

# ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse  
organisationnelle et financière (R1)

### **Instruction DGOS/R1 n° 2014-127 du 18 avril 2014 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN**

NOR : AFSH1409423J

Validée par le CNP le 18 avril 2014. – Visa CNP 2014-67.

*Résumé* : campagne tarifaire 2014 des établissements financés sous OQN.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

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

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

L'année 2013 a été marquée par un dynamisme de la dépense des activités de soins de suite et de réadaptation ayant engendré un dépassement de l'OQN et une évolution nettement plus modérée de celles de psychiatrie. C'est pourquoi il a été arbitré, pour l'année 2014, une évolution tarifaire moyenne nationale différenciée entre ces deux secteurs, soit – 0,41 % sur le secteur SSR et – 0,35 % sur le secteur psychiatrique, après prise en compte de la reprise au titre du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).

En outre, cette année, le taux d'évolution moyen national fait l'objet d'une modulation entre les régions au titre du CICE, afin qu'il puisse en être directement tenu compte lors de la détermination des tarifs des établissements de santé.

Aussi cette instruction a pour objet de vous détailler les règles, mises en œuvre par l'échelon national, pour moduler le taux d'évolution moyen national entre les régions et vous rappelle l'importance de faire remonter au niveau national toute nouvelle fixation de tarifs.

#### **1. La prise en compte du CICE dans la modulation du taux moyen national entre les régions**

Le CICE est un dispositif fiscal, mis en place par l'article 66 de la loi du 29 décembre 2012 de finances rectificatives pour 2012, qui s'applique à toutes les entreprises commerciales, dont relèvent les cliniques privées à but lucratif.

Les modalités de gestion du CICE dans le champ OQN évoluent en 2014. En effet, à la différence de la campagne 2013, où la gestion du CICE s'est traduite par une reprise sur les tarifs de l'ensemble des établissements, puis par une compensation *ex post* des établissements à but non lucratifs qui ne bénéficient pas de cet avantage fiscal, il a été décidé de procéder, pour 2014, à une évolution tarifaire différenciée selon le statut d'appartenance des établissements de santé relevant de l'OQN.

L'arrêté national tarifaire OQN pour 2014 fixe donc des taux moyens régionaux différenciés en fonction du poids respectif dans chaque région, des établissements à but lucratif et à but non lucratif qui la composent.

Ainsi, quel que soit le secteur :

- l'évolution tarifaire des établissements à but non lucratif pour 2014 ne tient pas compte de la reprise liée au CICE, ni au titre de 2013, ni au titre de 2014. En effet, concernant l'impact 2013, il a été procédé à la correction de la minoration tarifaire opérée. Concernant 2014, l'évolution tarifaire des établissements à but non lucratif n'est pas impactée par la reprise liée au CICE 2014 ;
- l'évolution tarifaire des établissements à but lucratif pour 2014 intègre la reprise opérée au titre du CICE 2014, en sus de celle opérée en 2013.

Les taux d'évolution moyens régionaux fixés par l'arrêté du 23 avril 2014 susvisé résultent donc de la modulation du taux moyen national par la prise en compte du CICE, que je vous demande de reproduire dans le cadre de la mise en œuvre de votre campagne tarifaire.

Votre arrêté tarifaire régional, pris après avis consultatif des fédérations représentatives des établissements de santé de votre région, devra ainsi fixer cette évolution tarifaire différenciée en tant que règle générale de modulation des tarifs des établissements de votre région, conformément aux dispositions des articles L. 162-22-4 et R. 162-41-3 du code de la sécurité sociale.

Je vous rappelle que, comme en 2013, il a été convenu en concertation avec les fédérations hospitalières de ne pas procéder à une modulation du taux d'évolution en SSR en fonction d'un indice d'activité dans la mesure où la nouvelle classification des séjours dite GME (groupe médico-économique) n'est pas encore stabilisée.

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

Enfin, je vous demande d'être vigilant à ce que le taux d'évolution des tarifs des établissements ne soit en aucun cas inférieur à - 5 % ni supérieur à 150 % (la fourchette haute vous permettant d'harmoniser certains tarifs ayant une valeur unitaire faible), ainsi que le prévoit l'article 3 de l'arrêté du 23 avril 2014 susvisé.

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

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

Aussi, conformément à l'instruction du 22 décembre 2010, je vous invite à adresser à la DGOS tous vos nouveaux tarifs, qu'ils soient identiques ou différents de ceux déjà fixés dans votre région, en renseignant l'outil de remontée tarifaire et en l'envoyant à l'adresse générique prévue à cet effet : DGOS-R1-TARIFOQN@sante.gouv.fr.

Enfin, je vous rappelle que les cas pour lesquels un nouveau tarif peut être fixé sont limitatifs. Seuls les nouveaux établissements ou les activités nouvellement autorisées sont concernées. Juridiquement, les mentions spécialisées ne se confondent pas avec une activité nouvellement autorisée. Néanmoins, à titre exceptionnel et dérogatoire, vous pouvez fixer un nouveau tarif lorsque, pour mettre en œuvre sa nouvelle spécialisation, l'établissement développe un projet médical spécifique et augmente de manière substantielle ses moyens humains et techniques.

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

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

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général adjoint,  
secrétaire général par intérim  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

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