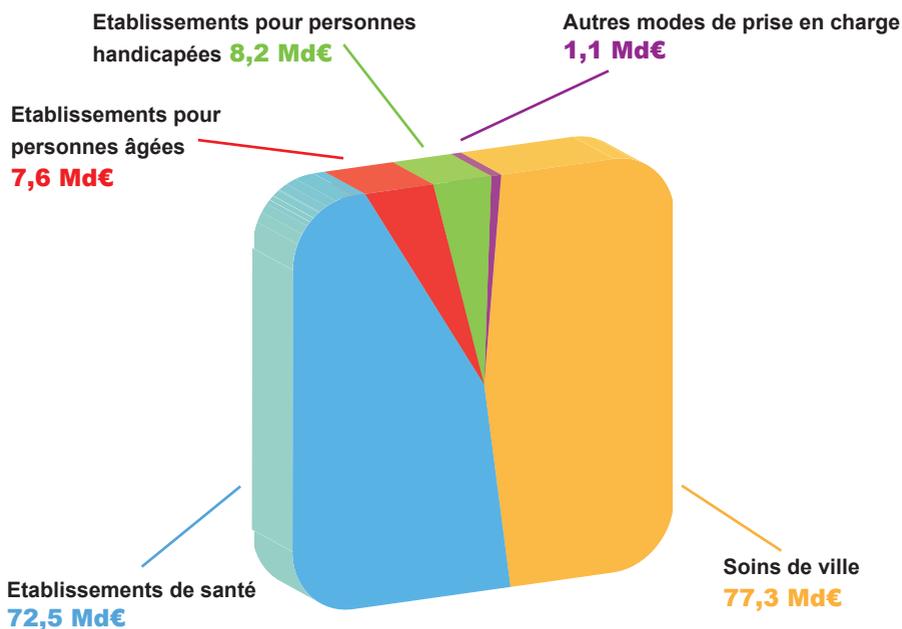


La campagne tarifaire et budgétaire **2011** des établissements de santé

La campagne 2011 est marquée par la volonté de donner aux établissements de santé les moyens d'une prise en charge de qualité, tout en poursuivant l'effort de maîtrise médicalisée des dépenses à la charge de l'assurance maladie et en veillant collectivement à la pertinence des soins.

La mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) est poursuivie et renforcée. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a fixé le montant de chaque objectif de dépenses ainsi :



Objectif national des dépenses d'assurance maladie
(ONDAM) pour 2011 **167,1 Md€**

Glossaire

ARS

Agences régionales de santé

Ex-DG

Etablissements du secteur public et de l'ex-secteur participant au service public hospitalier (PSPH) qui étaient financés par dotation globale avant la T2A

Ex-OQN

Etablissements du secteur privé lucratif qui étaient financés par des forfaits de prestation encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à réguler le financement par rapport à l'activité

FMESPP

Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

GHM

Groupes homogènes de malades

GHS

Groupes homogènes de séjours

IVA

Indice de valorisation de l'activité qui permet de moduler les ressources des établissements du SSR

MCO

Médecine, chirurgie, obstétrique

MIGAC

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MERRI

Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation

ODAM

Objectif de dépenses d'assurance maladie (dépenses de SSR et psychiatrie dans les secteurs public et privé non lucratif)

ODMCO

Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM

Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OQN

Objectif quantifié national (dépenses de SSR et psychiatrie dans le secteur privé)

SROS

Schémas régionaux d'organisation des soins

SSR

Soins de suite et de réadaptation

T2A

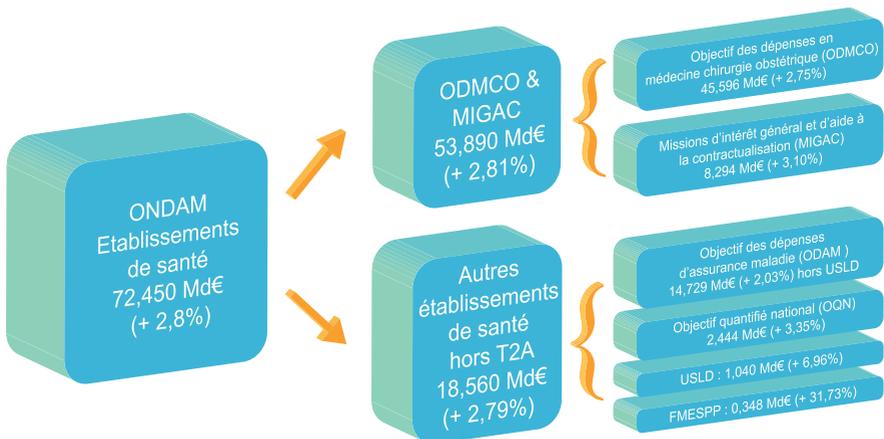
Tarifification à l'activité

USLD

Unités de soins de longue durée

L'évolution des sous-objectifs hospitaliers

L'objectif des dépenses des établissements de santé s'établit à 72,450 Md€, en progression de 2,8%. Cela représente une progression de 2 Md€ par rapport à 2010. Les sous-objectifs évoluent ainsi.



Compte tenu des efforts d'économie demandés, arrêtés par le parlement à 366 M€, de la nécessité de tenir compte d'une évolution prévisionnelle de l'activité de 2,4% en 2011 et de la nécessité de couvrir l'effet report sur 2011 de la sur-exécution constatée en 2010, l'évolution moyenne des tarifs MCO au 1^{er} mars 2011 est de - 0,2% avant convergence et - 0,83% après convergence pour le secteur public, de - 0,05% pour le secteur privé.

Les grandes orientations

La campagne 2011 des établissements de santé prend en compte, dans sa construction même, les axes suivants :

- > adapter le financement à l'évolution croissante des techniques et des modalités de prise en charge,
- > prendre en compte les priorités de santé publique,
- > développer les modes de prise en charge alternatifs,
- > poursuivre la convergence des tarifs,
- > assurer aux secteurs SSR, psychiatrie et USLD un financement plus pertinent,
- > affiner la construction des MIGAC,
- > améliorer la maîtrise de certaines dépenses.

Adapter le financement à l'évolution croissante des techniques et des modalités de prise en charge

L'activité de radiothérapie pour les établissements ex-DG a fait l'objet d'une nouvelle classification. Les tarifs de radiothérapie associés à ces nouveaux groupes homogènes de malades (GHM) ont été revus afin, notamment, de mieux valoriser les techniques innovantes.

Par ailleurs, par décret du 1^{er} mars 2011, une nouvelle prestation d'hospitalisation est créée, permettant l'administration de dispositifs médicaux en environnement hospitalier sans recourir à une hospitalisation.

Enfin, la facturation de chambres particulières pour exigence particulière du patient est désormais ouverte au secteur ambulatoire hospitalier.

Prendre en compte les priorités de santé publique

Dans la continuité des années précédentes, la politique tarifaire est mise au service des priorités de santé publique.

Les tarifs des séjours pour les AVC et les activités lourdes dans les secteurs public et privé sont maintenus par rapport à 2010. Dans le domaine des soins palliatifs, les tarifs du secteur ex-DG sont également maintenus et ceux du secteur ex-OQN mieux valorisés au regard des coûts.

Dans le domaine du cancer, les séjours en hospitalisation complète sont revalorisés. Les tarifs des séances de chimiothérapie baissent légèrement.

Développer les modes de prise en charge alternatif

L'outil tarifaire est également mis à profit pour appuyer le développement de certaines activités ou modalités de prise en charge considérées comme prioritaires. Pour 2011, 2 d'entre elles sont particulièrement concernées.

La chirurgie ambulatoire

Outre le maintien des mesures initiées en 2009, avec la mise en place d'un tarif unique entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète pour 19 GHM, les incitations tarifaires sont étendues en faveur de l'ensemble des prises en charge ambulatoires.

La dialyse hors centre

Afin d'encourager la pratique de la dialyse hors centre, une mesure de convergence vers le tarif le plus bas est appliquée, conformément à la possibilité ouverte par la LFSS pour 2011. Ainsi, le tarif de l'hémodialyse en centre du secteur ex-OQN - honoraires inclus - est ramené à hauteur de celui du secteur ex-DG. La masse financière ainsi dégagée a permis de revaloriser les tarifs de la dialyse hors centre du secteur ex-OQN.

Poursuivre la convergence des tarifs

La convergence entre tarifs d'un même secteur (intrasectorielle) et entre tarifs des établissements publics et privés (intersectorielle), initiée en 2005, se poursuit en 2011.

La convergence intersectorielle

La campagne 2011 est marquée par la poursuite du processus de convergence intersectorielle ciblée.

En 2010, 150 M€ d'économies ont été réalisées sur une liste restreinte de 35 GHM comparables en termes de prise en charge médicale. Pour 2011, 150 M€ d'économies supplémentaires doivent également être réalisées, au titre de la convergence ciblée.

La démarche de sélection des activités soumises à convergence est différente de celle retenue en 2010. Un arbre de décision permettant d'appliquer l'effort de convergence sur un périmètre pertinent d'activités a été soumis à la concertation avec les fédérations hospitalières. Néanmoins, il a été décidé d'exclure de la convergence intersectorielle toutes les activités relevant de politiques publiques, afin de ne pas engendrer des effets contradictoires entre les différentes mesures : chirurgie ambulatoire, soins palliatifs, activités lourdes, cancer et AVC. Au total, 193 groupes homogènes de séjours (GHS) sont ainsi concernés par la mesure de convergence ciblée en 2011.

Afin de définir le taux de rapprochement de ces GHS, 5 classes ont été retenues en fonction de l'homogénéité des durées moyennes des séjours (DMS). Ce classement permet de proposer des taux de convergence distincts, à savoir un taux de 10% pour la classe la plus hétérogène en terme de DMS jusqu'à un taux de 35% pour les 2 classes les moins hétérogènes.

La convergence intrasectorielle

La campagne 2011 marque, par ailleurs, l'aboutissement du processus de convergence intrasectorielle engagé il y a plusieurs années. Désormais, les tarifs des prestations hospitalières seront strictement identiques au sein de chaque secteur. Cet impératif d'équité met ainsi fin aux disparités historiques entre établissements surdotés et sous-dotés lorsqu'ils étaient financés par une dotation globale sans lien direct avec leur volume d'activité.

Affiner la construction des MIGAC

La dynamisation et la modernisation de la gestion de la dotation MIGAC constitue un axe constant de la politique du ministère de la santé et la campagne 2011 marque à cet égard une nouvelle étape.

La MIG « permanence des soins en établissement de santé » (PDSSES)

L'année 2011 est une année de transition entre le dispositif antérieur de financement de la permanence des soins hospitalière (PDSH) - réservé aux établissements ex-DG - et la mise en place des schémas cibles de permanence des soins, une fois les SROS-PRS arrêtés au niveau régional.

Cette période transitoire est marquée par l'intégration, à compter du 1^{er} juillet, des lignes de garde et d'astreinte des praticiens libéraux, jusqu'alors rémunérées dans le champ conventionnel, dans un dispositif de financement désormais commun aux secteurs public et privé. Ce dispositif s'appuie sur une enveloppe MIG « permanence des soins en établissement de santé » (PDSSES) unique et fongible.

La MIG « cancer »

La MIG « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie » a fait l'objet d'une forfaitisation et d'une affectation fléchée par établissement, de manière à rendre son allocation plus transparente, en fonction des missions et de la file active des établissements.

Les MERRI

Les évolutions apportées en 2011 visent à une dynamisation de la répartition des crédits, vers une logique de résultat accrue et une meilleure évaluation du service rendu. A ce titre, 2,2 Md€, soit 78% des crédits annuels, sont répartis sur des indicateurs de résultat, sur des structures évaluées, sur des activités mesurées ou sur des appels à projets.

Par ailleurs, le périmètre des missions financées est élargi : dès cette année, le financement des postes d'internes sera effectué au sein de la part variable au titre de l'enseignement. Il est mis fin à la coexistence des modes

de financement hétérogènes qui avaient accompagné l'augmentation rapide du nombre d'internes, du fait de l'évolution du numerus clausus.

C'est ainsi qu'un nouveau dispositif, à la fois plus simple, plus transparent et plus équitable est mis en place et que les crédits affectés à cette action sont portés de 143 à 320 M€.

Assurer aux secteurs SSR, psychiatrie et USLD un financement plus pertinent

Les SSR

Les modalités de financement restent identiques en 2011, dans l'attente du nouveau modèle de financement dont l'entrée en vigueur progressive est prévue à compter de 2012. La modulation des dotations et des tarifs sur la base de l'indice IVA sera poursuivie selon des modalités identiques à celles de 2010. Le rythme de modulation est fixé à 5% de la dotation pour les établissements du secteur ex-DG et à 0,51% pour les tarifs du secteur ex-OQN.

La psychiatrie

La campagne 2011 se caractérise par un taux d'évolution de 2,31% dans le secteur sous dotation globale. Par ailleurs, des mesures nouvelles ont été prévues afin de renforcer l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ou les processus de sécurisation en psychiatrie avec le développement d'unités pour les malades difficiles. La prévention des addictions ainsi que leur prise en charge et celle des troubles envahissants du développement et de l'autisme seront également renforcées.

Pour le secteur sous OQN, un taux uniforme de progression des tarifs de 0,93% sera appliqué à l'ensemble des régions, pour tenir compte de l'activité de ce secteur.

Les USLD

Pour la 2^{ème} année consécutive et dans le cadre de la réforme du financement des unités de soins de longue durée, qui a pour objet de mieux tenir compte de la charge en soins des résidents, un taux de convergence sera appliqué aux établissements dont le tarif afférent aux soins est supérieur au tarif plafond. Ce taux est fixé à 16,66% pour 2011.

Les ARS auront la possibilité d'adapter le rythme de convergence dans un objectif de mise en adéquation des besoins régionaux et en cohérence avec les SROS.

Améliorer la maîtrise de certaines dépenses

Les transports sanitaires

La maîtrise des dépenses de transports sanitaires prescrites par les établissements de santé sur l'enveloppe « soins de ville » figure parmi les 10 chantiers prioritaires nationaux retenus au titre de la gestion du risque (GDR). L'importance de cette maîtrise est soulignée par l'évolution récente des dépenses en ce domaine au cours de l'année 2010.

Plusieurs outils devraient permettre de juguler l'augmentation des dépenses. D'une part, la fixation par arrêté d'un taux annuel national des dépenses de transports sanitaires en soins de ville, fixé à 4% pour l'année 2010 ; d'autre part, la mise en place de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports sanitaires, prévue par la loi à titre expérimental pour une durée n'excédant pas 5 ans, qui doit permettre de renforcer l'efficacité de la prescription médicale de transport.

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville

Les prescriptions hospitalières sont à l'origine de 70% de la croissance des dépenses de médicaments délivrés en pharmacie d'officine. Afin de mieux maîtriser cette dépense dynamique, la LFSS pour 2010 a introduit un dispositif de régulation fondé sur un taux prévisionnel national d'évolution des dépenses. En cas de dépassement, les ARS pourront conclure avec les établissements concernés un contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

Ces contrats comportent un objectif d'évolution de ces dépenses ainsi que des objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières afférentes. En 2011, les ARS seront conduites à proposer de tels contrats aux établissements dont le taux d'évolution des prescriptions médicamenteuses exécutées en ville a dépassé + 6% en 2010.

L'ONDAM 2011 devra être scrupuleusement respecté, conformément aux orientations du président de la république : à cet effet, 400 M€ ont été mis en réserve dès le début de la campagne, dont 300 M€ au titre de la marge régionale. Ceux-ci ont vocation à être délégués en fin de campagne sous réserve du respect de l'ONDAM.

La campagne 2011 traduit la volonté de garantir aux Français un système de santé solidaire, accessible à tous et fondé sur la qualité des soins dispensés par des professionnels engagés.