

V2 des Analyses et positions de la FEHAP en perspective de la réunion préparatoire du Conseil de l'hospitalisation du 4 décembre 2013

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
65,6%	Titre 1 : Charges de personnel	1,88%	1,23%
	Glissement Vieillesse Technicité	0,32%	0,21%
	Effets report prévisionnels	0,00%	0,00%
	Transposition réforme LMD, depuis décembre 2010	0,86%	0,56%
	Autres négociations salariales 2014	0,70%	0,46%
12,8%	Titre 2 : Charges à caractère médical	3,71%	0,48%
	Produits pharmaceutiques (+3%)	0,94%	0,12%
	Fournitures médicales (+3,5%)	1,37%	0,18%
	Entretien, location et sous-traitance médicale (+6%)	1,41%	0,18%
14,0%	Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	4,73%	0,66%
	Achats non médicaux (+3,5%)	1,50%	0,21%
	Services extérieurs (+5%)	3,22%	0,45%
7,7%	Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	6,00%	0,46%
	<i>(impact notamment du renouvellement des équipements)</i>		
100%	TOTAL hors plans de santé publique		2,83%

En 2014, les charges des établissements sanitaires FEHAP devraient progresser de 2,83 %, sous l'effet notamment 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 pèsent 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 0,32% de l'augmentation de la masse salariale des établissements concernés.

Ces estimations n'intègrent pas la hausse du taux de TVA. La FEHAP rappelle sa demande du retour à un taux de TVA sur les prestations de restauration dans les établissements de santé à 5,5%. Cette prestation représente un "produit de première nécessité", qui justifie le maintien d'un taux réduit dans les établissements de santé, comme cela a été fait pour les établissements médico-sociaux et scolaires en 2011.

La restauration bénéficie d'une exonération de TVA si celle-ci est effectuée par l'établissement de santé. Les établissements ont conçu leur organisation en étroite coopération avec des sociétés prestataires, il serait donc "déraisonnable d'engager ces établissements à reprendre des logiques d'investissements matériels et humains pour réorganiser cette prestation en interne, hors TVA".

Cette position sur laquelle la FEHAP a pu rassembler la FHF et tous les syndicats de spécialité de la FHP dans une lettre commune et une proposition conjointe d'amendement –une première de longue date réunissant toutes les fédérations- mériterait une plus grande attention de la DGOS, comme tous les sujets de fiscalité qui, assez peu traités ou sans doute considérés par Ségur comme relevant de questions inaccessibles et qui les surplombent car pilotés par Bercy, n'emportent pas moins de sujets structurants pour les activités hospitalières :

- Par exemple la fiscalisation à la **TVA des GCS de PUI**, qui peut être aussi dissuasive que le doublement du taux de TVA sur les prestations de service pour la démarche d'externalisation ;
- Ou encore **l'assujettissement à la taxe d'habitation de certains établissements de santé privés non lucratifs**, mouvement récent et assez baroque sur le fond, mais accroissant encore le différentiel de charges sociales et fiscales avec les autres gestionnaires publics et privés commerciaux, différentiel dont la DGOS s'est attachée durant plusieurs années à éluder la réalité et l'importance.

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

Pour 2014, 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 ENC, la FEHAP rappelle son engagement fort dans le panel des établissements et demande que les travaux qualitatifs soient poursuivis afin d'objectiver le décrochage entre les coûts et les tarifs des GHS, comme le présente l'ATIH depuis 3 ans

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**. Ce principe de bon sens doit être poursuivi en 2014, l'IGAS ne faisant que s'inscrire, comme la FEHAP dans la lignée d'un principe juridique de haut rang dans le droit français : le principe d'égalité devant les charges publiques. 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.

Pour 2014, la FEHAP est pleinement acquise au principe de neutralité tarifaire, comme l'a montré notre position pour les campagnes tarifaires précédentes.

Le rapport de la Cour des Comptes pour l'application des Lois de la Sécurité Sociale pour 2013 montre que la politique tarifaire et budgétaire a été exercée par la DGOS et la DSS au détriment des établissements privés non lucratifs sur les dernières années :

- **A hauteur de 15 millions d'euros en matière de décalages tarifaires ;**
- **A hauteur de 30 millions d'euros en matière d'asymétrie de traitement sur les enveloppes MIGAC et leur répartition attendue.**

Si l'on considère également le déficit cumulé des établissements privés non lucratifs établi par la Cour des Comptes dans son rapport (40 millions d'euros), il apparaît clairement que la mise en difficulté des établissements de santé privés non lucratifs ne participe pas seulement de gouvernances perfectibles –cela peut être aussi le cas- mais pour l'essentiel d'un décideur public ministériel qui a souvent confondu son rôle de régulateur et celui de « super-opérateur », s'estimant plus en charge des établissements publics de santé et de l'orientation en leur direction des ressources financières. La FEHAP souhaite vivement que cette situation puisse être rétablie rapidement.

Les études que nous avons pu mener révèlent que la comparaison entre les tarifs issus des coûts aux case mix 2012, et la valorisation effective de cette activité marque un sous financement moyen des structures FEHAP ex-DG d'environ 0,4%. Cette sous-valorisation peut dépasser les 3%, pour plusieurs établissements de taille significative, qui rencontrent des difficultés financières croissantes malgré leurs efforts de restructuration. C'est notamment le cas de certaines structures mutualistes ou encore d'établissements situés dans la région Nord Pas de Calais.

Ces inégalités de traitement pénalisent les adhérents de la FEHAP et annihilent injustement tous les efforts de restructuration et de réorganisation qu'ils entreprennent.

A contrario, ces mêmes études montrent un sur-financement de plus de 1% de l'ensemble des CHR, y compris de l'AP-HP, ce qui impacte fortement les crédits qui pourraient être alloués aux autres structures au titre de leur activité. Les CLCC perçoivent aussi une survalorisation non négligeable de leur activité.

Pour la FEHAP, les deux mesures de régulation infra-annuelle qui vont être mises en place ou reconduites en 2014 renforcent les inégalités rencontrées entre les différents secteurs antérieurement sous dotation globale.

Le coefficient prudentiel appliqué début 2013 a entraîné mécaniquement des difficultés de trésorerie. Si la variabilité des tarifs des GHS empêche les gestionnaires des établissements de construire un plan pluriannuel fiable de leurs actions, le coefficient prudentiel vient entraver la visibilité infra-annuelle qu'ils pouvaient avoir de leurs recettes, alors même que les tarifs des GHS sont connus.

En 2014, la création d'une dégressivité tarifaire pourrait de plus venir pénaliser davantage encore les établissements dont le volume d'activité évoluerait significativement, même de façon justifiée dans certains territoires et pour des actes et séjours pertinents, réalisés pour répondre aux besoins de la population. Par ailleurs, début décembre, les mécanismes de cette dégressivité tarifaire ne sont toujours pas connus, ce qui vient renforcer la difficulté sinon la perplexité des gestionnaires à prévoir leur exercice 2014.

Si le ministère semble vouloir préserver les restructurations et recompositions des activités concernées, la FEHAP demande aussi que les activités déjà sous-financées (au regard de l'étude coûts-tarifs de l'ATIH) soient exclues de ce processus de coefficient prudentiel ou de dégressivité.

La FEHAP estime aussi qu'il serait paradoxal et contre-productif d'affecter les activités d'HAD et de dialyse hors centre, dont les pouvoirs publics promeuvent le développement rapide, d'un coefficient prudentiel ou de mécanismes de dégressivité tarifaire.

La Ministre vient par exemple de signer, le 3 décembre, une circulaire sur le développement rapide de l'HAD appelée à doubler son activité en 5 ans : il n'y aurait aucun sens à déployer des mesures restrictives freinant évidemment le développement sur lequel une impulsion forte et cohérente est de mise.

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 2014 doit, du point de vue de la FEHAP, viser la lisibilité pour les gestionnaires, ce qui suppose une continuité et une stabilité des principes de fixation des tarifs.

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'euros. 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 pas des pratiques de dépassements 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

Si la FEHAP partage la nécessité de respecter au mieux l'évolution des dépenses des établissements de santé, elle regrette que les mécanismes envisagés n'aient faits 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 les tarifs, sont des dispositions inquiétantes et inéquitables : les établissements privés non lucratifs ne peuvent aujourd'hui rechercher leur équilibre médico-économique que dans leur attractivité et à leur dynamisme en rapport avec une maîtrise des charges, en parallèle : les mesures restrictives relatives aux tarifs seront d'autant plus pénalisantes pour le secteur.

L'objectivation et la discussion des asymétries et atypies nationales et régionales de répartition des crédits MIGAC sont des thématiques qui doivent désormais être inscrites aux ordres du jour des CORETAH à venir, comme des comités de campagne budgétaire MCO.

Par ailleurs, les mises en réserve faite sur les enveloppes fermées (DAF SSR et DAF santé mentale) pénalisent significativement les établissements concernés ; elles n'ont aucune justification dans la lettre comme dans l'esprit de la LPFP 2012 et de la LFSS 2013. En effet, les mesures prévues pour ces activités dépendent des plans et développements prévus pour le secteur. La délégation de ces crédits ne peut donc reposer sur le respect des sous-objectifs des autres acteurs.

d. Gestion des extensions dans les champs OQN et ex-DG en SSR :

Force est de constater que les opérations de développement d'activités nouvelles ou d'extension de capacités en SSR sont, depuis plusieurs années, menées de manière privilégiée par les opérateurs financés par prix de journée (OQN).

Les mécanismes de régulation des enveloppes DAF, gérée a priori dans le cadre d'une dotation régionale fermée, et OQN, régulée ex-post au regard des volumes et dans un cadre national, ont incité le planificateur régional à œuvrer dans le sens d'une préférence asymétrique et injuste pour des créations sous OQN. Ce constat est d'ailleurs fait par la Cour des Comptes dans les

développements consacrés au SSR de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2012.

Cette asymétrie constitue une perte de chance réelle et une asymétrie anormale pour les établissements publics et privés non lucratifs sous DAF, dont les projets se voient discriminés par les ARS vis-à-vis de ceux des promoteurs sous OQN. De nombreux exemples récents illustrent cette situation. Ainsi, l'ARS de Basse Normandie a très récemment rejeté un projet de création d'unité de SSR pour les personnes souffrant d'obésité sévère, porté par un établissement PSPH sous DAF. Ce projet répond pourtant à un besoin de santé identifié dans le SROS pour ce territoire ; il propose une structuration en filière avec les établissements de court séjour et a fait l'objet d'un vote très favorable en CSOS. Il est regrettable que les problématiques de régulation de l'enveloppe régionale de DAF SSR et de non régulation des « effets de champ sous OQN » aient un effet collatéral et dissymétrique sur la réponse proposée à un besoin de soins reconnu de tous les acteurs concernés et validé par le SROS.

La FEHAP demande ainsi que dès à présent des consignes précises soient formulées auprès des ARS pour dépasser cette asymétrie et permettre les créations et extensions d'activité également pour les établissements sous DAF, tout autant que sous OQN, sur la valeur des projets et leur cohérence globale. Et non sur « l'autonomie financière des ARS vis-à-vis de la DGOS » lorsque les créations sont sous OQN.

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 la création des GHM supplémentaires pour les actes cardiologiques et souhaite que les travaux soient poursuivis sur l'hétérogénéité de certains GHM

La FEHAP souhaite que les travaux sur la meilleure identification de la précarité se poursuivent avec des recommandations de codage spécifique, sous réserve que la précarité puisse véritablement faire l'objet d'une modélisation comme MIG pour sa compensation.

La FEHAP souhaite que ces recommandations de codage soient harmonisées et transversales pour l'ensemble des champs, donc aussi en psychiatrie, SSR et HAD.

La FEHAP souhaite qu'à l'occasion de recommandations de codage sur la précarité, on puisse également préconiser des codages concernant le refus de soins, défauts de compréhension et d'adhésion aux soins avec les codes spécifiques de la CIM 10 tels que Z53.1 et Z53.2 : ces facettes très délicates pour les soignants sont souvent les premiers signes de précarité, et portent les principales implications sur les processus de soins qui s'ensuivent.

Classification SSR (modèle transitoire en SSR) :

Lors du COPIL T2A SSR du 21 novembre 2012, la DGOS avait 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. In fine, aucune modulation n'a été possible en 2013, eu égard au constat partagé par tous des défauts bien établis de la nouvelle classification GME, même s'il s'est avéré légitime de s'investir dans son amélioration. Sans aucun doute et faute d'amélioration de la classification GME depuis novembre 2012, il ne sera pas possible d'apporter une modulation en 2014 sur la base des GME.

La FEHAP souhaite travailler activement à une évolution des outils de description des activités en SSR, dans le sens d'une restitution plus fidèle des facteurs discriminants dans l'organisation des soins et l'intensité des prises en charge, ainsi que sur leur effet potentiel sur l'allocation de ressources, en

séparant bien la mise en application dans les deux contextes et périmètres tarifaires très différents : DAF d'une part, OQN d'autre part.

La FEHAP souhaite également que l'année 2014 permette la mise en place, très attendue et promise de longue date aux établissements publics et privés non lucratifs sous DAF, d'un dispositif fléché de crédits en direction des molécules onéreuses en SSR.

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 2014 ; 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 et les ARH puis ARS durant les 6 dernières années - comme le montre le rapport de la Cour des Comptes sur le SSR - doit désormais être profondément reconsidéré.

Les mises en réserve prudentielles sur les DAF de SSR et de psychiatrie devraient, dans une situation de strict respect de l'ONDAM en 2013, être dégelées et être ré-intégrées en base budgétaire pour 2014.

D'autre part, la FEHAP tient à rappeler que les établissements SSR sous DAF intègrent dans leur prise en charge une activité de consultations et de traitements et cures ambulatoires (TCA). Or, si le PMSI SSR permet un recueil des TCA, il ne prévoit pas le recueil de l'activité de consultation (ACE) et aucune valorisation spécifique n'est associée tant aux ACE qu'aux TCA, en dépit de la plus-value indiscutable que ces activités apportent 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.

Dans le même esprit, 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 la DGOS 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 personnalisés 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 2014. 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 participe à l'expérimentation menée en 2013, comme elle l'avait fait en 2011. Cependant, elle 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). Aussi, l'enjeu est de promouvoir un dispositif original, accessible aux établissements SSR non MCO. Ces établissements SSR non MCO et plus encore non hospitalo-universitaires, qui ne bénéficient pas de la production scientifique universitaire (et CNRS et INSERM), 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 souhaite 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 (équipes mobiles de recherche, méthodologie, moyens bibliographiques, etc ...). Une provision financière pourrait être constituée à ce titre, à hauteur d'1 M€ à titre transitoire.

A titre d'exemple, la FEHAP estime que des projets de recherche sur la performance et l'organisation des SSR pourraient judicieusement concerner sous la forme de MERRI et d'appels à projets :

- Le réel et bon usage à moyen et long terme des aides techniques (et le caractère judicieux des financements engagés par la sécurité sociale à ce titre) ;
- La comparaison de la qualité de récupération fonctionnelle en médecine de ville et en temps partiel SSR pour un certain nombre d'actes et prestations ambulatoires au regard du parcours global de soins et d'accompagnement et des ré-hospitalisations éventuelles ;
- Le rapport coût/bénéfice des soins à temps partiel en SSR sur certaines prises en charge identifiées ;
- L'impact de la complexité sociale sur le bon usage (ou non) de l'hospitalisation complète versus l'hospitalisation de jour en SSR ;
- L'identification et le chiffrage de « chemins cliniques cohérents et protocolisables » pour certains programmes simples et maîtrisables de rééducation ;
- Les bénéfices comparés du SSR « conventionnel et à temps partiel » et de l'HAD de rééducation sur certaines prises en charge identifiées.

Concernant l'activité de psychiatrie, compte tenu des taux d'évolution assez peu élevés 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, ce qui conduit à un effet de morcellement de ressources humaines rares.

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.

Par ailleurs, la loi du 27 septembre 2013 venant modifier la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits des personnes prises en charge sans leur consentement en psychiatrie, a instauré en principe la tenue des audiences en établissement de santé. Cette disposition, largement soutenue par les associations d'usagers et les parlementaires de toutes sensibilités, implique toutefois l'aménagement de salles d'audience dans les établissements de santé. Dans un souci d'indépendance et de solennité de la justice, ces salles devront respecter un certain nombre de normes, issues d'un cahier des charges établi par la Chancellerie. A ce titre, il conviendrait d'évaluer les dépenses que cela représente pour les établissements et de prévoir une enveloppe afin de les compenser.

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.

Pour conclure, la FEHAP réitère sa demande de transmission des modalités de calcul par la DGOS des péréquations inter-régionales des DAF, engagement pris par la DGOS au dernier comité de pilotage du SSR mais non mis en œuvre.

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 2014 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 2014.

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 la poursuite de la réflexion sur les comparaisons entre les niveaux J et 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 la réalité des actes) et d'une cohérence entre les coûts et les tarifs.

Sur le champ de la dialyse :

La FEHAP partage l'enjeu d'intégrer la notion de parcours de soins pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et de la nécessité d'une orientation plus optimale des nouveaux patients atteints d'IRCT, en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

Concernant la mise en œuvre sous forme expérimentale de réunions pluri professionnelles de concertation pour l'orientation de nouveaux patients, si la FEHAP partage l'intérêt de la dimension pluridisciplinaire lors de l'annonce, pour la mise en place de réunion de concertation « de type RCP cancer » en IRCT, il convient de viser la mise en place de Réunion d'Orientation Thérapeutique (ROT) : Un simple « copier/coller » de l'expérience du champ de la cancérologie doit être évité, et les spécificités de la maladie rénale doivent être prises en compte. Il est essentiel d'identifier les personnes expertes qui participeront à ces ROT. Une organisation en filière dans la prise en charge du patient IRCT, permettant de favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients, doit être recherchée.

Pour la FEHAP, deux axes majeurs doivent être encouragés :

- la consultation néphrologique permettant de retarder la mise en dialyse, en termes de santé publique, il convient de développer les consultations de prévention pour retarder la phase terminale de l'IRC,
- l'éducation thérapeutique : l'accès précoce à un suivi spécialisé est pourtant décisif pour prévenir la survenue et l'aggravation de l'insuffisance rénale chronique. L'Education Thérapeutique (ETP) trouve son sens auprès des patients en matière de prévention, pour une maladie chronique comme l'IRC.

Plus globalement, un maillage territorial notamment par le développement et le maintien des unités de proximité existantes doit permettre une réponse satisfaisante des PEC, mais sans oublier d'envisager des évolutions possibles eu égard l'âge des patients. Une reconnaissance de cette dialyse de « proximité » est indispensable : le décret de télémédecine pour l'UDM apporte une réponse juridique, elle n'est pas suffisante et les collaborations associant un hôpital de « proximité » avec un service de dialyse associatif doivent être encouragées par une reconnaissance notamment d'UDM à un tarif « en phase » avec la charge de soins constatée par ces services. Le financement de ce type de collaboration doit être réfléchi avec, en perspective, les économies de transport attendues. Eviter les replis temporaires et définitifs vers les centres, en permettant la possibilité aux patients de rester dans son lieu de vie, doit permettre également de contribuer à une meilleure qualité de vie.

Sur l'aspect formation des néphrologues, même si la non-reconnaissance du temps médical a toujours constitué un frein, la maîtrise des techniques de la dialyse hors centre est souvent liée à la collaboration CH /Associations. La réforme de l'accueil des internes avec la possibilité désormais ouverte d'effectuer leur stage au sein des associations présentes en dialyse hors centre doit permettre aux jeunes médecins de mieux connaître cette technique. Une vigilance pour une

meilleure répartition des postes reste impérative. La très grande disparité au sein des régions correspond souvent à un historique et à la volonté d'équipes médicales.

De nouveaux dispositifs de dialyse à domicile voient le jour au travers de la dialyse quotidienne sous certaines conditions. Cette nouvelle offre doit prendre sa place dans le panel des modalités de traitement. Une tarification adaptée est à imaginer et comme chaque technique de domicile, elle doit s'inscrire en partenariat avec la médecine de ville et dans un second temps avec les services des établissements de type EHPAD, USLD ou SSR.

Même si la dialyse à domicile n'est pas adaptée pendant tout le parcours du dialysé du fait en particulier des comorbidités associées et/ou du vieillissement, elle doit être retenue dès lors que cela est possible, et a priori en première intention dans un parcours forcément évolutif et souple tant sur les techniques que sur les modalités : la greffe et la dialyse, l'hémodialyse et la Dialyse Péritonéale, à domicile, en unités et en EHPAD. De ce point de vue, il y a lieu de souligner que les textes relatifs au développement de la DP dans les services de SSR restent à définir, dans le cadre des dispositions législatives nouvelles issues du I de l'article 34 du PLFSS 2014.

Des évolutions du mode de financement de la dialyse sont nécessaires : la clarification du contenu des forfaits (et notamment ceux qui relèvent de la néphrologie) et de l'ensemble des tarifs sera une étape indispensable tout comme le développement des études nationales de coûts et/ou études de référence pour l'ensemble des modalités de traitement (centre et hors centre) afin de disposer de données robustes.

Le financement fondé non plus à la séance, mais par nombre de patients par mois, intégrant le suivi néphrologique et éventuellement les transports, sont des pistes d'évolutions intéressantes à étudier et concerter. Une phase expérimentale est souhaitable afin d'évaluer les impacts tant organisationnels que financiers.

La notion de parcours de soins, qui implique également le suivi en ville, sera la bonne approche pour la FEHAP des sujets délicats comme celui de l'EPO qui n'a pas lieu d'être assimilé à l'épuration extra-rénale.

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 auprès 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 mesures soient prises pour corriger ces situations.

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

Une enveloppe exceptionnelle d'aide à la contractualisation a permis de corriger le financement des molécules onéreuses sorties de la liste en sus mais non réintégrées dans les tarifs de l'HAD pour l'équivalent de leur coût, contrairement au MCO. Pour l'année 2014, un mécanisme devrait être trouvé pour permettre l'intégration des coûts dans les tarifs des prises en charges concernés par la consommation des molécules concernées. La définition de cette méthode devra être non seulement transparente mais explicitée formellement pour la bonne compréhension des établissements consommateurs de ces molécules.

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

Cette question reste d'actualité bien qu'elle n'ait pas trouvée de réponse favorable dans un premier temps lors des échanges relatifs au périmètre de financement de l'enveloppe exceptionnelle d'aide à la contractualisation. En effet, il est constaté un décrochage important entre le coût de certains antibiotiques par exemple et le GHT moyen.

- 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

Cette question est récurrente et est reportée systématiquement à la redéfinition du modèle de financement de l'HAD ou au résultat de l'ENC. Pour autant, certaines prises en charge ne peuvent attendre un tel calendrier et pourraient trouver des solutions beaucoup plus rapides. Ceci permettrait de délivrer un signal positif dans le sens d'un encouragement au développement de l'HAD

Exemple pour 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, la FEHAP demande à nouveau la revalorisation du tarif de la transfusion sanguine de manière à la valoriser à son juste coût de réalisation. A tout le moins et comme pour le court séjour, la prise en charge du sang pourrait se faire en sus des tarifs et ne devrait pas supportée par le tarif HAD, non calibré pour à ce jour pour l'intégrer.

Au-delà de cet exemple particulier, l'ensemble des tarifs d'HAD doivent être réinterrogés dans le cadre des travaux sur l'ENC afin de s'inscrire dans le principe directeur de neutralité tarifaire.

Pour la FEHAP et à l'instar ce qui est écrit dans la note sur l'orientation d'appels à projet MERRI en SSR, la FEHAP estime que le secteur de la dialyse hors centre comme de l'HAD appelleraient des investissements intellectuels de même nature, avec des cohortes et des expertises professionnelles dont le centre de gravité, à la différence du MCO conventionnel et à de rares exceptions, ne se situe pas dans le vivier des PU-PH des CHU.

ii. L'évolution des forfaits annuels

Le taux d'évolution 2013 pour les forfaits annuels doit reconduire en 2014. Des travaux sont conduits actuellement sur l'évolution du modèle, il convient d'attendre leurs conclusions avant d'engager toutes évolutions des rémunérations correspondantes, 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.

La FEHAP est favorable à l'engagement d'une analyse conjointe et approfondie du coefficient géographique en Ile de France du point de vue de ses effets revenus entre Paris, Petite Couronne et Grande Couronne, avec une analyse à masse budgétaire IDF constante mais avec des scénarii de répartition différente.

Compte-tenu du souhait manifesté le 4 décembre par le représentant de la DGOS d'apporter de nouvelles ressources additionnelles à l'AP-HP avec ce mécanisme de coefficient modifié, ceci engage aussi et au préalable à une réflexion plus globale sur la faveur budgétaire globale dont

bénéficie l'AP-HP de la part de la DGOS (un tiers de financements MIGAC, dont des plus étonnantes et redondantes).

Nota Bene : l'AP-HP transmet son activité sous son FINESS juridique (celui de Paris), ce qui engendre d'autres asymétries à revoir.

Pour la FEHAP, le financement de la précarité pourrait, au lieu d'être lié à des MIG, être réinséré dans le cadre de l'échelle publique des tarifs et apporter des modulations sur des bases objectives, associant alors la zone géographique et les services rendus.

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

FIR et MIGAC :

18 mois après la création du FIR, les établissements de santé n'ont aucune visibilité sur l'attribution, par les agences régionales de santé, des montants affectés au FIR en 2012 et en 2013. En 2013, on note effectivement un élargissement considérable du périmètre du FIR, avec notamment l'intégration de dix nouvelles missions d'intérêt général (MIG) et le transfert des six catégories de gestion des aides à la contractualisation (AC), hormis les crédits correspondant à des investissements compris dans des plans ou des engagements nationaux.

Les MIGAC destinées aux établissements de santé et transférées au FIR ont ainsi plus que doublé entre 2012 et 2013. L'ensemble des MIGAC représentent plus de 12% de l'objectif de dépenses des établissements de santé. Leurs transferts croissants vers le FIR provoquent une grande inquiétude des établissements PNL concernant soit la perte de financements pour les établissements de santé sinon leur orientation au bénéfice quasi-exclusif des établissements publics de santé. Cette grande inquiétude doit être inscrite dans le cadre d'établissements de santé privés non lucratifs déjà soumis à un contexte économique très contraint, et dont les effets se cumulent depuis plusieurs années.

La FEHAP demande que le mécanisme d'attribution du FIR soit encadré, explicité et qu'un dispositif de suivi soit mis en place au plan national et régional afin de garantir la transparence sur les bénéficiaires, l'objet des attributions, soit in fine l'équité de ce financement.

Autres MIGAC :

La FEHAP souhaite ici rappeler tout l'intérêt du guide MIG qui rappelle des éléments de méthode indispensables à la bonne compréhension de tous les acteurs et vise à apporter pour chaque mission des référentiels communs 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, le travail d'objectivation des MIG doit se poursuivre et des redéploiements de crédits devraient être envisagés. A ce titre, la FEHAP souhaite que la DGOS puisse apporter au plus tôt une lecture des affectations régionales des MIG en 2013, en rapport aux secteurs d'appartenance : secteur public, privé non lucratif ex-DG, privé sous OQN.

C'est d'autant plus important dans le contexte de la fongibilité prévue à l'article 35 du PLFSS 2014 : pour la FEHAP, la contrepartie de la souplesse pour les ARS tient dans la transparence des affectations du FIR : pour quelle personne morale, pour quelle mission ou raison légitimes ?

Concernant le financement alloué au titre des **missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI)**, la FEHAP a salué l'ouverture du modèle à l'ensemble des établissements de santé qui participent à ces missions. Aussi, sans remettre en cause l'importance et la qualité de la recherche hospitalo-universitaire des établissements qui ont statutairement pour mission ces activités, la FEHAP souhaite souligner l'importance du financement de structures hors CHU portant un véritable essor de leur activité de recherche, notamment grâce des coopérations sous conventionnement, dynamique qu'il pourrait être dommageable de voir s'éteindre en cas de seuils d'accès au financement trop importants. Et ce notamment si l'on souhaite développer les recherches sur le parcours, par nature transversal. De même, cette ouverture a permis la prise en compte de nouveaux établissements dont certains comptent, notamment pour des raisons historiques, au sein de leurs personnels, des médecins libéraux. Or, certains de ces médecins, partie intégrante de l'équipe médicale, participent, comme leurs collègues salariés, aux activités de recherche de leur établissement, activités qui peuvent être reconnues au niveau national voire international. La FEHAP souhaite mettre en évidence l'importance de la prise en compte de cette participation à l'activité de recherche, notamment grâce aux publications.

La FEHAP est par ailleurs favorable à l'ouverture d'une réflexion sur la manière de prendre en compte l'activité d'enseignement des établissements. Pourrait ainsi être valorisée la maîtrise de stage dans les services non hospitalo-universitaires. En effet et en accord avec la 11^{ème} proposition rendue publique lors des 13^{es} assises nationales hospitalo-universitaires qui fait le constat de la nécessité en raison du contexte, *plus d'étudiants par enseignant, moins de lits par étudiants, d'ouvrir pour la formation des futurs médecins de nouveaux terrains de stages cliniques dans les hôpitaux non universitaires*, il semble donc opportun d'accompagner cette ouverture et de consolider les terrains actuels afin de permettre la formation des futurs médecins dans les meilleures conditions possibles (accompagnement financier et une charte d'accueil des étudiants à élaborer). D'autant que ces services ne disposent pas de praticiens universitaires et donc de la part de la rémunération de ceux-ci prise en charge par l'Université afin d'assurer des cours et l'encadrement des étudiants.

Par ailleurs la FEHAP et ses adhérents souhaitent travailler sur l'ensemble du champ notamment sur la dialyse et ce en articulation avec les expérimentations qui seront mise en œuvre dans le cadre du parcours des patients insuffisants rénaux chroniques (ex projet de télésurveillance à domicile de paramètres).

Concernant le Recours exceptionnel la FEHAP réserve son avis à la production des travaux qui doivent être envoyés aux fédérations par la DGOS concernant les différents scénarii envisagés.

L'évolution de l'allocation des crédits relatifs à la prise en charge des patients en situation de précarité :

La FEHAP est favorable à l'identification des situations de précarité qui sont de nature à modifier certaines prises en charge et leur durée. L'insuffisance actuelle de codage de la précarité à partir des possibilités cependant déjà existantes ne permet pas de tirer l'ensemble des enseignements, à cette étape, notamment sur le fait que cela constitue ou pas une CMA.

L'introduction de nouveaux codes, associée à des recommandations de codage, devrait permettre d'améliorer la qualité des données. Cependant, la FEHAP tient d'emblée à souligner les difficultés potentielles à disposer de certaines données permettant de coder les situations : en effet seules les assistantes sociales ou les services administratifs vont disposer de certaines informations.

Les modalités de recueil actuelles n'ont pas prévu que ces professionnels (assistantes sociales et personnels administratifs) alimentent ces données en vue de leur codage, ce qui va nécessiter de

revoir des organisations au sein des établissements. Il faudra bien retrouver clairement ces données pour justifier d'un codage de ce type (cf. contrôle CNAMTS).

La qualité du codage et l'exhaustivité ne pourront sans doute pas s'apprécier dès les premières exploitations.

Par ailleurs la FEHAP souhaite que l'effet CMA ne soit pas évalué uniquement sur la DMS la très grande précarité conduisant les patients à sortir contre avis médical. Aux Etats Unis par exemple, la précarité influence les modalités de prise en charge, les modalités de suivi des patients, les ré-hospitalisations, etc., et influe sur la performance des hôpitaux.

S'agissant des codages proposés, il semble nécessaire de préciser quelques définitions ou les circonstances de codage, et de prendre en compte aussi les difficultés de compréhension et d'adhésion aux soins des patients. La liste précise de ces informations vous a été transmise précédemment, dans le cadre du groupe de travail concerné.

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 liées à la perception de redevances, 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 4 % pour 2014 paraît adaptée aux consommations constatées dans les établissements concernés.

Concernant des critères supplémentaires pour affiner la gestion de l'inscription ou la désinscription de la liste en sus, la FEHAP propose qu'une réflexion sur un nouveau modèle médico-économique intégrant également les activités de recours et l'innovation puisse être menée, d'ores et déjà certaine que certains de ses adhérents seront volontaires pour l'élaboration d'une méthodologie.

4. Remarques complémentaires

Prise en compte du surcoût de charges sociales supporté par les établissements FEHAP

Le rapport IGAS de 2007 a estimé le coût du travail dans les établissements sanitaires antérieurement sous dotation globale (ex-DG), en comparant les différents statuts et conventions collectives. Le surcoût du travail supporté par les structures qui appliquent la Convention Collective Nationale de 1951 (CCN51) à 4,05% par rapport à la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

En 2009, le rapport du cabinet Auméras réalisé pour la mission T2A estimait ce surcoût à 6,18% pour les établissements privés non lucratifs, hors CLCC, comparativement à la FPH.

Si les méthodes retenues sont complémentaires, elles visent à rendre les éléments retenus comparables entre les structures, afin d'estimer au mieux les écarts de charges sociales réellement supportés par les établissements, selon leur statut ou la convention collective qu'ils appliquent. Il convient de souligner que le surcoût de 4,05% estimé par l'IGAS en 2007 conduit à un salaire moyen net inférieur dans le secteur privé non lucratif.

Pour le secteur antérieurement sous dotation globale, la tarification à l'activité n'a pas tenu compte de ce surcoût lors de la construction des tarifs des GHS, ni pour la réallocation des ressources entre les établissements concernés. Le secteur privé non lucratif se voit donc appliquer des tarifs et des forfaits équivalents à ceux du secteur public, alors même qu'il supporte des charges sociales plus importantes. Ce mécanisme désavantage directement les établissements concernés, et ce malgré leurs efforts de gestion permanents.

Ce surcoût de charges sociales n'est pas lié à l'application de la convention collective de 1951, puisque l'étude de l'IGAS affiche clairement des salaires nets moyens inférieurs de 0,19% comparativement à ceux de la FPH.

Depuis 2005, cette situation défavorise les établissements privés non lucratifs qui ont une activité MCO. Fin 2011, la valorisation de ce différentiel est estimée à 132,6 millions d'euros pour l'ensemble du secteur, y compris les CLCC. Ce montant repose sur la masse salariale MCO inscrite dans les retraitements comptables 2011 et le surcoût de 4,05% retenu par l'IGAS. Il s'élève à 92,6 millions d'euros hors CLCC.

Les établissements privés non lucratifs réalisent la même activité que les hôpitaux publics et participent, comme eux, au service public hospitalier. Il est donc essentiel d'assurer un financement équitable de leurs activités.

La FEHAP regrette également qu'à fin 2013, la répartition des crédits repose sur la situation des établissements constatée fin 2011. Ces iniquités de traitement sont renforcées par la distorsion entre les tarifs des GHS appliqués chaque année et les « tarifs issus des coûts » des séjours réalisés par les adhérents FEHAP.

Ce constat impose à la FEHAP de réitérer sa demande de reconnaissance de l'intégralité du surcoût social objectivé par l'IGAS en 2007, afin que l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier bénéficient d'un traitement équitable de la part des pouvoirs publics.

La FEHAP souhaite une répartition de l'enveloppe de soutien aux établissements privés ex-DG au prorata de la masse salariale MCO. Les établissements qui réalisent des efforts de gestion ne peuvent être pénalisés et supporter davantage le surcoût de leur masse salariale.

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 impérieuse 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 »).

La FEHAP demande que les documents dits de transparence de construction du modèle soient disponibles rapidement pour les établissements en distinguant bien les arbitrages qui ont déjà été faits par la DGOS et l'HAS.

USLD

La FEHAP constate qu'en 2013 aucune décision n'a été prise concernant le financement des USLD suite aux coupes réalisées en 2011

La FEHAP demande donc que la question des financements des USLD soit réexaminée avec :

- Suppression de la convergence
- Nouvelle évaluation à l'aide de l'outil PATHOS en 2014
- Prise en compte des particularités des publics accueillis et des conséquences en termes d'organisation (turn-over important du fait d'un public aux pathologies instables comme en témoigne les DMS courtes observées (de l'ordre de 6 mois)
- Prise en compte des nécessités d'encadrement pour les USLD disposant d'UHR et contrainte de renforcer les équipes au regard des publics accueillis
- Prise en compte du niveau d'exigence des processus et indicateurs qualité puisque les USLD rentrent dans le champ de la certification (exigences accrues si on compare aux attendus concernant les EHPAD)
- Prise en compte des exigences fixées comme prérequis concernant la continuité des soins IDE et médicale (cf arrêté de mai 2006)
- Meilleure prise en compte des réalités architecturales des établissements qui ont été « partitionnés » avec possible recalibrage des deux composantes USLD/EHPAD

La FEHAP demande à nouveau 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. Cela 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.

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 médico-techniques, que du point de vue des soins de bases ou des soins psychothérapeutiques.

L'accompagnement financier issu de l'équation tarifaire avec les données PMP et GMP de 2006 a été 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 règlementaires 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 réciproques concernant les USLD pour leur permettre de répondre à leur mission.