

Diffusion de la circulaire sur la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé

PARIS, 2 juin 2010 (APM) - La circulaire relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé a été diffusée mercredi après avoir été validée jeudi par le conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé (ARS).

Elle précise plusieurs orientations par rapport aux informations données lors du salon Hôpital expo par la directrice générale de l'offre de soins (DGOS), Annie Podeur (cf dépêche APM ABNEJ001).

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, insiste sur son souhait que la construction tarifaire 2010 soit "guidée par un objectif de stabilisation" après les évolutions apportées en 2009 au modèle de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), avec l'entrée en vigueur de la nouvelle classification des groupes homogènes de malades (GHM) et la création des missions d'intérêt général (MIG) sur la permanence des soins hospitalière (PDSH) et la précarité.

"La stabilité se manifeste d'abord du point de vue de la méthode (méthode de construction se déclinant en trois phases: tarifs bruts, repères et de campagne)" puis "par la volonté de se limiter, pour l'essentiel, aux évolutions demandées par les professionnels, notamment sur les règles relatives aux bornes basses et aux suppléments de surveillance continue", explique la ministre.

"Quelques ajustements techniques se sont néanmoins révélés nécessaires, notamment avec la prise en compte des résultats de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) 2007 lorsque ceux-ci étaient plus fiables que ceux de 2006", ajoute-t-elle en rappelant que plusieurs GHM de très courte durée ont été créés.

S'agissant de la convergence, elle rappelle qu'un "effort" est réalisé entre les secteurs public et privé sur une liste limitative de 35 GHM "sélectionnés sur des critères d'homogénéité de pratiques médicales et de prise en charge entre les deux secteurs". En retenant le principe de cette convergence ciblée, qui devrait se traduire par 150 millions d'euros d'économies, la ministre rappelle qu'elle a souhaité donner un "signal fort quant aux efforts d'efficience à réaliser par les établissements du secteur anciennement financé par dotation globale".

L'échéance de la convergence intrasectorielle reste fixée au 1er janvier 2012 avec un taux moyen régional de convergence de 50%, commun aux deux secteurs, "soit la moitié de l'effort résiduel pour atteindre la cible".

MARGE TARIFAIRE DE 736 MILLIONS D'EUROS

La progression de 2,67% de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) à 44,299 milliards d'euros permet de dégager une marge tarifaire de 736 millions d'euros.

"Cette progression permet de constituer les provisions nécessaires pour faire face à la progression de l'activité et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations, ainsi qu'à une partie du dépassement constaté en 2009", indique la circulaire.

Ces provisions ont été réalisées en retenant une estimation d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes et une prévision d'augmentation de 8% des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

La ministre appelle les directeurs généraux des ARS à veiller "particulièrement au respect de l'évolution des volumes dans [leur] région par rapport aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos)". "Les sanctions prévues en cas de dépassement des Oqos doivent être appliquées",

ajoute-t-elle.

Elle indique par ailleurs qu'elle a reconduit le dispositif tarifaire incitatif concernant les tarifs de chirurgie ambulatoire afin de marquer son "attachement" au développement de ce mode de prise en charge.

AJUSTEMENT DES MIG PRECARITE

S'agissant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), la ministre explique que les mouvements amorcés en 2009 seront poursuivis. Elle évoque une nouvelle étape de redéploiements interrégionaux visant à la fois les MIG à caractère régional et les crédits d'aide à la contractualisation (AC), avec une accélération du rythme.

Elle a souhaité par ailleurs "consolider et améliorer" le dispositif de compensation des surcoûts structurels liés à la prise en charge des patients en situation de précarité mis en place en 2009. "Les critères d'éligibilité à la dotation MIG correspondante ont été révisés afin de mieux cibler les établissements particulièrement concernés par ce type de prise en charge et de rendre plus lisible le modèle", explique-t-elle.

Le paramètre en pourcentage de la base tarifaire qui avait pour effet "d'inclure ou d'exclure à tort" certains établissements a été supprimé. "Les seuls paramètres pris en compte en 2010 sont un taux de séjours CMU/CMUC/AME/AMESU transmis par la CNAMTS [Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés] supérieur ou égal à 10,5% ainsi qu'un seuil plancher fixé à 40.000 euros", précise la circulaire en indiquant que ces paramètres sont désormais identiques pour les secteurs public et privé.

L'enveloppe Migac est ainsi abondée de 50 millions d'euros par débasage de la masse tarifaire, afin d'une part, de corriger les effets de seuil constatés en 2009, et d'autre part, de prendre en compte le coefficient géographique.

S'agissant de la PDSH, la ministre indique que le périmètre du dispositif reste limité en 2010 au seul personnel médical des établissements anciennement sous dotation globale et que le montant de la dotation nationale est ainsi maintenu à 760 millions d'euros en année pleine.

"L'année sera mise à profit pour faire le bilan de l'utilisation de la marge de redéploiement régionale (fixée à 10% en 2009), approfondir la connaissance des actuelles organisations des gardes et astreintes médicales et progresser dans la définition des organisations cibles, sur la base de l'analyse des premières réorganisations menées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)", précise la circulaire.

Le taux de marge de manoeuvre régionale pour 2010 est fixé à 20%, afin de permettre aux ARS d'approfondir ces expérimentations et d'accélérer les transformations souhaitées.

L'aide exceptionnelle dégressive allouée en 2008 et destinée à accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre est reconduite à hauteur de 6,5 millions d'euros. Il s'agit d'une aide dégressive pendant la durée de la convergence intra-sectorielle.

Sur les marges de manoeuvre régionales, Roselyne Bachelot tient à rappeler qu'elles doivent être utilisées "à titre non reconductible" hors couverture des dépenses d'investissement financées dans le cadre des plans nationaux et sur décisions ministérielles. Elle appelle aussi l'attention des DG d'ARS sur "les risques d'un financement hors plan national d'aides à l'exploitation en soutien de l'investissement pour des périodes pouvant aller jusqu'à 20 ans".

ACCELERATION DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES MERRI

Par ailleurs, la réforme du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri), engagée en 2008, sera accélérée pour une mise en oeuvre complète dès 2010 au lieu de 2011 "avec un lissage modéré des effets revenus".

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est doté

de 264 millions d'euros, notamment aux fins d'assurer la montée en charge du Plan hôpital 2012.

La circulaire délègue 71% des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2010. Compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, la ministre souligne que le ministère ne conserve, pour des délégations ultérieures, que 0,89% de l'Ondam hospitalier (hors FMESPP).

(Circulaire n°DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé, 49 pages, disponible sur:

www.circulaires.gouv.fr/pdf/2010/06/cir_31209.pdf)

cb/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com