



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ**

Direction générale de l'offre de
soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins
Bureau de la synthèse
organisationnelle et financière
(R1)

Personnes chargées du dossier :
Antoine Letiers
David Béthoux
tél. : 01 40 56 58 70/01 40 56 48 11
méls : antoine.letiers@sante.gouv.fr
david.bethoux@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

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

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2016/xxx du X 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire
2016 des établissements de santé

NOR :
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 18 mars 2016 - Visa CNP 2016 - 46

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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 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 26 février 2016 portant détermination pour 2016 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 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du X 2016 fixant, pour l'année 2016, les dotations régionales mentionnées à l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale

Annexes :

- Annexe IA : Montants régionaux MIGAC ;
- Annexe IB : Montants régionaux DAF ;
- Annexe IC : Montants régionaux MIGAC SSR ;
- Annexe ID : Montants régionaux USLD ;
- Annexe II : Mesures de reconduction et mesures relatives aux ressources humaines ;
- Annexe III : Plans et mesures de santé publique ;
- Annexe IV : Financement des études médicales ;
- Annexe V : Nomenclature des missions d'intérêt général MCO ;
- Annexe VI : Soins de suite et réadaptation ;
- Annexe VII : La dotation de soins USLD ;
- Annexe VIII : Investissements hospitaliers ;
- Annexe IX : Innovation, recherche et référence ;
- Annexe X : Economies 2016 ;
- Annexe XI : Accompagnements ou mesures ponctuelles ;

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

L'ONDAM établissements de santé pour 2016 est porté à **77,9Md€**, en progression de **1,75%** par rapport à 2015, représentant une évolution de **1,3Md€**. Cette évolution des ressources d'assurance maladie, constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 constitue la deuxième tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations.

Comme en 2015, les actions qui seront menées concernent particulièrement :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE) ;
- le « virage ambulatoire » avec le développement des prises en charge ambulatoires par substitution intra et extra muros sur le champ de la chirurgie, de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie avec, notamment, le développement de l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et la prévention des ré-hospitalisations ;
- l'amélioration de la pertinence du recours aux soins permettant de réduire les actes jugés inutiles ou redondants ;
- la recherche de l'efficience de la prescription hospitalière pour les produits de santé et les transports de patients.

Des économies de fonctionnement sont attendues des établissements de santé à travers l'évolution de leurs modalités de gestion interne ou de prise en charge des patients. Je vous rappelle que ces évolutions des organisations doivent permettre de limiter le taux global national d'évolution de la masse salariale à 1,5 %.

Pour 2016, le niveau des économies attendues sur le champ des établissements de santé est de 993M€ par rapport au tendanciel. Ces économies portent sur l'ensemble des enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé, dont 707M€ sur l'ODMCO, 90M€ sur la dotation MIGAC, 181M€ sur l'ODAM et 14M€ sur l'OQN. Le détail de ces économies est présenté en annexe X de la présente circulaire.

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2016 en MCO

J'ai souhaité que la campagne 2016 soit une **campagne équitable entre tous les secteurs**. C'est la raison pour laquelle **le taux d'évolution moyen des tarifs est commun aux deux secteurs et s'élève à -1%**¹, avant prise en compte de la reprise liée aux exonérations de charges du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et du pacte de responsabilité qui s'élèvent cette année à 0,65%.

Cette construction tarifaire est fondée sur une anticipation réaliste de l'augmentation des volumes d'activité, tout en respectant la prudence nécessaire en regard de l'indispensable respect de l'ONDAM 2016.

De plus, les tarifs facturés sont affectés d'un coefficient prudentiel dont la valeur est fixée cette année à -0,5%. En cas de respect de l'ONDAM, les ressources correspondantes pourraient être restituées en fin d'année, partiellement ou totalement, comme cela a été le cas lors des exercices précédents.

La politique tarifaire menée en 2016 s'inscrit dans la continuité de celle menée les années précédentes en poursuivant, en les amplifiant, les incitatifs au développement de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que la dialyse hors centre et l'hospitalisation à domicile. Les tarifs de ces deux dernières activités sont ainsi préservés en 2016 : les tarifs d'HAD et de dialyse hors centre

¹ Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, publié au JO du 8 mars 2016.

progresseront respectivement de +0,4% et +0% avant prise en compte des exonérations de charges et du coefficient prudentiel.

Les efforts entrepris en faveur de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire, qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé en réduisant les sur et les sous financements extrêmes, sont également poursuivis dans l'objectif d'améliorer la lisibilité des tarifs.

J'ai par ailleurs tenu à ce qu'un soutien spécifique en faveur des tarifs d'obstétrique, et notamment ceux des accouchements par voie basse, soit mis en œuvre en 2016.

Enfin, j'ai souhaité que les modalités de facturation des séjours hospitaliers entre secteurs, public et privé, soient harmonisées, afin, notamment, de tenir compte de l'arrêt du Conseil d'Etat du 30 juin 2015. Ainsi, le périmètre sur lequel se fondent les établissements pour facturer leurs prestations est désormais identique et s'appuie sur la notion d'entité géographique.

Toutefois, dans le nécessaire respect des objectifs de dépense, cette évolution s'accompagne d'une régulation spécifique afin de neutraliser les dépenses supplémentaires engendrées par ce nouveau mode de facturation. Une partie de ces dépenses prévisionnelles a ainsi été neutralisée dans le taux d'évolution des tarifs du secteur ex DG. L'autre partie sera régulée via les dotations des établissements concernés selon des modalités qui vous seront précisées ultérieurement.

Dans ce contexte, j'ai également demandé à mes services de proposer des modalités d'encadrement pour la création de nouvelles entités géographiques. Celles-ci vous seront communiquées dans le cadre d'une instruction spécifique.

La campagne budgétaire MIGAC/ODAM 2016

Dans le cadre de la présente circulaire, **21,7Md€** vous sont alloués (dont 5,8Md€ en MIGAC, 14,9Md€ en DAF, 1Md€ en DAF USLD, 14 M€ de MIG SSR), ce qui représente **96,4%** du montant total des dotations pour 2016 hors mises en réserve prudentielles 2016.

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

- **17,9Md€** au titre de vos bases régionales ;
- **4,4Md€** au titre de mesures 2016 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;
- **-0,6Md€** au titre de l'ensemble des autres mesures 2016.

Ces mesures nouvelles se déclinent selon les grandes catégories suivantes : mesures salariales et catégorielles, plans et mesures de santé publique, investissements hospitaliers, recherche et innovation, etc. Vous trouverez le détail qui vous permettra d'orienter la notification des crédits au sein de vos régions respectives dans les différentes annexes thématiques de cette circulaire.

Les mises en réserve prudentielles 2016

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées de manière prudentielle en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM.

Le niveau de ces mises en réserve s'élève pour 2016 à **367M€** sur l'ONDAM établissements de santé. Ces crédits font l'objet d'une répartition équitable sur l'ensemble des enveloppes de financement :

- **196M€** via le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,5% ;
- **75M€** correspondant à 0,5% des bases régionales DAF ;
- **14M€** sur l'Objectif Quantifié National (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,5% ;
- **60M€** sur le FMESPP ;
- **21M€** sur la marge nationale.

En fonction du respect de l'ONDAM, les crédits mis en réserve pourront être versés aux établissements en fin d'exercice.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 est également marquée par plusieurs réformes d'importance telles que la mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour les hôpitaux de proximité, la généralisation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ), les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence ainsi que la première étape de la mise en œuvre de la réforme de financement des soins de suite et de réadaptation.

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité

J'ai souhaité reconnaître pleinement la spécificité des hôpitaux de proximité dans leurs liens avec le premier recours et leur rôle de passerelle dans le système sanitaire et médico-social. Afin de leur donner les moyens d'assurer pleinement ce rôle, la LFSS pour 2015, en son article 52, est venue reconnaître cette nouvelle catégorie d'établissements et préciser leur financement, en rupture avec la tarification à l'activité. Le décret d'application qui en découle est en cours de publication.

Ainsi, les établissements qui se seront reconnus hôpitaux de proximité bénéficieront d'une dotation modulée à l'activité avec effet au 1er janvier 2016. Cette dotation sera constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir d'une fraction des recettes historiques et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficieront également, le cas échéant d'un complément de financement lié à leur activité.

Une instruction à destination des ARS et des établissements de santé viendra préciser les modalités concrètes d'application de cette réforme.

Pour cette première année de mise en œuvre, un accompagnement exceptionnel pourra être octroyé en fin d'année au vu des effets de la réforme.

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ)

Comme je l'avais annoncé, après deux années de montée en charge, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé est généralisée à compter du 1er janvier 2016 à tous les établissements exerçant l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique. Cette généralisation se traduit par la création d'une dotation complémentaire qui sera versée en fin d'année aux établissements dont les efforts et l'excellence dans la qualité et la sécurité des soins méritent d'être particulièrement valorisés.

Les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence

J'ai souhaité initier une évolution du modèle de financement des structures de médecine d'urgence (services d'urgence, SMUR) pour répondre aux grands objectifs suivants : d'une part, s'assurer que tous les établissements reçoivent un financement suffisant et équitable pour répondre à la demande de soins qui leur est adressée ; d'autre part, rendre cohérentes les règles de financement et les évolutions attendues de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Ainsi, dès cette année, à vecteurs de financement constants, la répartition du financement entre établissements (via le FAU et la MIG SMUR) évolue pour améliorer l'adéquation entre ce financement et leur niveau d'activité. Cette nouvelle répartition est rendue possible grâce aux travaux de modélisation menés par la DGOS, qui évaluent et valorisent l'ensemble des coûts des moyens nécessaires à l'activité des établissements (moyens humains, médicaux, paramédicaux et autres). Les effets revenus de cette nouvelle répartition sont lissés sur 4 ans.

La réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Le nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation est prévu par l'article 78 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016 et sera mis en œuvre dans toutes ses dimensions de manière progressive à compter du 1^{er} mars 2017.

Toutefois, j'ai souhaité que l'année 2016 constitue une première étape dans la mise en œuvre du nouveau modèle. En particulier, les établissements de santé seront désormais éligibles, dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation, à une liste de missions d'intérêt général définie spécifiquement pour ce champ et dont vous trouverez le détail en annexe VI. De la même manière, j'ai tenu à ce que, dès 2016, les dépenses liées aux molécules onéreuses soient mieux identifiées afin de mieux flécher au sein de la DAF les crédits à destination des établissements consommateurs.

Le soutien aux établissements en difficultés

Afin d'accompagner les efforts d'efficience et de restructuration de l'offre de soins engagés par les établissements de santé, vous veillerez à mobiliser prioritairement les crédits dont vous disposez au sein du fonds d'intervention régional (FIR).

A titre exceptionnel, un accompagnement par des aides nationales à caractère non reconductible pourra être envisagé à la demande expresse des directeurs généraux d'ARS. Le montant de ces aides étant en diminution significative par rapport à l'effort consenti en 2015, vous êtes invités à utiliser vos marges de manœuvre régionales, dans un esprit de subsidiarité renforcée vis-à-vis des aides nationales.

Les aides nationales seront réservées aux établissements qui formalisent contractuellement leur trajectoire de retour à l'équilibre financier à court terme et qui rencontrent des difficultés de trésorerie. En cas de reconduction d'une aide nationale exceptionnelle déjà accordée en 2015 à un établissement de santé, l'aide nationale 2016 ne pourra être supérieure à 75 % du montant de l'aide nationale accordée en 2015.

Vous trouverez le détail relatif aux aides versées par la présente circulaire en annexe XI.

Les tarifs journaliers de prestation

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

Dans le cadre de mon engagement relatif à l'accès aux soins, je vous demande donc de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n°2009-213 du 23 février 2009 soient strictement respectées par les établissements de santé. Dans ce cadre, vous poursuivrez la baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15% au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées. Pour les établissements concernés, la diminution du TJP devra atteindre un minimum de 3% en 2016 par rapport au TJP actuellement fixé.

Par ailleurs, et pour les établissements non concernés par cette baisse, j'appelle votre attention sur l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui prévoit désormais un encadrement de l'augmentation des TJP dans le champ MCO. Un plafond sera ainsi fixé prochainement par décret, et s'appliquera à chacun des tarifs des établissements concernés. Il correspondra au taux d'évolution du sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » de l'ONDAM, soit, pour cette année, +1,92%.

Vous veillerez également à ce que l'évolution des TJP dans les champs SSR et psychiatrique demeure modérée et n'excède pas, en tout état de cause, l'évolution des charges correspondantes des établissements concernés.

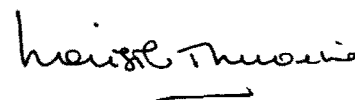
De manière générale, le contexte budgétaire global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives. Il est, en effet, de votre responsabilité de maintenir un pilotage renforcé de l'utilisation des ressources qui vous sont accordées.

Par ailleurs, je souhaite de nouveau rappeler que l'ensemble des établissements de santé publics et privés financés au sein de l'ODMCO, y compris ceux d'hospitalisation à domicile, sont éligibles aux dotations MIGAC.

Je vous invite enfin à veiller à ce que l'outil HAPI soit précisément employé permettant ainsi un suivi fiable des ressources budgétaires 2016.

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

La Ministre des affaires sociales et de la santé



Marisol TOURAINE