



Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1)

Personne chargée du dossier :

Vedrana PAJEVIC

E-mail : vedrana.pajevic@sante.gouv.fr

Téléphone : 01 40 56 73 71

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

La ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2014/XXXX du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé

Date d'application : Immédiate

NOR :

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 24 mars 2014 - Visa CNP 2014-53

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé

Mots-clés : hôpital – clinique – établissements de santé – tarification à l'activité – dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – dotation annuelle de financement – agences régionales de santé

Textes de référence :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-13, L.174-1, L.174-1-1, D.162-6 à D.162-8, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et R.174-2 ;
- Code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et

suivants ;

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifié ;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;
- Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 29 octobre 2008 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 portant détermination pour 2014 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 24 février 2014 fixant pour l'année 2014 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 28 mars 2014 fixant pour l'année 2014 les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation ;

Annexes :

Annexe IA : Montants régionaux MIGAC ;
Annexe IB : Montants régionaux DAF ;
Annexe IC : Montants régionaux USLD ;
Annexe II : Mesures catégorielles et salariales ;
Annexe III : Plans et mesures de santé publique ;
Annexe IV : Evolution des MIG pour 2014 ;
Annexe V : Modes de délégation MIG ;
Annexe VI : Mesures ciblées SSR et USLD ;
Annexe VII : Investissements hospitaliers ;
Annexe VIII : Innovation et recherche ;
Annexe IX : Méthodologie de répartition des mises en réserve ;
Annexe X : Autres.

Diffusion : Les établissements sous votre tutelle doivent être destinataires de cette circulaire selon le dispositif existant au niveau régional.

L'ONDAM établissements de santé pour 2014 est porté à **75,5Md€**, en progression de **2,3%** par rapport à 2013. Cette évolution représente **1,7Md€** de moyens budgétaires supplémentaires d'une année sur l'autre. Une telle progression constitue un effort très important en faveur des établissements de santé.

Dans le cadre de la présente circulaire, **21,5Md€** vous sont alloués (dont 5,4Md€ en MIGAC, 15,1Md€ en DAF et 1Md€ en DAF USLD) ce qui représente **94,6%** du montant global des dotations pour 2014.

Les délégations relatives à cette première circulaire (toutes enveloppes confondues) se décomposent de la manière suivante :

- **17,95Md€** au titre de vos bases régionales ;
- **3,29Md€** au titre de mesures 2014 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;
- **0,26Md€** au titre de l'ensemble des autres mesures 2014.

Ces mesures nouvelles se déclinent selon les grandes catégories suivantes : mesures salariales et catégorielles, plans et mesures de santé publique, investissements hospitaliers, recherche et innovation ... dont vous trouverez le détail au sein des différentes annexes thématiques.

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2014 en MCO

En parallèle de ces délégations de crédits, les tarifs des établissements de santé MCO ont également été fixés pour 2014 et publiés au journal officiel du 28 février dernier.

Dans la continuité de la campagne 2013, la construction de ces tarifs est fondée sur une anticipation réaliste de l'augmentation des volumes d'activité. Elle reste proche de la tendance observée au sein de chaque secteur hospitalier, tout en respectant la prudence nécessaire au respect de l'ONDAM. Ainsi, les prévisions d'activité des établissements de santé ont été estimées pour 2014 à +2,8% dans le secteur public et à +2% dans le secteur privé.

S'agissant des établissements publics et privés d'intérêt collectif (secteur ex-DG), la volonté de renforcer le service public hospitalier a conduit à reconduire la moyenne des tarifs de l'année 2013 hors coefficient prudentiel. S'agissant des établissements privés (secteur ex-QQN), le taux moyen d'évolution des tarifs est de **-0,24%**.

Les mises en réserve prudentielles

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM, et ce en raison du fort dynamisme de l'activité observé depuis quelques années sur le champ des établissements de santé financés à l'activité (MCO et QQN).

Le niveau de ces mises en réserve est identique à celui de 2013, soit **415M€** dont **75M€** sur le FIR et **340M€** sur l'ONDAM établissements de santé répartis comme suit :

- **118M€** via le coefficient prudentiel MCO applicable au premier mars 2014
- **23M€** via le report de deux mois (janvier-février 2014) de l'application du coefficient prudentiel MCO 2013 ;
- **20M€** relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP ;
- **60M€** sur la marge nationale ;
- **119M€** sur les bases régionales DAF.

La répartition inter-régionale des mises en réserve sur les bases DAF régionales est fondée sur une méthodologie dont vous trouverez le détail en annexe IX.

S'agissant du coefficient prudentiel, il a été fixé à hauteur de **-0,35%** pour l'ensemble des établissements de santé et a vocation à constituer une réserve de crédits qui pourra

éventuellement être restituée totalement ou partiellement en fin de campagne 2014, s'il apparaît que le niveau d'activité réel est conforme aux prévisions, comme cela a été le cas en 2013.

La fongibilité DAF et FIR

La LFSS pour 2014 a créé l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale, qui vous octroie une marge de manœuvre supplémentaire, en autorisant sous certaines conditions détaillées en annexe X, une fongibilité entre les enveloppes DAF et FIR, dans la limite de 1% du montant de ces dotations.

Le soutien aux établissements en difficultés

La supervision financière des établissements a été renforcée au niveau régional par la mise en place, d'une part, de comités régionaux de veille active sur la trésorerie des établissements publics de santé, et d'autre part, du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Dans ce domaine, le COPERMO conduit sa mission dans le strict respect du principe de subsidiarité vis-à-vis des ARS, c'est-à-dire en traitant uniquement des situations pour lesquelles une intervention de l'échelon national est absolument nécessaire.

Les premiers résultats témoignent de la capacité de l'ensemble de la communauté hospitalière à conduire les changements nécessaires pour moderniser l'offre de soins. Néanmoins, des situations financières fortement dégradées perdurent pour quelques établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Afin d'accompagner les efforts d'efficience et de restructuration de l'offre de soins engagés par ces établissements, vous veillerez à mobiliser prioritairement les crédits dont vous disposez au sein du Fonds d'intervention régional.

A titre exceptionnel, un accompagnement par des aides nationales à caractère non reconductible pourra être envisagé à la demande expresse des directeurs généraux d'ARS. Le montant de ces aides étant en diminution significative par rapport à l'effort consenti en 2013, vous êtes invités à utiliser vos marges de manœuvre régionales avec la plus extrême prudence et dans un esprit de subsidiarité renforcée des aides nationales.

Les aides nationales seront réservées aux établissements qui formalisent contractuellement leur trajectoire de retour à l'équilibre financier à court terme et qui rencontrent des difficultés de trésorerie.

En cas de reconduction d'une aide nationale exceptionnelle déjà accordée en 2013 à un établissement de santé, l'aide nationale 2014 ne pourra être supérieure à 75% du montant de l'aide nationale accordée en 2013.

L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire figure au rang de priorité nationale en matière d'évolution de l'offre de soins et fait partie du programme de gestion du risque (GDR). L'objectif est de faire de la chirurgie ambulatoire la pratique chirurgicale de référence, en substitution de l'hospitalisation à temps complet, avec pour cible une pratique ambulatoire en chirurgie majoritaire à l'horizon des SROS-PRS fin 2016.

Ainsi, dans le cadre de la campagne tarifaire 2014 et dans la continuité des précédentes campagnes, la politique tarifaire en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire a été intensifiée de façon très significative.

L'incitatif tarifaire en faveur de l'ambulatoire a été fortement renforcé par la généralisation de la politique de « tarif unique » (tarif identique entre l'ambulatoire et le niveau 1 de sévérité en hospitalisation complète) à tous les GHM de chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, la campagne 2014 a également mis en œuvre la suppression des bornes basses de tous les GHM de chirurgie de niveau 1, répondant ainsi à la forte demande des professionnels en ce sens. Cette mesure vise à favoriser le développement des prises en charges innovantes en ambulatoire, ainsi que la diminution des durées de séjours, en évitant les incitations à la prolongation injustifiée des séjours.

Les tarifs journaliers de prestation

Le niveau des tarifs journaliers de prestation (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer.

Dans le cadre de mon engagement relatif à l'accès aux soins, il vous est demandé de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n°2009-213 du 23 février 2009 soient strictement respectées par les établissements de santé. Dans ce cadre, nous vous demandons d'enclencher une baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15% au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées.

Pour les établissements concernés, cette baisse est fixée à 5% du TJP au maximum pour 2014.

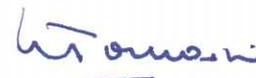
Le contexte budgétaire global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives.

Je souhaite également que la plus grande attention soit portée à la transparence de l'utilisation des moyens alloués, ainsi qu'à la concertation régionale avec les fédérations représentatives des établissements de santé en amont des délégations de crédits. Le respect des formes juridiques préconisées par les guides relatifs aux crédits AC et MIG contribue à cet impératif de transparence et d'impartialité de l'allocation des ressources, tout en sécurisant les actes que vous prenez au nom de l'Etat.

C'est à ces conditions que nous pourrons, ensemble, garantir pour les années à venir, le maintien d'un système de santé performant et accessible à tous.

Je compte sur votre collaboration et vous remercie pour votre action.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé



Marisol TOURAINE