



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## Ministère de la Santé et des Sports

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)

Bureau du financement de l'hospitalisation privée (F3)

DHOS / F2 / N°

Personne chargée du dossier : Anne-Sophie MOYNIÉ

E-mail : [anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr](mailto:anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr)

Téléphone : 01 40 56 50 11

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

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

La Ministre de la Santé et des Sports

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 N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78** du 17 mars 2009 relative à la  
campagne tarifaire 2009 des établissements de santé

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

**Résumé** : Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé

**Mots clés** : hôpital – clinique – établissements de santé – tarification à l'activité – 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.162-22-13, L.174-1, L.174-1-1, D.162-6 à D.162-8, R.162-32 à R.162-32-4, R.162-42 à R.162-42-4, et R.174-2 ;
- Code de la santé publique, notamment les articles L.6145-1 et suivants, R.6145-1 et suivants ;
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifiée;
- Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 modifié ;
- Arrêté du 27 décembre 2004 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007 ;
- Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 26 octobre 2006, modifié, fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

**Annexes** :

Annexe I : montants régionaux MIGAC, DAF, DAF-USLD

Annexe II : Mesures de santé publique

Annexe III : Mesures relatives au personnel

Annexe IV : Evolution du modèle de financement des activités de court séjour

Annexe V : Dotation nationale de financement des MIGAC

Annexe VI : Financement des activités de soins de suite ou réadaptation et des hôpitaux locaux  
Annexe VII : Financement des activités de psychiatrie  
Annexe VIII : Financement des unités de soins de longue durée (USLD)

La campagne 2009 s'inscrit dans un processus de modernisation et d'amélioration de notre offre de soins notamment hospitalière. Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, actuellement en discussion au Parlement, en constitue un pilier essentiel. Ce processus implique également un renforcement de l'efficacité des établissements. Il est accompagné par une politique de soutien aux investissements hospitaliers dans le cadre du plan Hôpital 2012 qui est actuellement mis en œuvre.

La campagne 2009 marque donc une étape importante dans le financement des établissements de santé. J'ai souhaité procéder à certains ajustements du modèle de financement qui vont permettre une allocation plus juste des ressources en tenant davantage compte de la lourdeur des prises en charge. La nouvelle version de la classification des séjours, l'exploitation des données de la première étude nationale de coûts à méthodologie commune pour les deux secteurs public et privé, l'introduction d'un financement spécifique pour l'accueil et le soin des patients en situation de précarité et pour la permanence des soins hospitalière répondent à cet objectif.

Ces évolutions s'inscrivent dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont le Parlement a fixé le montant à 157,6 milliards d'euros pour l'année 2009. Au sein de cet objectif, les dépenses relatives aux établissements de santé s'élèvent à 69,6 milliards d'euros, soit une progression de + 3,1 % par rapport à 2008, ce qui représente une progression équivalente à celle de la médecine de ville. Dans la situation économique et financière actuelle, une telle progression représente un effort significatif pour ce secteur.

### **1. La progression de l'ONDAM hospitalier donne les moyens de mettre en œuvre une politique de santé ambitieuse tout en poursuivant l'effort de modernisation et d'efficacité engagé par les établissements de santé**

Au sein de l'ONDAM, les objectifs de dépenses régulées des établissements de santé, hors fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), progressent globalement de 3,18 %.

Hors effets de champ, l'évolution par objectif se décompose comme suit :

- l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) de + 3,16 % (43,134 milliards d'euros) ;
- la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de + 4,73 % (7,694 milliards d'euros) ;
- l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) de + 2,92 % (15,515 milliards d'euros), dont 1,202 milliards d'euros pour les USLD ;
- l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (OQN) de + 5,94 % (2,176 milliards d'euros).

Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est doté de 190 millions d'euros. A titre exceptionnel, un financement complémentaire de 70 millions d'euros lui est attribué en 2009 à partir du budget de l'Etat au titre du plan de relance pour financer la sécurisation des établissements ayant une activité en santé mentale.

### **1.1. Les plans de santé publique s'inscrivent dans une démarche constante d'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population**

L'année 2009 sera celle d'une consolidation de la politique de santé publique que le gouvernement met en œuvre depuis deux ans et qui est articulée autour de quatre axes structurants :

- **l'accompagnement du vieillissement de la population**, un défi majeur pris en compte dans le cadre des plans Alzheimer et Solidarité grand âge ;
- **l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients**, notamment par une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, le développement des soins palliatifs, l'accès à l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur, la lutte contre les infections nosocomiales ;
- **l'optimisation des filières de soins**, en amont et en aval du court séjour avec le renforcement de la filière des urgences et le développement des soins de suite et de réadaptation ;
- **l'accès aux soins** pour des populations spécifiques : prise en charge psychiatrique pour les personnes en situation de précarité, prise en charge des addictions, développement de la prise en charge médicale des détenus.

L'année 2009 est la deuxième année de mise en œuvre du plan Alzheimer dont les objectifs pour les établissements de santé sont l'amélioration de l'accès au diagnostic et l'optimisation du parcours de soins ; l'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie ; le développement de la recherche et la promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique. Les moyens nouveaux prévus en 2009 s'élèvent à 24,6 M€ dont en 7,2 M€ en investissement.

Dans la perspective d'un objectif de doublement d'ici 2012 des capacités d'accueil des patients en fin de vie, les moyens en faveur du développement des soins palliatifs, en particulier en soins de suite, sont renforcés. L'ensemble des mesures nouvelles indispensables à l'amélioration de la gradation des soins et au développement des filières, à la diffusion de la culture de l'accompagnement de la fin de vie représentent 36,5 M€ en 2009

Les différentes mesures inscrites dans les plans de santé publique bénéficient d'un financement à hauteur de 390 millions d'euros en 2009 en tarifs (développement d'activité) et en dotations (cf. annexe II).

### **1.2. Les établissements de santé doivent poursuivre leurs efforts d'efficience**

Je rappelle l'objectif de retour à l'équilibre financier des établissements de santé fixé par le Président de la République. Vous serez particulièrement attentifs à ce que chaque établissement de santé intensifie ses efforts pour améliorer son efficience par une meilleure organisation interne et par la recherche de synergies avec les autres établissements.

Vous avez à votre disposition un ensemble de dispositifs pour accompagner les projets de réorganisation des établissements de santé. Le programme d'aide à l'investissement Hôpital 2012 est destiné à encourager les opérations de reconstitution hospitalière et de mise en œuvre des SROS. Je transmettrai des instructions pour qu'à l'avenir la priorité soit donnée aux projets liés à la mise en place des communautés hospitalières de territoires. D'autres financements apportés notamment par le FMESPP pourront également être mobilisés pour impulser des opérations innovantes.

Un guide d'aide à l'élaboration des contrats de retour à l'équilibre vous a été fourni au mois de juillet dernier (circulaire n°233 relative à l'équilibre financier des établissements de santé).

Comme les années précédentes, le suivi de l'exécution des EPRD sera assuré par les états quadrimestriels qui retraceront notamment l'évolution des effectifs.

## **2. La campagne 2009 marque une nouvelle étape dans l'évolution du modèle de financement des établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique**

### **2.1 Le modèle de financement des activités MCO évolue pour mieux ajuster les ressources allouées au travers des tarifs à la lourdeur des prises en charge**

#### *2.1.1 Les changements induits par la nouvelle version de la classification des groupes homogènes de malades*

La version 11 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), qui entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009, marque une nouvelle étape dans la description médico-économique des séjours. En introduisant quatre niveaux de sévérité, la V11 permet de mieux prendre en compte la lourdeur des prises en charge (état de gravité du patient et, le cas échéant, la durée de séjour). Elle identifie également plus nettement qu'aujourd'hui les activités strictement ambulatoires. Au total, la nouvelle classification issue de la V11 comporte près de 2 300 GHM contre moins de 800 pour la précédente version de la classification.

#### *2.1.2 La prise en compte des données issues de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (E.N.C.C)*

Une étude nationale de coûts à méthodologie commune a été lancée en concertation avec les fédérations d'établissements en vue d'exploiter des données économiques, médicales et d'activité recueillies pour l'année 2006 auprès d'un échantillon d'établissements des deux secteurs.

Les résultats de l'ENCC ont permis de déterminer des coûts moyens par GHM et ont été pris en compte pour fixer la hiérarchie des tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation des établissements de santé ex-DG, d'une part, et ex-OQN, d'autre part.

#### *2.1.3 Les autres évolutions du modèle de financement*

Pour répondre aux attentes des établissements de santé, des critères d'éligibilité justifiant le paiement du supplément « surveillance continue » lors du passage du patient dans une unité reconnue s'appliqueront à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009 (cf. annexe IV-4). S'agissant plus particulièrement des établissements ex-OQN, la suppression des suppléments liés au classement (« droit d'option ») est effective à compter de la même date.

La disparition du coefficient de haute technicité des établissements ex-OQN a également été annoncée l'année dernière. Elle s'est accompagnée de la création du forfait annuel de haute technicité dont le montant correspond aux recettes d'assurance maladie (hors participation de l'assuré) perçues par les établissements au titre de l'application du coefficient de haute technicité aux tarifs des prestations d'hospitalisation. Comme prévu, la diminution de 25% du forfait est engagée à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009, les montants correspondant à cette diminution étant répartis sur des tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation correspondant à des GHM représentatifs d'une haute technicité réactualisée.

Par ailleurs, j'ai donné des instructions pour que l'activité d'accueil et de traitement des urgences puisse être financée pour l'ensemble des patients pris en charge (cf. annexe IV-2).

Enfin, j'ai souhaité que des dispositions soient prises dans la LFSS pour 2009 pour maîtriser l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux par l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficacité des soins. En application de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus est fixé pour 2009 à 10%. Vous recevrez très prochainement des instructions sur la méthode d'analyse de l'évolution des prescriptions et sur la définition des plans d'actions que vous serez amenés à conclure avec les établissements de santé.

Je rappelle que le passage à la tarification à l'activité des hôpitaux du service de santé des armées est effectif à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, ce qui contribuera à conforter le rôle de ces établissements dans l'offre de soins hospitaliers.

## **2.2 Le modèle de financement rénové est appliqué en 2009 de manière raisonnée et intègre par ailleurs les premiers effets de la convergence**

### *2.2.1 Une mise en œuvre raisonnée du modèle de financement rénové*

J'ai souhaité que les évolutions induites par la mise en œuvre du modèle de financement rénové prennent également en compte d'autres priorités de ma politique.

Il s'agit tout d'abord de **la mise en œuvre des priorités de santé publique**. La lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs figurent au rang de ces priorités, comme le Président de la République l'a rappelé à plusieurs reprises. J'ai donc veillé à ce que les tarifs construits à partir des données issues de l'échelle nationale de coûts à méthodologie commune et de la nouvelle version de la classification des séjours (V11) ne remettent pas en cause ces grandes orientations de santé publique. J'ai également été très attentive à la valorisation des activités lourdes qui sont essentiellement pratiquées dans les CHU.

J'entends également poursuivre **les politiques tarifaires incitatives** en faveur de prises en charge. Le développement de la chirurgie ambulatoire a ainsi été encouragé et j'ai souhaité que cet effort se poursuive au travers, notamment, de la mise en place d'un tarif unique entre le séjour en ambulatoire et le premier niveau de sévérité pour un certain nombre de GHM. J'ai également veillé à ne pas pénaliser l'accouchement par voie basse et, pour le secteur privé à but lucratif, à poursuivre la revalorisation du tarif "nouveau né".

J'ai veillé à ce que soit assurée une application maîtrisée, par grande catégorie d'activité, du modèle de financement rénové.

Cette méthode de construction des tarifs, fondée sur des critères objectifs et transparents, pourra être reproduite pour les campagnes tarifaires ultérieures en prenant en compte les données actualisées de l'ENCC.

### *2.2.2 La poursuite de la convergence intra-sectorielle*

La mise en œuvre d'un modèle de financement rénové n'interrompt pas le processus de convergence tarifaire intra-sectorielle engagé depuis 2005. J'ai décidé de retenir pour la campagne 2009 **un taux moyen régional de convergence de 33,33% commun aux deux secteurs**, soit un tiers de l'effort de convergence restant à accomplir d'ici 2012.

Pour chaque secteur, il vous est possible d'accélérer cette année le taux de convergence fixé au niveau national, comme vous pouvez le faire depuis plusieurs années pour les cliniques, en accordant aux établissements sous-dotés une masse financière supplémentaire prélevée sur les établissements sur dotés, dans le respect de votre enveloppe théorique régionale.

### 2.2.3 *La campagne 2009 marque la volonté de mieux identifier certaines missions des établissements et de leur associer un financement spécifique*

A ce titre, le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité et de la permanence des soins hospitalière évoluera.

**La prise en charge de patients en situation de précarité** engendre, de l'avis de tous les professionnels, des surcoûts structurels et / ou liés à l'allongement de la durée de séjour. J'ai décidé de rémunérer spécifiquement les établissements plus particulièrement exposés à l'accueil et à la prise en charge de ces populations et d'abonder à ce titre vos dotations régionales de financement des MIGAC de 100 millions d'euros pour 2009 (95 millions d'euros pour les établissements ex-DG et 5 millions d'euros pour les établissements ex-OQN issus d'un prélèvement sur la masse tarifaire). Le montant et la répartition de cette enveloppe ont été déterminés à partir d'indicateurs (bénéficiaires de CMU, CMUC, AME et AMESU). Vous devrez allouer ces dotations aux établissements conformément au ciblage ainsi retenu (cf. annexe IV-3)

**S'agissant de la permanence des soins hospitalière (PDSH)**, dont je rappelle qu'elle constitue une mission de service public, elle correspond à l'accueil des nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

A partir des résultats des premiers travaux qui portent sur le secteur public (les gardes et astreintes des médecins des établissements ex-OQN étant financées par l'enveloppe des soins de ville, les moyens nécessaires devant vous permettre de rémunérer les établissements assurant effectivement la PDSH. ) vous sont délégués dès 2009.

Les dépenses d'assurance maladie correspondant à la permanence des soins médicale ont donc été retranchées des tarifs des établissements ex-DG afin de vous permettre de réallouer cette enveloppe en dotation MIG aux établissements concernés (633 millions d'euros à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009, soit 760 millions d'euros en année pleine). Il me semble important que vous engagiez dès 2009 une réorganisation de la permanence des soins hospitalière dans votre région qui permettra d'allouer progressivement ces crédits en fonction d'une organisation optimisée.

Ces modifications importantes par le rapprochement du champ des charges financées par les tarifs auront également pour effet de réduire l'écart tarifaire entre les deux secteurs.

### **2.3 La progression des tarifs en 2009**

L'ODMCO progresse de 3,16 %, ce qui permet de dégager une marge tarifaire de 931 millions d'euros.

Les tarifs applicables à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009 intègrent toute la marge de progression de l'ODMCO après constitution de provisions pour faire face à la progression de l'activité valorisée et des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des prestations. Ces provisions ont été réalisées en prenant une hypothèse d'amélioration du codage induit par le changement de classification à hauteur de 0,5%, une estimation d'augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes facturés ou valorisés et une prévision d'augmentation de 10% des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

## 2.4. L'augmentation de la dotation nationale de financement des MIGAC accompagne les évolutions du modèle de financement 2009 et la mise en œuvre des plans de santé publique

L'objectivation dans la fixation des montants des dotations MIGAC et la nécessaire transparence dans leur utilisation demeurent essentielles et constituent les fils conducteurs de mon action en ce domaine.

La campagne 2009 est marquée :

- par la poursuite de la réforme du financement des MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) engagée en 2008 (cf. annexe V) ;
- par une nouvelle étape de redéploiements interrégionaux visant à la fois les missions d'intérêt général à caractère régional et vos crédits d'aide à la contractualisation (cf. annexe V) ;
- par un transfert de 733 millions d'euros de l'enveloppe tarifaire vers la dotation MIGAC au titre du financement de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitalière.

En ce qui concerne la doctrine d'utilisation de la dotation MIGAC, j'appelle particulièrement votre attention sur la plus grande transparence qui s'impose à vous en matière d'attribution des crédits. Le recours à la procédure d'appels à projets doit être privilégié dès lors que les financements sont liés à une prestation de service, notamment pour certaines missions d'intérêt général. **Je rappelle en effet que tous les établissements publics ou privés ont vocation à obtenir des dotations de financement des MIGAC.** Dès lors, en vous appuyant sur le guide de contractualisation, vous veillerez à ce que chaque mission d'intérêt général puisse être contractualisée, pour un montant fixé annuellement, avec des moyens de mise en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus. Les modélisations de financement des missions d'intérêt général qui vous sont fournies dans ce guide doivent donc être utilisées afin d'éviter le maintien de disparités infondées entre établissements de santé.

S'agissant enfin de **vos marges de manœuvre régionale**, je vous rappelle que vous devez strictement les utiliser **à titre non reconductible**, afin de pouvoir reconsidérer chaque année les montants affectés pour soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et/ou de retour à l'équilibre ou encore pour prendre en compte les contraintes locales en matière d'organisation des soins. Je rappelle que ces financements peuvent être alloués à l'ensemble des établissements de santé notamment à ceux ayant une activité d'hospitalisation à domicile en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

A titre exceptionnel, une enveloppe de 100 millions d'euros est réservée pour l'accompagnement des établissements publics et privés subissant des effets revenus significatifs du fait de l'application des tarifs issus du modèle de financement rénové. Une première délégation de 66 millions d'euros vous est attribuée en début d'année.

Enfin, l'aide exceptionnelle dégressive allouée en 2008 et destinée à accompagner les établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale dans leurs efforts de retour à l'équilibre est reconduite à hauteur de 13 millions d'euros. Vous attribuerez ces crédits aux établissements confrontés à des difficultés structurelles liées à l'adaptation aux contraintes de coût spécifiques qu'ils rencontrent et à la recherche du positionnement stratégique adéquat dans l'offre de soins territoriale. Cette aide continuera à être dégressive pendant la durée de la convergence intrasectorielle.

### **3. Le développement et la médicalisation des soins de suite et de réadaptation et des activités de psychiatrie**

#### **3.1. Une évolution du modèle de financement spécifique aux soins de suite et de réadaptation**

En attendant la mise en place d'un modèle de financement à l'activité en soins de suite et de réadaptation prévu à l'horizon 2011 ou 2012, un modèle intermédiaire a été élaboré pour prendre en compte l'activité réalisée dans l'allocation de ressources. **Un indice de valorisation de l'activité (IVA)** a été calculé en additionnant les scores des variables identifiées comme statistiquement explicatives des variations de coûts : la morbidité dominante, l'âge, les actes de rééducation, la dépendance physique, la dépendance cognitive, les comorbidités associées et le type de prise en charge.

Ce modèle intermédiaire sera appliqué à partir de la campagne tarifaire de 2009 pour assurer une meilleure justice dans l'affectation des ressources disponibles et préparer les établissements de santé à la mise en œuvre prochaine de la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation.

Compte tenu de leur mode de financement respectif, la modulation du financement de chaque établissement prend une forme différente selon les secteurs :

- pour les établissements sous dotation globale, une modulation sur une fraction de 2% de la dotation annuelle de financement ;
- pour les établissements sous OQN, une modulation sur une fraction de 0,5 % du taux d'évolution tarifaire national.

#### **3.2. L'évolution des dotations pour les établissements anciennement financés par dotation globale**

Une enveloppe de 75 millions d'euros vous est déléguée pour accompagner l'augmentation de l'activité, les besoins de médicalisation et la diversification des modes de prise en charge, **tant en psychiatrie qu'en soins de suite et de réadaptation et dans les hôpitaux locaux.**

Des financements complémentaires sont alloués pour le développement des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie.

**Le développement du SSR** bénéficie d'une mesure nouvelle de 65 millions d'euros dont 30 millions d'euros pour créer de nouvelles places et 35 millions d'euros au titre des plans de santé publique (plans « urgences », « solidarité grand âge », « Alzheimer » et « soins palliatifs »).

Par ailleurs, je vous invite à couvrir une partie du besoin de développement du SSR par des opérations de reconversion d'établissements de santé de court séjour. Une nouvelle disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 permet de réaliser des opérations de fongibilité tout au long de l'année. Des instructions vous seront adressées prochainement sur les conditions d'éligibilité des opérations à une fongibilité des crédits entre sous-objectifs de l'ONDAM.

**Concernant la psychiatrie**, j'ai décidé d'allouer une enveloppe de 7 M€ pour accompagner la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs est allouée. Vous veillerez à attribuer ces financements en privilégiant les établissements pour lesquels l'application de ce nouveau dispositif est susceptible d'entraîner des difficultés particulières de mise en œuvre (cf. annexe VII).

De plus, les financements vous sont délégués pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques dans le cadre du plan autisme et du plan de lutte contre l'exclusion.

Je vous rappelle que les établissements ayant une activité en psychiatrie bénéficieront également, dans le cadre du plan de relance, de 70 M€ de crédits d'aide à l'investissement pour la sécurisation de leurs services et pour la création de quatre unités pour malades difficiles.

### **3.3. Les évolutions tarifaires dans le secteur privé**

L'effort lié au développement du SSR se poursuit et se traduit par un abondement de 30 millions d'euros de l'OQN. Par ailleurs, les crédits en provenance des plans de santé publique (« solidarité grand âge », « Alzheimer » et « soins palliatifs ») ont été pris en compte dans la construction tarifaire nationale.

Fixée à + 1,5 % en 2009, l'évolution moyenne nationale des tarifs du secteur SSR se décompose en un taux d'évolution « de base » de + 1% et un taux complémentaire de + 0,5% modulé entre les régions en fonction de la valeur de l'indice de valorisation de l'activité (IVA) de l'établissement. Je vous invite à être très vigilant sur le rythme d'ouverture des nouvelles structures de SSR en vue de maintenir la progression d'activité dans des proportions compatibles avec le respect global de l'objectif quantifié national.

Pour les établissements ayant une activité de psychiatrie, l'évolution moyenne nationale des tarifs est fixée à + 1,5% en 2009 et se décompose en un taux d'évolution « de base » de + 1 % et un taux complémentaire de +0,5% correspondant à un effort d'harmonisation tarifaire entre régions.

### **4. La poursuite de la partition des USLD et l'introduction progressive du financement en fonction du profil des patients**

La réforme des USLD se met en œuvre à un rythme satisfaisant : 54% des capacités auront fait l'objet d'une partition au 1er janvier 2009, correspondant à 64% de la masse financière des dotations « soins ». Cette seconde vague de partition, qui concerne 300 établissements, a entraîné un transfert de 254 millions d'euros de l'ODAM vers l'objectif général de dépenses géré par la CNSA et un abondement des dotations « soins » à hauteur de 50 millions d'euros. Je vous rappelle que la réforme vise à recentrer les USLD sur leur activité sanitaire. Vous veillerez, dans le cadre de la contractualisation, à ce que les USLD ainsi redéfinies accueillent des patients requérant des soins médico-techniques lourds.

Pour 2009, la valeur du point est fixée à 12,83 euros et s'applique selon les modalités détaillées en annexe VIII.

Le processus de partition des USLD doit se terminer cette année. Vous veillerez à présenter vos propositions à mes services dans le respect du calendrier défini dans la circulaire n°340 du 17 novembre 2008, c'est-à-dire pour le 30 avril 2009.

### **5. La mise en œuvre et le suivi de la campagne**

La présente circulaire délègue 73 % des mesures nouvelles en dotations qui sont allouées dans le cadre de la campagne 2009. Compte tenu de l'importance des financements affectés à l'activité, il convient de souligner que le ministère ne conserve, pour des délégations ultérieures, que 0,8 % de l'ONDAM hospitalier (hors FMESPP).

S'agissant des dotations de financement des missions d'intérêt général et des dotations annuelles de financement, je vous demande de les arrêter dès le début d'année à un niveau

suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions.

S'agissant de la part des montants régionaux que vous entendez réserver au financement d'engagements particuliers des établissements dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, en particulier de contrats de retour à l'équilibre financier, je vous demande d'allouer les ressources dès que vous vous serez assurés du respect de ces engagements.

Compte tenu des enjeux, le suivi de la campagne 2009 fera l'objet d'une attention particulière. Je vous demande de veiller rigoureusement à l'exhaustivité et à la qualité des informations que vous remonterez.

La transparence sur vos délégations et sur l'utilisation des moyens alloués est la contrepartie de l'octroi de marge de manœuvre régionales et d'une organisation déconcentrée au service de nos concitoyens.

La Ministre de la Santé et des Sports

**signé**

Roselyne BACHELOT-NARQUIN