



# **La campagne tarifaire des établissements de santé**

## **Bilan de la campagne 2009 Eléments de cadrage pour 2010**

# Bilan synthétique de la campagne 2009



# Grandes données financières de la région

L'Ile-de-France représente 20 % de l'ONDAM hospitalier

<i>En Mds €</i>	AP-HP	Autres ex-DG	Privés *	<b>Total</b>
T2A MCO	3,2	3,4	1,6	<b>8,2</b>
MIGAC	1,2	0,7		<b>1,9</b>
Psychiatrie	0,1	1,4	0,1	<b>1,6</b>
SSR	0,5	0,7	0,3	<b>1,5</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>6,2</b>	<b>2</b>	<b>13,2</b>

\* Privés : hors financement des honoraires en sus (500 M€)

Pour mémoire : USLD 220 M€ (dont AP 140 M€)

# Activité et recettes T2A 2009 (1)

Augmentation de l'activité MCO des établissements publics et privés non lucratifs, à l'exception de l'AP-HP (données en cours de validation)

*Nota : l'hypothèse du cadrage national était de + 1,7 %*

<i>En volume</i>	Séjours	Séances	Séjours + Séances
AP-HP *	- 3,5 %	+ 5,4 %	<b>- 1,5 %</b>
Autres EPS	+ 1,0 %	+ 5,5 %	<b>+ 1,9 %</b>
EPNL	+2,4 %	+8,8 %	<b>+ 5,6 %</b>
Privés	0,0 %	0,1 %	<b>0,0 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>- 0,6 %</b>	<b>+ 3,8%</b>	<b>+ 0,7 %</b>

*\* Avant retraitement du périmètre de l'hospitalisation de jour SSR de l'AP-HP*

*Après retraitement AP (41.000 séjours HdJ) : séjours + 1,1 %  
séjours + séances + 2,1 %*

# Activité et recettes T2A 2009 (2)

## Evolution des recettes T2A sur les GHS

(données en cours de validation pour les établissements ex-DG, et en cours de traitement pour les privés)

<i>En valorisation</i>	AP-HP *	EPS	EPNL	<b>TOTAL ex-DG</b>
Hors PDSH / Précarité	- 1,3 %	+ 0,6 %	+ 2,8 %	<b>0,0 %</b>
Avec PDSH / Précarité	+ 1,8 %	+ 3,4 %	+ 5,2 %	<b>+ 2,9 %</b>
Dont effet V11 /case-mix	+ 2,1 %	+ 1,5 %	+ 2,9 %	<b>+ 2,1 %</b>

\* Avant retraitement du périmètre de l'hospitalisation de jour SSR de l'AP-HP

Après retraitement AP (21 M€ séjours HdJ) : recettes hors PDSH / précarité – 0,5 %  
avec PDSH / précarité + 2,6 %

# Aides exceptionnelles 2009

160 M€ ont été alloués en crédits non reconductibles (financés pour 30 M€ par des CNR nationaux et pour 130 M€ par la marge régionale) :

- ❖ Accompagnement des contrats de retour à l'équilibre (annexes financières des CPOM) 62 M€
- ❖ Opérations de restructuration (reconversions lourdes, plans sociaux, investissement,...) 21 M€
- ❖ Compensation des effets revenus négatifs de la V11 10 M€  
(Nota : effet globalement très positif et pertes limitées)
- ❖ Actions régionales prioritaires (développement des SI, promotions professionnelles, mutualisation des achats, molécules onéreuses SSR,...) 10 M€
- ❖ Mesure générale d'aide à la clôture 57 M€

# Résultats financiers 2009

La clôture de l'exercice 2009 accentue (hors AP-HP) le redressement entamé en 2008

<i>CRPP, en M€</i>	2007	2008	2009
Déficits EPS	89	45	24
Déficits EPNL	41	37	28
Total des déficits	130	81	55
Solde excédents / déficits	- 96	- 49	- 3
Déficits avant aides ARH *	206	165	115

\* Estimation en cours de validation (étude des provisions)

Déficit cumulé : 450 M€

Déficit 2009 du budget principal de l'AP-HP : 96 M€

# Situations financières critiques

- ❖ 7 établissements ont été sélectionnés par le Comité national de suivi des risques financiers :  
AP-HP, PSG (déficit structurel 2009 : 19 M€), St Joseph (19 M€), CHSF (7 M€ + financement partiel du loyer en 2011), IGR (5 M€), IMM (4 M€) et Montreuil (4 M€)
- ❖ S'y ajoutent quelques gros hôpitaux dont le niveau de risque est à ce jour très élevé : notamment Foch (9 M€), CASH (> 7 M€)
- ❖ Des établissements de taille moyenne sont aussi en situation très critique : CHIPO Beaumont s/Oise (>6 M€), Forcilles, IPP...
- ❖ L'accumulation des déficits pèse lourdement sur les capacités d'investissement, mais aussi sur la trésorerie d'exploitation.

**Il faut néanmoins remarquer que la plupart des hôpitaux les plus en difficulté (PSG, CHSF, IGR, FOCH, Montreuil) présentent fin 2009 un résultat conforme à l'engagement de leur CPOM.**

# La campagne tarifaire 2010



# Equilibre macro-budgétaire

- Pour les établissements de santé : ONDAM en progression de 2,8%
- Des charges prévisionnelles en augmentation de 3,3 %
- Un effort d'économies estimé à au moins 100 M€ pour la région, y compris la part incluse dans les tarifs
- Economies sur les MIGAC IdF (AP-HP comprise) de l'ordre de 34 M€ :

*Redéploiement des MIG régionales : 8 M€*

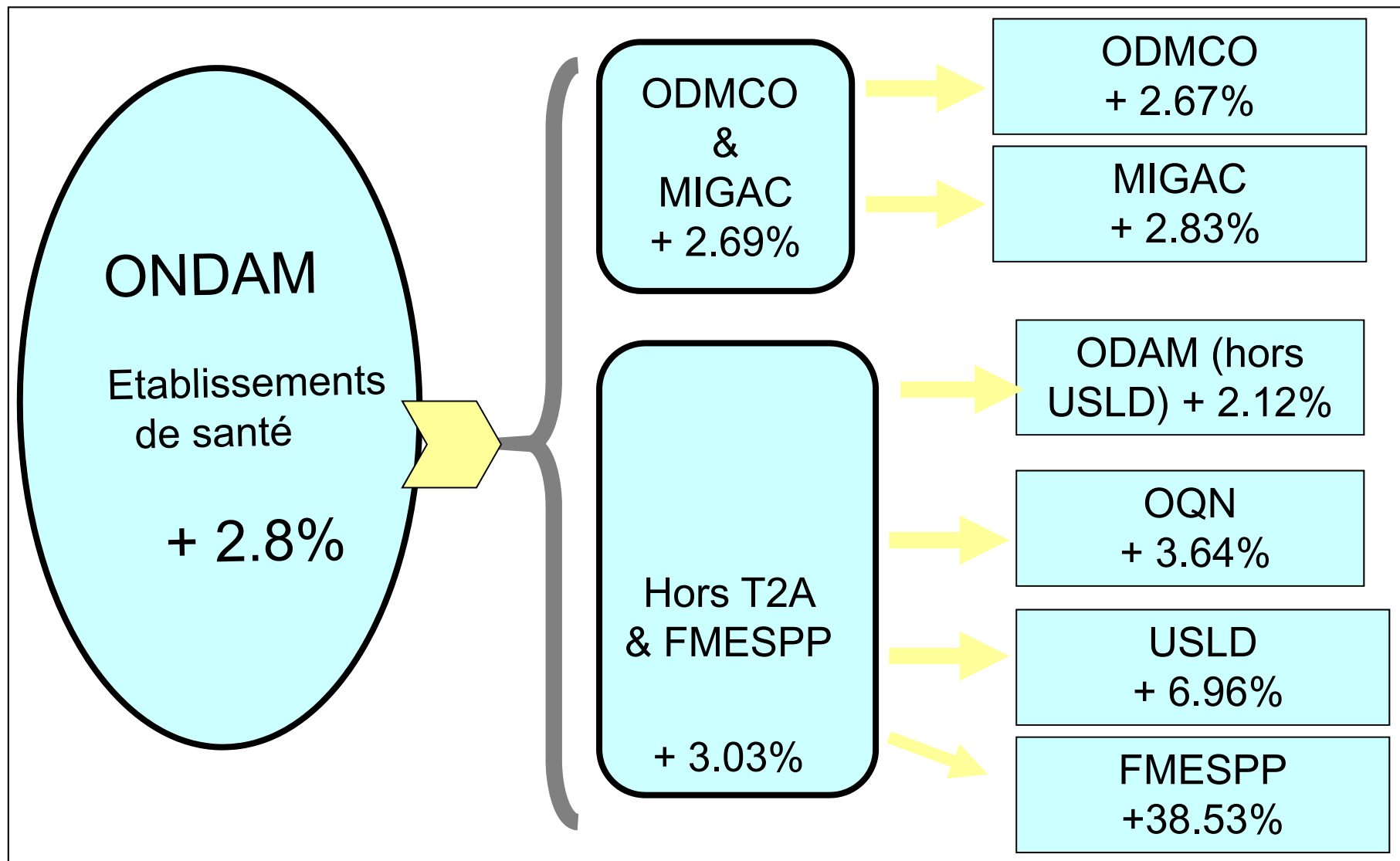
*Economies générales sur les MIGAC : 10 M€*

*Réfaction de la marge de manœuvre régionale : 16 M€*

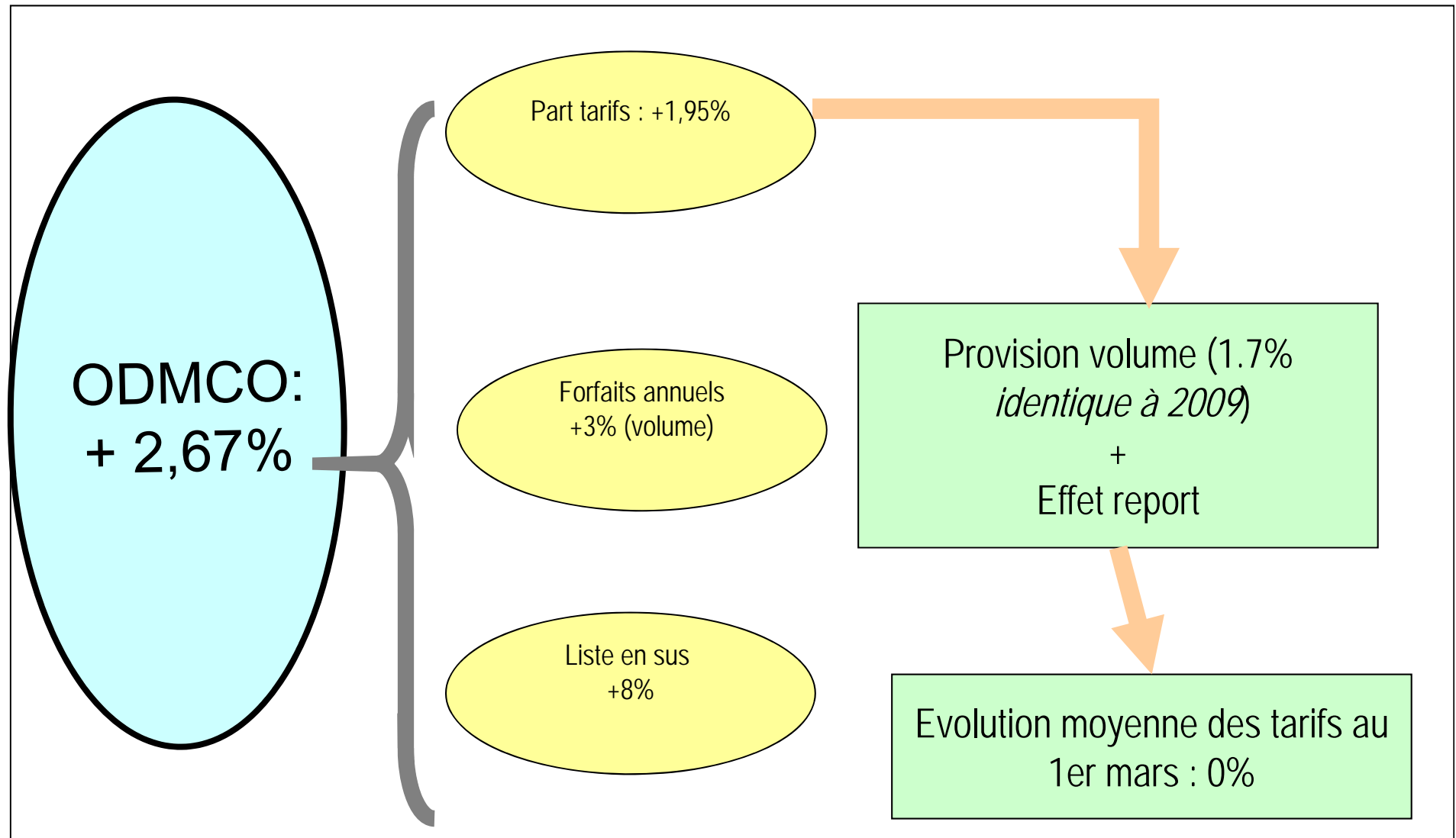
Estimations dans l'attente de la circulaire de début de campagne...



# Décomposition de l'ONDAM 2010



# De l'ODMCO aux tarifs



# Continuité de la méthode de construction tarifaire

**Comme en 2009 est appliquée une méthode de construction en trois étapes :**

- **Tarifs bruts, fondés sur les données ENCC et intégrant les modifications de classification**
- **Tarifs repères, intégrant des contraintes tarifaires de santé publique**
- **Tarifs de campagne, intégrant une contrainte pour contenir l'ampleur des effets revenus**



# Les tarifs « repères »

## **Poursuite de la méthode de construction des tarifs « repères »**

- Ils résultent de l'application de certaines contraintes pour préserver les orientations des politiques de santé publique et des politiques incitatives
- Au titre de la continuité des politiques publiques :
  - application des mêmes contraintes qu'en 2009 + AVC (nouvelle contrainte).

# Politiques de santé publique et politique tarifaire

## ❖ **Cancer :**

Maintien de la masse tarifaire totale avec hausse des séjours d'hospitalisation complète et baisse des séances

## ❖ **Soins Palliatifs :**

Maintien de la masse tarifaire totale, rapports actuels unités, lits dédiés et lits indifférenciés inchangé, modification des bornes : borne basse = 4 jours, borne haute = 12 jours.

## ❖ **Activités lourdes:**

❖ liste des GHM enrichie de 20 racines

maintien des ressources pour les GHM perdants à l'ENCC-V11b

Application du tarif brut pour les GHM gagnants

# Politiques de santé publique et politique tarifaire

## **Périnatalité :**

Maintien du rapport tarifaire entre l'accouchement par voie basse et la césarienne

Maintien du rapport tarifaire entre l'accouchement par voie basse sans complication et le même avec complication

## **Chirurgie ambulatoire :**

Pour 19 GHM (1 de plus qu'en 2009), un tarif unique pour la prise en charge ambulatoire et le premier niveau d'hospitalisation complète

Le tarif unique a été élaboré en prenant comme cible le pourcentage d'ambulatoire le plus élevé par GHM (secteur public ou privé)



# Des tarifs repères aux tarifs initiaux 2010...

## Application de contraintes pour :

### ❖ Chirurgie ambulatoire (19 GHM) : 2 contraintes successives

- pour le calcul du tarif unique réduction de 50% de l'écart entre la proportion cible et la proportion observée,
- limitation à 50% de l'impact effet ENCC/V11b.

### ❖ Par CMD et/ou sous CMD :

- limitation de l'incidence 2010 pour les deux secteurs à -2% des recettes d'activité
- sauf pour le cancer, les soins palliatifs, les activités lourdes et les AVC (pour secteur ex-DG) où tarifs initiaux 2010 = tarifs "repères"

# Tarifs finaux de campagne

Pour y parvenir, il est nécessaire de tenir compte de:

- L'intégration des DMI et molécules onéreuses dans les tarifs
- La poursuite de l'intégration de la haute technicité pour le secteur ex-OQN
- Du débasage supplémentaire pour financer la MIG précarité
- **De la convergence ciblée**

Convergence intra-sectorielle poursuivie selon un rythme linéaire (50%, c'est-à-dire une fin de la convergence en mars 2011).

Forfaits Urgences fixés sur la base du nombre d'ATU **facturés** (AM et hors AM) en 2009

# La convergence ciblée

- ❖ Montant de 150 M€ d'économies inscrit dans la construction de l'ONDAM
- ❖ Principe : sélection de 35 GHM caractérisés par une proximité des pratiques entre les secteurs public et privé, leur « standardisation » et leur fréquence
- ❖ Convergence tarifaire totale entre les secteurs pour 21 GHM (chirurgie ambulatoire « basique », césarienne)
- ❖ Convergence partielle pour 14 GHM:
  - Accouchement par voie basse et nouveau-né bien portant (50 %)
  - Transfusion et quelques actes chirurgicaux (35 %)
  - Chimiothérapie en séances (25 %)

*Evaluation en cours de l'impact sur l'IdF*

# MIG Précarité

- **Dotation nationale de 150 M€** soit 50% de plus qu'en 2009  
La dotation Ile de France devrait être de l'ordre de **42 M€**
- **Paramètres 2010** : Taux de séjours CMU/CMUC/AME
  - Seuil plancher 40 000 €
  - Correction des effets de seuils
- ▶ davantage d'établissements qu'en 2009
- Poursuite des études au niveau national afin de perfectionner le modèle sur :
  - Surcoût patients (codage de la précarité dans le PMSI)
  - Surcoût structurel : approche basée sur des indicateurs géopopulationnels (chômage, RSA...)

# La problématique de la PDSH

- ❖ Financement en MIG à partir de mars 2009 par transfert de l'ODMCO (abattement de 3,2 % sur les tarifs)
- ❖ Montant IdF 121 M€ sur 10 mois (AP-HP 58, autres ex-DG 63) étendu en année pleine à 145 M€ en 2010
- ❖ Ré-affectation aux établissements à hauteur de la réfaction de leur masse tarifaire, sans utilisation de la possibilité de modulation de 10%.
- ❖ En 2010 possibilité de modulation sans doute portée à 20%.
- ❖ Montant généralement très inférieur à celui estimé par les établissements
- ❖ Travaux en cours pour envisager un redéploiement en 2010 prenant notamment en compte le volet permanence des soins des projets médicaux de territoire tout en évitant des effets revenu trop brutaux



# Modulation des dotations SSR

- ❖ Un indice de valorisation de l'activité (IVA) a été construit pour pondérer l'activité du secteur SSR
- ❖ Comme antérieurement pour le point ISA MCO, un coût moyen du point IVA produit est calculé au niveau national et régional (+ 7 % pour l'IdF)
- ❖ Une première modulation nationale a été mise en place en 2009 à hauteur de 2 % de l'écart entre le niveau actuel de financement et celui théoriquement issu du modèle IVA
- ❖ La modulation 2009 a fait perdre à la région 1,5 M€, et son application intra-régionale a été renforcée par l'ARH pour réduire les inégalités de financement
- ❖ En 2010, la modulation nationale est portée à 5 % de l'écart, soit une perte potentielle pour l'IdF de 4 à 5 M€, n'excluant pas une adaptation intra-régionale du modèle

# La marge de manœuvre disponible

- ❖ Avant le début de la campagne 2010, la marge de manœuvre régionale, hors AP-HP, s'élève à 130 M€ (20 M€ en DAF et 110 M€ en AC)
- ❖ Les engagements contractuels pour l'aide aux plans de retour à l'équilibre sont de l'ordre de 30 M€ (principalement Foch 6,5 M€, CHSF 5,5 M€, PSG 5 à 8 M€, St Joseph 3,7 M€, Juvisy 2,5 M€, Montreuil 2,4 M€...)
- ❖ Les engagements pour le soutien à l'investissement se montent à 10 M€ en crédits reconductibles (principalement Foch 2,8 M€, Argenteuil 2,8 M€...) et 4 M€ non reconductibles (CHI Créteil 2,7 M€...)
- ❖ Enfin, les actions régionales jugées prioritaires par l'ARH (développement des SI, achats, promotions professionnelles...) représentent des engagements qui devront être confirmés par l'ARS

A ce stade, et compte tenu de la réfaction attendue de la dotation MIGAC au titre de la péréquation inter-régionale voulue par la DGOS (34 M€), la marge disponible pour 2010 peut être évaluée entre 45 et 50 M€.

# Éléments de conclusion

- ❖ Grandes incertitudes avant la sortie de la circulaire tarifaire initiale ; néanmoins, la perspective d'une réfaction très significative de la marge de manœuvre régionale est inéluctable.
- ❖ Au-delà du cas de l'AP-HP, l'enjeu budgétaire de 2010 pour les autres établissements ex-DG repose sur leur capacité à capitaliser sur les acquis de 2009 (hausse générale des recettes T2A, constitution de provisions, retour des hôpitaux les plus en difficulté sur leur trajectoire de retour à l'équilibre) pour ne pas dégrader leurs résultats.
- ❖ Dans un contexte de quasi-stabilité des tarifs (et des dotations), l'accent doit être mis avec la plus grande vigueur sur la maîtrise des dépenses et des effectifs, ainsi que sur le développement des mutualisations et des recompositions territoriales.