

11 mars 2014

Campagne budgétaire et tarifaire 2014 : la recherche d'efforts équilibrés, entachée d'une erreur manifeste d'appréciation sur les conditions d'intégration de l'EPO dans les tarifs de la dialyse hors centre.

Sur les annonces de campagne 2014 pour le secteur sanitaire, la FEHAP a préféré prendre le temps de la réflexion pour ses appréciations, notamment attendre la réunion ministérielle du 7 mars dernier ayant présenté la plupart des éléments d'information nécessaires.

D'emblée et dès la LFSS 2014, l'évolution de l'ONDAM comparée avec l'évolution mécanique des charges signalait la nécessité d'arbitrages difficiles, produisant mécaniquement des évolutions de tarifs à la baisse pour les soins de court séjour. La FEHAP donne volontiers acte aux pouvoirs publics que, dans cette épure très délicate, la construction de la campagne 2014 présente les mérites :

- De comporter des évolutions tarifaires moins baissières qu'en 2013,
- Avec une possibilité, au regard de prévisions de volumes élevées pour 2014, d'une restitution de la mise en réserve prudentielle, ce qui aboutirait à une stabilité des tarifs,
- Dans une recherche d'efforts équilibrés de tous les acteurs, en fonction notamment des évolutions d'activité 2013, ou du principe de neutralité tarifaire, ou du bénéfice du CICE pour certains.

L'évolution tarifaire légèrement positive du secteur de l'HAD et de la dialyse hors centre, cohérente avec leurs dynamiques de développement au titre des priorités des politiques de santé publique, reste ambiguë compte-tenu des difficultés d'intégration des molécules onéreuses dans les tarifs ou les forfaits. Concernant la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile, cette difficulté devient catastrophique en 2014. Force est d'écrire à cette étape que le résultat tarifaire 2014 est incompréhensible, très en-dessous des réalités et très en-deçà des propos tenus en amont par le Ministère sur le sujet en direction de la communauté professionnelle et des usagers lors des concertations préparatoires. Plus grave encore, le résultat est réellement incohérent, puisqu'il pénalise lourdement l'accompagnement des patients à domicile, économe pour les patients de temps de trajet, mais aussi pour l'assurance-maladie de transports sanitaires et de modalités de soins plus onéreuses.

Pour les secteurs des soins de suite et de réadaptation comme de la psychiatrie sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF), la FEHAP a noté que la participation de ces secteurs aux mises en réserve prudentielle en 2014 pourrait être plus faible qu'en 2013, ce qui est une évolution souhaitable car logique. En effet, ces enveloppes ne sont pas susceptibles de faire dépasser l'ONDAM, tandis que des enveloppes ouvertes qui dépassent ou peuvent dépasser (enveloppe de ville, enveloppes OQN) sont épargnées de cet effort : la FEHAP estime que les parlementaires pourraient s'intéresser à ce sujet au PLFSS 2015, et le reconsidérer.

Les informations sur le SSR et la psychiatrie sous DAF demeurent malheureusement limitées, le Ministère étant toujours très focalisé sur les seuls soins de court séjour, les choix budgétaires concernant le SSR et la psychiatrie n'intervenant en réalité que comme une déclinaison collatérale des options prises pour les enveloppes du court séjour et leurs équilibres. Pour la FEHAP, cette culture, cette habitude n'est pas en harmonie avec les énoncés d'une stratégie nationale de santé qui se voudrait moins hospitalo-centrée, et qui demeure en réalité encore très MCO-centrée.

La FEHAP souhaite rappeler que, chaque jour, il y a autant de patients soignés en SSR, en psychiatrie, en USLD, en HAD et en dialyse que dans des établissements de santé de court séjour (MCO) « conventionnels ».

Un comité de pilotage national sur le SSR a été constitué par le Ministère, et s'avère très productif ; il est très étonnant que tel ne soit pas encore le cas pour la psychiatrie également, en dépit des demandes répétées à ce sujet et de son importance.

Pour d'autres sujets, la FEHAP attend des éléments d'information complémentaire pour se définir. Tel est le cas de la politique tarifaire sur la chirurgie ambulatoire, qui requiert une analyse fine des mouvements tarifaires opérés, ou encore des évolutions tarifaires du secteur du SSR et de la psychiatrie sous OQN, ou enfin des unités de soins de longue durée.

Enfin et sur la dégressivité tarifaire, un projet de décret a été présenté aux fédérations hospitalières le 7 mars et la FEHAP a demandé que l'écriture réglementaire en projet évolue pour être en conformité avec les engagements de la Ministre devant le Parlement : à savoir que la mise en œuvre de dégressivités tarifaires auraient pour orientation l'amélioration de la pertinence des actes et des séjours hospitaliers. La référence actuelle du projet de décret à la mobilisation de « gains de productivité » comme critère d'application de la dégressivité tarifaire n'est pas cohérente avec la ligne directrice de la pertinence.