un lit identifié évoluent

entre 2010 et 2012 à la baisse pour les établissements du secteur ex-DG et à la hausse pour les établissements du secteur ex-OQN tandis que les séjours réalisés en USP évoluent entre 2010 et 2012 à la hausse pour les établissements du secteur ex-DG et à la baisse pour les établissements du secteur ex-OQN.

Tableau n°19 : Evolution de l'activité de soins palliatifs en médecine et du volume économique correspondant (source : PMSI, ATIH).

Précautions de lecture :

L'activité présentée ci-dessous est celle des services de médecine. Elle ne saurait résumer la prise en charge en soins palliatifs des établissements de santé (services de soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, unités de soins de longue durée ...)

Certains séjours avec un diagnostic associé (DAS) de soins palliatifs sont déjà codés dans la racine 23Z02. Par conséquent certains séjours sont dénombrés à la fois dans la catégorie des séjours en diagnostic principal (DP) et dans celles de séjours en DAS.

Afin d'apprécier l'évolution liée à l'activité stricto sensu, les masses financières présentées neutralisent l'effet prix et sont à champ tarifaire constant.

		Ex DG		Ex OQN	
		SP en Diagnostic Principal	SP en Diagnostic Associé	SP en Diagnostic Principal	SP en Diagnostic Associé
2012	Nombre de séjours	63 804	87 402	18 792	7 271
	Volume économique (en M€)	518.7	521.0	98.1	25.9
Evolution du volume économique	2010/2011	-1.8%	15.8%	-2.1%	36.5%
	2011/2012	-0.9%	12.2%	2.2%	2.2%

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en lit standard

		Ex DG		Ex OQN	
		Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2010		13 467	81.0	4 180	15.9
2011		10 562	63.0	3 689	13.7
2012		9 837	59.1	3 057	11.9
Evolution 2010/2012		-27%	-27%	-26.9%	-24.8%

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en LISP

		Ex DG		Ex OQN	
		Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2010		36 648	307.2	12 236	65.6
2011		34 655	290.3	12 293	66.8
2012		32 697	275.6	13 197	71.5
Evolution 2010/2012		-10.8%	-10.3%	7.9%	8.9%

Séjours ayant pour diagnostic principal "soins palliatifs" en USP

	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2010	13 390	142.9	2 540	16.6
2011	15 758	167.8	2 489	15.4
2012	17 125	181.7	2 362	14.6
Evolution 2010/2012	27.9%	27.1%	-7.0%	-11.5%

Séjours ayant pour diagnostic associé "soins palliatifs"

	Ex DG		Ex OQN	
	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)	Nombre de séjours	Volume économique (en millions d'euros)
2010	70 213	400.8	5 768	18.6
2011	76 571	464.3	7 368	25.4
2012	87 402	521.0	7 271	25.9
Evolution 2010/2012	24.5%	30.0%	26.1%	39.5%

Source : ATIH

- L'activité de soins palliatifs rémunérée par des crédits de Missions d'intérêt général (MIG)

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe interdisciplinaire et pluri-professionnelle qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé pour apporter son expertise et former par son intervention les professionnels des services non spécialisés. Le financement des 481 équipes est réalisé via la dotation MIG en MCO. Pour les deux secteurs confondus, cette dotation a augmenté de +6,1% entre 2009 et 2010 et de +6,5% entre 2011 et 2012, conformément à ce qui était prévu dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012.

Les équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques créées en 2010 dans le cadre du programme national sont également financées par une autre MIG (pour un montant de 4 millions d'euros).

Tableau n°20 : Evolution de la dotation MIG EMSP (en M€)

Equipes mobiles de soins palliatifs	2009	2010	2011	2012	Evolution 2009/2010	Evolution 2010/2011	Evolution 2011/2012
ex-DG	105.14	110.55	117.26	124.68	+5.1%	+6.1%	+6.3%
ex-OQN	1.36	1.54	1.71	1.99	+13.2%	+11.0%	+16.4%
TOTAL France	106.5	112.09	118.97	126.67	+5.2%	+6.1%	+6.5%

Source : ARBUST MIGAC/ATIH

b) L'activité de soins palliatifs en SSR

La prise en charge palliative ne fait pas l'objet d'un financement spécifique dans les modes actuels de financement des SSR : dotation annuelle de financement (DAF) dans les établissements du secteur public ou les ESPIC ou prix de journée dans les établissements privés. Toutefois, cette activité est identifiée dans le système d'information des établissements (PMSI) préparant ainsi les évolutions du mode de financement prévues en 2016. Les établissements SSR dotés de lits identifiés de soins palliatifs ou plus rarement d'une unité de soins palliatifs ont bénéficié de financements supplémentaires dans le cadre du programme national 2008-2012.

Une somme de 14 millions d'euros a ainsi été déléguée entre 2008 et 2010 pour le développement des soins palliatifs notamment au sein des services de SSR qui prennent en charge des patients gériatriques ou présentant des affections chroniques susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. Il s'agissait d'identifier au sein de ces services des petites capacités de lits bénéficiant d'un encadrement

en personnels renforcé (0,33 ETP supplémentaire par lit) et répondant aux dispositions du cahier des charges des lits identifiés de soins palliatifs.

c) L'activité de soins palliatifs en HAD

Les séjours comportant une séquence soins palliatifs représentent en 2012, 21.4% du nombre de séjours en hospitalisation à domicile (HAD), 26% du nombre de journées et le premier mode de prise en charge en HAD. La durée moyenne des séjours ayant pour mode de prise en charge principal (MPP) « soins palliatifs » est de 23.1 jours. Cette forme d'hospitalisation permet au patient de rester dans son environnement familial tout en recevant des soins complexes, techniques et/ou intensifs.

Les séjours en soins palliatifs en HAD sont rémunérés à l'activité par un tarif incluant le coût des actes et prescriptions, les consommables, les examens de biologie, les médicaments et une prise en charge 24/24 et 7 jours sur 7. Dans ce modèle de financement, la charge en soins est un facteur de modulation tarifaire, assorti d'une dégressivité tarifaire en fonction de la durée de la séquence de soins à besoins du patient inchangés. Les critères de facturation d'un séjour d'HAD en Soins palliatifs ont été précisés lors d'un travail commun par la CNAMTS et la FNEHAD en novembre 2011.

1.2. L'exécution 2012 sur les champs SSR et psychiatrie

1.2.1. Le champ des soins de suite et de réadaptation

Le nombre de journées en soins de suite et réadaptation, tout secteur confondu, a augmenté de +2% entre 2011 et 2012. Cette évolution est plus marquée pour les établissements privés financés sous objectif quantifié national (OQN), avec un nombre de journées en hausse de 3,4%.

Au total, les établissements de soins de suite et de réadaptation ont réalisé près de 36 millions de journées en 2012, dont près des deux tiers en établissements sous dotation annuelle de financement (DAF).

Tableau n°21 : Activité 2012 et évolution 2011/2012 par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements en 2012	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
DAF	1 104	23.50	+1.2%
OQN	493	12.33	+3.4%
Total	1 597	35.83	+2.0%

Source : ATIH

L'hospitalisation complète reste le mode de traitement le plus répandu (92% du nombre de journées), malgré une évolution notable du nombre de journées en hospitalisation partielle (+6%).

Tableau n°22 : Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type d'hospitalisation

Journées en millions	Nombre d'établissements en 2012	Nombre de journées en 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
Hospitalisation Complète	1 565	32.84	+1.6%
Hospitalisation Partielle	586	2.99	+6.0%
Total	1 597	35.82	+2.0%

Source : ATIH

Les activités de SSR et de psychiatrie sont financées selon deux modalités différentes :

- Un financement alloué par les régions intégralement en dotation, via la dotation annuelle de financement (DAF). Les établissements financés selon cette modalité appartiennent au secteur public ou sont des structures privées à but non lucratif ;
- Un financement alloué à l'activité à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire. Cette modalité de financement concerne principalement des cliniques privées du secteur commercial même si certains établissements sont privés à but non lucratif.

Les établissements financés sous dotation sont dits appartenant au secteur « sous DAF », les autres appartenant au secteur OQN.

Tableau n°23 : Financement DAF 2012 des activités de SSR et psychiatrie

Montants en M€	Financement 2012	Evolution annuelle 2012/2011
Soins de suite et de réadaptation	5 924,8	+1,4%
Psychiatrie	8 525,8	+1,5%
Total DAF pour SSR et PSY	14 450,6	+1,5%

Tableau n°24 : Estimation des réalisations 2012 – secteur OQN

Montants en M€	Estimation des réalisations 2012	Evolution 2012/2011
Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR)	1 979	+7,0%
Psychiatrie (PSY)	639	+5,3%
Total OQN PSY/SSR	2 617	+6,6%

1.2.2. Le champ de la psychiatrie

Le nombre de journées en psychiatrie a évolué de +0.1% entre 2011 et 2012.

Cette évolution est différente par secteur de financement. Les établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF) connaissent une diminution du nombre de journées réalisées en 2012 (-0.5%). En revanche, les établissements financés sous objectif quantifié national (OQN) connaissent une évolution plus dynamique de leur activité, avec une progression du nombre de journées réalisées de +2,4%.

Plus de 80% de l'activité de psychiatrie reste réalisée dans des établissements financés par dotation annuelle de financement.

Tableau n°25 : Activité 2012 et évolution 2011/2012 par secteur de financement

Journées en millions	Nombre d'établissements 2012	Nombre de journées 2012	Evolution du nombre de journées 2011/2012
DAF	359	21.43	-0.5%
OQN	172	4.81	+2.4%
Total	531	26.23	+0.1%

Source : ATIH

L'hospitalisation complète, bien qu'en légère diminution, est le mode de traitement le plus répandu avec près de 75% du nombre de journées. L'hospitalisation partielle a évolué de +1.4% en 2012.

Tableau n°26 : Activité 2012 et évolution 2011/2012 par type d'hospitalisation

<i>Journées en millions</i>	Nombre d'établissement 2012	Nombre de journée 2012	Evolution du nombre de journée 2011/2012
Hospitalisation complète	492	19.80	-0.4%
Hospitalisation partielle	403	6.43	+1.4%
Total	531	26.23	+0.1%

Source : ATIH

1.3. L'exécution 2012 sur le champ des dotations hors DAF

1.3.1. Présentation des ordres de grandeur macro-économique sur le champ des dotations MIGAC en comparaison avec les années antérieures et création du FIR

- **L'évolution de la dotation nationale de financement des MIGAC en 2012**

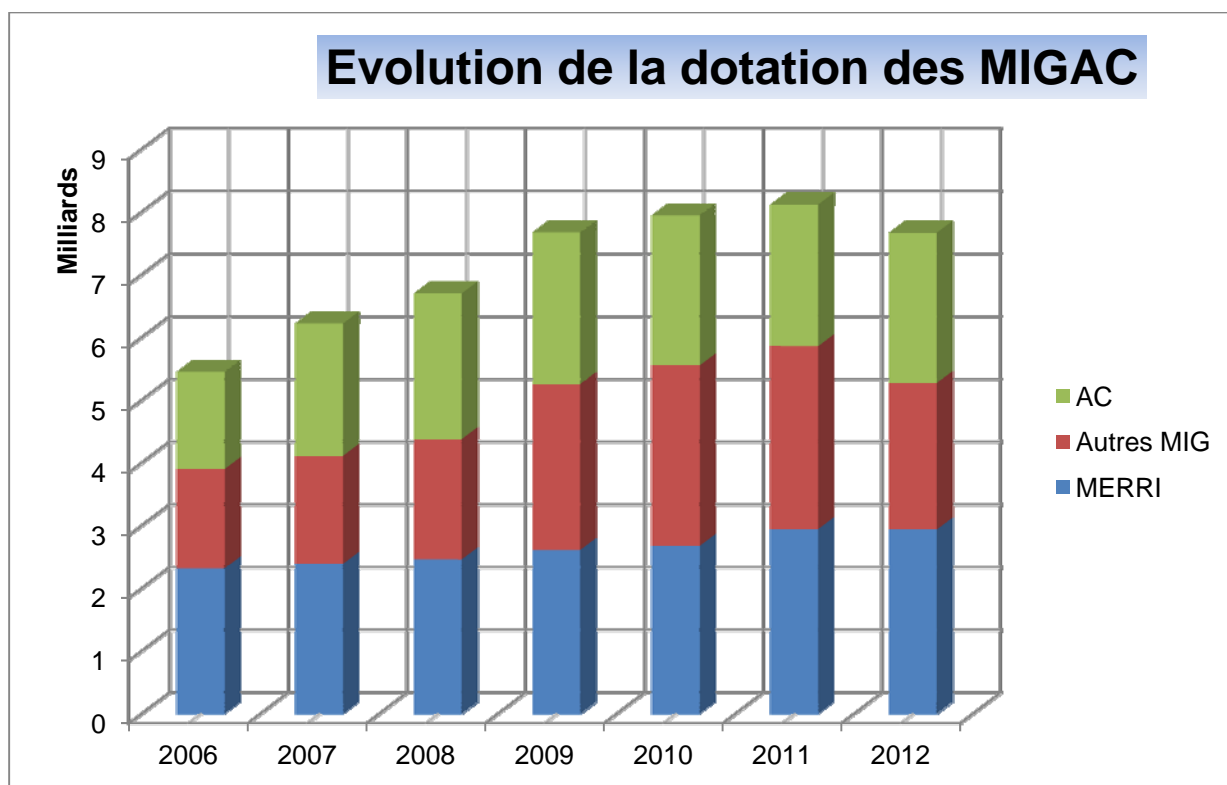
En 2012, les crédits notifiés par les ARS aux établissements de santé (y compris à ceux du service de santé des armées) au titre de la dotation des MIGAC se sont élevés à 7 671 M€. Sur ce total, les établissements antérieurement placés sous dotation globale ont perçu 7 578M€, somme en baisse d'environ 5% par rapport à l'année 2011, et les établissements antérieurement placés sous OQN ont perçu 93 M€ (1,2% de l'enveloppe MIGAC, comme en 2011), soit environ – 8% par rapport à 2011.

Cette évolution globale à la baisse en réalisation des crédits de l'enveloppe MIGAC s'explique par la création au 1^{er} mars 2012 du Fonds d'intervention régional (FIR), lequel a notamment été abondé par le transfert de crédits destinés à la mise en œuvre de quatre MIG : la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), l'éducation thérapeutique (ETP), les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ainsi que les centres périnataux de proximité (CPP). Ce transfert de crédits a représenté environ 735 M€, soit 9% de la dotation annuelle des MIGAC pour 2012.

In fine, après correction des écarts de périmètre, c'est-à-dire en incluant les crédits destinés à alimenter le FIR au titre des MIG qui y sont versées, la dotation MIGAC attribuée aux établissements de santé a progressé en 2012 de 3,44 % pour atteindre 8 563,15 M€.

Par ailleurs, les mises en réserve prudentielles effectuées sur les marges de manœuvre régionales (AC) ont été en 2012 plus importantes que l'année précédente (cf. *infra*, partie 1.3.3).

Pour l'ensemble des financements relatifs à la dotation des MIGAC, 69% concernent les missions d'intérêt général telles qu'elles ont été définies dans l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale, modifié par l'arrêté du 2 mars 2012.



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

- **La création du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2012**

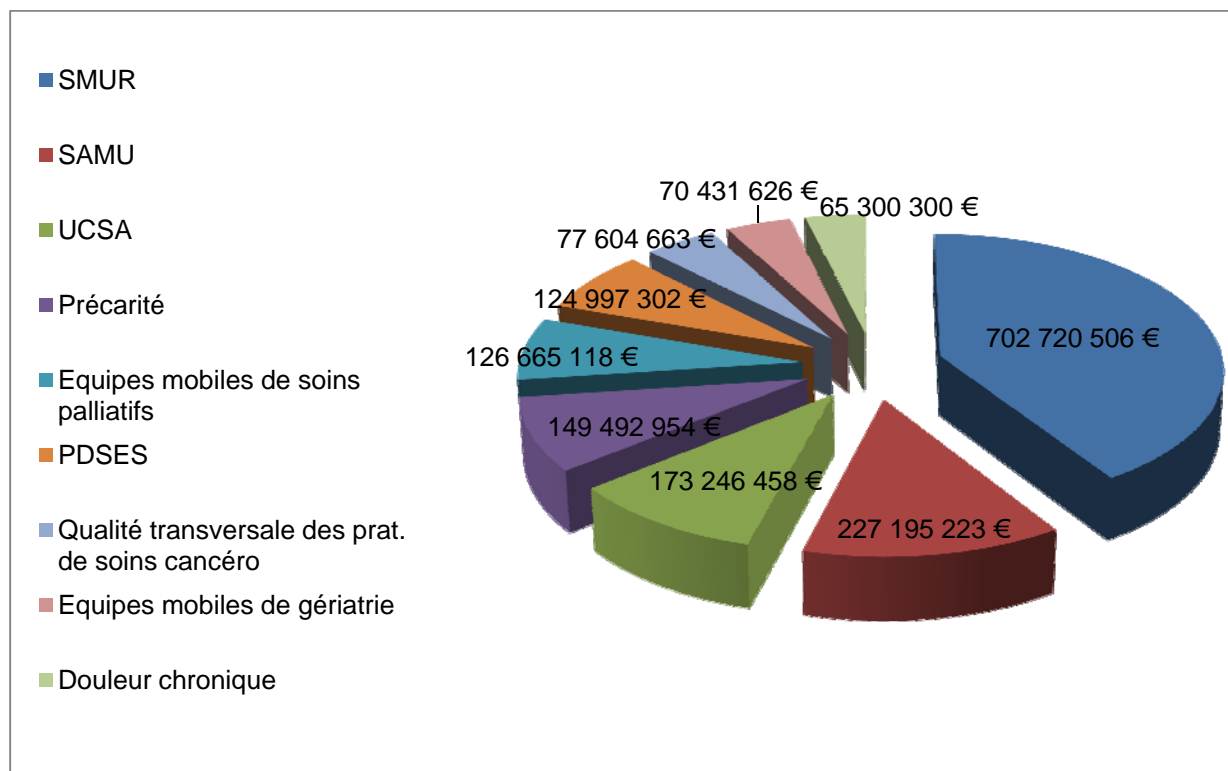
Le Fonds d'intervention régional (FIR) est intervenu à compter de sa création, le 1^{er} mars 2012. Il a donc permis le financement pendant les dix derniers mois de 2012 des quatre missions d'intérêt général précitées. Le rapport destiné au Parlement consacré au FIR rassemble les informations relatives à l'exécution des crédits de ce fonds en 2012.

1.3.2. Zoom sur les montants des principales MIG / AC

- **L'évolution des principales MIG (hors MERRI) en 2012**

Compte tenu de la mise en œuvre du FIR à dater du 1^{er} mars 2012 et des modifications du champ de la dotation MIGAC qu'il a entraînées, les comparaisons de l'évolution du montant des dotations des MIG autres que les MERRI sont délicates puisque les hiérarchies de l'importance des dotations s'en trouvent modifiées. En particulier, le versement de la dotation de la permanence des soins en établissement de santé au FIR, laquelle représentait près de 735M€ en 2011, impacte cette comparaison.

Valeur des principales dotations des autres MIG en 2012 (plus de 70 M€)



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

Ainsi en 2012, la PDES déléguée au titre de la dotation des MIGAC ne représente plus que près de 125 M€, ce qui correspond à un financement des établissements sur deux mois.

En tête des dotations des autres MIG, on retrouve, comme les années précédentes, le financement des SMUR (703 M€) et celui des SAMU (227 M€) au titre de l'aide médicale urgente. Viennent ensuite les dotations des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex UCSA) pour 173 M€, celle de la prise en charge hospitalière des personnes en situation de précarité pour près de 150 M€ et des équipes mobiles de soins palliatifs pour presque 127 M€.

Enfin, le financement de la qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie (plus de 77 M€), des équipes mobiles de gériatrie (plus de 70 M€) et des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (plus de 65 M€) confirme la vocation première de la dotation des autres MIG en faveur des actions de santé publique.

- **L'évolution des principales MERRI en 2012**

La réforme du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) s'est poursuivie en 2012, modifiant notamment les proportions des dotations de la part fixe et de la part modulable de ces missions (cf. paragraphe 2.3.2, *infra*).

Les dotations des principales MERRI en 2012 demeurent celles de ces deux parts fixe et modulable, avec une prééminence de la seconde qui s'accroît (depuis 2011, la valeur de la part modulable a dépassé celle de la part fixe).

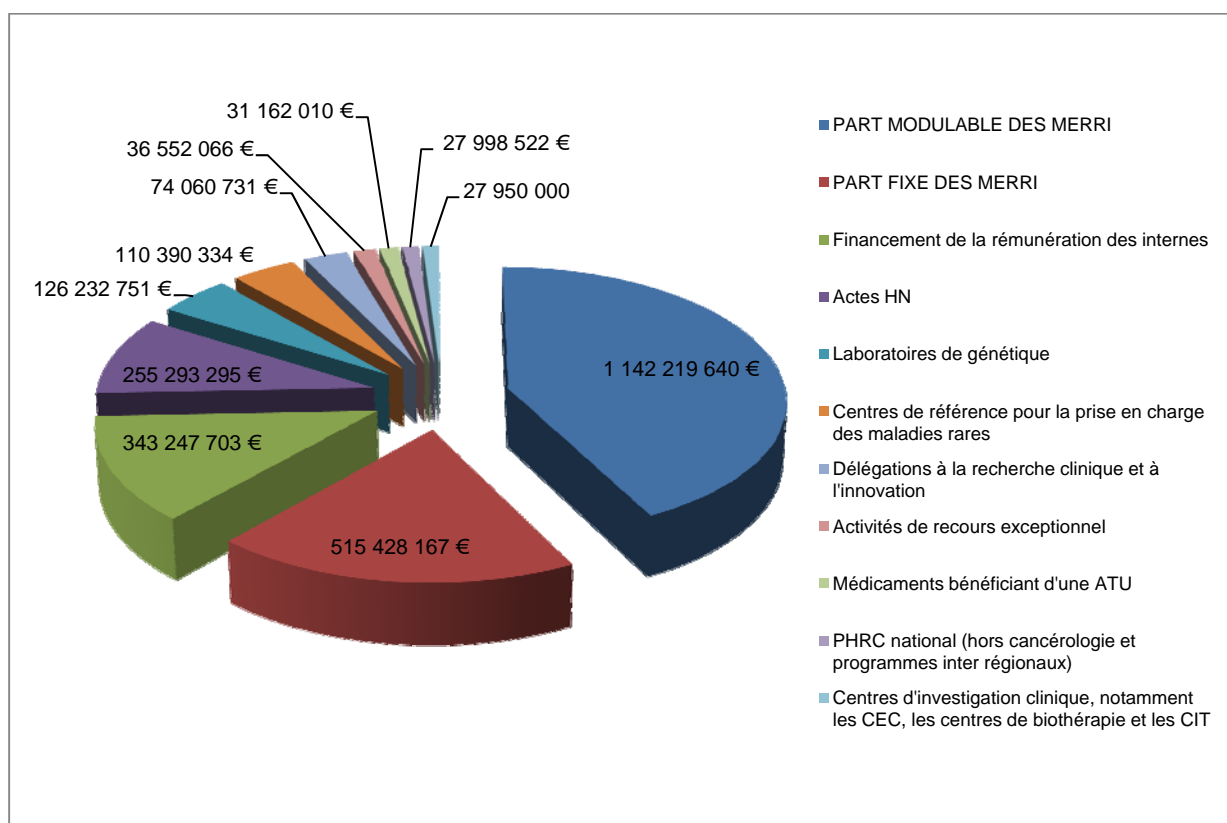
Le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et odontologie occupe le troisième rang en valeur (plus de 343 M€, en hausse de 12% par rapport à 2011) et le financement des actes dentaires, biologiques et anatomo-pathologiques hors nomenclature le quatrième rang (pour plus de 255M€), juste devant le financement des laboratoires de génétique (plus de 126 M€).

On note que parmi les centres de référence qui organisent aussi la prise en charge de patients et qui sont financés par les MERRI, les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares occupent toujours une place importante (plus de 110 M€).

S'agissant du financement de la recherche, l'enveloppe du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national est la plus volumineuse de celle des appels à projets que financent les MERRI, à hauteur de près de 28 M€. Pour ce qui concerne les structures de recherche, les délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), qui organisent la promotion de la recherche clinique, l'aide méthodologique et l'aide à la gestion de données, sont dotées à plus de 74 M€ et les centres d'investigation clinique à près de 28 M€.

Enfin, le financement des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et celui des activités de recours exceptionnels (prise en charge médicales ou chirurgicales rares, requérant des compétences très spécialisées et mises en œuvre dans un très petit nombre d'établissements) représentent respectivement plus de 31 M€ et plus de 36,5 M€ en 2012.

Valeur des principales dotations des MERRI en 2012 (supérieures à 25 M€)



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

• L'évolution des aides à la contractualisation en 2012

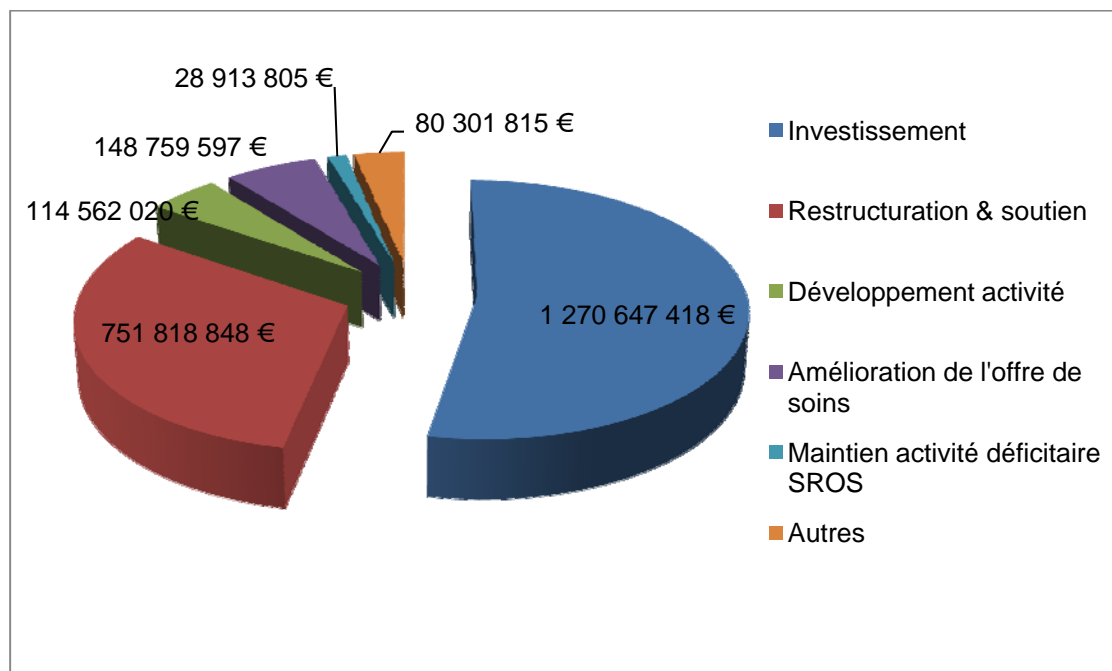
Le montant total des aides à la contractualisation allouées aux établissements de santé s'est élevé à 2 395 M€ en 2012, contre plus de 2 257 M€ l'année précédente. Ce montant retrouve ainsi pratiquement en valeur absolue celui atteint en 2009 (2 420 M€), lequel est le plus haut jamais notifié aux établissements. Depuis 2010 en effet, la politique de mises en réserve prudentielles destinées à garantir le respect de l'ONDAM (cf. paragraphe 1.3.3, *infra*) a principalement pesé sur les aides à la contractualisation.

Les crédits AC alloués en « base » représentent 56%. En corollaire, la part des mesures nouvelles allouées en AC l'est très majoritairement sous forme de crédits non reconductibles, ce qui reflète bien le double objet principal des AC : soutien à l'investissement hospitalier (53% des AC dont un peu plus de la moitié consacrée aux mesures nationales d'investissement), cet effort étant reconductible sur la durée de l'investissement, et soutien aux restructurations ainsi qu'aux établissements déficitaires (31% des AC), cette aide étant plus ponctuelle et limitée dans le temps.

Comparativement à ces deux grandes catégories qui représentent donc quatre cinquièmes des financements en AC, l'amélioration de l'offre de soins existante concentre 6% des crédits (dont les deux tiers sont consacrés au soutien à la démographie des professionnels de santé), le développement de l'activité 5% (consacrés en premier lieu au soutien à l'obstétrique et à la périnatalité, puis à la cancérologie et aux services d'urgence), la catégorie « Autres » 4% et le maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS, 1%.

Si l'on considère la catégorie des AC allouées aux établissements privés à but lucratif (plus de 43 M€), on note que ces allocations vont autant à l'investissement qu'au développement de l'activité (pour un peu plus de 24% dans chaque catégorie).

Répartition du montant des aides à la contractualisation en 2012



Source : ARBUST MIGAC / ATIH

1.3.3. Mises en réserves prudentielles des dotations AC et dégels en 2012

Dans la continuité des campagnes 2010 et 2011 et afin de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier 2012, 415M€ ont été mis en réserve en début d'année 2012, se répartissant entre :

- 50M€ sur la marge AC nationale
- 25M€ sur les crédits déçus du FMESPP
- 42M€ de mesures annulées MIGAC et DAF
- 298M€ sur les dotations régionales.

Les mises en réserves au niveau régional ont été établies de façon à sensibiliser les ARS et les établissements à la nécessité de maîtriser les volumes d'activité d'hospitalisation.

Le calcul de la proportion des marges de manœuvre régionales¹¹ à mettre en réserve a été différencié, comme en 2011 et en concertation avec les ARS, en tenant compte de la dynamique régionale d'activité MCO, principale source potentielle de dépassement. Ces montants ont été appliqués sur les marges de manœuvre des ARS.

¹¹ Marges de manœuvre des ARS = dotations AC hors crédits nationaux d'investissement

Le principe général est de geler les dotations régionales en tenant compte de l'écart entre l'évolution des dépenses régionales d'activité 2011¹² et la moyenne nationale. L'évolution des dépenses d'activité est corrigée par l'évolution démographique de chaque région. Par ailleurs, les montants à mettre en réserve sont modulés en fonction du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés 2009 de recours à l'offre de soins) afin de différencier les régions pour lesquelles la consommation de soins est faible et pourrait justifier un « rattrapage » de celles pour lesquelles la consommation de soins est plus élevée et justifie une modération plus grande des volumes de dépenses¹³.

Ces mises en réserve d'un montant de 298M€ représentent environ 33% des marges de manœuvre 2012 des régions. Le calcul différencié des mises en réserves a conduit à ne pas geler les crédits de certaines régions (Limousin, Guyane, Martinique). A l'inverse, le poids des mises en réserve a représenté jusqu'à 42% des marges de manœuvre.

Les mises en réserve sur les dotations régionales étaient jusqu'en 2011 imputées sur les seules dotations AC. En 2012, la répartition des mises en réserve sur les crédits régionaux a été laissée à l'appréciation des ARS entre les enveloppes AC et DAF.

Le choix d'affectation de chaque ARS a abouti à la répartition suivante : environ 68% des crédits ont été mis en réserve sur la AC (soit plus de 203M€) et près de 32% sur la DAF (95M€ environ).

Au vu de l'état de l'exécution de l'ONDAM, aucun crédit n'a été dégelé en fin de campagne 2012. En effet, les données d'activité communiquées dans le cadre du groupe de suivi statistique de l'ONDAM du 22 novembre 2012 faisaient état d'un fort dynamisme sur l'ODMCO ex DG et sur l'OQN que les mises en réserve de 415M€ effectuées en début de campagne permettaient à peine de couvrir. En regard de ces éléments, il n'était donc pas possible de procéder au dégel de ces crédits via la troisième circulaire budgétaire.

Les limites du dispositif (gels de crédits n'ayant pas contribué au déficit, réduction substantielle des marges de manœuvre des ARS, en sus des économies qui leur sont imputées) ont conduit à le faire évoluer en 2013 : une partie des mises en réserve peut ainsi porter dorénavant sur les tarifs de prestations (cf. paragraphe 2.2.4).

1.3.4. Les dotations FMESPP et FIQCS ont également contribué en 2012 au financement des projets des établissements de santé

1.3.4.1. Les dotations versées au titre du FMESPP

Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est régi par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié qui précise les missions et le champ d'intervention du fonds.

La dotation du FMESPP est variable d'une année sur l'autre, puisqu'elle est construite à partir des besoins de financement à venir, notamment pour les nouveaux plans de santé publique ou pour financer des plans d'investissement tel qu'Hôpital 2012.

Il finance par ailleurs, les études sur le financement des établissements de santé et de conduite des expérimentations exercées par l'ATIH.

La mise en œuvre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 a modifié les délégations au titre du FMESPP. Certaines missions du FMESPP, relevant des ARS, sont dorénavant financées par le FIR. C'est le cas de :

- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- la modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la

¹² Dépenses d'activité M10 2011 (volume économique – données en date de remboursement) pour l'ex-DG ; M11 pour l'ex-OQN.

¹³ Pour les DOM, seules les données sur le secteur ex-DG ont été prises en compte, les données sur le secteur ex-OQN n'étant pas disponibles. Par ailleurs, les taux de recours considérés sont les taux de recours standardisés, également pour des raisons de disponibilité des données.

performance hospitalière engagés par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région.

Ainsi, les différentes mesures éligibles au FMESPP sont en forte diminution à compter de 2012.

Tableau n°27 : Les différentes délégations en 2012 au titre du FMESPP

SUIVI ANNUEL DU FMESPP	2012	% / par rapport au total
Montant LFSS pour 2012 dont crédits du FIR	285 870 000	
montant des crédits transférés au FIR	104 350 000	36,50%
Montant ressources FMESPP	181 520 000	
Crédits reportés N-1	26 727 906	
TOTAL RESSOURCES FMESPP (hors FIR)	208 247 906	
1) niveau national	1 256 008	
<i>missions de conception des modalités de financement des activités de soins (ATIH)</i>	1 256 008	1,17%
2) niveau national : dépenses de fonctionnement dont les systèmes d'information, dépenses d'investissement immobilier	106 462 419	
plan hôpital 2012 tranche 1 et 2	97 641 006	90,64%
autres opérations d'investissement	8 354 020	7,76%
autres opérations	467 393	0,43%
TOTAL Délégués	107 718 427	100,00%
Solde des crédits non délégués (report N)	100 529 479	

Source : DGOS

Le solde important de crédits non délégués s'explique principalement par le report de financements dédiés au plan d'investissement « Hôpital 2012 » décidé dans le cadre des revues de projet menées en début d'année 2012.

1.3.4.2. Les dotations versées au titre du FIQCS

Depuis le 1^{er} mars 2012, la part régionale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a été intégrée au sein du Fonds d'intervention régional (FIR). La part nationale du FIQCS a été maintenue pour le financement des actions prévues au L221-1-1 du code de la sécurité sociale :

- des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire et à ce titre, le financement des contrats d'engagement de service public (CESP).
- la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) et, notamment, le développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. Cette enveloppe, attribuée à l'ASIP Santé, représente une part prépondérante du FIQCS (81,2% en 2012).

Dans ce cadre, au cours de l'exercice 2012, le FIQCS a été utilisé pour financer les actions présentées dans le tableau ci-dessous. En 2012, les actions financées par le FIQCS ont financé des projets impliquant des professionnels de santé exerçant en ville, des structures ambulatoires et des réseaux de santé. A l'exception de la mise en œuvre du DMP, ces actions n'ont pas bénéficié de manière directe à des établissements de santé.

Compte tenu de la mise en place du FIR, les crédits du FIQCS ont considérablement diminué entre 2010 (254.4M€) et 2012 (44.1M€ correspondant à la seule enveloppe nationale).

Tableau n°28 : Dotations versées au titre du FIQCS

Types d'actions financées	Montants versés en 2011		Montants versés en 2012		Evolution 2012/2011 en %
	(en M€)	(en %)	(en M€)	(en %)	
Système d'information (dont dossier médical partagé ...)	45,5	81,2 %	34,7	78,7%	-24%
Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)	4,0	7,1 %	-	-	-
MAIA + Maisons Soins Palliatifs	1,9	3,4 %	2,0	4,5%	16%
Expérimentation SI des MSP	-	-	0,2	0,5%	
Expérimentations soins de ville	0,1	0,2 %	0,1	0,2%	0 %
Nouveaux modes d'exercice	0	0 %	0,5	1,1%	-
Contrat d'engagement service public	3,1	5,5%	6,4	14,5%	106%
Participation FIQCS au FMESPP	0,7				

Source : DGOS

1.4. La situation financière des établissements de santé entre 2010 et 2012

1.4.1. La Situation financière des établissements ex-DG¹⁴

Préalable méthodologique

L'analyse de la situation financière des établissements de santé dits ex-DG se base sur deux sources de données.

Pour les établissements publics de santé (EPS), sont exploités les comptes financiers 2010, 2011 et 2012, sachant que les comptes 2012 sont provisoires. La base de données est exhaustive pour les 1000 EPS.

Pour les établissements privés ex-DG, sont analysés les comptes financiers 2010 et 2011 et les troisièmes rapports infra-annuels 2012 déposés sur la plateforme ANCRE¹⁵. L'analyse étant conduite à champ constant, sont exploités les comptes des 461 établissements ayant répondu aux trois enquêtes. Le champ de travail n'est donc pas exhaustif.

En résumé, selon les données provisoires de 2012, les comptes des établissements de santé seraient revenus à l'équilibre. En particulier, le résultat global serait excédentaire d'environ 100 M€ et la capacité d'autofinancement se serait stabilisée à son meilleur niveau, à 4,6 Md€.

a) Les établissements publics de santé présentent un résultat global à l'équilibre en 2012

En 2012, le résultat global des établissements de santé ex-dotation globale (ex-DG) redeviendrait excédentaire, après plusieurs années de déficit. Il progressait de plus de 450 M€ pour atteindre 107 M€ contre -361 M€ en 2011. Le taux de résultat, qui rapporte le résultat au total des produits, aurait par conséquent progressé, il serait passé de -0,50 % à 0,15 %. Cette amélioration est portée quasi-intégralement par les établissements publics de santé.

Les établissements publics de santé (EPS) enregistraient un excédent de 117 M€ en 2012 contre un déficit de 349 M€ l'année précédente. Ce résultat est la somme d'un excédent global de 456 M€ dégagé par un peu moins des deux tiers des établissements et d'un déficit global de 328 M€ dégagé par le tiers restant. Les établissements déficitaires seraient un peu moins nombreux qu'en 2011 et

¹⁴ Les données présentées excèdent celles du seul champ de la T2A puisque les catégories traitées sont les suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, ex centres hospitaliers spécialisés, ex hôpitaux locaux, CLCC et établissements privés à but non lucratif.

¹⁵ La base ANCRE est gérée par l'ATIH. Elle a extrait les données du 3ème rapport infra annuel (RIA) 2012 qui est établi par les établissements de santé en février 2013 après leur journée de clôture. Les écarts sont relativement faibles par rapport à ceux du compte financier qui seront disponibles dans leur intégralité à l'automne.

surtout la concentration du déficit se serait singulièrement réduite. En effet, la moitié du déficit global de 2012 est imputable à 35 EPS contre seulement 12 en 2011.

A l'exception de l'AP-HP, toutes les catégories d'établissements seraient à l'équilibre en 2012. En particulier, les CHR (hors AP-HP) afficheraient un excédent de 32 M€ contre un déficit de 179 M€ en 2011, soit une progression de plus de 200 M€. Les centres hospitaliers, toutes tailles budgétaires confondues, enregistreraient une progression comparable pour atteindre un excédent de 27 M€. Les ex-CHS et les ex-HL maintiendraient leur équilibre, malgré un léger recul de leur résultat.

Le résultat global agrège les résultats des différents budgets de l'hôpital. En particulier, le budget principal (il rend compte de l'activité hospitalière), qui pèse pour 88 % dans les produits hospitaliers totaux, resterait déficitaire en 2012 à -122 M€, malgré une très forte progression (+ 413 M€). Les budgets annexes, historiquement excédentaires, enregistreraient également une amélioration de leur résultat (+ 53 M€) pour atteindre 240 M€ d'excédent.

Le taux de résultat des EPS s'est mécaniquement relevé. Les CHR ayant dégagé un résultat en forte hausse par rapport à leur masse budgétaire, afficheraient désormais un taux de résultat (0,16 %) supérieur à celui des centres hospitaliers (0,08 %). Les ex-HL et les ex-CHS conserveraient un taux de résultat bien plus élevé que les autres centres hospitaliers, respectivement 0,97 % et 0,32 %.

Les établissements privés à but on lucratif (EBNL) auraient stabilisé en 2012 leur déficit autour de 10 M€, soit -0,11 % de leur budget. Au sein de cette catégorie d'établissements, on constate des évolutions divergentes entre le groupe des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les autres établissements privés. Les CLCC auraient aggravé leur déficit en 2012, celui-ci passant de 6 à 10 M€, tandis que les autres EBNL auraient au contraire amélioré leur situation, leur déficit passant de 30 M€ en 2010 à 8 en 2011 et 2 en 2012. Cette catégorie d'établissements serait donc globalement retournée à l'équilibre.

Tableau n°29 : Résultat des comptes de résultat consolidés de 2010 à 2012 et taux de résultat en 2011 et 2012

en M€	2010	2011	2012	Taux de résultat 2011	Taux de résultat 2012
APHP	-103	-72	-21	-1,05%	-0,29%
CHR	-147	-179	32	-0,93%	0,16%
CH	-77	-180	27	-0,51%	0,08%
CH > 70M€	-25	-77	39	-0,37%	0,16%
CH 20-70M€	-60	-105	-17	-0,90%	-0,18%
CH < 20M€	8	2	6	0,08%	0,36%
CH ex-HL	73	41	38	1,10%	0,97%
CH ex-CHS	34	32	20	0,53%	0,32%
Autres EPS	11	8	21	1,59%	4,65%
Tous EPS	-208	-349	117	-0,49%	0,16%
CLCC	-5	-6	-10	-0,37%	-0,54%
EBNL	-30	-8	-2	-0,11%	-0,03%
USLD	1	2	1	1,63%	0,99%
Total Privés ex-DG	-34	-12	-10	-0,14%	-0,11%
Total ES ex-DG	-242	-361	107	-0,50%	0,15%

Source : DGFIP pour les EPS et ATIH (compte-financiers) pour les privés ex-DG

La seule analyse du résultat global n'est pas suffisante pour apprécier correctement la situation financière des établissements de santé, le résultat étant impacté chaque année par des opérations comptables. En effet, les établissements de santé se sont engagés dans une démarche de fiabilisation de leurs comptes à partir de 2011. De fait, de nombreux changements sont intervenus dans les modalités de comptabilisation de produits ou charges, notamment en ce qui concerne les provisions. Aussi est-il important de compléter l'analyse du résultat par celle de la capacité d'autofinancement, qui rend mieux compte des réels efforts de productivité menés par les hôpitaux.

b) La capacité d'autofinancement est maintenue à niveau stable, mais est en légère baisse rapportée aux recettes

La capacité d'autofinancement des établissements de santé se serait maintenue à son niveau de l'année précédente, autour de 4,57 Md€. On constate un léger retrait pour le secteur public comme pour le secteur privé, mais non significatif en raison des changements comptables qui ont eu lieu en 2012¹⁶.

La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé se stabiliserait à son meilleur niveau depuis des années, c'est-à-dire autour de 4,1 Md€ en 2012. Cette stabilisation a été acquise notamment grâce à une croissance maîtrisée des charges de personnel du budget principal (+ 2,2 %) pour une hausse modérée des produits versés par l'assurance maladie (+ 2,3 %). A l'échelon des catégories, les CHR, y compris l'AP-HP, enregistreraient une CAF en légère hausse (+ 52 M€) tandis que les centres hospitaliers importants ont accusé un recul (- 171 M€).

La capacité d'autofinancement demeurerait la première source de financement des investissements hospitaliers qui s'élèveraient autour de 5,7 Md€ (- 5 % par rapport à 2011). L'endettement net (emprunts nouveaux – remboursement du capital des emprunts anciens) fléchirait nettement, il passerait de 2,2 Md€ en 2011 à 1,6 Md€ en 2012.

La CAF du secteur privé ex-DG atteindrait 0,43 Md€ en 2012. Les CLCC enregistreraient une baisse de leur CAF (- 17 M€) et les autres EBNL une légère hausse (+ 4 M€).

La CAF se stabilisant pour une masse budgétaire en croissance, le taux de CAF reculerait en 2012 pour l'ensemble des établissements de santé. Il passerait de 5,7 % à 5,4 %. La baisse concernerait autant le secteur public que le secteur privé. Les établissements publics de santé verraient leur taux de CAF passer de 5,8 % à 5,5 %. A l'exception des CHR qui maintiennent leur taux de CAF, toutes les autres catégories d'établissement enregistrent une baisse de leur taux. Dans le secteur privé, la baisse de la CAF serait bien plus importante pour les CLCC que pour les autres EBNL, ce qui confirme la dégradation de la situation financière des CLCC.

Tableau n°30 : Résultat des capacités d'autofinancement de 2010 à 2012 et taux de CAF en 2011 et 2012

en M€	2 010	2 011	2 012	Tx de CAF 2011	Tx de CAF 2012
APHP	280	382	409	5,5%	5,7%
CHR	966	1 098	1 123	5,6%	5,6%
CH	2 039	2 088	1 956	5,8%	5,4%
CH > 70M€	1 257	1 305	1 134	6,3%	5,5%
CH 20-70M€	631	621	665	5,1%	5,3%
CH < 20M€	151	162	157	5,6%	5,4%
CH ex-HL	286	261	239	7,0%	6,4%
CH ex-CHS	332	338	306	5,5%	4,9%
Autres EPS	50	40	108	8,0%	6,8%
Tous EPS	3 953	4 208	4 142	5,8%	5,5%
CLCC	107	117	100	6,8%	5,7%
EBNL	262	314	318	4,5%	4,4%
USLD	8	7	7	5,8%	6,1%
Total Privés ex-DG	378	437	425	5,0%	4,6%
Total ES ex-DG	4 331	4 645	4 567	5,7%	5,4%

Source : DGFIP pour les EPS et ATIH pour les privés ex-DG

¹⁶ En particulier, plusieurs crédits qui étaient versés au titre de plusieurs années, comme certaines dotations MERRI, sont comptabilisés à partir de 2012 en produits constatés d'avance (compte de bilan) et non plus en produits (comptes de résultat). Cette nouvelle disposition comptable a pénalisé le niveau de la CAF en 2012 par rapport à 2011.

1.4.2. La situation financière des cliniques privées

L'analyse de la situation financière des cliniques privées reprend l'étude réalisée par la DREES début 2013 et se base sur les données 2009 à 2011.

Les cliniques privées à but lucratif ont réalisé en 2011 un chiffre d'affaires d'environ 13 milliards d'euros, en progression de 500 millions d'euros par rapport à 2010. Il est réalisé pour plus des trois quarts par les cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et ne prend pas en compte les honoraires des praticiens libéraux qui y exercent.

Dans leur ensemble, les cliniques privées dégagent un résultat excédentaire en 2011, comme lors des exercices précédents. Leur rentabilité nette, rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires, s'établit en moyenne à 2,6 % en 2011, en progression de 0,6 point par rapport à l'année précédente (2,0%). Mais cette situation économique, globalement satisfaisante, reste marquée par de fortes disparités : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité nette supérieure à 12,2 %. Par ailleurs, le secteur hors MCO demeure le plus rentable avec un excédent représentant respectivement 5,8 % du chiffre d'affaires pour les cliniques de psychiatrie et 2,9% pour les cliniques de SSR, contre 2,4 % pour le secteur MCO.

SYNTHESE DU CHAPITRE 2

L'ONDAM des établissements de santé a vu son taux d'évolution fixé à 2,6% en 2013 et s'établit à 76,4 Mds€ après application des mesures d'économie (657,5 M€).

Avec l'abandon de la convergence intersectorielle, la campagne tarifaire 2013 marque la première étape de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire : réduction des sur et sous financements extrêmes, poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation complète (HAD et chirurgie ambulatoire notamment), actualisation et maintenance de la classification. Par ailleurs, elle instaure des mesures en faveur de l'amélioration de l'accès à l'IVG (prise en charge intégrale par l'assurance maladie et revalorisation tarifaire).

Dans le champ des dotations, l'année 2013 est marquée par l'élargissement du périmètre du FIR, abondé notamment à partir de l'enveloppe des MIGAC (14 MIG et l'ensemble des AC hors investissements et engagements nationaux). A périmètre constant, soit avant versement des crédits au FIR, la dotation nationale des MIGAC s'élève à 8 585,37 M€ en 2013.

Pour les dotations des MERRI, les travaux visant à leur optimisation, en collaboration avec les acteurs hospitalo-universitaires et l'INSERM, se poursuivent : extinction progressive de la part fixe, amélioration des indicateurs de calcul de la part modulable et élargissement du champ des établissements qui en bénéficient, modélisation de MERRI variables. Pour les MIG hors MERRI, neuf missions ont vu leurs dotations modélisées en 2013. La publication du Guide de contractualisation des dotations finançant les MIG en février 2013 marque la volonté de promouvoir une méthodologie partagée de rationalisation des allocations.

Dans le champ des SSR et de la psychiatrie, l'ONDAM a progressé en 2013 de 1,46% et l'OQN, pour les établissements privés, de 3,44%.

L'amélioration du pilotage de l'offre de soins relève aussi d'outils non financiers. C'est le cas des projets régionaux de santé (PRS), aujourd'hui tous adoptés, qui mobilisent des objectifs d'implantation et d'actions spécifiques, ainsi que des indicateurs de pilotage d'activité (IPA). C'est aussi le cas des travaux engagés sur la pertinence des soins depuis deux ans par la DGOS avec la HAS, la CNAMTS et l'ATIH, qui entendent favoriser la diffusion de bonnes pratiques de prise en charge tout en régulant l'offre de soins en vue d'une meilleure efficacité des dépenses de santé.

2. Les principales évolutions apportées au modèle de financement en 2013

2.1. Le cadrage des sous-objectifs de l'ONDAM en 2013

2.1.1. Présentation des grands agrégats de l'ONDAM hospitalier en 2013

L'ONDAM établissements de santé 2013 a vu son taux d'évolution fixé à 2,56% y compris le champ non régulé¹⁷, soit un total de 76,4Mds€.

Ce dernier se décompose en deux sous-objectifs de dépenses qui sont l'objectif des « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » (fixé pour 2013 à 56,6Mds€) et l'objectif des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (fixé pour 2013 à 19,8Mds€) :

- Le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité » regroupe l'objectif des dépenses en chirurgie, médecine et obstétrique (ODMCO), fixé pour 2013 à 48 Mds€ et la dotation pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), fixé pour 2013 à 8,6Mds€.
- Le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » regroupe l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixé pour 2013 à 16,3Mds€, l'objectif quantifié national (OQN) fixé pour 2013 à 2,7Mds€ et le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) fixé pour 2013 à 0,4Mds€. La quote-part de crédits restante correspond aux crédits ex- FMESPP transférés vers le FIR (0,2Mds€) et aux crédits afférents au champ non régulé (0,3Mds€).

Au sein de l'ODMCO, les trois sous-enveloppes de financement ont été fixées pour 2013 comme suit :

- Liste en sus comprenant les médicaments et dispositifs médicaux implantables non financés par les tarifs hospitaliers : 4,2Mds€ ;
- Forfaits annuels (urgence / prélèvement d'organes) : 1,2Mds€ ;
- Masse tarifaire comprenant notamment les dépenses afférentes aux séjours et actes et consultations externes : 42,7Mds€.

2.1.2. Les ajustements opérés pour aboutir à ces équilibres

La construction des objectifs de l'ONDAM hospitalier 2013 procède d'un certain nombre d'opérations nécessaires à son respect. Elles sont décrites ci-dessous :

a. Les mesures d'économies

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2013 a été évaluée à 3,5%, soit un besoin de financement complémentaire de 2 563M€ par rapport à l'objectif 2012. Des mesures d'économie à hauteur de 657,5M€ ont par conséquent été rendues nécessaires dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2013 pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2,56%.

Ces efforts d'économie se décomposent de la manière suivante :

- Renforcement de l'efficacité interne (rationalisation des achats hospitaliers, 314M€) ;
- Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge (193,5M€) ;
- Efficacité des produits de santé à l'hôpital (150M€) ;

¹⁷ Les dépenses « non régulées » recouvrent des financements divers qui n'ont pas vocation à être limités et comprend notamment les dépenses de certains établissements de santé situés hors du territoire français comme Monaco.

b. Les transferts liés à la prise en compte de l'exécution 2012

L'ONDAM 2013 est établi en comparaison à l'ONDAM 2012. Ainsi, lorsque certaines composantes connaissent une évolution des dépenses plus importantes que prévues en 2012 (dépassement couvert en 2012 par les mises en réserve prudentielles), il est nécessaire d'en tenir compte dans la construction de l'ONDAM 2013, afin que ce dépassement soit couvert en construction initiale.

Ainsi, la sur-exécution constatée en 2012 sur les différentes composantes de l'ODMCO ex-DG a été couverte :

- d'une part par une régulation prix-volume (impact sur les tarifs de prestation 2013),
- d'autre part, par un transfert de l'enveloppe MIGAC à hauteur de 253M€ vers la masse tarifaire, la liste en sus et les forfaits annuels.

c. Les mises en réserves effectuées en vue de garantir le respect de l'ONDAM 2013

Enfin, comme en 2011 et 2012, des mises en réserve ont été effectuées en début de campagne en vue de garantir le respect de l'ONDAM. Ces mises en réserve, à hauteur de 415 millions d'euros se décomposent en :

- Marges DAF régionales : 125M€;
- Marges DAF nationales : 60M€;
- Crédits issus de la déchéance du FMESPP : 40M€;
- Crédits FIR (Fonds d'intervention régional): 75M€;
- Tarifs ODMCO, mise en place du coefficient prudentiel : 115M€.

Le paragraphe 2.2.4 explicite les objectifs et modalités d'application des mises en réserve.

2.2. Les évolutions apportées en 2013 sur le champ ODMCO

2.2.1. Les évolutions en termes de classification et prestations sur le champ MCO

Ces évolutions résultent de processus d'études de l'ATIH et de concertation avec les fédérations hospitalières, en général initiées à la demande des acteurs hospitaliers et souvent réalisées dans un cadre pluriannuel, en vue d'aboutir à leur bonne compréhension et application par les établissements.

a) Les évolutions de la classification des GHM (V11E)¹⁸

Les principales évolutions de la classification par rapport à la version 11d consistent en la réalisation de travaux de maintenance :

- la maintenance de la liste des CMA

Cette révision repose sur la même méthode que celle mise en œuvre en 2011, et validée par l'ensemble des fédérations. Cette méthode a consisté à :

- supprimer de la liste, les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA sur la période 2009-2012 et dont l'effectif est supérieur à 1000 cas dans la base nationale ;
- requalifier le niveau de sévérité des codes qui n'auraient plus le même effet CMA ;
- introduire, le cas échéant, des nouveaux codes qui auraient un effet CMA.

Cette révision entraîne :

- une modification des effets CMA pour 5% des 9 500 codes diagnostiques de la CIM-10 (soit environ 450 codes).
- une stabilité du nombre de diagnostics avec effet CMA compte-tenu des ajouts et des retraits

¹⁸ Source ATIH : notice technique PMSI 2013

- une très légère augmentation du nombre de séjours en niveau de sévérité supérieur à 1, en particulier dans le niveau 4 en raison de quelques codes fréquents de niveau 3 qui basculent vers le niveau 4.
- l'amélioration de l'homogénéité des GHM en ce qui concerne les activités suivantes :
 - la chirurgie ambulatoire avec la création de 18 racines supplémentaires et un reclassement de certains actes pour 19 racines. Ces évolutions permettent notamment une meilleure comparaison des populations du niveau 1 avec le niveau J, facilitant la mise en œuvre de la politique tarifaire incitative au développement de la chirurgie ambulatoire.
 - La racine d'actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans (05K13) étant très hétérogène (la DMS variant de 0,2 à 12 jours), il a été décidé, en concertation avec les professionnels de scinder cette racine en 6 racines afin de mieux valoriser les différentes prises en charge.
 - La chirurgie esthétique avec la création d'un niveau de sévérité supplémentaire (racine 09Z02). Les séjours hospitaliers pour intervention esthétique ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, et ne donnent donc pas lieu à financement. En revanche, certaines complications graves survenant au cours d'un séjour de chirurgie esthétique sont, elles, prises en charge par l'assurance maladie. Pour la campagne 2013, il a été décidé, en concertation avec les professionnels et l'Assurance maladie, de créer un niveau de sévérité sur la racine de chirurgie esthétique, permettant de prendre en compte les complications et ainsi de les financer.

b) Les évolutions des catégories de prestations¹⁹

En 2013, les catégories de prestations ont évolués de la manière suivante :

- GHS dédoublés : suppression de l'acte de prélèvement de rein par abord direct (JAFA013) qui ouvrait droit au GHS majoré de donneur vivant ;
- Passage en GHS des centres de dialyses ex-OQN (anciennement financés en D) entraînant une simple modification du vecteur de financement ;
- Clarification des règles de facturation des suppléments dans l'hypothèse du transfert d'un patient, d'une unité à une autre le même jour. Seul le supplément de l'unité d'accueil est désormais facturé ;
- Modification de la règle de facturation du forfait journalier hospitalier du jour de transfert ou de mutation, la facturation se fait uniquement dans l'établissement ou le service d'accueil afin d'éviter une double facturation pour le patient pour la même journée ;
- Maintenance de la liste d'actes des forfaits SE :
 - ✓ suppression des 2 actes déjà inscrits sur la liste forfait sécurité dermatologie (BAFA005 et BAFA006) ;
 - ✓ inscription de l'acte de transfert embryonnaire sur la liste SE2.

Ces évolutions sont précisées en annexe 3.

¹⁹ Arrêté prestations du 18 février 2013 modifiant l'arrêté du 19 février 2009

c) Les évolutions concernant la liste en sus

Conformément à la recommandation de principe concernant les modalités d'inscription et de radiation des médicaments sur la liste en sus, le conseil de l'hospitalisation en date du 25 janvier 2013 et du 8 février 2013 a émis des recommandations sur la radiation de médicaments et DMI.

Les molécules onéreuses et les DMI réintégrés au 1er mars 2013 dans les tarifs sont le Revlimid®, l'Hycamtin® (topotecan) sous forme injectable et les patchs vasculaires pour les motifs et selon les modalités suivantes :

Concernant les molécules onéreuses, considérant que l'usage des spécialités pharmaceutiques REVLIMID® est majoritairement réalisé en ambulatoire (usage marginal en établissements de santé), et considérant que les prix d'achat constatés et la tendance du marché attestent d'une baisse des prix rendant le financement des spécialités pharmaceutiques à base de TOPOTECAN par voie injectable compatible avec les tarifs des groupes homogènes de séjour, le Conseil de l'Hospitalisation a recommandé leur radiation de la liste en sus. Les masses correspondantes aux montants remboursés constatés en 2012 ont été transférées de la liste en sus au sein des tarifs des GHS correspondants.

Par ailleurs, trois autres molécules, à savoir l'Hycamtin® (topotecan) sous forme orale, le Zavesca®, médicament utilisé dans la maladie de Gaucher (maladie rare), et le Zavedos® sous forme orale ont été radiées. Cette radiation n'a cependant pas eu d'effet sur les tarifs dans la mesure où elles ne concernent que très peu de séjours hospitaliers (usage majoritairement en ville).

Concernant les patchs, considérant que, sur la base de l'analyse des implantations des dispositifs concernés réalisée à partir des données PMSI 2011, les patchs et plaques d'obturation vasculaires ont un tarif inférieur à 30% du tarif des GHS dans lesquels la pose de ces dispositifs est observée, le Conseil de l'Hospitalisation a recommandé leur radiation de la liste en sus. Le principe de réintégration dans les tarifs est identique à celui des molécules onéreuses mais est ciblée sur les racines suivantes : 01C06 ; 05C03 ; 05C06 ; 05C11 ; 05C10 ; 05C07 ; 05C05 ; 05C02.

2.2.2. Les modalités de construction tarifaire en 2013 : une transition vers le principe de neutralité tarifaire

La campagne tarifaire 2013 correspond, avec l'abandon de la convergence intersectorielle, à la première étape de mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire préconisé par les récents rapports de l'IGAS, l'IGF ainsi que la MECSS, et constitue en ce sens une campagne de transition vers une réforme plus en profondeur, dont les contours sont définis plus précisément au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) installé en décembre 2012.

La construction tarifaire 2013 répond aux trois grands objectifs suivants :

- Réduire les sur et sous financements extrêmes constatés par référence aux tarifs « neutres » approchés par les tarifs issus des coûts. Cette démarche vaut pour l'ensemble des activités mais les activités antérieurement protégées voient leur surfinancement diminué dans une moindre mesure.
- Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète à travers des incitations en faveur de la chirurgie ambulatoire, de l'HAD ou encore des alternatives à la dialyse en centre.
- Procéder à une actualisation a minima du modèle (classification des GHM, prise en compte de l'évolution des durées moyennes de séjour) dans l'attente des futurs travaux d'adaptation et de simplification.

La fixation des tarifs a compris deux phases successives :

- la prise en compte des mesures modifiant le périmètre des tarifs par rapport aux tarifs 2012 ;
- les modulations tarifaires induites par l'application du principe de neutralité tarifaire au vu de l'étude adéquation financement charge 2012.

a) Phase 1 : mesures modifiant le périmètre des tarifs

Cette étape a consisté à faire varier les tarifs publiés en 2012 au vu des changements impactant le contenu même des GHM. Il s'agit notamment d'identifier les activités impactées :

- par l'évolution de la classification (cf. §2.2.1)
- par les radiations de médicaments et de DMI de la liste en sus. (cf§2.2.1)
- par la mise à jour des bornes hautes et basses

Pour la campagne 2013, une étude a été réalisée pour analyser, par GHM, l'évolution des durées de séjours. Sur la base de cette analyse, une mise à jour des bornes a été faite sur 14% des GHM pour le secteur ex-DG et 6% pour le secteur ex-OQN dès lors qu'une évolution significative de la DMS a été observée. Aussi, une baisse de la durée de séjour ayant globalement été observée, une suppression ou une baisse des bornes basses a été effectuée dans plus de 80% de ces mises à jour.

Tout changement des bornes sur un GHM entraîne une évolution de la valeur faciale du tarif. En revanche, ces modifications s'opèrent sur le principe de conservation de la masse financière globale du GHM impacté. La rémunération moyenne des séjours appartenant au GHM reste donc inchangée, même si les modalités de financement évoluent. De plus, la révision d'une borne sur le niveau 1 implique également une modification en cascade du financement des niveaux supérieurs. Ainsi, si cette opération est neutre sur le financement moyen des séjours d'un GHM, pour autant elle entraîne des évolutions tarifaires.

b) Phase 2 : modulations tarifaires 2013

b.1. Réduction des sur et sous financement extrêmes

L'objectif des travaux était de réduire les écarts entre les tarifs et les tarifs issus des coûts pour les GHM qui apparaissent très sur ou sous financés. Dans ce cadre, la modulation s'appuie sur l'étude de l'ATIH « Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs »²⁰, qui permet de calculer des tarifs dit issus des coûts (TIC), respectant la hiérarchie de l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) dans la contrainte de la masse tarifaire allouée.

Pour ce faire, un taux de sous financement et un taux de sur financement maximal ont été fixés. Ainsi, les activités dites « *spécifiques* » (AVC, cancer, soins palliatifs, activités lourdes) ont été également mises à contribution, pour la deuxième année consécutive, mais continueront de bénéficier néanmoins d'un traitement privilégié.

Pour les activités sous financées, fixation à 20% du taux de sous financement maximal et de ramener le tarif des activités identifiées à - 20% de leur TIC.

Pour les activités sur financées, comme indiqué supra, les activités spécifiques, ont été traitées différemment des autres activités :

- Concernant les « autres activités », fixation d'un taux de surfinancement maximal à 25% et ramener les tarifs des GHM identifiés à 25% de leur TIC ;
- Concernant les activités spécifiques, fixation d'un taux de surfinancement maximal cible à 30% et rapprocher d'un tiers en 2013 les tarifs des GHM vers 30% de leur TIC. Les GHM pour lesquels cette mesure entraîne une variation de tarifs inférieure à 3% sont eux, par exception, ramenés totalement à 30% de leur TIC dès 2013.

b.2. Dialyse

Pour les centres de dialyse, au vu de l'étude adéquation charge/financement, les tarifs ont été rapprochés vers leur TIC. En effet, cette étude montre les écarts suivants :

- Secteur ex-DG :
 - pour les séances d'hémodialyse adultes : + 5,7%
 - pour les séances d'hémodialyse enfants : - 27%
- Secteur ex-OQN : pour les séances d'hémodialyse adultes : + 23,2%

²⁰ <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D0001CFF>

Pour le secteur ex-DG, le tarif des séances d'hémodialyse adultes a été rapproché d'1/8^{ème} vers leur TIC. Par ailleurs, les tarifs des séances d'hémodialyse pour enfant ont eux été ramenés totalement à leur TIC. Le même rapprochement du tarif de l'hémodialyse en centre d'1/8^{ème} vers son TIC a été appliqué au secteur ex-OQN.

S'agissant du hors centre, la campagne a permis de mettre en œuvre l'incitation au hors centre via une application différenciée de taux d'évolution des tarifs.

b.3. Chirurgie ambulatoire : Renforcement de la politique engagée depuis quelques années en faveur du développement de cette activité

Ainsi, en 2013, grâce aux mesures relatives à la classification, il a été possible de créer de nouveaux « tarifs uniques » afin d'inciter au transfert de la prise en charge en hospitalisation complète vers la prise en charge en ambulatoire. Les GHM concernés sont sélectionnés lorsqu'ils présentent une forte similarité entre la population du niveau J et du niveau 1 au vu de 3 critères (DMS du niveau 1, taux de prise en charge en ambulatoire et indicateurs d'activités communes entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète). Ainsi, il a été créé une dizaine de nouveaux tarifs uniques.

In fine la décision de mise en place (ou la suppression) de tarif unique a conduit à modifier les tarifs des GHM d'hospitalisation complète du niveau 1 et de l'ambulatoire. En effet, ces nouveaux tarifs uniques ont été fixés par rapport au tarif moyen du couple (J, 1) pondéré de l'activité de chaque population.

Le principe de neutralité tarifaire a été appliqué sur les tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire présentant une situation de sous financement d'au moins 5%. Ces derniers ont été augmentés pour se rapprocher du tarif issu des coûts (cf. notice technique campagne tarifaire et budgétaire 2013 – nouveautés de financement – ATIH – 1^{er} mars 2013).

c) Des mesures en faveur de l'amélioration de l'accès à l'IVG : prise en charge assurance maladie et revalorisation tarifaire

Afin d'améliorer l'accès à l'IVG pour toutes les femmes, depuis le 31 mars 2013, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie instrumentale ou médicamenteuse sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie (cf. décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures).

Par ailleurs, ont été revalorisés de 50% à la même date, par arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, les forfaits d'IVG par méthode instrumentale pour les établissements de santé du secteur public ainsi que les forfaits « Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération » des séjours d'IVG réalisés au sein des établissements de santé du secteur privé.

2.2.3. La fin de la convergence tarifaire

La campagne 2013 est marquée par la fin de la convergence tarifaire entre les secteurs publics et privés, actée dans le cadre de la LFSS pour 2013. Pour faire suite aux annonces de la Ministre, les travaux à venir permettront d'aboutir à une redéfinition modernisée du service public hospitalier dans son ensemble, dans le cadre de la loi de santé publique attendue pour 2014.

2.2.4 Les garanties du respect de l'ONDAM : mises en réserve et coefficient tarifaire prudentiel

Le dispositif de mises en réserve prudentielles mis en place depuis 2010 a permis de gager, sous forme de gels de dotation, une éventuelle sur-exécution de la part tarifaire de l'objectif des dépenses en médecine-chirurgie et obstétrique (ODMCO). Cependant, ce dispositif a montré ses limites dans la mesure où le gel était effectué sur des enveloppes fermées (MIGAC, DAF), lesquelles ne pouvaient pas être à l'origine du dépassement de l'ONDAM.

L'article 60 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2013 a donc instauré un nouveau mécanisme de régulation, sous la forme d'un coefficient prudentiel qui s'applique à l'ensemble des tarifs du secteur MCO et permet ainsi de gager une partie de l'objectif des dépenses hospitalières et ce, afin de concourir au respect de l'ONDAM.

Ce coefficient, fixé à 0,35% pour les deux secteurs MCO en 2013, s'applique à l'ensemble des prestations d'hospitalisation (GHS, GHT, suppléments, D, ATU, FFM, SE, PO et APE) du 1^{er} mars 2013 au 28 février 2014.

Il devrait permettre, si les prévisions de volume se confirment, une mise en réserve de 115 millions d'euros. Selon l'état d'exécution de l'ONDAM, cette mise en réserve pourra être reversée en tout ou partie aux établissements de santé en fin d'année sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à compter de l'avis du comité d'alerte et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

La répartition et le calcul des montants régionaux à mettre en réserve ont été effectués de façon à tenir compte des spécificités régionales, selon des modalités précisées ci-après :

- 75M€ gelés sur le FIR

Le gel est modulé au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), selon la même méthodologie que l'année dernière, afin de donner une incitation aux ARS et in fine aux établissements en faveur d'une meilleure maîtrise des dépenses. Le principe général est de geler les dotations régionales en tenant compte de l'écart entre l'évolution des dépenses régionales d'activité 2012 et la moyenne nationale. L'évolution des dépenses d'activité est corrigée par l'évolution démographique de chaque région. Par ailleurs, les montants à mettre en réserve sont modulés en fonction du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés 2010 de recours à l'offre de soins) afin de différencier les régions pour lesquelles la consommation de soins est faible et pourrait justifier un « rattrapage » de celles pour lesquelles la consommation de soins est plus élevée et justifie une modération plus grande des volumes de dépenses. Pour les DOM, le gel est calculé au prorata des dotations régionales, et non de manière différenciée selon la dynamique d'activité MCO, pour des raisons de disponibilité des données (données d'activité du secteur ex-OQN et taux de recours ajustés à l'offre de soins non disponibles).

- 125M€ gelés sur la DAF :
 - o 25M€ sont gelés en retenant les mêmes hypothèses de calcul que pour le FIR (mises en réserves fondées sur la dynamique d'activité MCO).
 - o 50 M€ gelés au prorata des bases globales DAF hors USLD (compte-tenu des mouvements de convergence en cours sur les USLD)
 - o 25 M€ sont gelés sur la DAF SSR des régions dont les taux de recours sont les plus élevés car elles peuvent être considérées comme ne nécessitant pas de développement global de l'activité de SSR. Le critère de comparaison retenu est le taux de recours standardisé 2011 aux soins SSR. Sont ainsi gelées les 5 régions qui présentent plus de 4% d'écart au taux de recours national médian. Le gel appliqué est ensuite réparti de façon à ce qu'il soit, pour chaque région concernée, d'autant plus important que l'écart à la médiane est grand.
 - o 25 M€ sont gelés sur la DAF psychiatrie des régions les mieux dotées. Le critère de comparaison retenu est la DAF psychiatrie par habitant (les taux de recours aux soins psychiatriques ne présentant à ce jour pas une fiabilité suffisante). Sont gelées les 8 régions se situant au-dessus de 8% d'écart à la moyenne, en fonction du niveau relatif de l'écart, le gel étant d'autant plus important que l'écart est grand.

2.3. Les évolutions apportées en 2013 sur le champ des MIGAC et du FIR

2.3.1. Les principes qui ont présidé à la construction de la dotation MIGAC et du FIR en 2013

a) Le FIR : un outil budgétaire conforté par un abondement par les MIGAC

En 2013, l'élargissement des missions et l'augmentation sensible de montant du Fonds d'intervention régional (FIR), créé l'année précédente, a conforté cet outil budgétaire destiné à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de leurs crédits au service d'une stratégie territoriale de santé.

Partiellement abondé à partir de la dotation des MIGAC, le FIR finance désormais l'exercice de quatorze missions d'intérêt général (MIG) dont les dotations ont été transférées.

- Quatre MIG sont entrées dans le périmètre du FIR lors de sa création en 2012 :

- La permanence des soins en établissement de santé
- Les centres de dépistage anonyme et gratuit
- Les centres périnataux de proximité
- Les actions d'éducation thérapeutique

- Dix MIG ont été ajoutées aux missions du FIR en 2013 :

- Les COREVIH
- Les emplois de psychologues ou d'assistants sociaux dans les plans de santé publique hors plan cancer
- Les équipes mobiles de soins palliatifs
- Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques
- Les structures de prise en charge des adolescents
- Les équipes de liaison en addictologie
- Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie
- La télémédecine et la télésanté
- Les équipes mobiles de gériatrie
- Les consultations mémoire

Ces quatorze missions d'intérêt général correspondent à des structures ou des actions permettant une approche transversale des politiques sanitaires, ce qui légitime leur financement par un fonds dont les crédits sont fongibles, sous réserve d'une fongibilité asymétrique protectrice du secteur médico-social en développement, et dont les bénéficiaires sont indifféremment des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des réseaux de santé, des pôles ou des maisons de santé, les personnels de ces organismes, des professionnels de santé libéraux, des associations ainsi que des personnes publiques (collectivités territoriales par exemple) ou des prestataires contribuant aux missions du FIR dans le cadre d'un marché public.

En outre, le FIR est abondé en 2013 de la totalité des crédits alloués aux aides à la contractualisation (AC), à l'exception de ceux finançant des plans d'investissement ou des engagements nationaux. Les AC versées dans le FIR sont ainsi destinées à favoriser les performances et les restructurations hospitalières.

Le montant total correspondant aux MIG et aides à la contractualisation basculées en 2013 dans le FIR s'élève à 2 452,92 M€, dont 1 325,05 M€ au titre des MIG et 1 127,86 M€ au titre des AC.

Au total, les crédits alloués au FIR en 2013 s'élèvent à 3,3 milliards d'euros, contre 1,5 milliard d'euros en 2012. Sur ces 3,3 milliards, 3,1 milliards sont des crédits de l'assurance maladie (dont 75,6 millions d'euros de crédits de prévention).

La fongibilité et la transversalité qui caractérisent le FIR, sa souplesse de gestion financière, n'empêchent pas que les règles d'allocation posées dans le cadre de la dotation MIGAC continuent de s'appliquer. C'est pourquoi les principes d'allocation définis dans les guides de contractualisation des dotations finançant les AC et les MIG (circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 et circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013) et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire N°

DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012) demeurent applicables à l'ensemble des MIGAC financées au titre du FIR. Ces principes sont ceux qui prévalent pour tout financement public dans le domaine de la santé, aux fins de respecter le droit interne et communautaire.

b) Articulation FIR - MIGAC

En miroir du FIR, les MIG et les AC demeurent au sein de la dotation des MIGAC apparaissent comme finançant des structures et des actions que seul un établissement de santé peut porter. Cette dotation est l'une des composantes du modèle de la tarification à l'activité principalement fondé sur un financement au séjour. Elle compense donc les charges liées à l'exercice de certaines missions qui ne peuvent être reliées à un patient ou une activité précise pouvant être financée à l'unité.

c) Evolution de la dotation MIGAC 2013

A périmètre constant, c'est-à-dire en conservant les limites de la dotation nationale de financement des MIGAC existant en 2011, avant transfert dans le FIR de certaines dotations, l'enveloppe de financement des MIGAC, en objectif, s'élevait à :

- 8 563,15 M€ en 2012
- 8 585,37 M€ en 2013

Ainsi, le poids relatif de la dotation des MIGAC dans l'enveloppe totale « ODMCO-MIGAC » est passé de 15,47% en 2012 à 15,17% en 2013 (cf. Tableau 1 en annexe)

2.3.2 Les évolutions des MERRI

a) Poursuite du basculement de la part fixe vers la part modulable des MERRI et améliorations du modèle

Les évolutions portées dans le champ des MERRI s'inscrivent dans la continuité des orientations prises en concertation avec les acteurs depuis 2010 et dans l'esprit des recommandations de l'IGAS.

La disparition progressive de la part fixe se poursuit en 2013 avec la réaffectation de la deuxième tranche (sur 5) de 128M€ vers la part modulable. Ce mouvement, initié en 2012 et qui se terminera en 2016 a pour objectif de dynamiser et objectiver les dotations MERRI. Il doit conduire à la suppression intégrale de la part fixe, dotation historique, avec pour objectif la sécurisation juridique des allocations budgétaires des crédits MERRI, la prise en compte des principales recommandations formulées par l'IGAS en 2009 (rapport RM2009-139P) et la mise en œuvre des recommandations issues des assises hospitalo-universitaires de 2010. Il convient de noter que cette mesure a été favorable aux CHRU à hauteur de +5,6 millions d'€ sur 2 ans car ces établissements représentent une partie plus importante de la part modulable (85,8% en 2013) que de la part fixe d'origine (83,7% en 2011).

Au sein de la part modulable, les travaux d'optimisation se poursuivent en concertation avec les Conférences et Fédérations hospitalières.

Ainsi, l'indicateur relatif aux brevets a été supprimé conformément aux orientations annoncées ces dernières années (3,5% en 2010 ; 2% en 2011 ; 1% en 2012 et 0% de la part modulable en 2013). Les indicateurs relatifs aux inclusions "promoteur" et "investigateur" ont été en conséquence revalorisés de +0,5% chacun puisqu'il s'agit d'un bon marqueur d'activité en matière de recherche des établissements de santé.

Conformément à la demande de nombreux acteurs hospitalo-universitaires (conférence des doyens de médecine et nombreux CNU), la position d'avant dernier auteur signant un article a été revalorisée au sein de l'indicateur dévolu aux publications scientifiques (à 2 point contre 1 point précédemment) afin de mieux prendre en compte une pratique scientifique internationale.

La part modulable étant en augmentation régulière ces dernières années, en raison du transfert de la part fixe, les effets revenus engendrés par les variations annuelles des indicateurs sont parfois conséquents pour un établissement. Afin d'amortir ces variations, les indicateurs de la part modulable relatifs à l'enseignement et à la recherche clinique sont pluri-annualisés (comme c'est déjà le cas pour celui relatif aux publications scientifiques). L'objectif est de comptabiliser les indicateurs sur une fenêtre

glissante de 3 ans. En 2013, les indicateurs concernés sont comptabilisés sur une fenêtre de deux ans. Le passage à une fenêtre de 3 ans est prévu pour 2014.

L'application du critère d'accès à la part modulable mis en place en 2012 (valeur seuil minimum de 200k€ en valorisation des indicateurs) a permis à 12 nouveaux établissements (11 centres hospitaliers publics et un établissement privé à but non lucratif) de bénéficier de crédits au titre de la production en matière de recherche et d'enseignement. En 2 ans, cette mesure a majoritairement bénéficié à l'hospitalisation publique puisque, sur les 21 nouveaux établissements de santé bénéficiant nouvellement de crédits relatifs à la part modulable des MERRI, 19 sont des centres hospitaliers publics. Ce mécanisme a une valeur symbolique forte pour les nouveaux établissements qui en bénéficient, en évitant toutefois l'écueil de la dispersion des crédits puisque les montants ainsi redistribués ne représentent que 1,1% de la part modulable, soit 14,6 millions d'euros dont 12,6 millions d'euros pour les 19 centres hospitaliers publics concernés.

b) MERRI variables : évolution du financement de quelques missions

Au sein de la part variable des MERRI, le financement de quelques missions a été revu.

La MERRI relative à l'effort d'expertise a été créée en 2012 au titre de la référence afin d'indemniser les établissements de santé dont la DGOS sollicite des experts renommés pour évaluer les projets et siéger dans les jurys dans le cadre de ses appels à projets en matière de recherche et d'innovation. Cette MERRI a eu un impact très positif auprès de la communauté concernée en 2012. Sa revalorisation en 2013 (son montant passe de 0,6 à près de 2,6 M€) a pour objectif d'accroître son effet incitatif et de mieux prendre en compte le temps médical et non médical dégagé par les établissements dans ce cadre.

La DGOS et l'INSERM mènent conjointement une politique visant à regrouper au sein d'un centre d'investigation clinique (CIC) unique les différents modules existant au sein d'un même établissement de santé. Cette politique se traduit par un objectif chiffré au sein de son contrat d'objectif de l'INSERM qui doit conduire à l'identification d'un seul CIC par établissement. Afin d'accompagner cette mesure d'efficacité, le financement accordé par la DGOS aux établissements de santé qui hébergent des CIC a été revu pour prendre en compte les gains qui sont ainsi réalisés par la mutualisation des moyens de fonctionnement des différents modules de CIC. Une dotation dégressive a été allouée à chaque module supplémentaire (à la place d'une dotation identique comme précédemment). Un établissement de santé hébergeant un CIC avec un seul module perçoit en 2013 500k€, 750k€ pour un CIC avec deux modules et 875k€ pour un CIC avec trois modules. Cette mesure d'efficacité se poursuivra en 2014 avec un financement maximum de 750k€ par établissement hébergeant un CIC multi modulaire. Les services experts de lutte contre les hépatites virales

Le montant de la dotation de la MERRI « Services experts de lutte contre les hépatites virales » correspond essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités d'élaboration des protocoles, de coordination, de formation et de surveillance épidémiologique (poste d'infirmier coordinateur), auxquels s'additionnent le cas échéant certains frais de fonctionnement inhérents à tout service expert. Des travaux sont conduits par la DGOS et la DGS avec les professionnels de ces services pour préciser le contenu des missions non financées par les tarifs qu'ils ont vocation à mener.

2.3.3 Les modélisations 2013 des autres MIG

• Les MIG cofinancées par l'Institut de veille sanitaire (InVS)

Deux de ces missions ont été modélisées pour la campagne 2013, en plus de la MERRI relative aux services experts de lutte contre les hépatites virales.

- Les registres à caractère épidémiologique

La reconnaissance d'un registre au sein d'un établissement est fondée sur une qualification par le Comité national des registres, suite à un appel à candidatures. Un registre est « qualifié » pour une durée limitée (3 ans puis par périodes de 4 ans). En 2012 comme en 2013, 35 établissements sont concernés pour 42 registres qualifiés par le comité national des registres au 1er janvier 2012. A l'instar des délégations opérées par l'InVS sur les crédits État, l'unité d'œuvre de répartition des crédits assurance maladie retenue a été le nombre de cas déclarés par an pour chaque registre. Cette

répartition est opérée sur une enveloppe fermée de 3,97 M€ équivalente à celle de 2012, en tenant compte du coefficient géographique applicable aux prestations d'hospitalisation.

- Les centres antipoison (CAP)

L'éligibilité d'un établissement est fondée sur l'exercice de la « réponse téléphonique à l'urgence » (RTU) toxicologique 24H/24 pour les CAP implantés au sein de CHU qui sont listés régulièrement par arrêté du ministre en charge de la Santé. Pour 2013, la dotation a été répartie en fonction du nombre de dossiers ouverts en 2012 suite à ces appels téléphoniques et du nombre de personnes concernées. Cette répartition est opérée sur une enveloppe fermée de 9,13 M€ équivalente à celle de 2012, en tenant compte du coefficient géographique applicable aux prestations d'hospitalisation. Pour illustration, ce modèle permet d'attribuer près d'un million d'euros aux établissements déclarant entre 25 000 et 30000 RTU (soit le montant nécessaire au financement des personnels tel que décrit dans le modèle financier mentionné au guide MIG).

- **Les missions finançant des risques liés à des circonstances exceptionnelles**

Les deux MIG « Acquisition et maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles » et « Missions des établissements de santé de référence (ESR) » permettent de financer les matériels et les équipements de secours, ainsi que la formation et la coordination des équipes. Leurs dotations ont été modélisées sur la base de ces besoins, de concert avec le département des urgences sanitaires de la Direction générale de la santé.

- **L'assistance médicale à la procréation**

La MIG « Surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité » a pour objet le financement des charges non couvertes par les recettes d'activité et, dans le cas du don de gamètes, l'assurance du principe de neutralité financière pour les donneurs.

Des travaux menés avec l'Agence de la biomédecine (ABM) ont permis de modéliser les dotations compensant les surcoûts d'activité liés au don de gamètes et à l'accueil d'embryon. Cette modélisation se fonde sur des analyses de coûts et est proportionnée à l'activité des établissements. Elle utilise principalement la mesure de l'activité effectuée à travers le nombre de ponctions pour le don d'ovocytes, le nombre de paillettes délivrées pour le don de sperme et le nombre de couples receveurs pour l'accueil d'embryon.

Les autres compartiments de la MIG, AMP et préservation de la fertilité, seront modélisés en 2014. Leurs financements ont été reconduits en 2013.

Au total, la dotation 2013 de cette MIG s'élève à 17,756 M€ répartis entre 40 établissements.

- **Les banques de tissus**

La MIG « Les prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté » finance les surcoûts des banques hospitalières de tissus autorisées par l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), notamment pour les tissus dont le coût n'est pas intégré aux GHS (os massifs et vaisseaux). Sa dotation correspondait jusque là à la reconduction d'un financement historique résiduel.

Pour 2013, les nouvelles dotations et leur répartition ont été calculées avec le concours de l'ABM, destinataire des relevés d'activité des banques, en fonction du nombre et de la nature des tissus prélevés. Ces dotations comportent une part structurelle, fonction de l'importance de la banque hospitalière de tissus et une part variable, selon le nombre d'os massifs et d'artères reçus dans l'année, pour inciter au développement de cette activité. La dotation nationale totale s'élève à 1,297 M€ en 2013.

- **Les espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux (ERERI)**

Héritiers des centres nationaux d'éthique, les espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux entrent désormais dans le cadre réglementaire qui leur a été donné en janvier 2012 et prévoit notamment les modalités de leur financement soumis à une évaluation. A l'issue d'une enquête menée auprès des agences régionales de santé (ARS), les dotations de ces ERERI ont été revues et modélisées en 2013 sur la base d'un socle commun moyen visant à financer les personnels et les frais d'exploitation nécessaires à leur activité. Ce socle de financement est revu à la hausse lorsque l'espace couvre un territoire interrégional. La dotation nationale s'élève à 3,64 M€ en 2013, répartie entre 15 régions, le dispositif étant encore en phase de montée en charge.

- **Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique**

La labellisation par les ARS de ces structures spécialisées a été revue en 2012 sur la base d'un nouveau cahier des charges. Elle a permis d'établir la liste des établissements de santé publics et privés éligibles à la MIG. Parallèlement, dans le cadre de la campagne budgétaire 2013, les dotations ont été modélisées et fléchées par établissement en justification au premier euro en fonction de l'activité de ces structures, mesurée par le nombre de consultations effectuées en 2012. Un lissage des effets revenus produits par les nouvelles dotations sur les établissements a été prévu afin de les étaler sur deux ans. Le total de la dotation nationale déléguée en 2013 s'élève à 61,131 M€.

- **La création d'une MIG pour les centres experts pour la maladie de Parkinson**

Cette dotation MIG prend le relais d'un financement amorcé en aide à la contractualisation en 2012 et complète la MIG créée cette même année au bénéfice des sept centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson. Les deux types de structures répondent aux objectifs fixés par le Plan national d'actions pour la maladie de Parkinson.

Le modèle de la dotation de la MIG pour les centres experts pour la maladie de Parkinson a été élaboré en concertation avec les professionnels et les associations de patients. Il se fonde sur le calcul d'une part fixe, attribuée à chacun des 24 centres experts et qui finance le socle nécessaire à la constitution d'une équipe pluri-professionnelle pour la prise en charge externe des patients. Cette part fixe est augmentée d'une part variable, fonction de l'activité de consultations réalisée dans chaque centre en 2011 et qui a été recueillie par voie d'enquête. Le total de la dotation déléguée en 2013 à ce titre est de 2,525 M€.

2.3.4. Publication du guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG)

Le guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG), actualisation largement augmentée du guide datant de juin 2008, a été publié au Bulletin officiel le 16 avril 2013 (circulaire du 19 février 2013). Il est le fruit d'une élaboration concertée avec les agences régionales de santé, les fédérations hospitalières et les instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale et de conférences médicales.

L'objet du guide est de rappeler des éléments de méthode et d'apporter des référentiels pour l'estimation des besoins financiers de chaque mission, afin d'accompagner les agences régionales de santé et les établissements dans une démarche de contractualisation qui soit juridiquement sécurisée, notamment du point de vue des normes internes et communautaires.

Ainsi chaque mission financée par une dotation MIG doit pouvoir être contractualisée pour un montant fixé dans le respect des règles d'équité et de transparence, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce dans le cadre du dialogue de gestion avec les établissements.

Le guide entend donner aux ARS les moyens de préciser dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) les paramètres sur la base desquels l'établissement est devenu attributaire d'une dotation et sur la base desquels son montant est défini.

A chaque mission, correspond une fiche spécifique. Elle permet de retracer pour l'ensemble des MIG les obligations légales et réglementaires associées. Au titre du respect de ces obligations, cette fiche fixe les principes d'une notification des crédits personnalisée et de rédaction des annexes financières du CPOM. Elle définit le périmètre de la mission et détaille les critères qui déterminent le montant de la compensation financière à laquelle elle ouvre droit, voire le modèle de calcul des dotations qui a pu être mis en œuvre.

Les travaux visant à mieux définir les MIG et à dimensionner justement leurs dotations se poursuivent. C'est pourquoi le guide de contractualisation des dotations finançant les MIG sera mis à jour au fur et à mesure de leur avancée.

2.4. Les évolutions apportées en 2013 sur les champs SSR, psychiatrie et USLD

2.4.1. Les évolutions en termes de classification sur le champ SSR

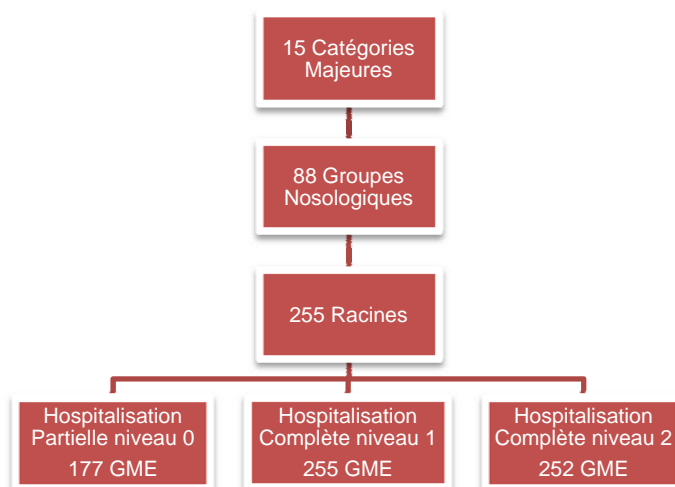
Dans le cadre de la réflexion sur le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, il est apparu nécessaire d'engager des travaux sur la description de cette activité et sa classification. Ces travaux ont conduit, dès 2013, à mettre en place de nouveaux outils :

- une nouvelle nomenclature d'actes de rééducation et réadaptation : le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) ;
- et une nouvelle classification en groupes médico-économiques (GME).

La classification en GME est la première classification au séjour pour le champ SSR. Elle s'est appuyée sur des entretiens avec les cliniciens et une base d'analyse datant des années 2007-2010 constituée de recueils à la semaine.

L'objectif était de mettre en place un socle pour les travaux futurs. Ce socle permet une bonne lisibilité médicale tout en expliquant au mieux les durées de séjours et les coûts et en comportant le moins de biais possible.

L'étude a abouti à la création de 88 Groupes Nosologiques regroupant les pathologies les plus fréquentes dans les bases de données et de 684 GME prenant en compte certains critères médico-économiques des prises en charge en SSR.



Cette classification se base sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation à temps partiel. Elle se veut plus lisible en termes de description médicale que le système actuel de points IVA (indice de valorisation de l'activité).

2.4.2. Les modalités de construction de la campagne en 2013

L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) fixant la masse financière à disposition des établissements de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie financés par dotation annuelle de financement (DAF) a été porté à 16 319,4 millions d'euros pour 2013 soit une évolution de +1,46% par rapport à la base 2013²¹.

L'objectif quantifié national (OQN) fixant les dépenses des établissements de santé privés financés par prix de journée a été porté à 2 696,1 millions d'euros, soit une progression de +3,44% par rapport à la base 2013. Le taux d'évolution des tarifs applicable au 1er mars de ces établissements a quant à lui été fixé à -0.55%. L'évolution de cet objectif s'explique par une anticipation de l'activité OQN sur ce champ, compte tenu des taux d'évolution de l'activité des trois dernières années²².

Sur les modalités de délégation de ces ressources, étant donné que la nouvelle classification dite en GME (groupe médico-économique), cf. point 2.4.1, nécessitait des travaux complémentaires, il a été décidé, après concertation avec les fédérations hospitalières, de ne pas l'utiliser à des fins de modulations des ressources en 2013. De surcroît, l'indice IVA, utilisé jusqu'à présent pour moduler une quote-part des ressources, est abandonné car jugé obsolète. Ainsi, aucune modulation des dotations ou mesures nouvelles entre régions sur la base d'un indice d'activité (GME ou IVA) n'a été effectuée pour la campagne 2013. Les ARS ont néanmoins gardé la possibilité de moduler les ressources des établissements pour tenir compte de certaines spécificités.

Dans le champ de la psychiatrie, en l'absence de critère d'activité, aucune modulation des ressources n'a été proposée aux ARS pour opérer une péréquation infra régionale.

2.5. En parallèle des évolutions apportées au modèle de financement, les outils non financiers de régulation visent à améliorer le pilotage de l'offre de soins

2.5.1. Finalisation des PRS, dont analyse en cours des SROS

Le dernier projet régional de santé (PRS) ayant été adopté en février 2013 par l'ARS Martinique, l'ensemble des régions sont actuellement en cours de mise en œuvre de leur politique régionale de santé.

Le SROS-PRS (parties hospitalière et ambulatoire) a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires à l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de santé, réduise les inégalités d'accès aux soins, renforce la qualité comme la sécurité des soins, tout en améliorant l'efficacité du système régional de santé.

Au regard de l'analyse de la partie hospitalière, en cours de réalisation par la DGOS, les ARS ont utilisé cet outil pour positionner et dimensionner leur offre de soins hospitalière à l'aide de différents dispositifs :

- les objectifs en implantations géographiques à 5 ans pour les activités et équipement matériels lourds autorisés (outil de régulation du nombre de sites autorisés)
- la fixation d'objectifs qualitatifs et d'actions spécifiques portant sur la définition de structuration optimale de l'offre, notamment par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, le développement des coopérations entre établissements de santé.
-

²¹ La base 2013 correspond à l'objectif 2012 issu de l'arrêté du 23 février 2012 corrigé d'un certain nombre de changements de périmètre (opérations de fongibilité, etc.).

²² +8.4% entre 2008 et 2009, +4.8% entre 2009 et 2010, +5.30% entre 2010 et 2011, données issues des rapports ATIH.

- les indicateurs de pilotage d'activité (IPA) en tant qu'outil de pilotage des volumes d'activité au niveau territorial en lien avec l'analyse des taux de recours. Compte tenu de son caractère non opposable, cet outil n'a pas été mobilisé par toutes les régions.

De nombreuses ARS ont également fixé au sein de leur SROS des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins pour favoriser l'adéquation entre le respect des bonnes pratiques et les moyens à mettre en œuvre tant humains que logistiques ou structurels pour guider les recompositions de l'offre (cf. 2.5.2).

Tableau n°31 : Bilan des objectifs en implantation sur quelques activités de soins et équipements matériels lourds

Total France entière pour chaque activité	Actuel	Objectifs à 5 ans		Evolutions			
				Min		Max	
		Min	Max	Nb	%	Nb	%
Médecine	1422	1298	1355	-124	-9%	-67	-5%
Chirurgie	995	869	944	-126	-13%	-51	-5%
Obstétrique	623	586	624	-37	-6%	1	0%
Psychiatrie générale en hospitalisation complète	589	597	611	8	1%	22	4%
Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	933	1089	1127	156	17%	194	21%
SSR	1837	1750	1808	-87	-5%	-29	-2%
Scanners	848	858	890	10	1%	42	5%
IRM	545	594	627	49	9%	82	15%
IRC: Centre	320	316	320	-4	-1%	0	0%
IRC: UDM	281	352	382	71	25%	101	36%
IRC: HD ou DP (domicile)	154	154	175	0	0%	21	14%
Structures d'urgences	604	592	599	-12	-2%	-5	-1%

Les premiers enseignements tirés des PRS et de leur mise en œuvre conduisent à envisager une évolution de cet outil de régulation et d'organisation de l'offre de soins. Cette évolution doit permettre de mieux prendre en compte les objectifs d'amélioration du parcours de soins des patients et de maîtrise des dépenses de santé.

2.5.2. Les travaux sur la pertinence des soins

L'enjeu des travaux portant sur l'amélioration de la pertinence des soins, qui sont menés depuis juin 2011 par le ministère chargé de la santé, est de favoriser la diffusion des bonnes pratiques de prise en charge tout en régulant l'offre de soins en vue d'une meilleure efficacité des dépenses de santé.

L'année 2012 a été marquée par la volonté de donner aux ARS et aux professionnels de santé les moyens d'identifier au mieux les enjeux locaux d'amélioration de la pertinence des soins et de faire évoluer les pratiques en conséquence.

A cette fin :

- l'élaboration d'outils professionnels d'amélioration des pratiques concernant 19 activités²³ a été inclus au programme de travail 2012/2013 de la HAS ; certains outils ont déjà été diffusés par la HAS (césariennes programmées, appendicectomie, syndrome du canal carpien, cholécystectomie,...) ;
- les données de repérage des écarts de taux de recours aux soins ont été affinées et sont mises à disposition des ARS annuellement par l'ATIH (accès sur le site SNATIH) ;
- un guide méthodologique²⁴ récapitulant les différents outils de repérage et leviers d'actions a été diffusé aux ARS en février 2013,

L'année 2013 sera consacrée à l'accompagnement de l'appropriation de la démarche par les acteurs régionaux, les professionnels de santé et les usagers :

- facilitation du retour d'expériences en région et de la capitalisation pour l'ensemble des ARS grâce à l'organisation d'ateliers interrégionaux DGOS/HAS/CNAMTS/ATIH avec les ARS
- déploiement d'un programme national d'accompagnement des acteurs (fondé sur le volontariat des participants) relatif à l'amélioration de la pertinence des césariennes programmées à terme;
- développement par la CNAMTS d'indicateurs de ciblage des structures « atypiques » par pathologie (appendicectomie et prise en charge du syndrome du canal carpien dans un premier temps) afin d'aider à la priorisation des actions (identification des établissements de santé ayant un profil de prise en charge atypique pour lesquels des actions d'analyse et, le cas échéant, d'amélioration devront être menées en priorité).

L'année 2013 devra également permettre de disposer d'une vision consolidée des avancées régionales dans ce domaine. Enfin, le renforcement de l'articulation entre l'amélioration de la pertinence des soins et les démarches transversales d'amélioration des pratiques est également prévu d'une part, via le dispositif de développement professionnel continu (DPC) et d'autre part, via la certification des établissements de santé dont la prochaine version prendra en compte les profils de risque des établissements de santé. L'amélioration de la pertinence des soins est un travail de long terme, nécessitant l'adhésion et l'appropriation de la démarche par les professionnels de santé.

²³ Il s'agit d'activités fréquentes (représentant plus de 20 000 séjours par an pour chacun des deux secteurs), présentant une évolution dynamique sur la période 2007/2010 et une importante dispersion des taux de recours par territoire de santé

²⁴ Instruction N°DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013 relative au guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins

SYNTHESE DU CHAPITRE 3

L'évolution des modèles de financement des établissements de santé s'appuie sur les travaux du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), mis en place par le Ministre des affaires sociales et de la santé fin 2012. Ceux-ci interrogent en particulier l'équilibre à trouver entre les financements liés à l'activité et les autres modalités de financement.

L'expérimentation du financement des établissements à la qualité (IFAQ) participe de cette réflexion en incitant financièrement les établissements à améliorer cette qualité, mesurée par des indicateurs généralisés, des pratiques exigibles prioritaires de la certification de la HAS et le degré d'informatisation du dossier du patient.

L'adaptation du financement à la T2A aux activités isolées s'inscrit quant à elle dans la redéfinition du service public territorial de santé. Elle vise à adapter le modèle de financement pour assurer la pérennité de l'accès aux soins hospitaliers de la population dans les territoires géographiquement isolés. Parallèlement, se pose la question des modalités de financement à adopter pour les ex hôpitaux locaux, en l'espèce celle de la pertinence du passage à la T2A.

Sur les SMUR et les services d'urgence, des travaux ont été engagés avec les professionnels pour définir un modèle de financement qui permette d'améliorer l'organisation territoriale, de garantir l'accès aux soins urgents, de favoriser les coopérations et les parcours des patients.

Des travaux sur l'amélioration de la mesure des coûts, dont ceux des services de réanimation, ainsi que ceux relatifs à l'adaptation de la T2A aux activités non programmées sont lancés pour aboutir à une plus juste rémunération de l'activité. Parallèlement, dans le prolongement de la campagne de 2013, il est proposé de tendre progressivement vers l'objectif de neutralité tarifaire. Enfin, les modalités de financement du traitement du cancer par radiothérapie et de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont réexaminées sur le fondement d'études de coût et d'enquêtes sur les pratiques.

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) fait l'objet d'un engagement fort qui s'appuie sur l'étude de sa pertinence, une réforme de sa classification et de sa tarification, une clarification de la réglementation applicable.

Sur le champ des MIGAC, des travaux visant à une meilleure justification de l'éligibilité des établissements et à une rationalisation des dotations se poursuivent en collaboration avec les professionnels de santé, les ARS, les autorités sanitaires et les associations de patients. Près de 12 MIG, dont des MERRI, sont concernées à ce titre. Le financement de la précarité, qui se fonde sur deux MIG, les PASS et les surcoûts générés par la prise en charge des patients en situation de précarité, est réinterrogé pour être amélioré.

Les évolutions à venir du système d'information, mise à disposition de rapports d'activité standardisés et informatisés et mise en œuvre d'un recueil de données sur les consultations longues et pluri-professionnelles, constituent un levier indispensable à ces améliorations.

Hors du champ MCO, il est prévu que le nouveau modèle de financement des SSR, intégrant la logique du parcours de soins, soit mis en œuvre en 2016. Il devra prendre en compte le caractère multiple et évolutif des prises en charge, ainsi que la nécessaire articulation en l'amont (établissement MCO ou médecine de ville) et l'aval (HAD ou secteur médico-social) des établissements SSR. Enfin, le financement des unités de soins de longue durée (USLD) est stabilisé.

3. Les perspectives d'évolution des modèles de financement des établissements de santé

La Ministre a souhaité fin 2012 mettre en place une instance de concertation unique réunissant l'ensemble des acteurs de santé²⁵ en vue de préparer les futures campagnes et les travaux de plus long terme sur l'adaptation du modèle de financement.

Ainsi, le Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), présidé par le directeur général de la DGOS, permet de préparer l'élaboration de la campagne hospitalière et la réforme de la tarification, d'organiser et de synthétiser les propositions qui alimentent la réflexion de la ministre de la santé et sur lesquelles elle s'appuie pour mener sa politique.

Cinq axes de travail ont été confiés au CORETAH :

- contribuer à la qualité des soins et susciter une prise en charge thérapeutique optimale du patient.
- garantir la meilleure utilisation possible des moyens financiers dédiés à la santé et contribuer à la pérennité d'un système de santé financé par la solidarité nationale.
- encourager le comportement coopératif au sein du monde hospitalier et au-delà dans le système de santé pris dans son ensemble
- promouvoir la médecine organisée autour du « parcours » en incluant les prises en charge en ville, les actions de prévention et les prestations sociales ou médico-sociales
- garantir l'équité de la politique sanitaire sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble de ces travaux doit conduire à s'interroger sur la pertinence de l'équilibre actuel entre les financements uniquement liés à l'activité et les autres modalités de financement (dotations, forfaits, autres) en tenant compte des enjeux d'amélioration du parcours de soins. Ces réflexions permettront de proposer toutes les évolutions apparaissant nécessaires, le tout dans le respect de l'ONDAM.

3.1. Les perspectives d'évolution de la T2A dans le champ des établissements MCO : les travaux en cours

3.1.1. Le financement à la qualité : construction du modèle de l'expérimentation et pistes de généralisation

a) L'expérimentation prévue sur 2012-2014

L'expérimentation d'un paiement incitatif à la qualité mise en place en France tire les enseignements des expériences anglo-saxonnes et notamment des programmes menés aux Etats-Unis pour Medicare et Medicaid. Le ministère de la Santé et la Haute autorité de santé (HAS) ont lancé dans ce cadre un appel à candidatures le 29 juin 2012 sur le champ MCO, auquel 450 établissements de santé ont répondu et 222 ont été retenus. Le nombre d'établissements sélectionnés, initialement fixé à 100, a été revu à la hausse en raison du succès de l'appel à candidatures. L'expérimentation se déroule entre novembre 2012 et juin 2014 (pour un paiement effectif au dernier trimestre 2014).

Le principe de ce projet est d'expérimenter un mécanisme d'incitation financière à la qualité des établissements de santé, fondé sur des indicateurs généralisés, les pratiques exigibles prioritaires de la certification de la HAS et le degré d'informatisation du dossier du patient. L'objectif est d'identifier les différentes modalités opérationnelles qui pourraient permettre de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé.

Le montant de la rémunération potentielle est fonction des résultats de l'établissement. Ce résultat, appelé score agrégé IFAQ, a pour objectif de récompenser à la fois l'excellence (niveau sur les indicateurs) et l'effort (progression sur les indicateurs) réalisé par les établissements pour améliorer la qualité. Ce score agrégé ne doit pas être interprété comme un score de qualité compte tenu du fait qu'il contient la notion d'effort.

²⁵ Annexe 5 : Composition de l'instance CORETAH

Dans le but d'impliquer les professionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité, l'incitation financière est strictement positive. Il n'y a ainsi aucune pénalité pour les établissements participants et ce quel que soit leur classement. En effet, l'objectif poursuivi est bien de favoriser la progression des pratiques professionnelles et des désincitations financières peuvent entraîner des effets pervers auprès des équipes en établissement de santé.

Lors de l'expérimentation, il est prévu de procéder à une agrégation des résultats obtenus en termes de nombre de points d'excellence et d'effort pour chaque indicateur : cette agrégation permet d'aboutir à un score agrégé IFAQ. Sur la base de ce score, les établissements seront classés les uns par rapport aux autres. C'est donc le score agrégé IFAQ qui représente la variable permettant d'identifier les établissements les mieux classés qui pourront bénéficier d'un financement au titre de l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité.

Le nombre d'établissements pouvant bénéficier d'une incitation financière sera restreint afin que l'incitation soit significative et que les financements ne soient pas dispersés. La littérature économique, qui analyse notamment les expériences étrangères, montre qu'une incitation financière trop faible ne permet pas d'atteindre les objectifs d'amélioration souhaités.

Dans le cadre de l'expérimentation, la rémunération maximale potentielle est par ailleurs encadrée. Quelle que soit sa taille, et à condition qu'il soit éligible au financement, la rémunération maximale d'un établissement ne pourra dépasser le montant de 500 k€, ni être inférieure à 50 k€.

L'année 2013 est ainsi consacrée à la construction du modèle statistique et économique de l'incitation financière de l'expérimentation. Une analyse qualitative sera également réalisée au cours de cette expérimentation. L'objectif est d'étudier l'impact organisationnel de l'incitation sur 4 établissements (1 par fédération hospitalière) dont le principal axe d'étude se situe sur les actions correctives enclenchées par l'établissement pour améliorer son résultat.

L'année 2014 portera sur l'analyse des résultats des scores des établissements. La rémunération des établissements interviendra au dernier trimestre de l'année 2014.

L'analyse post expérimentation sera effectuée au 1er trimestre 2015.

b) Perspectives

Dans une perspective de généralisation sur le champs MCO, l'inclusion de nouveaux indicateurs (déjà généralisés ou en cours de généralisation), notamment des indicateurs de spécialités (prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC), prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe (IDM), prévention et prise en charge des hémorragies du post-partum (PP-HPP), etc., est prévue afin de rendre le modèle plus robuste.

D'autres indicateurs comme les taux de ré-hospitalisation, les indicateurs de la sécurité des patients (PSI) ou encore portant sur des parcours sont également à l'étude. Les retours d'expérience de l'expérimentation pourront également conduire à redresser les scores de certaines catégories d'établissement afin de tenir compte d'éventuels effets taille/gamme.

L'élargissement à d'autres champs (SSR notamment) sera également étudié.

3.1.2. L'adaptation de la T2A aux activités isolées

Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de la redéfinition du service public territorial de santé, axé sur la coopération de l'ensemble des structures et des professionnels pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charges des patients.

a) L'étude sur le financement des établissements isolés devrait aboutir à des propositions d'ici début 2014

Le modèle de paiement prospectif des activités de court séjour repose sur des hypothèses d'équilibre économique implicites concernant la gamme et le volume d'activités des établissements retenus dans l'étude nationale des coûts à méthodologie commune. La situation de certains établissements de santé induite par leur situation géographique est à ce titre particulière dans la mesure où les charges fixes ne pourraient être couvertes du fait d'une activité insuffisante ou de nature particulière. Lorsque ces structures géographiquement isolées et qui ne peuvent atteindre un niveau d'activité suffisant dans le modèle de financement actuel doivent être maintenues pour des questions d'accès aux soins de la population, une adaptation du modèle de financement apparaît nécessaire.

L'enjeu est d'adapter, le cas échéant, le modèle de financement actuel, pour assurer la pérennité de l'accès aux soins hospitaliers de la population dans les territoires géographiquement isolés. Ces travaux s'inscrivent dans l'objectif fixé par la Ministre, à l'issue du Pacte de confiance, de rénovation du service public hospitalier.

La DGOS a entrepris une étude visant à identifier, dans un premier temps, les établissements relevant de la situation décrite supra et, dans un deuxième temps, à mettre en évidence le mode de financement le plus adapté pour assurer l'équilibre financier des établissements isolés compte tenu de leurs caractéristiques (nature des activités, type de patientèle, spécificités territoriales...) dans la perspective, le cas échéant, d'ajuster le modèle de financement.

En 2012 et 2013, dans le cadre de cette étude, des critères d'isolement et de tailles ont été proposés. Ils ont permis d'établir une première liste d'environ 140 établissements de santé pouvant être considérés comme isolés. Une enquête a ensuite été menée auprès des ARS afin d'approfondir l'analyse au regard des spécificités territoriales, de statuer sur les critères d'isolement et de taille les plus pertinents. L'analyse de cette enquête est actuellement en cours.

A compter de l'été 2013 et à partir des résultats de l'enquête, les travaux se poursuivent avec l'appui d'un prestataire, en collaboration étroite avec la DGOS et l'ATIH. L'objectif est de mener l'analyse financière des établissements isolés et de proposer une ou plusieurs modalités de financement adaptées à ces situations.

Enfin une mesure législative destinée à poser les bases de modalités de financement alternatives a été introduite dans le PLFSS pour 2014.

b) La situation des ex hôpitaux locaux

Parmi les établissements actuellement identifiés comme comportant des activités isolées, on compte près de 25 ex-hôpitaux locaux (ex-HL), soit un peu plus de 10% des ex-HL ayant une activité MCO. Le financement des ex-HL continue de reposer, à titre dérogatoire et ce jusqu'en mars 2015, sur une dotation globale. Cela pose la question de l'élargissement des travaux aux ex-HL qui n'apparaissent pas comme potentiellement isolés au regard des critères retenus.

La DGOS a donc prévu de traiter de façon distincte mais articulée le sujet des établissements isolés et celui des ex hôpitaux locaux non isolés. Si le sujet des établissements isolés présente une finalité d'adaptation du modèle de financement, le sujet des ex-HL pose la question plus large de la place de ces établissements dans l'offre de soins de proximité. En effet, qu'ils soient isolés ou non, les ex-HL occupent une place spécifique dans l'offre de soins et présentent des particularités que l'on ne retrouve pas dans les autres établissements de santé. Etablissements de proximité, ils accueillent majoritairement une patientèle locale, âgée voire très âgée, peu mobile. Ils sont dépourvus de plateau technique. Leur activité sanitaire est très réduite : 14 lits de médecine et 250 séjours annuels en moyenne, une part importante d'entrées par transfert en provenance de services hospitaliers plus importants, un poids élevé des décès en cours d'hospitalisation lié à l'importante activité de soins palliatifs des ex-HL. Leur fonctionnement est basé sur l'intervention des médecins libéraux agréés.

Ils constituent à ce titre un vecteur de consolidation de l'offre de premier recours locale. Rappelons ici que l'un des engagements du Pacte territoire santé consiste en l'adaptation des hôpitaux de proximité (au-delà des seuls ex-HL) et la responsabilisation des centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.

Il est donc prévu d'ici fin 2013 d'analyser ces caractéristiques, en collaboration avec l'ATIH, d'actualiser la simulation d'effets revenus liés à un passage en T2A et de mener une enquête auprès des ARS afin de disposer d'un état des lieux actualisé de l'offre de soins des ex hôpitaux locaux. Les éléments issus de ces travaux permettront d'éclairer les choix sur l'opportunité et les modalités éventuelles d'évolution de leur modèle de financement, au-delà des établissements concernés par la problématique de l'isolement géographique. Des propositions relatives au mode de financement des ex hôpitaux locaux pourront être formulées début 2014, pour une mise en œuvre au plus tard en 2015.

3.1.3. Les travaux menés sur les urgences

Un état des lieux du financement des structures des urgences (SAMU, SMUR et services d'urgence) a été réalisé lors des travaux du groupe technique sur le financement des structures de médecine d'urgence. Ce groupe de travail, initié en juillet 2012, est composé de représentants des professionnels de l'urgence, des ARS, des conférences de directeurs de CH et de CHU, de la DREES, de l'ATIH, de l'ANAP, de la DGOS, ainsi que des fédérations hospitalières. Ce dernier étudie la faisabilité d'une évolution du modèle de financement des structures des urgences, en lien avec le calendrier de la réforme de financement de l'hôpital annoncée par le gouvernement. Le projet a fait l'objet de propositions au CORETAH.

Il s'agit de :

- Définir un modèle de financement permettant aux ARS :
 - d'améliorer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence
 - de garantir l'accès aux soins urgents et une prise en charge de qualité
 - d'améliorer l'efficacité des organisations
- Faciliter la coopération entre structures de médecine d'urgence et permettre une gestion territorialisée des ressources humaines.
- S'assurer que le modèle de financement :
 - serve l'organisation des parcours des patients entre urgences et médecine de ville,
 - articule de façon efficiente les structures prenant en charge les besoins de soins et les structures prenant en charge la demande de soins non programmés

Parallèlement, les travaux de modélisation de la dotation de la MIG SAMU sont en cours.

3.1.4. Les travaux sur l'amélioration de la mesure des coûts dont la réanimation

La méthodologie actuelle de l'ENCC a pour finalité de déterminer le coût d'un séjour. Or les perspectives d'évolution du modèle de financement conduisent à raisonner non plus seulement au niveau du séjour, mais également désormais au niveau du coût de la structure produisant les soins. Les services de réanimation s'inscrivent dans cette logique. Actuellement, les outils ne permettent pas de connaître pour l'ensemble des établissements hospitaliers le coût complet de ces services.

Un groupe de travail réunissant les fédérations hospitalières ainsi que des représentants d'établissements a été instauré en octobre 2012. Le groupe a proposé de mettre en place une démarche en deux étapes.

- Première étape : améliorer les outils existants

Deux grilles ont été élaborées :

- L'une porte sur les caractéristiques des services de réanimation, en vue de valider les coûts recueillis dans l'ENCC (respect des normes, organisation du service, ...).
- L'autre porte sur la faisabilité d'un recueil complémentaire par les établissements de l'ENCC pour aboutir au coût complet du service (charges des plateaux médico-techniques consommées par la réanimation par exemple).

Avant fin 2013, ces fiches seront envoyées aux établissements participants à l'ENCC 2012.

- Deuxième étape : construire une méthodologie d'enquête permettant le recueil des charges d'un service de réanimation pour l'ensemble des types d'établissements (ex-DG et ex-OQN). En effet les structures du secteur privé et les centres hospitaliers de grande taille sont faiblement représentés dans l'ENCC. Les travaux devraient être lancés en 2014.

3.1.5. L'adaptation de la T2A aux activités non-programmées

Les travaux du groupe technique piloté par l'ATIH et incluant les Fédérations, la DGOS et la DREES se sont poursuivis en 2013. Ce groupe a été mis en place pour apporter des éléments d'éclairage sur les éventuels différentiels de coûts existant entre les séjours non programmés et les séjours programmés. Une note d'étape a été rédigée en 2013 : elle dresse le bilan des études réalisées en 2012 et donne des pistes pour poursuivre l'analyse. Quatre axes de travail ont été identifiés pour 2013/2014 :

Le repérage des entrées directes :

Dans les études menées en 2012 à partir des données de coûts issus de l'ENCC, un séjour est identifié comme « urgent » lorsque le patient est arrivé par les urgences, en UHCD, par le SMUR ou directement en réanimation. Mais certains patients à traiter en urgence arrivent directement dans un service spécialisé. Ces séjours ne sont pas repérables avec la définition utilisée.

.

Plusieurs pistes ont été expertisées pour améliorer le repérage des entrées directes :

- L'utilisation des informations de facturation dans le secteur ex-OQN et notamment la présence d'une consultation d'anesthésie le jour ou la veille de l'intervention chirurgicale.
- La présence d'un modificateur Nuit ou Férié sur les actes CCAM effectués au début du séjour.
-

Une mise à jour de l'étude sur la comparaison des coûts entre séjours « urgents » et autres séjours, pour les nouveaux GHM ciblés suite au reclassement de certains séjours, sera réalisée (fin 2013).

Un modèle économétrique pour quantifier l'effet « Séjour urgent » :

Ce modèle a pour objet de quantifier l'effet du caractère « urgent » d'un séjour sur le coût, toutes choses égales par ailleurs, pour les GHM présentant un écart de coût entre les deux types de séjours. La liste des variables pouvant avoir un impact sur le coût des séjours a été établie. Ces variables seront utilisées dans la modélisation, en plus du caractère « urgent » ou non du séjour. Les résultats de cette étude seront produits au 1^{er} semestre 2014.

Etude des écarts de coût par poste de coût :

En 2012, 17 GHM présentant un différentiel de coût avaient été soumis à une expertise médicale pour tenter d'expliquer les différences entre séjours « urgents » et « autres séjours ».

Cette analyse sera complétée d'une approche consistant à étudier les postes de charges du coût pour trouver la source des écarts.

Lorsqu'un écart de coût existe, il sera possible de dire si cela est dû à des examens d'imagerie, à des analyses de laboratoire, aux médicaments administrés par exemple.

Cette étude sera menée sur 14 des 17 GHM soumis à expertise médicale (GHM avec très peu ou pas de réanimation car les postes de coûts sont aisément identifiables). Les résultats seront présentés au groupe technique en octobre 2013.

Définition de l'urgence pour recueil dans l'ENC :

Le meilleur moyen d'analyser les éventuels surcoûts des séjours « urgents » consisterait à pouvoir disposer de l'information « urgent/non urgent » pour les séjours des établissements participant à l'ENC. Dans l'optique d'un éventuel recueil de cette information dans l'ENCC 2014, l'ATIH va engager une réflexion avec le groupe de travail ainsi que la société savante afin de proposer une définition simple de l'urgence, ne laissant pas de place à l'interprétation, pour que cette donnée puisse être recueillie dans les fichiers ARAMIS.

3.1.6. Le principe de neutralité tarifaire

Les rapports IGAS/IGF sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux ont critiqué la construction tarifaire actuelle, principalement en raison de sa complexité et de sa tendance à distordre les tarifs, au regard des coûts de référence notamment au bénéfice de politiques de santé publique. Ainsi, l'IGAS comme l'IGF préconisent une construction sur la base du principe de neutralité tarifaire afin de permettre une stabilité de l'échelle et de garantir une plus grande visibilité et lisibilité des tarifs pour les acteurs.

Toutefois, l'application du principe de neutralité tarifaire à la construction des échelles de tarifs implique au préalable de travailler sur la robustesse des coûts ainsi que sur les distorsions tarifaires. Les écarts qui existent sur certaines activités entre l'échelle des tarifs publiés et l'échelle des tarifs issus des coûts s'expliquent pour deux raisons :

- D'une part les distorsions liées à la mise en œuvre des politiques de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives ou désincitatives
- D'autres part les écarts historiques, notamment au sein du secteur ex OQN en raison de la méthode ante-T2A de fixation des tarifs.

Ces effets ne répondant aux mêmes objectifs politiques, la gestion se devant donc d'être différenciée.

Présentation de l'évolution proposée et de la méthode de travail :

Il est proposé de tendre progressivement vers l'objectif de neutralité tarifaire dans le prolongement de la campagne 2013. Toutefois, pour ce faire, plusieurs préalables sont nécessaires :

- o Définir précisément le concept de neutralité tarifaire. : En effet, la référence « neutre » diffère selon les rapports : pour l'IGAS, la hiérarchie des tarifs doit correspondre à celle des coûts. C'est dans cette optique que s'est inscrite la modulation tarifaire des campagnes 2012 et 2013, en utilisant l'étude de l'ATIH «Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs ». Cette étude permet de calculer des tarifs issus des coûts, qui sont des tarifs qui respectent strictement la hiérarchie de l'échelle de coûts.
Pour l'IGF, la neutralité implique que les tarifs soient construits à partir de coûts « efficaces » et non de coûts moyens.
Pour la MECCS le tarif doit être basé sur un calcul médico-économique préalable, réalisé en coordination par les experts de la spécialité. Ces définitions nécessitent de faire évoluer les outils actuellement disponibles.

Le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) devra s'attacher en 1er lieu à définir le principe.

- Renforcer la robustesse des coûts utilisés dans le cadre de la construction tarifaire :
 - Amélioration de la connaissance des coûts des séjours hospitaliers (perspectives de travaux en annexe 4)
 - Renforcement de la gouvernance et de la méthodologie ENCC
 - Diversification des coûts pris en compte : coûts standards, coûts fondés sur pratiques efficientes
- Gérer les distorsions tarifaires : Actuellement, l'échelle des tarifs publiés diverge de l'échelle des coûts (des tarifs issus des coûts plus exactement) et ce pour plusieurs raisons :
 - distorsions tarifaires volontaires liées à la mise en œuvre de politiques de santé publique ou de politiques tarifaires incitatives (ou désincitatives)
 - écarts historiques entre les tarifs et les tarifs issus des coûts.

Ainsi, une gestion différenciée de ces effets doit être menée étant donné qu'ils ne répondent pas aux mêmes objectifs politiques.

Sur le 1^{er} axe, à savoir les incitatifs au développement d'une activité ciblée (par exemple, la chirurgie ambulatoire) ou, au contraire, les freins au recours à certaines pratiques (cas des césariennes), la question des modalités de gestion doit être posée, à savoir un maintien de ces effets via l'outil tarifaire (et donc une distorsion au coût) ou le recours à une autre modalité de financement.

Il convient donc de déterminer les règles inhérentes à la mise en place de politiques incitatives induisant une distorsion aux coûts : l'objectif, la durée de l'incitation et son évaluation en vue de déterminer les modalités du retour à la neutralité une fois l'objectif atteint. En effet, l'incitation se doit d'être temporaire afin d'éviter de créer des situations de rentes.

D'autres leviers de financement peuvent également être mobilisés pour gérer ces incitations en fonction de leurs objectifs. En effet, l'outil tarifaire peut apparaître comme un bon vecteur pour inciter au développement d'une activité très faible ou freiner le recours à certaines mais lorsqu'il s'agit d'opérer des incitations plus ciblées (développer des activités sur certains établissements seulement), d'autres vecteurs comme la dotation ou le forfait pourraient être utilisés. Le choix du levier doit donc se faire en fonction de ce qui apparaît comme le plus adapté à la nature même de l'incitation. Ainsi, une utilisation mixte tarif/dotation pourrait être développée. Ceci rendrait le tarif plus proche de l'échelle des coûts et les incitations plus visibles pour les professionnels.

Quant à la problématique de la gestion des effets revenus (écarts historiques entre l'échelle de coûts et l'échelle tarifaire), il conviendra de définir le rythme de la transition vers la neutralité afin de gérer les effets revenus sans déstabiliser les établissements concernés.

3.1.7. Financement de la radiothérapie et études de coût

Le traitement du cancer par radiothérapie connaît depuis quelques années une forte mutation eu égard aux enjeux de sécurité et de qualité des pratiques, ainsi qu'aux évolutions constantes des techniques et des prises en charge.

Or, le système actuel de financement de la radiothérapie oncologique rencontre un certain nombre de limites qui questionnent les modalités de financement actuelles et rendent nécessaire leur évolution.

Ainsi, le Ministère de la santé, en lien avec la CNAMTS, l'INCa, l'ATIH et la HAS, a lancé des travaux visant à l'élaboration d'un nouveau modèle de financement du traitement du cancer par radiothérapie, devant mieux prendre en compte le parcours du patient, et être davantage incitatif aux bonnes pratiques.

Il s'agira de construire un modèle intégré de financement des prises en charge en oncologie radiothérapique, qui ne soit fondé ni sur la séance ni sur la dose d'irradiation, comprenant tous les paramètres du traitement itératif du cancer par radiothérapie dispensé au patient, et prenant en compte l'évolution des techniques et des prises en charge ainsi que l'organisation de la qualité et la sécurité.

Une première concertation s'est tenue en juin 2013 réunissant l'ensemble des acteurs concernés (fédérations hospitalières, syndicats, représentants des professionnels...), afin de fixer les bases de cette démarche de travail. Il a notamment été convenu que la mise en œuvre du nouveau modèle de financement se traduirait par un déploiement progressif, dans un premier temps, sur deux localisations (sein et prostate), dans le cadre d'une expérimentation. Une mesure législative a été proposée en ce sens dans le cadre du PLFSS 2014.

Ces travaux impliquent notamment la réalisation d'enquêtes de pratique et de coûts, qui seront menées dès début 2014 auprès de structures de radiothérapie publiques et privées.

L'enquête de coûts sera en outre réalisée sur un échantillon d'établissements réalisant une activité de radiothérapie. A la différence de l'Etude Nationale de Coûts, l'enquête est une étude ponctuelle, sur une activité spécifique et visant un recueil simplifié. Les informations recueillies seront des données issues du plan comptable et des données permettant de déterminer des caractéristiques établissements pouvant potentiellement expliquer la variabilité des coûts. L'enquête portera sur les données de l'activité 2013, qui seront recueillies entre Mai et Juillet 2014.

3.1.8. Financement et organisation de la prise en charge de l'IRC

Dans le cadre des Etats généraux du Rein (EGR) de juin 2013, initiés par les patients et auxquels ont participé l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et sociaux, sociétés savantes, syndicats médicaux, fédérations hospitalières, institutions, ARS...), a été affirmée la nécessité d'améliorer le parcours de soins des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC). Le rapport des EGR fait apparaître que « les parcours sont caractérisés par une forte discontinuité, une réponse rarement globale, une arrivée en urgence dans un tiers des cas, un défaut d'orientation vers le traitement le plus efficient (...). La gouvernance clinique reste à parfaire ». Par ailleurs, les SROS-PRS des ARS soulignent la nécessité de développer les prises en charge hors centre en augmentant sensiblement les implantations de DP, UDM et d'AD.

La prise en charge transversale de l'IRC, en tant que maladie chronique, fait appel à de nombreux intervenants, avec pour conséquence un cloisonnement préjudiciable à la coordination et à la fluidité des parcours des patients.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, afin de favoriser une approche plus intégrée et plus adaptée des modalités de prise en charge des patients, il est proposé d'expérimenter des projets pilotes mettant en œuvre de nouvelles modalités de financement, destinées à fluidifier et à optimiser les parcours de soins coordonnés des patients atteints d'IRC, avec pour objectifs :

- de réduire le nombre de nouveaux arrivants au stade 5 (insuffisance rénale chronique terminale ou phase de suppléance, IRCT) chaque année du fait d'une conservation de la fonction rénale ;
- de limiter le nombre dialyses en urgence ;
- d'organiser la phase d'aggravation pour préparer le traitement de suppléance en orientant le patient vers la modalité la plus efficiente ;
- de développer les prises en charge de proximité (dialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), l'autodialyse (AD) et la dialyse péritonéale (DP) à domicile), ce type de prise en charge présentant un intérêt pour le patient en termes notamment d'autonomie et un intérêt économique pour l'assurance maladie.

3.1.9. Les travaux en cours sur l'hospitalisation à domicile

a. La vision prospective pour l'HAD

Un comité de pilotage a été mis en place en 2012 pour travailler au cadre du développement futur de l'HAD. Sa première mission a visé la redéfinition d'un positionnement stratégique de l'HAD. Ses premières conclusions font apparaître que l'HAD est une offre encore émergente dont le développement doit contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Pour remplir sa mission, elle doit structurer une offre plus homogène sur l'ensemble du territoire, centrée sur les situations qui requièrent l'intensité, la complexité et la technicité qui la distinguent des réponses ambulatoires.

L'HAD doit impérativement poursuivre son installation sur les territoires et travailler à rendre indiscutable sa pertinence dans les années qui viennent. L'engagement de l'Etat, qui prévoit un doublement de l'activité actuelle de l'HAD d'ici fin 2018, sera donc assorti de fortes exigences concernant la qualité et le bien-fondé des prises en charge.

Un tel développement, clairement fondé sur une logique de substitution à l'hospitalisation complète, sera accompagné en conséquence, dans les années qui viennent, par une politique tarifaire adaptée aux enjeux au sein de l'objectif des dépenses du champ MCO, dans lequel se situe l'HAD.

Cet objectif implique en outre une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients
- des professionnels libéraux qui devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation n'est pas nécessaire.

Pour ce faire, des évolutions seront nécessaires sur les territoires afin de conforter la structure de l'offre d'HAD, y compris en conduisant les restructurations rendues nécessaires ; améliorer son accessibilité pour homogénéiser le recours à l'HAD sur les territoires ; faire progresser sa professionnalisation, prioritairement sur les garanties offertes en matière de continuité des soins.

b. L'engagement de travaux techniques

Des travaux sont engagés sur la base de cette vision pour l'encadrement de l'HAD dans les prochaines années :

- Sur la pertinence de l'HAD : au programme de travail 2013-2014 de la Haute autorité de santé, l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD, la pertinence des indications d'admission en HAD, la pertinence des soins de suite et de réadaptation en HAD. Les conclusions des travaux d'actualisation de la recommandation concernant la sortie de maternité annonce la probable disparition de l'activité de retour précoce au domicile (dit « post partum physiologique ») en HAD.
- Pour une réforme de la classification de l'activité d'HAD et de sa tarification : travaux exploratoires menés en 2013 et 2014 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, groupes de travail pilotés par la DGOS sur les faiblesses du modèle actuel.
- Pour la clarification de la réglementation sur l'HAD : travaux pilotés par la DGOS sur le régime des autorisations en HAD et la permanence/continuité des soins en HAD.

3.2. Les travaux conduits sur le champ MIGAC

3.2.1. Des travaux menés en collaboration étroite avec les autorités sanitaires, les professionnels de santé et les associations de patients

Les travaux visant à financer à leur juste niveau (réduire les situations de sous-financement ou de sur-financement) la réalisation des missions d'intérêt général suivent deux axes : une meilleure connaissance de l'activité financée par sa description fine obtenue auprès des professionnels, une meilleure estimation des surcoûts engendrés par cette activité, et une mesure quantitative des prises en charge ainsi que des autres missions réalisées (formation par exemple).

- La connaissance de l'activité au cœur de la mission est apportée par les professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi que par les associations de patients, qui sont à même de décrire les spécificités des prises en charge et celles des autres missions (comme par exemple, la coordination nécessaire avec les professionnels de ville). Cette connaissance s'appuie également sur les recommandations émises par les sociétés savantes et la Haute autorité de santé (par exemple, les protocoles nationaux de diagnostic et de soins pour les maladies rares).
- L'objectivation des dotations requiert parallèlement la mesure d'unités d'œuvre de nature à permettre le juste dimensionnement de la compensation financière accordée. Ces données et leur exploitation sont accessibles par le biais des autorités sanitaires exerçant la tutelle ou délivrant l'autorisation pour l'exercice de certaines activités.

Ce sont les raisons pour lesquelles la DGOS collabore étroitement avec les sociétés savantes, les associations de patients et les agences sanitaires. Ainsi les travaux relatifs à la rationalisation des dotations MIG relatives à l'AMP, aux banques de tissus, aux Centres de diagnostic prénatal ou au Centres de diagnostic pré implantatoire sont menés avec l'Agence de la biomédecine. Ceux ayant trait à la mobilisation des ressources pour faire face à des circonstances exceptionnelles sont réalisés de concert avec la Direction générale de la santé (département des urgences sanitaires). Ceux relatifs aux MIG permettant la veille, la surveillance et l'alerte (Registres épidémiologiques, Centres antipoison, Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles) associent l'Institut de veille sanitaire. Enfin tous les travaux portant sur la prise en charge des cancers sont menés avec l'Institut national du cancer (INCa).

3.2.2. Les travaux conduits en 2013 pour faire évoluer le modèle de financement

3.2.2.1 Les MERRI

En plus des évolutions évoquées plus haut et qui se poursuivront en 2014, différents travaux sont engagés afin d'objectiver et mieux dimensionner le financement des missions au sein de la part variable des MERRI.

Le financement des établissements de santé ayant une activité de centre de ressources biologiques (CRB) et de tumorothèque était depuis 2009 fondu au sein d'une même catégorie de gestion alors que les critères d'accès et le modèle de financement sont très différents. Afin de donner plus de visibilité aux acteurs, 2 missions distinctes ont été créées. De plus, le financement de l'activité relative aux CRB repose actuellement sur des dotations historiques. La DGOS a donc engagé des travaux afin de revoir le modèle de financement de cette activité. Ce modèle devrait s'appliquer, au moins en partie, dès 2013.

La MERRI relative au recours exceptionnel fait également l'objet d'une révision du modèle afin de mieux articuler les actes et activités relevant de cette catégorie et ceux relevant de l'innovation. Ce modèle doit permettre, dès la fin de l'année 2013 de définir une nouvelle liste d'actes relevant du recours exceptionnel et de redéfinir leur valorisation.

La MERRI relative aux actes hors nomenclature fait également l'objet d'un travail de re-modélisation. Ce travail, qui devra être achevé en 2014, implique la révision du référentiel hors nomenclature en terme de gouvernance et cahier des charges, et une intégration de ce dispositif avec les décideurs d'aval pour l'évaluation et l'éventuelle prise en charge des actes.

La MERRI relative aux services experts de lutte contre les hépatites virales fait l'objet de travaux avec les professionnels médicaux et l'Institut de veille sanitaire, destinés à mieux définir son périmètre de financement, ainsi que les missions qu'elle couvre.

La MERRI des Centres de ressources sur les maladies professionnelles est retravaillée avec le concours des professionnels, notamment le collège national des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail.

Enfin, la dotation des Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose (CRCM) sera modélisée en 2014 après avoir été nouvellement répartie, en première étape, sur la base de la file active des patients pris en charge par chaque centre en 2013. Cette modélisation se fondera sur les études descriptives et quantitatives menées par l'Ecole des Mines à la demande de l'association Vaincre la mucoviscidose.

3.2.2.2 Les autres MIG

- Les lactariums (5 046 598 € en 2012)

Le financement des lactariums hospitaliers sera revu pour permettre, d'une part, de l'adapter aux nouvelles autorisations délivrées et, d'autre part, de le proportionner à l'activité réalisée, mesurée notamment par le nombre de litres de lait produit (ces données sont recueillies par l'ATIH via FICHSUP).

- L'assistance médicale à la procréation (17 204 537 € en 2012)

La MIG « Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité » a été en partie modélisée pour la campagne 2013, s'agissant du don de gamètes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité. En vue de la campagne 2014, le travail consiste à élaborer le modèle de financement de l'assistance médicale à la procréation.

- Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C, 46 839 047 € en 2012)

Pivots du système de prise en charge des cancers par les établissements de santé, les 3C, dont l'organisation s'articule avec celle des réseaux régionaux de cancérologie, permettent notamment la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). De concert avec l'INCa, la DGOS élabore un modèle pour leur financement, qui s'appuiera à la fois sur la taille de chaque 3C (certains étant multi-établissements) et sur le nombre de dossiers de RCP annuellement traités. L'objectif est d'adapter le financement de cette mission afin de renforcer les coopérations entre établissements sur ce sujet de l'organisation des RCP en cancérologie.

D'une manière générale, la répartition des missions ayant trait à la prise en charge des cancers, principaux vecteurs de financement des plans Cancer, fait l'objet d'une réflexion visant à une plus grande simplification et lisibilité de ces missions.

- Les coordinateurs régionaux d'hémovigilance (5 139 191 € en 2012)

Placés auprès des ARS, mais rémunérés et mis à disposition par les établissements de santé, ces coordinateurs jouent un rôle majeur de surveillance et d'alerte. Un travail en cours, qui s'appuie sur une collaboration avec les professionnels, doit permettre de modéliser la dotation en fonction de l'activité que déploient ces coordinateurs, notamment du volume des produits sanguins labiles (PSL) utilisés dans chaque région.

- Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (173 246 458 € en 2012)

La DGOS a lancé en 2013 une vaste enquête auprès des 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaires (ex UCSA) pour parvenir à décrire finement leur activité, les professionnels impliqués et les ressources engagées à cette fin. L'objectif est d'aboutir à une meilleure allocation de la dotation, adaptée aux besoins, qui puisse être mise en œuvre en 2014.

- La fusion des CDAG et des CIDDIST

Cette fusion recommandée par un rapport de l'IGAS se fait sous l'égide de la Direction générale de la santé. Les CDAG, qui font l'objet d'une MIG versée dans le FIR, sont actuellement financés par l'Assurance maladie alors que les CIDDIST le sont par des crédits d'Etat. L'objectif de la fusion des deux dispositifs dans une structure appelée CIDAG serait de permettre un maillage plus rationnel du territoire et son financement exclusif par l'Assurance maladie.

3.2.2.3 Le financement de la précarité

La prise en charge de la précarité est régulièrement citée comme facteur d'écart de coûts entre établissements de santé (ES). En raison notamment des durées moyennes de séjour plus longues et d'un besoin d'accompagnement conséquent pour les patients en situation de précarité, les établissements de santé accueillant cette patientèle assument une charge plus importante et les surcoûts générés doivent donc être compensés, ainsi que le mentionnait le rapport de l'IGAS de 2006. La précarité est multiforme et les critères pour la cerner demeurent imprécis, il reste donc difficile aujourd'hui d'évaluer précisément l'impact financier de ce type de prise en charge.

Sur le plan de l'organisation des soins, un certain nombre d'établissements de santé ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour faciliter l'accueil, l'orientation, l'accès aux droits et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. D'autres établissements n'ont pas ce type de dispositif mais ont intégré dans leur organisation et leur fonctionnement des éléments qui facilitent l'accueil et permettent de dispenser des soins adaptés à cette population.

Plusieurs dispositifs permettent aujourd'hui d'assurer le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité:

- les PASS financées à hauteur de 50 M€ (2013).
- la MIG dite précarité (créée en 2009), pour un montant de 100 M€, puis de 150 M€ depuis 2010, qui a vocation à financer les surcoûts liés à l'hospitalisation des patients en situation de précarité
- un coefficient de 1,3 majorant des tarifs pour l'hospitalisation des patients AME mis en place début 2012.

Les MIG PASS et précarité sont constitutifs de la mission de service public lutte contre les exclusions sociales (9° de l'article L6112-1 du CSP), dont l'état de lieux et l'expression du besoin à 5 ans doivent figurer dans le SROS.

- a) Le financement de dispositifs dédiés pour l'accueil et l'accompagnement de ces patients, les PASS

Les PASS ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : selon l'article L.6112 -6 du Code de la santé publique, ces permanences sont « adaptées aux personnes en situation de précarité » pour faciliter l'accès au système de santé et les accompagner dans les démarches. Ces permanences offrent un accueil social visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, ainsi que des consultations médicales (spécialisées ou non spécialisées) et des consultations infirmières.. Aujourd'hui, près de 410 PASS sont implantées dans les établissements de santé. Une diversification a été opérée par la mise en place de PASS spécialisées (en soins psychiatriques, soins bucco-dentaires et pour des PASS à vocation régionale) fin 2009. Des financements complémentaires ont été attribués dans le cadre de la circulaire du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé pour la création de 10 nouvelles PASS régionales.

La plupart des PASS bénéficie de crédits au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général (MIG). Les 41 PASS psychiatriques ont quant à elles un financement en dotation annuelle de financement (DAF).

Conformément au plan pluriannuel contre la pauvreté, une circulaire du 18 juin 2013 fournit un référentiel portant sur la définition et le rôle des PASS polyvalentes et donne des outils aux mains des ARS pour le cas échéant rééquilibrer les allocations en fonction de la situation et de l'activité de chaque site. Un premier modèle a été fourni dans le cadre de la circulaire N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative aux PASS. Ce modèle, élaboré à partir de l'existant, constitue une première étape.

Une enquête en cours est effectuée auprès de toutes les PASS. Les résultats collectés dans chaque région au niveau de l'ARS permettront de parfaire ce premier modèle, pour le cas échéant introduire d'autres variables pertinentes pour dimensionner les moyens nécessaires à la réalisation de la mission (composition de la population fréquentant la PASS, type de soins et de médicaments requis, besoins spécifiques, etc.)

Le montant total en 2013 de la MIG PASS s'établit à 49.8 M€. 4M€ sont également attribués en DAF pour la psychiatrie.

- b) Le financement des surcoûts générés par l'hospitalisation des patients en situation de précarité (MIG précarité)

La Ministre a appelé à la rénovation du service public hospitalier, et notamment à l'amélioration de la prise en charge des populations fragiles. C'est à ce titre qu'une proposition d'amélioration des modalités de financement de l'hospitalisation des patients en situation de précarité.

La modélisation actuelle de la MIG précarité repose sur les critères CMU, CMUc et AME. Ces indicateurs présentent plusieurs limites : ils sont d'une part peu représentatifs de la réelle précarité de la patientèle et posent par ailleurs des problèmes de fiabilité des données.

Dans un premier temps et à titre liminaire, il est apparu nécessaire d'établir un bilan des modalités de construction, de gestion et d'utilisation par les établissements de la MIG précarité, quatre ans après sa création. Il a été demandé aux ARS d'évaluer l'adéquation des montants reçus avec la réalité de la situation des établissements et des moyens mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité et la pertinence du modèle actuel. Une enquête à cet effet a été effectuée courant 2012 auprès des ARS. Cette enquête nous notamment permis de découvrir que les établissements considéraient les indicateurs actuellement utilisés pour la calibrer la MIG précarité (AME, CMU, CMUC) comme pertinents mais incomplets. Ils sont, pour la grande majorité, favorables à la mise en place d'un modèle avec une dimension géopopulationnelle.

Depuis peu est disponible, à l'échelle de la commune, un indice géopopulationnel de défaveur (établi sur 4 indicateurs : le taux de chômage, le niveau de revenu médian, la proportion d'ouvriers, la proportion de bacheliers). Des travaux ont ainsi été engagés en 2013. Plusieurs pistes d'évolution sont explorées :

- un modèle géopopulationnel basé sur l'utilisation de l'indice FDEP (CNAMTS) ;
- un modèle basé sur l'analyse des codes de diagnostic de la précarité dans le PMSI
- un modèle mixte, combinant l'indice géopopulationnel et l'utilisation des codes PMSI.

En fonction de la faisabilité de ces travaux techniques, une évolution de la MIG pourrait être proposée pour la campagne 2014.

3.4. Les évolutions des systèmes d'information: pour une meilleure transparence dans l'allocation des ressources

Plusieurs pistes de travaux sont engagées afin de faire évoluer la connaissance relative à la réalisation des missions d'intérêt général : l'informatisation des rapports d'activité, parfois obligatoires sur certaines missions, la mise en place d'un outil de suivi des consultations longues et pluri-professionnelles et une amélioration du reporting de l'allocation de ressources.

a) En 2013, afin de satisfaire à l'obligation de rendre compte de l'utilisation des financements accordés et de permettre un recueil en routine des données d'activité nécessaires au dimensionnement de ces financements, la DGOS a entrepris d'élaborer des modèles de rapports d'activité standardisés et informatisés qui seront mis en œuvre à compter de 2014 (activité 2013) pour 13 MIG :

- CCLIN
- ARLIN
- OMEDIT
- Centres de référence pour la prise en charge des maladies rares
- Centres de référence pour les infections ostéo-articulaires
- Centres de ressource et de compétence sur la mucoviscidose
- Centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique
- Centres de référence sur l'hémophilie
- Centres experts pour la maladie de Parkinson
- COREVIH
- Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
- Services experts de lutte contre les hépatites virales
- Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Ces treize missions ont pour point commun soit de concerner des prises en charge spécifiques, requérant une approche pluri-professionnelle et complexe, à la différence des consultations courantes, soit d'être des instances de coordination et d'information. La mise à disposition de rapports d'activité facilement exploitables, dont la maintenance sera assurée à terme par l'ATIH, constituera une simplification pour les acteurs tenus de les remettre, un outil de suivi du service rendu aux patients sur ces missions, ainsi qu'une meilleure objectivation de l'allocation des ressources nécessaires.

b) Parmi les MIG, certaines visent la prise en charge externe de patients atteints de pathologies spécifiques. Ces missions ont donc pour objet l'organisation de consultations dites longues, car elles excèdent la durée d'une consultation hospitalière standard, et pluri-professionnelles, car elles font appel non seulement à un personnel médical, mais aussi à des intervenants paramédicaux spécialisés.

Les dotations finançant ces prises en charge devraient être au moins partiellement proportionnelles à l'activité de consultation réalisée. Or, l'activité de consultations externes est aujourd'hui mesurée sans codage permettant de distinguer entre les pathologies ni entre les différents types de prise en charge externe. C'est pourquoi le ministère a demandé à l'ATIH de recueillir, dès 2013 à titre expérimental, l'activité de consultation externe des établissements pour certaines pathologies dont les prises en charge font l'objet d'une MIG, en distinguant différents types de consultations et en exprimant leur durée moyenne.

Il s'agit des activités externes déployées dans les huit missions suivantes :

- Les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)
- Les centres de références pour la prise en charge des maladies rares
- Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
- Les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH (CDAG)
- Les consultations mémoire (pour les établissements non CM2R)
- Les consultations hospitalières d'addictologie
- Les consultations hospitalières de génétique
- Les centres experts de la maladie de Parkinson

c) Le système d'information général à la disposition des ARS et du ministère, qui permet d'obtenir le reporting de l'allocation de ressources aux établissements, est en voie de reconfiguration. Actuellement gérées par ARBUST pour l'ensemble des financements alloués aux établissements et par ARBUST MIGAC pour une ventilation plus fine des allocations MIG et AC, ces informations indispensables au pilotage des ressources et de l'activité des établissements seront recensées à compter de 2014 au sein du système d'information HAPI qui est déjà en œuvre pour les allocations des établissements médico-sociaux.

Un tel système d'information global permettra également de retracer les ressources issues du Fonds d'intervention régional (FIR) ainsi que leurs bénéficiaires, soit tout organisme ou professionnel de santé.

3.2.5. Les procédures d'allocation et la perspective d'une simplification de la gestion de certaines MIG

Les délégations des dotations au titre des MIG via les circulaires budgétaires n'obéissent plus toutes aujourd'hui à l'ancienne logique des mesures nouvelles reconductibles ou non reconductibles venant augmenter une base globale de crédits MIGAC. Depuis 2011 en effet, certaines dotations sont déléguées en « justification au premier euro » (JPE), c'est-à-dire que le financement annuel d'une MIG est entièrement délégué hors de la base budgétaire. Ce financement s'apparente ainsi à un forfait annuel révisé chaque année en fonction d'un modèle ou d'autres règles d'allocation. Il présente l'avantage d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande transparence.

Le total des crédits délégués sous cette forme en 2012 s'élève à 3 251 M€, soit près de 62% du montant total de la dotation des MIG.

Au sein des crédits ainsi délégués en JPE aux régions, certains sont dits « fléchés », car ils sont identifiés établissement par établissement, notamment dans le cas où un modèle national a permis leur calcul. Selon les missions, ce fléchage est dit « impératif » lorsqu'il s'impose à l'ARS, donc contraint la notification de crédits qu'elle fait aux établissements, du fait de la nature nationale de la mission réalisée, ou il est dit « indicatif » lorsque l'ARS a la possibilité de moduler les montants indiqués en fonction de la connaissance qu'elle a des contraintes de l'établissement.

Sur un total de 103 MIG (comprenant celles qui sont versées dans le FIR), les délégations en JPE « impératives » concernent ainsi 42 missions et les délégations en JPE « indicatives » 22 missions. 39 MIG restent donc financées par les ARS à partir des crédits de leur base MIGAC régionale. Un tableau synoptique résumant ces modalités de délégations a été publié en annexe de la circulaire du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé.

3.3. Les perspectives d'évolutions des modèles de financement hors du champ MCO

3.3.1. Perspectives d'évolution du modèle de financement des SSR en intégrant la logique de parcours de soins

Lancés en 2010, les travaux relatifs à l'évolution du modèle de financement des établissements de SSR se poursuivent avec un calendrier prévoyant une montée en charge progressive du nouveau dispositif de financement en vue d'un début de mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement dès 2016.

Après deux années consacrées à d'importants travaux techniques ayant permis de construire dans le champ du SSR, une nouvelle classification médico-économique, un nouveau catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CsARR), une étude nationale de coûts plus robuste ainsi que des bases de connaissances conséquentes sur les molécules onéreuses, les plateaux techniques et les missions d'intérêt général en SSR, l'année 2013 fut celle de la mise en œuvre des différents outils. L'arrêté PMSI SSR du 4 mars 2013 a officialisé la nouvelle classification SSR (GME) ainsi que le lancement du CsARR dans tous les établissements de SSR dès le 1^{er} juillet 2013.

Les connaissances actualisées résultant de ces importants travaux ont confirmé la grande diversité des pratiques, des activités et des établissements de SSR mais ont également confirmé la place importante acquise par les SSR dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et ou de poly pathologies. Avec un ou plusieurs passages obligés au cours d'une vie, les SSR sont ainsi progressivement devenus une plaque tournante entre les services MCO et le domicile.

Les activités de SSR constituent en effet la « pierre angulaire » d'un grand nombre de parcours de soins et s'inscrivent de fait dans une logique de prise en charge à long terme ou de séjours successifs impliquant des liens étroits et fréquents entre les activités MCO en amont et les activités libérales et médico sociales en aval.

Ces constats confortent l'ambition de la réforme financière des SSR qui est de s'appuyer sur un modèle de financement original, innovant, adapté à la spécificité et à la diversité des pratiques en SSR et intégrant la logique de parcours de soins. Il devra notamment prendre en compte plusieurs éléments fondamentaux qui concourent naturellement à l'amélioration de la qualité des prises en charge:

- Le caractère multiple des prises en charge en SSR qui couvrent à la fois les soins (prise en charge technique médicale, de rééducation, de réadaptation), la prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, mais aussi l'accompagnement psychique, cognitif, psychologique ou social et la préparation à la réinsertion, soit dans un milieu de vie ordinaire soit dans un environnement adapté
- Le caractère évolutif des prises en charge dans le temps (variation des intensités des soins et d'accompagnement propres à la prise en charge des malades chroniques)
- Une articulation performante entre l'amont des SSR (médecine libérale ou MCO hospitalier) et l'aval (soins libéraux, HAD, intervention du secteur médico social), débouchant progressivement sur une intégration de la logique de parcours de soins et améliorant la fluidité et la cohérence des prises en charge.

3.3.2. La réforme des modalités de convergence des USLD

Sur le plan tarifaire, la position adoptée en 2012 et 2013 a consisté à stabiliser la situation des USLD tout en maintenant un dispositif de convergence atténué dans ses effets. Cette position s'est traduite par le maintien de l'utilisation des PMP²⁶ de référence de 2006. Cette position se justifie par le fait que les données PMP actualisées en 2011 impactent de façon telle le calibrage financier de chaque USLD, qu'il apparaît que le mode de financement tel que conçu actuellement a atteint ses limites et mérite d'être refondu à l'aulne des orientations stratégiques qui seront retenues sur le positionnement de ce secteur dans l'offre de soins.

²⁶ Les PMP sont les Pathos Moyens Pondérés, valeur correspondant à la charge en soins requise par les patients présents dans les USLD. Cette valeur permet de calculer la dotation soins des USLD à la charge de l'Assurance maladie.

Annexes

- Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex DG
- Annexe 1 : Evolution du nombre de séjours par CMD secteur ex OQN
- Annexe 2 : Liste des couples de racines en chirurgie ambulatoire
- Annexe 3 : Evolution des catégories de prestations
- Annexe 4 : Améliorer la connaissance des coûts des séjours hospitaliers
- Annexe 5 : Composition du CORETAH
- Annexe 6 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC

Annexe 1 : Evolutions par CMD – secteur ex DG et secteur ex OQN

1 : Evolution par CMD - secteur ex DG

	CMD	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	859.40	2 250.05	+3.6%	+2.9%	+0.7%	9.9%
2	Affections de l'oeil	298.26	481.24	+3.5%	+3.5%	-0.1%	2.0%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	377.82	645.41	+0.6%	-0.0%	+0.6%	0.5%
4	Affections de l'appareil respiratoire	771.55	2 476.53	+5.1%	+3.3%	+1.8%	15.3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 087.73	3 374.95	+4.3%	+3.1%	+1.2%	17.8%
6	Affections du tube digestif	1 113.30	2 515.59	+3.5%	+2.9%	+0.6%	10.7%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	315.60	1 009.40	+2.8%	+1.4%	+1.3%	3.4%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 020.09	3 255.28	+3.4%	+0.7%	+2.6%	13.4%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	428.03	966.75	+3.7%	+2.7%	+1.0%	4.4%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	396.30	878.58	+5.5%	+4.6%	+0.9%	5.8%
11	Affections du rein et des voies urinaires	437.01	1 053.52	+4.8%	+2.5%	+2.2%	6.1%
12	Affections de l'appareil génital masculin	129.05	284.45	+1.6%	-0.2%	+1.8%	0.6%
13	Affections de l'appareil génital féminin	273.07	529.32	+1.7%	+1.9%	-0.2%	1.1%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	829.53	1 745.08	+0.7%	+0.3%	+0.4%	1.6%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	624.40	836.61	+1.4%	+0.8%	+0.6%	1.5%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	187.75	485.40	+5.3%	+4.8%	+0.4%	3.1%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis	277.02	753.80	+1.2%	+0.6%	+0.6%	1.1%

	ou diffus						
18	Maladies infectieuses et parasitaires	118.17	326.60	-2.3%	-4.4%	+2.3%	-1.0%
19	Maladies et troubles mentaux	262.16	537.69	+2.1%	+1.1%	+1.1%	1.4%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	200.76	275.77	+1.6%	+1.0%	+0.6%	0.5%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	175.53	303.54	-1.2%	-4.6%	+3.6%	-0.5%
22	Brûlures	11.46	92.39	+0.8%	-1.6%	+2.4%	0.1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	693.01	1 190.73	+0.8%	-0.8%	+1.6%	1.1%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	9.94	60.62	-0.7%	-4.3%	+3.7%	-0.1%
26	Traumatismes multiples graves	8.85	103.18	+2.3%	+1.9%	+0.4%	0.3%
27	Transplantations d'organes	9.54	305.30	-0.8%	-0.9%	+0.0%	-0.3%
Total hors séances		10 915.31	26 737.79	+3.0%	+1.7%	+1.3%	100.0%

2 : Evolution par CMD - secteur ex OQN

	CMD	Nombre de séjours en 2012	Volume économique en 2012	Evolution du volume économique	- dont évolution du nombre de séjours	- dont effet structure	Contribution à la croissance du volume économique
1	Affections du système nerveux	192.87	172.07	-1.0%	-0.2%	-0.9%	-2.9%
2	Affections de l'oeil	640.17	525.48	+2.8%	+2.9%	-0.1%	23.1%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	550.77	313.30	+0.6%	+0.2%	+0.4%	3.1%
4	Affections de l'appareil respiratoire	111.24	162.09	+4.5%	+3.8%	+0.7%	11.3%
5	Affections de l'appareil circulatoire	540.38	907.89	+1.0%	+0.4%	+0.5%	13.8%
6	Affections du tube digestif	1 493.28	1 058.04	-0.5%	+0.3%	-0.8%	-8.1%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	121.08	193.86	+1.2%	+2.2%	-1.0%	3.7%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	886.35	1 379.66	+2.1%	+1.1%	+1.0%	46.6%
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	297.66	243.80	+2.6%	+4.0%	-1.3%	10.1%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	82.95	170.60	+14.6%	+8.2%	+6.0%	35.2%
11	Affections du rein et des voies urinaires	232.24	273.59	+1.3%	+0.9%	+0.4%	5.5%
12	Affections de l'appareil génital masculin	176.07	190.87	-6.4%	-4.4%	-2.1%	-21.1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	241.37	245.11	-0.8%	+1.2%	-1.9%	-3.1%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	287.12	372.82	-3.2%	-3.2%	-0.0%	-20.2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	219.54	167.17	-2.4%	-2.3%	-0.1%	-6.7%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques.	35.05	42.28	+3.0%	+2.6%	+0.4%	2.0%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	36.68	50.17	+0.7%	+3.2%	-2.4%	0.6%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	8.05	12.90	+1.0%	+0.8%	+0.2%	0.2%

19	Maladies et troubles mentaux	7.28	8.63	-1.5%	-1.0%	-0.5%	-0.2%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	11.54	11.46	+6.3%	+13.3%	-6.2%	1.1%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	25.18	34.12	-2.7%	-5.3%	+2.8%	-1.5%
22	Brûlures	0.41	0.51	+9.2%	+2.5%	+6.5%	0.1%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	150.12	176.88	+2.9%	+7.3%	-4.2%	7.9%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	0.14	0.43	+16.2%	-4.2%	+21.2%	0.1%
26	Traumatismes multiples graves	0.20	1.14	-20.5%	-13.5%	-8.0%	-0.5%
Total hors séances		6 347.72	6 714.87	+0.9%	+0.9%	+0.1%	100.0%

Annexe 2 :

Liste des 19 couples de racines

01C13	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
03C10//03C27	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans Interventions sur les amygdales, en ambulatoire
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
03C15	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans
03C21	Interventions pour oreilles décollées
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
05C17	Ligatures de veines et éveinages
06C10	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans
06C12	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
08C38	Autres arthroscopies du genou
08C44	Autres interventions sur la main
08C45	Ménisectomie sous arthroscopie
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein
09C08	Interventions sur la région anale et périanale
12C06	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans
12C08	Circoncision
13C08	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin
13C12	Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes

Annexe 2 :

Liste des 21 couples de racines

12C04	Prostatectomies transurétrales
02C02	Interventions sur la rétine
02C06	Interventions primaires sur l'iris
02C11	Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères
03C09	Rhinoplasties
05C21	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05
08C14	Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur
08C20	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif
08C40	Arthroscopies d'autres localisations
11C09	Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11
12C07	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans
13C11	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes
21C02	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures
01C10	Pose d'un stimulateur médullaire
03C19	Ostéotomies de la face
05C13	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës
08C28	Interventions maxillofaciales
13C04	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin
21C03	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures
22C02	Brûlures non étendues avec greffe cutanée

Annexe 3 : Les évolutions des catégories de prestations²⁷

Les évolutions relatives à l'arrêté prestations concernent :

- Modification d'un GHS majoré :

La majoration est applicable à la racine de GHM « l'intervention sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale » (racine 11C03). En 2012, deux actes étaient éligibles à cette majoration :

- o l'acte de prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct (JAFA013)
- o l'acte de prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie (JAFC003).

Désormais, seule l'intervention par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie (acte JAFC003) donnera lieu à la production d'un GHS majoré ; celle par abord direct (acte JAFA013), étant une technique très peu utilisée, ne sera valorisée que sur la base du GHS de base.

- Remplacement des forfaits D de dialyse en centre par les GHS pour les établissements ex-OQN

L'article 7 (10°) de l'arrêté « prestation » prévoyait une dérogation aux modalités de facturation des forfaits de dialyse en centre, applicable aux seuls centres de dialyse ex-OQN.

Pour mémoire, cette dérogation consistait à permettre à ces établissements de facturer les prestations de dialyse en centre sur la base d'un forfait « D » en lieu et place d'un forfait GHS. Elle avait été introduite lors de la mise en place de la T2A dans l'objectif de laisser le temps à ces établissements, au vu de leurs spécificités, de monter progressivement en charge pour le recueil PMSI (obligatoire depuis 2003 pour l'ensemble des centres de dialyse). Cette dérogation a donc conduit à différencier, par secteur, le code de la prestation facturée : GHS pour le secteur public versus forfait D pour le secteur privé. Or, actuellement, la quasi-totalité des forfaits de dialyse en centre facturés à l'assurance maladie a donné lieu à la production d'un RSS dans le PMSI, ce qui témoigne de la bonne montée en charge du PMSI dans ces structures.

Il a donc été décidé en 2013 de mettre fin à cette dérogation, ce qui permettra d'harmoniser les vecteurs de financement et d'assurer ainsi une meilleure visibilité des modalités de facturation.

Enfin, il est important d'appeler l'attention des structures ex-OQN que les séances de dialyse en centre, y compris celles réalisées par les structures ne produisant pas de recueil d'informations du PMSI, pourront continuer à être facturées directement à l'assurance maladie, la seule modification étant le code correspondant à la séance (D09 devient GHS 9617).

- Clarification des règles de facturation des suppléments journaliers

Les règles de facturation des suppléments journaliers faisant l'objet d'interprétations différentes par les acteurs, leur rédaction méritait d'être clarifiée. L'article 9 de l'arrêté prestation a donc été modifié dans le souci d'une meilleure lisibilité, sachant qu'aucune modification de fond n'est intervenue. Les règles applicables en 2013 restent identiques à celles applicables en 2012.

Ainsi, il faut retenir que la règle principale est celle interdisant la facturation d'un supplément le jour de sortie de l'unité ou de l'établissement. En conséquence, en cas de transfert d'un patient d'une unité à une autre le même jour, seul le supplément de l'unité d'accueil est facturé.

Il existe deux exceptions à cette règle :

- les cas où le patient décède. Le jour de décès donne lieu à la facturation du supplément ;
- les cas où le patient est présent moins d'une journée dans une unité. La facturation d'un supplément est également autorisée. Cependant, pour les cas très exceptionnels où, au cours de cette journée, le patient est présent dans deux unités différentes, un seul supplément sera facturé (celui dont le montant est le plus élevé).

²⁷ Arrêté prestations du 18 février 2013 modifiant l'arrêté du 19 février 2009

- Modification de la règle de facturation du forfait journalier hospitalier (FJ) le jour de transfert
Lorsqu'un patient est transféré dans un autre établissement de santé ou en cas de mutation, les deux établissements ont actuellement la possibilité de facturer le forfait journalier au patient pour la même journée : celle du jour de sortie par l'établissement d'origine et celle du jour d'entrée par l'établissement d'accueil.

Ce cumul de facturation du forfait journalier n'étant pas favorable au patient et surtout distinct avec les règles applicables aux autres disciplines d'activité (SSR ou psychiatrie), il a été décidé de modifier cette règle. Désormais, en cas de transfert, le forfait journalier du jour de transfert ne pourra plus être facturé par l'établissement d'origine.

Enfin, quelques autres évolutions sont venues modifier l'arrêté prestations lors de cette campagne : Maintenance de la liste d'actes des forfaits SE : suppression de deux actes de la liste SE2 et inscription de l'acte « Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale » sur la liste SE2

- Modifications du forfait annuel des coordinations hospitalières de prélèvement (CPO) et du forfait annuel greffe (FAG). L'enveloppe du forfait CPO a été diminuée du montant correspondant au total des moyens à dédier aux missions d'études cliniques, et le forfait annuel greffe (FAG) a été revalorisé à due concurrence.

Annexe 4 : Améliorer la connaissance des coûts des séjours hospitaliers

Les travaux pour améliorer la connaissance des coûts peuvent être réalisés au travers de l'outil ENCc d'une part et le développement d'études complémentaires d'autres parts.

Au travers de l'outil ENCc :

Le premier chantier concerne l'amélioration de l'échantillon, en particulier sur le secteur ex OQN. Le principe de l'outil est d'appréhender le coût d'une prise en charge hospitalière au travers d'une enquête réalisée par sondage. Pour ce faire, il importe donc que l'activité des établissements faisant partie de l'échantillon soit représentative de l'ensemble de l'activité produite par les établissements de santé. La qualité de l'échantillon ne peut pas se mesurer sur le nombre d'établissements présents dans l'échantillon mais plutôt au travers de l'éventail de l'activité couverte. Pour garantir cet éventail, l'ATIH a mis au point une méthode dite d' « échantillon raisonné » qui sélectionne les établissements dont l'activité permet d'augmenter significativement la représentativité de l'échantillon au regard de l'activité produite. Toutefois, dans la mesure où le recrutement est réalisé sur la base de volontariat, certaines difficultés existent sur la représentativité de l'échantillon. C'est dans cette optique, que le ministère a décidé de revaloriser la rétribution financière des établissements de santé à compter de la campagne ENCc de 2013.

Le deuxième chantier consiste à affiner et élargir le recueil des coûts. Sur les consommables onéreux, une liste va être élaborée en ciblant certaines activités afin d'opérer un suivi de ces charges aux séjours. De même, est à l'étude la faisabilité pour les établissements d'isoler au sein des charges de structures ce qui relève de l'équipement et ce qui relève de l'immobilier.

Le troisième chantier est d'affiner et de renforcer la méthodologie de l'ENCc. La principale critique concernant la méthodologie porte sur l'affectation des coûts et son lissage à la journée pour la majorité d'entre eux. Des travaux/réflexions sont actuellement en cours sur :

- o L'imputation directe des charges transversales pour les activités médico techniques (radiothérapie)
- o L'affectation des honoraires médicaux aux sections consommatrices

o L'utilisation d'une clé de ventilation des charges de personnel soignant qui rende compte de la lourdeur et de la complexité des soins (actuellement, la clé de ventilation de ces charges est la journée).

Ces différents travaux nécessitent toutefois que les établissements soient en capacité de collecter les informations nécessaires à ces affinements, ce qui n'est pas toujours le cas.

Une réflexion porte aussi sur les règles d'affectation des coûts aux séjours de chirurgie ambulatoire, en particulier sur les coûts de logistique et gestion générale.

Au travers d'études complémentaires :

L'ENCc connaît des limites pour appréhender l'ensemble des activités hospitalières. Pour y remédier, l'ATIH développe actuellement des études complémentaires comme par exemple la mise en place d'enquêtes de coûts spécifiques. Ces études concernent également les notions de coûts complémentaires à celle du coût moyen observé du séjour (coût efficient, coût standard).

Les enquêtes de coûts spécifiques actuellement en cours de déploiement concernent des activités qui ont besoin d'un affinement de la méthodologie ENCc (la radiothérapie sur le secteur ex DG) ou des activités qui ne sont pas captées à travers l'ENCc (radiothérapie dans les cabinets libéraux, la dialyse hors centre).

Ces études concernent également les activités où il est nécessaire en vue des travaux sur le financement, de connaître le coût d'un service et non plus seulement le coût des séjours, comme pour le service des urgences et les services de réanimation.

Enfin ces études se développent aussi afin d'analyser sur certaines activités les notions de coûts alternatives à celle du coût moyen observé du séjour. Sur la dialyse en centre est à l'étude la construction d'un coût issu d'un calcul médico économique avec les experts de la spécialité (coût standard). Sur la chirurgie ambulatoire, la réflexion sur l'application du principe de neutralité tarifaire a conduit à la nécessité d'articuler l'observation du coût avec la problématique de l'efficience.

Annexe 5 : Composition du CORETAH

Membres du CORETAH :

Fédérations hospitalières :

- FEHAP
- FHF
- FHP
- UNICANCER
- FNEHAD

Conférences:

- Conférence des directeurs généraux de CHU
- Conférence des directeurs de CH
- Conférence des présidents de CME de CHU
- Conférence des présidents de CME de CH
- Conférence des présidents de CME de CHS
- Conférence des présidents de CME PNL PPH ESPIC
- CNPCMEHP

Autres institutions :

- ANAP
- ATIH
- CNAMTS
- HAS

Administrations :

- Collège des DG – ARS
- DGOS
- Direction du budget
- DREES
- DSS
- IGAS
- Secrétariat général

Personnalités qualifiées (6)

Annexe 6 : Eléments chiffrés sur l'évolution des dotations MIGAC

Tableau 1 (source DGOS)
Evolution des dotations nationales en 2012
Les données sont en millions d'euros

	Base 2012	Objectif 2012 initial	Objectif 2012 final	Taux 2012 final	Rappel taux d'évolution 2010	Rappel taux d'évolution 2011
ODMCO	45 621,78	46 792,93	46 792,93	2,57%	2,67%	2,75%
MIGAC (y compris crédits ayant alimenté le FIR au premier mars 2012)	8 278,19	8 563,15	8 563,15	3,44%	2,83%	3,10%
Total ODMCO-MIGAC	53 899,97	55 356,09	55 356,09	2,70%	2,69%	2,81%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	15,36%	15,47%	15,47%			
ODAM	15 723,82	16 104,39	16 104,39	2,42%	2,55%	2,20%
OQN	2 465,46	2 548,31	2 548,31	3,36%	3,63%	3,35%
Total	72 089,25	74 008,79	74 008,79	2,66%	2,69%	2,68%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"	11,48%	11,57%	11,57%			

Tableau 1A (source DGOS)
Evolution des dotations nationales en 2013
Les données sont en millions d'euros

	Base 2013	Objectif 2013	Taux 2013
ODMCO	46 981,62	48 019,76	2,21%
MIGAC (y compris crédits ayant alimenté le FIR en 2013)	8 322,64	8 585,37	3,16%
Total ODMCO-MIGAC	55 304,25	56 605,13	2,35%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total ODMCO-MIGAC"	15,05%	15,17%	
ODAM	16 085,13	16 319,38	1,46%
OQN	2 606,49	2 696,05	3,44%
Total	73 995,88	75 620,57	2,20%
Poids relatif de la dotation MIGAC dans "Total"	11,25%	11,35%	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

EVOLUTION CAMPAGNE 2012/CAMPAGNE 2011 DES DOTATIONS MIGAC DELEGUEES AUX ARS

Tableau 2 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC 2011	Base MIGAC 2012	Mesures nouvelles circulaire 16/03/2012	Dotation régionales MIGAC 2012 après 1ère circulaire	Mesures nouvelles (Arrêté DR modificatif juillet 2012)	Mesures nouvelles (Arrêté DR modificatif octobre 2012)	Mesures nouvelles circulaire 09/11/2012	Dotations régionales MIGAC 2012 après 2ème circulaire	Mesures nouvelles circulaire 10/12/2012	Dotations régionales MIGAC 2012 après 3ème circulaire	Mesures nouvelles (Arrêté DR modificatif décembre 2012)	Dotations régionales MIGAC au 31/12/2012
Alsace	221 511,52	106 037,47	90 540,77	196 578,24			2 002,65	198 580,89	7 174,06	205 754,95	1 000,00	206 754,95
Aquitaine	347 487,02	169 883,93	136 582,28	306 466,21			7 617,01	314 083,22	11 992,21	326 075,43		326 075,43
Auvergne	175 961,00	82 551,99	62 043,64	144 595,62		2 000,00	1 336,78	147 932,41	6 713,86	154 646,26		154 646,26
Bourgogne	189 786,43	95 316,62	59 822,77	155 139,39			10 312,31	165 451,71	27 292,24	192 743,95		192 743,95
Bretagne	316 947,65	160 688,20	118 803,51	279 491,72			4 603,17	284 094,89	7 501,20	291 596,09	1 000,00	292 596,09
Centre	251 405,12	146 861,64	66 049,63	212 911,27			3 998,99	216 910,26	5 033,22	221 943,48		221 943,48
Champagne-Ardenne	176 872,69	95 598,91	51 072,23	146 671,14			6 102,57	152 773,71	3 058,94	155 832,66		155 832,66
Corse	51 124,20	23 306,54	4 423,18	27 729,72		8 000,00	1 686,18	37 415,90	17 100,00	54 515,90	1 000,00	55 515,90
Franche-Comté	140 294,09	65 400,45	44 891,27	110 291,72			4 727,96	115 019,68	10 635,27	125 654,95		125 654,95
Ile-de-France	1 952 834,83	718 948,74	1 003 958,25	1 722 906,99			21 119,75	1 744 026,74	92 252,70	1 836 279,44	6 000,00	1 842 279,44
Languedoc-Roussillon	278 661,91	116 319,45	125 268,95	241 588,40			4 729,78	246 318,18	13 797,61	260 115,79	2 000,00	262 115,79
Limousin	106 537,42	53 335,97	45 863,68	99 199,66			1 447,24	100 646,90	3 120,19	103 767,09		103 767,09
Lorraine	287 074,88	127 858,17	99 407,62	227 265,79		6 500,00	8 257,35	242 023,15	36 949,21	278 972,36		278 972,36
Midi-Pyrénées	344 014,87	193 963,96	119 348,44	313 312,39			1 617,43	314 929,82	9 783,70	324 713,52	1 000,00	325 713,52
Nord-Pas-de-Calais	476 567,92	213 985,11	188 449,67	402 434,78			7 973,07	410 407,85	18 174,93	428 582,78		428 582,78
Basse-Normandie	172 085,09	88 444,35	57 318,45	145 762,81		10 000,00	7 053,68	162 816,48	20 718,47	183 534,96		183 534,96
Haute-Normandie	203 755,89	111 837,64	68 436,36	180 274,00			2 659,72	182 933,73	4 102,37	187 036,09	2 500,00	189 536,09
Pays-de-la-Loire	344 252,73	161 803,05	149 439,86	311 242,91			4 524,49	315 767,40	5 673,22	321 440,61	2 000,00	323 440,61
Picardie	198 017,06	116 037,71	50 971,26	167 008,97			5 029,97	172 038,94	5 813,29	177 852,23		177 852,23
Poitou-Charentes	169 043,34	99 122,62	47 221,35	146 343,98			2 882,26	149 226,23	1 616,44	150 842,67		150 842,67
Provence-Alpes-Côte d'Azur	595 852,58	264 502,23	243 554,10	508 056,33			11 280,96	519 337,29	24 133,01	543 470,31		543 470,31
Rhône-Alpes	723 910,99	322 761,84	288 012,68	610 774,52			5 089,25	615 863,78	22 068,23	637 932,00		637 932,00
France métropolitaine	7 723 999,23	3 534 566,61	3 121 479,96	6 656 046,57	0,00	26 500,00	126 052,58	6 808 599,15	354 704,37	7 163 303,53	16 500,00	7 179 803,53

Analyse du respect par les ARS de la dotation MIGAC 2012

Tableau 3 (source DGOS)

Les données sont en millions d'euros

	Objectifs 2012 initiaux	Objectifs 2012 finaux	Délégations aux ARS*	Réalisations 2012**	Taux réalisation/ objectifs initiaux en %	Ecart réalisations/ objectifs initiaux en valeur absolue	taux réalisation/ délégations en %	Ecart réalisations/ délégations aux ARH en valeur absolue
MIGAC total (y compris crédits ayant alimenté le FIR au premier mars 2012)	8 563,15	8 563,15	7 625,79	7 671,0	89,58%	-892,18	100,59%	45,18

* hors crédits FIR 2012 et hors SSA

** hors crédits FIR mais SSA inclus

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Réalisations régionales 2012

Tableau 3A (source DGOS)

Les données sont en milliers d'euros

Régions	Dotations finales MIGAC déléguées aux ARSen 2012	Total délégations régionales aux établissements en crédits MIGAC	Ecart en valeur absolue délégations régionales aux établissements/ délégations nationales aux ARH	Taux de délégation des dotations régionales aux établissements
Alsace	206 754,95	206 751,75	-3,20	100,0%
Aquitaine	326 075,43	326 534,23	458,80	100,1%
Auvergne	154 646,26	155 831,24	1 184,98	100,8%
Bourgogne	192 743,95	192 743,62	-0,33	100,0%
Bretagne	292 596,09	294 483,53	1 887,44	100,6%
Centre	221 943,48	221 943,47	0,00	100,0%
Champagne-Ardenne	155 832,66	155 832,65	-0,01	100,0%
Corse	55 515,90	55 515,88	-0,02	100,0%
Franche-Comté	125 654,95	125 654,95	0,00	100,0%
Ile-de-France (dont AP-HP)	1 842 279,44	1 842 221,86	-57,58	100,0%
Languedoc-Roussillon	262 115,79	262 470,67	354,87	100,1%
Limousin	103 767,09	103 483,69	-283,40	99,7%
Lorraine	278 972,36	278 972,36	0,00	100,0%
Midi-Pyrénées	325 713,52	325 705,16	-8,37	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	428 582,78	428 593,76	10,98	100,0%
Basse-Normandie	183 534,96	183 529,49	-5,47	100,0%
Haute-Normandie	189 536,09	189 536,10	0,00	100,0%
Pays-de-la-Loire	323 440,61	322 390,52	-1 050,09	99,7%
Picardie	177 852,23	177 807,40	-44,83	100,0%
Poitou-Charentes	150 842,67	152 245,18	1 402,51	100,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	543 470,31	543 398,24	-72,07	100,0%
Rhône-Alpes	637 932,00	638 049,37	117,37	100,0%
France métropolitaine	7 179 803,53	7 183 695,12	3 891,59	100,1%
Guadeloupe	104 505,83	104 505,83	0,00	100,0%
Guyane	60 445,13	60 445,15	0,02	100,0%
Martinique	168 800,38	169 797,91	997,53	100,6%
Réunion	112 231,78	115 509,02	3 277,25	102,9%
DOM	445 983,12	450 257,91	4 274,79	101,0%
France entière	7 625 786,64	7 633 953,03	8 166,38	100,1%
Service de santé des armées	37 019,69	37 019,70	0,00	100,0%
Total général	7 662 806,34	7 670 972,73	8 166,39	100,1%

EVOLUTION DU POIDS RELATIF DES DOTATIONS REGIONALES MIGAC EN 2012

Tableau 4 (source DGOS)

les montants sont en milliers d'euros

Régions	Base circulaire du 16/03/2012	Poids relatif en début de campagne 2012	Dotations fin de campagne 2012	Poids relatif en fin de campagne 2012	Evolution entre début et fin de campagne (en points)	Rappel poids relatif en début de campagne 2011	Rappel poids relatif en fin de campagne 2011
Alsace	106 037,47	2,84%	206 754,95	2,70%	-0,14	2,72%	2,73%
Aquitaine	169 883,93	4,55%	326 075,43	4,26%	-0,29	4,35%	4,29%
Auvergne	82 551,99	2,21%	154 646,26	2,02%	-0,19	2,13%	2,17%
Bourgogne	95 316,62	2,55%	192 743,95	2,52%	-0,04	2,48%	2,34%
Bretagne	160 688,20	4,30%	292 596,09	3,82%	-0,48	4,10%	3,91%
Centre	146 861,64	3,93%	221 943,48	2,90%	-1,03	3,98%	3,10%
Champagne-Ardenne	95 598,91	2,56%	155 832,66	2,03%	-0,52	2,59%	2,18%
Corse	23 306,54	0,62%	55 515,90	0,72%	0,10	0,66%	0,63%
Franche-Comté	65 400,45	1,75%	125 654,95	1,64%	-0,11	1,77%	1,73%
Ile-de-France	718 948,74	19,24%	1 842 279,44	24,04%	4,80	19,97%	24,09%
Languedoc-Roussillon	116 319,45	3,11%	262 115,79	3,42%	0,31	3,11%	3,44%
Limousin	53 335,97	1,43%	103 767,09	1,35%	-0,07	1,42%	1,31%
Lorraine	127 858,17	3,42%	278 972,36	3,64%	0,22	3,82%	3,54%
Midi-Pyrénées	193 963,96	5,19%	325 713,52	4,25%	-0,94	5,14%	4,24%
Nord-Pas-de-Calais	213 985,11	5,73%	428 582,78	5,59%	-0,13	5,56%	5,88%
Basse-Normandie	88 444,35	2,37%	183 534,96	2,40%	0,03	2,41%	2,12%
Haute-Normandie	111 837,64	2,99%	189 536,09	2,47%	-0,52	2,88%	2,51%
Pays-de-la-Loire	161 803,05	4,33%	323 440,61	4,22%	-0,11	3,71%	4,25%
Picardie	116 037,71	3,11%	177 852,23	2,32%	-0,78	3,05%	2,44%
Poitou-Charentes	99 122,62	2,65%	150 842,67	1,97%	-0,68	2,65%	2,09%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264 502,23	7,08%	543 470,31	7,09%	0,01	7,16%	7,35%
Rhône-Alpes	322 761,84	8,64%	637 932,00	8,33%	-0,31	9,27%	8,93%
France métropolitaine	3 534 566,61	94,60%	7 179 803,53	93,70%	-0,90	94,92%	95,30%
Guadeloupe	38 858,94	1,04%	104 505,83	1,36%	0,32	1,05%	1,14%
Guyane	46 633,60	1,25%	60 445,13	0,79%	-0,46	1,15%	0,71%
Martinique	46 713,40	1,25%	168 800,38	2,20%	0,95	1,08%	1,01%
Réunion	68 179,68	1,82%	112 231,78	1,46%	-0,36	1,75%	1,41%
DOM	200 385,62	5,36%	445 983,12	5,82%	0,46	5,02%	4,27%
France entière	3 734 952,23	99,96%	7 625 786,64	99,52%	-0,44	99,94%	99,57%
Service de santé des armées	1 521,58	0,04%	37 019,69	0,48%	0,44	0,06%	0,43%
Total général	3 736 473,82	100,00%	7 662 806,34	100,00%	0,00	100,00%	100,00%

