

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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)  
DGOS-R1-TARIFOQN@sante.gouv.fr

### **Instruction DGOS/R1 n° 2013-257 du 25 juin 2013 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN**

NOR : AFSH1316626J

Validée par le CNP le 7 juin 2013. – Visa CNP 2013-145.

*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* : mise en œuvre régionale de la campagne tarifaire 2013 des établissements financés sous OQN – fixation de nouveaux tarifs – financement des médecins salariés.

*Mots clés* : établissements de santé – OQN – campagne tarifaire – agences régionales de santé.

*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).*

L'année 2012 a été marquée par un fort dynamisme de la dépense des activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, qui s'explique par plusieurs facteurs mais plus particulièrement par une augmentation du volume d'activité liée notamment à la mise en œuvre de nouvelles autorisations et de nouveaux tarifs.

Dans ce contexte, le dépassement significatif de l'OQN en 2012 ainsi que la prévision de volume soutenue pour 2013 ont conduit, pour la première année, à une évolution des tarifs négative.

Cette instruction décrit, d'une part, les conditions de mise en œuvre de la campagne pour 2013, d'autre part, le cadre réglementaire dans lequel doit s'inscrire la fixation de nouveaux tarifs et, enfin, propose un rappel des modalités pratiques permettant le financement des praticiens salariés.

#### **1. Mise en œuvre de la campagne tarifaire 2013 des établissements sous OQN**

L'arrêté du 3 juin 2013 fixant les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale pour l'année 2013 fixe un taux d'évolution moyen des tarifs de prestations des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie identique pour l'ensemble des régions, soit – 0,55 %.

En effet, comme précisé par la circulaire du 29 mars 2013 relative à la campagne budgétaire et tarifaire des établissements de santé pour 2013, il a été convenu, en concertation avec les fédérations hospitalières, de ne pas procéder à une modulation de ce taux en SSR en fonction d'un indice d'activité, dans la mesure où la nouvelle classification des séjours dite GME (groupe médico-économique) n'est pas encore fiabilisée.

Dans le champ de la psychiatrie, comme chaque année, il n'est pas proposé de péréquation inter-régionale en l'absence de critère d'activité et du fait de la relative harmonisation des prix de journée en psychiatrie générale.

Votre campagne tarifaire régionale doit, conformément aux dispositions de l'article R.162-41-3 du code de la sécurité sociale, être conduite dans le respect du taux moyen régional qui vous est alloué.

À ce titre, vous devez prendre un arrêté fixant les règles générales de modulation et les critères d'évolution des tarifs de prestations des établissements de votre région. Je vous rappelle qu'il doit être pris après avis des fédérations représentatives des établissements de santé de votre région.

Au vu des taux d'évolution fixés pour 2013, je vous invite à fixer les tarifs, avec discernement, pour tenir compte des éventuelles spécificités de certains des établissements de santé de votre région.

Les tarifs de ces établissements pourraient, selon votre appréciation, être maintenus à leur niveau actuel ou bénéficier d'une baisse moindre, dans le respect de votre taux moyen régional. Pour ce faire, l'ATIH va mettre à votre disposition, comme chaque année, l'outil APLIMOD, qui vous permettra de simuler les masses financières en jeu.

Je vous demande d'être vigilant à ce que le taux d'évolution des tarifs des établissements ne soit en aucun cas inférieur à 5 % ni supérieur à 150 % (la fourchette haute vous permettant d'harmoniser certains tarifs ayant une valeur unitaire faible), ainsi que le prévoit l'article 4 de l'arrêté du 3 juin 2013 susmentionné.

## **2. Règles de fixation de nouveaux tarifs à l'échelon régional**

Je souhaite également appeler votre attention sur les conditions et le cadre limitatif dans lesquels vous pouvez être amené à fixer de nouveaux tarifs en dehors de la campagne annuelle tarifaire.

L'article R.162-31-2 du code de la sécurité sociale précise que les tarifs de prestations des établissements ou activités nouvellement autorisés « sont déterminés sur la base des tarifs applicables pour les mêmes activités qui présentent des conditions techniques de fonctionnement équivalentes ». Ces tarifs ne peuvent servir de référence que s'ils couvrent un périmètre de charges identique au projet tarifaire (tout compris ou construction tarifaire segmentée, avec ou sans financement des praticiens).

Les cas pour lesquels un nouveau tarif peut être fixé sont limitatifs. Seuls les nouveaux établissements ou les activités nouvellement autorisées sont concernés. Juridiquement, les mentions spécialisées ne se confondent pas avec une activité nouvellement autorisée.

Néanmoins, à titre exceptionnel et dérogatoire, vous pouvez fixer un nouveau tarif lorsque, pour mettre en œuvre sa nouvelle spécialisation, l'établissement développe un projet médical spécifique et augmente de manière substantielle ses moyens humains et techniques.

Je demanderai à mes services d'être vigilants au strict respect de ces règles.

Enfin, je vous rappelle que, conformément à l'instruction du 22 décembre 2010, chaque nouveau projet tarifaire doit être adressé, pour avis, à la DGOS *via* l'outil de remontée tarifaire prévu à cet effet (adresse générique : DGOS-R1-TARIFOQN@sante.gouv.fr).

## **3. Rappel sur les modalités pratiques permettant le financement des praticiens salariés**

Enfin, je vous rappelle que, conformément aux dispositions de l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale, dans le cas où les tarifs de l'établissement n'incluent pas le financement des praticiens salariés (absence de forfait « SSM » ou prix de journée excluant la part du salariat), les actes de ces praticiens, en lien avec une prestation d'hospitalisation, peuvent être facturés sous le numéro Finess de l'établissement de santé. Pour ce faire, et conformément à la circulaire CNAMTS du 3 janvier 2012, cette possibilité doit être expressément prévue par l'avenant tarifaire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement concerné.

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
D. PIVETEAU

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS