

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de
soins pour les personnes âgées (F2)

La Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Bureau du financement de l'hospitalisation
privée (F3)

à

Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins (F1)

Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre)

DHOS / F2 / N°

Personne chargée du dossier :

Anne-Sophie MOYNIÉ

E-mail : anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr

Téléphone : 01 40 56 50 11

Télécopie : 01 40 56 50 10

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour information)

**Sous-direction du financement
du système de soins**

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/XXX du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire
2008 des établissements de santé.

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

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

Textes de références :

- 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 modifiée et notamment son article 33 ;
- Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment son article 62 ;
- Décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004, modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale ;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;
- Arrêté du 27 décembre 2004 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007 ;
- 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 26 octobre 2006 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 23 mars 2007 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Annexes :

Annexe I.1 : montants régionaux MIGAC

Annexe I.2 : montants régionaux DAF

Annexe I.3 : montants régionaux DAF/USLD
Annexe II : modalités de fixation des éléments de tarification
Annexe III : financements des charges liées aux mesures de santé publique
Annexe IV : financements des charges de personnel
Annexe V : soutien au progrès médical

Des prestations de soins de qualité dispensées par des établissements de santé plus efficaces, tel est l'objectif que je vous fixe et vers lequel doivent tendre les ressources et instruments mis en œuvre dans le cadre de la campagne tarifaire 2008. Le nouveau plan Hôpital 2012 traduit cette volonté en donnant la priorité aux projets d'investissement, efficaces et soutenables financièrement notamment dans les domaines immobilier ou des systèmes d'information, et concentrés sur les établissements de santé, publics et privés, stratégiques pour l'avenir.

L'année 2008 représente par ailleurs une étape décisive dans la politique de financement des établissements de santé. A mi-parcours de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité, les nouvelles modalités de transition introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 confirment la volonté du Gouvernement de poursuivre résolument cette réforme destinée à apporter aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement.

Le Parlement a fixé le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 152 milliards d'euros pour l'année 2008. Au sein de cet objectif, les dépenses régulées relatives aux établissements de santé s'élèvent à 66,816 milliards d'euros, soit une progression de + 3,18 % par rapport à 2007, ce qui représente un effort significatif en faveur de ce secteur.

1. La progression de la part hospitalière de l'ONDAM permet de financer l'adaptation des établissements de santé à l'évolution des besoins de santé

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses régulées des établissements de santé hors FMESPP progressent globalement de 3,31%, soit :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 2,8 % (42,226 milliards d'euros) ;
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 6,1 % (6,609 milliards d'euros) ;
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 3,5 % (15,678 milliards d'euros), dont 1,375 milliards d'euros pour les USLD ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 4,5 % (2,002 milliards d'euros).

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, l'objectif d'économies supplémentaires pour les établissements de santé en 2008 est fixé à 287 millions d'euros. Comme l'an passé, ces économies portent sur l'ensemble des objectifs et dotations y compris sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Elles sont réparties en fonction du poids relatif des différents objectifs et dotations.

2. Une politique de santé publique renouvelée doit répondre aux enjeux démographiques et sanitaires

Des moyens sont consacrés en 2008 à l'impulsion de nouvelles politiques de santé publique et à la poursuite de programmes engagés au cours des années précédentes.

Le Président de la République a présenté le plan Alzheimer le 1^{er} février 2008. Les établissements de santé participeront à la mise en œuvre de plusieurs objectifs de ce plan : l'amélioration de l'accès au diagnostic et l'optimisation du parcours de soins ; l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie ; le développement de la recherche et la promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique. Le volet hospitalier de cette priorité nationale de santé publique bénéficiera d'une enveloppe de 25 millions d'euros en 2008.

Le Président de la République a fixé un objectif de doublement en 5 ans des capacités d'accueil des patients en fin de vie. L'ensemble des mesures indispensables à l'amélioration de la gradation des soins et au développement des filières, à la diffusion de la culture de l'accompagnement de la fin de vie vont être annoncées très prochainement. 37 M€ de moyens nouveaux (hors financement des réseaux) sont prévus pour le développement des prises en charge en soins palliatifs en 2008. La présente circulaire met dès maintenant à votre disposition les crédits de dotation.

Parallèlement, les politiques de santé publique initiées antérieurement sont confortées : plan cancer, plan de solidarité grand âge, plan de santé mentale, plan urgences, plan de lutte contre les addictions. Les dispositions contenues dans ces programmes permettent de relever quatre défis :

- le premier vise à faire face **aux conséquences du vieillissement de la population**. L'identification du séjour gériatrique, la création d'hôpitaux de jour gériatriques, le développement des équipes mobiles de gériatrie, la redéfinition des soins de longue durée contribuent à cet objectif ;
- le deuxième consiste à **poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** avec, entre autres, le développement des soins palliatifs, la sécurité des soins de radiothérapie, l'environnement psychologique autour de la naissance, la lutte contre les infections nosocomiales, la mise aux normes de la réanimation pédiatrique, la prise en charge des patients atteints de maladies rares...
- le troisième est de **fluidifier les filières de prise en charge des patients** : l'accueil aux urgences, le recentrage des services de court séjour sur les soins aigus, le développement des filières d'aval (SSR, renforcement de la permanence médicale dans les hôpitaux locaux...), sans oublier le renforcement de l'offre de soins en santé mentale ;
- le quatrième réside dans le **développement de la recherche**, notamment en soutenant les équipes de recherche clinique animées à l'échelon interrégional.

Les politiques de santé publique déployées dans les établissements de santé bénéficient d'un financement de 449 millions d'euros en 2008 en tarifs et dotations. Ces programmes et plans de santé publique sont financés, selon les actions concernées, par les tarifs ou par dotations fléchées (soit un montant de 202 millions d'euros délégué par la présente circulaire). Tous les établissements y sont éligibles, qu'ils soient publics ou privés (voir présentation détaillée des mesures en annexe III).

3. Les nouvelles modalités de transition confortent la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité

3.1. Le passage à 100% de la fraction tarifaire financée à l'activité donnera aux établissements de santé antérieurement financés par dotation globale les moyens d'adapter leur offre de soins

La LFSS 2008 fait évoluer le dispositif transitoire de montée en charge de la tarification à l'activité dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. L'objectif est de permettre aux établissements dynamiques de profiter pleinement de leur croissance et de favoriser par un financement intégral de leur activité, l'émergence de nouvelles prises en charge notamment en application des plans de santé publique. Dans ce but, la dotation annuelle complémentaire est supprimée. L'activité est désormais valorisée à 100% par les tarifs avec application d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement.

Le coefficient de transition garantit, avant toute convergence, la neutralité de l'application de la T2A 100% dans le calcul des recettes. Ainsi chaque établissement est assuré d'une égalité entre, d'une part, le montant des ressources assurance maladie estimées pour l'année 2007 et déterminées selon le mode de tarification prévalant en 2007 et, d'autre part, les recettes calculées selon les modalités qui entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2008, toutes choses égales par ailleurs. Calculés une fois pour toutes, ces coefficients de transition seront ensuite soumis aux règles de convergence afin qu'ils aient tous la valeur 1 au plus tard en 2012.

Cette réforme aura un double impact sur chaque établissement de santé antérieurement financé par dotation globale. Il s'agit, d'une part, des effets de la convergence intra-sectorielle sur les recettes de l'établissement. Les établissements de santé, dont le coefficient de transition est inférieur à 1 sont ainsi gagnants à la tarification à l'activité. Les autres devront réaliser, d'ici 2012, des gains de productivité pour compenser les pertes de ressources liées à la convergence. D'autre part, le

financement à 100% par des tarifs apportera aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement, lequel doit bien sûr s'inscrire pleinement dans la politique régionale de l'offre de soins. Inversement, il mettra en évidence les besoins de réorganisation pour les établissements qui connaissent une perte ou une stagnation d'activité. L'évolution des recettes ici évoquée est bien sûr à mettre en regard de l'évolution des charges. **Outre un nécessaire effort de pédagogie de votre part en direction des acteurs du monde hospitalier, je vous demande de suivre très attentivement la situation de chaque établissement afin d'accompagner contractuellement ceux qui rencontreront des difficultés d'adaptation.**

Je vous rappelle que le passage à un financement à l'activité à 100% a nécessité la modification, avec effet au 1er janvier 2008 et à titre exceptionnel, des tarifs des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. L'ajustement technique opéré a consisté à ramener ces tarifs à leur niveau réel (soit -3,7%) afin de corriger les distorsions introduites en 2006 et 2007 par l'affectation des mesures nouvelles essentiellement sur les tarifs. Je vous demande de confirmer que cette mesure est neutre pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale dans la mesure où elle leur apporte le même niveau de ressources, à activité constante.

Il convient également de signaler que l'arrêté du 23 janvier 2008 et la circulaire interministérielle n°11 du 16 janvier 2008 ont mis en place un système d'avances de l'assurance maladie basées sur la DAC 2007 et destinées à compenser pour les deux premiers mois de l'année 2008 les effets du passage à un financement à l'activité à 100% sur la trésorerie des établissements de santé .

3.2. Un rythme soutenu de convergence des coefficients de transition des établissements de santé

3.2.1. Un taux de convergence des coefficients de transition fixé à 30% pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Dans le souci de maintenir la dynamique de la réforme engagée depuis 2004, j'ai décidé, pour la campagne 2008, de fixer à 30% le taux moyen régional de convergence des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. Ce taux correspond pour les établissements à l'équivalent du passage d'une fraction tarifaire de 50% à 65% avec l'ancien dispositif de convergence. Conformément aux dispositions du décret du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, vous appliquerez ce taux de convergence uniformément à tous les établissements de santé concernés.

3.2.2. La convergence des coefficients de transition des établissements de santé ex-OQN

Le processus de convergence conduit à retenir un taux moyen régional de 25 % pour la campagne 2008, soit un quart de l'effort de convergence, ce qui correspond à une convergence linéaire identique au rythme de convergence des années précédentes.

En application des dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié et de l'article 7 du décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié, l'arrêté tarifaire fixe un taux moyen régional de convergence unique pour toutes les régions qui s'applique, d'une part, aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est inférieure à 1 (établissements dits « sous-dotés ») et, d'autre part, aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1 (établissements dits « sur-dotés »). Comme les années précédentes, il vous est possible d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national en accordant aux établissements « sous-dotés » une masse financière supplémentaire prélevée sur les établissements « sur-dotés » dans le respect de l'enveloppe théorique régionale.

4. La campagne tarifaire 2008 poursuit un double objectif d'accompagnement du développement de l'activité des établissements de santé et d'incitation à la recherche d'efficience

4.1 Hors mesures ciblées, les tarifs augmentent de 0,50% au 1^{er} mars 2008 pour les deux secteurs

L'ODMCO progresse de 2,78%, ce qui permet de dégager une marge tarifaire de 1,143 milliard d'euros.

Les tarifs applicables à partir du 1^{er} mars 2008 intègrent toute la marge de progression de l'ODMCO après constitution de provisions pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations. Ces provisions ont été réalisées en retenant une hypothèse d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et une prévision d'augmentation de 10% pour les dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

En conséquence, l'évolution des tarifs MCO est de 0,50 % à compter du 1^{er} mars 2008 pour chacun des secteurs.

Par ailleurs, certaines activités font l'objet d'évolutions différenciées :

- le développement de l'activité d'hospitalisation à domicile, conformément aux objectifs du gouvernement, sera poursuivi et accompagné financièrement ; les tarifs quant à eux sont maintenus au niveau de 2007 tant pour les établissements publics que privés ;
- les tarifs applicables pour les interruptions volontaires de grossesse chirurgicales sont majorés de 20% pour les deux secteurs ;
- le développement de la dialyse hors centre est encouragé par une progression des tarifs de dialyse péritonéale (DPA et DPCA) qui augmentent de 2% ; les tarifs de dialyse en centre augmentent pour leur part de 0,3% ;
- pour les établissements ex-OQN, un effort important de revalorisation des tarifs des GHS de nouveau-nés de plus de 2,5 kg est réalisé ; ces derniers augmentent de 24,3% ;
- pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, dans le prolongement du processus engagé en 2007, une diminution, en fonction du degré de similitude dans la prise en charge médicale, des tarifs d'hospitalisation complète de courte durée qui convergent vers ceux de chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, des mesures tarifaires très ciblées, liées au changement de classification, sont auto-financées (scission de GHM).

4.2. L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire

Alors que des enquêtes montrent un taux de satisfaction élevé en matière de recours à la chirurgie ambulatoire, la France reste en retard par rapport aux autres pays de l'OCDE et la diffusion de ce type d'intervention se caractérise par son hétérogénéité entre secteur public et privé ainsi qu'entre régions. Pourtant, la substitution entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire est porteuse de gains d'efficacité comme l'a mise en évidence le rapport de la MEAH rendu en avril 2007.

Je souhaite que le développement de la chirurgie ambulatoire prenne un réel essor dès 2008 et aux cours des années suivantes, pour atteindre un niveau comparable aux pays qui sont en pointe dans ce domaine. C'est pourquoi j'ai décidé de diminuer le tarif de l'hospitalisation complète pour le faire converger vers le tarif de l'hospitalisation courte. Je suis convaincue que cette mesure sera très incitative. Vous recevrez dans les prochaines semaines, un objectif pluriannuel de développement de la chirurgie ambulatoire pour votre région dont je vous demanderai de rendre compte périodiquement de la réalisation.

Je vous demande d'accompagner les établissements de santé dans cette démarche en mobilisant tous les outils et procédures qui sont à votre disposition (audit, programme d'investissement...). En présence d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu donner lieu à des prises en charge en ambulatoire, je vous rappelle que le nouvel article L. 162-1.17 du code de la sécurité sociale vous permet de subordonner à une procédure d'accord préalable la prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation.

4.3. Les mesures relatives aux établissements ex-OQN

4.3.1 L'évolution du coefficient de haute technicité

Outil de la transition attribué aux établissements de santé privés titulaires, avant le 1^{er} janvier 2005, de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux (SPC), en vertu des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978, le coefficient de haute technicité est un instrument financier dont l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit la disparition progressive d'ici 2012. En application de cet article, j'ai décidé de réduire de moitié sa valeur à compter du 1^{er} mars 2008.

En 2008, la réduction de moitié de la valeur du coefficient de haute technicité s'accompagne du versement à chaque établissement d'un montant équivalent à 50% de la valeur du forfait annuel de haute technicité, calculé selon les modalités décrites en annexe II.

Pour mettre en place ce dispositif, il vous est demandé de valider avec chaque établissement le niveau de l'activité 2006, année de référence pour le calcul de l'outil de transition. Je vous rappelle par ailleurs qu'il est nécessaire de fixer la nouvelle valeur du coefficient dans l'avenant tarifaire de l'établissement et qu'il vous appartient de notifier le montant du forfait annuel de haute technicité par arrêté.

Ce forfait annuel de haute technicité est versé par douzième à compter du 1^{er} mars 2008 dans des conditions similaires à celles qui s'appliquent au forfait annuel d'urgence.

Les conditions de transition pour les années 2009 à 2012 sont décrites en annexe II.

4.3.2 La prorogation du droit d'option pour les suppléments de réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Les dispositions de l'arrêté du 27 février 2007 ouvraient aux établissements de santé privés ex-OQN éligibles aux suppléments SRA / SSC la possibilité de choisir entre la facturation des suppléments transitoires (SRA – SSC) et celle des suppléments cibles (STF - SRC) en cas de reconnaissance d'une activité de soins intensifs ou de surveillance continue.

Compte tenu de l'état des reconnaissances d'activités en soins intensifs ou surveillance continue sur le territoire et de l'avancement des travaux entre experts sur la surveillance continue, j'ai décidé de proroger exceptionnellement d'une année ce droit d'option.

Pour mettre à profit cette année, je recommande à celles ou ceux d'entre vous qui ne l'auraient pas fait de procéder aux reconnaissances contractuelles en soins intensifs et / ou surveillance continue.

5. L'augmentation de la dotation nationale de financement des MIGAC accompagne la montée en charge de la tarification à l'activité et la mise en œuvre des plans de santé publique

5.1. Un financement plus juste et plus incitatif des MERRI

La campagne 2008 verra la première phase de mise en œuvre du nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Celui-ci a pour objectif d'inciter au développement d'une recherche de qualité, d'être plus juste et de favoriser la valorisation de l'innovation. Le financement des MERRI est dorénavant partagé en trois compartiments : un socle fixe (40%), une part modulable ajustée selon des indicateurs représentatifs de l'activité d'enseignement et de recherche (50%) et une part variable allouée par appel à projets (10%). Les effets de ce nouveau modèle de financement sont étalés sur quatre ans : 15% en 2008, puis 35% en 2009, 65% en 2010, 100% en 2011. Le modèle de financement évoluera dès 2009 pour prendre en compte de nouveaux indicateurs.

Dans le cadre de l'accompagnement de cette réforme et afin de développer l'incitation à la recherche dans les établissements de santé, j'ai décidé d'augmenter de manière significative dès cette année, les crédits alloués sur appels à projets - programmes hospitaliers de recherche clinique et soutien aux techniques innovantes et coûteuses - pour un montant de 7M€, ce qui porte le montant à 119 millions d'euros annuels.

5.2. Une augmentation de l'enveloppe d'aide à la contractualisation afin d'accompagner les restructurations

Comme en 2006 et 2007, j'ai décidé d'augmenter de manière significative le montant des aides à la contractualisation afin de renforcer vos marges de manœuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements de votre région. Le taux de croissance de l'ONDAM voté par le Parlement a permis d'abonder de 105 millions d'euros vos enveloppes d'aide à la contractualisation, dont 82 millions d'euros pour les activités de court séjour (MIGAC) et 22 millions d'euros pour les activités de soins de suite, de psychiatrie et pour les hôpitaux locaux.

J'attire votre attention sur le fait que l'enveloppe d'aide à la contractualisation ne pourra pas à l'avenir être augmentée sans limite. En effet, la réforme du financement à l'activité, dans le cadre du dialogue entre tutelle et établissements, doit permettre à ces derniers de procéder aux adaptations nécessaires de la structure de leur activité et de leurs dépenses. Toutefois, j'ai conscience que ces adaptations prennent du temps et que la réforme est encore en cours. Dans ce contexte, l'aide à la contractualisation doit être considérée comme une aide temporaire qui, pour être efficace, doit atteindre un niveau minimal. C'est pourquoi, la moitié de l'abondement 2008 est allouée au prorata de la population et l'autre moitié aux douze régions dont les marges de manœuvre sont les plus faibles proportionnellement aux ressources MCO. De plus, des moyens supplémentaires sont attribués aux départements d'outre-mer.

Je vous demande d'utiliser votre marge de manœuvre à titre non reconductible, afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre et pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins. L'attribution de crédits d'aide à la contractualisation est strictement subordonnée à la signature d'un avenant au contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens avec, le cas échéant, un plan de redressement qui fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier : il ne peut s'agir de combler artificiellement les déséquilibres financiers. Je serai attentive à l'utilisation qui sera faite de ces ressources.

Par ailleurs, une aide exceptionnelle de 19 millions d'euros est déléguée pour accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre. Vous attribuerez ces crédits aux établissements confrontés à des difficultés structurelles liées à l'adaptation aux contraintes de coût spécifiques qu'ils rencontrent et à la recherche du positionnement stratégique adéquat dans l'offre de soins territoriale. Cette aide sera dégressive pendant la durée de la convergence intrasectorielle et ne préjuge pas de l'attribution de financements au titre de votre marge de manœuvre régionale selon les modalités générales définies dans le cadre de la présente circulaire budgétaire.

Dans le prolongement de la campagne 2007, je vous demande de porter une attention particulière à la situation des établissements ex OQN qui exercent une activité d'obstétrique.

Dans certaines zones, un soutien ponctuel et non reconductible peut également être accordé à des cliniques exceptionnellement isolées géographiquement. Il s'agit plus particulièrement des cliniques éloignées d'établissements de santé publics ou privés accomplissant une mission de soins similaire, pour laquelle vous considérez qu'elles jouent un rôle spécifique dans l'offre de soins territoriale au travers, par exemple, d'une concession de service public ou d'un service d'accueil et de permanence des soins 24h/24.

De même, vous veillerez à la situation des établissements anciennement POSU qui ne sont plus autorisés en tant que structures d'urgences.

Dans le cadre de la mise en œuvre des SROS, vous pourrez enfin accompagner certains établissements au regard des conséquences liées aux autorisations ou aux reconnaissances contractuelles en matière de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

J'attire tout particulièrement votre attention sur la plus grande transparence qui s'impose à vous en matière d'attribution de dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Le recours à la procédure d'appels à projets doit être privilégié dès lors que les financements sont liés à une prestation de service, notamment pour certaines missions d'intérêt général. Je vous rappelle en effet que tous les établissements publics ou privés ont vocation à obtenir des dotations de financement des MIGAC. Un bilan de la contractualisation sur les missions d'intérêt général (annexe des CPOM) sera réalisé dans le courant de l'année 2008.

En vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque MIG puisse être contractualisée par un montant fixé avec le souci de l'équité, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus.

6. L'évolution significative des moyens affectés à l'ODAM et à l'OQN est destinée à accompagner le vieillissement de la population et à fluidifier les filières de prise en charge

6.1. Une augmentation des dotations annuelles de financement pour renforcer les capacités en soins de suite et de réadaptation et poursuivre la diversification des modes de prise en charge en psychiatrie

Outre les moyens destinés à couvrir l'augmentation des charges de personnel et la hausse du coût des achats, les dotations annuelles de financement progressent de 68 millions d'euros afin d'accompagner l'augmentation de l'activité, les besoins de médicalisation et la diversification des modes de prise en charge, le recours à certains médicaments ou dispositifs médicaux coûteux, tant en psychiatrie qu'en soins de suite et de réadaptation et dans les hôpitaux locaux. Ces moyens permettront également d'accompagner les opérations de restructurations. Vous veillerez à attribuer ces dotations en fonction des objectifs fixés dans le schéma régional d'organisation sanitaire et après analyse de l'évolution de l'activité et des besoins de santé dans les différents territoires de santé.

De plus, des moyens financiers significatifs sont consacrés au développement des soins de suite et de réadaptation. En effet, le développement des structures d'aval est une condition nécessaire pour que le secteur de court séjour se centre sur la prise en charge des patients pendant la phase aiguë, dans la période strictement nécessaire aux investigations de diagnostic et de mise en place des traitements. La dotation annuelle de financement est majorée de 63 millions d'euros pour mettre en œuvre les objectifs inscrits dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les contrats pluriannuels d'objectifs et des moyens. Ce financement s'ajoute aux moyens dégagés pour les structures de SSR dans le cadre du plan urgences, du plan de solidarité grand âge, du plan Alzheimer et du développement des soins palliatifs, soit un montant total supplémentaire de 113 millions d'euros pour les SSR.

6.2. La campagne tarifaire des établissements sous objectif quantifié national (OQN)

La croissance de l'OQN de 85,3 millions d'euros prend en compte la croissance prévisionnelle de l'activité notamment en soins de suite et de réadaptation

Les augmentations tarifaires de ce secteur s'établissent à + 1,2 %, dont + 1 % pour les soins de suite et de réadaptation et + 1,71% pour la psychiatrie afin de dégager les moyens d'une revalorisation tarifaire au profit des établissements engagés dans des démarches qualité contractualisées.

6.3 L'évolution des modèles de financement

Pour les établissements relevant de l'ODAM et de l'OQN, j'attire votre attention sur la nécessaire préparation des établissements à la mise en place - expérimentale dans un premier temps - d'un nouveau modèle de financement à l'activité des soins de suite et de réadaptation. Dans cette perspective, je vous demande de vous assurer de la ponctualité, de l'exhaustivité et de la qualité des données transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I).

En ce qui concerne la psychiatrie, le financement de la généralisation du recueil des données d'activité médicales en psychiatrie (V.A.P) se poursuit. Je souhaite que ce financement se traduise en 2008 par de réelles avancées en matière de remontées d'information sur les plateformes qui leur sont dédiées car les remontées de 2007 ne sont pas suffisantes ni en terme d'exhaustivité ni en terme de qualité.

6.4. La partition des unités de soins de longue durée s'accompagne d'une mise à niveau de leurs dotations soins

La réforme relative à la partition des USLD a pour objectif de recentrer les soins de longue durée sur une prise en charge hospitalière des patients présentant une pathologie chronique et instable ou une polyopathie qui requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Elle s'inscrit dans un projet plus vaste de mise en cohérence des besoins territoriaux avec le SROS, matérialisé par la révision des volets « personnes âgées des SROS », et détermine la répartition des capacités et des crédits afférents entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

135 établissements sont entrés dans la réforme au 1er janvier 2008. Cette première vague de partition, qui porte sur 13 000 lits, s'accompagne d'un abondement des dotations soins de 44,1 millions d'euros. Ces crédits permettront à chaque USLD d'appliquer le référentiel défini par l'arrêté du 12 mai 2006. Par ailleurs, les USLD bénéficient d'un financement de 15,8 M€ pour prendre en compte l'évolution des dépenses de personnel et du coût des achats. Je vous rappelle que conformément à l'article 69 de la LFSS pour 2008, seules les USLD qui ont signé une convention tripartite pourront bénéficier d'une augmentation de leur dotation soins en 2008.

7. Le renouvellement des programmes de modernisation doit permettre aux établissements de santé de gagner en efficience et de revenir à l'équilibre

7.1. Le lancement du plan Hôpital 2012 témoigne d'une politique volontariste d'investissement

Le plan Hôpital 2012 a pour objectif d'accroître les investissements des établissements de santé en ciblant trois priorités : les opérations de reconstitution hospitalière et de mise en œuvre des SROS, le développement des systèmes d'information hospitaliers et la réalisation des mises aux normes exceptionnelles (normes parasismiques et désamiantage). Il vise un objectif d'investissements de 10 milliards d'euros dans la période 2008-2012, avec un soutien financier de l'assurance maladie de 5 milliards d'euros. Il sera mis en œuvre en deux tranches : la première en 2008 et la seconde en 2009. Une première tranche indicative de 5 milliards d'euros d'objectif d'investissements a été répartie entre les régions en juin 2007. Deux circulaires précisent les modalités de mise en œuvre de ce plan (circulaires n°DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 et n° DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007). Tous les établissements de santé, quel que soit leur secteur d'appartenance, peuvent prétendre aux financements prévus dans le cadre du plan. Je vous invite à examiner tous les projets qui vous sont présentés avec un même souci de justice et de transparence, tout en vous concentrant sur les établissements, publics et privés, stratégiques pour l'avenir, en proscrivant le saupoudrage.

Parallèlement, la mise en œuvre du volet investissement du plan « santé mentale » se poursuit pour la troisième année, financé pour partie par des aides en fonctionnement dans la dotation DAF et pour partie par des subventions du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Au total, à la fin de 2008, ce programme aura permis d'attribuer des aides correspondant à un financement de 450M€ sur un total de 750M€ d'investissement qui feront l'objet d'un soutien financier sur la période du plan 2006-2010.

7.2. Les opérations de restructuration et de modernisation financées par le FMESPP

Avec le passage à une tarification complète à l'activité, le FMESPP devient l'instrument financier privilégié pour accompagner, voire impulser des opérations de restructuration et de modernisation des établissements de santé. Doté de 301 millions d'euros en 2008, le FMESPP contribuera à dynamiser la gestion des ressources humaines (promotion professionnelle, aides financières à la mobilité, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences...), soutiendra des projets d'investissement innovants et financera des actions de modernisation (systèmes d'information en périnatalité, projets de territoire...) des établissements de santé tous secteurs confondus.

S'agissant plus particulièrement des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation, il est prévu dès 2008 d'étendre dans un premier temps ce dispositif aux établissements privés antérieurement financés par dotation globale. Des dispositions seront prises au cours du premier semestre pour adapter le cadre réglementaire existant.

7.3. Le retour à l'équilibre des établissements de santé publics ou privés antérieurement sous dotation globale

L'objectif de retour à l'équilibre des établissements de santé est un impératif qui a été rappelé par le Président de la République. Vous devez le considérer comme une priorité. Je vous demande de vous impliquer fortement et de mobiliser à cet effet l'ensemble des outils et procédures qui sont à votre disposition.

Je vous rappelle que la présentation et l'approbation d'un EPRD en équilibre est la règle posée par l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, à laquelle il n'est possible de déroger qu'à certaines conditions et au vu de solides justifications. Il vous appartiendra ainsi d'examiner le caractère réaliste des prévisions qui vous seront présentées, tant en recettes qu'en dépenses. En particulier, des prévisions d'activité significativement supérieures à celles retenues pour la construction de la campagne tarifaire devront être fortement étayées.

Vous recevrez prochainement des instructions sur les modalités d'analyse et d'approbation des EPRD et sur la mise en œuvre des procédures de retour à l'équilibre.

8. Fixation des dotations et suivi de campagne

La présente circulaire délègue 62 % des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2008 mais compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, il convient de souligner que le ministère ne conserve, pour des délégations ultérieures, que 0,7 % de l'ONDAM hospitalier (hors FMESPP).

S'agissant des dotations de financement des missions d'intérêt général et des dotations annuelles de financement, je vous demande de les arrêter dès le début d'année à un niveau suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions. S'agissant de la part des montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, voire de contrats de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les ressources dès que vous vous serez assurés du respect de ces engagements.

Le suivi de la réalisation de la campagne 2008 sera effectué grâce aux outils ARBUST et ARBUST ex OQN. Ces outils intègrent outre les allocations de ressources des dotations (MIGAC, DAF et dotation de soins USLD) et des forfaits annuels des établissements, les recettes allouées au titre de l'activité MCO en lien direct avec l'outil MAT2A. S'agissant des dotations, je souhaite porter une attention particulière au rythme des délégations, aussi les outils doivent-ils être dûment renseignés par vos services, puis transmis à l'ATIH au plus tard un mois après chaque circulaire tarifaire mais également après toute campagne de notification réalisée par vos soins.

La Ministre de la Santé, de la Jeunesse
et des Sports

signé

Roselyne BACHELOT-NARQUIN