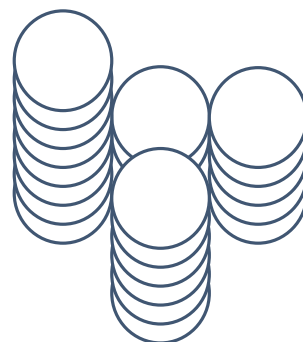




Actes de la journée du 20 novembre 2018

# Cahier de l'atelier 3

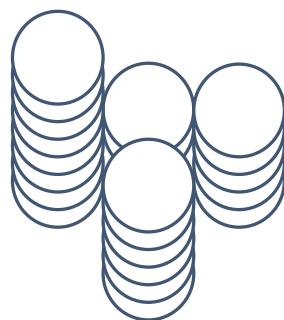
## Les coulisses d'une campagne tarifaire



### INTERVENANTS

ATIH  
Clément RALLET  
Raphaël SCHOWB

I. Introduction	2
II. Quel est le contexte ?	2
III. Combien ?	3
IV. Qui ?	5
V. Comment ?	6
VI. Pourquoi ?	6
VII. Quand ?	7
VIII. Pour quoi faire ?	7
IX. En synthèse	8



## I. Introduction

**Raphaël SCHWOB, médecin de santé publique**

Notre objectif est d'ouvrir les portes de l'Agence et de vous montrer comment nous travaillons, de vous montrer l'envers du décor des campagnes tarifaires que vous vivez au quotidien.

L'Agence est en charge de transformer les orientations du ministère en actions opérationnelles.

Cet atelier ne sera pas très technique. Notre souhait est de vous montrer les processus qui conduisent, étape par étape, à traduire les objectifs politiques en actions concrètes et en livrables. Tout l'enjeu pour nous est d'articuler cette volonté politique, les autres acteurs nationaux (les établissements de santé et les fédérations hospitalières notamment), les différents métiers et services de l'Agence, pour aboutir à un produit fini qui réponde au souhait politique et qui, en même temps, colle aux contraintes de terrain.

**Clément RALLET, statisticien à l'ATIH**

Pour le déroulé de l'atelier, nous vous présenterons les coulisses d'une campagne en répondant à différentes questions: Qui ? Quand ? Quoi ? Où ? Comment ? Etc.

Nous illustrerons par une carte heuristique (ou *Mind Mapping*) pour :

- aborder l'ensemble des différents aspects d'une campagne;
- faire le lien entre les différentes questions (pictogrammes, flèches...);
- faciliter la mémorisation.

FIGURE 1

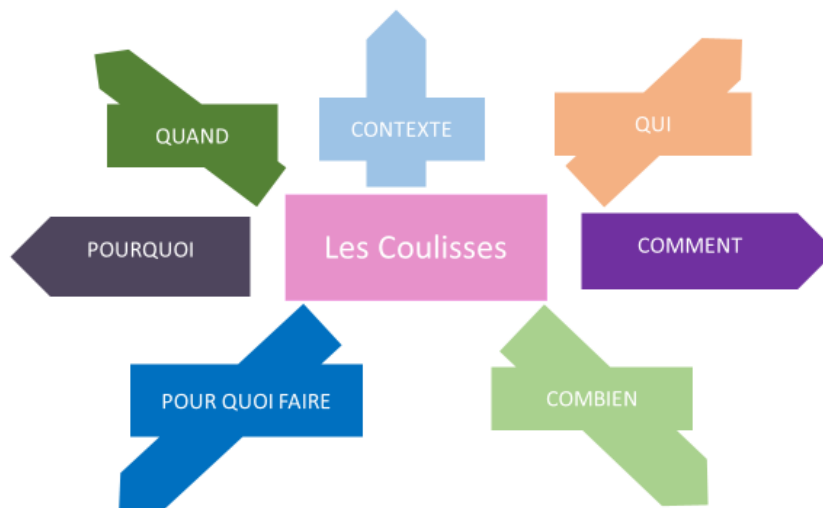


FIGURE 1

## II. Quel est le contexte ?

**Raphaël SCHWOB**

L'axe 2 du contrat d'objectifs et de performance de l'ATIH est de « contribuer à la conception, à l'amélioration et au suivi des modes de financement des établissements de santé dans un contexte de maîtrise des dépenses ». Nous allons chercher collectivement au sein de l'Agence à produire des outils fiables, faisables, qui répondent aux objectifs politiques qui nous sont assignés, le tout dans un cadre contraint qui est celui de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Nous mettons en œuvre techniquement les orientations politiques, lesquelles sont définies dans un cadre juridique constitué d'arrêtés et de décrets. Le rôle de

l'Agence est, encore une fois, la mise en œuvre opérationnelle de ces orientations politiques. L'Agence a une autre mission importante: faciliter la compréhension des dispositifs. Nous vous montrerons tout à l'heure comment nous essayons de nous appuyer sur le terrain pour construire des outils qui ne soient pas « hors sol » et qui tiennent compte des retours des opérateurs (les DIM notamment). À chaque fois que nous déployons une campagne, elle est décrite dans une notice et, quand nous développons un outil, il est décrit dans un guide. En amont, nous essayons de plus en plus de travailler la faisabilité des outils que nous produisons.

### III. Combien ?

Les quelques chiffres que je vais vous citer sont accessibles sur le site de l'ATIH.

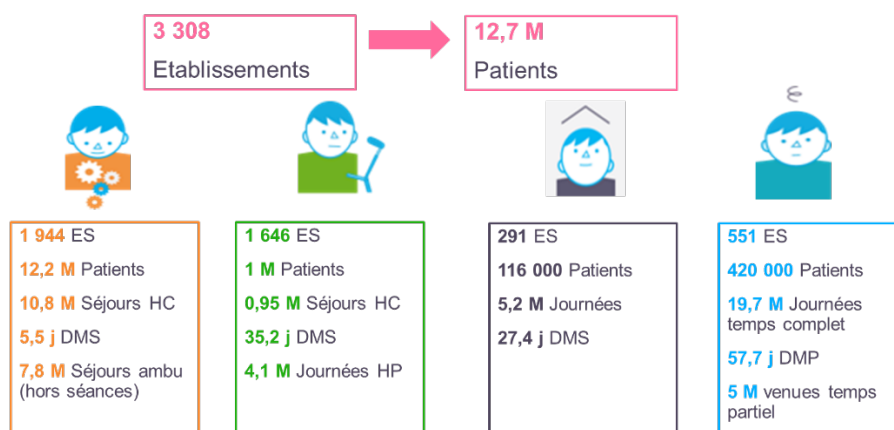
#### 1. Établissements de santé

Plus de 3 300 établissements de santé interviennent dans les quatre champs sanitaires : MCO, HAD, SSR ou psychiatrie. Ils ont des statuts différents : public, privé commercial ou privé d'intérêt collectif. Ils sont financés par l'Assurance Maladie, par les complémentaires santé et, à défaut, par les patients eux-mêmes. Ces 3 300 établissements de santé prennent en charge près de 13 millions de patients. Le champ le plus important est le MCO, avec près de 2 000 établissements de santé, 12 millions de patients, 19 millions de séjours. En SSR, ce sont 1 600 établis-

sements qui prennent en charge 1 million de patients. L'HAD est un champ plus modeste, avec un peu plus de 100 000 patients et un peu moins de 300 établissements, mais une des priorités ministérielles est de développer les prises en charge à domicile. Enfin, le champ de la santé mentale a un avenir en termes d'évolution de son modèle de financement, avec un calendrier un peu différent des autres champs.

FIGURE 2

FIGURE 2



Notre mission est d'accompagner le ministère dans la mise en place de modèles de financements qui intègrent les particularités des différentes catégories d'établissements de santé.

#### 2. Recettes Assurance Maladie (ONDAM)

##### Clément RALLET

L'ONDAM hospitalier correspond à la part des recettes provenant de l'Assurance Maladie pour les établissements de santé. Cet ONDAM est voté chaque année par le Parlement, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il évolue chaque année en fonction de différents facteurs : les facteurs « naturels » (hausse de la masse salariale par exemple), les facteurs liés à des mesures nouvelles (mesures de santé publique par exemple) et les efforts d'économies qui sont demandés.

L'ONDAM hospitalier s'élève à 80,5 milliards d'euros en 2018. La plus grosse part (67 %) est représentée

par l'OD MCO (54 milliards d'euros). La partie MIGAC s'élève à 7 milliards d'euros, soit 8 % de l'ONDAM hospitalier.

Un objectif identifié a été créé sur le SSR à partir de 2017 : l'OD SSR. Cet OD SSR s'élève à peu près à 8,5 milliards d'euros, soit 11 % de l'ONDAM hospitalier.

La dotation annuelle de financement, depuis la bascule du SSR, concerne essentiellement le champ de la psychiatrie. Elle se monte à 9,3 milliards d'euros, soit 12 % de l'ONDAM hospitalier.

Enfin, vous avez les unités de soins de longue durée, les établissements qui sont sous objectif quantifié national (financement par des prix de journée) et le FMESPP, qui représentent chacun 1 % environ de l'ONDAM hospitalier.

Rentrons maintenant dans le détail de l'OD MCO et de l'OD SSR.

L'OD MCO est composé de trois sous-enveloppes : la part tarifs (87 %), la liste en sus (10 %) et les forfaits annuels (3 %).

L'OD SSR est un peu compliqué puisque le dispositif transitoire du SSR mélange les anciennes et les nouvelles modalités de financement. Par exemple, les établissements qui étaient anciennement sous dotation annuelle de financement (DAF) sont financés selon les anciennes modalités à hauteur de 90 % et selon les nouvelles modalités (dotation modulée à l'activité) à hauteur de 10 %. Pour ces établissements,

65 % des 8,5 milliards d'euros correspondent à la DAF et 6 % à la dotation modulée à l'activité. Au total, ces établissements représentent 71 % de l'OD SSR.

Les établissements qui étaient anciennement financés en prix de journée (OQN) sont également financés selon les anciennes modalités à hauteur de 90% et selon les nouvelles modalités à hauteur de 10%. Au total, les établissements OQN représentent 27 % des 8,5 milliards d'euros : les anciennes modalités que sont les prix de journée représente 25% de l'ODSSR et les nouvelles modalités que sont les tarifs des GMT pèsent 2% de l'ODSSR.

Les MIGAC, qui ont été instaurés depuis la campagne 2016, correspondent à 2,5 % des 8,5 milliards d'euros.

Les actes et consultations externes sont valorisés au travers de la DMA pour les établissements sous DAF.

### 3. Répartition selon les modalités de financement

Il existe actuellement trois modalités de financement :

- financement sans lien direct avec l'activité ;
- forfaits annuels par tranche d'activité ;
- financement lié à l'activité en cours.

Les modalités de financements sont différenciées selon les champs. Le champ MCO est concerné par l'ensemble des modalités de financement. En revanche, le champ SSR est financé selon les anciennes et les nouvelles modalités de financement (dispositif transitoire).

Le champ MCO couvre les trois vecteurs de financement :

- financement à l'activité : GHS, suppléments, liste en sus, ACE ;
- financement dotation : MIGAC ;
- forfaits annuels.

Le champ SSR est plus complexe :

- financement dotation sans lien direct à l'activité : DAF, MIGAC ;
- financement à l'activité : prix de journée ;
- financement dotation avec lien direct à l'activité : DMA, ACE.

Le champ HAD est régi uniquement par un financement à l'activité : GHT, liste en sus.

Dans le champ de la psychiatrie, les modalités de financement diffèrent selon que l'établissement est sous DAF ou sous OQN :

- financement dotation sans lien direct à l'activité : DAF ;
- financement à l'activité : prix de journée.

Dans le champ MCO, la part du financement lié à l'activité varie selon les établissements : clinique, CH de petite taille, CH de grande taille, CHU. Pour la clinique, les recettes GHS représentent plus de 80 % des recettes de l'établissement. À l'inverse, pour le CHU, les recettes représentent 55 % des recettes de l'établissement et la part MIGAC est beaucoup plus importante que dans les autres catégories d'établissement. À l'heure actuelle, le ministère réfléchit aux équilibres entre les différents vecteurs. Ce bilan apporte quelques éléments à la réflexion et vient contredire le discours ambiant sur le fait que les établissements sont entièrement financés à l'activité.

En résumé, sur le « combien », le nombre d'établissements s'élève à 3 300, répartis dans quatre champs d'activité. La contrainte de l'ONDAM joue beaucoup et les modalités de financement sont multiples.

## IV. Qui ?

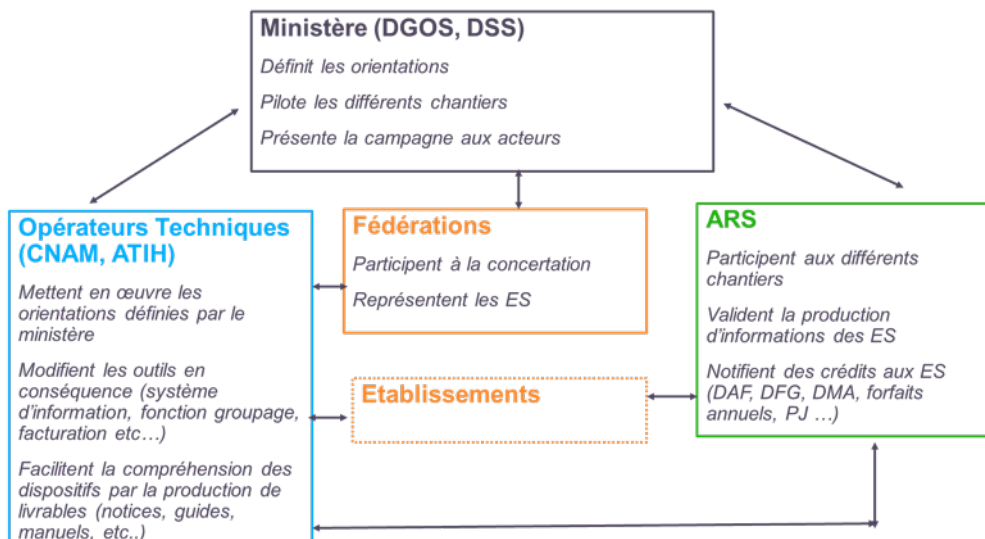
Raphaël SCHWOB

Qui construit cette campagne tarifaire ? Clément reviendra sur l'organisation interne à l'agence. Pour ma part, je vais vous présenter les acteurs externes. Le premier est le ministère, qui définit les orientations. Les deuxièmes partenaires sont les établissements de santé et leurs représentants, les fédérations: ils sont à la fois intervenants politiques et intervenants techniques. Les autres partenaires sont les opérateurs techniques: nous et la CNAM. Ensemble, nous recevons les orientations du ministère. Charge à nous, chacun dans nos secteurs, de les transformer en outils techniques. Nous mettons en œuvre les orientations définies par le ministère, nous modifions

les outils en conséquence, nous facilitons la compréhension des dispositifs par la production de notices, guides, manuels... Enfin, nous n'avons pas encore cité les ARS, qui participent à l'élaboration des campagnes tarifaires. Il s'agit d'une partie de leur activité. Evidemment, vos contacts avec les ARS sont de toute autre nature entre le régime des autorisations, les CPOM, etc. Pour ce qui nous concerne, les ARS participent aux différents chantiers, valident la production d'informations des établissements de santé et notifient des crédits aux établissements de santé (DAF, DFG, DMA, forfaits annuels, prix de journée...).

FIGURE 3

FIGURE 3



Tous ces acteurs interagissent et doivent se coordonner. Le premier outil d'échanges entre ces différents acteurs est le comité de pilotage, qui est piloté par le ministère. Il s'agit d'une instance politique, avec une présence importante des fédérations. Nous participons à ces comités de pilotage. Les fédérations hospitalières, vos représentants dans ces instances politiques, s'expriment beaucoup. Elles se font les relais des établissements de santé pour discuter avec l'Etat de l'évolution de la politique de santé.

Un autre outil, plus technique, rapproche le ministère de l'ATIH: toutes les semaines, nous avons un échange formalisé avec la DGOS pour que, sur chaque question pour laquelle ils nous ont sollicités, nous puissions leur faire un retour.

Une autre instance est du même ordre, mais associe la CNAM. Il s'agit du groupe technique Facturation, qui associe les financeurs: l'Assurance Maladie et l'ATIH travaillent avec le ministère pour faire évoluer

les prestations ou en créer de nouvelles et faire en sorte que chacun dans nos champs respectifs, nous les mettions en œuvre de façon cohérente.

Le comité technique Activité est piloté par nous. Il s'agit d'une réunion technico-politique. Ces CT Activité sont par champ: HAD, SSR, MCO, PSY. La DGOS est présente. Ce comité technique nous permet de faire un retour aux acteurs de terrain: les fédérations hospitalières, des représentants de la CNAM et des DIM. L'ATIH l'a toujours fait, mais a renforcé cette démarche de contact direct avec les DIM au-delà des représentants des fédérations.

Dans chacun des champs, nous avons mis en place des groupes experts DIM. Nous avons sollicité des DIM de terrain et nous partageons régulièrement nos hypothèses avec eux. Les DIM nous aident au fil de l'eau dans l'élaboration des outils pour faire en sorte que ce que nous allons proposer soit le plus faisable possible. Nous sommes une courroie

de transmission entre une attente politique et des contraintes de terrain.

D'autres groupes techniques thématiques sur la radiothérapie, la cancérologie, les hôpitaux de proximité, la médecine ambulatoire, etc. sont pilotés par la DGOS. Nous les accompagnons sur des aspects de faisabilité.

## V. Comment ?

### Clément RALLET

Comment nous organisons-nous à l'Agence par rapport à la campagne ? La quasi-totalité des compétences métiers de l'agence sont mobilisées: les informaticiens, les médecins et les statisticiens. La seule compétence métier qui n'intervient pas est le contrôleur de gestion.

L'organisation au sein de l'Agence est fondée sur la pluridisciplinarité et la réactivité. Nous essayons de respecter le calendrier autant que possible, mais il dépend aussi des arbitrages ministériels qui sont, parfois, en décalage par rapport au calendrier initial. Pour nous coordonner, nous nous réunissons à fréquence hebdomadaire entre les différents métiers: des référents de chaque métier se retrouvent tous les lundis matins pour parler de la campagne.

Nous produisons différents outils pour réaliser la campagne tarifaire:

- les recueils d'informations: médicales (PMSI) et facturation (RSF, VIDHOSP);
- la classification médico-économique;
- les référentiels de coûts ou études de coûts;
- la fonction groupage qui permet, à partir des informations recueillies au niveau du séjour, de déterminer le tarif du séjour;
- les tableaux de restitution (OVALIDE).

Le processus est complexe. L'ONDAM hospitalier se traduit par des vecteurs de financement, qui trouvent une traduction juridique: loi, arrêté prestations, annexes de

Enfin, des groupes de travail plus spécifiques avec l'ARS permettent d'articuler les deux instances de politique publique (nationale et régionale).

En synthèse sur le qui ?, des acteurs multiples, un pilotage ministériel et une comitologie dédiée.

l'arrêté tarifaire avec la valeur des prestations. Ces valeurs de prestation impactent les tableaux OVALIDE. Nous essayons de les expliquer au travers des livrables, notamment dans la notice financement. L'arrêté tarifaire impacte également, pour les établissements ex DG, l'arrêté versement. Il peut aussi avoir un impact sur le recueil. Par exemple, si le ministère décide de créer une nouvelle prestation, nous devons recueillir une nouvelle information pour que les établissements perçoivent les recettes associées. Au niveau du recueil, les interactions sont assez fortes avec les travaux de classification.

Les outils sont là pour construire la valeur des prestations: la classification médico-économique et les données de coûts. Nous utilisons les données de coûts pour maintenir et améliorer la classification. Celle-ci a un impact sur l'arrêté tarifaire et sur les restitutions tableaux OVALIDE.

Enfin, l'arrêté tarifaire a un impact sur les modalités de versement, et par conséquent, sur les recettes des établissements. Ensuite, nous regardons si les recettes des établissements correspondent à l'objectif de l'ONDAM défini au départ.

En résumé, sur le comment ?, une organisation transversale, des compétences métiers multiples, un processus spécifique et complexe pour gérer les interactions entre les outils.

## VI. Pourquoi ?

### Raphaël SCHWOB

Pourquoi ? Pour informer les établissements. Une fois que nous avons transformé en actions concrètes les orientations nationales, nous diffusons un certain nombre de livrables:

- recueil: guide méthodologique et notices techniques PMSI;
- fonction groupage: manuels de groupage;
- OVALIDE: guide méthodologique.

Le guide méthodologique paraît au Bulletin officiel. Tous les autres livrables sont disponibles sur le site de l'Agence.



D'autres livrables accompagnent la campagne tarifaire :

- annexes des arrêtés prestations et tarifaires : Légifrance ;
- notices financement : sur le site de l'ATIH ;
- tarifs des prestations (Excel et Application Smartphone) : sur le site de l'ATIH ;
- fichier de valorisation de l'activité selon les nouvelles grilles tarifaires : sur la plateforme ANCRE.

## VII. Quand ?

Notre calendrier démarre le 1<sup>er</sup> mars de l'année N-1. Ce 1<sup>er</sup> mars se travaille en amont avec une première phase préparatoire : dès que nous avons terminé une campagne, nous démarrons la campagne suivante. Cette phase préparatoire se vit avec les professionnels. Dans le cadre de trois comités techniques « activité » par an, dans chacun des champs, nous rencontrons les fédérations hospitalières et nous leur présentons les évolutions que nous proposons de mettre en œuvre l'année suivante.

Par ailleurs, nous organisons des réunions autour des nouveautés recueil, d'une part avec les éditeurs de logiciel pour qu'ils puissent adapter les outils qu'ils mettront à votre disposition et d'autre part avec les DIM, ce qui est une nouveauté cette année. La semaine dernière, nous avons réuni 200 DIM venant de la France entière, pour leur annoncer en avance de phase les nouveautés 2019. Le retour immédiat des DIM et des TIM qui y ont participé était plutôt positif, avec une frustration : nous avons évoqué la semaine dernière des nouveautés 2019 qui n'ont pas encore été validées. Par exemple, Ma Santé 2022 parle de forfait diabète et de forfait insuffisance rénale. Comment ? Pour quoi faire ? Nous travaillons d'arrache-pied pour essayer de trouver une solution concrète à un message politique.

## VIII. Pour quoi faire ?

### Clément RALLET

Nous avons pris l'exemple de la création d'un supplément au séjour pour pose d'un défibrillateur. Ce supplément a été mis en place, puisque si le séjour ne tombait pas dans la racine dédiée, la pose d'un défibrillateur n'était pas financée. Le ministère a donc demandé en 2018 de créer un supplément au séjour. Avant 2011, les défibrillateurs étaient financés à travers la liste en sus. En 2011, ils ont été radiés de la liste en sus par décision ministérielle. Ils ont ensuite été réintégrés dans les tarifs uniquement sur la racine

En résumé, sur le pourquoi ?, des livrables pour informer des nouveautés et faciliter la compréhension des dispositifs.

Ce calendrier préparatoire se met en œuvre entre janvier et mars. Nous avons un temps politique très important à cette période. Le ministère réunit les fédérations en comité de pilotage pour passer des messages sur les orientations politiques de l'année à venir. Un comité de pilotage a également lieu après le 1<sup>er</sup> mars, pour accompagner le déploiement de la campagne.

Les réunions de travail internes à l'Agence sont les COPIL internes par champ et les comités techniques internes. Dans le cadre des COPIL internes, les chefs de service de l'Agence sur les différents sujets, avec le Directeur général, se retrouvent pour parler de la déclinaison des orientations sur les différents champs. Les comités techniques internes se réunissent toutes les semaines : Clément vous en parlait tout à l'heure. Les réunions avec la DGOS sont les comités techniques « campagne », qui sont hebdomadaires.

Je vous rappelle les livrables :

- la notice PMSI arrivera au mois de décembre ;
- les arrêtés prestations, tarifaire et dotation arriveront au mois de février ;
- la notice financement arrivera après la campagne.

En résumé sur le quand ?, un calendrier en 3 phases, contraint et dépendant des arbitrages ministériels.

dédiée. Quand nous avons créé le supplément en 2017, nous avons repris les valeurs moyennes 2011.

Les mesures n'ont pas toujours un impact sur l'ensemble des outils. Parfois, un seul outil est impacté, d'autres fois, plusieurs outils sont impactés. La création du supplément au séjour pour pose d'un défibrillateur n'a pas d'impact sur le recueil puisque nous ne demandons pas aux établissements de recueillir une information supplémentaire. Elle n'entraîne pas



de modification de la classification. En revanche, le déclenchement du supplément implique une évolution de la fonction groupage afin que tout séjour qui donne lieu à la réalisation d'un des actes CCAM ait le financement hors racine dédiée.

en place dans OVALIDE: [1.V.1.SDC].

En synthèse sur le pour quoi faire: cet exemple illustre l'interaction entre les différents outils et l'effort consenti pour restituer au maximum ces nouveaux dispositifs.

Au niveau de la restitution, nous avons fait évoluer les tableaux OVALIDE. Des tableaux dédiés ont été mis

## IX. En synthèse

### Raphaël SCHWOB

L'Agence est en charge de mettre en œuvre les modalités techniques permettant de répondre aux orientations définies par le ministère

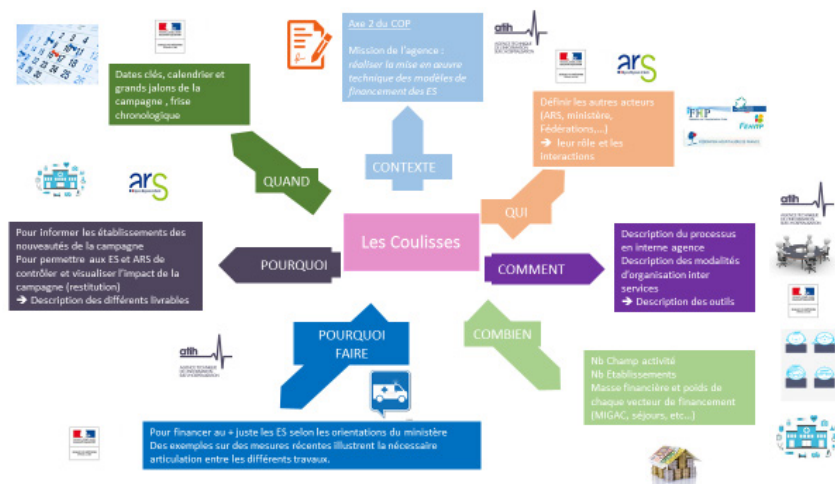
Dans ce cadre, l'Agence articule ses travaux en fonction des différents acteurs, a mis en œuvre une organisation interne spécifique, car les travaux nécessitent les expertises de différents services, met à jour en conséquence ses différents outils et participe à la bonne compréhension des différents dispositifs.

Quand nous proposons un nouveau recueil, sachez que nous l'avons expertisé dans toutes ses conséquences.

### Clément RALLET

La carte que nous vous présentons en conclusion correspond aux coulisses des coulisses: il s'agit de la carte que nous avons construite au début de la présentation pour élaborer le diaporama. Cette carte reprend tous les éléments que nous vous avons décrits lors de l'atelier. Elle vous permet de voir l'envers du décor. **FIGURE 4**

FIGURE 4



Pour aller plus loin, nous voulions évoquer les nouvelles réflexions du ministère. Le financement à l'activité n'est pas remis en cause. En revanche, le ministère veut travailler sur les équilibres entre les différents vecteurs de financement. Par exemple, le financement à l'activité est adapté pour l'aigu, mais pas pour les pathologies chroniques, d'où l'idée de forfaitiser les pathologies chroniques. Cette idée est traduite dans la stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022). Ces nouvelles orientations devraient donc avoir un impact important au

niveau de l'Agence et des outils qu'elle gère (recueil, fonction de groupage, classification, etc.). En tout cas, nous relayerons auprès du ministère la nécessité, au niveau du recueil, que les établissements soient en capacité de faire. Il s'agit de nouveaux défis pour nous parce qu'en interne, nous devons faire évoluer les outils et parce qu'en externe, notre mission est d'accompagner les établissements vers ce changement, à travers notamment les livrables et une communication un peu amplifiée.

Ces nouveaux défis sont :

- accroître le financement à la qualité ;
- forfaitisation des maladies chroniques ;
- favoriser l'organisation entre acteurs par les financements innovants ou les financements intégrés ;
  - financement à l'épisode de soins ;
  - incitation financière collective à la coordination de la prise en charge des patients ;
- mieux prendre en compte l'approche territoriale (besoins spécifiques de la population).

#### Raphaël SCHWOB

Nous vous remercions pour votre attention et laissons la place aux échanges.

#### De la salle

Je n'ai pas encore saisi à quel moment il y avait un feedback sur la qualité des soins à la sortie.

#### Raphaël SCHWOB

L'évaluation de la qualité en santé et du résultat est complexe. Nous suivons en interne, avec la DGOS, des données sur le PMSI pour mesurer l'impact des politiques menées sur l'activité, etc. Cette analyse est plus quantitative que qualitative. Après, la mise en place d'indicateurs de qualité permettra peut-être d'affiner l'analyse.

Pour les mesures anciennes, nous avons plutôt des outils classiques quantitatifs et des outils qualitatifs qui sont en fonction de l'existant. En revanche, pour les nouveaux dispositifs (forfaits diabète et insuffisance rénale), des indicateurs qualitatifs sont prévus. Il s'agit soit d'indicateurs de qualité du process, soit d'indicateurs de suivi du résultat patient.

Les travaux autour de la qualité sont menés en partenariat avec l'HAS.

#### Clément RALLET

Le financement à la qualité est un dispositif qui est assez récent et qui s'est traduit notamment par le dispositif IFAQ. Ce financement à la qualité va se transformer, pour se baser sur des indicateurs transversaux. La volonté du ministère est d'intégrer de plus en plus d'indicateurs de résultat.

Le volet qualité pourra être intégré dans les modalités de financement de la spécialité. Par exemple, pour les pathologies chroniques devrait intervenir normalement un volet qualité qui jouera dans le niveau du forfait.

#### De la salle

Dans le diagramme circulaire montrant la composition de l'ONDAM, où se situent l'HAD et la dialyse en centre ? Ces éléments ne sont pas très visibles.

Par ailleurs, l'ATIH mesure-t-elle l'évolution des volumes

et essaye-t-elle d'évaluer leur évolution pour l'année suivante ?

#### Clément RALLET

L'HAD et la dialyse (en centre et hors centre) sont dans l'OD MCO.

Par ailleurs, l'ATIH réalise des prévisions de volumes en fonction des données infra-annuelles uniquement sur le champ MCO et sur le secteur ex DG (le secteur ex OQN étant géré par l'Assurance Maladie) et les met à disposition du ministère. Ces prévisions alimentent le débat avec la tutelle, que ce soit la DGOS ou la direction de la Sécurité sociale. Elles sont relayées aux fédérations des établissements de santé au sein d'une instance dénommée l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée..

Une hypothèse volume est arbitrée par le cabinet de la ministre, à partir des éléments transmis par l'ATIH et par l'Assurance Maladie. Des éléments techniques viennent alimenter la réflexion, mais l'arbitrage reste politique, car l'hypothèse volume impacte directement le taux d'évolution des tarifs.

#### De la salle

J'ai bien compris que vous essayez d'alourdir au minimum le recueil. Cependant, la mesure qui consiste à recueillir les indications pour les prescriptions de MO alourdira les modalités de recueil, pour les pharmaciens surtout et pour le DIM dans une moindre mesure, à moyens constants puisque nous connaissons les contraintes budgétaires. Votre postulat n'est donc pas toujours vrai.

Ma deuxième remarque concerne la circulaire frontières qui est restée à l'état provisoire. Chacun fait des aménagements, mais nous n'avons pas encore eu de contrôle de l'Assurance Maladie là-dessus. Nous en avons eu tous les ans pendant un certain nombre d'années. Je ne sais pas ce qui se passera lors du prochain contrôle. Le FPI et le FSE5 sont digérés, mais pour le reste, c'est toujours du provisoire.

Nous sommes un peu dans l'expectative sur les deux points.

#### Clément RALLET

Sur les indications pour les médicaments, nous sommes typiquement dans un schéma où nous mettons en œuvre une demande qui émane de nos tutelles. Nous sommes conscients que cela a un impact pour les établissements, mais nous mettons en place une proposition technique par rapport à une commande politique.

**Raphaël SCHWOB**

La circulaire frontière est un débat national. Les fédérations s'en font le relais auprès de la DGOS. Un COPIL sera programmé en janvier prochain. La circulaire frontières fait partie des sujets qui sont sur la table. Attendons.

**De la salle**

Vous n'avez pas parlé du passage du tarif ENC au tarif politique et au tarif que nous avons en février. Vous auriez dû mentionner l'ENC dans votre présentation.

**Clément RALLET**

En effet. L'orientation que nous avons prise sur la présentation a été de présenter les coulisses. Nous n'avons pas voulu faire une présentation technique de la construction des paramètres de financement. Les données de coût sont bien utilisées pour la détermination des tarifs.

**De la salle**

À combien ?

**Clément RALLET**

D'une part, le tarif n'est pas forcément créé historiquement en fonction des données de coût puisqu'elles n'étaient pas disponibles. D'autre part, des mesures de santé publique sont prises par le ministère pour inciter certaines activités et en décourager d'autres, par exemple inciter à la chirurgie ambulatoire et décourager les césariennes.

Sur le champ MCO, un outil a été créé par l'Agence : « Les tarifs issus des coûts ». Il fait l'objet d'une publication annuelle sur le site de l'Agence, dans la rubrique sur les coûts. Il permet pour chaque GHS de mesurer la distorsion qui existe entre le tarif tel qu'il est publié et un tarif qui respecte strictement la hiérarchie des coûts. Les écarts sont publiés dans un fichier Excel et la méthodologie dans un fichier .pdf.

Sur le champ SSR, pour la partie DMA, il n'existe pas de distorsion, puisque les tarifs ont été construits à partir des coûts.

**De la salle**

Quand vous parlez de la communication de l'impact des nouveaux tarifs sur un *case mix*, avez-vous raccourci le délai ? Pour les campagnes budgétaires, la Direction générale veut une remise dans les 15 jours. En général, des outils concurrents le font aussi bien.

**Clément RALLET**

Sur les fichiers de valorisation, nous faisons notre possible pour raccourcir les délais, mais comme l'a dit Raphaël, nous avons des difficultés de calendrier à cause des arbitrages politiques.

**De la salle**

Je voudrais poser une question sur le financement des séjours des patients détenus. Une part « détenus » est apparue dans le financement depuis deux ans. Comment cette part est-elle calculée ? Par ailleurs, sur le financement des patients détenus au SSR, sur toute l'année, nous n'avons eu aucune idée et nous avons du mal à faire des prévisions pour l'EPRD.

**Clément RALLET**

Nous n'avons pas les éléments de réponse à cette question très précise mais si vous nous laissez vos coordonnées nous pourrions faire le relai au sein de l'agence.



**ATIH**

117, bd Marius Vivier Merle  
69329 Lyon cedex 03  
Tél. : 04 37 91 33 10  
Fax: 04 37 91 33 67

**Pour plus d'informations:**  
**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**