

## 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/R1/2019/113 du 10 mai 2019 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale 2019 des établissements de santé financés sous OQN**

NOR : SSAH1913692J

Validée par le CNP le 26 avril 2019 – Visa CNP 2019-32.

*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 2019 des établissements financés sous OQN.

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

*Références* :

Arrêté du 16 avril 2019 modifiant l'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code ;

Arrêté du 18 avril 2019 fixant pour l'année 2019 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 18 avril 2019 fixant pour l'année 2019 le montant de la réserve prudentielle mentionnée au I de l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

*Diffusion* : agences régionales de santé.

*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 2019 des établissements de santé financés sous objectif quantifié national (OQN) s'inscrit dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui prévoit une progression des ressources allouées aux établissements de santé de + 2,4% en 2019, soit près de 2 Md€ supplémentaires, portant le total des dépenses d'assurance maladie au titre des établissements de santé à 82,7 Md€.

L'arrêté fixant, pour l'année 2019, les taux d'évolution moyen des tarifs des établissements sous OQN a été publié au *Journal officiel* du 20 avril 2019. Ainsi, le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations des établissements de soins de suite et de réadaptation est fixé à - 0,62%, dont - 0,7% au titre de la dotation prudentielle et le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations des établissements de psychiatrie est fixée à - 0,03%, dont - 0,7% au titre de la dotation prudentielle. Hors dotation prudentielle, les taux d'évolution moyen des tarifs des prestations des établissements de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie s'élèvent respectivement à + 0,08% et à + 0,68%.

Ces taux d'évolution tiennent ainsi compte d'une part de la dotation prudentielle et d'autre part de différentes modulations tarifaires opérées dans le cadre de la campagne tarifaire OQN pour 2019 qui sont décrites ci-après.

Enfin, outre ces taux d'évolution, l'arrêté susvisé fixe également la valeur des nouvelles prestations créées en 2019 dans le cadre de la réforme du financement des transports sanitaires inter-établissements et facturables par les établissements relevant du champ de l'OQN à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019 (cf. détail ci-après).

### **La poursuite de l'application de la dotation prudentielle OQN**

Ce mécanisme de régulation permet de constituer une dotation prudentielle au sein de l'OQN. Le montant de cette dotation est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par l'arrêté du 18 avril cité en référence.

Pour 2019, son niveau équivaut à une minoration tarifaire de - 0,7 % au 1<sup>er</sup> mars 2019, pour les deux champs d'activité (SSR et psychiatrie), en cohérence avec le niveau du coefficient prudentiel MCO 2019, également fixé à - 0,7 %.

Afin d'améliorer la lisibilité de ce mécanisme de réserve prudentielle pour les établissements de santé, les modalités de mise en œuvre de la dotation prudentielle évoluent à compter de la campagne 2019. En effet, afin d'harmoniser ces modalités avec celles qui existent notamment sur le champ MCO, les modulations tarifaires que vous appliquerez dans le cadre de cette campagne seront réalisées hors dotation prudentielle.

Ainsi, les tarifs de l'année 2018 seront rehaussés à hauteur du taux correspondant à la dotation prudentielle de l'année 2018 et la modulation tarifaire sera réalisée en fonction d'un taux ne prenant pas en compte la dotation prudentielle 2019. Autrement dit, les taux d'évolution hors dotation prudentielle 2019 s'appliqueront sur des tarifs 2018 rehaussés de 0,7 %.

Enfin, le taux correspondant à la dotation prudentielle 2019 sera appliqué sur les tarifs modulés selon les modalités évoquées ci-dessus, ce qui permettra d'obtenir les tarifs de 2019.

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

### **La modulation opérée dans le cadre de la campagne tarifaire OQN 2019 au titre du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) dont bénéficient les établissements privés non lucratifs**

Les taux d'évolution OQN SSR et OQN PSY pour 2019 prennent en compte la reprise de 20 % supplémentaires des bénéficiaires liés au crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) dont bénéficient les établissements privés à but non lucratif. Cette reprise correspond à un impact moyen sur les tarifs 2019 estimé à - 0,03 % pour l'OQN SSR et - 0,01 % pour l'OQN psychiatrie.

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 la reprise 2019 opérée au titre du CITS sur les seuls établissements à but non lucratif.

Pour y procéder, l'arrêté national tarifaire OQN pour 2019 fixe des taux moyens régionaux différenciés en fonction du poids respectif, dans chaque région, des établissements à but lucratif et à but non lucratif.

### **La poursuite de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports sanitaires inter-établissements prévue à l'article 80 de la LFSS pour 2017**

La campagne 2019 est marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 LFSS 2017). Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra-établissement, et ce à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018. Les transports visés par cette réforme (intégralité des transports de patients déjà hospitalisé sauf exception) ne sont donc plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements.

Tous les établissements de santé quel que soit le secteur et le champ d'activité (MCO, PSY, SSR) sont ainsi concernés par cette mesure qui donne lieu en 2019 à un transfert de dépenses depuis l'ONDAM soins de ville vers l'ONDAM établissements de santé correspondant à 9 mois de dépenses, après un premier transfert de 3 mois réalisé en construction 2018.

Ainsi, pour l'OQN SSR: neuf mois de ces dépenses ont été réintégrés au sein de l'OQN en 2019, soit 30,8 M€, en sachant qu'une partie de ces dépenses est couverte par les suppléments transports à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019.

Les tarifs des prix de journée et des forfaits de surveillance médicale doivent ainsi permettre de couvrir 4 mois de dépenses de transports (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2019), soit 13,7 M€. Or, les tarifs OQN 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 12,3 M€ (10,2 M€ au titre de 2018 et 2,1 M€

d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs OQN SSR 2019 ont ainsi été rehaussés de 1,4 M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs OQN SSR de + 0,08 % au 1<sup>er</sup> mars 2019.

Pour l'OQN psychiatrie, neuf mois de ces dépenses ont été réintégrées au sein de l'OQN en 2019, soit 3,7 M€ en sachant qu'une partie de ces dépenses est couverte par les suppléments à compter du 1<sup>er</sup> mai.

Les tarifs des prix de journée et des forfaits de surveillance médicale doivent ainsi permettre de couvrir 4 mois de dépenses de transports (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2019), soit 1,6 M€. Or, les tarifs OQN 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 1,4 M€ (1,2 M€ au titre de 2018 et 0,2 M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs OQN PSY 2019 ont ainsi été rehaussés de 0,2 M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs OQN PSY de + 0,03 % au 1<sup>er</sup> mars 2019.

À compter du 1<sup>er</sup> mai 2019, les établissements de santé de SSR et de psychiatrie relevant de l'OQN pourront facturer des suppléments transport, à l'instar des modalités de financement existant sur le champ MCO. Les règles applicables à ces suppléments sont fixés dans l'arrêté « prestations » susvisé. Leur valeur est nationale pour la campagne 2019 et fixée dans l'arrêté tarifaire OQN.

Il s'agit des suppléments suivants :

- un supplément transport dénommé « ST1 » d'une valeur de 106 € pour le champ SSR et de 100 € pour le champ psychiatrie. Ce supplément est facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours ;
- un supplément transport dénommé « ST2 » d'une valeur de 191 € pour le champ SSR et de 110 € pour le champ psychiatrie. Ce supplément est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe d'une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement, ou au sein du même établissement dans une unité médicale ne relevant pas du même champ d'activité ;
- un supplément transport dénommé « ST3 » d'une valeur de 191 € pour le champ SSR et de 110 € pour le champ psychiatrie. Ce supplément est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3<sup>o</sup> du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale.

À noter que la valeur de ces suppléments est, pour 2019, année de leur création, fixée au niveau national. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le calcul des taux d'évolution des tarifs au niveau régional. Dès lors, ils ne sont pas soumis en 2019 à l'effort de réserve prudentielle.

Plus spécifiquement, sur le champ du SSR, ces suppléments ne se verront pas appliquer le coefficient « frais de séjour » mis en œuvre dans le cadre de la période transitoire de la réforme du financement. Ces suppléments sont ainsi facturés à 100 % et il n'y a pas de supplément transport créé sur l'enveloppe de dotation modulée à l'activité (DMA).

### **La fixation du taux d'évolution des tarifs des établissements**

Les taux d'évolution moyens régionaux fixés par l'arrêté du 18 avril 2019 susmentionné résultent donc de la modulation du taux moyen national en application d'une prise en compte différenciée du CITS en fonction du statut des établissements de santé et de la poursuite de la réintégration des dépenses de transport en application de l'article 80 modifié de la LFSS pour 2017 (hors suppléments non pris en compte pour le calcul des évolutions tarifaires régionales).

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 18 avril 2019 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, 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](mailto: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 la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
C. COURREGES