



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**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 :
Séverine Delalande
/ 01 40 56 73 71
mail : severine.delalande@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/R1/2017/xxx du XX XX 2017 relative à la campagne tarifaire et
budgétaire 2017 des établissements de santé

NOR :
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 14 avril 2017 - Visa CNP 2017-42

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 8 mars 2017 fixant pour l'année 2017 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 8 mars 2017 fixant pour l'année 2017 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 8 mars 2017 fixant pour l'année 2017 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 8 mars 2017 fixant pour l'année 2017 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du X 2017 fixant, pour l'année 2017, 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 ODAM (DAF PSY et DAF MCO) ;
- Annexe IC : 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 : La dotation de soins USLD ;
- Annexe VII : Investissements hospitaliers ;
- Annexe VIII : Innovation, recherche et référence ;
- Annexe IX : Economies ;
- Annexe X : 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 2017 est porté à **79,2 Md€**, en progression de **2%** par rapport à 2016, représentant une évolution de **1,5 Md€**.

Cette évolution des ressources d'assurance maladie, constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

Comme en 2015 et 2016, les actions d'efficience qui seront menées en 2017 concernent particulièrement :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment l'optimisation 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.

Ces évolutions des organisations et des modes de prises en charge doivent permettre de limiter le taux global national d'évolution de la masse salariale en 2017 à 2% contre 1,5% en 2015 et 2016. En effet, j'ai souhaité que le taux d'évolution national de la masse salariale soit révisé à la hausse en 2017 pour tenir compte de l'impact des mesures salariales annoncées en 2016 (deuxième tranche du dispositif parcours professionnel-carrière-rémunération, augmentation de la valeur du point, plan attractivité, etc...).

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2017 en MCO

J'ai souhaité que la campagne 2017 soit une **campagne équitable, comme l'année précédente**. C'est la raison pour laquelle **le taux d'évolution moyen des tarifs est commun aux deux secteurs hospitaliers et s'élève à -0,9%** (contre -1 % en 2016) 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'élève cette année à 0,49%.

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 2017.

De plus, les tarifs sont affectés d'un coefficient prudentiel dont la valeur est fixée cette année à -0,7%. En cas de respect de l'ONDAM, les ressources correspondantes pourront être restituées en fin d'année, partiellement ou totalement, comme cela a été le cas lors des exercices précédents.

La politique tarifaire menée en 2017 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. Ainsi, avant prise en compte des exonérations de charges et du coefficient prudentiel, les tarifs de dialyse hors centre sont préservés et ceux de l'HAD progressent quant à eux de 0,7%.

Par ailleurs, 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.

Enfin, j'ai, comme l'an passé, souhaité qu'un soutien spécifique en faveur des tarifs d'obstétrique soit poursuivi en 2017, ciblé sur les activités sous financées d'accouchements par voie basse.

La campagne budgétaire MIGAC/ODAM 2017

Dans le cadre de la présente circulaire, **15.9 Md€** vous sont alloués (dont 6Md€ en MIGAC, 8.9Md€ sur l'ODAM, 1Md€ en DAF USLD), ce qui représente 95,5% du montant total des dotations pour 2017 hors mises en réserve prudentielles 2017.

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

- **11.2 Md€** au titre de vos bases régionales ;
- **4.6 Md€** au titre de mesures 2017 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;
- **0.1 Md€** au titre de l'ensemble des autres mesures 2017.

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 2017

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 2017 à **412M€** sur l'ONDAM établissements de santé dont :

- **280M€** via le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,7% ;
- **96M€** de mises en réserve sur la DAF (SSR/PSY) ;
- **20M€** sur l'Objectif Quantifié National (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,7% ;
- **16M€** sur le FMESPP ;

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

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

L'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 relatif à la réforme des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) prévoit la mise en place d'une période transitoire du 1er mars 2017 au 28 février 2018, qui combine les modalités antérieures de financement (DAF et OQN) et la part activité de la dotation modulée à l'activité (DMA). Le financement de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation propres au champ des établissements de SSR est poursuivi sur l'année 2017. Egalement, la dotation complémentaire permettant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ) est désormais également ouverte aux établissements de SSR qui remplissent les critères d'éligibilité.

Les modalités de mise en œuvre de la campagne budgétaire pour 2017 des établissements de soins de suite et de réadaptation feront l'objet d'une instruction ad hoc. En effet, les spécificités de la période de financement transitoire ainsi que les derniers ajustements techniques et la publication de l'ensemble des textes juridiques rendent nécessaire la publication différée des éléments relatifs aux délégations budgétaires de ces établissements. Dans cette perspective, leur financement demeure fondé en totalité sur la base des anciennes modalités (DAF et OQN) jusqu'aux premiers versements de la fraction de financement en dotation modulée à l'activité (DMA). Ces premiers versements permettront également la régularisation des montants perçus par les établissements de SSR depuis le 1er mars 2017, pour prendre en considération l'application du modèle transitoire depuis cette date.

Le financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie

Des travaux sont menés, dans le cadre du comité de pilotage de la psychiatrie, dans l'objectif de définir un socle commun de principes de modulation intra-régionale des dotations annuelles de financement, à partir des critères utilisés actuellement par certaines ARS, et de réfléchir à une meilleure harmonisation des tarifs de prestation OQN.

Les éléments issus de ces travaux seront communiqués aux ARS et pourront, le cas échéant, servir de base à la répartition des ressources entre les établissements de santé. Par ailleurs, ces travaux permettront de nourrir la réflexion du comité de pilotage sur l'évolution des modalités de financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Cette évolution prendra notamment en compte le projet de décret fixant les priorités du projet territorial de santé mentale, en cours de publication. Ce texte définit comme objectifs, pour les établissements de santé autorisés en psychiatrie : d'organiser l'accès précoce au diagnostic ; de mettre en œuvre des délais appropriés d'accès aux soins, y compris somatiques ; de renforcer les prises en charge ambulatoires, si besoin intensives, afin de favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie ordinaire et limiter le recours à l'hospitalisation temps plein ; de permettre l'accès aux soins de recours ; de favoriser le développement de soins de réhabilitation ; de se coordonner avec les acteurs sociaux et médico-sociaux pour des parcours de santé et de vie sans rupture.

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail

Notre système de santé doit faire face à de nouveaux défis qui interrogent profondément son organisation, ses modes de fonctionnement, et les pratiques professionnelles de ceux qui travaillent au quotidien à prendre soin de nos concitoyens. Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, mais aussi les progrès technologiques et les avancées médicales, nous obligent à repenser l'organisation des soins et les modalités de prise en charge. Les établissements de santé évoluent pour s'adapter aux nouveaux besoins, conditions et modes de prise en charge. En réponse à ces évolutions, j'ai souhaité élaborer une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels médicaux et non médicaux exerçant en établissements de santé et médico-sociaux. Cette stratégie s'articule autour de 3 axes majeurs :

- ✓ Donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique ;
- ✓ Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien ;
- ✓ Accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux.

Sa déclinaison au niveau régional et local doit être une préoccupation pour chacun des acteurs du système de santé dont les ARS sont l'un des pivots. L'aide que vous apporterez à la réalisation des engagements pris dans ce cadre et la créativité de vos services pour apporter une réponse au plus près des besoins du terrain seront déterminants dans la réalisation des objectifs d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé déclinés au sein de cette stratégie.

A titre d'exemple, la stratégie prévoit un appui financier pour l'aide à la constitution des équipes pluridisciplinaires de santé au travail ainsi que la création d'une mission nationale « qualité de vie au travail » placée auprès du directeur général de l'offre de soins, chargée de recenser, valoriser et diffuser les bonnes pratiques, et d'évaluer l'efficacité de la stratégie. Elle prévoit également la mise en place de conciliations au niveau local et national afin d'intervenir sur les conflits internes au plus tôt, dans un cadre approprié, pour éviter leur aggravation et leurs conséquences en termes de risques psychosociaux. Pour ce faire, un médiateur national a été chargé de préfigurer l'organisation de ces médiations ; il remettra prochainement ses préconisations et elles se traduiront par des actions dans le courant de l'année 2017. C'est sur cette base que des crédits pourront être notifiés en cours d'exercice.

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. 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.

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

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 2017 par rapport au TJP actuellement fixé.

Par ailleurs, et pour les établissements non concernés par cette baisse, le II de l'article 33 de la LFSS pour 2004 prévoit un encadrement de l'augmentation des TJP. Cette limite maximale d'augmentation des TJP, qui s'appliquait déjà dans le champ MCO, a été étendue au SSR en application de l'article 82 de la LFSS pour 2017.

Suite à la fusion des anciens 2eme et 3eme sous-objectifs, c'est désormais le taux d'évolution du nouveau sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé » qui devient la référence pour le plafonnement de l'évolution des TJP.

Pour cette année, l'augmentation des TJP ne pourra donc pas excéder + 2 %.

Vous veillerez également à ce que l'évolution des TJP dans le champ 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 et continu des ressources budgétaires 2017.

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

La Ministre des affaires sociales et de la santé



Marisol TOURAINE