

La Dégressivité Tarifaire

I. Pourquoi la dégressivité – La raison d'être de la dégressivité tarifaire

La dégressivité tarifaire est une mesure qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification hospitalière pour réguler les effets dits inflationnistes de la T2A.

La dégressivité tarifaire est un nouveau mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé introduit par l'article 41 de la LFSS 2014 (Art L.162-22-9-2 CSS). L'article L.162-22-9-2 du code de la sécurité sociale permet une minoration des tarifs des établissements de santé lorsque l'activité produite par ces établissements dépasse un seuil dont la valeur est exprimée en taux d'évolution ou en volume d'activité.

« Ce mécanisme est conçu comme un outil visant à apporter plus d'équité vis-à-vis des établissements qui ne contribuent pas à la dynamique d'activité globale alors qu'ils sont soumis à la même régulation des volumes. Cet outil permet donc d'apporter plus d'individualisation dans la régulation des tarifs. »
(Notice technique ATIH sur la dégressivité – n°CIM-MF-1055-6-2015 du 20 octobre 2015)

II. La Position de la FHP-MCO

La FHP-MCO s'est fortement opposée au principe de dégressivité tarifaire, jugeant cette mesure incompréhensible pour trois raisons majeures.

Tout d'abord, ce dispositif est **INUTILE** pour le maintien des grands équilibres macroéconomiques :

- 1° L'ONDAM voté est bien respecté, voire même sous-exécuté pour le secteur de l'hospitalisation privée.
- 2° La mise en place du dispositif de coefficient prudentiel a déjà apporté une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses de l'ONDAM.
=> Les résultats passés montrent qu'il n'est pas utile d'instaurer un 3^{ème} niveau de sécurité pour maintenir le respect de l'ONDAM au niveau macro-économique.
- 3° Le coût et la complexité du dispositif de dégressivité tarifaire envisagé au niveau microéconomique, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont disproportionnés au regard de l'enjeu. Les difficultés d'application entraîneront mécaniquement de nombreux contentieux juridiques, sources de dépenses supplémentaires. Les sommes récupérées au final par le biais de ce dispositif pourraient être dérisoires.

Ensuite, il est **INCOHERENT** avec de nombreuses autres politiques conduites par le gouvernement :

- 1° La politique d'autorisation basée sur la réalisation de seuil minimum d'activité, et recommandée par la Haute Autorité de Santé, invite les établissements de santé à s'organiser pour développer des niveaux d'activité plus importants (cancérologie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, obstétrique, ...).

Le principe de dégressivité tarifaire est contraire au principe de qualité selon lequel « on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup ».

- 2° Les politiques de santé publique conduisent à des augmentations d'activité soit au niveau microéconomique (par concentration des activités sur certains établissements : cancérologie, périnatalité, ...) soit au niveau macroéconomique (développement national des soins palliatifs), et sont en opposition avec un dispositif de dégressivité tarifaire.

- 3° Les politiques incitatives en faveur, par exemple, du développement de la chirurgie ambulatoire sont en totale contradiction avec une telle démarche de financement dégressif.

4° Les politiques régionales de planification menées via les SROS par les A.R.S. visent à concentrer les activités sur certains établissements (pas nécessairement par des regroupements juridiques ni par des transferts d'autorisation, mais également par le biais des filières), ou encore à réduire les taux de fuite sur certains territoires de santé.

Elles conduisent à des augmentations d'activité au niveau microéconomique orchestrées par le planificateur, et sont en opposition avec le principe de dégressivité tarifaire.

5° L'objectif de simplification fixé et réaffirmé par le Président de la République a conduit les différents Ministères, dont le Ministère de la Santé, à remettre en question les réglementations trop compliquées ou redondantes. Ce nouveau dispositif de dégressivité tarifaire, de par sa complexité et sa redondance, s'inscrit en totale contradiction avec la volonté du Président de la République.

Enfin, il est **INEQUITABLE** pour les établissements qui seront financièrement impactés :

1° Il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est implanté sur un territoire attractif en termes de démographie, ou bien parce qu'il est le seul à réaliser telle ou telle activité de soins.

2° Il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est spécialisé dans des domaines où la demande de soins est en forte progression de manière objective (cancérologie, insuffisance rénale chronique, ...). Le rapport charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montre que certaines maladies chroniques progressent jusqu'à 7 % par an.

3° Il n'est pas acceptable de diminuer les tarifs avec l'accroissement de l'activité, lorsque pour l'activité en question les textes réglementaires imposent un alourdissement des frais de fonctionnement en fonction du volume. C'est en particulier le cas en obstétrique et en dialyse, pour lesquelles l'augmentation d'activité impose par le biais des normes des augmentations de personnels, de locaux et d'équipements.

4° Certains établissements peuvent conduire des travaux de restructuration pouvant durer plusieurs années. De fait, l'activité s'en trouve réduite temporairement.

5° Il n'est pas acceptable d'appliquer le dispositif de dégressivité tarifaire sur des activités subissant déjà l'application d'un effet négatif au titre des Tarifs Issus des Coûts (hémodialyse, chimiothérapie,...).

6° Globalement, une baisse tarifaire de 20% au titre de la dégressivité tarifaire constitue sans conteste une vente à perte imposée aux établissements.

III. Le cadre juridique

A ce jour, les textes encadrant ce dispositif sont les suivants:

- L'article L162-22-9-2 et les articles R162-42-1-4 à R162-42-1-8 du code de la sécurité sociale
- Le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire applicable aux établissements de santé prévue à l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale
- L'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale
- L'arrêté du 11 août 2015 fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées
- La Notice technique n° CIM-MF- 1055-6-2015 du 20 octobre 2015

Les dépêches FHP-MCO consacrées à la dégressivité tarifaire :

- Dépêche du 19 janvier 2015 : publication du décret « Dégressivité Tarifaire »
- Dépêche du 12 mars 2015 : publication de l'arrêté fixant les paramètres d'application pour 2015.
- Dépêche du 26 août 2015 : publication de l'arrêté fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées.
- Dépêche du 23 octobre 2015 : publication de la notice technique ATIH

IV. Les modalités de mise en œuvre en 2015 :

Le décret permet plusieurs modèles d'application, ce sont donc les arrêtés qui fixent les paramètres du modèle pour 2015. A titre d'exemple, le décret laisse la possibilité d'exprimer les seuils en taux d'évolution ou en volume d'activité et de les différencier par région. Cette dernière possibilité n'a pas été retenue pour l'application de l'année 2015 et les seuils sont exprimés en taux d'évolution.

Les éléments concernant l'application du mécanisme de dégressivité tarifaire pour 2015 sont :

- **Le périmètre des activités :**
25 racines de GHM sont concernées. Le souhait du Ministère était de cibler des activités en lien avec la pertinence des soins (existence de recommandation HAS)
- **Le seuil de déclenchement :**
Il dépend de la racine et il est exprimé en taux d'évolution pour chaque racine de GHM concernée. Il varie de 5% (ex: la racine 03C14 «Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans ») à 53% (pour la racine 10C13 «Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité »).

Liste des Racines et valeur du seuil par racine :

RACINE de GHM	LIBELLE	VALEUR du seuil
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	13 %
01C15	Libérations du médian au canal carpien	14 %
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans <u>vitrectomie</u>	12 %
03C10 + 03C27 (*)	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, et interventions sur les amygdales, en ambulatoire	5 %
03C14	Drains <u>transtympaniques</u> , âge inférieur à 18 ans	5 %
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	12 %
05C17	Ligatures de veines et éveinages	10 %
05K06	<u>Endoprothèses</u> vasculaires sans infarctus du myocarde	18 %
06C09	Appendicectomies non compliquées	5 %
06K05	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	21 %
07C13	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	9 %
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	14 %
08C24	Prothèses de genou	16 %
08C27	Autres interventions sur le rachis	14 %
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	33 %
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	13 %
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	17 %
10C09	Gastroplasties pour obésité	5 %
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	53 %
11C11	Interventions par voie <u>transurétrale</u> ou transcutanée pour lithiases urinaires	24 %
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire	36 %
11C13	Interventions par voie <u>transurétrale</u> ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	17 %
11K08	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	10 %
14C08	Césariennes pour grossesse unique	5 %
(*) L'activité, à laquelle est appliqué le seuil, est mesurée en additionnant l'activité produite pour chacune de ces deux racines		

- **Mesure de l'activité :**

Conformément aux dispositions du décret, les seuils étant exprimés en taux d'évolution, l'activité produite est mesurée en montants financiers. La notice de l'ATIH précise qu'il s'agit de recettes annuelles théoriques (activités GHS, hors supplément, valorisées à 100% du tarif).

Pour notre secteur, les données d'activité utilisées sont celles transmises par la CNAMTS (et non par l'ATIH). Il s'agit donc des données de facturation provenant des bordereaux S3404 et nos pas des RSF. (À partir du SNIREP pour les établissements ex-OQN, et du PMSI pour les établissements ex-DG).

Etant données les évolutions apportées à chaque campagne tarifaire, l'activité n'est pas directement comparable d'une année sur l'autre. Aussi, des coefficients permettent d'ajuster les recettes antérieures au périmètre de l'année considérée. Les recettes sont corrigées de l'évolution globale des tarifs et du changement de périmètre des tarifs. A titre d'exemple, les tarifs des GHM de la racine 10C09 Gastroplasties pour obésité ont sensiblement augmenté entre 2014 et 2015 du fait de l'intégration de l'anneau gastrique dans les GHS. Les taux de corrections des effets de campagne sont appliqués aux montants de l'activité 2014 pour obtenir un montant de l'activité 2014 au champ 2015, **ces taux sont propres à chaque établissement et à chaque racine.**

- **Quand applique t on la dégressivité tarifaire**

La dégressivité tarifaire est applicable uniquement aux racines ciblées pour lesquelles une hausse de l'activité est constatée en 2014 (hausse du nombre de séjours entre 2013 et 2014).

Le cas échéant, le mécanisme de dégressivité s'applique lorsque le taux d'évolution entre la base de remboursement 2015 et la base de remboursement 2014 corrigée au champ 2015 est supérieur au seuil fixé pour la racine concernée.

- **Minoration tarifaire applicable :**

Le taux de minoration est fixé à 20% et sera appliqué au montant des recettes Assurance Maladie sur l'activité produite au-delà du seuil.

Le coefficient de minoration s'applique à une fraction des recettes de l'assurance maladie.

« Cette fraction est égale au montant issu de l'application aux recettes d'assurance maladie de l'année civile considérée du ratio correspondant à l'écart entre le montant issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année civile considérée et celui issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année précédente majorée de la valeur de ce seuil rapporté au montant issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année civile considérée. »

- **Plancher et plafond de récupération :**

Les sommes dues au titre de la dégressivité, toutes activités confondues, ne donnent pas lieu à récupération en deçà de 15 000 € et ne peuvent excéder 1% des recettes globales assurance maladie de l'établissement.

Il s'agit de sommes globales et non par racine. Ainsi, si l'application du dispositif aboutit à un montant inférieur à 15000€, il n'y aura pas de récupération, si le montant est supérieur à 15000€, il sera du, et ce montant ne peut être supérieur à 1% des recettes globales assurance maladie de l'établissement (GHS, suppléments journaliers, GHT, forfaits D, ATU/FFM, SE).

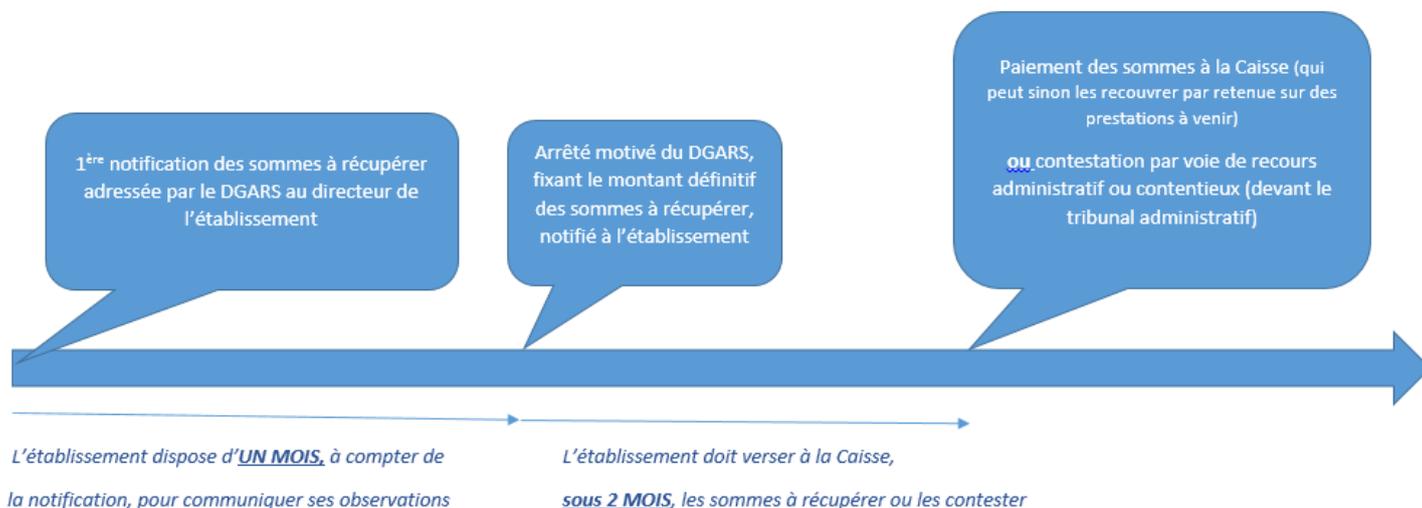
- **Versement :**

Après communication par le DG ARS du montant de la somme due au titre de la dégressivité, l'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire part de ces observations. A l'issue de ce délai, le DG ARS fixe par arrêté motivé le montant définitif des sommes à récupérer, transmet l'arrêté à la caisse et le notifie à l'établissement, qui verse à la caisse les sommes correspondantes aux montants dus dans **un délai de deux mois suivant la notification de l'arrêté.**

En l'absence de ce règlement dans les deux mois, sera effectué un prélèvement à la source sur les paiements dû à l'établissement.

Les différentes étapes d'échanges avec l'ARS :

5



- **Date d'application :**

La première application de ce dispositif concerne l'activité des établissements de santé effectuée au cours de l'année 2015. Toutefois, l'activité des établissements de santé au titre d'années antérieures est prise en compte. Les montants des sommes dues par établissement résultant de l'application des coefficients de minoration sont déterminés sur la base des données disponibles au 15 mai de l'année suivant l'année civile considérée, soit pour la première année d'application les données 2015 au 15 mai 2016.

Enfin, quelques garde-fous existent :

- « La minoration des tarifs [...] ne s'applique pas aux établissements bénéficiant d'une nouvelle autorisation [...] entrant dans le champ des prestations concernées, délivrée pendant l'exercice considéré et les deux années précédentes. »
- Dans le cas d'un seuil fixé en taux d'évolution, comme c'est le cas pour 2015, « la minoration ne s'applique pas sur la ou les prestations pour lesquelles il est constaté une baisse d'activité l'année précédant l'année civile considérée. »
- « Afin de neutraliser l'effet d'un regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, l'activité produite antérieurement au regroupement est mesurée à partir de la somme des données issues des activités regroupées dans le champ des prestations concernées ».

V. Dans les faits : Quelle vérification possible ?

L'éligibilité de la racine à la dégressivité tarifaire se mesure en nombre de séjours entre 2013 et 2014, et en base de remboursement au champ tarifaire 2015 entre 2014 et 2015 : si pour une racine, on constate une baisse d'activité (en nombre de séjours) entre 2013 et 2014, la racine n'est pas éligible, si on constate une évolution en activité valorisée entre 2014 et 2015 inférieure au seuil fixé pour la racine considérée, cette racine n'est pas éligible.

L'activité est mesurée en « recettes annuelles théoriques (activités GHS, hors suppléments, valorisées à 100% du tarif) ». Le coefficient géographique est pris en compte ainsi que les exb ou exh. Ne sont pas pris en compte, le coefficient prudentiel, les suppléments, la liste en sus

Plusieurs étapes par racine de GHM pour procéder à la vérification :

- Vérifier l'éligibilité de la racine à la dégressivité :
Le 1^{er} critère est l'évolution du nombre de séjours entre 2013 et 2014. Si l'évolution du nombre de séjours 2013-2014 est négative, la racine n'est pas éligible.
- Mesure de l'activité 2014 valorisée au champ 2015 :
On distingue l'activité de janvier et février 2014, qui est donc valorisée aux tarifs et avec la classification 2013, à l'activité de mars à décembre 2014, qui est valorisée aux tarifs et avec la classification 2014. Ainsi 2 taux de corrections différents sont à appliquer : l'activité de janv-février 2014 est mise au champ de l'activité de jan-fev 2015 (CT 2014) et l'activité de mars-décembre 2014 est mise au champ de l'activité de mars-décembre 2015 (CT 2015).

Ces taux sont propres à chaque racine et diffèrent d'un établissement à un autre. Ils vous ont été communiqués par l'ATIH via la plateforme transfert. Cette différenciation des taux par racine entre établissements de santé s'expliquent par une différence du case-mix entre les différents niveaux (niveau J, 1, 2, 3 et 4).
- Calcul du montant de déclenchement de la dégressivité tarifaire
Pour chaque racine, il faut calculer le montant 2015 à partir duquel la dégressivité tarifaire s'appliquera : il s'agit du montant 2014 « corrigé » majoré de la valeur du seuil fixé pour cette racine.

Si le Seuil de déclenchement : S
⇒ Montant de déclenchement : $E = M \times (1 + S)$

Si le montant issu de la valorisation de l'activité produite en 2015 est supérieur à E, alors la racine est impactée.
- Part à laquelle s'applique la minoration
(Montant issu de la valorisation de l'activité produite en 2015 – E) / Montant issu de la valorisation de l'activité produite en 2015
- Montant à récupérer
Recettes assurance maladie 2015 * Part à laquelle s'applique la minoration * taux de minoration (20%)

Exemple illustré page 8

VI. Voies de recours sur la dégressivité tarifaire

Les établissements qui souhaitent contester le montant des sommes à récupérer au titre de la dégressivité tarifaire peuvent contester l'arrêté du Directeur Général de l'Agence régionale de santé (DGARS).

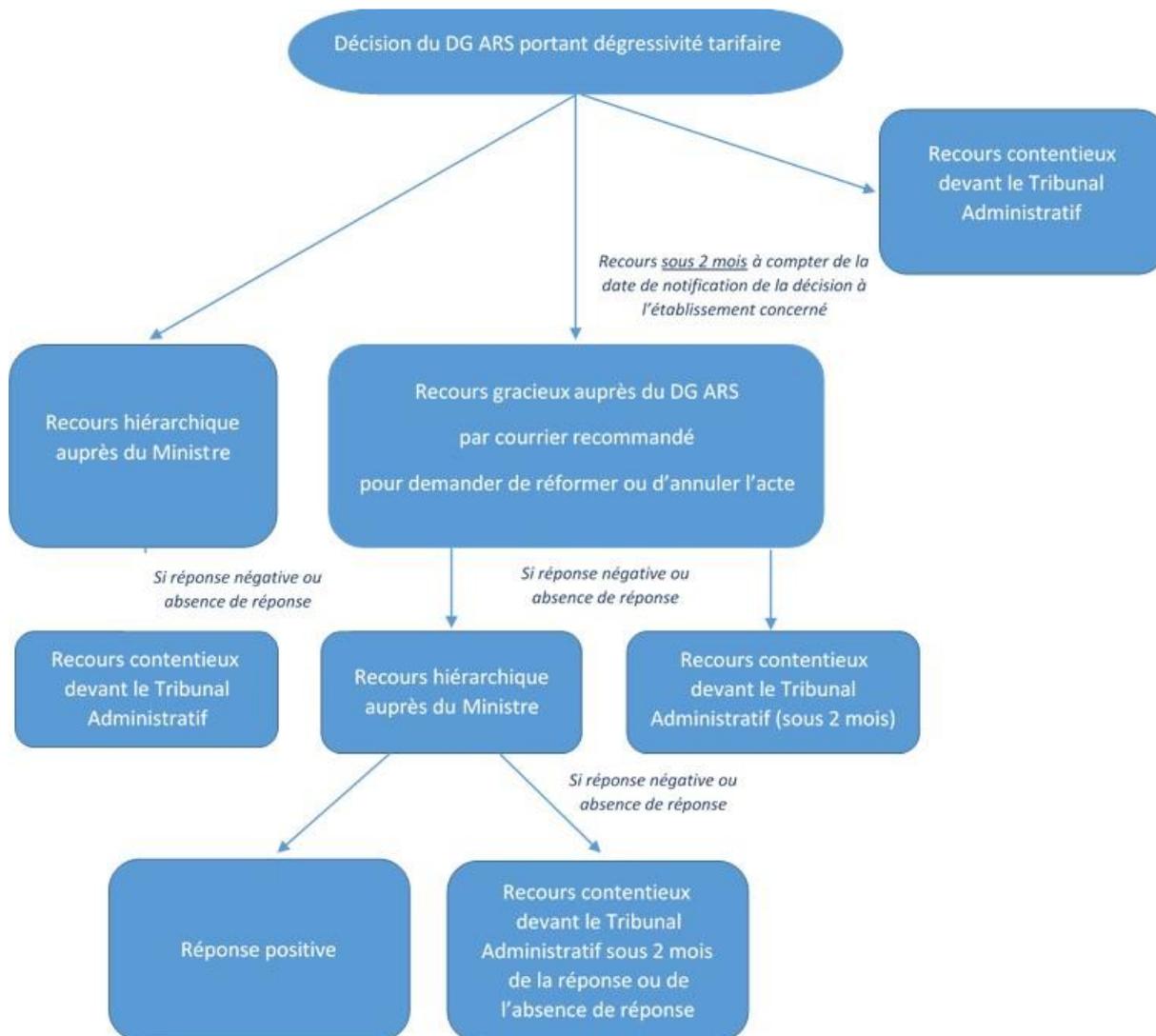
Ils disposent pour ce faire de plusieurs possibilités :

- Soit engager un recours gracieux dans les 2 mois à compter de la notification de la décision du directeur d'Agence. Ce recours administratif est adressé à l'auteur de l'acte, c'est-à-dire au directeur d'ARS lui-même afin qu'il reprenne sa décision. Il y a cependant peu de chances que le DGARS revienne sur sa décision s'il ne l'a pas fait auparavant.
- Soit engager un recours hiérarchique auprès de la Ministre de la Santé, dans les 2 mois à compter de la notification de la décision du directeur d'Agence, pour qu'elle revienne sur cette décision et en prenne une qui soit plus favorable à l'établissement.

- Soit, voire simultanément au recours gracieux, engager un recours contentieux devant le Tribunal administratif. Ce recours devra être introduit, de la même façon que les autres recours, dans les 2 mois à compter de la notification de la décision du directeur d'Agence.

Le schéma ci-dessous reprend ces étapes et vous permet de retrouver ces différentes voies de recours.

Schéma des Recours Administratifs



La FHP-MCO est à votre disposition pour tout renseignement

NB : Nous ne disposons ni de la base PMSI 2015, ni des taux de correction (coefficient de correction par racine et par établissement)

Exemple illustré pour le calcul du montant à récupérer au titre de la dégressivité tarifaire 2015 :

Racine 05C17 Ligatures de veines et éveinages ou 11K08 Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire dont le seuil est fixé à 10%
Taux de minoration : 20% (arrêté 2015)

	Montant valorisation de l'activité janvier-février 2014 : A	Taux de correction des effets de campagne 2013/2014 : C	Montant valorisation de l'activité mars-déc.2014 : B	Taux de correction des effets de campagne 2014/2015 : D	Montant 2014 corrigé M = A x (1 + C) + B x (1 + D)	Seuil de déclenchement pour la racine (en %)	Montant de déclenchement : E = M x (1 + S)	Montant valorisation de l'activité 2015	Part à laquelle s'applique la minoration	Recettes assurance maladie 2015	Montant à récupérer
exemple 1	80 000	-6,35%	420 000	-1,42%	488 949	10,00%	537 844	605 000	11,10%	574 750	12 760
exemple 2	80 000	0,10%	420 000	0,10%	500 500	10,00%	550 550	605 000	9,00%	574 750	10 346

Montant issu de la valorisation de l'activité produite au titre de janvier-février 2014 : A

Taux de correction des effets de campagne 2013/2014 : C

Montant issu de la valorisation de l'activité produite au titre de mars-décembre 2014 : B

Taux de correction des effets de campagne 2014/2015 : D

⇒ Montant 2014 corrigé (mis au champ 2015) : M = A x (1 + C) + B x (1 + D)