



# 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.

A cet égard, de nouveaux modes de calcul des tarifs doivent conduire à plus de justesse dans la détermination des ressources. Ainsi, en réponse aux attentes des médecins, les prises en charge lourdes sont davantage valorisées, ainsi que les disciplines cliniques.

La T2A est néanmoins un modèle jeune, qui doit continuer à être amélioré.



En amont de la procédure, des concertations étroites et régulières ont été menées avec les fédérations et les partenaires hospitaliers, sur la méthodologie commune définissant le cadre de la réforme, ainsi que sa mise en œuvre.

DHOS

Réunions techniques  
de concertation,  
validation du guide  
méthodologique

MT2A

Comité de pilotage de  
la convergence

ATIH

Groupe de pilotage sur  
l'étude nationale de  
coûts à méthodologie  
commune (ENCC)

ATIH

Groupe de réflexion  
sur la V11 de la  
classification des  
séjours



## Le rappel du cadre de la réforme

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

Elle permet un financement :

- plus équitable, en fonction de l'activité, c'est à dire du service effectivement rendu aux patients ;
- plus dynamique, favorisant les progrès technologiques et les innovations ;
- plus responsable, induisant un pilotage non plus par les dépenses, mais par les recettes.

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, comme les forfaits annuels, la liste en sus, médicaments et DMI, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).



## Le rappel du cadre de la réforme

La réforme a fait l'objet d'une montée en charge progressive dans les 2 secteurs, privé et ex-dotation globale (public et PSPH), afin de permettre aux établissements de s'adapter à ce nouveau dispositif de répartition des ressources.

S'agissant du secteur public et afin de permettre aux établissements de procéder aux réorganisations et aux redéploiements nécessaires, il a été décidé de maintenir, en 2004, une dotation annuelle, complétant la part tarifée fixée, d'année en année, de façon croissante :

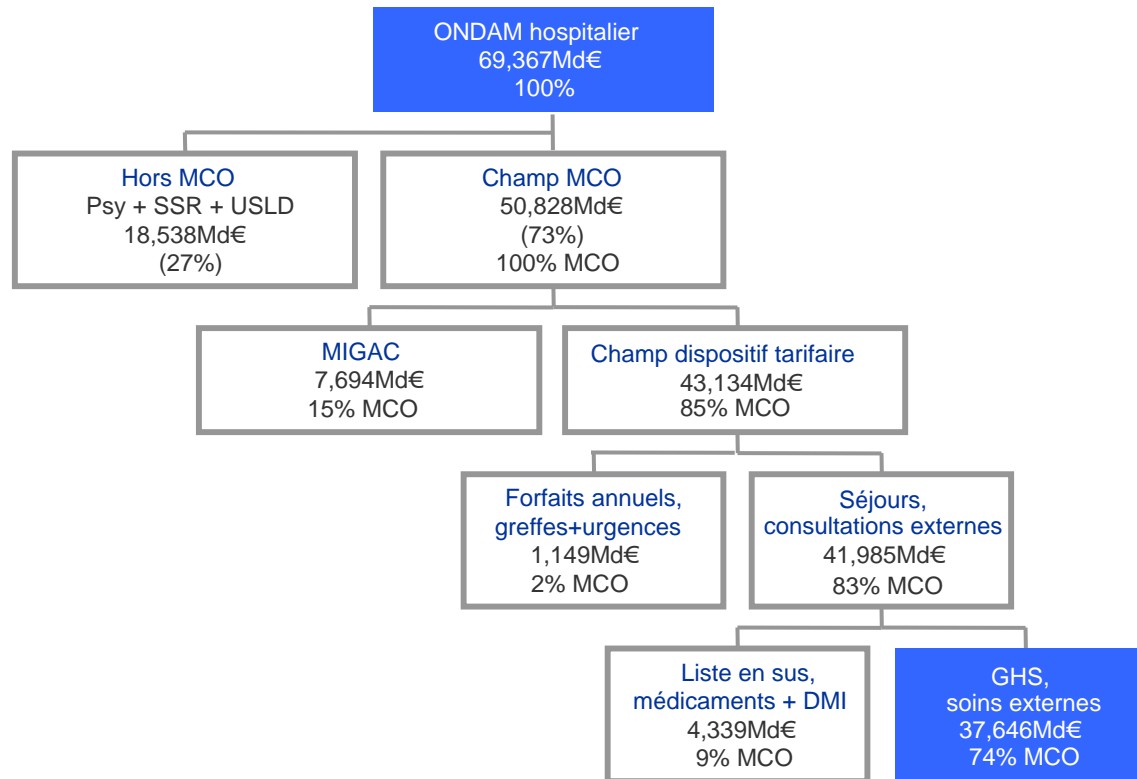
→ 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007.

Pour le secteur privé, le passage à 100% de la part tarifée est intervenu en mars 2005. Pour chaque établissement, il est assorti d'un coefficient de transition jusqu'en 2012.

En 2008, les modalités techniques de montée en charge ont été modifiées, au profit du passage à 100% de la part tarifée pour le secteur public, assorti d'un coefficient de transition jusqu'en 2012 comme pour le secteur privé.

# Le rappel du cadre de la réforme

La part soumise à une règle tarifaire est aujourd'hui de 74% de l'enveloppe MCO.





## 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 :

- ↪ rechercher un financement plus équitable et plus juste,
- ↪ prendre en compte les priorités de santé publique,
- ↪ gérer les variations de recettes des établissements,
- ↪ poursuivre la convergence intra-sectorielle et inter-sectorielle des tarifs,
- ↪ veiller à l'équilibre financier des établissements.



# Les orientations de la campagne 2009



## Rechercher 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'étude nationale de coûts à méthodologie 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 prise en charge de qualité





# Les orientations de la campagne 2009



## Rechercher un financement plus équitable et plus juste

### **L'étude nationale de coûts à méthodologie commune**

Pour rappel, les tarifs sont construits à partir d'informations médicalisées (programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI) et d'informations économiques. Celles-ci sont obtenues d'établissements des 2 secteurs, dont la comptabilité analytique est jugée fiable par l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le croisement de ces données médico-économiques permet d'élaborer une étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) pour les 2 secteurs. 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, la connaissance des coûts dans les 2 secteurs a été améliorée.



# Les orientations de la campagne 2009



## Rechercher un financement plus équitable et plus juste

### La version 11 de la classification des séjours

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

Les données médicalisées sont classées et regroupées par le biais de la V11, pour aboutir à des GHM plus représentatifs.

Jusqu'en 2008, 790 GHM étaient recensés, contre 2 290 en 2009.

Par ailleurs, ces nouveaux tarifs permettent de mieux considérer certaines typologies de séjour :

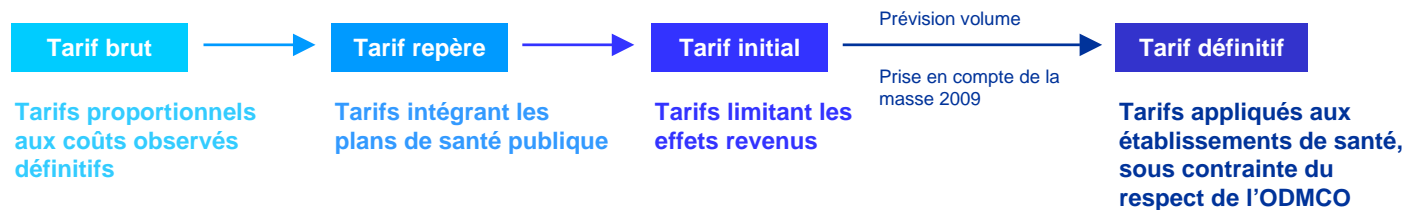
- ↪ les séjours ambulatoires, avec la création d'un groupe homogène de séjour (GHS) de très courte durée ;
- ↪ les séjours les plus lourds, regroupés dans les niveaux 3 et 4 de sévérité.

# Les orientations de la campagne 2009

## Rechercher un financement plus équitable et plus juste

### La construction des tarifs

Les étapes précédentes sont essentielles pour définir les tarifs, comme cela est évoqué dans le schéma suivant.



A compter du 1<sup>er</sup> mars 2009, l'évolution de la masse distribuée, par les tarifs, à périmètre constant est de 2,5% en moyenne pour les 2 secteurs.



# Les orientations de la campagne 2009

## Prendre en compte les priorités de santé publique

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

- l'accompagnement du vieillissement de la population (plans Alzheimer et solidarité grand âge, etc),
- l'amélioration de la qualité des soins (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, 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



## Prendre en compte les priorités de santé publique

### **Une enveloppe spécifique**

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

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



## Les orientations de la campagne 2009



### Gérer les variations de recettes des établissements

Il est légitime que les pouvoirs publics fixent de nouvelles règles de financement pour, notamment, orienter et valoriser certaines activités des établissements.

Toutefois, ces mesures doivent éviter de provoquer des variations trop fortes des recettes, tout en incitant à la recherche de l'efficacité.

**+ pour les établissements** : la réduction des impacts liés à des variations de recettes



# Les orientations de la campagne 2009



## Gérer les variations de recettes des établissements

### La limitation des effets revenus

Concrètement, cela signifie qu'une fourchette encadre, par grands types d'activité, les évolutions des tarifs, que celles-ci soient positives (+ 3% maximum) ou négatives (- 2% maximum).

Exemple pour le secteur public

	Effet brut (%)	Effet repère (%)	Effet 2009 (%)
Neuro-médical	- 5%	- 6%	- 2%
Chirurgie digestive	9%	8%	3%

Exemple pour le secteur privé

	Effet brut (%)	Effet repère (%)	Effet 2009 (%)
ORL	- 11%	- 12%	- 2%
Chirurgie digestive	14%	14%	3%

### Un accompagnement ciblé

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



### Poursuivre la convergence intra-sectorielle des tarifs

Un dispositif de transition, basé sur un coefficient permettant d'avancer jusqu'à la convergence intra-sectorielle, est en place dans les 2 secteurs.

Amorcé en 2005, ce dispositif est en bonne voie. En 2008 :

- 50% des établissements publics avaient un coefficient variant entre 0,96 et 1,01 ;
- 50% des établissements privés avaient un coefficient variant entre 0,98 et 1,01.

**+ pour les établissements** : une évolution graduelle, vers une égalité intra-sectorielle

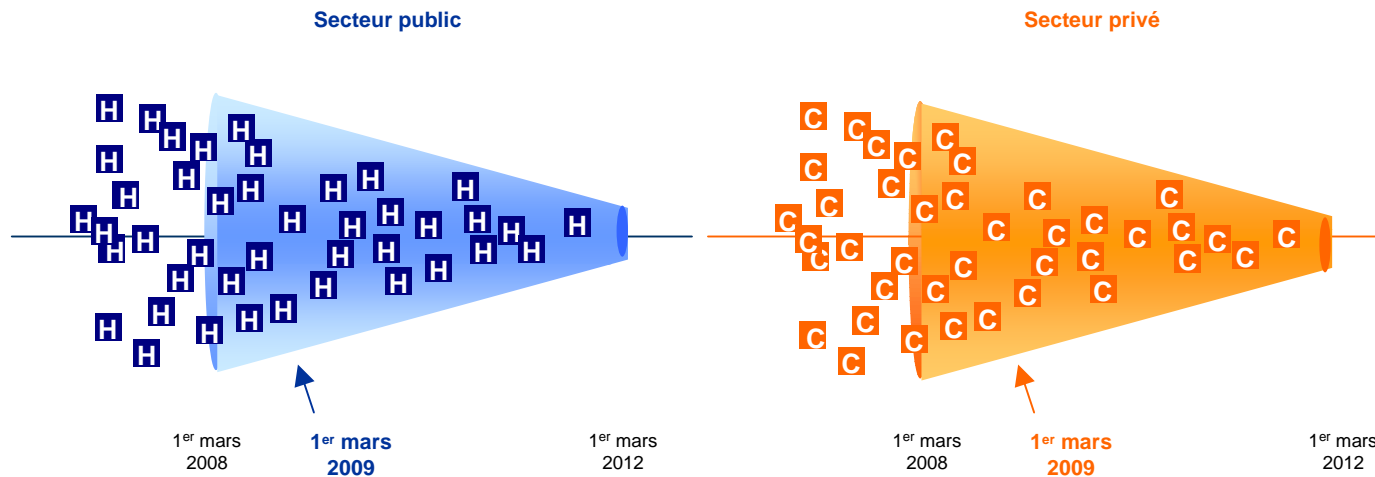


# Les orientations de la campagne 2009

## ■ Poursuivre la convergence intra-sectorielle des tarifs

### Le principe de convergence

Pour 2009, la LFSS a fixé à 33,33% la réduction de l'écart existant entre les tarifs et ceci, dans les 2 secteurs.





# Les orientations de la campagne 2009



## Poursuivre la convergence inter-sectorielle des tarifs

La convergence intersectorielle représente le rapprochement des tarifs des établissements publics et privés, l'objectif étant le financement identique d'une prestation de même nature, à champ homogène.

La réalisation de cette convergence soulève toutefois des difficultés liées aux modalités différentes des prises en charge et de la formation des 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 différences au sein de chacun 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

Liste en sus,  
médicaments et DMI

GHS

Prestations de soins

Rémunérations

Biologie

Transports

Secteur privé

Liste en sus,  
médicaments et DMI

Honoraires

Biologie

Transports

GHS

Prestations de soins



# 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, aujourd'hui, 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, 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



## Veiller à l'équilibre financier des établissements

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 :

- d'améliorer leur efficience ;
- d'adapter les moyens dans un cadre principalement territorial.

**+ 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

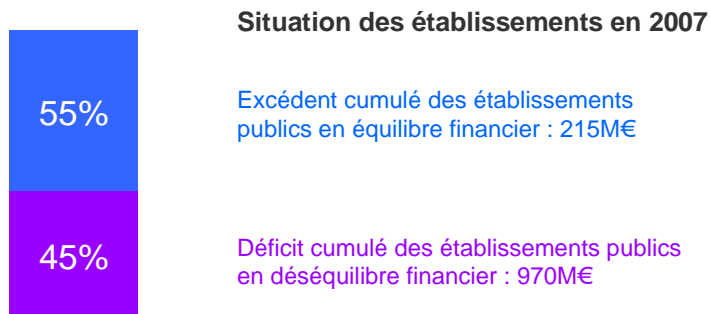


## Veiller à l'équilibre financier des établissements

### L'accompagnement vers 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 et de retour à l'équilibre, grâce aux marges de manœuvre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Cette aide est conditionnée à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre et, par suite, à la mise en œuvre de plans d'actions faisant l'objet d'un suivi périodique par les ARH.





Dans un contexte économique difficile, le taux de progression des dépenses hospitalières a cependant été fixé à 3,1%.

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, en 2009, à 300M€

Restent à réaliser des efforts d'efficience de la part des établissements de santé dont les coûts sont les plus élevés.

Le taux de progression pour le secteur hospitalier 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'ONDAM 2009

## Sa décomposition

### ONDAM hospitalier



Part tarifée des ES  
Autres dépenses des ES

### ONDAM médico-social



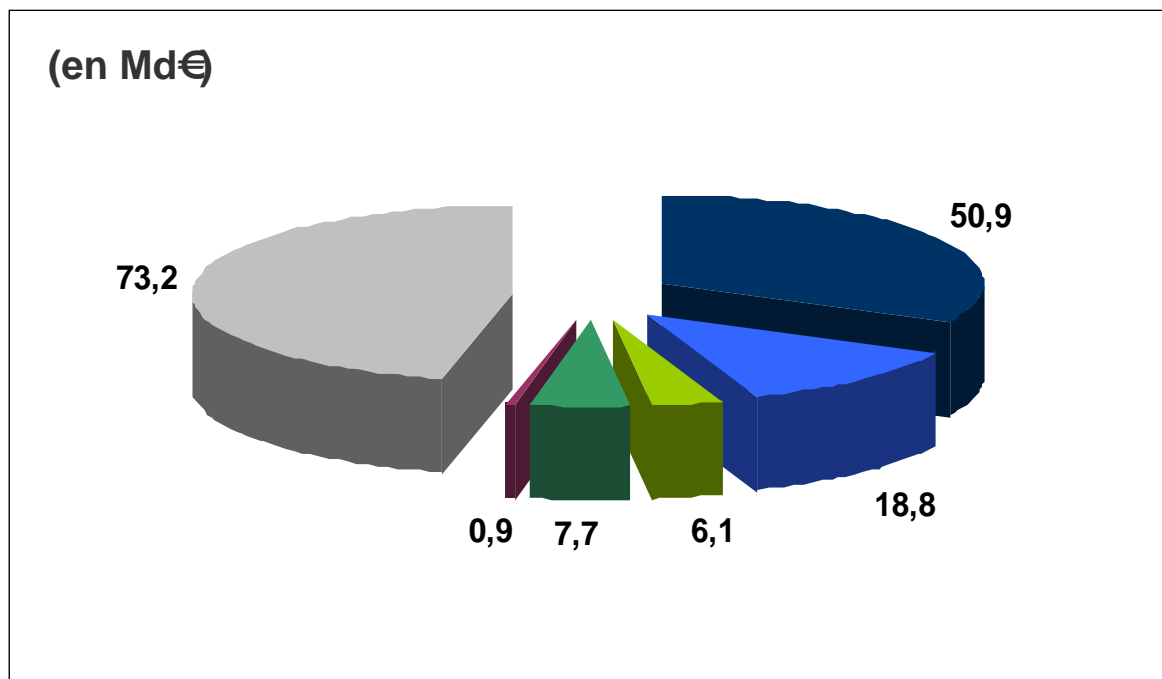
Personnes âgées  
Personnes handicapées



Autres modes de prise en charge



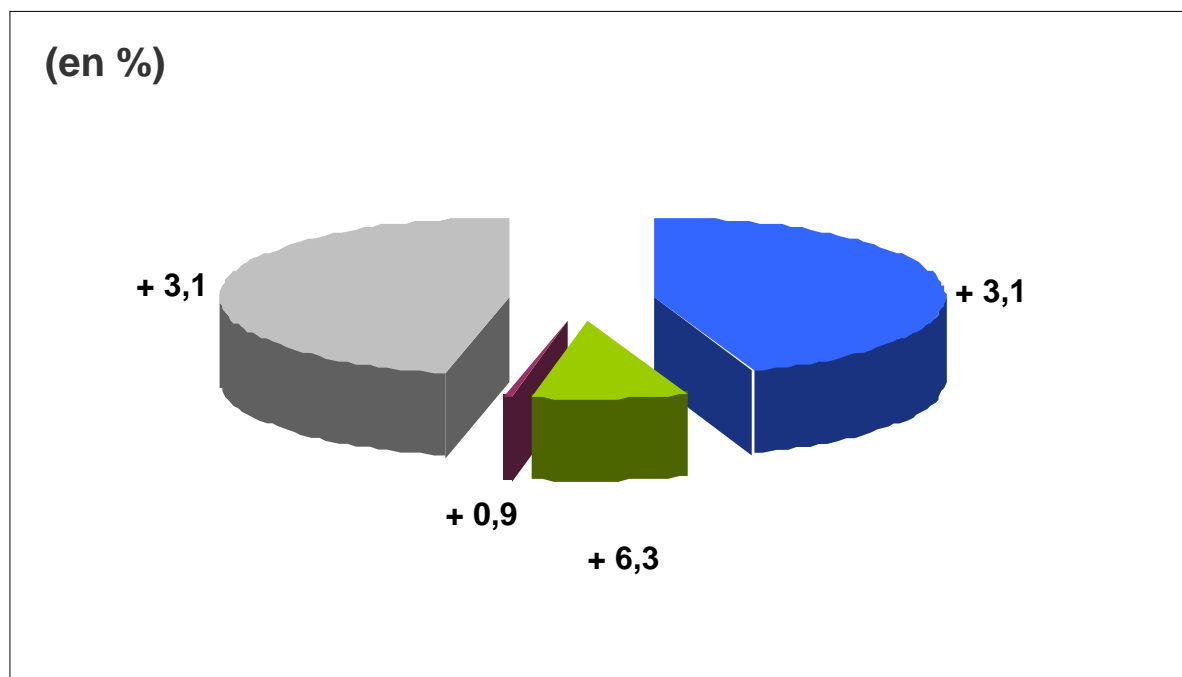
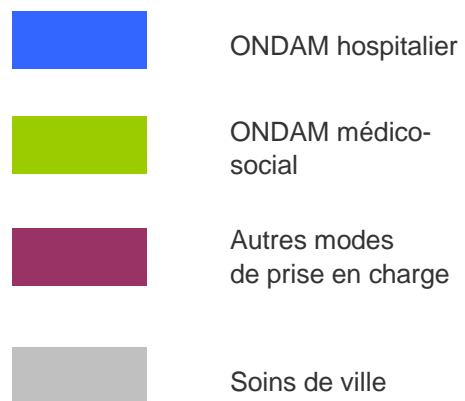
Soins de ville



ONDAM 2009 : 157,6 Md€

# L'ONDAM 2009

## Son évolution



ONDAM 2009 : + 3,3%

# L'ONDAM hospitalier 2009

## L'évolution des enveloppes

