

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
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)

Instruction n° DGOS/R1/2018/147 du 15 juin 2018 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN

NOR : SSAH1816700J

Validée par le CNP le 25 mai 2018. – Visa CNP 2018-45.

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 : campagne tarifaire 2018 des établissements financés sous OQN.

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

Références :

Arrêté du 23 mai 2018 fixant pour l'année 2018 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 ;

Arrêté du 23 mai 2018 fixant pour l'année 2018 le montant de la réserve prudentielle mentionnée au I de l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La campagne tarifaire 2018 des établissements de santé financés sous objectif quantifié national (OQN) s'inscrit dans le cadre de la progression de l'ONDAM établissements de santé fixée pour 2018 à hauteur de 2%.

Afin de tenir compte de la dynamique des dépenses sur le champ des activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie financées sous OQN, le taux d'évolution moyen national des tarifs a été fixé à - 1,10 % pour l'OQN SSR et à - 0,37 % pour l'OQN psychiatrie après prise en compte des exonérations de charges liées aux crédits d'impôts.

Ces taux d'évolution tiennent également compte de l'application de la dotation prudentielle OQN ainsi que de différentes modulations tarifaires opérées dans le cadre de la campagne tarifaire OQN pour 2018 qui sont décrites ci-après.

La poursuite de l'application de la dotation prudentielle OQN

Ce mécanisme de régulation, qui permet de constituer une dotation prudentielle au sein de l'OQN, est reconduit en 2018. Le montant de cette dotation est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par l'arrêté du 23 mai cité en référence.

Pour 2018, comme en 2017, son niveau équivaut à une minoration tarifaire de - 0,7 % au 1^{er} mars 2018, pour les deux champs d'activité, en cohérence avec le niveau du coefficient prudentiel MCO 2018, également fixé à - 0,7%.

Comme pour le coefficient prudentiel MCO, en cas de respect de l'ONDAM, les ressources ainsi mises en réserve pourront être restituées en fin d'année.

La modulation opérée dans le cadre de la campagne tarifaire OQN 2018 au titre des allègements fiscaux dont bénéficient les établissements privés lucratifs et non lucratifs

Les taux d'évolution OQN SSR et OQN PSY pour 2018 prennent en compte :

- le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dont bénéficient les établissements privés à but lucratif, correspondant à un impact sur les tarifs 2018 de l'OQN SSR et de l'OQN PSY estimé à + 0,3% ;
- le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) dont bénéficient les établissements privés à but non lucratif, correspondant à un impact sur les tarifs 2018 de l'OQN SSR et de l'OQN PSY estimés respectivement à – 0,04% et – 0,02%.

Les taux d'évolution sont donc différenciés en fonction du statut des établissements relevant de l'OQN SSR et de l'OQN psychiatrie (établissements à but lucratif ou non lucratif) afin de cibler les effets liés au CICE sur les seuls établissements à but lucratif et la reprise opérée au titre du CITS sur les seuls établissements à but non lucratif.

Pour y procéder, l'arrêté national tarifaire OQN pour 2018 fixe des taux moyens régionaux différenciés en fonction du poids respectif, dans chaque région, des établissements à but lucratif et à but non lucratif.

L'intégration dans les taux d'évolution tarifaire des établissements OQN des dépenses de transports en lien avec l'application de l'article 80 modifié de la LFSS pour 2018 au 1^{er} octobre 2018

L'article 80 modifié de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le transfert des dépenses de transport inter-établissements des soins de ville vers l'ONDAM établissement de santé.

Cette mesure dispose que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1^o des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Les conditions d'application de la mesure sont précisées dans le décret n° 2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients.

Cet article entrant en vigueur au 1^{er} octobre 2018, la réintégration dans les tarifs correspond à trois mois de facturation des dépenses de transport d'octobre à décembre 2018. Ces dépenses ont été intégrées de manière ciblée sur les tarifs des prix de journée (PJ) et les tarifs du forfait de surveillance médicale (SSM) des établissements sous OQN.

La sanctuarisation des tarifs d'hospitalisation de jour des établissements de psychiatrie financés sous OQN

Afin de soutenir le développement des prises en charge d'hospitalisation de jour en psychiatrie, il a été décidé de sanctuariser en 2018 les tarifs de ces prises en charge, dits « PY ». Les taux moyens fixés au niveau de chaque région tiennent compte de cette sanctuarisation.

La fixation du taux d'évolution des tarifs des établissements

Les taux d'évolution moyens régionaux fixés par l'arrêté du 23 mai 2018 susmentionné résultent donc de la modulation du taux moyen national en application d'une prise en compte différenciée du CICE et du CITS en fonction du statut des établissements de santé, de la réintégration des dépenses de transport en application de l'article 80 modifié de la LFSS pour 2017 et de la sanctuarisation des tarifs d'hospitalisation de jour sur le champ des établissements de psychiatrie.

Je vous demande donc de bien vouloir reproduire ces modulations dans le cadre de la mise en œuvre de votre campagne tarifaire.

Votre arrêté tarifaire régional, pris après avis consultatif des représentants dans votre région des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, devra ainsi fixer cette évolution tarifaire différenciée en fonction des modulations précitées, en tant que règle générale de modulation des tarifs des établissements de votre région, conformément aux dispositions des articles L. 162-22-4 et R. 162-31-7 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, en application des articles précités, vous avez la possibilité, dans le respect de votre taux moyen régional, de définir d'autres règles d'évolution des tarifs des établissements de votre région pour accompagner votre politique tarifaire régionale. Pour ce faire, l'ATIH met à votre disposition, comme chaque année, l'outil APLIMOD qui vous permet de simuler les masses financières en jeu.

En complément, 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% du tarif de l'année précédente (la fourchette haute vous permettant d'harmoniser certains tarifs ayant une valeur unitaire faible), ainsi que le prévoit l'article 3 de l'arrêté du 23 mai 2018 susmentionné.

L'information du niveau national sur les tarifs fixés en région

Je souhaite enfin vous rappeler l'importance de faire remonter au niveau national l'ensemble des nouveaux tarifs que vous fixez, concomitamment ou en dehors des campagnes tarifaires, pour permettre à mes services de calibrer le plus précisément possible l'enveloppe OQN grâce à une meilleure appréhension des masses financières générées par la mise en œuvre de ces nouveaux tarifs.

Aussi, conformément à l'instruction du 22 décembre 2010, je vous invite à adresser à la DGOS tous vos nouveaux tarifs en renseignant l'outil de remontée tarifaire et en l'envoyant à l'adresse générique prévue à cet effet: DGOS-R1-TARIFOQN@sante.gouv.fr.

Je vous demande d'être vigilant quant au strict respect de ces règles.

Je vous invite également à tenir mes services informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURREGES

*La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,*
S. FOURCADE