

Paris, le 7 juillet 2016

Note d'information

Mise en œuvre du mécanisme de dégressivité tarifaire 2015

L'objet de cette notice est de rappeler les principes de la dégressivité tarifaire, ses modalités d'application, le calendrier de mise en œuvre 2016 pour les données d'activité 2015 ainsi que les modalités de calcul des montants à récupérer. Elle se décline selon le plan suivant.

- 1. Les principes de la dégressivité tarifaire**
 - a. Rappel du mécanisme**
 - b. Les paramètres 2015**
 - c. Les règles d'exclusion et traitement particuliers prévus par le DCE**
- 2. Le calendrier de mise en œuvre**
- 3. Les modalités de calcul des montants à récupérer**

Pour toute question technique vous pouvez écrire à l'adresse : campagnemco@atih.sante.fr
Pour une question réglementaire ou de calendrier vous pouvez écrire à l'adresse :
DGOS-DEGRESSIVITE@sante.gouv.fr

1- Les principes de la dégressivité tarifaire

a. Rappel du mécanisme

Le mécanisme de dégressivité tarifaire consiste à appliquer un taux de minoration sur l'activité réalisée au delà d'un seuil fixé en début de campagne. Il est conçu comme un outil de régulation prix-volume visant à apporter plus d'équité entre les établissements de santé. En effet, les établissements qui ne contribuent pas à la dynamique d'activité globale sont néanmoins soumis aux évolutions tarifaires dans le cadre de la régulation nationale du volume. Cet outil permet donc d'apporter plus d'individualisation dans la régulation prix/volume.

Le mécanisme peut s'appliquer de façon globale sur l'ensemble de l'activité hospitalière ou de façon ciblée sur certaines activités. Le seuil au-delà duquel le mécanisme s'applique ainsi que le niveau de minoration des tarifs sont fixés par l'Etat.

L'activité est mesurée en base de remboursement, sur les GHS, hors suppléments. Afin d'assurer une comparaison entre les niveaux de recettes entre l'année en cours et l'année précédente, il est tenu compte de l'impact des changements de périmètres des tarifs ainsi que des évolutions tarifaires.

Les sommes à récupérer sont calculées sur la base des recettes Assurances maladie. En effet, pour chaque GHM, la fraction correspondant au dépassement du seuil observé sur la base de remboursement est appliquée aux recettes Assurance maladie de l'établissement pour la même activité. Un coefficient de minoration de 20% est appliqué à cette fraction des recettes. Le montant total à récupérer correspondant à la somme de la minoration tarifaire appliquée à l'activité produite au-delà du seuil pour chacune des activités ciblées.

Les sommes globales dues ne pourront être supérieures à 1% des recettes assurance maladie de l'établissement afférentes aux tarifs nationaux (GHS, suppléments journaliers, GHT, forfaits D, ATU/FFM, SE). De plus, il n'y aura pas de récupération lorsque le montant total des sommes à récupérer sera inférieur à 15.000 €.

b. Les paramètres 2015

Le mécanisme s'applique pour l'année 2015 de façon ciblée sur certaines activités. Ces 24 activités sont issues du programme national de gestion du risque consacré à l'amélioration de la pertinence des soins. Les seuils de déclenchement sont exprimés en taux d'évolution. Ils prennent en compte l'évolution de ces activités sur les deux années antérieures. Ils sont donc différenciés par activité. La liste des activités ciblées ainsi que des seuils sont précisés en annexe, ainsi que dans l'arrêté du 4 mars 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. Le taux de minoration des tarifs appliqué à l'activité réalisée au-delà desdits seuils est de 20%.

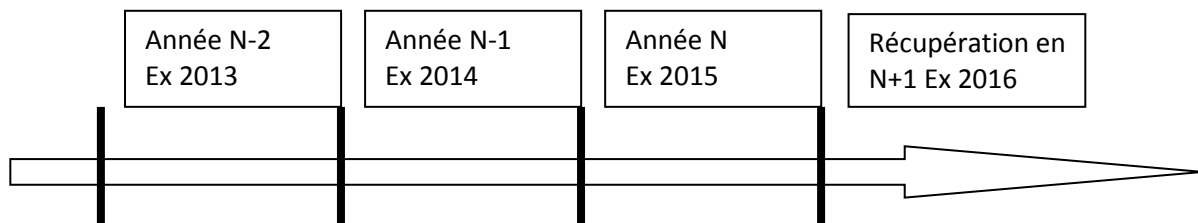
Pour mémoire, les paramètres 2016 sont identiques.

c. Les règles d'exclusion et traitements particuliers

Le décret en conseil d'Etat a prévu la prise en compte de certaines circonstances particulières détaillées ci-dessous. L'Agence régionale de santé devra être particulièrement vigilante à l'identification de ces situations et les communiquer à l'ATIHI pour leur prise en compte dans la détermination des montants à récupérer.

- **Les cas d'exclusion du dispositif (création, nouvelle autorisation, baisse d'activité)**

Pour appliquer la dégressivité tarifaire, il est nécessaire de disposer des données d'activités sur trois années pleines.



⇒ Création d'un établissement :

La création est entendue comme une création sèche d'un établissement, mais aussi comme la fusion entre deux ou plusieurs établissements dès lors qu'elle donne naissance à un nouvel établissement bénéficiant d'un nouveau FINESS juridique. En revanche, si la fusion consiste dans l'absorption d'un établissement par un autre, elle sera traitée comme un regroupement.

En cas de création d'un établissement, la dégressivité tarifaire ne s'applique pas au nouvel établissement l'année de sa création et les deux années suivantes.

⇒ Nouvelle autorisation :

En cas de nouvelle autorisation, la minoration tarifaire ne s'applique pas aux racines correspondant à l'autorisation et ceci pendant 3 ans (soit l'année d'octroi de celle-ci et les deux années suivantes). La date à prendre en compte est celle de la déclaration par l'établissement de la mise en œuvre de l'autorisation.

En revanche, la minoration s'applique aux racines non concernées par la nouvelle autorisation.

Exemple : Disparition d'un GCS et attribution de ses autorisations de chirurgie à un CH : Si le CH ne bénéficiait pas de ces autorisations auparavant, il bénéficie de l'exclusion pour une durée de 3 ans pour les racines concernées.

⇒ Baisse d'activité :

Sont exclues de la dégressivité tarifaire les racines concernées, l'année antérieure, par une baisse d'activité en nombre de séjours dès lors que les seuils ont été fixés en taux d'évolution comme c'est le

cas pour 2015. Par exemple, s'il est constaté une baisse du nombre de séjours pour la racine 08C24 « Prothèses de genou » pour un établissement entre 2013 et 2014, cette racine ne sera pas concernée par la dégressivité en 2015.

- **Les cas de regroupement ou transfert d'activité**

Le terme « regroupement » englobe les cas de transfert total ou partiel de l'activité d'un ES vers un autres ES. Ainsi, en cas de fermeture d'un ES avec transfert total de son activité vers un autre ES, déjà titulaire de l'autorisation, l'activité de l'ES fermé sera intégrée à l'activité de l'ES bénéficiant du transfert.

Aussi, afin de neutraliser l'effet d'un tel regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, il est procédé à la somme des données issues des activités produites antérieurement au regroupement pour les comparer aux données des activités regroupées dans le champ des prestations concernées.

Exemple : Fermeture d'une maternité et transfert de son activité vers un autre établissement de santé. L'établissement est éligible à la dégressivité tarifaire mais l'effet du transfert est neutralisé, en sommant son activité d'obstétrique avec celle produite par la maternité avant sa fermeture.

En revanche, si l'ES bénéficiant du transfert n'était pas auparavant titulaire de l'autorisation, ce cas est traité comme une nouvelle autorisation, et non comme un regroupement.

⇒ Transfert partiel :

En cas de transfert d'une partie de l'activité soumise à autorisation mais avec maintien de l'autorisation et de l'exercice de l'activité, aucun traitement particulier ne pourra être opéré. Aucun traitement ne sera aussi opéré en cas de transfert d'une activité vers plusieurs sites dès lors que la part transférée de l'activité ne peut être précisément quantifiée.

Exemple : Fermeture d'une clinique pouvant occasionner une hausse d'activité pour les établissements situés sur le territoire. Cette situation, qui n'a pas donné lieu au transfert de l'activité vers un établissement précisément identifié, ne peut être prise en compte pour l'application de la dégressivité, sauf à ce que l'ARS soit en mesure d'identifier avec précision la part de l'activité transférée à chacun des établissements.

Pour la prise en compte de ces situations (regroupement/transfert), tout transfert d'activité entre établissements devra être recensé dans l'outil FINISS et ARGHOS, sous réserve de l'adaptation dudit outil (des développements sont à prévoir pour permettre un suivi des recompositions), en précisant s'il concerne tout ou partie de l'activité de l'établissement, à quelle date il a été effectif, vers quel(s) établissement (s) il a eu lieu, et si celui-ci(ceux-ci) était (étaient) déjà détenteur(s) d'une autorisation pour l'activité concernée.

2- Le calendrier de mise en œuvre

La figure1 présente les différentes étapes de la procédure et les acteurs responsables. Trois grandes périodes sont identifiées :

- **Juillet** : sur la base d'un fichier « provisoire » des montants à récupérer, un temps d'échanges est prévu entre les ARS, l'ATIH et la DGOS pour identifier les traitements particuliers nécessaires qui n'auraient pas encore été remontés à ce stade. Dans cette hypothèse, l'ARS en informe l'ATIH et la DGOS par courriel via les adresses campagneMCO@atih.sante.fr et DGOS-degressivite@sante.gouv.fr. Une fois ce travail de vérification effectué, le fichier définitif des montants à récupérer sera communiqué aux ARS.
- **Aout / septembre** : sur la base du fichier « définitif », l'ARS notifie aux établissements de santé le projet d'arrêté fixant le montant des sommes à récupérer qu'elle envisage d'adopter. Ce projet reprend en annexe l'ensemble des éléments nécessaires au calcul du montant à récupérer (cf. point 3). L'envoi de cet arrêté enclenche la période contradictoire avec les établissements. Ceux-ci pourront présenter, dans un délai d'un mois minimum, leurs observations aussi bien sur les modalités de calcul que sur la prise en compte des recompositions mentionnées au 1.b de cette notice. En fonction des contraintes de l'établissement en raison de la période estivale, le délai d'un mois peut être prolongé. En effet, l'arrêté du DGARS fixant le montant définitif des sommes à récupérer peut être pris jusqu'à fin septembre au plus tard. Le respect de cette date permettra de procéder à la récupération des sommes en 2016, tout en laissant la possibilité de lisser sur plusieurs mois si nécessaire la récupération afin de limiter l'impact de celui-ci sur la trésorerie des établissements.

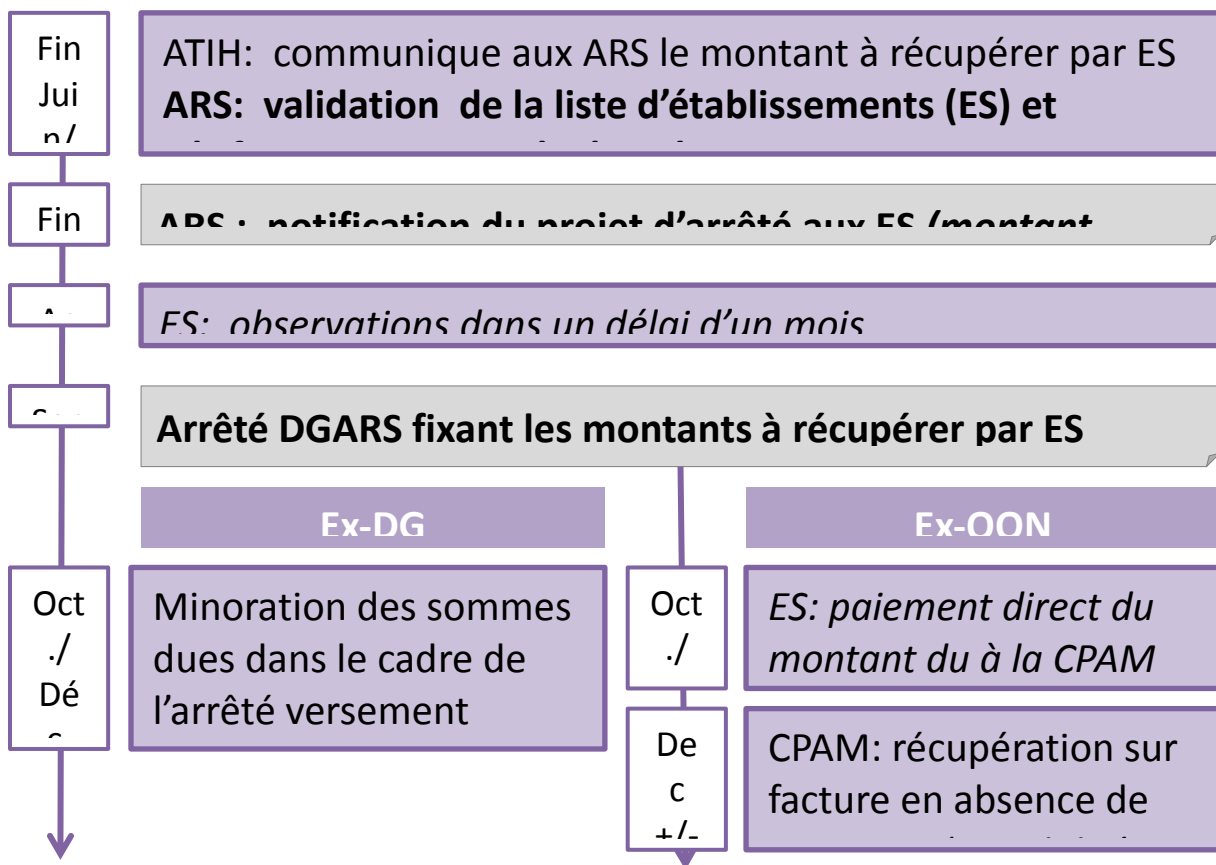
Parmi les observations faites par les établissements, seules pourront être prises en compte celles relatives à des erreurs de calcul ou à la non prise en compte d'un cas d'exclusion ou de regroupement d'activité (cf. cas détaillé au point 1.b). En effet, juridiquement les paramètres de la dégressivité tarifaire étant fixés au niveau national, le DGARS n'a pas la possibilité de diminuer le montant à récupérer pour des motifs autres : situations financières de l'établissement, recrutement de médecin par l'établissement...

Toute différence de montant constatée avant et après la phase d'observations de l'établissement devra donc être argumentée auprès du niveau national.

- **Dernier trimestre 2016** : cette période est consacrée à la récupération des sommes dues au titre de dégressivité. Cette récupération est faite selon des modalités différenciées en fonction des secteurs. Pour le secteur ex-DG, elle sera faite directement par une identification du montant à déduire (préalablement intégrée dans e-pmsi) dans l'arrêté versement. Pour le secteur ex-OQN, la récupération s'effectue dans un délai de deux mois par un paiement direct de l'établissement à sa CPAM et, à défaut de paiement de tout ou partie des sommes dans ce délai, par récupération sur les factures. Pour les deux secteurs, en fonction des sommes en jeu, une possibilité de lissage sur plusieurs mois (ou factures) des sommes est toutefois autorisée.

Un nouveau cycle d'échanges sur l'application de la dégressivité tarifaire 2015 aura lieu selon un calendrier similaire en 2017. En effet, les calculs seront mis à jour avec les données 2015 complétées des remontées via LAMDA en 2016, pour le secteur ex-DG et des facturations tardives au fil des transmissions, pour le secteur ex-OQN.

Figure 1 calendrier de mise en œuvre précisant les étapes en 2016 de l'application de la dégressivité tarifaire au titre de l'activité 2015



3- Les modalités de calcul des montants à récupérer

Le calcul des montants à récupérer se fait en 5 étapes. Une étape préliminaire est toutefois nécessaire pour avoir les données par établissements suivant leurs finess en vigueur en 2015. Les 5 étapes sont les suivantes :

- ✓ **Eligibilité de chaque racine par établissement**
- ✓ **Calcul du seuil de déclenchement par racine**
- ✓ **Comparaison au seuil de déclenchement par racine**
- ✓ **Calcul de la récupération par racine**
- ✓ **Calcul de la récupération globale**

Pour plus de lisibilité, chacune des étapes est détaillée. De plus, à chaque paramètre une lettre a été attribuée afin d'explicitier au maximum les calculs. Cette notation est reprise dans cette note entre parenthèse et en orange.

En annexe, les colonnes du fichier excel correspondant à chaque étape sont présentées.

Etape 0 : Périmètre des établissements

Cette étape permet d'appliquer les règles précisées au 1.C de la note, à la fois les cas exclusions et de regroupement ou transfert.

Etape 1 : Eligibilité de chaque racine par établissement

A cette étape **l'unité de mesure est le nombre de séjours**. Les calculs sont réalisés par racine.

Pour être éligible à la dégressivité tarifaire sur une racine, l'évolution en nombre de séjours entre les années 2013 et 2014 doit être positive.

La classification a évolué au 1^{er} mars 2013. La racine libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels (01C13) a été scindée en deux la racine 01C14 (Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien) et la racine 01C15 (Libérations du médian au canal carpien). De même, la racine 01C05 (Interventions transurétrales ou par voie transcutané) a été divisée en trois : 11C11 (Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires), 11C12 (Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire), 11C13 (Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques). Ainsi, pour ne pas introduire de biais, l'évolution en nombre de séjours entre 2013 et 2014 de ces racines est calculée pour des périodes de mars à décembre.

Pour ce calcul, les effectifs 2013 et 2014 ont été mis à jour des remontées LAMDA¹ effectuées en 2014 et en 2015 pour le secteur ex-DG et des facturations tardives au fils des transmissions pour le secteur ex-OQN. Ces données sont donc plus exhaustives que celles de l'envoi de novembre 2015.

Etape 2 : Calcul du seuil de déclenchement par racine

A cette étape **l'unité de mesure est la base de remboursement**. Les calculs sont réalisés par racine.

Cette étape consiste à calculer le seuil de déclenchement de la dégressivité tarifaire par racine.

Dans un premier temps, le montant 2014 est corrigé des effets de périmètre des campagnes 2014 et 2015. Cette correction s'effectue par racine et par période. En effet, afin de rendre 2014 et 2015 comparables : janvier février 2014 est corrigé pour être sur le champ de la campagne 2014, et mars à décembre 2014 l'est pour être sur le champ que la campagne 2015.

¹ Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité

Montant base de remboursement 2014 corrigé (E) = base de remboursement
janv.-févr. 2014 (A) * (1+taux de correction 2013/2014 (C)) + base de
remboursement mars-déc. 2014 (B) * (1+taux de correction 2014/2015 (D))

Le montant du seuil de déclenchement est ensuite obtenu en multipliant le montant corrigé en 2014 par le taux seuil de la racine.

Montant 2015 du seuil de déclenchement (G) = montant base de remboursement
corrigé 2014 (E) * (1+ seuil (F) (en %))

Les données 2014 contiennent les données transmises via LAMDA en 2015 pour le secteur ex-DG.
Pour le secteur ex-OQN, les facturations tardives au fils de l'eau sont également ajoutées.

Etape 3 : Comparaison au seuil de déclenchement par racine

A cette étape **l'unité de mesure est la base de remboursement**. Les calculs sont réalisés par racine.

Cette étape peut être réalisée à partir des résultats en montant ou en taux d'évolution.

La dégressivité tarifaire s'applique si

- en montant :

si base de remboursement 2015 (H) > montant du seuil de déclenchement 2015 (G)

- en taux :

Il convient dans un premier temps de mesurer l'évolution entre la base de remboursement 2015 et celle de 2014 corrigée des effets de périmètres. Cette évolution est ensuite comparée au taux seuil de l'arrêté.

Taux d'évolution base de remboursement corrigé 2014 – 2015 (I)
$$= \frac{\text{base de remboursement 2015 (H)} - \text{montant base de remboursement corrigé 2014 (E)}}{\text{montant base de remboursement corrigé 2014 (E)}}$$

si évolution base de remboursement corrigé 2014/ 2015 (I) > seuil (F) (en %)

Etape 4 : Calcul de la récupération par racine

A cette étape **l'unité de mesure est la recette Assurance Maladie**. Les calculs sont réalisés par racine.

En premier lieu il convient de calculer la fraction des recettes Assurance Maladie à laquelle s'applique la minoration :

$$\text{Fraction des recettes AM 2015 (K)} \\ = \frac{\text{base de remboursement 2015 (H)} - \text{montant du seuil de déclenchement 2015 (G)}}{\text{montant du seuil de déclenchement 2015 (G)}}$$

Ensuite cette fraction est appliquée aux recettes Assurances Maladie 2015 de la racine et cette part est minorée de 20%.

Montant 2015 à récupérer par racine (L) = Recette Assurance Maladie 2015 (J) * fraction des recettes AM 2015 (K) * taux de minoration 20%

Etape 5 : Calcul de la récupération globale

A cette étape l'unité de mesure est la recette Assurance Maladie. Les calculs sont réalisés par établissement.

Cette dernière étape consiste à sommer les récupérations par racine pour un établissement.

Une fois les récupérations par racine sommées deux principes doivent être vérifiés :

Le montant global à récupérer doit être au minimum de 15 000€ et être inférieur à 1% des recettes Assurance maladie 2015 afférentes aux tarifs nationaux (GHS, suppléments journaliers, GHT, forfait D, ATU/FFM, SE)

Ces résultats sont provisoires et valables jusqu'au 2017. En 2017, ces calculs seront mis à jour avec les données 2015 complétées des remontées via LAMDA en 2016, pour le secteur ex-DG et des facturations tardives au fil des transmissions, pour le secteur ex-OQN.

Annexe Liste des racines et des seuils retenus pour l'application 2015

Racine de GHM	Libellé	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 vitrectomie	12%
03C10+03C27*	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans Et Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	5%
03C14	Drains transtympaniques, 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	Endoprothèses 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 transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	24%
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire	36%
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	17%
11K08	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	10%
14C08	Césariennes pour grossesse unique	5%