

Positions de la FEHAP en perspective de la réunion du Conseil de l'hospitalisation du 13 décembre 2012

I – Détermination des objectifs de dépenses et des dotations nationales

1) Prévision du taux d'évolution des charges des établissements

Poids	TITRE	Taux titre	Taux budget
66,9%	Titre 1	1,80%	1,20%
	Glissement Vieillesse Technicité	0,50%	0,33%
	Transposition réforme LMD, depuis décembre 2010	0,85%	0,57%
	Autres négociations salariales 2013	0,45%	0,30%
11,2%	Titre 2	4,02%	0,45%
	Produits pharmaceutiques (+3%)	1,07%	0,12%
	Fournitures médicales (+3%)	1,34%	0,15%
	Entretien, location et sous-traitance médicale (+6%)	1,61%	0,18%
14,1%	Titre 3	5,12%	0,72%
	Achats (+3%)	1,28%	0,18%
	Services extérieurs (+6%)	3,84%	0,54%
7,9%	Titre 4	6,00%	0,47%
	<i>(impact notamment du renouvellement des équipements)</i>		
100%	TOTAL hors plans de santé publique		2,85%

En 2013, les charges des établissements sanitaires FEHAP devraient progresser de 2,85 %, sous l'effet de l'évolution de la masse salariale et plus particulièrement de la transposition de la réforme LMD à la convention collective de 1951.

Sur le marché de l'emploi, le secteur privé non lucratif trouve en concurrence avec le secteur public, les décisions de l'Etat en tant qu'employeur pèseront donc une fois encore fortement sur les revendications de nos salariés, notamment pour ce qui concerne la réforme LMD.

La progression de la masse salariale due à l'effet GVT pour 2013 représente 0,50 % de l'augmentation de la masse salariale des établissements concernés.

a) Le montant des objectifs de l'ONDAM fixés par voie d'arrêté (ODMCO, MIGAC, ODAM, OQN)

Pour 2013, la FEHAP souhaite que les mesures nouvelles soient accordées en priorité pour l'enveloppe tarifaire et demande que soit poursuivie la production des études « complémentaires » objectives afin d'améliorer la connaissance et de mieux évaluer les écarts de coûts entre les 3 secteurs.

Concernant les ENCC, la FEHAP rappelle son engagement fort dans le panel ENCC et demande que les travaux qualitatifs soient poursuivis afin d'objectiver le décrochage cout/ tarifs.

Pour ce qui concerne le champ MCO, le rapport sur « l'Evaluation de la tarification des soins et des actes médicaux » de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Mars 2012, en sa page 22, restitue fidèlement la position de la FEHAP, seule fédération à s'être prononcée très clairement, et de longue date, en faveur de la neutralité tarifaire. DE notre point de vue les travaux portant sur les analyses de neutralité financière demandée par la mission à l'ATIH sont particulièrement précieux, apportant des éléments d'appréciation sans équivalent à ce jour (cf. l'annexe 1 a sur la description globale des écarts par rapport à la neutralité tarifaire sous et sur financement par secteur.

La FEHAP est la fédération qui est pleinement acquise au principe de neutralité tarifaire, comme l'a montré notre position pour la campagne budgétaire 2012.

Pour la FEHAP l'article 47 bis nouveau tel qu'il a été adopté pose le problème majeur d'imputer un coefficient de minoration sur l'ensemble des tarifs au plan national, alors qu'il serait injuste de pénaliser des régions dans lesquelles interviennent plutôt des faibles recours aux soins hospitaliers, versus d'autres régions dans lesquels lesdits recours sont très au-dessus de la moyenne nationale.

Il ne nous semble pas logique non plus de traiter de manière identique toutes les activités de soins, alors que certaines ne se situent en rien dans des augmentations en volume conséquentes.

Ainsi, la progression en 2011 de 5,1 % du volume de séances ou des affections de l'œil (cataractes notamment) dans le secteur ex-DG, n'a pas lieu d'impacter négativement les tarifs applicables aux grossesses pathologiques et accouchements, dont l'évolution en volume est négative à -1,5 % (Rapport 2012 du Gouvernement au Parlement sur le financement des établissements de santé, page 75).

Enfin, il y aura lieu de prévoir une concertation dédiée au dispositif de mise en œuvre opérationnel du coefficient minorateur avec les Fédérations Hospitalières représentatives publiques et privées et de permettre une différenciation des mesures prudentielles de mise en réserve selon les régions et les catégories majeures diagnostiques qui sont à l'origine des dépassements en volume, afin d'éviter au coefficient de minoration de se présenter comme une sanction collective, non conforme aux principes généraux du droit comme à l'équité mdico-économique.

b) La répartition des mesures d'économies entre les différentes enveloppes mentionnées ci-dessus

Cette année encore, la FEHAP rappelle l'engagement continu de ses établissements dans les restructurations et réorganisations profondes pouvant être réalisées en leur sein afin d'optimiser l'utilisation des dépenses engagées, au regard des contraintes auxquelles ils sont confrontés, sachant que l'équilibre économique comporte une dimension vitale pour le secteur privé non lucratif dont le secteur public est à l'abri, statutairement.

Au regard de ces ajustements parfois difficiles, la FEHAP insiste sur le fait qu'il est essentiel que les gestionnaires puissent retrouver une meilleure visibilité et une certaine stabilité dans la construction de leurs schémas médico-économiques. La campagne 2013 doit, du point de vue de la FEHAP, viser la lisibilité pour les gestionnaires, ce qui suppose une continuité et une stabilité tarifaires.

Le contexte économiquement particulièrement rigoureux doit contraindre l'ensemble des acteurs à contribuer aux efforts de gestion qui doivent être conduits. En ce sens, les efforts d'économies doivent être équitablement répartis entre tous les acteurs.

Enfin, la FEHAP rappelle une nouvelle fois que l'activité libérale à l'hôpital public fait l'objet d'un double paiement de la prestation médicale par l'assurance-maladie et que les économies potentielles sur ce sujet pourraient être dégagées. Cet impact a précédemment été estimé à près de 200 millions d'€. A l'inverse et en termes d'équité, il serait logique d'envisager une Mission d'Intérêt Général compensée financièrement pour des établissements de santé dans lesquels n'interviennent aucun dépassement d'honoraires au titre d'une activité libérale, publique ou privée, et donc aucune perception d'une redevance par l'établissement de santé.

c) Les modalités de mises en réserves

Une mise en réserve est envisagée afin de respecter au mieux l'objectif de dépenses fixé pour 2013 avec notamment la mise en place d'un coefficient minorateur sur les tarifs, préservant ainsi désormais les crédits MIGAC de toute mise en réserve prudentielle.

Si la FEHAP partage la nécessité de respecter au mieux l'évolution des dépenses des établissements de santé, elle regrette que le mécanisme envisagé n'ait fait l'objet d'aucun échange préalable avec les Fédérations Hospitalières représentatives, publiques et privées.

Pour les adhérents de la FEHAP de court séjour, qui bénéficient peu de crédits MIGAC significativement réorientés vers les hôpitaux publics depuis 2009, cet adossement des mesures prudentielles et de la régulation prix-volume sur la globalité des tarifs, de manière non différenciée, est une disposition inquiétante et inéquitable : les établissements privés non lucratifs ne peuvent aujourd'hui rechercher leur équilibre médico-économique que dans leur attractivité et à leur dynamisme : les mesures restrictives relatives aux tarifs seront d'autant plus pénalisantes pour le secteur.

La FEHAP estime que l'enveloppe de ville devrait être amenée à participer à la mise en réserve prudentielle, étant potentiellement concernée par des effets volume conduisant à des dépassements de l'ONDAM.

II. Les évolutions de la classification des prestations mentionnées aux articles L.162-22-1 et L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

Classification MCO

La FEHAP salue l'avancée concernant la mise à jour des CMA et attend la fin des travaux sur les GHM d'actes endovasculaires (création de 7 GHM différents selon les actes) avec les simulations financières.

Classification SSR (modèle transitoire en SSR) :

Lors du COPIL T2A SSR du 21 novembre dernier, la DGOS a placé les Fédérations devant un choix binaire : la poursuite de la modulation IVA, et donc la conservation de la classification en GMD, ou l'application de la nouvelle classification en GME dans une approche modulante dès 2013.

La FEHAP demeure tout à fait disposée à travailler activement à une évolution des outils de description des activités en SSR et de leur effet au niveau de l'allocation de ressources.

Néanmoins, la proposition faite par la DGOS n'est pas sans susciter un certain nombre d'interrogations légitimes.

En premier lieu, les effets de la classification n'ont pu à ce jour être appréciés de manière fiable et le groupage de l'activité 2011 selon ce nouvel outil vient seulement d'être transmis aux Fédérations.

Par ailleurs, le passage de l'ancienne à la nouvelle classification pose question en termes de cohérence : cohérence au plan de la méthode, l'année 2011 ayant été codée en GMD, elle serait finalement recodée a posteriori en fonction de règles jusqu'alors inconnues des professionnels ; cohérence en terme de calendrier, le CSARR devant être mis en application au 1^{er} juillet 2013, en décalage avec l'application de la classification en GME souhaitée dès le mois de janvier par la DGOS.

Toutefois, la FEHAP reconnaît que le déploiement de la classification GME en 2013 et la simulation de son impact économique constituent une étape indispensable de confrontation de la nouvelle classification avec les réalités de terrain, de nature à permettre son amélioration, le repérage de ses points forts et de ses lacunes évidentes, avant de procéder à toute généralisation.

Dès lors, deux lectures simultanées de l'activité SSR de 2011 sont absolument indispensables pour la gestion de l'année 2013 :

- celle sous IVA, pour respecter le principe de continuité des méthodes et permettre la modulation souhaitée en 2013 ;
- celle sous GME, pour donner une première prise concrète sur la classification, tout en lui donnant également de l'importance sur le plan médico-économique quant au fonctionnement de la modulation sous IVA, ce qui ne manquera pas de mobiliser sur la nouvelle classification, comme le souhaitent les pouvoirs publics comme la FEHAP.

En effet, il est parfaitement possible de subordonner la modulation sous IVA en 2013 à la convergence des signaux délivrés, aussi, par la classification GME et la simulation économique sous GME, en séparant bien la mise en application dans les deux contextes et périmètres tarifaires très différents : DAF d'une part, OQN d'autre part.

Si IVA et GME convergent vers la notion de sous-dotation, une modulation positive pourrait être instaurée dès 2013, même si c'est dans des proportions limitées. A l'inverse, et si IVA et GME convergent vers la notion de sur-dotation, une modulation négative pourrait être instaurée dès 2013, en proportion de la modulation positive, et toujours au sein de chacune des deux échelles DAF et OQN, prises séparément. Par contre, si IVA et GME délivrent des signaux contraires, le principe de précaution s'impose et le *statu quo* nous semble s'imposer (notion alors de taux directeur).

III. Les éléments de tarification mentionnés au I de l'article L.162-22-3 et aux 1° et 3° de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale

a. L'évolution tarifaire dans le champ SSR/psychiatrie

i. L'évolution moyenne nationale

Pour les activités de SSR comme de santé mentale, la FEHAP constate, depuis de nombreuses années, une distorsion importante entre les taux d'évolution fixés pour les établissements sous OQN et ceux du secteur sous Dotation Annuelle de Financement.

Un traitement équitable pour le taux d'évolution des deux secteurs doit être conduit en 2013 ; pour ces activités la FEHAP demande un taux d'évolution calé sur celui de l'ODAM.

A ce jour l'ONDAM rassemble des enveloppes « ouvertes », susceptibles de connaître un risque de dépassement en volume de soins dispensés et financés l'assurance-maladie, tel l'enveloppe relative aux soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie privés ex-OQN. Tandis que les établissements de santé publics et privés non lucratifs de SSR et de psychiatrie, évoluent enveloppes fermées, lesquelles, par construction ne peuvent pas connaître de dépassement et connaissent des sous exécutions (DAF SSR) et délégations partielles (DAF Psychiatrie). Cette distorsion de traitement de la part de la DGOS durant les 5 dernières années doivent désormais être profondément reconsidérée.

D'autre part, la FEHAP tient à rappeler que les établissements SSR sous DAF intègrent dans leur prise en charge une activité de consultations. Or, le PMSI SSR ne prévoit pas le recueil de cette activité et aucune valorisation spécifique n'y est associée, en dépit de la plus-value indiscutable qu'elle apporte au sein du tissu sanitaire local. Aussi, les charges générées par cette activité, parfois importantes à l'échelle d'un établissement, viennent directement s'imputer sur la DAF. En cohérence avec ses positions antérieures et dans l'attente d'une reconnaissance financière de cette modalité de prise en charge par le modèle cible, la FEHAP demande que les ARS tiennent compte de ces situations lors de l'allocation de ressources aux établissements concernés.

Par ailleurs, les établissements sous DAF ont également pu développer une activité de traitements et cures ambulatoires (TCA). Cette notion, bien que visée comme modalité de prise en charge tant par le PMSI SSR que par la circulaire n°DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 encadrant les activités de SSR, n'est pas valorisée financièrement et s'impute donc sur la DAF des établissements concernés. La FEHAP estime nécessaire que s'engage sans plus attendre un travail de reconnaissance des TCA au plan réglementaire, préalable à leur prise en compte dans l'allocation de ressources aux établissements.

Pour 2013, un financement des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux personnalisé avait été promis par la DGOS, sur la base de la méthodologie des enquêtes menées en 2011. Sur ce point, la FEHAP est en attente depuis plusieurs mois de la transmission par la DGOS et l'ATIH des listes de codes UCD qui permettront de modéliser la liste de molécules et dispositifs médicaux éligibles à un financement en sus dès 2013. Si le poids macroéconomique de cette évolution du modèle reste mesuré, la situation micro-économique et l'équité de traitement budgétaires de certains établissements sous dotation annuelle de financement, à raison de la prise en charge qu'ils proposent, en sont directement dépendantes.

A titre d'illustration, une enquête menée en 2009 auprès de certains adhérents établissait le poids de molécules onéreuses à hauteur de 1% de la DAF environ, dépassant les 200 000€ annuels pour certains établissements.

S'agissant du compartiment MERRI, la FEHAP confirme ses positions antérieures, à savoir que le secteur du SSR rattaché à des établissements MCO (notamment les CHU), bénéficie de facto des financements MERRI sans distinction de champ (bien délicat d'ailleurs –sinon impossible- de demander à des cliniciens MPR de segmenter leurs publications). Du coup, l'enjeu est de promouvoir un dispositif original, accessible aux établissements SSR non MCO (et déjà bénéficiaires de possibilités MERRI). Ces établissements SSR non MCO et plus encore non hospitalo-universitaires, qui ne bénéficient pas de la production scientifique universitaire, pour une part rémunérée par la Faculté dans les CHU, ne peuvent se comparer en termes de niveaux de points SIGAPS ou SIGREC, même en réévaluant la prise en compte par Pubmed de certaines revues. Dans ce contexte, la FEHAP proposera à la DGOS –qui en a déjà accueilli favorablement l'hypothèse - un dispositif original de contractualisation pluriannuelle de réseaux coopératifs inter-établissements, sur des thématiques d'intérêt général, permettant d'enclencher une dynamique nouvelle et une mutualisation de fonctions support (assistant de recherche clinique, moyens bibliographiques, etc ...). Une provision financière pourrait être constituée à ce titre, à hauteur d'1 M€ à titre transitoire.

Concernant l'activité de psychiatrie, lors de la précédente campagne, une enveloppe a été allouée aux établissements de santé mentale afin de venir compenser les surcoûts liés à la mise en place de la loi sur les soins sans consentement. A ce jour, il semblerait que certaines ARS n'aient pas ventilé les enveloppes allouées pour leur région. Par ailleurs, certains établissements engagent des frais important pour le transport (transport en ambulance) des patients. Ces frais constituent une réelle charge qui mériterait d'être prise en compte dans l'allocation des enveloppes.

Par ailleurs, compte tenu des taux d'évolution assez peu élevé de la DAF et dans un contexte économique contraint, la FEHAP souhaiterait que l'enveloppe allouée à la psychiatrie ne soit pas dispersée en mesures nouvelles mais permette dans un premier temps de maintenir une offre de soins de premier recours solide. A titre d'illustration, certains établissements se voient dans l'obligation de fermer des structures ambulatoires généralistes, alors même qu'ils reçoivent en parallèle de financements fléchés mais dédiés pour des mesures précises, telles que l'annonce du syndrome autistique aux parents.

Il serait également souhaitable de continuer d'afficher des enveloppes pour la formation d'infirmières en psychiatrie. Il s'agit d'une demande convergente de l'ensemble des acteurs de la psychiatrie soutenue dans le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 afin de garantir des soins de qualité aux usagers.

Enfin, les établissements de santé mentale reçoivent parfois des patients atteints de pathologie somatique très lourde (VIH, patients en fin de vie, cancer...). Pour ces patients, les dépenses en médicaments coûteux sont élevées et sont imputées sur la DAF ce qui pénalise les établissements concernés.

ii. L'évolution moyenne régionale des tarifs des prestations du secteur sous OQN

Les évolutions régionales des tarifs doivent être modulées en tenant compte des critères populationnels, mais également de l'évolution des taux d'attractivité ou de fuite estimés pour les établissements de chaque région.

iii. Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs

Les variations tarifaires devront tenir compte des activités spécifiques engendrant des surcoûts, telle que le SSR pédiatrique ou faisant appel à un plateau technique lourd.

b. L'évolution tarifaire dans le champ MCO

i. Les tarifs nationaux des prestations

1. Taux d'évolution

Sur le champ MCO, et compte tenu de l'ONDAM hospitalier prévu pour 2013 d'une part, et du volume d'activité prévisionnel d'autre part, la FEHAP préconise à minima une stabilité des tarifs des GHS pour la campagne tarifaire 2013.

2. Modulations tarifaires et évolutions tarifaires ciblées

Sur le champ des alternatives à l'hospitalisation :

Afin que les alternatives à l'hospitalisation puissent amplifier leur développement, la FEHAP estime nécessaire un soutien financier en direction des alternatives à l'hospitalisation. Il s'agit en effet de permettre la promotion de substitutions à des modalités beaucoup plus coûteuses globalement tant d'un point de vue des coûts directs (soins), que des coûts périphériques (transports).

Sur la chirurgie ambulatoire : La FEHAP demande l'ouverture d'une réflexion sur les comparaisons J/niveau 1 à partir des GHM qui sont objectivement hétérogènes et ce dans le cadre d'une incitation légitime au développement de la chirurgie ambulatoire (nécessité d'une cohérence avec réalité des actes) et d'une cohérence coûts/tarifs.

Sur le champ de la dialyse :

La FEHAP impliquée dans la promotion des alternatives à la dialyse en centre et notamment la dialyse à domicile souhaite une reconnaissance de la dialyse de proximité au-delà du nécessaire soutien de la Dialyse Péritonéale. Les modalités de dialyse hors centre qui s'inscrivent dans un processus de développement de la prise en charge de proximité et de réduction des dépenses et ainsi de réponse à une dynamique d'organisation en filières méritent un soutien financier. Ces revalorisations ciblées UDM (non revalorisé en 2011), UDM de proximité permettront d'améliorer l'accès aux soins en rééquilibrant l'offre sur les territoires avec une diversification et un renforcement d'une offre de proximité.

Il convient également de favoriser le développement de l'hémodialyse à domicile, de l'UAD et de la dialyse péritonéale modalité qui demeurent en recul en France, la FEHAP propose qu'un signal tarifaire puisse être donné en ce sens.

La FEHAP souhaite qu'une solution opérationnelle soit trouvée rapidement et sans attendre la mise en place de la T2A en SSR concernant les interventions des établissements de dialyse en SSR et ce

pour être en phase avec les préconisations du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS. La prise en charge en Dialyse Péritonéale des patients hospitalisés en SSR se heurte à des difficultés liées à la rémunération des infirmières libérales spécifiquement formées à la dialyse qui seraient appelées à intervenir. Sauf accords locaux, les patients concernés sont donc pris en charge dans des centres lourds pour un coût de prise en charge et de déplacement élevé.

Enfin, la FEHAP souhaite un tarif de repli, « lits vides soit prévu, un financement spécifique notamment pour le Repli des patients d'autodialyse en UDM est attendu par les professionnels.

Sur le champ de l'HAD :

Dans l'attente des résultats des travaux en cours sur le modèle de financement de l'HAD que la FEHAP a souhaités et auxquelles elle contribue près de l'ATIH, la FEHAP souhaite que sans attendre et pour ne pas pénaliser certaines prises en charges pour lesquelles le bénéfice de l'HAD est avéré mais dont le mode de financement actuel est dissuasif, un certain nombre de mesure soient prises pour corriger ces situations :

- Question des molécules onéreuses sorties de la liste en sus :

La liste en sus des molécules onéreuses est identique en HAD à celle du champ MCO. Pour autant, le dispositif actuel ne permet pas lorsque qu'une molécule onéreuse est sortie de la liste en sus d'être intégrée dans les tarifs de GHT ce qui représente un réel surcout pour les HAD s'agissant des prises en charges concernées.

Sont plus particulièrement concernées les prises en charge en cancérologie mais également d'autres molécules.

A titre d'exemple concernant les molécules anticancéreuses : *campto*, *gemzar*, *navelbine*, *faslodex*, *taxotère*, *taxol*....

Et s'agissant des trithérapies : *Kaletra* , *Reyataz*, *Isentress*, *Retrovir*, *Epivir*...etc.

Pour exemple de prise en charge : un patient pris en charge de manière intercurrente entre le court séjour et l'HAD pour des soins palliatifs avec de l'assistance respiratoire (ainsi que des pansements complexes ; du traitement intra-veineux et du traitement Per-os) avec des traitements de trithérapie pris en charge par l'HAD sur des séquences d'une durée moyenne de 30 jours : reste à charge par patient pour chaque séquence de 1823,29 euros pour un GHT moyen de 306 euros avec une part estimée du cout de la trithérapie sur ce tarif de 20%.

Ce point sera plus détaillé dans un complément de note à venir dans un deuxième temps.

- Question des molécules onéreuses non prises en charge dans la liste en sus :

Il est constaté un décrochage important entre le cout de certains antibiotiques et le GHT moyen. Une liste sera transmise prochainement.

- Question des prises en charge à ce jour mal valorisées et qui freinent les prises en charge malgré le bénéfice pour les patients d'être pris en charge au domicile

Ex Les transfusions sanguines :

La tarification actuelle est dissuasive pour la réalisation de transfusion sanguine à domicile. En effet la définition de cette prise en charge en HAD comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.

Le chiffrage concernant les produits sanguins, consommables et les temps de surveillance IDE et médecin, sont très largement supérieur au tarif actuel.(variation du simple au double)

Dans l'attente d'une investigation plus détaillée notamment dans le cadre de l'ENC HAD et des travaux de refonte du modèle de financement de l'HAD, nous redemandons la revalorisation du tarif de la transfusion sanguine de manière à la valoriser à son juste cout et à la rendre plus attractive en HAD à tout le moins de définir comme pour le court séjour que la prise en charge du sang se fasse tout comme pour le court séjour en sus des tarifs et ne soit pas supporté par le tarif HAD non calibré pour à ce jour et que cette arbitrage puisse être exprimé de manière officielle.

Au-delà de cet exemple particulier particulièrement urgent à prendre en compte, l'ensemble des tarifs d'HAD doivent être réinterrogés dans le cadre des travaux sur l'ENC afin de garantir la neutralité tarifaire.

ii. L'évolution des forfaits annuels

Le taux d'évolution 2012 pour les forfaits annuels doit reconduit en 2013. Des travaux sont conduits actuellement sur l'évolution du modèle il convient d'attendre leurs conclusions avant d'engager toutes évolutions des rémunérations par forfait notamment les urgences.

iii. Les coefficients géographiques

Les coefficients géographiques actuels doivent être affinés en vue d'intégrer des situations locales spécifiques, et ce sur l'ensemble du territoire.

IV. La dotation MIGAC

c. Le montant de la dotation nationale et des dotations régionales MIGAC et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des mesures d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements

La FEHAP salue les travaux portant sur le projet de guide MIG qui reste à finaliser, en fonction d'avancées et de clarifications que la FEHAP a demandées et formalisées. Ceci étant, la FEHAP et souhaite rappeler tout l'intérêt de ce guide qui rappelle des éléments de méthode indispensables à la bonne compréhension de tous les acteurs et vise à apporter pour chaque mission des référentiels commun aux promoteurs et ARS posant également le principe que ces dotations sont contractualisées pour un montant fixé dans le respect des règles d'équité et de transparence.

Le contenu de l'enveloppe MIGAC doit être objectivé et harmonisé de façon équitable entre l'ensemble des structures concernées.

Pour la FEHAP, la dotation MIGAC ne doit pas être augmentée par rapport à 2012, le travail d'objectivation des MIG doit se poursuivre et des redéploiements de crédits devraient être envisagés.

Concernant le financement alloué au titre des **missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI)**, la FEHAP salue l'ouverture du modèle à l'ensemble des établissements de santé qui participent de façon significative à ces missions. Ainsi, le modèle poursuit son avancée vers un traitement identique des établissements quelle que soit leur catégorie, allant dans le sens de nos demandes et de celles de nos adhérents. La suppression de la part fixe annoncée en 5 ans, dans la première circulaire relative à la campagne tarifaire 2012, mettra fin à la différence persistant sur la question du traitement de la prise en charge des dépenses de personnel médical (25% pour les CHU et CLCC contre 20% pour les autres catégories d'établissements) au sein du modèle, alors même que les établissements bénéficiant nouvellement de financement au titre MERRI ne sont pas éligibles à la part fixe.

Concernant le Recours exceptionnel la FEHAP propose qu'aucune modification de la liste d'actes ne soit opérée pour la campagne 2012 tant que les travaux en cours sur les surcoûts ne sont finalisés et présentés aux Fédérations.

Pour 2013 toute évolution de liste nécessitera du point de vue de la FEHAP la poursuite des travaux pour révision de la liste ou intégration d'actes nouveaux dans le périmètre du recours exceptionnel.

d. Les modifications de la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale MIGAC

La FEHAP souhaite proposer deux nouvelles MIG et en supprimer une autre.

MIG pédiatrie en SSR :

L'activité des établissements de SSR pédiatrique du secteur privé non lucratif, qui représente plus des 2/3 de l'activité pédiatrique tous secteurs confondus, se distingue nettement de la prise en charge des adultes. Elle fait intervenir et interagir une pluralité de compétences et associe de manière forte la famille à la prise en charge. Elle se caractérise par des temps d'intervention plus importants compte tenu de la fragilité et de l'absence d'autonomie des enfants. Enfin, elle se doit de déployer un environnement adapté à l'état de l'enfant et aux besoins afférents à sa prise en charge.

Chacun de ces éléments participe de l'identité de la prise en charge pédiatrique en SSR et matérialise l'engagement porté par les établissements à l'endroit des enfants qu'ils accueillent.

Ils s'analysent également comme des surcoûts qui ne sont pas à ce jour pris en compte dans l'allocation de ressources aux établissements. Il est nécessaire de remédier rapidement à cette situation tant une grande majorité d'établissements pédiatriques sont sous tension d'un point de vue économique et ce non par l'effet d'une gestion insuffisamment efficiente ou d'un manque d'activité mais bien du fait d'un déséquilibre structurel entre les charges que doivent assumer les opérateurs et les ressources dont ils ont été privés depuis 3 ans par l'application d'un modèle de financement (IVA) ayant abrasé leurs ressources.

La complexité et la diversité de la prise en charge pédiatrique la rendent difficilement saisissable à une description exhaustive de l'activité au travers du PMSI. Il est dès lors indispensable que soit instauré un financement complémentaire, sous la forme d'une Mission d'Intérêt Général et qui aurait pour assise financière les surcoûts de personnels et d'équipements auxquels sont exposés les établissements.

Une MIG accessibilité financière

Compte-tenu de l'importance prise par le sujet des dépassements d'honoraires dans les établissements de santé et des problèmes d'accessibilité financière pour les usagers, notamment dans les établissements publics au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux œuvrant dans les établissements privés de statut commercial, la FEHAP demande que soit intégrée une nouvelle mission d'intérêt général à la liste présentée, à savoir le fait pour un établissement de santé de court séjour, de garantir l'absence, en son sein, d'activité médicale libérale comportant la perception de dépassements d'honoraires. Le modèle économique spécifique à l'activité libérale dans les établissements publics de santé se traduit par un double paiement du temps médical par l'assurance-maladie, dans les tarifs et les crédits MIGAC d'une part, et dans les remboursements aux patients par l'assurance-maladie. Pour ce qui concerne les établissements privés fonctionnant avec des médecins libéraux, le modèle économique associe l'établissement de santé à la dynamique propre du fonctionnement libéral, par le truchement des redevances. Du coup, la FEHAP estime légitime que les établissements qui sont privés de ces marges de manœuvre budgétaires complémentaires, quoiqu'en lien direct avec les attentes des patients, voient reconnue cette mission d'intérêt général de la plus haute importance pour les usagers et leurs associations représentatives.

MIG Dédiée à l'APHP

Cette MIG dédiée à l'AP-HP : la FEHAP demande la suppression de cette nouvelle MIG centrée sur un seul établissement de santé (AP-HP), sans disposition législative à ce titre, pour tenir compte des conditions de rémunération des agents relevant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997. Il s'agit d'un surcoût de fonctionnement lié à des obligations légales et réglementaires spécifiques d'un établissement de santé public, vis-à-vis des autres établissements de santé de sa catégorie. Pour la FEHAP, soit cette analyse et cette décision sont reconsidérées, soit il y a lieu de traiter sur la même base d'une MIG, le différentiel de charges sociales et fiscales des établissements de santé privés non lucratifs, vis-à-vis des mêmes établissements publics de santé, différentiel de charges et compensation qui s'inscrit dans les mêmes repères d'obligations légales et réglementaires spécifiques et exogènes aux décisions des opérateurs et employeurs privés.

Sur les modalités d'attribution des MIG au plan régional, il semblerait logique de prévoir une explicitation en amont et en aval des décisions prises auprès des instances de démocratie sanitaire et médico-sociale dans la région

3. La prévision d'évolution des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation

Concernant le taux d'évolution des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation, une prévision d'augmentation de respectivement de 3.5 % et 4 % pour 2013 paraît adaptée aux consommations constatées dans les établissements concernés.

4. Remarque complémentaire

Prise en compte de l'impact financier de la transposition de la réforme LMD à la Convention Collective de 1951 (CCN51) :

La transposition de la réforme LMD au secteur privé non lucratif s'avère impérative pour la FEHAP. A défaut, le recrutement des professions paramédicales dans les établissements concernés se trouverait gravement compromis. La FEHAP rencontre à présent les partenaires sociaux en vue

d'échanger sur les modalités d'une transposition à la convention Collective de 1951 de la réforme LMD. Il est donc essentiel que la fédération soit informée au plus vite des évaluations économiques estimées par vos services, éléments sans lesquels les discussions avec les partenaires sociaux ne pourront être menées de façon satisfaisante. L'estimation de ce chiffrage doit être faite indépendamment des contraintes financières imposées dans le cadre de l'ONDAM.

La réforme LMD ayant pris effet en décembre 2010 dans le secteur public,

Nous vous rappelons que notre estimation de 118,3 millions d'euros, pour le seul secteur sanitaire des adhérents FEHAP, se décompose comme suit :

- MCO : 66,6 millions d'€
- SSR : 23,1 millions d'€
- Santé mentale : 28,6 millions d'€

IFAQ

La FEHAP ne souhaite pas que l'enveloppe affectée à ce projet soit prélevée sur la masse tarifaire, d'autres sources de financement possibles comme des redéploiements de MIG (cf. supra « les modifications de la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale MIGAC »).

Etude ENC

Concernant les travaux en cours sur la réanimation, la FEHAP souhaite une approche plus large intégrant Soins Intensifs, les Surveillances Continues. Ces travaux devant être menés de façon concomitante avec ceux de la réanimation.

USLD

La FEHAP demande la suppression de la convergence et une nouvelle évaluation à l'aide de l'outil PATHOS dès 2014.

En effet suite à la coupe PATHOS de 2006 les partitions qui en ont découlé se sont basées sur un taux de 100% de patients SMTI et M2 peu réaliste en pratique compte tenu du « turn-over », de l'épuisement des équipes du fait de situations de lourdes à accompagner tant sur les soins médicotecniques, que soins de bases que soins psychothérapeutiques. L'accompagnement financier issu de l'équation tarifaire avec les données PMP et GMP de 2006 a très hétérogène selon les régions : certains établissements ont eu la totalité des financements sur la base du GMPS, d'autres ont vu leur dotation gelée, d'autres ont bénéficié de CNR dans l'hypothèse de l'application de la convergence suite aux coupes de 2011 etc..

Suite aux coupes de 2011, le taux de SMTI et M2 est de l'ordre de 52% ce qui témoigne par rapport aux EHPAD d'une vraie différence de profils de patients et de besoins de soins requis avec des contraintes réglementaires supplémentaires (continuité des soins IDE et médicale organisée...), générant objectivement des coûts supplémentaires par rapport aux EHPAD.

De plus certaines USLD se sont engagées à développer des dispositifs tels que des UHR dont le cahier des charges est contraignant en terme de locaux mais aussi en terme d'organisation des soins (légitimes au regard du public accueilli). Par ailleurs, les USLD, structures sanitaires, se sont

mobilisées depuis longtemps sur l'amélioration de la qualité en lien avec la certification (par ex dossier médical, prise en charge de la douleur , lutte contre les infections nosocomiales, prise en charge de la dénutrition, prise en charge des soins palliatifs etc ..).

L'abondement financier effectif sur la base du GMPS de la partition 2006 doit permettre aux USLD de progresser dans l'accueil de qualité de patients plus lourds.

Cette évolution doit être réévaluée en 2014 (nouvelle coupe) une fois les renforts de professionnels réalisés, et les partitions géographiques totalement finalisées. (les facteurs explicatifs aux retards de partition géographique sont multiples et pas uniquement liés à un retard de mise en œuvre par les équipes (volonté des familles, équilibrage des charges de travail en l'absence de renfort de professionnels en sont aussi la cause etc ..).

Le CPOM doit permettre de sécuriser les engagements des USLD à répondre à leur mission. La publication des décrets sur les conditions d'implantation et de fonctionnement des USLD – après une concertation avec les trois fédérations qui sera facilitée par un corpus commun partagé avec la DGOS déjà important – permettrait d'avancer sur la question de la répartition territoriale et de l'accessibilité géographique à une USLD.

Enfin la FEHAP suggère une attention particulière sur la centaine d'EHPAD qui délivrent des indicateurs de services rendus très proches de ceux des USLD redéfinies.

Concernant la planification, la FEHAP souhaite que les données issues des coupes 2011 soient l'occasion de réduire les inégalités d'implantations des USLD.