

Les tarifs hospitaliers progresseront de 1,26% en moyenne à compter du 1er mars, confirme la circulaire ministérielle

Les tarifs de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) progresseront en moyenne de 1,26% à compter du 1er mars, confirme le ministre de la santé dans la circulaire tarifaire adressée aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Cette augmentation se fonde sur une augmentation de 1,7% du volume des prestations d'hospitalisation ou des consultations et actes externes et sur une progression de 12% des dépenses de médicaments et produits remboursés en sus des prestations.

Outre les mesures ciblées prévues dans les deux secteurs, les tarifs progresseront au minimum de 0,6% pour les établissements antérieurement sous dotation globale et de 1% pour les cliniques privées.

S'agissant des hôpitaux publics et privés à but non lucratif, les mesures ciblées de revalorisation portent sur l'hématologie, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), le cancer (29 GHS revalorisés), la périnatalogie, la prise en charge des sevrages complexes au titre du plan addictologie et la prise en compte des démences dans le cadre du plan Solidarité grand âge.

Des activités spécialisées et de haute technicité bénéficient également de revalorisation de tarifs pour un montant de plus de 83 millions d'euros. Il s'agit notamment de la réanimation pédiatrique, du traitement des brûlures étendues, du traitement de l'épilepsie ainsi que du prélèvement d'organes sur coeur arrêté.

Pour les cliniques, les mesures ciblées concernent l'obstétrique, la dialyse à domicile, le traitement du cancer et la neurochirurgie de la maladie de Parkinson.

De nouveaux GHS vont par ailleurs être rajoutés dans les deux secteurs pour financer les traitements par radiofréquence de l'hypertrophie bénigne de la prostate et les hémorroïdectomies par agrafage circulaire.

Conformément aux annonces du ministre de la santé, Xavier Bertrand, le développement de la chirurgie ambulatoire sera encouragé par la rémunération à 100% de cinq groupes homogènes de séjours (GHS) à compter du 1er mars. Ces cinq forfaits financés à 100% de la fraction tarifaire représentent "plus du quart des séjours de chirurgie de la catégorie majeure de diagnostic (CM) 24".

De plus, le développement de la chirurgie ambulatoire sera encouragé par "des mesures de modulation tarifaire" visant à rendre les prestations ambulatoires plus attractives par rapport à l'hospitalisation complète.

Il est ainsi prévu un "rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de groupes homogènes de malades (GHM) composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours". Le ministère a décidé de réduire de 50% l'écart des tarifs au sein de ces couples pour les établissements antérieurement financés par dotation globale.

Le ministère confirme par ailleurs que 99,5% des ressources 2007 des établissements sont immédiatement mises à la disposition des ARH.

DETAILS DES OBJECTIFS

La progression des tarifs et les mesures ciblées entrent dans le cadre d'une progression de l'objectif des dépenses hospitalières de 3,48% en 2007 alors que l'ensemble de

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'augmente que de 2,6%, souligne le ministère.

La progression de l'Ondam hospitalier intègre l'évolution des charges de personnel de la fonction publique hospitalière, y compris la revalorisation de la valeur du point au 1er février, et l'évolution des rémunérations dans le secteur privé.

Au sein de l'Ondam hospitalier, l'objectif des dépenses commun aux activités de MCO et d'odontologie (ODMCO) progressera de 2,83% à plus de 41,3 milliards d'euros. Un point de cette progression sera absorbé par l'augmentation des dépenses de médicaments remboursés en sus des GHS.

La dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) augmentera de 9,67% à 6 milliards d'euros, intégrant notamment la dernière tranche du plan Hôpital 2007 ainsi qu'une hausse "significative" du montant des aides à la contractualisation. Le ministère a en effet dégagé "92 millions d'euros supplémentaires" pour accompagner les établissements qui le nécessitent dans le cadre d'une démarche contractuelle.

L'Objectif des dépenses d'assurance maladie (Odam) qui finance les activités hors T2A du secteur public (psychiatrie, SSR, USLD) est en hausse de 2,54% à plus de 15 milliards d'euros tandis que l'objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de psychiatrie et de SSR dans le privé progresse de 5,17% à près de deux milliards d'euros.

Le ministère confirme également qu'il demande aux établissements de santé de réaliser 280 millions d'euros d'économies en 2007, soit moitié moins qu'en 2006.

Ces économies sont réparties sur toutes les dotations (plus de 184 millions pour l'ODMCO, plus de 61 millions pour l'Odam, plus de 8 millions pour l'OQN et plus de 25 millions pour l'enveloppe Migac).

La circulaire confirme enfin que la part de la T2A passe à 50% en 2007 pour les établissements anciennement sous dotation globale.

(Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé, six annexes)
D'après APM