

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

CONSEIL DE L'HOSPITALISATION

Recommandation n° 2012-35 en date du 13 décembre 2012 relative aux éléments de tarification mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Le conseil de l'hospitalisation,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-21-2, L. 162-22-10, R. 162-22 et R. 162-23 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment son article 33 modifié ;

Vu la recommandation n° 2012-33 en date du 13 décembre 2012 ;

La Fédération hospitalière de France, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés, la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fédération française des centres de lutte contre le cancer ayant été entendues le 5 décembre 2012 ;

a délibéré le 13 décembre 2012 sur les points ci-après.

Par recommandation n° 2012-33 susvisée, le conseil a estimé que le montant pour 2013 de l'objectif de dépenses commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie devait être compris entre 47 643M€ et 48 531M€

I – Les tarifs de base des prestations de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

1-1- Les montants des forfaits annuels prévus au 2° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Le forfait annuel urgence

Le conseil **recommande** de reconduire les montants et les tranches des forfaits fixés en 2012.

Le forfait pour prélèvements d'organes, transplantation d'organes et greffes

Le conseil **recommande** de reconduire les montants des forfaits fixés en 2012 pour les forfaits B, C et D et d'ajuster le modèle d'allocation pour le forfait A, afin de tenir compte des niveaux d'activité.

Le forfait annuel « transplantation d'organes et de greffe de cellules souches hématopoïétiques »

Le conseil **recommande** d'ajuster les montants de ce forfait afin de tenir compte du basculement de la prise en charge des techniciens d'études cliniques dans ce forfait qui précédemment étaient financés via le CPO.

1-2- Les coefficients géographiques mentionnés au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Le conseil **recommande** de reconduire les taux fixés en 2012.

II- Les évolutions tarifaires à appliquer au titre de l'activité 2012

2-1- La provision nécessaire au financement des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation

Le montant des économies attendues en 2013 sur les listes en sus s'élève à 150M€.

Après l'impact des différentes radiations réalisées depuis 2010 tant sur les médicaments que sur les dispositifs médicaux, peu de facteurs de ralentissement sont susceptibles d'intervenir en 2013 sur la progression des dépenses d'assurance maladie afférentes aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

Il s'agit d'abord des contrats de bon usage des médicaments et produits et prestations facturables en sus (CBU) conclus entre les ARS, les établissements de santé et l'assurance maladie. Une enquête réalisée en 2012 sur les contrats signés en 2011 par les ARS montre que sur 1362 établissements signataires d'un CBU, 93 ont été sanctionnés par une modulation de leur taux de remboursement allant de 80 % à 99 % et que le montant global des réductions de taux de remboursement ainsi appliquées atteint 2, 248 M€ contre 2,811 M€ en 2010, 2,192M€ en 2010 et 1,296 M€ en 2009. L'ARS de la région Guadeloupe n'a pas envoyé les résultats de l'enquête.

Par ailleurs, l'article 47-1 de la LFSS pour 2009 prévoit un dispositif d'encadrement des dépenses afférentes aux médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur les listes en sus : en cas de dépassement injustifié du taux prévisionnel national d'évolution de ces dépenses, un plan d'action peut être conclu par l'ARS avec l'établissement de santé concerné et si ce plan n'est pas respecté le taux de remboursement des dépenses de cet établissement afférentes aux listes en sus pourra être diminué à concurrence de 10 %. Le taux prévisionnel a été fixé à 3 % en 2011, 8 % en 2010 et 10 % en 2009. Un bilan fourni par l'ensemble des régions en 2012 montre que 308 établissements ont été ciblés par l'ARS entraînant la signature de 17 plans d'actions.

Ainsi, eu égard, à l'évolution des dépenses afférentes aux médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur les listes en sus connue à ce jour ainsi qu'aux modifications de cette liste préconisées dans la recommandation n°2012-32, le conseil **recommande** de maintenir la contrainte exercée sur l'augmentation des dépenses afférentes à ces médicaments et dispositifs médicaux en retenant pour 2013 une hypothèse de croissance comprise entre 2,5% et 4,5% avant économies.

2-2- La prévision de réalisation de l'objectif 2012

Comme indiqué dans la recommandation n° 2013-33, les données actuellement disponibles conduisent à prévoir un dépassement de l'ODMCO de l'ordre de 244 à 360 M€.

2-3- La prévision d'activité des établissements en 2013

Selon les derniers éléments disponibles, l'évolution globale du volume de l'activité MCO pour le secteur ex-DG serait comprise entre 3,1% et 3,4% et celle du secteur ex-OQN de l'ordre de 1,9% pour 2012.

Le conseil **recommande** ainsi de retenir pour 2013 un taux prévisionnel d'évolution de l'activité MCO compris entre 2% et 3 % pour les deux secteurs.

L'hypothèse d'augmentation en volume des forfaits annuels en 2013 sur les secteurs ex-DG et ex-OQN pourrait être située entre +2% et +3,5% compte tenu de la progression de ce poste estimée en 2012.

2-4- Les principes de détermination de l'évolution des tarifs pour 2013

Dans ces conditions, hors opérations de rebasage pour couvrir le dépassement de l'objectif en 2012, hors opérations de transferts et de fongibilité et après efforts d'économies, le conseil recommande une évolution moyenne des tarifs publiés, au 1er mars 2013, comprise entre -2,7% et +1,5% pour les deux secteurs ex-DG et ex-OQN. Cette évolution moyenne peut être modulée en fonction des nécessités de financement des plans de santé publique ou encore d'incitatifs tarifaires spécifiques.

III – Les tarifs de responsabilité mentionnés au IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Le conseil estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les préconisations relatives aux modalités de fixation des tarifs de responsabilité qu'il a émises dans sa recommandation n° 2005-10 du 10 février 2005.

Il **recommande** la fixation des tarifs de responsabilité par référence au taux de 75 % des tarifs nationaux applicables majorés le cas échéant d'un coefficient géographique.

Fait à Paris, le

Le directeur général de l'offre de soins,
président du Conseil de l'hospitalisation,



Jean Debeaupuis