

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

CONSEIL DE L'HOSPITALISATION

Recommandation n° 2012-36 en date du 13 décembre 2012 relative aux éléments de tarification mentionnés au I de l'article 162-22-3 et au II de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale

Le conseil de l'hospitalisation,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-21-2, L.162-22-3, R.162-41-1 et R.162-41-2, R. 162-22 et R. 162-23 ;

Vu la recommandation n° 2012-33 en date du 13 décembre 2012 relative au montant pour 2013 des objectifs de dépenses d'assurance maladie mentionnés au I des articles L.162-22-2 et L.162-22-9 du code de la sécurité sociale et à l'article L.174-1-1 du même code ;

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 qui suivent.

Dans sa recommandation n° 2012-33 susvisée, le conseil a estimé que le montant pour 2013 de l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés (OQN) devait être compris entre 2,437M€ et 2,837M€.

La détermination du niveau des évolutions tarifaires susceptibles d'être accordées au sein de cette enveloppe suppose la prise en compte des facteurs examinés ci-après, qui sont établis sur la base des dernières données d'exécution disponibles à ce jour.

1) La détermination de la prévision d'activité des établissements pour 2013

Sur la base des dernières données disponibles, l'objectif quantifié national 2012 devrait être sensiblement dépassé.

Compte tenu des tendances observées, le conseil **recommande** de retenir une hypothèse de volume pour 2013 comprise entre 3 et 6% pour l'ensemble des établissements financés sous objectif quantifié national, qui repose sur une construction différenciée entre le champ SSR et le champ de la psychiatrie, pour tenir compte du dynamisme observé dans chaque secteur d'activité.

2) La détermination de l'évolution nationale moyenne des tarifs

Au vu de ces éléments, le conseil **recommande**, pour 2013, un taux d'évolution tarifaire moyen global compris entre -1,5% et +1,5%, réparti différemment entre le champ SSR et le champ de la psychiatrie eu égard aux hypothèses de volume retenues en construction.

3) La détermination de l'évolution moyenne des tarifs dans chaque région

Dans la perspective du futur modèle tarifaire, le Conseil souhaite poursuivre la modulation du taux moyen national, tout en permettant dès 2013 une appropriation des outils préfigurant le modèle de financement à l'activité, dont la mise en œuvre est prévue en 2016.

Pour ce faire, le Conseil **recommande** de moduler le taux moyen national en fonction de la nouvelle classification en groupe médico-économique.

Néanmoins, si les résultats des simulations par établissement laissent apparaître des incohérences, le Conseil **recommande** alors de continuer à moduler, comme en 2012, le taux moyen national en fonction de l'indice IVA (indice de valorisation d'activité).

Dans le secteur psychiatrique, comme les années précédentes, le Conseil **recommande** d'appliquer le taux moyen national uniformément à l'ensemble des régions pour la psychiatrie.

4) Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les ARS

Le conseil **recommande** d'ouvrir aux ARS la possibilité d'effectuer des modifications des tarifs de prestations en soins de suite et réadaptation, notamment en vue de l'application de la modulation des ressources des établissements dans une fourchette comprise entre - 5% et +150%, et en psychiatrie, dans une fourchette comprise entre 0% et +150%.

Fait à Paris, le 13 décembre 2012

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



Jean Debeaupuis