



Ministère du Travail, de l'Emploi 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 :

David BETHOUX

E-mail : [david.bethoux@sante.gouv.fr](mailto:david.bethoux@sante.gouv.fr)

Téléphone : 01 40 56 48 11

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

à

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

**CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2012/** du XXX relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé

**Validée par le CNP le 9 mars 2012 - Visa CNP 2012- 77**

Date d'application : Immédiate

NOR :

Classement thématique : Etablissements de santé

**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 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 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 23 février 2012 portant détermination pour 2012 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 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du XX mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 I : Montants régionaux MIGAC, DAF, USLD ;
- Annexe II : Plans et mesures de santé publique ;
- Annexe III : Financement des charges de personnel et effet prix
- Annexe IV: Précisions de règles de facturation MCO ;
- Annexe V : Dotations MIGAC-MERRI ;
- Annexe VII : PDSSES

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

Malgré un contexte budgétaire très contraint, l'ONDAM des établissements de santé pour 2012 a été porté à 74,3 Md€, en progression de 2,56% par rapport à celui de 2011. Cette augmentation correspond à 1,8 Md€ de moyens budgétaires supplémentaires. Cette nouvelle hausse, qui fait suite à celle des années précédentes, a pour contrepartie la nécessité de respecter strictement l'enveloppe allouée. Le respect de l'ONDAM hospitalier constitue une composante essentielle de nos engagements pluriannuels de retour à l'équilibre des finances publiques.

La construction de la campagne 2012 s'inscrit ainsi dans le respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Plus particulièrement, j'ai souhaité concernant les établissements MCO :

- une évolution positive des tarifs, de +0,19%, identique pour les secteurs public et privé, avant application de la convergence tarifaire. C'est la première fois depuis trois ans que ces tarifs seront en progression. Un effort spécifique a été fait en faveur des

tarifs d'obstétrique qui progresseront en moyenne de +0.5 % pour tenir compte de la stabilité de l'activité constatée sur ce secteur ;

- une hypothèse de volume d'activité réaliste pour assurer le respect de l'ONDAM.

La convergence tarifaire se poursuit également pour la troisième année consécutive. Sa mise en œuvre permet d'offrir à la collectivité des tarifs plus efficaces, se rapprochant du coût de la prise en charge et ce, dans chaque secteur hospitalier.

J'ai également attaché une grande importance à la préservation des moyens alloués aux établissements participant aux missions d'intérêt général. Ainsi, la progression des moyens alloués aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) sera de +3,44%, atteignant 8,5Md€, permettant notamment de conforter vos marges de manœuvre régionales. Cette préservation est d'autant plus importante que cette année voit la mise en œuvre effective du fonds d'intervention régional qui est entré en vigueur le 1er mars 2012. Une circulaire spécifique est dédiée à la mise en place de ce nouveau fonds

Les financements progressent aussi pour les services de soins de suite et de réadaptation ainsi que pour la psychiatrie, afin de tenir compte notamment des missions liées à la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été scrupuleusement respecté successivement en 2010 et en 2011. Les mises en réserve prudentielles de crédits ont permis de compenser les fortes évolutions liées à la dynamique d'activité observée. Aussi, les efforts entrepris dans la régulation des volumes d'activité doivent-ils être poursuivis. Vous avez à cet égard un rôle essentiel à jouer et je souhaite que vous vous en saisissiez pleinement afin d'assurer une juste allocation des ressources pour un juste recours aux soins.

## 1. Les grands équilibres de la campagne 2012 :

### 1.1. Les objectifs hospitaliers pour 2012

L'ONDAM hospitalier 2012 régulé s'établit à 74,34 Md€. Il se décompose en 4 objectifs distincts dont l'augmentation se décline comme suit :

	Montant	évolution
<b>ODMCO</b>	46 793M€	+2,57%
<b>MIGAC</b>	8 563M€	+3,44%
<b>ODAM</b>	16 104M€	+2,42%
<i>dont SSR</i>	5 949M€	+3,16%
<i>dont psychiatrie</i>	8 742M€	+2,07%
<i>dont USLD</i>	1 031M€	+1,46%
<b>OQN</b>	2 548M€	+3,36%
<i>dont SSR</i>	1 908M€	+3,59%
<i>dont psychiatrie</i>	640M€	+2,67%
<b>ONDAM hospitalier</b>	74,34Md€	+2,56%

A ces objectifs, s'ajoute le FMESPP dont la dotation a été fixée en LFSS à hauteur de 285,9M€ pour 2012.

Cette répartition fait suite à un certain nombre de rééquilibrages entre objectifs et prend en compte les opérations de fongibilité. Il convient de noter tout particulièrement un rebasage de l'ODMCO suite au constat de la surexécution de ce dernier en 2011. A cet effet, outre une régulation prix/volume sur la masse tarifaire de l'ODMCO, il a été procédé à un transfert à hauteur de 60M€ de la dotation d'aide à la contractualisation au profit de la part tarif.

## **1.2. Les mesures d'économies**

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2012 a été évaluée à 3,2%, soit un besoin de financement complémentaire de **2 308 M€** par rapport à l'objectif 2011. Des mesures d'économie à hauteur de **450M€** ont par conséquent été rendues nécessaires dans le cadre de la construction de l'ONDAM 2012 pour garantir le respect du taux d'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement à 2.56% et qui couvre **1 857 millions d'euros** de dépenses nouvelles.

Ces économies se décomposent de la manière suivante :

- La performance hospitalière (150M€) ;
- La rationalisation des achats (145M€) ;
- La lutte contre la fraude à l'hôpital (25M€) ;
- La convergence ciblée (100M€) imputée sur le secteur ex-DG ;
- La liste en sus (30M€).

Les trois premières catégories de mesures ont été imputées à l'ensemble des bases constituant l'ONDAM établissements de santé; les deux dernières l'ont été sur le seul ODMCO.

## **1.3 La nécessité de mieux réguler l'activité hospitalière**

Le taux d'évolution des prestations d'hospitalisation en MCO a été construit sur la base d'une prévision de volume de 2,4%. Ce niveau de prévision du volume permet d'asseoir la crédibilité de la construction tarifaire 2012 sur des bases réalistes. Toutefois, une vigilance constante sur l'évolution de l'activité des établissements de santé au sein de chacune de vos régions est indispensable.

Des précisions méthodologiques vous permettant de mieux appréhender le taux d'évolution du volume compatible avec le respect de l'ONDAM en regard des réalisations de l'année précédente vous seront apportées et viendront ainsi compléter les instructions de 2011<sup>1</sup> sur les analyses trimestrielles d'activité.

## **1.4 Les mises en réserve**

En vue de garantir le respect de l'ONDAM 2012, 415 millions d'euros sont mis en réserve dès le début de cette campagne.

Ces mises en réserve se décomposent en :

- Marges AC et DAF nationales : 92 M€ ;

---

<sup>1</sup> Instructions interministérielle n°127 du 16 mai 2011 et n° 282 du 21 octobre 2011 relative à l'analyse trimestrielle de l'activité des établissements de santé.

- Crédits issus de la déchéance du FMESPP : 25M€ ;
- Marges AC et DAF régionales : 298M€.

La ventilation par région des 298 M€ de mises en réserve opérées sur vos marges de manœuvre a été effectuée au regard de l'évolution de l'activité de chaque région (évolution MCO secteur ex-DG et ex-OQN), de son évolution démographique et de ses taux de recours à l'offre de soins. Pour la première fois, la répartition des mises en réserve sur les crédits régionaux au sein des enveloppes AC et DAF est laissée à votre appréciation. La répartition définitive est conforme aux propositions que vous avez admises.

Ces crédits mis en réserve pourront éventuellement être délégués, sous réserve du respect de l'ONDAM, en fin de campagne. C'est pourquoi je vous invite à effectuer un suivi très vigilant de l'activité des établissements de santé de vos régions.

## 2. La campagne tarifaire MCO

### 2-1 Les principales évolutions de la classification : la révision des CMD 14 et 15

La classification des groupes homogènes de malades relative aux activités d'obstétrique et de néonatalogie est révisée afin de mieux décrire l'activité médicale de ces spécialités. Il doit être rappelé qu'en 2009, la V11 n'avait pas modifié ces deux catégories majeures de diagnostics (CMD14 et 15). La classification 2012 correspond donc à une finalisation des travaux de la V11 sur ces deux activités.

Par ailleurs, il a été procédé à quelques ajustements liés à la politique de développement de la chirurgie ambulatoire notamment par la création de GHM en J.

Le détail des nouveautés relatives à la classification des prestations MCO 2012 fait l'objet de développement dans une notice technique que vous pourrez trouver sur le site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000100012FF>).

### 2.2. Les grands axes de la construction tarifaire : une nouvelle étape dans la prise en compte du principe d'adéquation du financement aux charges

Dans le cadre de la campagne 2012, comme cela fut le cas en 2011, les modulations tarifaires sus-mentionnées sont fondées sur les résultats de l'étude réalisée par l'ATIH sur l'adéquation des financements par rapport aux charges des établissements. Cette étude permet de calculer des « **tarifs issus des coûts** » *i.e.* des tarifs respectant la hiérarchie issue des ENCC ajustés à la masse tarifs, contrainte par l'ONDAM, et non à la masse coûts.

Le processus d'élaboration des tarifs en vigueur depuis 2011 est le suivant :

- Dès lors qu'une modification affectant le périmètre de manière importante intervient, il est procédé à un calcul de nouveaux tarifs, directement sur la base des résultats des ENCC.  
Ainsi, les tarifs des CMD 14 et 15 ont été recalculés en 2012 du fait de la révision de la classification en tenant compte des données issues des ENCC, comme ce fut le cas lors du passage à la V11 pour l'ensemble des autres activités en 2009.

- Dans les autres cas et en fonction des orientations tarifaires souhaitées (incitations ou désincitations tarifaires), il est procédé à une évolution de certains tarifs existants en fonction de leurs écarts aux « tarifs issus des coûts » de manière à parvenir progressivement à un rééquilibrage entre toutes les activités.

### **Deux étapes successives dans la construction tarifaire :**

#### ➤ Mesures modifiant le périmètre des tarifs

Cette étape consiste à faire varier les tarifs publiés en 2011 au vu des changements impactant le contenu même des GHM. Il s'agit notamment d'identifier les activités impactées :

- par l'évolution de la classification : nouvelle classification pour les CMD 14 et 15 et création de GHM en J et T
- par les changements de périmètre des tarifs : réintégration de médicaments ne correspondant plus aux critères d'inscription redéfinis dans la recommandation de principe du conseil de l'hospitalisation du 18/11/10 (11 molécules concernées) et réintégration du Taxotère (docetaxel), débasage du forfait annuel greffe, du forfait de haute technicité...

#### ➤ Mesures de modulation tarifaire

##### • **Chirurgie ambulatoire**

Dans la continuité des campagnes précédentes, les mesures tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire constituent l'une des principales orientations de la campagne 2012. En étroite concertation avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes concernées, il a été décidé d'étendre et d'amplifier les incitations tarifaires mises en place depuis plusieurs années. Ces mesures s'intègrent dans un ensemble cohérent de mesures concourant au développement de la chirurgie ambulatoire : programme de gestion du risque, fixation d'objectifs dans le cadre des CPOM Etat/ARS ....

Mesures mises en place :

- Création de tarif unique entre le niveau d'ambulatoire (J) et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 12 GHM
- Fixation des tarifs du J au niveau du 1 pour toutes les créations de J de 2012 (8 GHM)
- Rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'hospitalisation complète pour 18 GHM
- Incitation aux pratiques innovantes ambulatoires par la suppression de bornes basses
- Revalorisation tarifaire de l'ensemble de la chirurgie classée en J de sorte à ramener tous les tarifs des GHM en J à leurs « tarifs issus des coûts ».
- Diminution de l'incitatif tarifaire pour les GHM dont le taux d'ambulatoire est supérieur à 80% et le sur financement par rapport aux tarifs issus des coûts de plus de 10% sur le niveau J

##### • **Convergence intersectorielle**

Une nouvelle méthode de convergence ciblée est appliquée en 2012 fondée sur une **approche de réduction des écarts les plus importants entre les tarifs et les « tarifs issus des coûts »** (source étude adéquation financement/charges de l'ATIH).

Ainsi, les modulations tarifaires du secteur ex-DG sont opérées non plus en prenant les tarifs du secteur ex-OQN comme référence, mais en regard des coûts ajustés à la masse tarif du secteur ex-DG lui-même.

Il est à noter que les activités liées à des plans de santé publique (cancer, soins palliatifs ...) ou à des politiques tarifaires (chirurgie ambulatoire, activités lourdes...) exclues précédemment de cet exercice ont été mises à contribution cette année, mais dans une proportion limitée.

Au total, cette méthode conduit à sélectionner **425 GHS** sur le secteur ex-DG, classés en deux catégories, selon qu'ils se rattachent ou non à un plan ou politique de santé publique ; un taux de rapprochement distinct leur est alors appliqué.

Cette approche de réduction des écarts est également appliquée au sein du secteur ex-OQN, aboutissant à sélectionner 39 GHS.

### **3. L'évolution des modalités de financement de certaines activités en MIGAC :**

#### **3-1. Extension du champ de la justification au premier euro (JPE)**

Depuis la campagne 2011, les MERRI sont gérées selon une logique de justification au premier euro (JPE). Les montants alloués, mission par mission et établissement par établissement, sont arrêtés nationalement à l'exception de la dotation MERRI relative au financement des internes.

La campagne 2012 marque une nouvelle étape de l'effort visant à rendre plus lisibles les délégations de crédits dans le cadre de la dotation des MIGAC. La justification au premier euro est une modalité de délégation qui permet d'individualiser le total des dotations déléguées au titre des missions. Ainsi, cette année, les **8 MIG** suivantes sont exclues des bases MIGAC et déléguées en JPE :

- les centres de diagnostic pré-implantatoire ;
- l'observatoire national de la fin de vie ;
- les coordinateurs régionaux d'hémovigilance ;
- le centre national de ressources de la douleur ;
- le centre national de ressources pour les soins palliatifs ;
- les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques ;
- la contribution aux ENCC
- les actions de coopération internationale.

#### **3.2. Création de 5 nouvelles MIG**

En 2012, 5 nouvelles missions d'intérêt général sont créées pour répondre à des besoins de santé publique ou à des engagements spécifiques des établissements :

- L'effort d'expertise des établissements de santé (MERRI) afin de valoriser la participation des experts aux appels à projets ministériels ;
- La coordination des parcours de soins en cancérologie ;
- Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson ;
- Le transport sanitaire bariatrique ;
- La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret du 10 mars 1997 qui se substitue, pour partie, à l'ex DAC 100 de l'AP-HP.

Les dotations de ces 5 nouvelles MIG sont déléguées en JPE.

### 3-3. Les MERRI

Cette année, deux évolutions principales sont apportées au modèle des MERRI :

- **Disparition de la part fixe à 5 ans**

La part fixe était en diminution relative ces dernières années et l'ensemble des acteurs a souhaité favoriser les compartiments reflétant mieux l'activité réelle des établissements. Afin de répondre à cette demande, tout en garantissant une visibilité pluriannuelle sur les effets revenus engendrés, il a été décidé de supprimer la part fixe en 5 ans à raison de -20% par an (soit 128M€) du montant 2011 (644M€). Cette diminution commence dès 2012, ce qui programme la disparition de la part fixe pour 2016. En 2012, l'intégralité des 128M€ prélevés sur la part fixe est réallouée à la part modulable.

- **Accès à la part modulable**

En 2011, 79 établissements bénéficiaient de crédits au titre de la part modulable. A partir de 2012, tous les établissements de santé qui participent de façon significative aux missions d'enseignement de recherche de référence et d'innovation, pourront bénéficier de crédits. Afin d'éviter leur dispersion, un seuil minimum de 200k€, issu de la valorisation des indicateurs *ad hoc*, est exigé en 2012. Cette année, l'application de ce mécanisme permet à 10 nouveaux établissements (9 centres hospitaliers et 1 EBNL) et 1 GCS de bénéficier de crédits au titre de la part modulable. Dans le même temps, 2 établissements qui bénéficiaient de crédits sur cette part en 2011, n'en bénéficieront pas en 2012 car leur production se situe en dessous du seuil fixé.

### 3.4. Transfert de 4 MIG vers le FIR 2012 dont la PDSES

La création du fonds d'intervention régional (FIR) au 1er mars 2012 entraîne le transfert des dotations de 4 MIG pour abonder ce fonds. Ainsi, 10/12èmes des montants alloués aux MIG Permanence des soins en établissement de santé (PDSES), Centres périnataux de proximité (CPP), Centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et Actions de prévention et d'éducation thérapeutique (ETP) sont délégués cette année dans le cadre du FIR. Corrélativement, 2/12èmes des dotations demeurent déléguées dans le cadre des MIGAC.

L'annexe VI détaille les modalités de financement en 2012 relatives à la PDSES.

### 3.5. Application à la dotation MIGAC d'un coefficient de majoration lié à l'implantation géographique des établissements de santé

Des travaux ont été menés sur l'opportunité d'étendre l'application de l'équivalent des coefficients géographiques, actuellement imputés aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels dans certaines zones éligibles, aux dotations finançant les missions d'intérêt général.

Les coefficients géographiques sont déjà intégrés dans la modélisation nationale de 2 MIG : « Prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité », « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie ».

A compter de 2012, le coefficient géographique est également pris en compte dans le calcul des **MERRI variables** dont l'exercice génère des surcoûts à partir du moment où ces surcoûts ne sont pas d'ores-et-déjà pris en compte dans le calibrage initial des dotations



effectué à partir des charges. Cela recouvre le champ des MERRI variables modélisées suivantes : centres d'investigation clinique (CIC), centres de recherche clinique (CRC), délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI), Centres de références pour les infections ostéo-articulaires (CIOA), financement des activités de recours exceptionnel.

De même, la dotation de la MIG modélisée « Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (**CSERD**) » est majorée du niveau des coefficients géographiques pour les zones éligibles à compter de 2012.

### 3.6 Péréquation des MIGAC

Depuis la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, l'un des objectifs poursuivis en matière de gestion des MIGAC a été de réduire les disparités régionales et de modéliser le financement des MIG. Le guide d'aide à la contractualisation et le guide MIG en cours de finalisation formalisent les travaux réalisés.

A compter de 2008, une politique de rééquilibrage interrégional a été initiée au travers de la répartition des mesures nouvelles de crédits d'aide à la contractualisation. De 2009 à 2011, cette politique de redistribution interrégionale a été élargie à une partie des dotations MIG (MIG dites à caractère régional) et, s'agissant des marges de manœuvre régionales, il a été procédé à un rééquilibrage des bases régionales de crédits d'aide à la contractualisation.

- Concernant les MIG à caractère régional, les différents mouvements de péréquation réalisés les années précédentes ont permis de réduire les disparités les plus importantes. **Ainsi, en 2012, aucune péréquation sur les MIG ne sera mise en œuvre ;**
- Le même phénomène de resserrement des disparités est observé sur les marges de manœuvre AC. Néanmoins, certaines régions restent peu dotées comparativement à la moyenne. Ainsi, les économies de 11,49M€ à faire porter sur la AC sont réparties au prorata des marges de manœuvre, **à l'exclusion des 6 régions métropolitaines sous-dotées. Les DOM sont également exclus de la péréquation**, afin de tenir compte, comme chaque année, de leur spécificité.

### 3-7 Gestion de la base AC

Il convient de rappeler que la délégation des crédits finançant les aides à la contractualisation (AC) aux établissements de santé gagne à être gérée sur le principe de « budget base zéro ». L'objectif est une discussion annuelle des allocations historiques afin de tendre vers des allocations plus objectives dans le respect des principes énoncés dans le guide relatif aux délégations finançant les AC (circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011).

Il est donc nécessaire que soit poursuivi l'effort des ARS visant à réduire les bases des établissements. Cette logique n'est pas incompatible avec une stabilité des crédits : tant que l'établissement est éligible à la dotation (*in fine*, tant que l'aide fait l'objet d'une contractualisation motivée), celui-ci continue à percevoir les crédits (le montant peut néanmoins évoluer en fonction de la réalisation de la mission et des contraintes budgétaires).

L'annexe V détaille l'évolution des modalités de financement en MIGAC.

## 4. La campagne SSR, Psychiatrie et USLD

### 4.1. Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Compte tenu des travaux actuellement menés sur le dispositif cible de financement de la T2A en SSR en concertation avec les professionnels de santé, le modèle « IVA » (Indice de Valorisation de l'Activité) utilisé pour moduler les ressources des établissements SSR est stabilisé pour 2012. Aussi, l'indice de modulation IVA correspond, dans son modèle, à celui ayant servi à la modulation des ressources des établissements de santé lors des campagnes 2010 et 2011. Seules les données utilisées pour calculer cet indice, sur la composante « activité », sont actualisées.

S'agissant du rythme de modulation, la dynamique engagée en 2011 est poursuivie en maintenant un taux de modulation à hauteur de 5% de la dotation pour les établissements sous DAF, sur l'intégralité du taux d'évolution moyen des tarifs, pour les établissements sous OQN.

Dans le cadre de la conduite de votre campagne tarifaire régionale, je vous invite à appliquer en priorité la méthode retenue au niveau national, dans le respect de vos dotations ou taux d'évolution moyen régional. Toutefois, j'insiste sur la nécessité **d'adapter ces taux de modulation en fonction des situations spécifiques d'établissements**, dans la mesure où l'indice IVA ne peut tenir compte du contexte particulier dans lequel se trouvent certains établissements.

### 4.2. La psychiatrie et la santé mentale

La campagne 2012 se caractérise par un taux d'évolution de +2,07% dans le secteur sous dotation globale (DAF psychiatrie). Ce taux intègre des mesures nécessaires afin de renforcer l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus, les processus de sécurisation en psychiatrie avec le développement d'unités pour la prise en charge de malades difficiles, la prévention et la prise en charge des addictions. (Cf. annexe II : plans et mesures de santé publique).

Afin de financer les mesures organisationnelles (installation des équipements de visio conférence et renforcement des personnels accompagnants le patient à l'audience) prévues par la **loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, des financements ont été spécifiquement réservés.

Concernant les établissements sous DAF :

- 6,72 M€ sont consacrés à l'installation et la maintenance d'un dispositif de visioconférence. A ce titre, 27 500 € seront versés à chaque établissement assurant cette prise en charge ;
- 10,23 M€ sont affectés à la rémunération du personnel requis à répartir en région au prorata du nombre de journées d'hospitalisation sous contrainte.

En ce qui concerne le secteur OQN, les 3 régions (Corse, Ile-de-France et Midi-Pyrénées) dans lesquelles se trouvent les 4 établissements accueillant des patients en soins sans consentement ont un taux spécifique intégrant une majoration tarifaire compensant les surcoûts liés à cette réforme (prix de journée de psychiatrie générale augmenté de 2,50 €).

De plus, une somme de 27 500 € au titre du FMESPP est également réservée aux cliniques qui feront l'acquisition de matériel de visioconférence.

#### **4.3. Les USLD : la poursuite du mécanisme de convergence introduit en 2010**

Le dispositif de convergence appliqué depuis 2010 aux USLD prend en compte les données GMP et PMP 2006 des établissements pour calculer leurs dotations plafonds. En 2011, des coupes ont été réalisées dans les USLD mais les résultats ne sont pas suffisamment consolidés pour permettre leur utilisation dans le cadre du calcul des dotations théoriques 2012.

Le dispositif de convergence est donc poursuivi cette année sur la base des coupes de 2006 et de la valeur du point 2011. L'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire ayant pour objectif de conduire à la résorption progressive de l'écart entre le tarif afférent aux soins et le tarif plafond des établissements, le taux de convergence de 20% est appliqué à la liste d'établissements ciblés comme surdotés depuis 2010.

J'attire votre attention sur le fait que les modalités d'application du dispositif de convergence se poursuivent en 2012 sur le même schéma qu'en 2011. Dans un objectif de mise en adéquation de l'offre avec les besoins régionaux et en cohérence avec le SROS, je vous rappelle que vous avez la possibilité d'adapter le rythme de convergence des établissements concernés. A cette fin, les crédits issus de la convergence 2012 vous sont réalloués en non-reconductible et devront être utilisés au titre du financement des USLD. Le rythme de convergence des établissements peut être adapté, sous réserve que les établissements s'engagent dans le cadre de leur convention tripartite à augmenter leur capacité ou à mettre en adéquation le niveau de soins médicaux et techniques des patients accueillis avec leur dotation.

En fin d'année, la fixation de la valeur du point 2012 donnera lieu à une révision des montants impactés par la convergence et à une revalorisation de votre dotation régionale.

Par ailleurs, bien que l'étalement de la partition ait eu lieu sur trois ans, les premières tendances des coupes 2011 font apparaître un taux de patients SMTI proche de la moitié des patients présents dans les USLD. Il importe de mettre à profit cette année de moratoire financier pour **encourager fortement les établissements dont le taux de SMTI est inférieur à 50% à mettre en œuvre la réforme des USLD** engagée en 2008 en augmentant leur taux de patients « SMTI » .

Cette année moratoire doit servir à l'ouverture de la réflexion sur les décrets d'autorisation de l'activité de soins de longue durée et sur l'évolution du modèle de financement des USLD.

#### **5. Plan hôpital 2012 : Débasage à la suite des revues de projets d'investissement 2011**

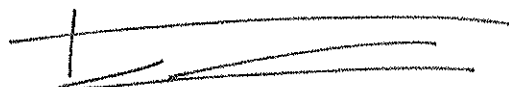
Comme annoncé dans les précédentes circulaires, les débasages des crédits AC et DAF font suite aux revues de projets d'investissement régionales réalisées au cours du 1er semestre 2011 dans l'objectif d'adapter les délégations de crédits au regard de l'avancement réel des projets d'investissement.

Les décisions de débasage ont été notifiées aux ARS par courrier ministériel en date du 12 janvier 2012. La présente circulaire intègre donc ces débasages. Les restitutions des crédits seront en principe effectuées lors du deuxième semestre 2012.

Enfin, compte tenu des enjeux liés au respect de l'ONDAM, le suivi de la campagne 2012 doit faire l'objet d'une attention particulière. Aussi, je vous demande de veiller rigoureusement à l'exhaustivité et à la qualité des informations saisies dans l'outil Arbust de suivi de campagne, outil mis à votre disposition par l'ATIH.

La transparence sur vos délégations et sur l'utilisation des moyens alloués, la concertation régionale organisée avec les fédérations représentatives des établissements de santé, sont la contrepartie de l'octroi de marges de manœuvre régionales, et votre suivi rigoureux, la condition d'un éventuel dégel des mises en réserve effectuées en début d'exercice.

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la  
Santé

A handwritten signature in black ink, consisting of several horizontal strokes and a vertical stroke on the left side, identifying the signatory as Xavier Bertrand.

Xavier BERTRAND