



Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées (F2)

DHOS / F2 / N°
Personne chargée du dossier :
Marcelle Féniès
marcelle.fenies@sante.gouv.fr
Téléphone : 01 40 56 43 73
Télécopie : 01 40 56 50 10

**Sous direction de l'organisation
du système de soins**

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

**Sous-direction du financement
du système de soin**

Le Ministre des solidarités, de la santé
et de la famille

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre)

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour information)

Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005
des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Mots clés : établissements de santé antérieurement financés par dotation globale - tarification à l'activité – dotation annuelle complémentaire – dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – dotation annuelle de financement

Textes de références :

- Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6, L.162-22-10, R.162-32 et suivants et R.162-42 et suivants ;
- Articles 17 et 63 de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 ;
- Décret n°2004-1539 du 30 décembre 2004 relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie, notamment l'article 7 ;
- Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé ;
- Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Annexes :

- Annexe 1 : Dotations régionales des DAF
- Annexe II : Dotations régionales de financement des MIGAC
- Annexe III : Dotations régionales des DAC
- Annexe IV : Tarifs et forfaits annuels
- Annexe V : Liste des médicaments financés en sus des tarifs
- Annexe VI : Liste des dispositifs médicaux financés en sus des tarifs
- Annexe VII : Liste des missions d'intérêt général
- Annexe VIII : Modalités de valorisation des MIGAC
- Annexe IX : Modalités de fixation des MERRI
- Annexe X : Adaptation du cadre budgétaire et comptable
- Annexe XI : Présentation des plans de santé publique

La nouvelle étape de la réforme du mode de financement des établissements de santé engagée au 1^{er} janvier 2005 se traduit par un changement fondamental dans la gestion de la campagne budgétaire : les dépenses d'assurance maladie couvrant les frais d'hospitalisation dans les établissements de santé sont désormais suivies dans le cadre de **quatre objectifs distincts** dont deux sont communs aux établissements de court séjour quel que soit leur statut : public, privé participant au service public hospitalier, privé à but non lucratif antérieurement sous dotation globale et privé à but non lucratif ou commercial antérieurement sous Objectif quantifié national (OQN). Ces deux objectifs communs représentent près des $\frac{3}{4}$ du montant total des objectifs concernant les établissements de santé. Dès 2005, les principales modalités de financement qui découlent de la tarification à l'activité sont appliquées à l'ensemble des deux secteurs antérieurement sous dotation globale et antérieurement sous OQN : une facturation à l'activité sur la base de tarifs d'hospitalisation nationaux par séjour, une facturation de consommations de médicaments et dispositifs médicaux sur des tarifs de responsabilité et des financements complémentaires forfaitaires auxquels s'ajoute éventuellement une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Toutefois le rapprochement complet des modalités de financement ne peut être atteint qu'à l'issue de la période de transition et la campagne budgétaire présente encore en 2005 des caractéristiques très distinctes entre les deux secteurs. Les activités non encore tarifées à l'activité (psychiatrie, soins de suite et de rééducation...) restent retracées dans des objectifs distincts, chaque secteur conservant ses modalités propres de tarification dans le cadre d'objectifs renouvelés.

L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 de la disposition mettant fin à la notion de « dépenses hospitalières encadrées » pour les établissements antérieurement sous dotation globale modifie radicalement pour ce secteur les conditions de la campagne en inversant la logique de la construction budgétaire qui doit désormais reposer sur l'évolution des recettes et non plus sur l'autorisation de dépenses. La campagne budgétaire pour 2005 représente une évolution considérable, tant en ce qui concerne les modalités de détermination des ressources que les procédures budgétaires, qui nécessite des retraitements très complexes pour parvenir à la construction des nouvelles bases que ce soit au niveau national, régional ou au niveau de l'établissement. La place très importante de cette phase de « reconstruction » et les modalités encore différentes de la période de transition expliquent que la campagne soit présentée séparément en 2005. La présente circulaire vous expose donc les modalités de gestion de la campagne budgétaire relatives au secteur antérieurement financé par dotation globale et vous notifie les dotations régionales correspondant aux nouvelles dotations qu'ils vous appartient de fixer pour ce secteur.

I. Les objectifs de dépenses d'assurance maladie

1.1 La définition des objectifs

Les dépenses des établissements sanitaires à la charge de l'assurance maladie doivent à partir du 1^{er} janvier 2005 respecter des objectifs nationaux décomposés selon la nature de l'activité et non plus selon le statut de l'établissement. Les dépenses des établissements antérieurement sous dotation globale sont retracées dans trois objectifs :

a) Deux objectifs communs aux deux secteurs public et privé

Les dépenses d'assurance maladie correspondant aux activités **de court séjour MCO des établissements publics et privés** sont suivies dans les deux objectifs suivants :

- Un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), comprenant également les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements mentionnés à l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale.
- Une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L.162-22-6 du CSS.

Seules les activités de court-séjour d'établissements expressément exclus de la tarification à l'activité par la loi ne sont pas intégrées dans ces objectifs : il s'agit des hôpitaux locaux, de l'établissement public national de Fresnes, du service de santé des armées, de l'Institution nationale des invalides, des établissements de santé de Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon et temporairement des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale de Guyane.

b) Un objectif propre au secteur anciennement sous dotation globale

L'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses d'assurance maladie correspondant aux activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, des unités de soins de longue durée des établissements antérieurement sous dotation globale et de celles des établissements expressément exclus de la tarification à l'activité cités ci-dessus.

1.2. La détermination des bases

Elle comprend plusieurs étapes successives : la décomposition de la base unique précédemment fixée en dépenses encadrées, la recombinaison des nouvelles bases et leur conversion en dépenses d'assurance maladie.

A La décomposition de la base

La fixation des objectifs nationaux en 2005 a d'abord nécessité de déterminer les bases des nouveaux objectifs en décomposant les dépenses globales en fonction de la nature de l'activité. Ce travail a été effectué notamment à partir de deux sources principales d'informations relatives aux établissements de santé :

Le retraitement comptable de l'exercice 2003 :

Les données issues du retraitement comptable mis en place dans le cadre du programme médicalisé du système d'information (PMSI) des établissements exerçant une activité de court-séjour permettent une répartition des dépenses de chaque établissement entre les différentes activités (MCO, HAD, SSR, psychiatrie, autres activités). Certaines dépenses

correspondent exactement aux activités définies dans le cadre de la réforme de la tarification (MCO, HAD, SSR, psychiatrie), tandis que d'autres doivent être reclassées en fonction de la liste des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

La liste des Missions d'intérêt général est définie par décret, un arrêté dont le projet est joint en annexe VII précisant les structures ou activités correspondant à ces missions. Les montants retenus pour les différentes activités classées en MIG ou en AC sont les montants déclarés par les établissements à l'exception de quelques missions telles que les équipes mobiles de soins palliatifs et les SMUR

L'outil ARBUST :

Cet outil a complété le retraitement comptable de 2003 en permettant de tenir compte des évolutions propres à la campagne budgétaire de 2004. Il vous a été demandé de classer les mesures nouvelles de 2004 selon les différentes activités avec un détail suffisant pour procéder à la détermination de la part MIGAC. L'outil a fourni également les données d'activité des trois premiers trimestres 2004 qui, extrapolées sur l'année entière, ont permis de déterminer le sous ensemble correspondant à la base des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation.

Des enquêtes complémentaires :

Des enquêtes complémentaires ont été nécessaires notamment pour la constitution des bases « aides à la contractualisation »(AC) de la base « MIGAC ».

L'utilisation conjointe de ces sources d'information a permis de répartir les dépenses hospitalières de 2004 selon la nature de l'activité : Court-séjour MCO, HAD, SSR, psychiatrie, MIGAC spécifiques.

B La détermination des bases des nouveaux objectifs

La décomposition décrite précédemment n'est pas suffisante pour répartir au sein des dépenses des établissements exerçant des activités de MCO les bases des objectifs « ODMCO » et « MIGAC ».

En effet, une fraction des dépenses de MCO correspond aux dépenses des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de certains établissements qui ne peuvent être identifiées spécifiquement. Ces dépenses ayant été évaluées à 2,3 milliards d'euros, ce même montant a donc été prélevé sur la base MCO des établissements concernés pour être transféré dans la base de la dotation « MIGAC » de ces mêmes établissements. A l'issue des travaux menés en 2004 pour identifier le coût des missions d'intérêt général afin d'obtenir une meilleure adéquation entre les montants alloués forfaitairement et les services rendus, et en concertation avec les partenaires, il a été décidé d'allouer les MERRI sur la base d'un taux segmenté en un socle fixe et un taux variable apprécié à partir des missions effectivement développées. Vous trouverez en annexe IX une fiche précisant les modalités retenues pour effectuer la répartition des « MERRI » entre les établissements concernés.

Sur la base des travaux d'identification des missions d'intérêt général décrits ci-dessus, le montant des moyens affectés à ces missions a été fixé à environ 3,6 milliards d'euros en dépenses d'assurance maladie.

Les aides à la contractualisation correspondent essentiellement à la mise en œuvre de priorités régionales d'organisation sanitaire ou d'amélioration de la qualité des soins. Leur base a été constituée des éléments suivants :

- les surcoûts d'investissement du plan Hôpital 2007 ;
- les surcoûts d'investissement correspondant aux engagements des contrats d'objectifs et de moyens souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur de la réforme du financement ;
- les surcoûts d'investissement hors de proportion avec une charge d'investissement courant ;
- les mesures en faveur du recrutement des postes médicaux prioritaires et des primes multi-établissement.

Par ailleurs, les montants de crédits reconnus disponibles au niveau régional ont été comptabilisés dans la base « AC ». Au total, le montant national affecté aux aides à la contractualisation s'élève à un peu plus de 600 millions d'euros.

Le retraitement des crédits disponibles au niveau national en fonction de leur utilisation prévue en 2005 a permis d'achever la répartition des dépenses entre les différents nouveaux objectifs.

A l'issue de ces opérations la dotation hospitalière unique peut être répartie entre les trois nouveaux objectifs : ODMCO, MIGAC et ODAM

C La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie

Pour établir la base en dépenses d'assurance maladie des nouveaux objectifs, il convient d'une part de respecter le rapport entre les dépenses hospitalières encadrées et l'objectif des dépenses d'assurance maladie correspondant au respect de l'objectif national en 2004 et d'autre part de tenir compte des différents taux moyens constatés selon les disciplines pratiquées. L'objectif des dépenses d'assurance maladie en 2004 représentait 93% en métropole et 93,6% dans les DOM du montant total de l'objectif des dépenses hospitalières encadrées.

A partir du retraitement comptable de l'exercice 2003 et de l'exploitation des données de la campagne 2004 (à savoir les modifications du montant du forfait journalier - augmentation en court séjour et soins de suite et diminution en psychiatrie - et les modifications des règles d'exonération des actes liés à une hospitalisation égale ou supérieure à K50), il a pu être déterminé un taux moyen de prise en charge par activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie), par région et par établissement. Les taux de prise en charge ainsi calculés ont dû être recalés sur le taux national, compte tenu de l'important dépassement des dépenses d'assurance maladie par rapport à l'objectif fixé constaté en 2004. Dans l'attente des résultats des enquêtes en cours sur les causes du dépassement, le recalage sur le taux national s'est fait par réfaction d'un pourcentage identique sur les taux de prise en charge de chaque région et de chaque établissement. Ces taux sont ensuite appliqués aux dépenses 2004 précédemment constituées, pour obtenir la ventilation par sous enveloppe des dépenses d'assurance maladie. Les taux de conversion moyens nationaux sont les suivants :

- pour la métropole : 92,05% pour les MIGAC, 94,52% pour l'ODAM et 92,48% pour l'ODMCO ;
- pour les DOM : 92,56% pour les MIGAC, 96,61% pour l'ODAM et 92,93% pour l'ODMCO.

1.3. L'évolution des dépenses d'assurance maladie

L'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour le secteur antérieurement financé par dotation globale (hors unités de soins de longue durée) a été fixée globalement à +3,64% en

métropole et à +6% dans les départements d'outre-mer. Pour la métropole cette évolution est ramenée à 3,62% compte tenu d'un prélèvement de 10,4 millions d'euros en faveur de la dotation nationale des réseaux.

Ce taux d'évolution doit permettre de respecter le plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004. La construction des objectifs nationaux a pris en compte les principales mesures suivantes :

Les dépenses relatives au personnel

Les dépenses de personnel devraient progresser en 2005 d'un peu plus de 2 %, compte tenu des revalorisations salariales décidées ou prévues, de l'amélioration des carrières résultant des accords de 2000-2001 pour les filières de la fonction publique hospitalière ou de 2003 pour les praticiens attachés ou en cours de négociation en ce qui concerne les praticiens hospitaliers , de l'augmentation d'un certain nombre de cotisations sociales liées notamment à la mise en œuvre de la réforme des retraites et de la dernière tranche des mesures accompagnant la réduction du temps de travail des praticiens hospitaliers et de l'intégration des gardes dans leur temps de travail.

Les dépenses à caractère hôtelier ou général

L'inflation a été prise en compte dans la construction des objectifs sur la base d'une progression des dépenses à caractère hôtelier ou général de 1,5%.

Les programmes de santé publique

Les programmes de santé publique annoncés dont les grands plans relatifs à la lutte contre le cancer, l'amélioration des urgences, la lutte contre les maladies rares, l'amélioration de la prise en charge périnatale, ou en voie de l'être comme le plan en faveur de la santé mentale doivent être mis en œuvre en 2005 conformément aux objectifs prévus.

Toutefois compte tenu des délais nécessaires notamment pour le recrutement des personnels concernés, 70% de l'enveloppe correspondant à la réalisation de ces objectifs vous sont notifiés en 2005, à l'exception du plan cancer qui reste doté de la totalité de l'enveloppe prévue.

Ces moyens permettent aux établissements de procéder aux recrutements à partir du deuxième trimestre 2005. L'extension en année pleine du financement de ces mesures interviendra en 2006. Il vous appartient de mettre en œuvre les différentes mesures de chaque plan en fonction de l'appréciation que vous portez sur les priorités au sein de votre région, tout en veillant à ce que chacune d'entre elles fasse l'objet d'une application effective à la fin de l'année 2005. Je vous rappelle en particulier que la mise aux normes des établissements autorisés pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale revêt un caractère prioritaire, compte tenu des délais réglementaires. Au total l'assurance maladie devrait financer près de 275 millions d'euros en 2005.

Les surcoûts d'investissement

La relance de l'investissement hospitalier grâce au plan Hôpital 2007 permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publiques, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie. La tranche 2005 de l'accompagnement en fonction des opérations sera, comme en 2004, de l'ordre de 90 millions d'euros.

Les provisions

La construction des objectifs prévoit un certain nombre de provisions destinées à faire face à divers aléas dont l'augmentation des dépenses de médicaments ou dispositifs facturés en sus des tarifs ou une augmentation d'activité.

Les économies sur les achats

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, un objectif global d'économies de 850 millions d'euros à l'horizon 2007, établi sur la base des travaux de la DHOS et de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), a été assigné aux établissements de santé. Pour atteindre cet objectif, la lettre ministérielle du 21 octobre 2004 vous a demandé de mobiliser sans délai l'ensemble des établissements sur la nécessité d'optimiser l'organisation de la fonction achats. Le même texte a fixé un premier objectif de 150 M€ d'économies pour l'année 2005, sur le champ des établissements antérieurement sous dotation globale.

La présente circulaire répartit cet objectif entre régions, sur la base du poids respectif de chaque région dans le total des achats hospitaliers, ventilé par grandes catégories d'achats, estimé à partir des données comptables. A chaque catégorie de biens ou de services a été affecté un taux d'économies à atteindre, fixé par référence aux travaux de la DHOS et de la MEAH. Comme la lettre ministérielle du 21 octobre vous l'a indiqué, vous avez la possibilité de moduler l'objectif de chaque établissement en fonction du niveau de performance de chacun en matière d'achats. Vous demanderez à chaque établissement de proposer un plan d'action, comportant le détail des économies à réaliser ainsi que les modalités de suivi. J'appelle en effet votre attention sur la nécessité de mesurer précisément les résultats obtenus afin de permettre aux établissements de bénéficier, en 2006, de l'intéressement qui représentera, en moyenne, 29% des économies réalisées (soit 250 M€ sur les 850 M€ d'économies attendues en 2007). Vous aurez la possibilité de moduler le taux d'intéressement en fonction de la difficulté relative de l'effort exigé des établissements.

Le dispositif d'appui de la MEAH est d'ores et déjà en place et les établissements qui se sont portés volontaires vont très prochainement bénéficier des prestations d'audit et de conseil qui leur permettront d'identifier les forces et faiblesses de leur organisation en matière d'achats et les moyens de l'optimiser.

Je vous demande de veiller à ce que l'effort demandé soit effectivement conduit par les établissements de manière à éviter toute répercussion défavorable sur l'équilibre financier des établissements.

L'augmentation du forfait journalier

La construction des objectifs a également tenu compte de l'augmentation du forfait journalier de un euro au 1^{er} janvier 2005. En effet cette recette supplémentaire pour les établissements doit permettre de diminuer d'autant la part de leurs dépenses financée par l'assurance maladie. Pour l'ensemble du secteur cette recette supplémentaire a été estimée à 120 millions d'euros.

II. Le financement à l'activité

L'année 2005 constitue une étape supplémentaire dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité puisque les recettes de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), liées à l'activité, sortent du cadre de financement de la dotation globale.

Il convient de rappeler que le dispositif de convergence prévu dans le cadre de la tarification à l'activité s'appuie sur un mécanisme de financement mixte sous la forme d'une fraction des tarifs des prestations et d'une dotation annuelle complémentaire, la part financée sur la base des tarifs ayant vocation à augmenter progressivement chaque année pour atteindre 100% en 2012. Pour l'année 2005, la fraction des tarifs applicable a été fixée à 25%. Ce taux, supérieur à la part des charges variables dans les dépenses, permettra aux établissements augmentant leur activité de bénéficier d'un surcroît de recettes et donc de tirer pleinement parti de la tarification à l'activité.

Les ressources MCO sont donc attribuées en 2005 sous la forme du versement trimestriel, à hauteur de 25%, du tarif de la prestation, affecté le cas échéant du coefficient géographique applicable à l'établissement, ou des consultations et actes et du versement d'une dotation annuelle complémentaire. Par ailleurs, certaines activités bénéficient également d'un financement sous forme de forfait annuel versé par douzième. En outre, certains médicaments et dispositifs médicaux sont remboursés trimestriellement à l'établissement sur la base de leur consommation réelle.

Pour des raisons de faisabilité technique, liées au délai requis pour mettre en œuvre de nouvelles chaînes de facturation dans les hôpitaux et de liquidation dans les caisses d'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les établissements transmettent, en 2005, les données relatives à l'activité et à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus aux ARH qui les valorisent, puis arrêtent et notifient à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre.

2.1. Les ressources faisant l'objet d'un versement trimestriel

Il convient dans un premier temps de définir le champ des ressources concernées avant de préciser, dans un second temps, les modalités de valorisation et de versement.

A Les ressources concernées

Ces versements regroupent les sommes dues au titre de la fraction des prestations d'hospitalisation, des consultations et actes externes ainsi que des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

a) Les prestations d'hospitalisation vecteur de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ont été définies par l'arrêté du 31 janvier 2005 susvisé. Ces prestations reposent pour l'essentiel sur la classification des GHM issue du PMSI. Par rapport aux prestations utilisées en 2004 pour déterminer partiellement la dotation globale, il convient de souligner les évolutions suivantes :

- ⇒ la création d'un GHS supplémentaire de soins palliatifs : à compter de cette année, deux GHS majorés de soins palliatifs sont distingués selon que le patient est pris en charge dans un lit dédié à cette activité ou dans une unité de soins palliatifs reconnue par contrat entre l'agence régionale et l'établissement.
- ⇒ la division du GHS d'autogreffes de cellules souches hématopoïétiques en deux GHS facturables en fonction de la durée de séjour (inférieure ou égale à 11 jours ou supérieure à 11 jours).
- ⇒ la création de suppléments néonatalogie : la prise en charge du nouveau-né en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale ou pédiatrique, donne lieu à facturation, en sus du GHS couvrant les frais de séjour, d'un supplément dont le niveau est fonction de

l'unité dans laquelle la prise en charge a lieu (unité de néonatalogie, lit de soins intensifs dans une unité de néonatalogie ou unité de réanimation pédiatrique ou néonatale).

- ⇒ la création de suppléments de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue : à compter de la mise en œuvre du volet « réanimation » des prochains SROS, la prise en charge du patient en unité de réanimation autorisée, de soins intensifs ou de surveillance continue reconnue par contrat entre l'agence régionale et l'établissement donnera lieu à facturation, en sus du GHS couvrant les frais de séjour, d'un supplément dont le niveau est fonction de l'unité de prise en charge et des actes réalisés.
- ⇒ la prise en charge des patients au sein de la zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) d'un service d'urgence autorisé ne donne pas lieu à facturation d'un ATU mais à celle d'un GHS de moins de 48 heures, quelle que soit la durée réelle de prise en charge dans cette zone.
- ⇒ la création de prestations de dialyse : à compter de la mise en œuvre des prochaines autorisations de traitement de l'insuffisance rénale chronique, la prise en charge du patient donnera lieu à facturation d'un forfait « dialyse » au lieu et place de la facturation du GHS actuel. 11 niveaux de forfaits ont été créés correspondant aux 11 modalités de prise en charge identifiées par le décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.
- ⇒ la création des prestations d'HAD : les prestations d'HAD sont couvertes par des forfaits dénommés « groupes homogènes de tarifs » (GHT) définis par l'arrêté susmentionné. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2005, l'activité d'HAD fait l'objet d'un recueil d'activité médicalisée spécifique à cette activité, permettant de classer chaque journée de présence du patient dans un « groupe homogène de prise en charge » (GHPC) puis dans « un groupe homogène de tarifs » (GHT), dans des conditions définies par un arrêté du 31 décembre 2004¹. Pour la première version de cette classification, il existe 31 GHT. Les honoraires du médecin traitant intervenant au domicile du patient sont inclus dans le tarif du GHT. Les honoraires des autres médecins libéraux en sont exclus.
- ⇒ la création de prestations prélèvements d'organes (PO) : l'activité de prélèvement d'organes sur personne décédée est couverte par 3 forfaits facturés en fonction du nombre d'organes prélevés.
- ⇒ la création d'un forfait de petit matériel (FFM) : l'utilisation de matériel de petite chirurgie lors de la prise en charge non programmée de patient dans des établissements qui ne sont pas autorisés à pratiquer l'activité d'accueil et de traitement des urgences donne lieu à facturation d'un forfait de petit matériel (FFM).

b) Le financement des consultations et actes externes est désormais fondé par l'article L.162-26 du code de la sécurité sociale introduit par la loi relative à l'assurance maladie. Cet article prévoit en effet que les consultations et actes programmés réalisés dans les services de soins externes et ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence sont rémunérés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine de ville.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a modifié l'article 33 de la LFSS pour 2004 pour inclure ces prestations dans le dispositif transitoire de montée en charge de la tarification à l'activité. Dès lors, ces consultations et actes sont rémunérés, comme les

¹ Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issue des ce traitement.

prestations d'hospitalisation, pour partie par la dotation annuelle complémentaire de l'établissement et pour partie par le versement d'une fraction du tarif. J'attire votre attention sur le fait que le coefficient géographique n'affecte pas les sommes dues au titre des consultations et actes externes.

c) Les médicaments et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une facturation en sus des prestations d'hospitalisation seront définis par arrêté dans les jours prochains. Pour les médicaments, la liste devrait comprendre des médicaments relevant des mêmes catégories que celles retenues en 2004. En ce qui concerne les dispositifs médicaux, outre les dispositifs médicaux inscrits à la LPP retenus l'an passé, devraient être ajoutées, principalement, les prothèses orthopédiques (cf. annexes V et VI).

J'attire votre attention sur le fait que les dépenses relatives à ces médicaments et dispositifs médicaux connaissent une forte croissance. Il convient donc d'être tout particulièrement vigilant à essayer d'en limiter la progression. C'est dans ce cadre que s'inscrit le contrat de bon usage prévu à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale dont le décret d'application devrait paraître prochainement. La signature de ce contrat par les établissements conditionnera le taux de prise en charge qui sera appliqué aux tarifs de responsabilité sur la base desquels seront remboursés les établissements. Je vous demande de veiller particulièrement à la mise en place rapide de ce dispositif contractuel et à l'implication des équipes hospitalières dans le bon usage de ces produits coûteux.

Je vous demande en outre de faire une application ferme des possibilités d'abattement sur le remboursement dans le cas où ces conditions ne seraient pas remplies.

B Les modalités de valorisation et de versement

Conformément aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 susvisée, la fraction des tarifs des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes ainsi que les frais afférents à la fourniture des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus de ces tarifs ne font pas l'objet d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie. Les versements correspondants sont en effet effectués trimestriellement sur la base des données d'activité transmises par les établissements. A cet effet, l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003² prévoit que les données d'activité sont transmises à l'agence régionale de l'hospitalisation un mois au plus tard après la fin de chaque trimestre civil. En pratique, ces données sont télétransmises via la plateforme e-PMSI et se composent, comme en 2004, des fichiers RSA et des fichiers FICHSUP³.

Ces données font l'objet d'un contrôle par l'ARH puis sont valorisées à l'aide de l'outil MAT2A. Les opérations de valorisation des prestations d'hospitalisation et des consommations de médicaments coûteux et dispositifs médicaux se décomposent en 4 étapes⁴ :

⇒ les données d'activité sont valorisées à partir des tarifs nationaux de prestations arrêtés pour 2005 et des tarifs NGAP ou CCAM dès lors que cette dernière sera en vigueur. Cette

² Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique.

³ Pour les données relatives aux actes et consultations externes, aux forfaits techniques, aux passages aux urgences, aux IVG, aux prélèvements d'organes et aux nouvelles prestations de dialyse, ainsi que pour les données relatives à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une facturation en sus.

⁴ Un arrêté en cours de publication viendra préciser l'ensemble de ces opérations de valorisation ainsi que le calendrier des versements.

valorisation fait apparaître distinctement les montants des prestations d'hospitalisation correspondant aux éléments suivants :

- les forfaits « Groupes Homogènes de Séjours » (GHS) et leurs suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatalogie, extrêmes hauts) ;
- les forfaits « dialyse » (à compter de la mise en œuvre des autorisations) ;
- les forfaits « Groupes Homogènes de Tarifs » (GHT) pour l'hospitalisation à domicile ;
- les forfaits afférents aux interruptions volontaires de grossesses ;
- les actes et consultations externes et les forfaits techniques ;
- les forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- les forfaits « de petit matériel » (FFM) ;
- les forfaits « prélèvement d'organes » (PO).

Pour les régions qui en bénéficient, le coefficient géographique est appliqué à l'ensemble des montants ci-dessus, exception faite de ceux correspondant aux interruptions volontaires de grossesses et aux consultations et actes externes et aux forfaits techniques.

⇒ application de la fraction du tarif :

Les montants ainsi déterminés, à l'exception de celui correspondant aux prestations de prélèvements d'organes, sont pondérés par la fraction de 25%. Les prestations de prélèvements d'organes seront pris en charge à hauteur de 100% du tarif dès cette année.

⇒ conversion en dépenses à la charge de l'assurance maladie :

Afin de ne retenir que la part due par l'assurance maladie, le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie est ensuite appliqué au résultat obtenu précédemment.

⇒ prise en compte des consommations de médicaments et dispositifs médicaux :

Aux montants ainsi obtenus pour les prestations d'hospitalisation s'ajoutent ceux dus au titre des consommations de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus. Ces consommations ne sont plus valorisées à hauteur du prix d'achat mais sur la base du tarif de responsabilité correspondant soit au prix déclaré par le laboratoire soit, en cas d'opposition, au prix arrêté par le Comité économique des produits de santé (CEPS) et ayant fait l'objet d'une publication ;

Sur la base de cette valorisation, le directeur de l'ARH arrête les sommes dues par l'assurance maladie à chaque établissement en respectant la ventilation par nature de recettes figurant ci-dessus et en distinguant les montants correspondant aux médicaments coûteux et aux dispositifs médicaux.

Cet arrêté est notifié à l'établissement et à la caisse pivot. Au vu de l'arrêté, la caisse procède, sans délai, au versement des sommes dues. L'établissement public de santé émet le titre de recettes correspondant.

Compte tenu de l'impact de ce dispositif sur la trésorerie des établissements, il importe que l'ensemble des contrôles et opérations de valorisation soit effectué dans les délais les plus brefs. En particulier, il n'est pas nécessaire de disposer des données de l'ensemble des établissements de la région pour effectuer les opérations de contrôle et de valorisation. Chaque établissement peut être traité indépendamment des autres en fonction de la date à laquelle il aura transmis ses propres données.

C Les tarifs applicables en 2005

L'annexe IV ci-jointe détaille la valeur des éléments tarifaires MCO applicables en 2005 aux établissements antérieurement sous dotation globales. L'évolution constatée par rapport à 2004 résulte de deux facteurs ayant des effets contraires :

⇒ le recalcul des tarifs de base :

la reconstruction des tarifs se traduit par une baisse moyenne de 2,86%, qui s'explique principalement par :

- la diminution de la base financière prise en compte pour le calcul, liée à l'évolution du modèle de tarification à l'activité (transferts de la base tarifs vers les bases MIGAC et forfaits annuel) ;

- l'augmentation de l'activité 2004 par rapport aux données d'activité prises en compte pour le calcul des tarifs 2004.

⇒ l'évolution au titre l'année 2005 :

Une augmentation de 0,27% est appliquée au titre de l'année 2005, prenant en compte les marges de manœuvre financière disponibles dans le cadre de l'évolution de l'ODMCO mais aussi les prévisions d'évolution de l'activité qui se traduiront par une augmentation des ressources des établissements.

En outre, en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, une première étape de convergence entre les tarifs applicables aux prestations dispensées, d'une part, par les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale et, d'autre part, par les établissements privés, a été mise en œuvre.

Compte tenu de l'écart important entre les tarifs des deux secteurs (en 2004, les tarifs du secteur privé représentaient en moyenne 60% de ceux du secteur public après correction des différences de champ (honoraires médicaux, DMI, médicaments, analyses), il a été décidé de différencier les évolutions des tarifs des deux secteurs : les tarifs des établissements antérieurement sous dotation globale augmenteront ainsi de 0,27% et ceux des établissements privés antérieurement sous OQN de 1,56%.

Les travaux engagés en commun avec l'ensemble des fédérations d'établissements pour la réalisation d'un programme d'études combinant études organisationnelles, études économétriques, analyse des processus de prise en charge des patients et mise en place d'une étude nationale de coûts concernant tant les établissements publics que privés permettront de déterminer des perspectives de convergence reposant sur des éléments objectifs de comparaison.

⇒ Les augmentations ciblées :

Seuls les tarifs des GHS de radiothérapie ont fait l'objet d'une revalorisation ciblée afin de permettre le renforcement des moyens en personnel affectés à cette activité.

2.2. Le versement des forfaits annuels

L'article L.162-22-8 du code de la sécurité sociale prévoit que certaines activités peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations et de forfait annuel.

Sont concernées, comme l'année précédente, les activités d'accueil et de traitement des urgences et de prélèvements d'organe ainsi que à partir de 2005 l'activité de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse.

En ce qui concerne le forfait annuel urgence, dénommé « FAU », les modifications suivantes ont été apportées :

- le calcul des FAU ne se fait plus sur le nombre total de passages déclaré mais sur le nombre d'ATU observé ;
- le montant de base du FAU est rehaussé afin de mieux couvrir les charges fixes des petits sites ;
- ce montant est majoré pour une première tranche de 5000 passages supplémentaires et ensuite pour chaque tranche de 2500 passages.

Le forfait annuel de prélèvement d'organes dénommé « CPO » couvre la coordination des prélèvements et, en particulier, les charges de rémunération des personnels concernés ainsi que le coût des astreintes. 5 niveaux de forfait sont distingués selon les mêmes critères que l'année précédente.

Le forfait de transplantation d'organes et de greffes de moelle osseuse, dénommé « FAG » est de nature à permettre de financer de façon appropriée les charges liées au caractère transversal de cette activité qui nécessite notamment l'intervention d'une multiplicité d'acteurs et la permanence d'équipes multidisciplinaires. 8 niveaux de forfait sont distingués en fonction de la nature des autorisations et de la file active des établissements.

J'attire votre attention sur le fait que la mise en place de ces forfaits permet d'assurer un financement direct par l'assurance maladie des activités de prélèvements et de greffes se substituant au système antérieur de rémunération par facturation inter établissement.

Le montant de ces forfaits est défini au niveau national par l'arrêté mentionné à l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale (cf annexe IV). Il vous appartient ensuite d'arrêter, pour chaque établissement, le montant du forfait qui lui est applicable en fonction du niveau dont relève l'établissement.

Une fois l'arrêté pris, il est notifié à l'établissement et à la caisse pivot dont il relève et le forfait est versé par douzième le 25 de chaque mois.

III. Les dotations régionales

En 2005, une part importante des ressources provenant de l'assurance maladie (environ 80%) des établissements anciennement sous dotation globale restent financées dans le cadre de **dotations régionales limitatives**.

3.1 La définition des dotations régionales

Pour les établissements exerçant une activité de MCO, le financement est mixte : une facturation à l'activité décrite ci-dessus et, éventuellement, une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces dotations de financement des MIGAC sont fixées dans le cadre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation répartie en dotations régionales.

A titre transitoire, une partie des ressources liées à l'activité des établissements leur est accordée sous la forme d'une allocation forfaitaire : la dotation annuelle complémentaire (DAC), qui doit aller en diminuant jusqu'à une échéance fixée par la loi à 2012. Ces dotations complémentaires sont fixées dans le cadre du « montant total des dotations annuelles complémentaires » réparti en montants régionaux. Le montant total des dotations annuelles complémentaires est arrêté en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie

commun aux activités de médecine chirurgie obstétrique et odontologie (ODMCO) mentionné à l'article L. 162-22- 9 du code de la sécurité sociale.

Les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et des hôpitaux locaux, dans l'attente de la mise en place de la tarification à l'activité, restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire appelée dotation annuelle de financement. Ces dotations sont fixées dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ODAM) constitué en dotations régionales.

3.2 Les bases des dotations régionales

Les montants de ces trois nouvelles dotations régionales sont fixés **en fonction de la part des recettes prise en charge par l'assurance maladie** et non plus comme précédemment sur la base d'une autorisation de dépenses.

Leur construction a procédé de la même méthodologie que celle qui vous a été exposée pour la construction des objectifs nationaux : la dotation régionale des dépenses hospitalières encadrées finale de l'exercice 2004 a été convertie en « dotation régionale assurance maladie » en fonction du taux moyen constaté dans chaque région recalé sur le taux national moyen et en fonction de la répartition des activités dans la région. La « dotation régionale assurance maladie » répartie en fonction des différentes activités permet de déterminer la base des dotations régionales MIGAC et DAF. La fixation de la base DAC s'effectue à partir de la « base MCO », dont on a déduit les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs et les forfaits annuels sur la base de la fraction financée en « DAC » en 2005 soit 75%.

Toutefois, en 2005 certains financements ont été intégrés dans la base « DAC » à hauteur de 100% de leur montant :

- les écoles paramédicales : en raison du transfert de compétence vers les régions, fixé au 1^{er} juillet 2005 par la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, les dépenses comptabilisées à partir des retraitements comptables sont intégrées en totalité dans vos dotations DAC dans l'attente de la fixation des montants définitifs qui devront être débasés en fin d'exercice 2005. De même, le montant des crédits débasés correspondant à la compensation financière de l'Etat aux régions en 2005 (soit la moitié du montant de la compensation évalué au plan national à 356 millions d'euros en année pleine en s'appuyant, en l'absence de données plus fiables et plus récentes, sur l'enquête réalisée par la DHOS auprès des DRASS en 2003) a été pris en compte dans vos dotations régionales DAC. Ce dernier montant comprenant les écoles rattachées à des établissements psychiatriques, il vous appartient de procéder aux ajustements nécessaires entre dotations.
- le financement des réseaux : pour les réseaux financés par des établissements dans le cadre des priorités régionales, un transfert de financement vers la dotation nationale des réseaux (DNDR) est envisagé. Dans l'attente de celui-ci, les financements recensés lors des opérations de retraitement comptable et validés par les ARH ont été intégrés en totalité dans les DAC.

3.3 L'évolution des dotations régionales.

A Les mesures allouées en début de campagne

La composition de ces trois nouvelles dotations régionales, comprenant les mesures allouées en début de campagne, vous est détaillée ci-dessous :

Vos dotations ont été diminuées pour tenir compte d'une part de l'augmentation du forfait journalier et d'autre part de la mesure d'économie sur les achats. Vous voudrez bien en tenir compte dès la fixation des dotations de dépenses d'assurance maladie en début de campagne.

La circulaire précise la répartition régionale des prélèvements opérés sur les montants régionaux des DAC et DAF en contrepartie de l'effort d'économies attendu, sachant toutefois qu'une partie de celui-ci a été imputée sur l'évolution des tarifs. Vous répartirez ce prélèvement en lui appliquant la même modulation que celle que vous aurez appliquée à l'objectif d'économie lui-même.

a) Les mesures en faveur des personnels

- Les mesures salariales générales :

Les crédits intégrés en début d'année dans les dotations régionales correspondent pour les mesures de personnel générales à la seule mesure actuellement décidée : l'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % à compter du 1^{er} février 2005.

Les montants correspondant à une progression moyenne de 0,32% tiennent compte de l'éventuelle transposition de cette mesure au secteur privé. Les crédits alloués ont été calculés en fonction du poids des dépenses de personnel réelles des établissements publics par région, (issues des données de la DGCP), et par activité (issues des travaux liés à la réforme de la tarification) corrigé pour tenir compte du poids relatif des établissements privés.

- La réduction du temps de travail et l'intégration des gardes dans le temps de travail des médecins :

Les trois dotations régionales comprennent les crédits nécessaires au financement de la dernière tranche de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, conformément au protocole du 22 octobre 2001 et de la poursuite de l'intégration des gardes dans le temps de travail. Les crédits correspondent au **financement de 750 postes** (répartis en 579 pour la RTT et 171 ETP pour permettre l'intégration d'une partie des gardes dans le temps de travail) au financement des indemnités de sujétion qui seront versées aux personnels nouvellement recrutés au titre de l'intégration des gardes dans le temps de travail et à l'effet report de la revalorisation de la plage additionnelle de nuit, dimanche et jour férié au 1^{er} juillet 2004. Au total les crédits alloués doivent permettre de porter à 80% en moyenne le nombre de gardes intégrées dans le temps de travail des médecins.

Ces crédits ont été intégrés dans les dotations au prorata du poids des effectifs médicaux dans chacune d'entre elles. Comme en 2004, afin de vous permettre de tenir les engagements triennaux pris auprès des établissements, la totalité des crédits nouveaux correspondant à la partie financée à l'activité a été intégrée dans la « DAC ». Au total, pour les trois dotations, le montant des crédits attribués au titre de la RTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail s'élève à 103 millions d'euros.

- Les mesures catégorielles relatives au personnel non médical de la fonction publique hospitalière :

Les mesures allouées en début de campagne sont pour l'essentiel des nouvelles tranches de mesures déjà connues :

- la revalorisation des filières de la fonction publique hospitalière et la mesure dite « promu-promouvables » ;
- le taux de cotisation des employeurs à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), est passé depuis le 1^{er} janvier 2005 de 26,90% à 27,30% (cf. L'article 2 du décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003) ;

- la prise en compte de la prime spéciale de sujétion des aides-soignants de la fonction publique hospitalière pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension. Le décret n° 2004-240 du 18 mars 2004 prévoit notamment que le calcul des contributions employeurs portera sur 40 % du montant de la prime spéciale de sujétion en 2005. Le décret n° 2004-241 du 18 mars 2004 prévoit une contribution supplémentaire à la charge des employeurs de 3,5 % qui s'ajoute à la contribution principale dont le taux est fixé à 27,3 % en 2005.

Une mesure nouvelle en 2005 :

- le régime de retraite complémentaire : l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 *portant réforme des retraites* a prévu l'instauration d'un régime public de retraite additionnelle obligatoire, par répartition provisionnée et par points, destiné à permettre aux agents titulaires relevant des trois fonctions publiques d'acquérir des droits à une retraite additionnelle qui s'ajoutera à la retraite principale. Au terme du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004, le taux global de cotisation est fixé à 10 % du montant de l'assiette, les cotisations étant réparties à parts égales entre l'employeur et le bénéficiaire.

Les cotisations sont assises sur les éléments de rémunération de toute nature perçus de leurs employeurs par les bénéficiaires au cours de l'année civile mentionnés à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux qui entrent dans l'assiette de calcul des pensions dans le régime des pensions civiles et militaires de retraite ou dans le régime de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Toutefois, ces éléments sont pris en compte dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année considérée.

- Les personnels des établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale :

⇒ Le soutien aux établissements de santé privés non lucratifs :

Les établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux privés à but non lucratif ont bénéficié durant cinq années du dispositif d'aides incitatives prévues par la loi du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, en vue de financer la création des emplois découlant de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Ce dispositif, conçu dès le point de départ comme transitoire, ne sera ni reconduit, ni prolongé.

Toutefois, la fin des allègements de charges dont ont bénéficié ou bénéficient encore certains établissements de santé privés non lucratifs dans le cadre du dispositif dit « Aubry 1 » est de nature à aggraver les difficultés financières qui touchent une partie de ces établissements. Ces établissements, qui emploient du personnel sous contrat de droit privé, supportent également des charges sociales patronales plus élevées que les établissements publics qui emploient du personnel de la fonction publique hospitalière, qui peuvent être de nature à augmenter leurs difficultés compte tenu de la fraction tarifaire de 25% retenue cette année, dans le cadre de la montée en charge de la T2A dans le champ MCO.

Du fait de l'importance des établissements de santé privés à but non lucratifs dans l'offre de soins et des difficultés budgétaires qu'ils rencontrent, il a été décidé de mettre en place un dispositif de soutien particulier pour ces établissements. A ce titre, les montants régionaux de vos dotations DAC , MIGAC et DAF ont été majorées d'un montant total de 30 millions d'euros qui constitue une première tranche d'aide. La répartition régionale, entre les différentes enveloppes, a été effectuée au prorata du nombre d'emplois équivalent temps plein que comptent les établissements que vous avez identifiés comme étant en difficulté en 2004 et

au prorata de la masse salariale régionale que représentent les PSPH dans les différentes régions.

Ces crédits vous permettront de contribuer au rétablissement de la situation financière des établissements visés dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre que vous élaborerez ou complèterez à cette occasion. Ils ne visent évidemment pas à compenser à l'euro-l'euro la fin des aides « Aubry 1 » ni le différentiel de charges dont la mesure et l'impact seront précisés par l'étude de coûts engagée en 2005

En ce qui concerne la fin des aides « Aubry », j'attire votre attention sur le fait que les établissements qui ont bénéficié du régime d'aide « Aubry 2 » (c'est à dire notamment tous les établissements de la MGEN et des UGECAM ou certains centres de lutte contre le cancer devenu depuis dispositif « Fillon » (loi du 17 janvier 2003) ou ceux qui ont opté pour le régime « Fillon », n'ont pas vocation à émarger sur ces crédits : ils resteront attributaires, sans changement, des aides dont ils bénéficient actuellement.

Vous apporterez donc une attention toute particulière à la nature du régime d'aides dont bénéficient les établissements de votre ressort territorial, en gardant à l'esprit que les aides « Fillon » viendront en partie compenser le manque à gagner dû à l'arrêt des aides « Aubry 1 ».

Vous voudrez bien établir un recensement précis des crédits que vous attribuez aux établissements dans le cadre de ce dispositif et me rendre compte de cette répartition pour le 1er juin 2005, délai de rigueur. A cette occasion, vous pourrez également nous signaler les établissements que vous n'avez pas recensés comme étant en difficulté en 2004 et qui viendraient à se trouver en difficulté cette année. Ces éléments nous permettront de disposer d'éléments d'analyse objectifs, en vue de déléguer en cours d'année une seconde tranche de crédits, dans des conditions compatibles avec la réalisation de la campagne budgétaire 2005 et de l'objectif du retour à l'équilibre de l'assurance maladie.

Dans la perspective de la campagne 2006, un nouvel état des lieux sera réalisé d'ici la fin de l'année 2005.

⇒ Les établissements gérés par les UGECAM :

Le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif à la rémunération des personnels des organismes de sécurité sociale, signé entre l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) et les organisations syndicales, prévoit une augmentation du point de rémunération de 1% à compter du 1^{er} janvier 2004. Par ailleurs, le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois revoit les grilles de salaires de ce même personnel.

L'impact du premier protocole sur les charges de rémunérations des établissements de santé des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie peut être financé dans le cadre des mesures salariales générales allouées en 2004 et 2005.

Afin de tenir compte de l'impact de la nouvelle classification, dont le coût est évalué à 12 M€ pour les établissements sanitaires en 2005, vos dotations régionales de dépenses d'assurance maladie sont majorées en conséquence sur la base de la répartition fournie par l'UCANSS.

- Les créations de poste de moniteurs dans les écoles paramédicales :

Le transfert de compétence à la région n'intervenant qu'au 1^{er} juillet 2005, l'effet report des créations de postes intervenues au 1^{er} septembre 2004, doit être financé par les budgets hospitaliers pour les écoles gérées par un établissement de santé. En l'absence d'éléments sur la répartition des écoles entre l'activité de psychiatrie et de MCO, les crédits correspondant

ont été intégrés en totalité dans la dotation régionale des DAC. Il vous appartient d'effectuer les ajustements nécessaires entre vos deux dotations DAC et DAF pour allouer les crédits aux établissements concernés.

- Les mesures catégorielles relatives au personnel médical :

Il s'agit en ce début d'année d'effets report (redéploiement de postes d'universitaires et création de postes de consultants) ou de nouvelle tranche de mesures antérieures (transformation des postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers et rénovation du statut des attachés).

Les autres mesures relatives au personnel médical seront allouées à l'issue des négociations en cours.

A l'exception des créations de postes de moniteurs des écoles paramédicales, les mesures décrites ci-dessus ont été réparties dans les différentes dotations en fonction des éléments connus au niveau national sur la répartition des dépenses ou des effectifs. Dans l'hypothèse où ces répartitions ne correspondraient pas exactement à la situation de votre région, il vous appartient de procéder aux ajustements nécessaires entre dotations, dans la limite du montant total alloué. Un reporting sera mis en place en cours d'année pour réajuster en conséquence les objectifs nationaux.

b) L'effet prix

L'inflation constatée en 2004 sur les dépenses de groupe 3 a été prise en compte dans le calcul de vos dotations régionales, une majoration de 0,15% vous étant accordée à ce titre.

c) Le volet investissement du plan Hôpital 2007

Comme en 2004 et pour favoriser la mise en œuvre rapide des opérations un « acompte » représentant 50% de l'enveloppe allouée en 2004 est intégrée dès maintenant. La répartition définitive entre la dotation MIGAC et la dotation DAF ne pouvant être effectuée qu'au vu des opérations réellement financées en 2005, ces crédits ont été intégrés dans la dotation MIGAC. Les ajustements nécessaires seront effectués en fin d'année après attribution de la totalité des crédits. L'attribution des crédits 2005 est subordonnée au bilan de la réalisation de la tranche 2004.

d) Les mesures de santé publique

- Les plans de santé publique :

Les plans de santé publique impliquant majoritairement l'hôpital, doivent être mis en œuvre en 2005. Trois d'entre eux : le plan cancer, le plan urgence et le plan maladies rares ont déjà fait l'objet d'un financement en 2004, le plan périnatalité annoncé en décembre dernier bénéficie d'une première tranche de financement, le plan santé mentale en cours de finalisation devrait être annoncé prochainement.

Les mesures correspondant à la mise en œuvre des plans cancer, urgences et périnatalité sont pour l'essentiel allouées dès le début de campagne. Je vous rappelle, qu'à l'exception du plan cancer, les montants alloués correspondent en moyenne à 70% du coût annuel des mesures pour tenir compte de l'étalement des recrutements sur l'année. Vous trouverez en annexe XI le détail des mesures de ces différents plans ainsi que quelques autres mesures de santé publique (consultations cannabis, lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et prise en charge des personnes en état végétatif chronique). Vous devez, à

l'issue de ces plans avoir atteint les objectifs précis fixés pour votre région. Vous pouvez toutefois en planifier la réalisation en fonction des priorités locales. Pour cela, une grande latitude de répartition des crédits vous est laissée au sein de la dotation de chaque plan de santé publique ; vous pouvez également ajuster la répartition des crédits des plans urgences et périnatalité en fonction de la date d'effet des différentes mesures de chacun de ces plans. Un reporting précis vous sera demandé en cours d'année à ce sujet.

Les mesures de santé publique ont été réparties dans les différentes dotations régionales en fonction de leur nature entre les dotations DAC, MIGAC et DAF. Dans l'hypothèse où vous procéderez à une répartition entre les mesures qui nécessiterait des ajustements entre les différentes enveloppes, il conviendra d'en rendre compte à l'administration centrale.

- Le progrès médical :

Les montants correspondants à la prise en charge par l'assurance maladie pour le financement des programmes 2003 et 2004 des PHRC, des innovations thérapeutiques et diagnostiques et des contrats INSERM/CHU sont intégrés dans vos dotations des MIGAC. Les programmes 2005 feront comme les programmes précédents l'objet d'appels à projets.

Enfin en ce qui concerne les mesures de santé publique je souhaite appeler votre attention sur le développement de la chirurgie ambulatoire. La montée en charge de la tarification à l'activité et l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) offrent de nouveaux leviers pour le développement la chirurgie ambulatoire. De plus, les freins réglementaires qui existaient sont en passe d'être levés, l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 supprimant les taux de change entre chirurgie classique et chirurgie ambulatoire. L'analyse des expériences tant françaises qu'étrangères a montré que le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive permet à la fois amélioration des prises en charge des patients et la réalisation d'économies substantielles. Je vous invite par conséquent à inciter les établissements à s'engager, dans le cadre de la préparation des volets chirurgie des SROS 3, dans une démarche de réflexion sur l'organisation des plateaux techniques et de la chirurgie incluant un développement de la chirurgie ambulatoire substitutive.

B Les mesures devant faire l'objet de délégations supplémentaires en cours d'année

Comme les années précédentes, certaines mesures ne peuvent être attribuées dès le début d'année :

- les mesures de revalorisation salariale ou catégorielles pour lesquelles les textes réglementaires ne sont pas encore publiés, notamment les mesures en faveur des personnels médicaux des établissements publics en application du protocole en cours de négociation ;
- les mesures des programmes de santé publique allouées sur la base d'appels à projets (plan maladies rares par exemple) ;
- les mesures relatives au plan « santé mentale » en cours de finalisation ;
- le complément de la tranche 2004 du plan d'investissement Hôpital 2007 et les surcoûts d'investissement liés à la mise en conformité des aires de pose pour hélicoptères.

Par ailleurs, certaines mesures ont dû être gelées en début de campagne dans l'attente des résultats des enquêtes sur le dépassement des dépenses d'assurance maladie en 2004. C'est le cas des ressources prévues pour financer les contrats d'objectifs et de moyens non couverts par des crédits de santé publique ou le financement à l'activité. Vous pouvez toutefois **mobiliser des ressources par prélèvement sur la base budgétaire ou sur le taux d'évolution dans la limite de 0,50% de votre dotation régionale.**

IV. La détermination des ressources des établissements

Les étapes de la nouvelle procédure budgétaire conduisent le directeur de l'ARH à prendre deux arrêtés successifs. Le premier, en amont de l'élaboration et de la transmission des propositions budgétaires par les établissements, fixe les dotations attribuées aux établissements en fonction de la nature de leurs activités. Le second intervient durant le délai de 30 jours dont dispose le directeur de l'ARH pour s'opposer au projet de budget et fixe les tarifs de prestations, qui en 2005 continuent à servir de base à la facturation du ticket modérateur.

4.1 La répartition des dotations

Les dotations régionales sont réparties entre les établissements selon les modalités prévues par les décrets du 30 décembre 2004 et du 14 janvier 2005 susmentionnés. Les modalités pratiques de calcul de ces dotations, décrites ci-dessous, reposent sur une méthodologie comparable à celle utilisée en 2004 avec toutefois une différence majeure dès lors qu'il s'agit de déterminer des dotations en dépenses assurance maladie et non plus en dépenses encadrées. Cette notification précise, s'il y a lieu, distinctement chacun des éléments suivants :

- 1° le montant de la dotation annuelle de financement (DAF) pour les activités ou établissements ne relevant pas de la tarification à l'activité ;
- 2° pour les activités ou établissements financés à l'activité :
 - a) le montant des forfaits annuels d'accueil et de traitement des urgences et/ou de prélèvements d'organes et/ou de transplantations d'organes, majorés le cas échéant du coefficient géographique,
 - b) le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC),
 - c) le montant de la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Il est rappelé que seuls les établissements réalisant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie et qui relèvent du champ de la tarification à l'activité peuvent bénéficier des financements mentionnés au 2° ci-dessus.

Le versement de ces nouvelles dotations et forfaits devait normalement intervenir à compter des versements mensuels dus au titre du mois de mars 2005. Toutefois compte tenu du retard constaté dans le lancement de la campagne, il a été décidé de **prolonger d'un mois le dispositif de versement de douzièmes provisoires, sur la base de la dotation globale 2004, mis en place pour janvier et février 2005.**

Les dispositions concernant les versements de janvier et février, qui prévoient que la différence entre ces versements de douzièmes de dotation globale et les sommes dues au titre des dotations et forfaits annuels ne sont récupérées par l'assurance maladie que lors du paiement du 4^e trimestre d'activité 2005, ne s'appliquent pas au versement du douzième de dotation globale de mars. La différence entre ce 3^e versement mensuel de dotation globale et la somme due au titre du versement sur mars des dotations et forfaits annuels fera l'objet d'une **compensation sur le versement de la dotation annuelle complémentaire d'avril.**

A Les dotations annuelles de financement

L'article 11 du décret du 14 janvier 2005 susmentionné précise les modalités particulières de calcul de la DAF pour 2005 qui dérogent au principe général fixé par l'article R.714-3-26 du code de la santé publique sur deux points :

- le premier résultat de l'impossibilité, en 2005, de calculer la DAF à partir de la DAF 2004 qui juridiquement n'a pas d'existence. C'est la raison pour laquelle la DAF de chaque établissement est calculée, en 2005, à partir des charges d'exploitation 2004 des activités concernées, desquelles sont déduites les recettes autres que celles provenant de l'assurance maladie. Ce calcul nécessite de recourir à des sources d'informations différentes selon que l'établissement est entièrement ou partiellement hors du champ de la tarification à l'activité :

a) pour les établissements réalisant exclusivement une activité de psychiatrie, de soins de suite et réadaptation et les hôpitaux locaux, seules les données issues de ARBUST sont nécessaires. Le calcul de la DAF s'effectue donc directement sur le montant des charges autorisées de 2004 déduction faite des recettes des groupes 3 et 4, et en tenant compte des effets de champ.

La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie résulte de l'application à la base budgétaire ainsi définie du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie, calculé pour chaque établissement et chaque activité (MCO, psychiatrie, SSR, HAD). Ce calcul, effectué sur les données constatées en 2004, est corrigé pour permettre un recalage sur le taux de l'objectif national fixé pour 2004.

b) pour les établissements ayant une activité à la fois dans et hors du champ de la tarification à l'activité, la décomposition des bases budgétaires entre chacune de ces activités nécessite l'utilisation d'une part des données issues du retraitement comptable 2003 qui permettent de connaître la structure de répartition des dépenses et des recettes par activité et d'autre part de l'outil ARBUST qui permet d'actualiser les bases budgétaires 2004 en fonction de la répartition des mesures nouvelles entre les différentes activités. Une base distincte est déterminée pour chacune des activités hors champ T2A (psychiatrie et soins de suite ou de réadaptation). Chacune de ces bases est calculée à partir des dépenses encadrées, puis est convertie en dépenses à la charge de l'assurance maladie par application d'un taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie déterminé pour chaque établissement et pour chacune des activités considérées. Ce taux, déterminé à partir des données du retraitement comptable 2003, est corrigé de l'incidence sur 2004 des modifications apportées au régime d'exonération du ticket modérateur (K50) introduites à l'article R.322-8 du code de la sécurité sociale par le décret n°2003-1207 du 18 décembre 2003, de l'augmentation du forfait journalier résultant de l'application de l'arrêté du 18 décembre 2003 et du recalage sur l'objectif national 2004. Le taux moyen ainsi calculé pour chaque activité est appliqué aux données issues de l'outil ARBUST, corrigées de la structure des dépenses 2003.

- le second point porte sur la prise en compte des plus ou moins values de recettes résultant de l'application du III de l'article R.714-3-49 du code de la santé publique, constatées à la clôture de l'exercice 2004, et imputables aux activités de MCO et à celles financées par la dotation annuelle de financement. Les corrections apportées au résultat de l'exercice 2004 feront l'objet d'un ajustement des dotations 2005 dans les mêmes conditions que par le passé. Pour les établissements ayant à la fois une activité dans et hors du champ de la tarification à l'activité, l'excédent ou le déficit de recettes, ainsi constaté à la clôture de l'exercice 2004, sera réparti entre la dotation annuelle de financement et la dotation annuelle complémentaire au prorata de la part respective des recettes provenant de l'assurance maladie pour chacune des activités concernées.

B Les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Pour 2005, le montant de cette dotation est fixé à partir des données du retraitement comptable 2003. Les données déclaratives des établissements correspondant à la section

d'imputation « autres activités », également converties en dépenses assurance maladie, sont reprises dans les conditions précisées par l'annexe VIII.

Conformément aux dispositions de l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale, ce financement est lié aux engagements pris par l'établissement relatifs à la réalisation des missions ou activités faisant l'objet d'un financement par cette dotation et inscrits dans un avenant à son contrat d'objectifs et de moyens ou un engagement contractuel spécifique.

Il vous appartient de contractualiser avec chaque établissement pour :

- identifier précisément la liste des MIG/MERRI assurées par l'établissement ;
- préciser, le cas échéant, les conditions d'exécution des missions (objectifs sur le plan local, moyens à mettre en œuvre, etc...) ;
- détailler les financements alloués par l'ARH pour chaque mission ;
- définir les modalités d'évaluation.

Un compte rendu de cette contractualisation vous sera demandé en vue d'établir, avant le 15 octobre, le rapport du Gouvernement au Parlement prévu à l'article L.162-22-13 modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

C Les dotations annuelles complémentaires

Les I à III de l'article 9 et l'article 12 du décret du 14 janvier 2005 susmentionné traitent des modalités de détermination de la DAC. De la même manière que pour la dotation annuelle de financement, le calcul pour 2005 diffère de celui qui interviendra ultérieurement en ce que d'une part, il est réalisé à partir des charges d'exploitation de l'année 2004 relatives aux activités de MCO et d'autre part il intègre les modifications résultant de l'application du III de l'article R.714-3-49 du code de la santé publique aux résultats constatés à la clôture 2004.

La DAC est calculée à partir des charges MCO constatées déduction faite des recettes des groupes 3 et 4 (bases finales 2004 issues de ARBUST) desquelles sont déduites :

- les recettes correspondant aux médicaments et dispositifs médicaux implantables telles que constatées fin 2004, augmentées de la valorisation des dispositifs médicaux supplémentaires inscrits en 2005 ;
- pour les établissements qui en bénéficient, la part des ressources correspondant au financement des MERRI, pour sa composante fixe ;
- les recettes correspondant aux forfaits annuels urgences et prélèvements d'organes (2004) augmentées du nouveau forfait transplantation.

Le montant ainsi obtenu, appelé « base activité MCO », est converti en dépenses d'assurance maladie puis réparti entre DAC et recettes liées à la valorisation de l'activité (seule la DAC fera l'objet d'une notification).

La première de ces deux opérations s'effectue en pondérant la base activité MCO du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie des prestations MCO déterminé à partir des données du retraitement comptable 2003 et corrigé de l'impact des changements intervenus en 2004 au titre des règles d'exonération du ticket modérateur, de majoration du forfait journalier ainsi que du recalage sur l'objectif national 2004. La différence entre la base activité MCO et le résultat ainsi obtenu après application du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie devrait correspondre aux recettes de groupe 2 qui devront être inscrites au budget de l'établissement au titre du ticket modérateur et du forfait journalier principalement, sous réserve des ajustements décrits au 1.4 ci-dessous.

La deuxième opération consiste à répartir cette base activité MCO convertie en dépenses assurance maladie entre la DAC et les produits attendus au titre de la tarification au moyen de la fraction du tarif retenue pour 2005, soit 75 % DAC / 25 % tarifs.

D Le recalage des dotations 2005 sur l'objectif 2004

Le taux de conversion en dépenses assurance maladie calculé pour chacune des dotations décrites ci-dessus prend en compte la nécessité de recalibrer les dotations 2005 sur l'objectif 2004. Les données finales de l'année 2004, communiquées par l'assurance maladie, sur les dotations globales allouées ont fait apparaître une augmentation rapide et préoccupante de la part des dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie conduisant à un dépassement important de l'objectif de dépenses. Cette déformation de la structure des recettes hospitalières entre recettes perçues des patients et dotation globale peut provenir de plusieurs causes :

- augmentation de la proportion de patients exonérés de participation en 2003 ;
- revalorisation insuffisante ou mauvais calcul des tarifs servant de base à la détermination de cette participation ;
- autorisation de dépenses supplémentaires en fin d'année 2004 sans augmentation des tarifs ;
- non-respect des instructions 2004 sur l'anticipation des recettes supplémentaires de groupe 2 procurées par l'augmentation du forfait journalier et la modification des règles d'exonération du ticket modérateur ;
- « recalages » non justifiés de la dotation globale au détriment de l'assurance maladie.

Une enquête est en cours pour déterminer la part de ces différents facteurs dans cette évolution et, le cas échéant, déterminer les moyens de corriger les anomalies constatées.

Dans l'hypothèse où vous procéderiez, dès le budget primitif, à des recalages en faveur du groupe 2 de recettes pour tenir compte des éléments ayant pesés à tort sur la dotation globale en 2004, vous devrez conserver les crédits au niveau régional en vue d'un recyclage ultérieur au niveau national. Dans ce cadre, il vous sera demandé de fournir le détail des recalages négatifs. **En aucun cas, vous ne pouvez redistribuer ces crédits en faveur d'autres établissements de votre région.**

4.2. L'approbation des budgets

Le nouveau régime d'approbation des délibérations budgétaires, en vigueur également dès l'exercice 2005, est fondé sur une nouvelle répartition des responsabilités entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation. Il se traduit par une approbation tacite sauf opposition du directeur de l'ARH dans les 30 jours suivant la réception de ces délibérations. Durant ce délai le directeur de l'ARH peut :

- soit garder le silence. Dans ce cas la délibération sera exécutoire à l'expiration du délai ;
- soit s'opposer par écrit à l'exécution de la délibération ;
- soit approuver expressément la délibération. Cette approbation expresse est maintenue pour répondre aux situations d'urgence, lorsqu'il est nécessaire d'exécuter une décision financière sans attendre l'expiration du délai. Cette procédure doit cependant rester exceptionnelle.

Une fois le délai de 30 jours écoulé et en l'absence d'observation formulée par le directeur de l'ARH, le budget devenu exécutoire doit être transmis au comptable de l'établissement. C'est durant ce même délai que doivent être arrêtés les tarifs de prestations servant de base au calcul du ticket modérateur.

Lorsque durant ce délai le directeur de l'ARH a fait connaître son opposition au projet de budget, à réception du courrier précisant le motif du refus d'approbation, le directeur de l'établissement dispose d'un délai de 15 jours pour présenter au conseil d'administration un nouveau projet de budget intégrant les observations ayant motivé le refus d'approbation.

Compte tenu de la portée nouvelle de l'approbation du budget, il est apparu nécessaire de préciser les motifs pour lesquels le directeur de l'ARH pourrait s'opposer aux propositions

budgétaires transmises par l'établissement. L'article R.714-3-30 du code de la santé publique précise que, fondamentalement, l'opposition est fondée sur des motifs tenant à l'absence de respect du principe de l'équilibre budgétaire réel. Au-delà de la définition même de l'équilibre budgétaire réel, telle qu'elle figure à l'article R.714-3-8 du code de la santé publique, des motifs plus spécifiques aux nouvelles modalités de financement sont définis.

De fait, une partie des recettes inscrites au budget de l'établissement résulte d'un arrêté préalable du directeur de l'ARH. Les montants ainsi arrêtés sont déterminés en tenant compte de paramètres dont certains peuvent être propres à l'établissement et après que l'établissement a pu faire connaître ses objectifs et contraintes particulières dans le cadre du rapport préliminaire transmis en octobre de l'année précédente. Il est rappelé que ce rapport a vocation à servir de support à un échange entre les établissements et l'ARH avant que les décisions fixant les dotations et forfaits de chaque établissement ne soient arrêtées. En conséquence, une prévision de recettes qui s'écarterait des montants ainsi arrêtés par le directeur de l'ARH serait de nature à motiver une opposition au projet de budget (1° de l'article R.714-3-30).

La prévision budgétaire résulte également pour partie d'une prévision d'activité qui a pu faire l'objet d'une première analyse dans le cadre de l'examen du rapport préliminaire. Les prévisions de recettes établies sur la base de l'activité prévue et des tarifs nationaux doivent être réalistes en volume et conformes aux autorisations dont bénéficie l'établissement (2°).

De même si des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devaient avoir une traduction budgétaire dans le courant de l'exercice, ils doivent être retranscrits de façon sincère et réaliste dans le budget prévisionnel (3°). Il en est ainsi également des mesures que l'établissement serait amené à prendre en application d'un plan de redressement ou de retour à l'équilibre (5°).

Enfin, et toujours en application du principe de sincérité, le respect de l'équilibre budgétaire ne doit pas être recherché au mépris de la sincérité des prévisions de dépenses (4°).

Les décisions prises en matière budgétaire et tarifaire par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont publiées dans les conditions prévues par l'article R.710-17-7 du code de la santé publique.

Les autres adaptations apportées au régime budgétaire et comptable des établissements pour 2005 figurent en annexe X.

4.3 La fixation des tarifs « journaliers » de prestations

En application du II de l'article 33 de la LFSS 2004, les tarifs servant de base au calcul de la participation des assurés, comme des non assurés, demeurent en 2005, **pour toutes les activités**, ceux prévus à l'article R.714-3-19, calculés conformément aux dispositions de l'article R.714-3-20 du code de la santé publique. L'article R.714-3-28 du même code est modifié pour préciser que ces tarifs sont arrêtés par le directeur de l'ARH dans le délai de 30 jours dont il dispose, à réception des propositions budgétaires, pour s'opposer audites propositions.

Une attention particulière devra être portée sur la fixation des tarifs proposés par les établissements. En effet, la suppression à compter de la clôture de l'exercice 2005 du mécanisme d'ajustement automatique des dotations globales en fonction des excédents et déficits de recettes du groupe 2 en application de l'article R 714-3-49 III du CSP (article 14 du décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005) a pour conséquence qu'une sur ou sous estimation des prévisions de recettes du groupe 2 ne sera plus compensée en n +1.

Il appartiendra donc aux services chargés d'examiner les propositions de tarifs de s'assurer du bien-fondé des éléments de calcul sur lesquels elles reposent. Un examen attentif, pour chaque catégorie tarifaire, du nombre de journées prévisionnelles retenu et du montant des charges imputées s'impose a minima.

Le nombre de journées retenu pour le calcul des tarifs en 2005 ne devrait pas s'écarter de celui des journées réalisées en 2004, sauf événement particulier dûment justifié (modification des capacités, conversion d'activité, etc.). S'il est constaté sur les derniers exercices connus une baisse tendancielle du nombre de journées facturées, il devra en être tenu compte pour établir les prévisions de journées en 2005.

La structure de répartition des charges par catégorie tarifaire devrait également demeurer stable, sauf là encore événement particulier relevant soit d'un transfert d'activité d'une discipline ou d'une catégorie tarifaire à une autre, soit d'une variation des prévisions d'activité.

Il convient également d'insister tout particulièrement sur la nécessité de prendre en compte dans la fixation des tarifs pour 2005 la charge indûment supportée par l'assurance maladie en 2004, si une ou plusieurs décisions modificatives ont été prises sans révision des tarifs. Cette absence de modification des tarifs a eu pour conséquence une majoration de la dotation globale des établissements, l'intégralité du financement des mesures nouvelles étant dans ce cas supporté par l'assurance maladie. **Le calcul des tarifs pour 2005, ainsi que celui des dotations annuelles, devra prendre en compte la charge indûment supportée par la dotation globale**, comme le prévoit l'article R.714-3-7, 7^e alinéa, dans sa rédaction antérieure au décret du 14 janvier 2005. Il est rappelé à cet égard, qu'en application des dispositions du II de l'article 33 de la LFSS pour 2004, les tarifs de prestations sont, pour 2005, fixés par l'ARH selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de ladite loi.

*
* *

La deuxième phase de la réforme de la tarification engagée avec la campagne budgétaire 2004 modifie radicalement les conditions de la campagne budgétaire et je compte sur votre engagement pour en faciliter sa mise en œuvre auprès des établissements. Vous voudrez me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette campagne budgétaire

TABLE DES MATIERES

I. Les objectifs de dépenses d'assurance maladie.	3
1.1 La définition des objectifs _____	3
1.2 La détermination des bases _____	3
<i>A La décomposition de la base</i> _____	3
<i>B La détermination des bases des nouveaux objectifs</i> _____	4
<i>C La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie.</i> _____	5
1.3 L'évolution des dépenses d'assurance maladie _____	5
II. Le financement à l'activité	7
2.1 Les ressources faisant l'objet d'un versement trimestriel _____	8
<i>A Les ressources concernées</i> _____	8
<i>B Les modalités de valorisation et de versement</i> _____	10
<i>C Les tarifs applicables en 2005</i> _____	12
2.2 Le versement des forfaits annuels _____	12
III. Les dotations régionales	13
3.1 La définition des dotations régionales _____	13
3.2 Les bases des dotations régionales _____	14
3.3 L'évolution des dotations régionales. _____	14
<i>A Les mesures allouées en début de campagne</i> _____	14
<i>B Les mesures devant faire l'objet de délégations supplémentaires en cours d'année</i> __	19
IV. La détermination des ressources des établissements	20
4.1 La répartition des dotations _____	20
<i>A Les dotations annuelles de financement</i> _____	20
<i>B Les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation</i> _____	21
<i>C Les dotations annuelles complémentaires</i> _____	22
<i>D Le recalage des dotations 2005 sur l'objectif 2004</i> _____	23
4.2 L'approbation des budgets _____	23
4.3 La fixation des tarifs « journaliers » de prestations _____	24