

# La campagne tarifaire et budgétaire 2010 des établissements de santé

La campagne 2010 se caractérise par la stabilité des modèles de construction retenus pour 2009 et des aménagements limités.

Cependant, la mise en oeuvre d'une convergence intersectorielle ciblée sur 35 types de séjour a été expérimentée avec la campagne 2010.

La LFSS a fixé le montant de chaque objectif de dépenses :

Etablissements pour personnes handicapées

**7,9 Md€ (+ 1,7 %)**

Etablissements pour personnes

âgées

**7 Md€ (+ 10,9 %)**

Autres modes

de prise en charge

**1 Md€ (+ 5 %)**

Etablissements de santé

**71,2 Md€ (+ 2,8 %)**

Soins de ville

**75,2 Md€ (+ 2,8 %)**

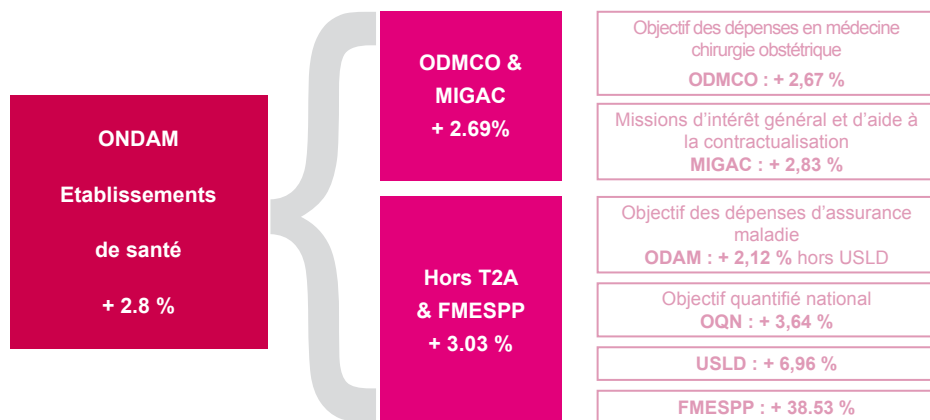
Objectif national des dépenses d'assurance maladie

(ONDAM) pour 2010 : **162,4 Md€**

## L'évolution des sous-objectifs hospitaliers

L'ONDAM des établissements de santé progresse de 2,8 % et s'établit à 71,2 Md€.

Les sous-objectifs évoluent ainsi :



Au regard d'un effet volume prévisionnel de 1,7 % et compte tenu de l'effet report lié au dépassement de l'ONDAM en 2009, les tarifs MCO restent stables en 2010, avec l'actualisation liée à la structure d'activité (case-mix) la plus récente.

Pour les secteurs SSR et de psychiatrie sous OQN, les tarifs progressent de 0,5 % en moyenne nationale.

## Les grandes orientations

La campagne budgétaire 2010 des établissements de santé prend en compte, dans sa construction même, les axes stratégiques suivants :

- > rechercher un financement plus équitable et plus juste des besoins de santé en évolution croissante,
- > prendre en compte les priorités de santé publique,
- > gérer les variations de recettes des établissements,
- > et poursuivre la convergence intrasectorielle et intersectorielle des tarifs.

## Rechercher un financement plus équitable et plus juste des besoins de santé en évolution croissante

L'exploitation des études nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC) de 2006 et 2007 conduit à une nouvelle classification améliorée des groupes homogènes de malades (V11B) et à la construction de tarifs bruts plus en phase avec les coûts réels supportés par les établissements.

Quatre modifications majeures entrent dans la classification pour 2010 :

- > L'âge devient un équivalent de co-morbidité associée. En introduisant quatre niveaux de sévérité la V11 a permis de mieux déterminer la lourdeur des prises en charge. A compter de 2010, l'âge est désormais un des critères pris en compte pour évaluer la lourdeur de la prise en charge,
- > la classification des GHM est modifiée pour ce qui concerne essentiellement la surveillance continue pour répondre aux demandes des professionnels et des sociétés savantes,
- > de nouveaux GHS sont créés (douleur chronique, association cataracte-glaucome, par exemple),
- > les règles de calcul relatives aux bornes basses (nombre de jours minimum d'un GHM) sont modifiées afin d'inciter à la réduction de la durée des séjours.

## Prendre en compte les priorités de santé publique

Les tarifs repères, issus des tarifs bruts, prennent en compte les orientations des politiques de santé publique.

Au titre de la continuité des politiques publiques, ont été retenues en 2010, les mêmes contraintes qu'en 2009 : cancer, soins palliatifs, périnatalité, chirurgie ambulatoire auxquelles s'ajoute une nouvelle priorité : la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

## Gérer les variations de recettes des établissements

Les tarifs initiaux découlent des tarifs repères et visent à limiter les effets revenu (variation des recettes liée à une modification de la tarification), dans le respect des capacités d'adaptation des établissements.

De façon générale, l'incidence 2010 pour les deux secteurs est limitée à -2 % des recettes, sauf pour les activités découlant des plans de santé publique (cancer, soins palliatifs, activités lourdes et prise en charge des AVC du secteur public) dont les tarifs initiaux sont égaux aux tarifs repères.

## Poursuivre la convergence intrasectorielle et intersectorielle des tarifs

Le débasage lié à la précarité est porté à 150 M€.

Le principe de la convergence intrasectorielle est maintenu selon un rythme linéaire, soit 50 % de l'effort de convergence restant à accomplir d'ici 2012.

La convergence intersectorielle se poursuit en 2010, par un dispositif dit « de convergence ciblée ». Celui-ci prévoit que les tarifs du secteur public doivent converger vers ceux du secteur privé, sur une liste restreinte de GHM, selon 2 modalités :

- > la fixation de tarifs identiques (21 GHM dont 8 GHM de chirurgie ambulatoire) honoraires et dépassement inclus ;
- > le rapprochement tarifaire (14 GHM dont 2 GHM d'obstétrique)

La sélection des GHM a été opérée selon une approche médicale et statistique

- > proximité des pratiques dans les deux secteurs
- > activités très standardisées et pratiquées fréquemment.

Dans un cadre contraint, la campagne budgétaire et tarifaire 2010 des établissements de santé poursuit une dynamique visant à la transformation progressive et à la modernisation de l'offre de soins hospitalière, pour répondre aux besoins des patients et accompagner les politiques de santé publique déterminées par le gouvernement.