

DGOS

Direction générale  
de l'offre de soins

**Présentation  
Campagne  
2011**

2 mars 2011



Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI  
ET DE LA SANTÉ

# Objectifs 2011

# De la LFSS à l'ONDAM 2011

(en Mds d'€)

Établissements  
pour personnes  
âgées :  
7,6

Établissements  
pour personnes  
handicapées :  
8,2

Autres prises  
en charge :  
1,1

Autres  
établissements  
de santé :  
18,6

Soins de ville :  
77,3

Établissements  
de santé  
tarifés à  
l'activité :  
53,9

**Soit 167,1 Mds d'€  
au global**

- Pour les établissements de santé :
  - ↪ un ONDAM hospitalier qui progresse de **2,8%**
- Un tendancier des charges prévisionnelles en augmentation :
  - ↪ **+ 3,3%**
- Des efforts d'économies à hauteur de :
  - ↪ **366 M€**

Les efforts d'économies de **366M€** se décomposent de la façon suivante :

- Liste en sus (**45,7M€**) soit 1% de l'évolution de la liste en sus
- Convergence ciblée (**150M€**) imputée sur le secteur ex-DG
- Mesure d'économie générale (**100M€**) : imputée sur les MIGAC (54M€) et sur l'ODAM et l'OQN (46M€)
- Passage de 91€ à 120€ du seuil d'application du forfait de 18€ (**70M€**)

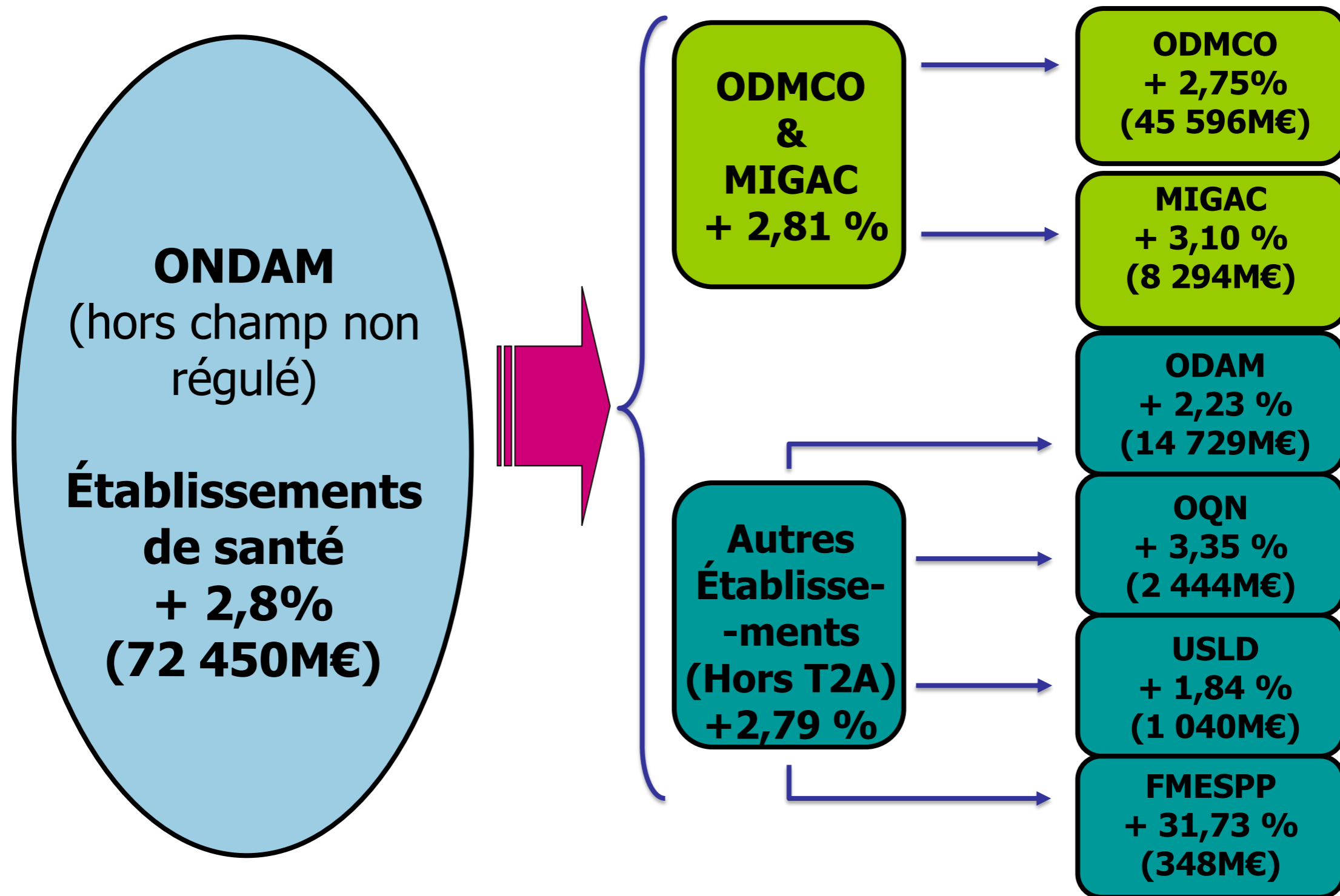
Soit au total **319,7 M€** sur le second-sous objectif de l'ONDAM (ODMCO et dotation MIGAC) et **46 M€** sur le troisième sous-objectif (ODAM, OQN et FMESPP)

# Rééquilibrage des bases 2011 au vu de l'exécution 2010

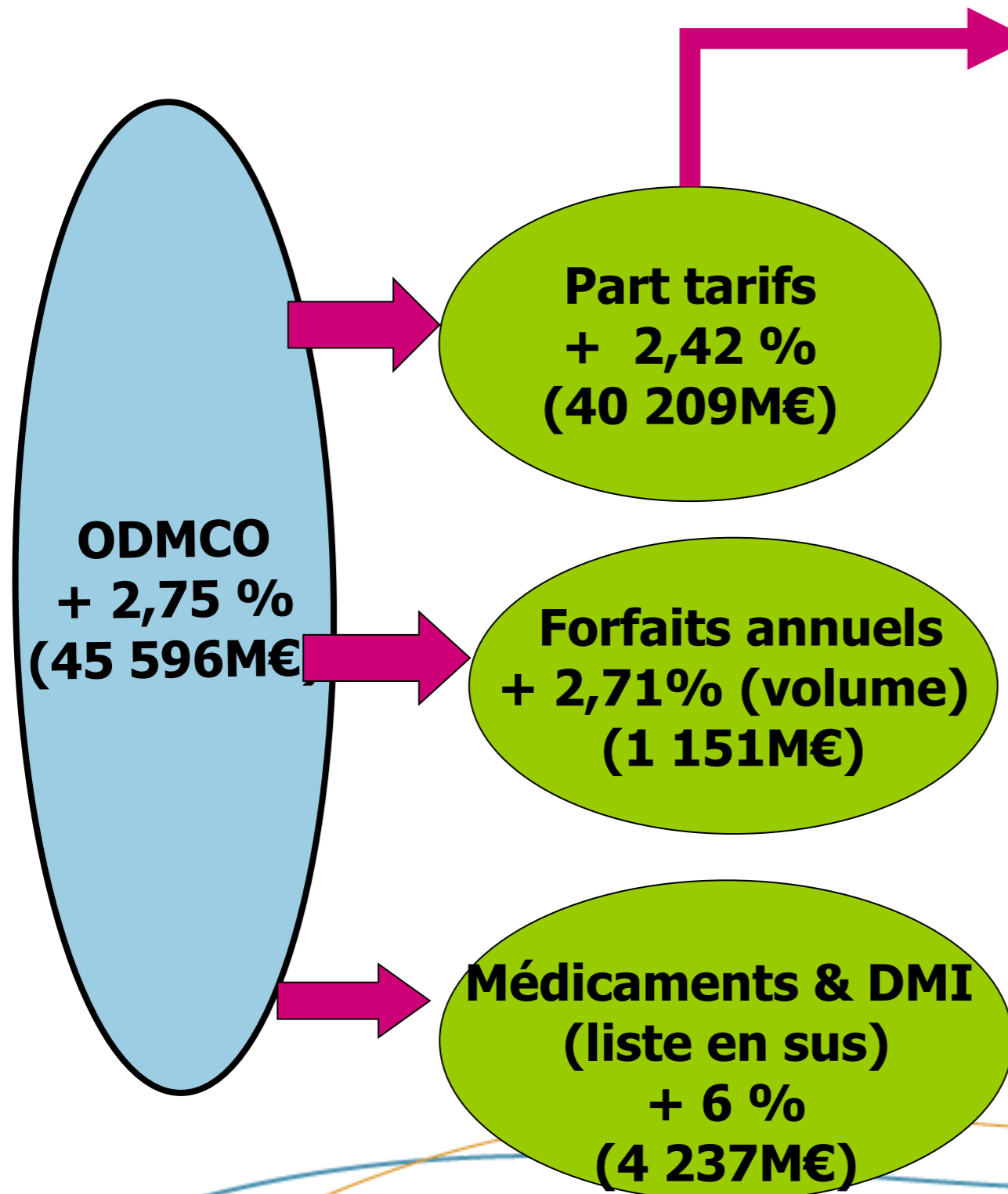
Pour rééquilibrer la forte sur-exécution de la part activité, il est opéré :

- Un transfert de **200M€ de crédits AC vers la part tarifs de l'ODMCO** :
  - **100M€** AC nationale (ex compensation V11)
  - **100M€** AC régionale (au prorata des bases régionales)
- Une régulation prix-volume (ponction d'une partie des mesures nouvelles tarifaires de 2011)

# Décomposition de l'ONDAM 2011



# De l'ODMCO aux tarifs



Provision volume : **2,4 %**  
+  
Régulation prix/Volume  
+ Effet report

Evolution moyenne des tarifs  
au 1er mars :  
Ex-DG :  
**-0,20 %** hors convergence ciblée  
**-0,83 %** avec convergence ciblée  
Ex-OQN :  
**-0,05 %**



Arbitrage présidentiel d'une mise en réserve prudentielle en début de la campagne 2011 de **400M€ sur l'ONDAM hospitalier**

## Répartition prévisionnelle :

- Marge AC régionale : 300M€
- AC nationale : 50M€
- Crédits issus de la déchéance quadriennale du FMESPP : 50M€

## Gestion des mises en réserve 2011

- En fonction de la dynamique d'activité de chaque région
- Correction de cette dynamique par l'évolution démographique de chaque région.
- Prise en compte du niveau relatif de consommation de soins (mesuré par les taux ajustés de recours à l'offre de soins).

↪ Modalités pratiques en cours de définition

# Campagne tarifaire MCO 2011

Direction générale  
de l'offre de soins



# Campagne tarifaire MCO

## Sommaire

1. Evolution de la classification des GHM
2. Arrêté et décret prestations
3. Construction tarifaire

# 1. Classification V11 C

- Révision de la liste des CMA
- Evolution de l'arbre de décision de la radiothérapie
- Création/suppression de GHM

## ■ Objectifs :

- valider la liste de CMA introduite en V11 ;
- reprendre l'étude des CMA sur des bases plus récentes (2007-2009 et 2010 partiellement) et avec le changement des règles de codage du diagnostic principal.

## ■ Méthode :

- étude des CMA dont l'effectif est  $> 1000$  cas et qui ont perdu leur effet;
- étude des codes qui ont un effet CMA sur les bases récentes.

## ■ Conséquences :

- retrait de la liste des CMA ;
- ajout à la liste des CMA ;
- maintien dans la liste par ajout d'exclusions entre le diagnostic principal et les diagnostics associés ;
- changement de niveau de sévérité.

## ■ Exemples :

- retrait : D13.0 tumeur bénigne de l'œsophage ;
- ajout : Z51.5 soins palliatifs (niv 3) ;
- maintien : certains cancers (exclusion avec la dénutrition) ;
- changement de niv : K76.3 infarctus hépatique (niv 4 en niv 3).



# La V11c : révision des CMA

- **Au total :**
  - 193 nouvelles CMA
  - 723 CMA retirées
  - 1042 CMA qui baissent de niveau
  - 150 CMA qui augmentent de niveau
- La liste des CMA comporte 4695 CMA en V11c contre 5225 en V11b (soit une baisse de 10%)

# Radiothérapie : nouvel arbre

- **Les mises à jour de la classification pour les séances de RxtH se poursuivent après :**
  - la création d'un GHM de RCMI\* en V11b ;
  - l'introduction des nouveaux actes CCAM (version 20).
- **Pour les préparations à l'irradiation : 4 GHM**
  - RCMI et techniques spéciales
  - Dosimétrie tridimensionnelle avec HDV\*
  - Dosimétrie tridimensionnelle sans HDV
  - Les autres (sans dosimétrie ou dosimétrie bidimensionnelle).

\* RCMI : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

\* HDV : histogramme dose-volume

- **Pour les irradiations : 6 GHM**
  - Curiethérapie
  - RCM
  - Techniques spéciales
  - 3 nouveaux GHM pour les actes d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance variable soit < à 5 mégavolts (MV) soit >= à 5 MV, en fonction des types de machines  
(en remplacement des 28Z12Z et 28Z13Z)

# Création et suppression de GHM

- **Création de la racine de rythmologie interventionnelle**
  - ↳ Suppression du GHS majoré : création d'une nouvelle racine « *traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire* »
- **Modification des GHM de défibrillateurs**
  - ↳ L'acte de *Changement d'un générateur de défibrillation cardiaque implantable (DEKA002)* est désormais classant dans la racine 05C19 concernant les poses de défibrillateurs de façon à permettre l'intégration du prix du matériel dans le tarif du GHM

## 2. Décret et arrêté prestations

- **Création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation** : recouvre les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés en environnement hospitalier conduisant à l'administration dispositifs médicaux de la liste en sus
- **Extension de la possibilité de facturer des chambres particulières aux hospitalisations à temps partiel**

# Arrêté prestations - GHS dédoublés

(exceptions à la règle selon laquelle à la production d'un GHM correspond un seul GHS )

## Suppression de 2 GHS dédoublés par une réintégration dans la classification :

- GHS relatif aux autogreffes de cellules souches hématopoïétiques
- GHS relatif à la rythmologie interventionnelle

↪ La suppression de ces exceptions n'a pas de conséquence sur la valorisation des prises en charge

## Création de 4 nouveaux GHS dédoublés (radiothérapie) :

- GHS majoré pour la réalisation de l'acte de tomothérapie
- GHS majoré pour la réalisation de l'acte de préparation à une irradiation par gamma knife
- GHS minoré pour irradiation de contact endocavitaire
- GHS majoré pour l'acte de cyberknife en dose unique réalisé en hospitalisation complète



## Amélioration de 4 nouveaux GHS dédoublés existants :

- **GHS majoré pour implantation d'électrode** dans le traitement de l'épilepsie : extension de la majoration à l'ensemble des niveaux de sévérité
- **GHS majoré pour la pose de valves aortiques percutanées** : extension de la majoration aux GHM de pose de stimulateur cardiaque
- **GHS majoré pour le traitement des IOA** : modification des conditions d'accès au GHS majoré → prise en charge dans un centre de référence ou un centre correspondant suite à une RCP ayant établi le critère de complexité de l'IOA (circulaire PF2)
- **GHS majoré pour mastectomie avec reconstruction** : extension de liste d'actes ouvrant droit au GHS majoré

# 3. Construction tarifaire 2011

Direction générale  
de l'offre de soins



## Principes

### Stabilité et visibilité :

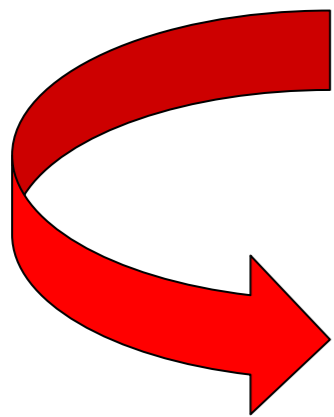
↳ Pas de recalcul de l'ensemble des tarifs

### Mais

↳ Modulations des tarifs en fonction des politiques publiques et études médico-économiques

# Etape 1 : changement de périmètre des GHM

- **Changements de classification** : actualisation de la liste des CMA, nouvelle classification en radiothérapie, création d'1 GHM (rythmologie)
- **Débasages et rebasages** : Internes, radiation MO et DMI, forfait HT pour les ex-OQN,



**Des tarifs 2011 non directement comparables aux tarifs 2010**

# Etape 1 : Focus sur la réintégration des MO et DMI

- **Molécules onéreuses :**

↳ Deux anticancéreux génériqués depuis 2010 :  
irinotecan, gemcitabine ;

Les montants moyens sont réintégrés au sein des tarifs des GHS concernés (hors EMI)

- **Dispositifs médicaux implantables :**

↳ Défibrillateurs cardiaques implantables

Toute la masse financière est réintégrée dans le nouveau GHM cible (05C19 : pose et remplacement de défibrillateur cardiaque) ;

## Étape 2 : Modulation tarifaire 2011

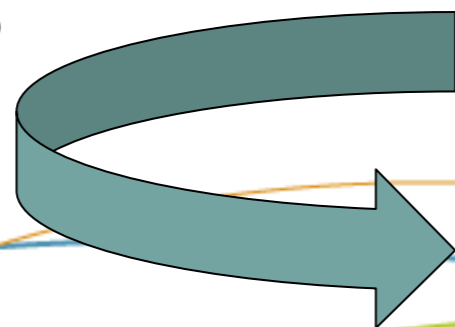
Pour effectuer ces modulations sur des activités ciblées : travaux sur l'adéquation financement / charges (sources ENCC 2006/07/08 ex DG et ENCC 2006/07 ex OQN)

• **Axe 1** : Mesures liées à des études médico-économiques :

- Maintenance tarifaire (intra et inter racine),
- Expertise des demandes des fédérations

• **Axe 2** : Mesures liées à des mesures de campagne :

- Chirurgie ambulatoire, dialyse, convergence ciblée ;
- Poursuite des politiques publiques des années antérieures



**Tarifs 2011**

# Axe 1 : Mesures liées à des études médico-économiques

## Maintenance tarifaire : correction des anomalies détectées

- **Anomalies intra racines** : correction des GHM présentant des anomalies au vu des études des ratios de passage DMS/coûts/tarif d'un niveau de sévérité à l'autre :  
↳ 45 GHS pour ex-DG; 14 GHS pour ex-OQN
- **Anomalies inter racines** : correction des GHM présentant des anomalies au vu des études du positionnement entre racines au vu de la lourdeur médicale et de la lourdeur économique :  
↳ 1 racine pour ex-DG; 1 racine pour ex-OQN

# Axe 1 : Mesures liées à des études médico-économiques

## Analyse des demandes des fédérations relatives à certaines activités ou GHM (1/2)

- **Principe** : vérification du positionnement des tarifs par rapport aux coûts ajustés des GHM ciblés par les fédérations.
  - FHF : demande de révision des tarifs de la CMD 5
  - FEHAP : demande de révision d'une liste de 22 GHM
  - FNLCC : demande de révision d'une liste de 20 GHM
  - FHP : demande générale de ramener au coût tous les GHM sous-valorisés



# Axe 1 : Mesures liées à des études médico-économiques

## Analyse des demandes des fédérations relatives à certaines activités / GHM (2/2)

### ▪ Résultats :

- CMD 05 : correction de 38 GHS ;
- Cancer : correction de 2 GHS (curiethérapie).

### ▪ Mise en œuvre :

Réduction d'un tiers de l'écart tarif/coût pour les GHM dont le tarif est inférieur aux coûts ajustés.

↳ besoin de financement compensé par la baisse des tarifs extrêmes (GHM présentant un écart tarif/coût > à 30% ramenés à 30% )

### Chirurgie ambulatoire (1/3)

**Poursuite de la politique du tarif unique** entre les séjours ambulatoires (J) et le 1er niveau de sévérité en hospitalisation complète (1) pour 19 couples de GHM.

#### *Principes :*

- tarifs soumis à convergence ciblée 2010 figés en 2011 ;
- si écart tarif/coût négatif sur le J : revalorisation du tarif à hauteur du coût ajusté.

### Chirurgie ambulatoire (2/3)

- Si écart tarif/ coût positif sur le J :
  - pas de modification de tarifs si écart modéré ;
  - baisse légère du tarif si : taux d'ambulatoire supérieur ou égal à 80 % et tarif supérieur à 30% au coût ajusté.
- ↳ **2 GHM concernés dans le secteur ex-OQN :**  
**interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie et drains transtympaniques**

### Chirurgie ambulatoire (3/3)

#### Extension de l'incitation aux autres GHM de chirurgie ambulatoire (J) :

Revalorisation de tous les tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts ajustés sauf GHM soumis à convergence ciblée en 2010

↳ 39 GHM dans le secteur ex-DG

↳ 25 GHM dans le secteur ex-OQN

### Dialyse

**Convergence tarifaire du secteur ex-OQN**  
(honoraires inclus ) du forfait d'hémodialyse en centre vers le GHM du secteur ex-DG (application de la LFSS 2011 « vers les tarifs les plus bas »).

Et redistribution de la masse vers les tarifs des forfaits du secteur ex-OQN de dialyse hors centre

## Convergence ciblée 1/4

- **Objectif** : Mise en œuvre de la mesure d'économie 2011 (150 M€ sur 10 mois)
- **Principes** :
  - Concertation avec les fédérations hospitalières : définition d'un arbre de décision ;
  - Elargissement de l'assiette : 193 GHS en 2011 (contre 35 GHS en 2010) du fait d'une méthode de sélection différente (non centrée sur l'analyse médicale)
  - Méthode de sélection en 5 étapes : cf. arbre de décision.

## Convergence ciblée 2/4

### Rappel de l'arbre de décision

#### **Etape 1 :** Ensemble des GHM entrant dans l'arbre

→ Tous les GHM, à l'exception de :

- ceux de la CMD 14 et 15 (réforme de la classification prévue en 2012)
- GHM autres (GHM fourre tout)
- GHM de 0 jours (soit les J, les T0 et les séances)
- GHM ayant fait l'objet d'une convergence totale en 2010

#### **Etape 2 :** Prise en compte d'un **volume suffisant**

→ Sélection des GHM ayant au moins **1000 séjours** dans la base 2009

+ part de marché « équilibrée » (au moins 20% dans l'un des deux secteurs)

#### **Etape 3 :** Analyse statistique portant sur la DMS

→ Classer les GHM

#### **Etape 4 :**

Ajout à cette liste les GHM en J, T0 et séances (y compris dialyse)

#### **Etape 5 :**

Parmi les GHM sélectionnés, sont identifiés (flag) :

- GHM dont la fiabilité de la mesure du coût (pour chaque secteur) est jugée faible
- GHM en J (cf. incitation à la chirurgie ambulatoire)
- GHM en T ayant un taux de transfert important
- GHM ayant fait l'objet de contrainte repères (avec identification des GHM entrant dans le champ des plans de santé publique)
- GHM impactés par l'application du coefficient de HT

#### **Etape 6 :**

Elaboration d'une liste prenant ou non en compte les flags

Il convient de noter qu'il est envisagé sur cette liste de mettre en place des contrôles de cohérence :

- d'un point de vue médicale (objectif : vérifier que les GHM candidats ne sont pas incohérents médicalement)
- d'un point économique (vérifier les données de coûts, notamment l'ERE)

### Convergence ciblée 3/4

#### ▪ Méthode de sélection :

Cf. présentation du 31 janvier au groupe évolution du modèle (étape 4)

#### ➤ 348 GHM pré-sélectionnés avec exclusions de certains GHM :

- ✓ CMD 14 et 15 ;
- ✓ GHM totalement convergents en 2010 ;
- ✓ activités soumises à politiques publiques (chirurgie ambu, cancer, soins palliatifs, AVC, activités lourdes).

#### ➤ Répartition en 5 classes de GHM en fonction de l'hétérogénéité de la durée moyenne de séjours et de l'écart de DMS entre les deux secteurs

- ✓ Classe 0 et 1 : peu hétérogène
- ✓ Classe 5 : très hétérogène



## Convergence ciblée 4/4

Étapes 5 et 6 : passage à 193 GHM avec contrôle cohérence notamment sur :

- ✓ de plus de 1 000 séjours (base 2009)
- ✓ ayant une part de marché d'au moins 20% dans l'un des deux secteurs
- ✓ ERE < 30

▪ **Taux de convergence** : application d'un taux différencié selon les classes

Classe	Nombre GHM	Taux de convergence
0	37	35%
1	15	35%
2	51	32%
3	27	28%
4	22	19%
5	41	10%
<b>Total</b>	<b>193</b>	

## Maintien des politiques de santé publique

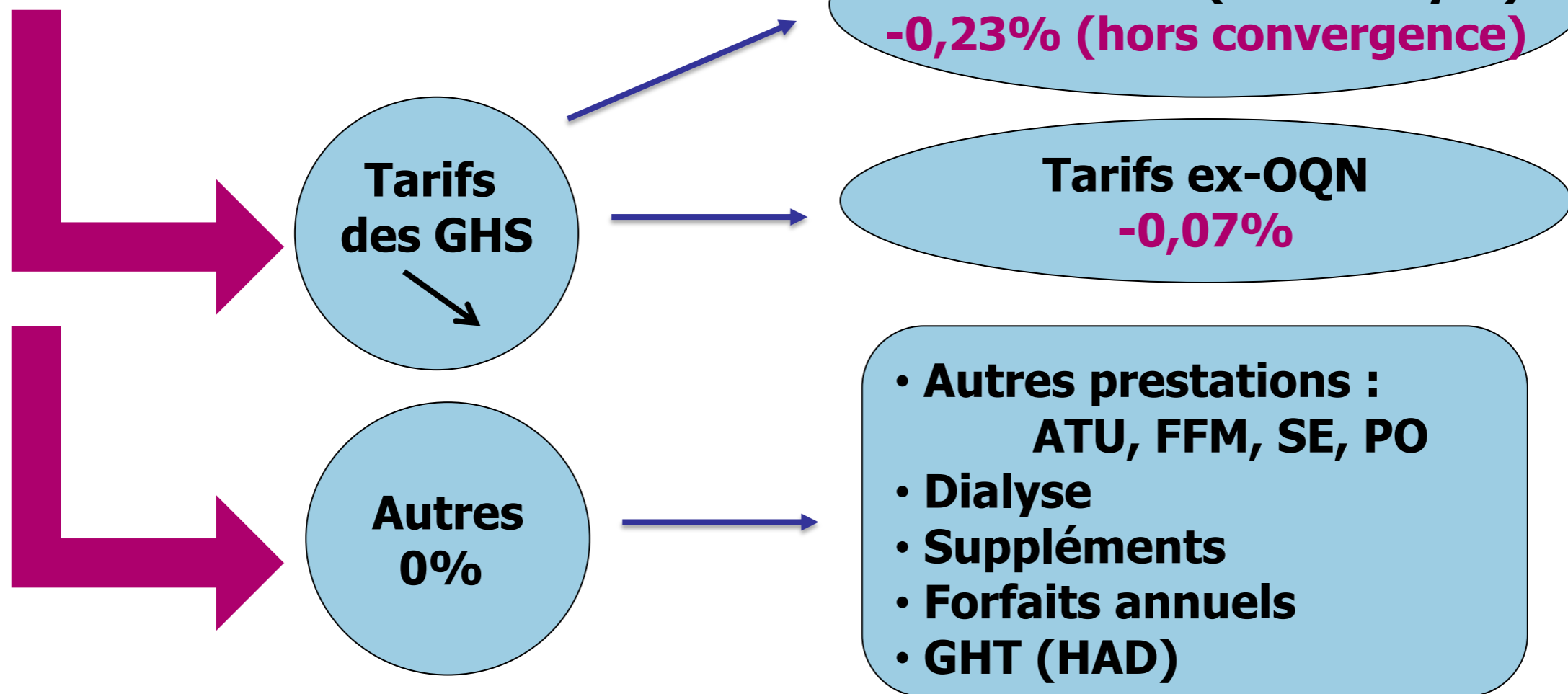
- **AVC et Activités lourdes** : stabilité des tarifs.
- **Soins palliatifs** :
  - pour les ex-DG : stabilité des tarifs ;
  - pour les ex-OQN : revalorisation des tarifs à hauteur de leurs coûts ajustés
- **Cancer** :
  - **Secteur ex-DG** :
    - Baisse du tarif de chimiothérapie
    - Hausse de 3 GHM d'hospitalisation complète
  - **Secteur ex-OQN** :
    - Baisse du tarif de chimiothérapie
    - Hausse de 43 GHM d'hospitalisation complète

### Radiothérapie

- **Principe** : évolutions de classification à enveloppe constante.
  
- **Mise en œuvre** :
  - Revalorisation des tarifs de RCMI et de préparation à l'irradiation ;
  - Diminution des tarifs de séance
  
- **Campagne 2012** : évolution des tarifs des GHS de radiothérapie pour :
  - mettre en cohérence la tarification des GHM avec la CCAM tarifante ;
  - assurer une meilleure adéquation de l'offre aux besoins de radiothérapie (suppression de tarifs pour machine obsolète...)

# Taux d'évolution campagne 2011

## Taux d'évolution



NB: Pour les tarifs ex-DG des GHM convergents à 100% en 2010

↪ application taux ex-OQN

**Convergence intra sectorielle**

Taux de modulation de **100 %**

↪ coefficient fixé à 1 dès cette année.

# Evolution des MIGAC

# Rééquilibrage des MIG à caractère régional

- Groupe de travail associant les représentants de 6 ARS.
- Modification de la liste des MIGCR avec le retrait de 4 MERRI (Centres de ressources biologiques; Télé-enseignement et téléformation; Médicaments bénéficiant d'une ATU, Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire ) et ajout de 2 MIG (CR de pharmacovigilance et CEI sur la pharmacodépendance, Registres à caractère épidémiologiques).
- Révision des modalités de redéploiement: pondération du critère populationnel par un indicateur d'état de santé (taux standardisé de mortalité).

# Rééquilibrage des marges de manœuvre AC

- Même critère qu'en 2010 pour établir la sur ou sous-dotation régionale: part de la dotation AC - hors crédits d'investissements nationaux - dans les recettes MCO.
- **Critère** : poids de la AC dans les ressources MCO  $> 2.95\%$  (moyenne nationale à  $2.78\%$ )
- **9 régions sur-dotées** : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Ile-de-France, Lorraine, Haute-Normandie, Picardie, Rhône-Alpes.
- Effort d'économies sur les MIGAC prévu pour 2011 = **54M€** (63M€ en 2010).
- **Proposition**:
  - Imputer 27M€ d'économies au prorata de la marge de manœuvre de chaque région (hors H07, H12 et engagements nationaux)
  - Imputer 27M€ uniquement sur les régions les mieux dotées (28 M€ en 2010).

-Evolutions présentées lors de réunions spécifiques :

- **MIG « qualité des soins en cancérologie »**
- **MERRI Internes**

- **Surcoûts des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires**

- Délégation aux 15 CHU qui comportent des CSERD ;
- Allocation sur la base des données d'activité (actes et consultations externes) et des analyses du rapport CGES qui ont permis de chiffrer un taux de passages lourds et un surcoût moyen par passage.

- **MIG « Précarité »** : reconduction des dotations 2010 afin de permettre aux établissements de déployer des projets dans la durée, et d'apprécier la pertinence d'une approche complémentaire de type géo-populationnelle pour 2012.



# Permanence des soins en établissement de santé

# 2011, une année de transition...

... avant la mise en œuvre en 2012 des schémas cibles de PDS une fois les SROS-PRS arrêtés

## Préalable: un diagnostic partagé à réaliser en 2011

Etat des lieux précis des besoins et des ressources médicales disponibles, dans une approche concertée:

- **Maquette d'enquête des ressources médicales disponibles** harmonisée et proposée au niveau national (instruction CNP 2011-31 du 11 février 2011, afin de pouvoir disposer de données comparables entre elles (données d'activité par plage horaire, types de lignes de permanence, types de spécialités retenues, statut des ES et nombre de praticiens impliqués...));
- **Analyse** des possibilités de mutualisation, d'évolution des types de lignes notamment au regard de l'activité constatée en période de nuit profonde (astreinte versus garde).

... avant la mise en œuvre en 2012 des schémas cibles de PDS une fois les SROS-PRS arrêtés

**Enquête gardes et astreintes médicales au titre de l'activité MCO**

- **La maquette a été soumise à concertation aux fédérations hospitalières, conférences et syndicats de médecins libéraux.**
- **Elle a également été soumise pour avis à 5 ARS (ARS d'Alsace, d'Ile de France, du Nord Pas-de-Calais, de Provence Alpes Côte d'Azur et des Pays de la Loire).**
  - **Ces 5 ARS ont été invitées à identifier des établissements représentatifs au sein de leur région pour tester le projet de maquette.**

# 2011, une année de transition...

...vers un dispositif de financement unique et fongible de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

- Inclusion des établissements Ex-OQN et des médecins libéraux dans le dispositif de financement sur crédits MIG qui devrait intervenir entre le début et la fin du second semestre 2011 selon les régions;
- Inclusion des ex-POSU dans le dispositif de financement de droit commun de la PDSES.

### ...vers un dispositif de financement unique et fongible de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

- **Concerté au niveau national** (avec les fédérations, conférences, syndicats de médecins libéraux)
- **Sécurisé juridiquement**
  - Révision de l'arrêté MIGAC (ouverture de la MIG PDSES aux ES ex-OQN);
  - Article 3 bis de la PPL Fourcade visant à garantir une indemnisation homogène des médecins libéraux participant à la PDSES;
  - Projet de contrat type établissement / médecin libéral (pour prévenir le risque de requalification en salariat);
  - Articulation entre le versement de la MIG aux ES ex-OQN et les associations de recouvrement d'honoraires par établissement.

## 2011, une année de transition...

### ...vers un dispositif de PDSES optimisé

- **Effort d'optimisation du dispositif de PDSES dès 2011**
  - À hauteur de 60M€ soit 7,21% d'effort d'économie par région
  - Enveloppe 2011: 772,5 M€
- **Modalités d'allocation de la MIG PDSES par région**  
**(MIG PDSH + MIG équivalent CPP + MIG ex-POSU) de la région \* 92,79%**
- **Possibilités de redéploiements infrarégionaux renforcées en 2011**
  - Taux de modulation maximum à la baisse par établissement porté en 2011 à 50% du montant alloué en N-1 (en MIG ou crédits CPP)

**Campagne 2011**

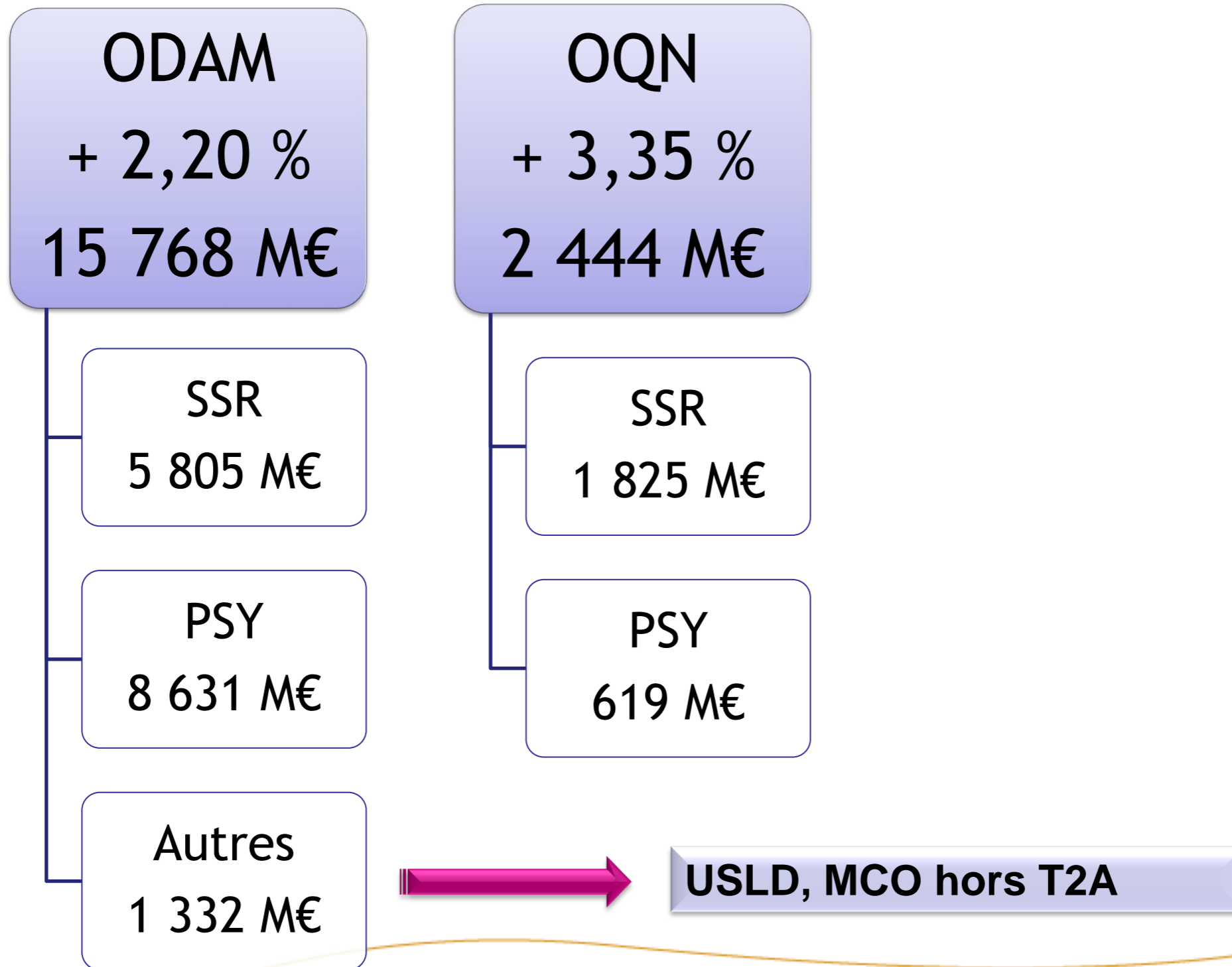
**SSR, psychiatrie et  
USLD**

# Distinction des dépenses SSR et PSY au sein de l'ODAM et de l'OQN (article 70 LFSS pour 2011)

- Les arrêtés annuels fixant le montant global de l'OQN et de l'ODAM préciseront désormais les montants afférents à la psychiatrie et au SSR ;
- Permet une meilleure information de la construction des deux objectifs de dépenses (OQN/ODAM), sans toutefois les scinder ;
- Préalable nécessaire aux travaux menés dans le cadre de la T2A en SSR, puis en psychiatrie, avec la mise en place, à terme, d'un objectif commun de dépenses par type d'activités.



# La détermination des objectifs de dépenses ODAM et OQN 2011



- Le taux d'évolution de la DAF SSR : 2,03%
- Le taux d'évolution moyen des tarifs du secteur sous OQN : + 0,51%
- Le principe de modulation par l'indice « IVA » : reconduction de la politique de modulation menée en 2010, sur son principe :
  - ➔ Secteur sous DAF : taux de modulation de 5 % sur la base SSR
  - ➔ Secteur sous OQN : modulation de l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs SSR

Avec une application nouvelle pour le secteur sous OQN, afin d'encourager le rapprochement des établissements dont l'indice est inférieur à 1 :

- ➔ Pour les établissements dont l'indice de modulation  $> 1$  : taux d'évolution moyen des tarifs de 0%
- ➔ Pour les établissements dont l'indice de modulation  $< 1$  : modulation de la marge disponible en fonction du positionnement de chaque établissement, induit par l'indice « IVA ».

# SSR : L'application de la modulation au niveau régional

Les ARS déterminent le montant de la dotation et des tarifs de chaque établissement, dans le respect de leur dotation ou de leur taux d'évolution moyen régional ;

Elles sont destinataires des règles de modulation nationales qui ont prévalu pour moduler le taux entre les régions :

➤ **A cette occasion :**

- il est recommandé d'appliquer en priorité les règles de modulation retenues au niveau national ;
- il est rappelé qu'une attention particulière doit être portée aux situations spécifiques de certains établissements au sein de chaque région, qui peuvent conduire à déroger aux règles de modulation nationales.

# Campagne champ psychiatrie 2011

- Le taux d'évolution de la DAF psychiatrie : 2,31%
- Le taux d'évolution moyen des tarifs du secteur sous OQN : + 0,93%
- L'allocation de ressources à chaque secteur (DAF et OQN) :
  - ✓ Pour le secteur OQN : fixation d'un taux **uniforme** pour l'ensemble des régions, dans la mesure où le taux d'évolution moyen des tarifs est insuffisant pour justifier d'une modulation permettant de réduire les inégalités tarifaires au niveau national, en l'absence d'un modèle construit.
    - ➔ Mais possibilité d'une modulation intra-régionale
  - ✓ Pour le secteur sous DAF : la répartition tiendra compte, d'une part, des bases consolidées correspondant aux mesures allouées en 2010, et d'autre part, de l'affectation des mesures nouvelles obtenues dans le cadre de la LFSS pour 2011 et réparties en fonction de leur objet.

- La campagne 2011 caractérisée par la poursuite du processus de convergence : le taux est fixé à **16,66 %** pour 2011
  - ➔ Mise à disposition, dès la première circulaire de campagne, des crédits issus de la convergence afin d'adapter, le cas échéant, le rythme de convergence des établissements « sur-dotés » (par application de l'arrêté du 8 décembre 2010).
- **Revalorisation des dotations** : poursuite du mécanisme de revalorisation des dotations par application de la valeur du point servant au calcul du tarif plafond.
- **Coupe PATHOS** : une nouvelle coupe PATHOS sera réalisée en 2011 pour actualiser les données servant au calcul du nombre de point GMPS