



Ministère de la santé et des solidarités

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)

Le Ministre de la santé et des solidarités

Bureau du financement de l'hospitalisation
privée (F3)

à

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

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

DHOS / F2 / N°
Personne chargée du dossier :
Anne-Sophie MOYNIE
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/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007
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 annuelle
complémentaire – 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.174-1-1, R.162-32 et suivants, R.162-42 et suivants, R.174-2, D.162-6 à D.162-8 ;
- 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 no 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, notamment l'article 99 ;
- Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment l'article 9 ;
- 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 12 avril 2005 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 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 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
- Circulaire DHOS/F1/F4 2006/532 du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion lors de la transmission des données d'activité du 4ème trimestre 2006 et à la modification des modalités de transmission des données d'activité en 2007 ;
- Circulaire interministérielle N°DGCP/5C/DHOS/F4/2006/548 du 27 décembre 2006 portant diverses précisions d'ordre budgétaire et comptable pour le 1er janvier 2007 (Instruction budgétaire et comptable M21).

Annexes :

Annexe I.1 : montants régionaux MIGAC

Annexe I.2 : montants régionaux DAF

Annexe I.3 : montants régionaux DAC

Annexe I.4 : montants régionaux DAF/USLD

Annexe II : modalités de fixation des tarifs

Annexe III : modalités de fixation des dotations et suivi de la campagne

Annexe IV : financements des charges de personnel

Annexe V : financements des charges liées aux mesures de santé publique

Annexe VI : financements des charges liées à diverses mesures

La campagne tarifaire 2007 s'inscrit dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Les établissements de santé doivent continuer à se moderniser afin d'accroître encore davantage la qualité des prestations et la sécurité des soins. Leur contribution à la réalisation d'objectifs de santé publique ambitieux, notamment dans le cadre des plans lancés par le gouvernement, constitue également un axe essentiel de cette campagne. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, voté par le Parlement, permettra de financer une nouvelle tranche annuelle de ces plans.

Le Parlement a fixé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 144,8 milliards d'euros pour l'année 2007. Au sein de cet objectif, la progression de la part des dépenses relatives aux établissements de santé est de + 3,48 %, ce qui représente un effort très important en faveur de ce secteur, dans le contexte du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, à comparer avec une progression de l'ensemble de l'ONDAM de + 2,6 %.

En outre, afin de responsabiliser les gestionnaires d'établissements et des services et de leur donner une meilleure visibilité, l'essentiel de la dotation est déléguée dès le début de la campagne budgétaire, ce qui doit leur permettre de mieux apprécier leur marge de manœuvre et prendre toute disposition pour adapter les dépenses au niveau de leurs ressources.

1. Le montant de la part hospitalière de l'ONDAM permet aux établissements de développer leurs prestations de soins et d'assurer de nouvelles missions de santé publique

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses propres aux établissements de santé progresseront comme suit :

- L'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de 2,83% (41,385 milliards d'euros) ;
- La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de 9,67% (6,000 milliards d'euros) ;
- L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de 2,54% (15,188 milliards d'euros) ;
- L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de 5,17% (1,912 milliards d'euros).

La progression de l'ODMCO est plus forte que celle de l'ODAM dans la mesure où près d'un point de cette progression devrait résulter de l'augmentation des dépenses de médicaments remboursés en sus des prestations MCO, évaluée à 12% en moyenne pour les deux secteurs de l'hospitalisation publique et privée entre 2006 et 2007. Constituant un des aspects importants et novateurs de la réforme de la T2A, le remboursement intégral par l'assurance maladie de ces dépenses de médicaments, sous réserve du respect par les établissements des dispositions des contrats de bon usage, répond à la volonté d'améliorer la prise en charge des patients notamment dans le cadre du plan « cancer ».

La progression de l'OQN est liée en particulier au besoin de financement induit par le coût des capacités nouvelles, essentiellement pour les activités de soins de suite ou de réadaptation.

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 2007 a été fixé à 280 millions d'euros, soit la moitié de la tranche d'économies demandées en 2006.

Comme en 2006, ces économies portent sur l'ensemble des objectifs et dotations. Elles ont été réparties en fonction du poids relatif des différents objectifs et dotations y compris sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation :

- ODMCO : 184,33 millions d'euros
- ODAM : 61,44 millions d'euros
- OQN : 8,33 millions d'euros
- MIGAC : 25,70 millions d'euros

La construction de l'ONDAM prend en compte l'évolution des charges de personnel de la fonction publique hospitalière, tant les mesures générales que catégorielles. La revalorisation de la valeur du point au 1^{er} février 2007 a notamment été intégrée. Le coût d'une éventuelle transposition de ces mesures aux établissements privés anciennement sous dotation globale est prévu dans l'évolution des dotations et des tarifs. De même, cette construction tient compte de l'évolution des rémunérations des établissements privés pour leurs activités relevant de l'ODMCO et de l'OQN.

2. La campagne 2007 se caractérise par une visibilité et une transparence accrues pour l'ensemble des acteurs du monde hospitalier

Afin d'améliorer la visibilité des gestionnaires d'établissements sur la campagne 2007, et en cohérence avec la fixation des tarifs nationaux en début d'année, l'essentiel des ressources allouées sous forme de dotations, sont déléguées dès le début de l'année 2007.

Pour les activités hors T2A, l'ensemble des charges nouvelles inéluctables pourront être ainsi couvertes par les dotations que vous attribuerez aux établissements en début d'année. Il s'agit en particulier des mesures salariales générales et catégorielles, des évolutions des charges d'achats de biens et services, hors médicaments, produits et prestations remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, de l'effet report sur 2007 des mesures prises en 2006 dans le cadre des plans de santé publique et de la couverture des charges d'emprunts destinés à couvrir les investissements du plan Hôpital 2007.

Les montants régionaux des DAF et des MIGAC seront modifiés ultérieurement pour tenir compte de mesures qui ne peuvent faire l'objet, à ce stade, d'une allocation immédiate, c'est-à-dire notamment : les créations de postes hospitalo-universitaires et de postes de consultants, les mesures de santé publique bénéficiant à des établissements sélectionnés sur appels à projets ou appels d'offre ou certaines mesures de santé publique spécifiques telles la prise en charge des médicaments titulaires d'ATU nouvelles non encore connues.

Par ailleurs, compte tenu de l'obligation qui vous incombe de conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en 2007, vous disposerez dès le début de l'année de la totalité de votre enveloppe de contractualisation et, pour les quatre régions et les deux collectivités d'outre-mer, de la totalité de l'enveloppe de contractualisation allouée au titre du rattrapage.

Les montants régionaux « DAF hors USLD », « DAF USLD » et « MIGAC » qui vous sont alloués progressent respectivement de 336 millions d'euros (+ 2,7%), 32 millions d'euros (+ 2,7%) et de 415 millions d'euros (+ 9,0%) dès le début de l'année.

Si l'on tient compte des ressources issues de l'activité, **99,5% des ressources prévisionnelles de l'assurance maladie dévolues aux établissements de santé** sont ainsi mises à votre disposition dès le début de la campagne tarifaire.

3. La réforme engagée dans le champ MCO sera poursuivie et amplifiée

3.1. Une accélération de la mise en œuvre de la réforme

3.1.1 Pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, l'activité de MCO sera, dès la quatrième année de la réforme, financée à plus de 50% par les tarifs et forfaits nationaux

Après une période nécessaire de prudence pour permettre à l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier d'appréhender et de s'approprier la réforme, j'ai décidé de fixer à 50% dès 2007 la fraction du tarif des prestations d'hospitalisation et de soins externes facturables à l'assurance maladie.

En outre, j'ai souhaité accélérer le processus de transition pour la **chirurgie ambulatoire**. Afin de favoriser le développement de cette modalité de prise en charge des patients, certaines prestations d'hospitalisation seront rémunérées à 100 % sur la base des tarifs nationaux à compter du 1^{er} mars 2007. Les cinq forfaits de « groupe homogène de séjour » suivants, qui correspondent dans la plus grande partie des situations à une prise en charge ambulatoire et qui représentent plus du quart des séjours de chirurgie de la catégorie majeure de diagnostic n°24, seront facturés dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés :

- GHS 8002 Interventions sur le cristallin
- GHS 8005 Drains trans-tympaniques
- GHS 8008 Ligatures de veines et éveinages
- GHS 8023 Circoncisions
- GHS 8053 Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels

Par ailleurs, comme en 2006, les prestations réalisées en **hospitalisation à domicile** seront facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs nationaux. J'ajoute qu'un projet de décret en cours d'examen par le Conseil d'Etat prévoit la possibilité d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces prestations seront facturées sur la base des tarifs nationaux, minorés d'un taux forfaitaire qui sera fixé par arrêté dès lors que l'établissement bénéficie d'un forfait de l'assurance maladie au titre des soins habituellement dispensés.

3.1.2 Les dotations annuelles complémentaires garantissent la progressivité de la réforme et une visibilité pour les gestionnaires

La fixation à 50%, et dans certains cas à 100%, de la fraction du tarif de prestation de séjours et de soins est une étape décisive dans la montée en puissance de la tarification à l'activité. Le mécanisme de transition retenu pour les établissements antérieurement financés par dotation globale, repose sur la progressivité de cette fraction et sur le maintien à titre transitoire de dotations annuelles complémentaires. Ces dotations, qui contribuent à financer l'activité de MCO, ont été calculées sur des bases historiques. Elles n'ont vocation qu'à assurer la transition vers un système de financement intégral à l'activité.

Pour cette raison, en vue d'assurer aux gestionnaires d'établissements une meilleure visibilité sur leurs ressources, le choix a été fait en 2007 de maintenir les dotations annuelles complémentaires à leur niveau : sous réserve de transferts et d'ajustements, elles ne feront l'objet d'aucun prélèvement ni d'aucune addition, et évolueront en fonction de la seule application de la fraction du tarif. Les établissements qui se trouveraient en situation financière délicate du fait de la réforme de la T2A ont ainsi la garantie de conserver un niveau de ressources leur permettant une adaptation progressive de leurs activités et de leurs charges.

3.1.3 Coefficient de transition des établissements de santé ex-OQN

Le processus de convergence des coefficients de transition des établissements se poursuit au même rythme qu'au cours des deux années précédentes. Le taux moyen régional de convergence est fixé à 20 % pour la campagne 2007, soit 1/5^{ème} de l'effort de convergence, ce qui correspond à une convergence linéaire identique au rythme de convergence des deux années précédentes.

Depuis la campagne précédente, en vertu des dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée et du décret n° 2006-209 du 20 février 2006, 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 (les « sous-dotés »), et d'autre part aux établissements dont la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1 (les « sur-dotés »).

Il vous est possible également possible, comme l'année dernière, d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national en accordant aux sous-dotés une masse financière supplémentaire prélevée sur les sur-dotés.

Dans le cadre de cette campagne tarifaire, il vous est recommandé :

- De porter une attention particulière à la situation des établissements qui exercent une activité d'obstétrique ;
- D'accompagner les établissements résultant d'une opération de regroupement géographique totale en accélérant la convergence des établissements « sous-dotés » vers 1 et d'assurer une faible convergence des coefficients des établissements « sur-dotés ».

3.2. Une politique tarifaire renforcée

3.2.1 La progression de l'ensemble des tarifs MCO

Sous réserve des provisions constituées pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations, les tarifs applicables à partir du 1^{er} mars 2007 aux établissements publics de santé et assimilés intègrent la quasi-totalité de la marge de progression de l'ODMCO disponible. Cela permettra de couvrir l'augmentation des charges des établissements principalement liée à la revalorisation des rémunérations et à la hausse des charges d'achats de biens et services.

L'évolution moyenne des tarifs à compter du 1^{er} mars est de 1,26 %, sachant que la répartition retenue entre les mesures générales et les mesures ciblées est différente entre les deux secteurs. Outre la progression liée à des mesures tarifaires ciblées différenciées (cf. infra 3.2.3), chacun des tarifs progressera au minimum de 0,6 % pour les établissements antérieurement sous dotation globale et 1 % pour les établissements relevant antérieurement de l'OQN (hors mesures ciblées et hors tarifs des CMD 14 et 15).

Le taux d'augmentation prévisionnel pris en compte pour la construction des tarifs a été fixé à 1,7% pour le volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et à 12% pour les dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

Le respect de cet objectif de progression est essentiel pour permettre le retour vers l'équilibre de l'assurance maladie et pour éviter une régulation en cours d'année.

A cet égard, je vous invite à utiliser pleinement la démarche contractuelle et à responsabiliser les établissements de santé. **Je souligne que la mise en œuvre des contrats de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux doit garantir une prescription et une dispensation rigoureuses** tout en favorisant la diffusion du progrès scientifique et technologique au bénéfice des patients.

En outre, la négociation en cours des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en application du décret du 2 novembre 2006 doit permettre de définir avec les établissements pour le 31 mars 2007 les objectifs quantifiés en implantations et en volume d'activité compatibles avec le respect du SROS et de déterminer les modalités de leur révision et de leur contrôle.

Enfin, vous pourrez vous appuyer sur les habilitations nouvelles en matière de contrôle de la facturation T2A. Après une première phase en 2006 de contrôles non assortis de sanctions mais accompagnés d'un effort d'explication auprès des établissements, les sanctions prévues par le décret du 16 mars 2006 sont en effet désormais applicables.

Il en est de même pour les dispositions nouvelles de la LFSS 2007 sanctionnant les obstacles aux contrôles ainsi que le non-respect de l'obligation de transmission des données PMSI. Dans l'attente de la sortie prochaine des textes réglementaires clarifiant certains aspects de forme et de procédure relatifs à ces nouvelles dispositions, vous pourrez, le cas échéant, vous prévaloir de ces dispositions législatives dans le respect du principe du contradictoire essentiel au dialogue avec les établissements et à la bonne compréhension des réformes.

3.2.2 L'amélioration de la classification des prestations

Une nouvelle catégorie de prestations est créée pour rémunérer notamment la mobilisation du secteur opératoire ou d'un plateau technique particulier d'un établissement de santé, à l'occasion d'un acte médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes.

Cette nouvelle prestation, dénommée « forfait de sécurité et environnement hospitalier » (SE) constitue un dispositif pérenne résultant des travaux menés depuis l'automne dernier en vue de remplacer le dispositif provisoire et dérogoatoire ayant conduit à la définition des GHS 9600 et 9601 qui sont facturés pour des soins externes. Ce forfait est décliné en trois niveaux :

- Le premier relatif à la prise en charge de certains actes d'endoscopie sans anesthésie réalisés dans un secteur opératoire ;
- Le deuxième relatif à la prise en charge de certains actes de médecine ou de chirurgie sans anesthésie réalisés également dans un secteur opératoire ;
- Le troisième relatif à la prise en charge d'actes nécessitant la mise en observation des patients dans un environnement hospitalier.

La facturation de chacun de ces forfaits n'est possible que pour une liste limitative d'actes, publiée par arrêté. Des travaux communs entre la DHOS et la CNAMTS en partenariat avec les fédérations permettront d'ajuster si nécessaire la classification retenue.

3.2.3 Des revalorisations supplémentaires pour certains tarifs et forfaits

S'agissant des établissements antérieurement financés par dotation globale, les mesures ciblées portent notamment sur :

- L'hématologie ;
- La prise en charge des AVC ;
- Le cancer et la périnatalogie, en complément des financements prévus dans les plans « cancer » et « périnatalité » ;

- La prise en charge des sevrages complexes au titre du plan « addictologie » ;
- La prise en compte des démences en tant que morbidité associée aux séjours dans le cadre du plan « solidarité grand âge ».

Certaines activités spécialisées et de haute technicité bénéficient de revalorisation de tarifs, notamment la réanimation pédiatrique, le traitement des brûlures étendues et le traitement de l'épilepsie, ainsi que de prélèvements d'organe sur cœur arrêté. Ces revalorisations représentent plus de 83 millions d'euros.

S'agissant des établissements privés relevant antérieurement de l'OQN, outre la transposition des mesures prévues pour le secteur public, les mesures ciblées intéressent les activités suivantes :

- L'obstétrique : l'effort de soutien des maternités privées par la revalorisation de certains tarifs est poursuivi ;
- La dialyse à domicile dans le prolongement des mesures intervenues en septembre 2006 ;
- Le traitement du cancer dans le cadre du plan « cancer » ;
- La neurochirurgie de la maladie de Parkinson.

En outre, l'inscription prochaine à la CCAM de nouveaux actes médicaux, qui induisent des surcoûts de prise en charge, conduit à prévoir des tarifs adaptés pour les séjours concernés, dans les deux secteurs d'hospitalisation. Des GHS nouveaux sont ainsi prévus pour financer les traitements par radiofréquence de l'hypertrophie bénigne de prostate, ainsi que les hémorroïdectomies par agrafage circulaire.

3.2.4. Des mesures tarifaires incitatives au développement de la chirurgie ambulatoire

Outre le passage de cinq GHM à 100 % de la fraction tarifaire, le développement de la chirurgie ambulatoire est également encouragé par des mesures de modulation tarifaire afin de rendre les prestations de chirurgie ambulatoire plus attractives par comparaison avec l'hospitalisation complète. Dans ce but, il est prévu dans l'arrêté tarifaire en préparation un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours. Il a été décidé de réduire de 50 % l'écart des tarifs au sein de ces couples pour les établissements antérieurement financés par dotation globale.

3.3. Un effort collectif pour améliorer la transparence et l'efficace dans la fixation et la répartition des dotations MIGAC

La dotation nationale de financement des MIGAC s'élève à 6 milliards d'euros en 2007 soit près de 10% du total des deux sous-objectifs hospitaliers de l'ONDAM. Elle progresse de plus de 9,5 % en 2007, ce qui reflète la priorité donnée à la santé publique, à la modernisation du patrimoine hospitalier avec la dernière tranche du plan « hôpital 2007 » et plus généralement à l'aide à la contractualisation apportée aux ARH.

Cette dotation nationale représente des enjeux financiers forts, tant pour les établissements publics de santé que pour les établissements de santé privés, participant ou non au service public hospitalier ; cela impose à l'ensemble du monde hospitalier à un **effort de transparence et de communication sur son utilisation**. Au niveau national, le rapport annuel 2006 au Parlement sur le sujet en est l'illustration. Il présente notamment les travaux en cours qui visent à mieux définir les missions d'intérêt général, à valoriser les financements de manière adéquate et équitable et à améliorer le suivi de ces activités notamment à travers la politique de contractualisation entre les ARH et les établissements.

Je vous rappelle à cet égard qu'un guide méthodologique de contractualisation sur les MIGAC a été mis à votre disposition afin de vous accompagner dans la négociation de vos contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé. Dans l'esprit de ce guide, les points suivants méritent d'être à nouveau soulignés :

- Tous les établissements soumis à la T2A sont éligibles à la dotation MIGAC, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés. Sous réserve des missions de service public hospitalier réservées par la loi à certains établissements, l'identification des établissements attributaires de telle ou telle mission d'intérêt général doit en tenir compte.
- La liste des missions d'intérêt général est une référence incontournable. Néanmoins, le fait qu'un établissement exerce une activité correspondant à l'une des missions inscrites sur la liste ne lui ouvre pas automatiquement droit à financement. Dans l'instruction des demandes, vous devez être en mesure de choisir, pour chaque mission, la meilleure offre adaptée au contexte local.
- La dotation MIGAC n'est pas sanctuarisée : elle peut être utilisée comme outil de redéploiement inter et intra-établissements
- S'agissant tant des missions d'intérêt général génériques que des missions relevant de l'aide à la contractualisation, la justification des ressources allouées à ce titre devra être la plus précise possible et la surcompensation exclue afin de ne pas encourir la qualification d'aide d'Etat au sens du droit

communautaire de la concurrence. L'attribution d'une aide à la contractualisation ne peut donc se faire sans engagement concret et évaluable de la part de l'établissement.

- Vous mènerez une action de communication vers les établissements de votre région afin de faire connaître votre politique en la matière.

Dans le cadre du travail sur les missions relevant des activités de greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques intégrées dans les MIG, l'ensemble des frais afférents à ces missions a été transféré dans le Forfait Annuel Greffes, y compris les activités hors nomenclature de typage HLA ; ce transfert des MIG vers la base activité correspond à un montant de 25,7 millions d'euros en dépenses d'assurance maladie.

J'attire enfin votre attention sur la publication prochaine d'un nouvel arrêté pris en application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale qui révisera la liste des missions d'intérêt général par retraits, ajouts et précisions de libellés.

Comme en 2006, j'ai décidé d'augmenter de manière significative le montant des aides à la contractualisation afin de vous redonner **les 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 de **dégager 92 millions d'euros supplémentaires qui viennent abonder vos enveloppes d'aide à la contractualisation sur vos montants régionaux MIGAC**.

Vous utiliserez en priorité cette marge de manœuvre supplémentaire, dite « enveloppe régionale de contractualisation », 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. Je vous demande de poursuivre la politique engagée et de n'attribuer d'aides qu'aux établissements qui auront élaboré, avec votre soutien, un plan de retour à l'équilibre ou un plan de développement crédible. Je serai attentif à l'utilisation qui sera faite de ces ressources qui n'ont vocation ni à se substituer aux dotations ni à combler artificiellement les déséquilibres financiers mais peuvent vous permettre d'intervenir dans le cas de situations d'urgence mettant en péril l'offre de soins. Je vous rappelle par ailleurs que le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, abondé de 376 millions d'euros cette année, vous offre, notamment à travers son volet « ressources humaines », un outil efficace et adéquat pour appuyer les opérations de modernisation et de restructuration hospitalière.

Il conviendra en outre, avant la répartition des ressources, de réserver une enveloppe permettant le financement de projets de coopération, notamment dans le cadre de l'appel à projets initié sur les achats hospitaliers en 2007. Ces financements, s'inscrivant dans un principe de retour sur investissement, devront favoriser des logiques de rassemblement d'établissements dans le cadre de projets d'optimisation innovants, sur des périmètres offrant des potentiels d'économie significatifs.

S'agissant plus particulièrement des établissements privés antérieurement sous OQN, il vous appartiendra de porter une attention soutenue à la situation des établissements ayant actuellement un POSU et qui ne se verraient pas autorisés en tant que structures d'urgences, ainsi qu'à ceux ayant une activité d'obstétrique. Vous serez également attentifs aux conséquences financières des autorisations ou reconnaissances contractuelles en matière de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue que vous délivrerez au cours de l'année.

4. Dans le champ de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, la mise en œuvre des plans de santé publique sera poursuivie et l'expérimentation de nouveaux modes de financement engagée

4.1. Activité et établissements financés par l'ODAM

La progression de l'ODAM permet d'assurer des ressources nécessaires à l'activité de soins des établissements de santé en dehors du champ de la T2A.

Pour la partie court et moyen séjour, la progression de l'ODAM permet de dégager près de 100 millions d'euros pour le financement de la dernière tranche annuelle du plan « urgences », la troisième tranche du plan « psychiatrie et santé mentale » et son volet des « programmes régionaux d'investissements en santé mentale » – PRISM. S'y ajoutent 25 millions d'euros supplémentaires pour renforcer vos enveloppes de contractualisation et près de 18 millions d'euros consacrés à l'effort de rattrapage de l'Outre-mer.

Le taux moyen d'évolution de la part des montants régionaux de l'ODAM relative aux unités de soins de longue durée permet de financer l'ensemble des mesures de personnel à la charge du budget soins des unités de soins de longue durée, sans préjudice des financements de la réforme résultant de l'article 84 de

la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Cette dernière fera l'objet d'une circulaire prochainement.

4.2. Les établissements privés sous OQN

Outre le financement du développement des capacités d'hospitalisation essentiellement en soins de suite et de la généralisation du recueil des données d'activité médicale en psychiatrie, les augmentations tarifaires prévues s'établissent à 2,17 % en moyenne dont 2,06 % pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et 2,45 % pour la psychiatrie.

Dans le cadre de la répartition de ces mesures tarifaires entre les régions, il a été tenu compte des éléments suivants :

- En psychiatrie, la méthode de calcul retenue vise à permettre la revalorisation des tarifs les plus bas ;
- En ce qui concerne les soins de suite et la réadaptation fonctionnelle, les dernières données disponibles issues du PMSI ainsi que la charge en personnel soignant ont été utilisées, dans le souci d'assurer une meilleure médicalisation de la prise en charge des patients.

4.3. L'expérimentation de nouveaux modes de financement

Dans la perspective d'extension de la tarification à l'activité aux activités de soins de suite ou de réadaptation et ultérieurement aux activités de psychiatrie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la possibilité d'expérimenter, dès cette année et pour une période de cinq ans, en conditions réelles, les modèles de financement dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, en vue d'une généralisation les années suivantes.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, les travaux techniques ont été initiés au premier trimestre 2007 avec les services du ministère et de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation. Ils associeront les fédérations représentatives des établissements de santé. Ces travaux portent sur une amélioration de la classification actuelle du PMSI SSR – qui pourra être échelonnée sur plusieurs années – ainsi que sur la détermination de compartiments de financement adaptés aux spécificités des activités de soins de suite ou de réadaptation. Les éléments du décret en cours de préparation et relatif à l'organisation et aux conditions de fonctionnement des activités SSR sont pris en compte dans la démarche. Dans le calendrier envisagé, les premières expérimentations pourraient être programmées au deuxième semestre 2007.

S'agissant de la « valorisation des activités en psychiatrie » (VAP), l'objectif majeur pour 2007 est la réussite de la montée en charge du « recueil d'information médicalisée en psychiatrie » (RIM-P), préalable indispensable à l'élaboration d'une classification médico-économique pertinente pour ces activités. 24 millions d'euros ont été réservés dans l'ODAM, dont la moitié vous est allouée immédiatement et 2 millions d'euros provisionnés dans l'OQN pour le financement de ce recueil. Les autres compartiments de financement envisagés dans le cadre de la VAP font en parallèle l'objet de travaux techniques entre le ministère, l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation, en concertation avec les fédérations représentatives. Les premières expérimentations pourraient être menées à partir de 2008.

5. Des mesures spécifiques sont prévues en faveur des établissements de santé des départements d'outre-mer

Au titre du rattrapage, les départements d'Outre-mer – ainsi que Mayotte dont les ressources sont fixées par un arrêté spécifique – bénéficient de majorations de leurs montants régionaux « MIGAC » ou « DAF » en vue de financer les priorités de santé publique selon les modalités convenues avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. 35 millions d'euros sont alloués à ce titre, en totalité en début de campagne, dont 12 millions d'euros pour les collectivités d'outre-mer.

6. La fixation et le versement des ressources d'assurance maladie aux établissements de santé et le suivi de la campagne 2007

Il vous appartient de fixer dans les meilleurs délais les dotations et forfaits annuels des établissements de santé de votre région en veillant à donner de la visibilité aux établissements, en notifiant si possible l'essentiel des dotations dont vous disposez et en proposant un calendrier pour les notifications à venir.

Sous réserve d'ajustements techniques liés notamment à des opérations donnant lieu à fongibilité entre objectifs de dépenses, je vous demande d'arrêter les dotations annuelles complémentaires définitives dès le début d'année.

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 de vos montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, voire de contrat de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les ressources dès que vous vous serez assurés du respect de ces engagements.

Les modalités de fixation et de versement des recettes d'assurance maladie liées à l'activité aux établissements de santé antérieurement financés par dotation globale seront modifiées en 2007. Elles feront l'objet d'un arrêté à publier dans les prochaines semaines. Le principe d'une valorisation mensuelle de l'activité mesurée par le PMSI a été retenu, avec un objectif d'application à partir des données d'activité du mois d'avril 2007. Cette mesure impliquera que vous validiez chaque mois les données d'activité des établissements.

Le suivi de la réalisation de la campagne 2007 sera effectué grâce à l'outil ARBUST, dûment renseigné par vos services, puis transmis à la DHOS au plus tard un mois après chaque circulaire tarifaire.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Signé

Xavier BERTRAND