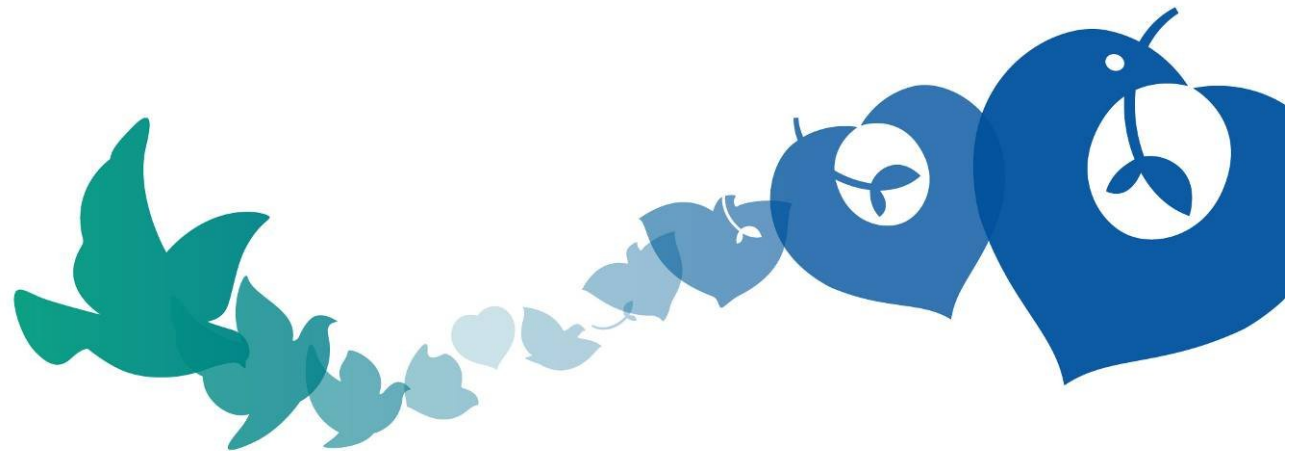
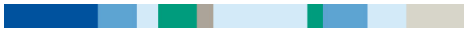


DEFIP

Perspectives 2012

Campagne tarifaire 2012





■ 1. Un ONDAM hospitalier en hausse

- Une hausse de + 2,56%
- Une progression inférieure à la hausse tendancielle des dépenses, qui nécessite un effort d'économie
- Un rééquilibrage entre sous-enveloppes de l'Ondam
 - Pour rééquilibrer la sur-exécution de la part activité, transfert de 60M€ de crédits AC vers la part tarifs
 - Sur la part tarif, régulation prix-volume à hauteur de 125M€
 - Rééquilibrage entre les différentes enveloppes listes en sus / forfaits afin d'être au plus près des réalisations observées

■ 2. Reconduction en 2012 du mécanisme de mise en réserve

- Objectif : garantir le respect de l'ONDAM hospitalier
- Mise en réserve de 415M€ début 2012
 - 50 M€ sur la marge AC nationale
 - 25 M€ sur les crédits déçus du FMESPP
 - 42M€ de mesures annulées MIGAC et DAF
 - 298M€ sur les dotations régionales (58 M€ pour l'Île de France)
- Les crédits mis en réserve pourront être délégués, sous réserve du respect de l'ONDAM et en fin de campagne



■ 3. Evolution des MIGAC

□ MERRI

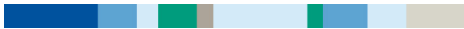
- disparition de la **part fixe** sur 5 ans entamée dès 2012 au profit de la part modulable
- introduction d'un **coefficient géographique** sur certaines MERRI.
- Suppression de la MERRI ATU régionales (suivi intégral au niveau national)

□ Création de nouvelles MIG

- Pérennisation du financement de la demi-cotisation ouvrière pour les personnels de l'AP-HP (par transfert de AC)
- coordination des parcours de soins en cancérologie
- centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson
- transport sanitaire bariatrique
- effort d'expertise des établissements de santé (participation de praticiens à des évaluations et des jurys d'appels à projets nationaux)

□ Extension du mode de délégation en « JPE » (justification au premier euro)

- Déjà employé pour l'ensemble des MERRI en 2011 et pour trois MIG.
- Extension par la DGOS à d'autres MIG pour clarifier les dotations des MIGAC



■ 4. Atténuation des effets de la réforme de l'AME

□ Mise en place de 2 coefficients

- **Coefficient pérenne** de 30% applicable à l'ensemble des établissements de santé quelque soit leur statut juridique,
- **Coefficient de transition** de 2% applicable aux seuls établissements ex-DGF pour les années 2012 et 2013

□ Mise en place d'une AC non reconductible d'un montant de 30 millions d'euros

- **Critères de répartition**
 - 80% selon la part des pertes de l'établissement dans la perte nationale
 - 20% en fonction de la part relative des pertes dans les ressources de l'établissement
- **Estimation de l'impact pour l'AP-HP : environ 10 M€**



■ 5. Campagne tarifaire et principales innovations PMSI MCO en 2012

□ Construction tarifaire 2012

- Pas de recalcul de l'ensemble des tarifs sauf pour ceux impactés par la révision des CMD 14 et 15 (cf. ci-dessous)
- Modulations des tarifs en fonction des politiques publiques et en lien avec le résultat des études de coûts ajustés à la masse tarif
- Réintégration de médicaments (notamment réintégration du Taxotere)
- Poursuite de la convergence ciblée
 - Elargissement de l'assiette : 425 GHS en 2012 contre 193 GHS en 2011
- **Au total, une baisse moyenne des tarifs de - 0,21 % résultant de :**
 - une hausse de l'enveloppe tarifs de + 2,52 %
 - une hypothèse nationale de l'effet volume à + 2,40 %
 - un effet de la convergence ciblée (-0,4 points)





□ Principales Innovations PMSI MCO en 2012

- **Refonte de la classification Obstétrique (Obstétrique)**
 - meilleure description des séjours, avec de nouveaux critères discriminants (grossesse unique ou multiple, première ou énième grossesse)
 - passage de 23 à 57 GHM)
- **Refonte de la classification Néonatalogie**
 - Nouveau périmètre et nouveaux paramètres (âge gestationnel, poids, mode d'entrée)
 - Prise en compte des morts nés et des transferts précoces
- **Création de GHM en « J » et en « T »**
 - GHM en « J » : 9 créations et 1 segmentation
 - GHM en « T » sur 3 racines
- **Nouveautés de codage**
 - Création d'extensions demandées par l'ABM pour cibler les dons avec donneurs vivants (dons d'ovocytes, identification du type de greffon pour les cellules souches hématopoïétiques)