



La campagne budgétaire 2009 des établissements de santé

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) - Mars 2009



L'exercice 2009 représente une étape décisive dans la politique de financement des établissements de santé.

A mi-parcours de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), les modalités introduites par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 confirment la volonté des pouvoirs publics de poursuivre résolument cette réforme, destinée à apporter aux établissements dynamiques les moyens de financer leur développement.

A cet égard, une étape essentielle est franchie : de nouveaux modes de calcul des tarifs doivent conduire à plus de justesse dans la détermination des ressources.

Toutefois, l'ampleur des modifications apportées, au cours de ces dernières années, aux modes de calcul du financement des établissements, a pu générer certains effets non prévus.

C'est la raison pour laquelle, cette année encore, des dispositifs d'ajustement du financement ont été introduits. Ceci pour mieux répondre aux difficultés rencontrées par les établissements dans la mise en œuvre de ce cadre financier, tout en maintenant le cap de la réforme.



Le rappel du cadre de la réforme

La réforme de la T2A vise à allouer les recettes à partir d'une estimation de la nature et du volume des activités des établissements de santé.

Elle permet d'assurer l'équité des financements, ainsi que :

- ↪ l'amélioration de l'adaptation de l'offre de soins, en incitant au développement des activités au regard des besoins de santé de la population ;
- ↪ l'optimisation du pilotage des établissements, par une recherche accrue d'efficience ;
- ↪ le développement de soins de qualité, adaptés et justement rémunérés.



Le rappel du cadre de la réforme

Le mécanisme de montée en charge de la tarification à l'activité a été conçu de façon différente pour le secteur public (ex-dotation globale, DG) et le secteur privé (ex-OQN).

Pour ce dernier, le passage à 100% de la part tarifée est intervenu en mars 2005.

S'agissant du secteur public, la réforme a été mise en place de façon progressive. Afin de permettre aux établissements de procéder aux réorganisations et aux redéploiements nécessaires, il a été décidé de maintenir, de 2005 à 2008, une dotation annuelle résiduelle complétant la part tarifée fixée, d'année en année, de façon croissante :

→ 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007.

En 2008, le passage à 100% de la part tarifée a été rendu effectif.



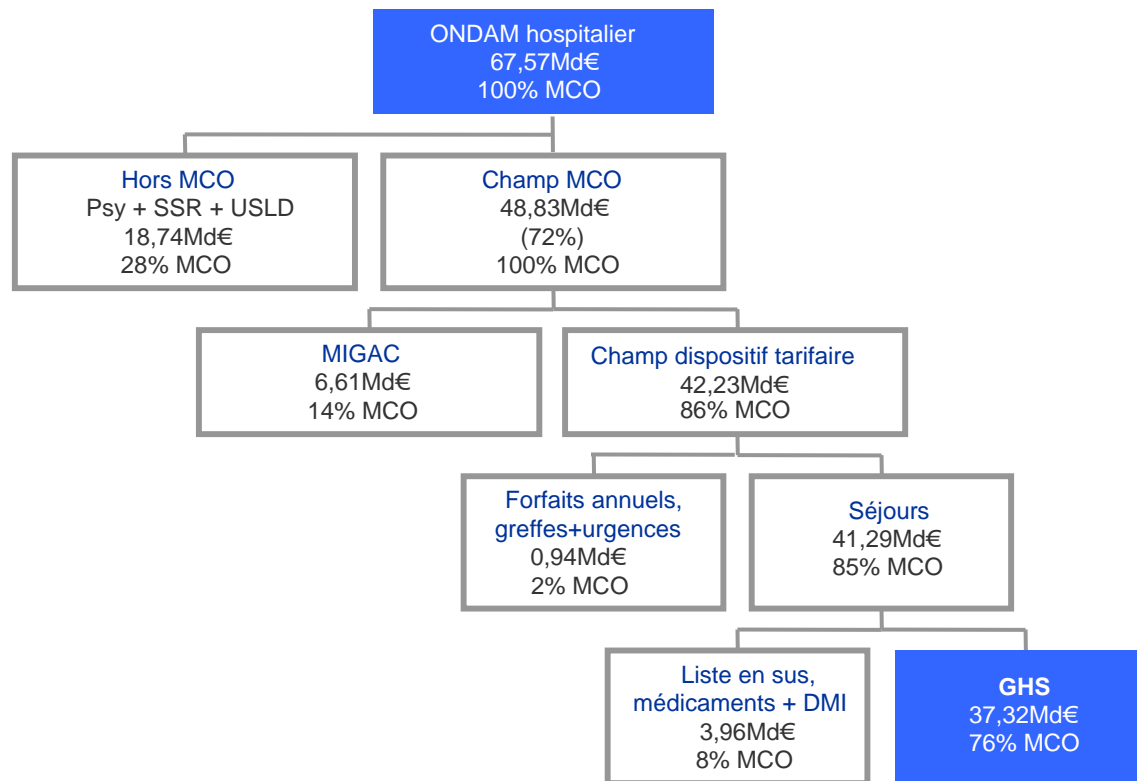
Le rappel du cadre de la réforme

Le périmètre de la T2A ne s'étend pas à l'intégralité du financement des établissements de santé :

- seul est concerné par la T2A le champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Les champs des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie seront impactés à terme ;
- au sein du champ MCO, toutes les prestations ne sont pas concernées par la tarification, telles l'hospitalisation à domicile (HAD), les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux innovants (DMI), les forfaits annuels, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les prélèvements d'organes et les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Le rappel du cadre de la réforme

La part soumise à une règle tarifaire est aujourd'hui de 76% de l'enveloppe MCO.





Le rappel du cadre de la réforme

Les travaux se poursuivent pour ajuster encore davantage le modèle T2A, au plus près de toutes les activités et des missions de l'hôpital.

Des travaux sont en cours avec les fédérations hospitalières et les représentants des professionnels de santé pour mieux financer les missions d'intérêt général : les ajustements du modèle tiennent compte des remarques produites.

Par ailleurs, l'importante réforme des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), réalisée en 2008, se poursuit en 2009.

S'agissant des champs des SSR et de la psychiatrie, ainsi que des hôpitaux locaux, les travaux sont en cours de réflexion, pour une mise en œuvre de la T2A à terme.



Les orientations de la campagne 2009

La campagne budgétaire 2009 des établissements de santé prend en compte, dans sa construction même, les axes stratégiques suivants :

- → la recherche d'un financement plus équitable et plus juste,
- → la détermination de priorités de santé publique,
- → la garantie de la stabilité de certains financements,
- → la poursuite d'une convergence intra-sectorielle et inter-sectorielle des tarifs,
- → la recherche de l'équilibre financier des établissements.



Les orientations de la campagne 2009



La recherche d'un financement plus équitable et plus juste

L'année 2009 voit la poursuite et l'approfondissement de la réforme de la T2A.

Des travaux de grande ampleur ont mené à l'élaboration de l'échelle nationale des coûts commune (ENCC) et à la finalisation de la V11 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM).

Ils ont permis de déterminer des critères affinés permettant une construction de tarifs plus en phase avec les coûts réels supportés par les établissements.

+ pour les établissements : la possibilité de disposer des ressources financières nécessaires pour assurer une activité conforme à leurs orientations médicales



Les orientations de la campagne 2009



La recherche d'un financement plus équitable et plus juste

Méthodologie de construction des tarifs

Pour rappel, les tarifs sont construits à partir d'informations médicales (programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI) et d'informations économiques. Celles-ci sont obtenues d'établissements des 2 secteurs, jugés fiables par l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) en terme de comptabilité analytique de séjour.

Le croisement de ces données médico-économiques permet d'élaborer une étude nationale des coûts commune (ENCC) pour les 2 secteurs, basée sur une méthodologie commune. De cette étude, découlent 2 échelles nationales de coûts (ENC), l'une pour le secteur public, l'autre pour le secteur privé, avec des tarifs différents.

Ainsi, en 2009, nous disposons de la connaissance des coûts dans les 2 secteurs.

Par ailleurs, les données médicales sont classées et regroupées par le biais de la V11, pour aboutir à des GHM plus représentatifs.

Les orientations de la campagne 2009



La recherche d'un financement plus équitable et plus juste

Méthodologie de construction des tarifs

En 2009, l'effort dans la mise en place de nouveaux tarifs, répondant mieux aux différents profils et correspondant aux coûts, s'est amplifié.

A chaque GHM, correspond un groupe homogène de séjour (GHS), qui lui-même correspond à un tarif.

→ jusqu'en 2009	1 GHM = 2 GHS = 2 tarifs	(de base + cause de mortalité associée, CMA)
→ aujourd'hui, en majorité	1 GHM = 4 GHS = 4 tarifs	(de base + 3 majorés d'un coefficient de sévérité, pour mieux intégrer les multiples CMA, les effets de l'âge et la durée moyenne de séjour)

De 800 GHS jusqu'en 2008, nous recensons 2 300 GHS en 2009.





Les orientations de la campagne 2009



La recherche d'un financement plus équitable et plus juste

Création de tarifs particuliers

Afin de favoriser l'activité ambulatoire des établissements, mais aussi de limiter certains abus dans le codage actuel, un GHS ambulatoire de très courte durée est créé. En parallèle, la CM24 (catégorie médicale 24, représentant une hospitalisation inférieure ou égale à 2 jours), est supprimée.

A compter du 1^{er} mars 2009, l'évolution des tarifs MCO sera de 0,45% pour le secteur public et de 0,47% pour le secteur privé.

+ pour les établissements : l'homogénéité des GHM de base + la valorisation financière des séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4 de sévérité + l'identification réelle des séjours ambulatoires, qui permet le développement de cette activité avantageuse en terme de coûts et de durée de séjour



Les orientations de la campagne 2009



La détermination de priorités de santé publique

La mise en œuvre des plans et des programmes de santé publique se poursuivra en 2009. Ceux-ci porteront essentiellement sur :

- l'accompagnement du vieillissement de la population (plans Alzheimer et solidarité grand âge, etc),
- l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients (cancer, soins palliatifs, éducation thérapeutique, lutte contre la douleur, infections nosocomiales, etc),
- l'optimisation des filières de soins, en amont et en aval du court séjour (urgences, SSR, etc),
- l'accès aux soins de populations spécifiques (précarité, addictions, personnes détenues, etc).

+ pour les établissements : une prise en charge améliorée des patients, par la prise en compte de ces financements spécifiques dans les tarifs et les dotations



Les orientations de la campagne 2009



La détermination de priorités de santé publique

Une enveloppe spécifique

En 2009, les différentes mesures inscrites dans les plans de santé publique bénéficieront d'un financement à hauteur de 390M€.

Ces crédits pourront bénéficier à l'ensemble des établissements publics et privés et seront intégrés, pour le champ MCO, dans les tarifs et, pour les champs psychiatrie, SSR et USLD, dans les dotations.

Des tarifs repères enrichis des financements spécifiques



Ces plans de santé publique ont contribué pour partie à l'enrichissement des tarifs repères.



Les orientations de la campagne 2009



La garantie de la stabilité des financements

A activité constante, un établissement peut voir ses financements totalement bouleversés par l'introduction de nouvelles règles de calcul de ses ressources.

S'il est légitime que les pouvoirs publics fixent de nouvelles règles de financement pour, notamment, orienter et valoriser certaines activités des établissements, ces mesures ne sauraient avoir pour conséquence de mettre en cause les financements dont ceux-ci ont besoin pour fonctionner.

+ pour les établissements : la garantie d'une relative stabilité de leurs financements par grands types d'activité ou de catégories majeures de diagnostic (CMD)



Les orientations de la campagne 2009



La garantie de la stabilité des financements

La limitation des effets revenus

La préoccupation de ne pas déstabiliser les financements des établissements a été prise en compte dans les règles de construction des tarifs. En effet, la stabilisation des tarifs passe par une étape finale d'ajustement, de façon à limiter les effets des règles nouvelles de tarification par grandes CMD.

Concrètement, cela signifie qu'une fourchette encadre les évolutions des tarifs, que celles-ci soient positives ou négatives.

Exemple d'un tarif particulier : obstétrique ?

Une enveloppe dédiée

Dans l'hypothèse où ce dispositif s'avèrerait insuffisant, une enveloppe exceptionnelle et non reconductible de 100M€ sera à la disposition des ARH, afin d'accompagner les établissements les plus impactés par la campagne budgétaire 2009.



Les orientations de la campagne 2009

La poursuite d'une convergence intra-sectorielle des tarifs

La convergence intra-sectorielle représente le rapprochement de la grille des tarifs des établissements dans un même secteur afin de fixer, à terme, un tarif unique par GHS.

Amorcé en 2008, ce dispositif est en bonne voie : cette même année, 19% des établissements publics avaient réalisé la convergence et 90% d'entre eux avaient un coefficient variant entre 0,95 et 1,04%.

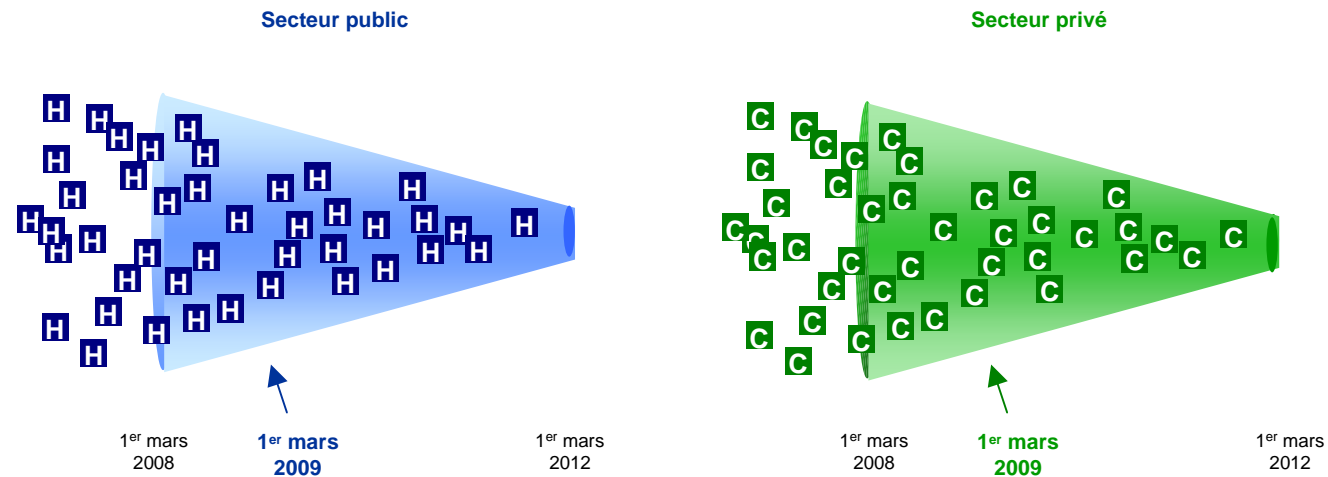
+ pour les établissements : une plus grande équité dans le mode de rémunération, un GHS équivalant à un seul tarif + l'incitation à poursuivre leur réorganisation en vue d'une réduction de leurs coûts ou de l'augmentation de leur financement, dans l'hypothèse d'une activité également en hausse

Les orientations de la campagne 2009

La poursuite d'une convergence intra-sectorielle des tarifs

Le principe de convergence

La LFSS a fixé pour 2009 le coefficient de 33,33% pour la réduction de l'écart existant entre les tarifs et ceci, dans les 2 secteurs.





Les orientations de la campagne 2009



La poursuite d'une convergence inter-sectorielle des tarifs

La convergence intersectorielle représente le rapprochement des tarifs des établissements publics et privés vers un tarif unique national par GHS.

La réalisation de cette convergence totale soulève toutefois de nombreuses difficultés liées aux différences de prises en charge et de coûts, notamment celles qui ne sont pas supportées de manière égale (permanence des soins hospitalière ou PDSH, précarité, par exemple), entre les 2 secteurs.

De nombreuses études sont actuellement menées pour déterminer le poids de ces mesures au sein des secteurs.

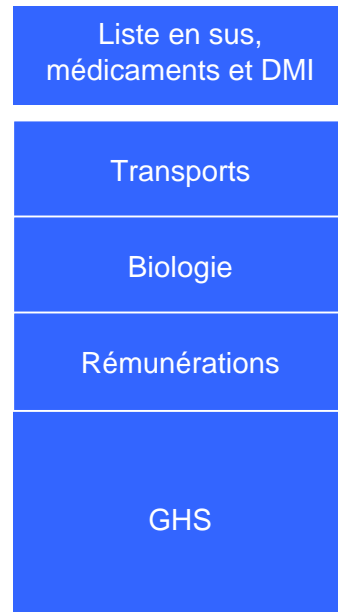
+ pour les établissements : une plus grande équité dans le mode de rémunération entre les secteurs, un GHS équivalant à un seul tarif + une plus grande transparence, favorisant une émulation positive entre les 2 secteurs

Les orientations de la campagne 2009

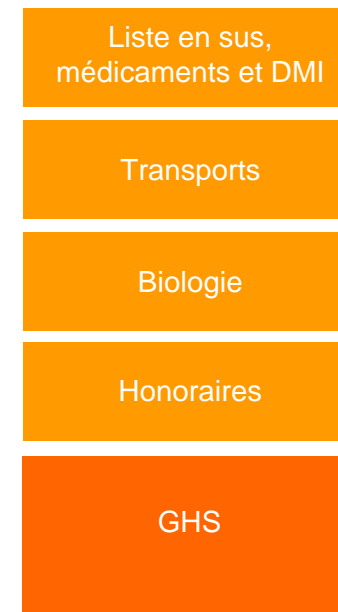
La poursuite d'une convergence inter-sectorielle des tarifs

Tout effort de convergence nécessite que les GHS soient composés de façon identique dans les 2 secteurs. Or, aujourd'hui, le périmètre de ceux-ci est différent.

Secteur public



Secteur privé





Les orientations de la campagne 2009



La poursuite d'une convergence inter-sectorielle des tarifs

L'effort d'homogénéisation

En 2009, une première étape est réalisée en débasant, des tarifs, les masses financières liées à des contraintes majoritairement assurées par le secteur public (PDSH et précarité). Ceci conduit à la diminution de l'écart entre les tarifs des 2 secteurs.

Les crédits débasés

En ce qui concerne la PDSH, une enveloppe de 760M€ en année pleine sera débasée des tarifs du secteur public (ex-DG), pour abonder les MIG et réallouée aux établissements concernés.

S'agissant de la précarité, une enveloppe de 100M€ en année pleine sera dégagée au niveau national et affectée aux établissements assurant, de façon significative, l'accueil des populations concernées. L'enveloppe sera fixée en fonction du nombre de patients bénéficiant de la CMU, de l'AME et autres aides, accueillis au sein des établissements.

→ Redéploiement des crédits :

établissements publics : **95M€**

établissements privés : **5M€**



Les orientations de la campagne 2009



La recherche de l'équilibre financier des établissements

2008 a été marquée par des situations financières préoccupantes pour certains établissements.

Il ne s'agit pas d'un effet de la T2A : 55% des établissements publics sont à ce jour excédentaires ou en équilibre financier, situation qui semble s'observer dans le secteur privé.

La T2A est un outil de diagnostic de la situation médico-économique des établissements, devant conduire leurs responsables à prendre les mesures adéquates en vue de la nécessaire adaptation aux besoins de santé.

+ pour les établissements : la facilitation de leur réorganisation et de leur redéploiement d'activité éventuel par des modalités de financement plus réactives et plus souples permises par la T2A et par des modalités de coopération élargies (groupements de coopération sanitaire et bientôt communautés hospitalières de territoire)



Les orientations de la campagne 2009

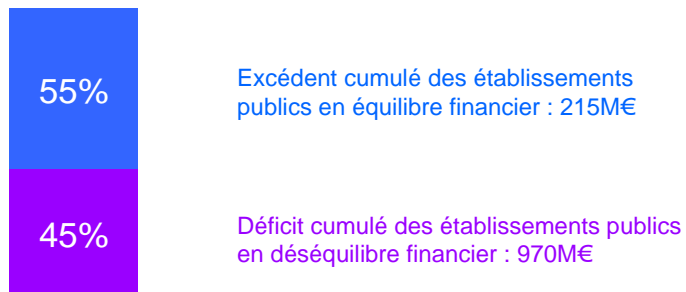


L'amélioration de l'équilibre financier des établissements

L'accompagnement dans le retour à l'équilibre

Au sein de la dotation MIGAC, l'aide à la contractualisation (AC) permet notamment de soutenir les établissements les plus en difficulté dans leurs efforts d'adaptation de retour à l'équilibre, grâce aux marges de manœuvre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Cette aide s'ajoute au dispositif de mesures déjà en place, parmi lesquelles les contrats de retour à l'équilibre, la mise à disposition, sur internet, d'un guide d'élaboration de ces contrats, etc.





Au-delà de toutes ces mesures nouvelles, l'hôpital doit participer à l'effort national et collectif de redressement des comptes de l'assurance maladie. A ce titre, les économies à réaliser s'élèveront, cette année encore, à 300M€.

Face à la réelle dégradation des comptes sociaux en 2009, le taux de progression des dépenses hospitalières, fixé à 3,1, implique la réalisation d'efforts importants de la part des établissements de santé dont les coûts sont les plus élevés.

Ce taux de progression est également celui des dépenses de soins de ville, afin que les 2 piliers du système de santé évoluent de manière coordonnée.



Annexes chiffrées

- ↪ L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2009
 - Sa décomposition
- ↪ L'ONDAM 2009 - Son évolution
- ↪ L'ONDAM hospitalier 2009 - L'évolution des enveloppes
- ↪ L'objectif des dépenses en MCO (ODMCO) 2009 - L'évolution des enveloppes
- ↪ L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) 2009
 - Sa décomposition (hors USLD)
- ↪ L'objectif quantifié national (OQN) 2009 - L'évolution des enveloppes
- ↪ Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) 2009 - L'évolution des enveloppes
- ↪ Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) 2009 - L'évolution des enveloppes



L'ONDAM 2009

Sa décomposition

ONDAM hospitalier



Part tarifée des ES
Autres dépenses des ES

ONDAM médico-social



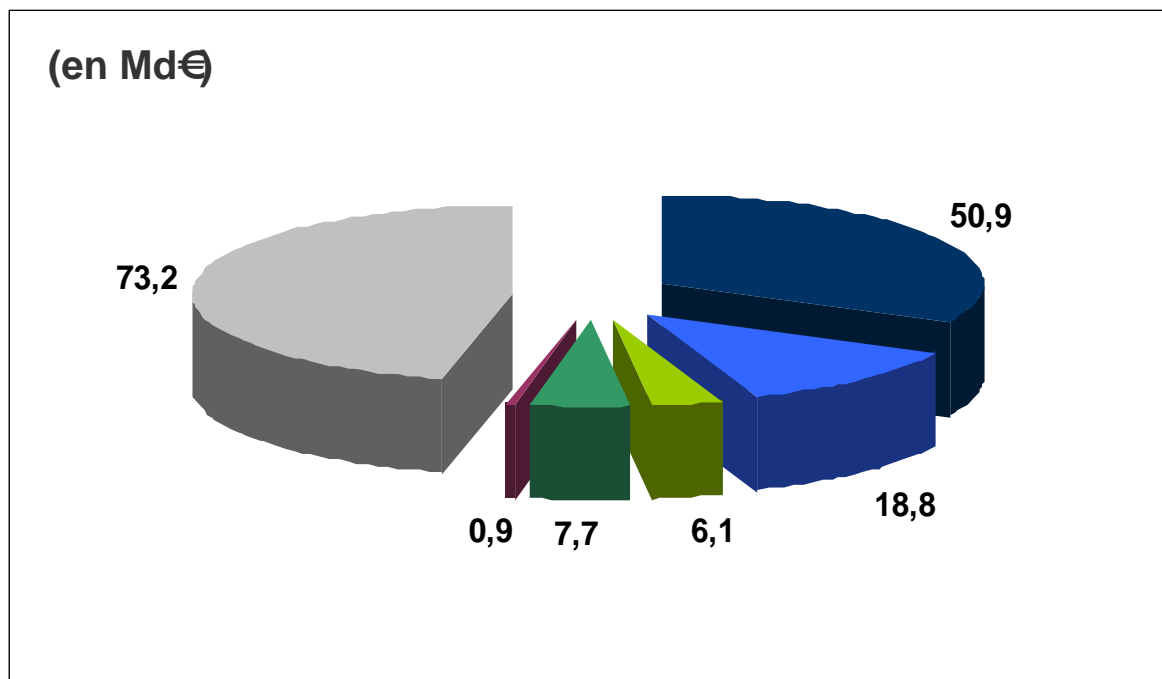
Personnes âgées
Personnes handicapées



Autres modes de prise en charge



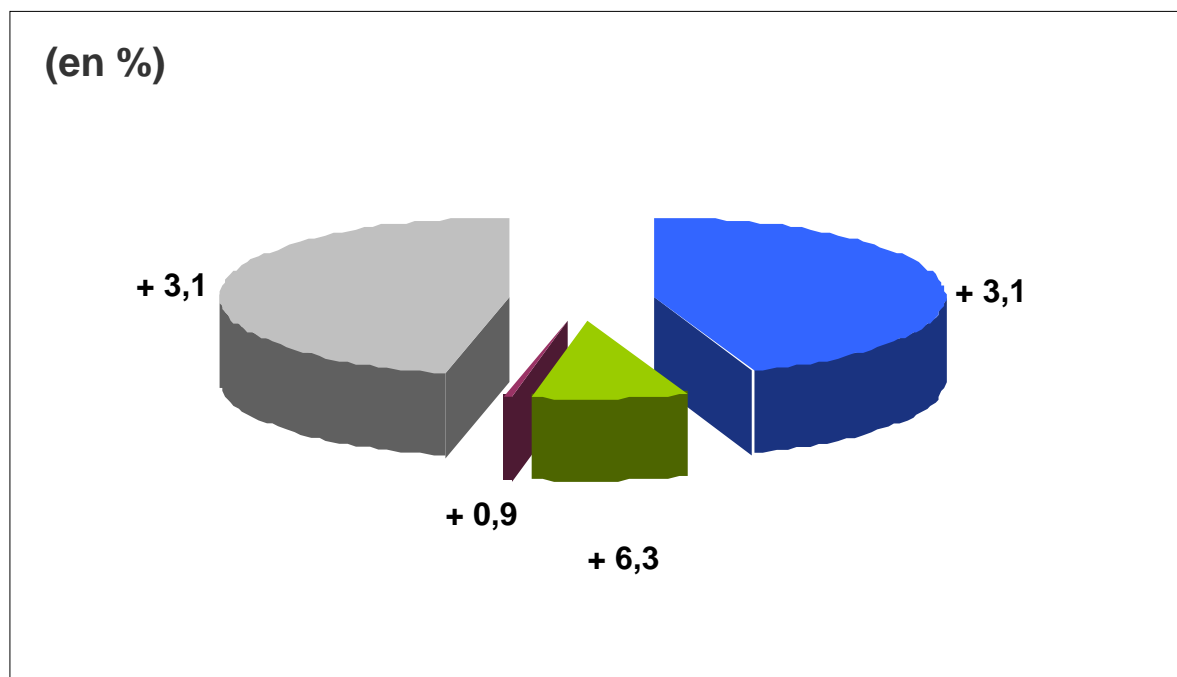
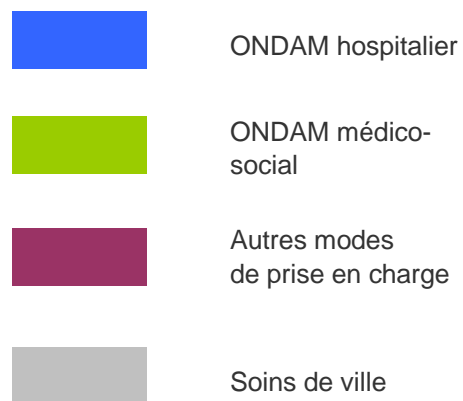
Soins de ville



ONDAM 2009 : 157,6 Md€

L'ONDAM 2009

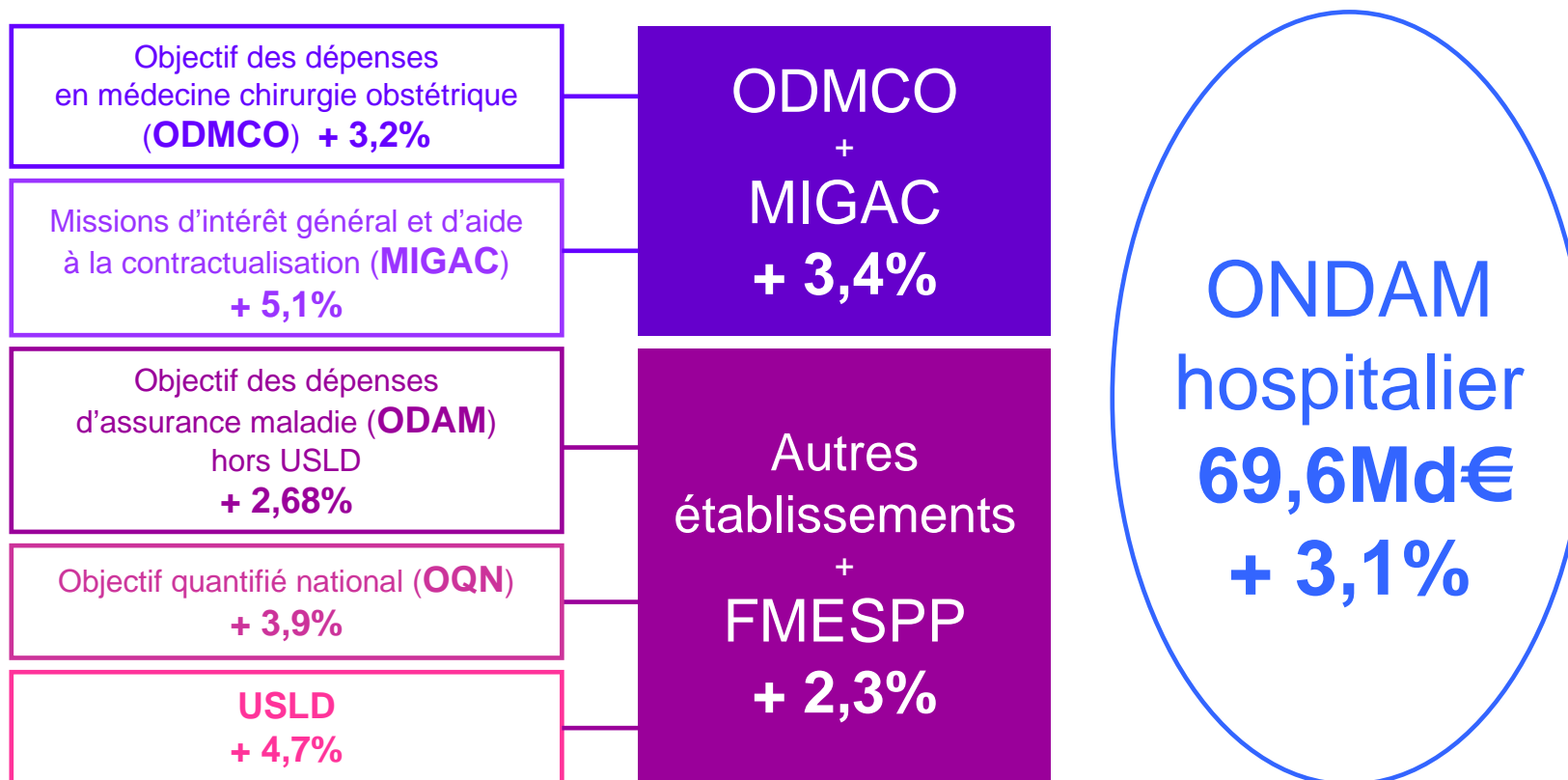
Son évolution



ONDAM 2009 : + 3,3%

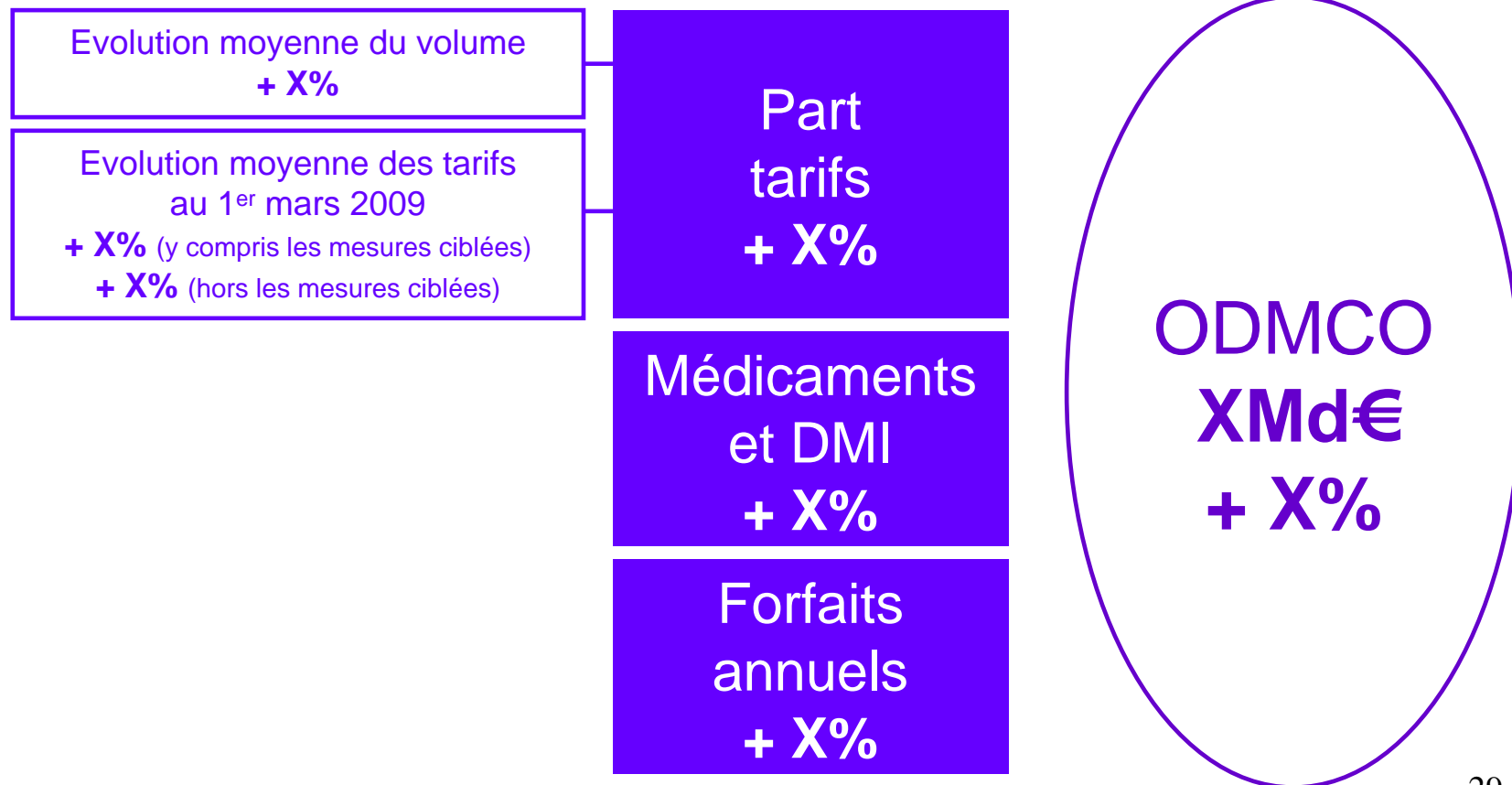
L'ONDAM hospitalier 2009

L'évolution des enveloppes



L'ODMCO 2009

L'évolution des enveloppes



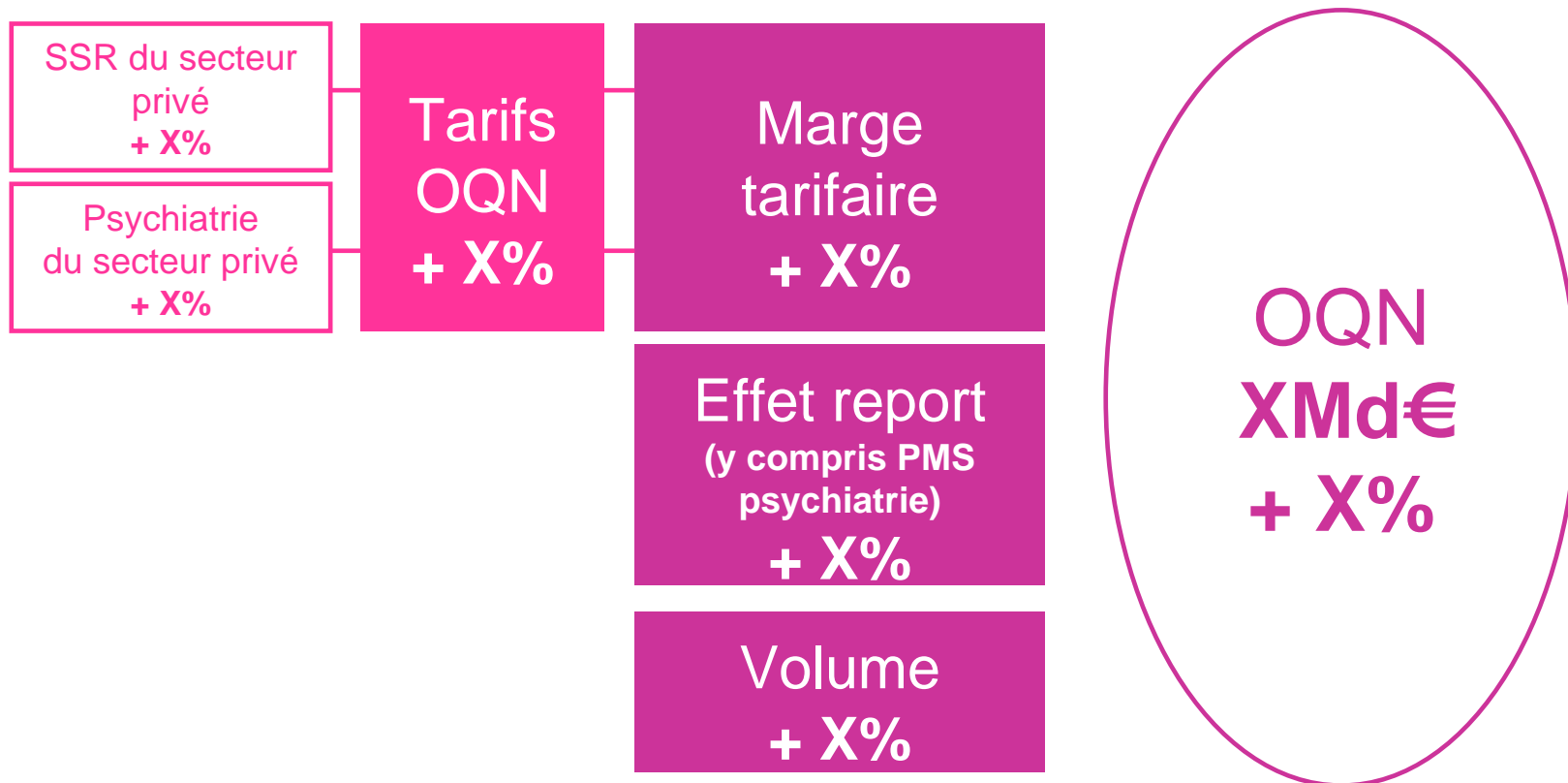
L'ODAM 2009

Sa décomposition (hors USLD)



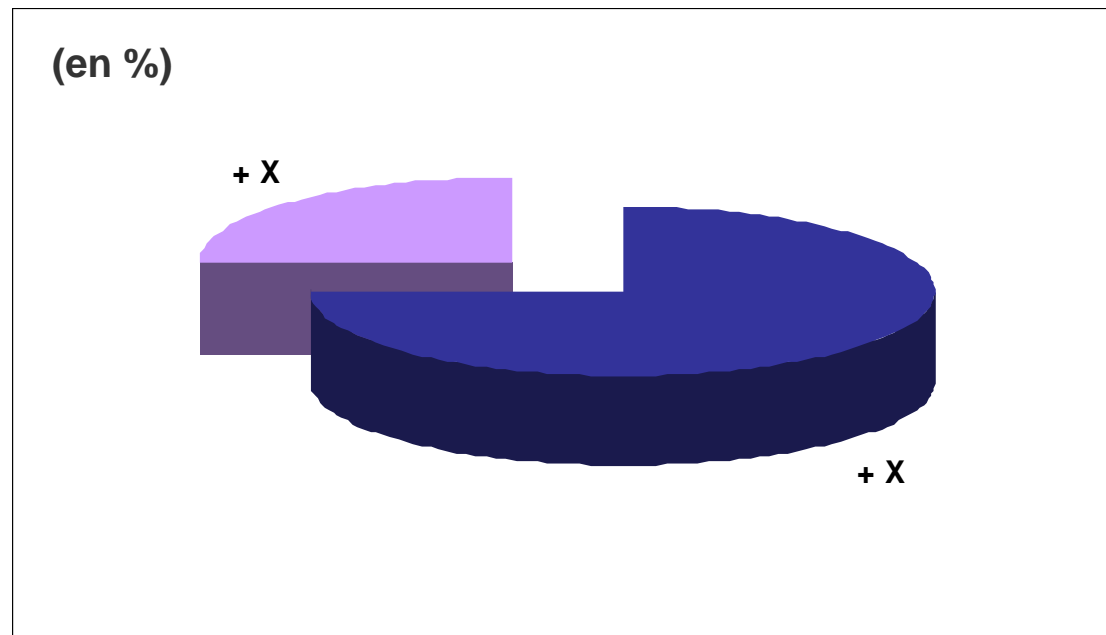
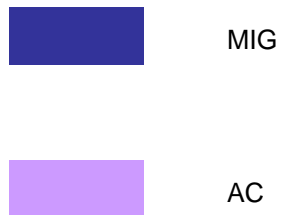
L'OQN 2009

L'évolution des enveloppes



Les MIGAC 2009

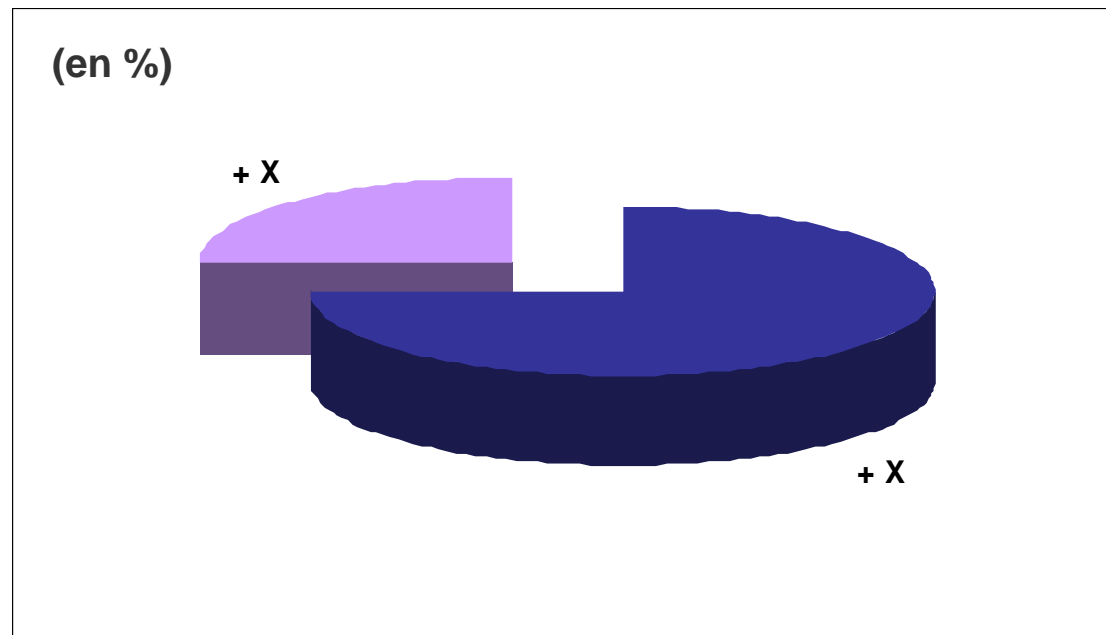
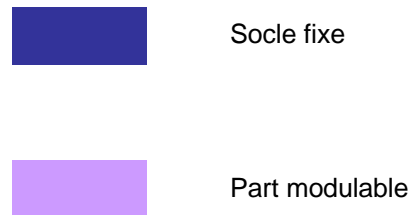
L'évolution des enveloppes



MIGAC 2009 : + X%

Les MERRI 2009

L'évolution des enveloppes



MERRI 2009 : + X%