

# Présentation de la campagne tarifaire 2016

10ème club des médecins DIM FHP  
31 mars 2016

# Construction campagne MCO 2016 et utilisation des TICs

# Les axes principaux de la campagne

La campagne tarifaire MCO 2016 s'inscrit dans la **continuité de la politique tarifaire menée en 2014 et 2015** mais elle traduit également la **mise en œuvre de la deuxième tranche du plan triennal d'économies** pour la période 2015-2017.

Elle repose sur 2 axes principaux :

- 1. La mobilisation des leviers tarifaires au profit du virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement :**
  - ➔ Déclinaison du **plan triennal d'économies sur le virage ambulatoire (médecine, chirurgie et IRC)** et soutien aux prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que **la dialyse hors centre et l'hospitalisation à domicile.**
- 2. La poursuite de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire**

## Principes :

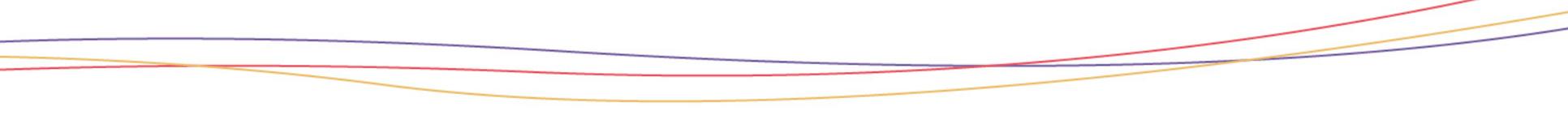
Identiques à ceux de 2015, à savoir :

### → 2 étapes pour la fixation des tarifs :

1. Prise en compte des mesures modifiant le périmètre des tarifs (étape 1)
2. Modulations tarifaires (CA/dialyse/médecine/réduction des financements extrêmes) (étape 2)



**Etape2:** Utilisation de l'étude rapport coût/tarifs 2015 ainsi que de l'indicateur de fiabilité des TIC (ATIH)



# Etape 1

# Changement de périmètre des tarifs

# Etape 1 : Changement de périmètre des tarifs

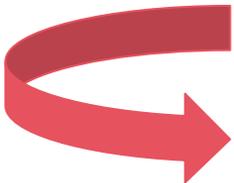
## Changements de classification : Mise en place de la V2016

### Création de GHS dédoublés :

- FFR → GHS majoré pour financer les surcoûts associés à la technique de mesure de la fraction du flux de réserve coronarienne
- Rétine + cataracte → GHS majoré pour les prises en charges en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte
- Avastin → GHS minoré pour les prises en charge donnant lieu à l'injection d'AVASTIN® dans le cadre de la DMLA

### Gestion de la liste en sus :

- **Les réintégrations dans les tarifs :**
  - 1 radiation **DMI** : Implant exo vasculaire de gainage
  - 2 radiations **MO** (dès publication du DCE) : Flolan et Zavedos
- **Les débasages des tarifs :**
  - 2 **MO** : Javlor et Alfalastin suite à l'arrêt du CE du 17 juin 2015



**Des tarifs 2016 non directement comparables aux tarifs 2015**

## Etape 2

# Les modulations tarifaires

Rappel : principe de limitation des effets revenus.

Les tarifs ne peuvent pas diminuer de plus de 15% du tarif moyen observé en 2015

# Principe des TIC

- **Principe** : mesurer l'adéquation entre les recettes actuelles et les recettes qui seraient perçues dans le cas où les tarifs respecteraient strictement la hiérarchie des coûts
- Pour chaque GHM comparaison entre le niveau **des recettes tarifs** versus **des recettes tarifs issus des coûts**

Effet inéluctable de distorsion liée à une mesure de campagne

- Méthodologie en 3 étapes :
  - Etape 1 : Estimer des coûts dont le périmètre est le plus proche possible de celui des tarifs
    - ➔ **Ajustement au champ tarifaire**
  - Etape 2 : Construction d'une échelle des coûts pluriannuelle
    - ➔ **Renforcement de la mesure de l'estimation**
  - Etape 2 : Ajustement de l'échelle des coûts à la masse tarifaire
    - ➔ **L'échelle de coûts distribue la même masse que l'échelle tarifaire**

## Périmètre : TIC V2016

- Le TIC est calculé pour les GHM dont le coût est jugé comme « robuste » :
  - Au minimum au moins 30 séjours dans l'ENC

	secteur ex OQN	
	GHM dont l'effectif ENC est suffisant	Part des GHM dont l'effectif ENC est suffisant
<b>Nombre de GHM</b>	929	38.9%
<b>Nombre de séjours nationaux en milliers</b>	9 167	97.6%
<b>Masse tarifaire (en M€)</b>	7 168	94.8%

Les calculs sont possibles sur 39% des GHM mais qui représentent 95% de la masse tarifaire du secteur ex OQN

# Indicateur de fiabilité

## Contexte

---

- Consensus sur la référence pour les modulations tarifaires : **le Tarif Issu des coûts** (TIC)
- Sous réserve de travaux permettant d'élaborer une grille de lecture sur la fiabilité des TIC
  - Critiques sur la mesure du TIC par les acteurs sur certaines activités
- Mise en place par l'ATIH d'un indicateur de fiabilité en concertation avec les fédérations composé de 3 axes
  - Faiblesse de l'échantillon
  - La méthodologie ENC
    - Respect des consignes de la part des établissements
    - Problèmes liés à la méthodologie de l'ENC
  - Tendance et évolution des pratiques

# Chirurgie

La construction de l'ONDAM hospitalier 2016 intègre **des mesures d'économies au titre de la chirurgie à hauteur de 160M€**, correspondant à la deuxième tranche du plan ONDAM 2015-2017 représentant 400M€ sur 3 ans.

La construction des tarifs portant sur des valorisations en dépenses encadrées sur 12 mois (mars 2016 à février 2017), il convient donc en construction d'intégrer **187M€ d'économies** afin de générer **160M€ sur 2016**, en tenant de l'effet report de la campagne précédente.

Comme en 2015, cet effort d'économies est **réparti entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle**.

La politique tarifaire mise en œuvre pour la campagne 2016 tient compte, comme en 2015, des recommandations du rapport IGAS-IGF sur le développement de la chirurgie ambulatoire :

- **Maintien de l'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire par le biais des tarifs uniques (TU)**
  - **Poursuite de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire** avec un rapprochement progressif des TU vers les TIC
- ➔ Le scénario tarifaire retenu pour la campagne 2016 s'inscrit dans une perspective d'évolution des tarifs uniques au fur et à mesure du développement de la chirurgie ambulatoire : **poursuite du chemin vers la neutralité tarifaire de façon différenciée au regard des taux de chirurgie ambulatoire observés.**
- ➔ Les économies ciblées sur la chirurgie sont ainsi réalisées de manière à **accompagner la diminution progressive des coûts de fonctionnement des établissements de santé** du fait du développement de la chirurgie ambulatoire et de l'évolution des organisations.

- Au préalable, **actualisation des classes de TU** avec les taux de chirurgie ambulatoire observés en 2015.
- **Mise en œuvre du scénario cible IGAS-IGF :**
  - Classe 1 → TIC du J
  - Classe 2 → TIC moyen pondéré par le taux cible **MAP 2017**
  - Classe 3 → TIC moyen pondéré par le taux observé
  - Classe 4 → TIC du niveau 1
- **Pour la classe 2, la prise en compte du taux cible MAP 2017 permet d'atténuer l'effort réalisé en 2016 sur la chirurgie ambulatoire**
- Pas de hausse tarifaire afin de privilégier la stabilité des tarifs par anticipation des gains d'efficience tenant compte du développement de la CA.
- **Fin du TU pour le 22C02** « brûlures non étendues avec greffe cutanée ». Des travaux complémentaires seront menés en 2016 pour identifier les évolutions nécessaires pour les GHM présentant des caractéristiques similaires.

# Chirurgie conventionnelle

- Les économies sur la chirurgie conventionnelle sont réalisées en articulant les tarifs des GHM **sur financés** avec la neutralité tarifaire.
  - Comme en 2015, **les GHM de chirurgie de niveau 4**, pour lesquels le potentiel de transférabilité est quasi nul, **sont exclus de l'effort d'économie** → Ils sont pris en compte dans le cadre de la modulation au titre des « extrêmes ».
  - En revanche, en 2016, **les GHM de chirurgie de niveau 1 des racines sans J** qui, jusqu'à ce jour, n'ont pas été mis à contribution, **sont intégrés à l'effort d'économies**.
  - Comme l'année dernière, les activités dites « spécifiques » (activités lourdes et cancer) sont exclues du périmètre
- ➔ L'effort d'économies est donc réparti sur les **GHM de niveau 1 sans J, 2 et 3** (hors activités spécifiques) **sur financés** et dont le **TIC est qualifié de bon ou correct** au regard de l'indicateur de fiabilité développé par l'ATIH.

# Chirurgie conventionnelle

## L'effort d'économies est atténué pour :

- Les GHM de niveau 1 sans J, qui sont pris en compte pour la première fois
- Les GHM de niveau 3, dont le potentiel de transférabilité est plus limité

## Modulations mises en œuvre :

- **Pour les GHM de niveau 1 sans J :**

- les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct » voient leurs tarifs faire **51%** du chemin vers les TIC

- **Pour les GHM de niveau 2 :**

- les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct » voient leurs tarifs **mis au niveau du TIC**

- **Pour les GHM de niveau 3 :**

- les GHM ayant un TIC « bon » voient leurs tarifs **mis au niveau du TIC**
- les GHM ayant un TIC « correct » voient leurs tarifs faire **80%** du chemin vers les TIC

Modulations (en M€)	Détail	Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN	TOTAL
Chirurgie ambulatoire (CA)	Classe 1	-4,75	-15,8	-20,55
	Classe 2	-13,53	-19,2	-32,73
	Classe 3	-18	-44,4	-62,4
	Classe 4	-2	-0,8	-2,8
<b>TOTAL CA</b>		<b>-38,28</b>	<b>-80,2</b>	<b>-118,5</b>
Chirurgie conventionnelle (HC)	Niveau 1 (51%)	-2,46	-23,67	-26,1
	Niveau 2 (100%)	-12,46	-8,06	-20,5
	Niveau 3 (100% - 80%)	-18,01	-2,76	-20,8
<b>TOTAL HC</b>		<b>-32,9</b>	<b>-34,5</b>	<b>-67,4</b>
<b>TOTAL CHIRURGIE</b>		<b>-71,18</b>	<b>-114,7</b>	<b>-185,88</b>

Source ATIH (évaluation sur douze mois en dépenses encadrées, sur données d'activité 2015)

## Un effort d'économies réparti :

- A hauteur de 36% sur la chirurgie conventionnelle et 64% sur la chirurgie ambulatoire
- A hauteur de 38% pour le secteur ex-DG et 62% pour le secteur ex-OQN

# Dialyse

**Contexte 2016 : 25M € d'économies ciblées sur 12 mois** tenant de l'effet report de la campagne précédente, correspondant à la 2<sup>ème</sup> tranche du plan ONDAM 2015-2017

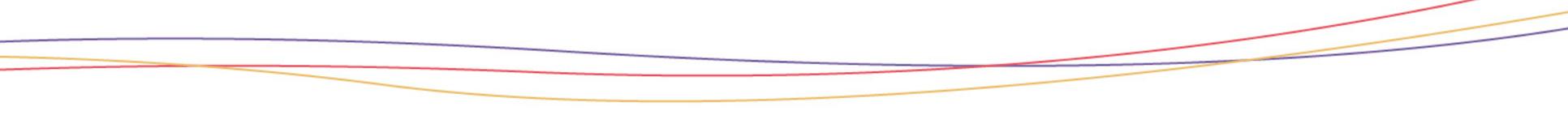
- **Principes de répartition des mesures d'économies sur la dialyse en centre :**
  - Sur le secteur ex-DG, le sur financement est ramené à +5%, le tarif parcourt ainsi 10% de chemin vers son TIC, générant une économie de 3,3M€ et correspondant à une diminution des tarifs de 0,5% ;
  - Sur le secteur ex-OQN, afin de générer le reliquat d'économies nécessaires soit 21,8M€, le tarif de la dialyse en centre parcourt 27% du chemin vers son TIC correspondant à une diminution de 3,4% du tarif.
- **Soutien au développement de la dialyse hors centre :**
  - Pas d'économies ciblées sur le hors centre en campagne 2016 afin d'inciter au développement des prises en charge en hors centre et dans l'attente des données issues de l'étude nationale de coûts.
  - **Taux d'évolution des tarifs « préservé » à 0%** avant prise en compte des exonérations de charges pour le secteur privé.

# Médecine

- **1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre en 2016** pour un montant de **35M€** (10 mois dépenses AM) soit 44,5M€ sur 12 mois en dépenses encadrées.
- En 2016, les économies sont mises en œuvre sur un champ large (ambulatoire et conventionnel) et, en cohérence avec la politique retenue pour les autres activités ciblées, via une **articulation des GHM de médecine sur financés avec la neutralité tarifaire**.
- **Sont exclus de l'effort d'économie** : les activités spécifiques, l'interventionnel et les CMD 14 et 15.
- Les GHM retenus sont ceux **sur financés à plus de 5%** et dont le **TIC est qualifié de bon ou correct** au regard de l'indicateur de fiabilité développé par l'ATIH.
  - les GHM ayant un TIC « bon » voient leurs tarifs faire 13,5% du chemin vers les TIC
  - les GHM ayant un TIC « correct » voient leurs tarifs faire 10% du chemin vers les TIC

**Pour le secteur ex-DG**, la baisse des tarifs concerne 234 GHM, soit une économie de **44,2M€** (sur 12 mois) correspondant à 99% des économies réalisées sur la médecine.

**Pour le secteur ex-OQN**, la baisse des tarifs concerne 8 GHM, soit une économie de **0,3M€** (sur 12 mois) correspondant à 1% des économies réalisées sur les activités de médecine.



# La réduction des financements « extrêmes »

- Les activités qui ont été exclues du périmètre d'application des **économies ciblées** (activités spécifiques, chirurgie de niveau 4, activité interventionnelle, obstétrique et néonatalogie) **sont mises à contribution, le cas échéant, au titre des sur financements extrêmes.**
  - Les activités spécifiques continuent néanmoins de bénéficier d'un traitement privilégié.
- Comme en 2014 et en 2015, **certains GHM sont exclus de la politique des extrêmes, principalement pour ne pas brouiller le signal tarifaire adressé aux acteurs, notamment : GHS majorés, chirurgie ambulatoire et séances de dialyse.**
- En 2016, **mise à contribution des séances de radiothérapie au titre des sur financements extrêmes.**

## Focus sur la mise à contribution des séances de radiothérapie au titre des sur financements extrêmes

- Deux GHS de radiothérapie présentent un sur financement important et un TIC fiable :
  - ✓ GHS 9625 (RCMI sur machine dédiée) sur financé à +133%
  - ✓ GHS 9632 (Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement) sur financé à +39%
- Pour 2016, ces deux GHS de radiothérapie sont pris en compte dans le cadre de la politique de neutralité tarifaire. Du fait des travaux en cours dans le cadre de l'expérimentation radiothérapie, ils se voient néanmoins appliquer **une baisse minorée** et demeurent ainsi **protégés** par rapport aux autres activités de soins
  - ➔ **Réalisation de 10% du chemin vers la référence TIC +30%** (au lieu de 30% du chemin vers TIC+30%, comme c'est le cas pour les autres activités spécifiques), soit une baisse de :
    - 6,1 M€ de la masse associée au tarif de la RCMI, soit une baisse de 5,15% du tarif
    - 0,4 M€ de la masse associée au tarif de la technique d'irradiation externe, soit une baisse de 1,41% du tarif
- **A noter que la masse financière ainsi dégagée est intégralement mobilisée pour revaloriser les tarifs d'activités du secteur ex DG en situation de sous financements extrême.**

## Sélection des activités : le scénario retenu est celui permettant de sélectionner le panel le plus large d'activités

- Le sur ou sous financement est observé sur 2 années consécutives
  - **Sous financement** :
    - Pour le secteur ex-DG > - 17,85% du TIC
    - Pour le secteur ex-OQN > -18,25% du TIC
- *Le différentiel entre les deux secteurs s'explique par le fléchage vers le secteur ex DG des masses dégagées par la prise en compte des séances de radiothérapie.*
  - **Sur financement** : > + 25% du TIC (> + 30% du TIC pour les activités spécifiques)

## Modulations :

- Utilisation de **l'indicateur de fiabilité** dans le chemin à parcourir vers le TIC :  
**Pas de modulation des TIC mauvais et faible**
- **Activités sous financées** :
  - Pour les GHM ayant un **TIC « bon »** : faire 30% du chemin vers le TIC
  - Pour les GHM ayant un **TIC « correct »** : faire 20% du chemin vers le TIC

## Modulations :

- **Activités sur financées :**
  - **Pour les GHM ayant un TIC « bon » :**
    - Faire **50%** du chemin vers le TIC
    - Faire **50%** du chemin vers +30% du TIC pour les activités spécifiques
    - Faire **10%** du chemin vers +30% du TIC pour l'activité de radiothérapie
  - **Pour les GHM ayant un TIC « correct » :**
    - Faire **30%** du chemin vers le TIC
    - Faire **30%** du chemin vers +30% du TIC pour les activités spécifiques
    - Faire **10%** du chemin vers +30% du TIC pour l'activité de radiothérapie

		Secteur ex-DG	Secteur ex-OQN
Extrêmes	Nombre GHM sur financés	21	2
	Nombre GHM sous financés	39	46
		<b>60</b>	<b>48</b>

Source ATIH

# Soutien exceptionnel à l'activité d'obstétrique

Un soutien exceptionnel à l'activité d'obstétrique a été mis en place

➔ **Evolution tarifaire +2,5% ciblée sur certains GHM**

**Activités ciblées** : GHM d'accouchement par voie basse sans complication significative (14Z14A et 14Z13A)

- Le respect des règles tarifaires existantes implique de revaloriser dans les mêmes proportions les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) et le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

## Financement :

**Pour le secteur ex-OQN** : Besoin de financement de 6,8M€, financé via une reprise globale sur la masse tarifaire ex-OQN, hors CM 14 et 15, correspondant à une baisse de ces tarifs de 0,1%.

## **Pour le secteur ex-DG :**

- Compte tenu du niveau de financement des activités ciblées, l'évolution se limite aux GHM de la racine 14Z13 et au GHM 14C08A.
- Implique un besoin de financement de 11,9M€, financé via une reprise globale sur la masse tarifaire ex-DG, hors CM 14 et 15, correspondant à une baisse de ces tarifs de 0,04%.



# Synthèse

## Taux d'évolution des tarifs de prestation

- **Le taux d'évolution des tarifs 2016 a été arbitré à -1% pour chacun des deux secteurs**, avant application du coefficient prudentiel et avant prise en compte de l'impact du CICE et des exonérations de charges pour le secteur privé.
- Ce taux est décliné entre les différentes catégories de prestations en tenant compte de la **mise en œuvre d'économies ciblées** sur la chirurgie, la dialyse et la médecine.
- Application d'un **taux d'évolution plus favorable** pour l'**HAD** et la **dialyse hors centre** en cohérence avec la politique nationale en faveur de ces prises en charge :
  - **Pour l'HAD : taux d'évolution des tarifs (GHT) fixé à +0,4%** (avant prise en compte des exonérations de charges pour le secteur ex OQN). Cette évolution doit notamment permettre de prendre en compte l'impact de la nouvelle nomenclature des actes infirmiers.
  - **Pour la dialyse hors centre : taux d'évolution des tarifs fixé à +0%** (avant prise en compte des exonérations de charges pour le secteur ex OQN).