

Lors de la réunion du 18 décembre 2013, la DGOS a souhaité que chaque fédération représentative des établissements de santé donne son avis sur la mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité tarifaire qui serait appliqué dès 2014.

Avant tout, la FEHAP rappelle qu'une telle démarche n'est cohérente et justifiée que dès lors qu'elle est liée à l'appréciation de la pertinence des soins. En effet, toute augmentation significative de l'activité n'est pas nécessairement injustifiée et n'a donc pas lieu d'être sanctionnée financièrement du seul fait qu'elle existe. Cette ligne directrice de la pertinence des soins comme «raison d'être de la dégressivité tarifaire» a été confirmée lors des débats parlementaires par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, pour son adoption dans la LFSS 2014 : il y a donc lieu que les mesures de mise en application traduisent une hiérarchisation des enjeux et une sélectivité qui soient cohérentes avec cet engagement.

Dès lors que cette mesure figure dans la LFSS 2014, cela conduit la FEHAP à porter les éclairages suivants.

En premier lieu, la FEHAP estime judicieux que les réflexions au titre des mécanismes de dégressivité tarifaire soient mises en œuvre de manière très limitée en 2014, comme le représentant de la DGOS l'a indiqué lors de la réunion du 18 décembre 2013.

En second lieu, la FEHAP demande que soient écartées les activités en développement (les créations d'activité, les nouvelles autorisations, les fusions et recombinaisons constatées sur la période de référence), ainsi que les établissements se trouvant en situation de monopole sur un territoire donné. Les activités soutenues par des politiques de santé publique doivent elles aussi être exclues du dispositif, à savoir, la dialyse hors centre, les activités d'hospitalisation à domicile, la cancérologie et notamment la radiothérapie du fait de l'asymétrie tarifaire de ce secteur, la chirurgie ambulatoire ainsi que les GHS déjà pénalisés par l'échelle tarifaire au regard de l'échelle de coûts (étude ATIH sur les tarifs issus des coûts). De même, les établissements isolés doivent être exclus d'un tel mécanisme.

En troisième lieu, la DGOS a souhaité que les fédérations répondent à un certain nombre de questions formulées lors de la réunion de concertation du 18 décembre dernier.

1. La période de référence à retenir pour calculer le taux d'évolution de l'activité ?

Pour la FEHAP, la période de référence qui semble la plus pertinente est de deux années minimum. En effet, apprécier seulement sur une année d'activité ne permet pas de lisser les évolutions conjoncturelles de l'activité d'une structure (par exemple, le départ ou l'arrivée d'un praticien, la fermeture ponctuelle d'un service pour travaux, etc.).

2. Le seuil qui pourrait être fixé au-delà duquel le tarif minoré s'appliquerait ?

Pour ce dispositif, le seuil national ne peut être inférieur à 4,5% d'évolution, par rapport à la période de référence.

3. Le taux de minoration qui serait appliqué aux GHS au-delà du seuil ?

Compte tenu des éléments disponibles, la FEHAP ne peut se positionner sur cette question. Ce taux dépend de la politique retenue pour 2014. Or l'enveloppe dédiée aux mesures nouvelles n'a pas été communiquée aux fédérations, de même pour ce qui concerne les mesures d'économies en construction qui seront arrêtées pour la prochaine campagne tarifaire, notamment au titre dudit mécanisme de dégressivité tarifaire.

Quand bien même ces paramètres seront connus, il semble important de préserver les recettes des établissements dont les charges ne cessent de croître, même à activité constante.

4. Faut-il fixer une enveloppe minimum et une enveloppe maximum, par établissement, pour encadrer le dispositif ?

Pour la FEHAP, il semble incohérent d'une part, de définir un seuil au-delà duquel un établissement pourrait être sanctionné parce qu'il a réalisé un volume d'activité trop importante et d'autre part, d'appliquer un mécanisme associant un principe d'enveloppe minimum et d'enveloppe maximum sur un tel dispositif.

Enfin, la FEHAP s'interroge sur l'équité d'un tel dispositif. Les simulations qu'elle a pu réaliser sur la base des données d'activité 2011 à 2013 laissent entrevoir que les plus importants contributeurs aux dépenses relatives aux activités de soins dans les établissements, soit les CHR, ne seraient que très peu, voire pas du tout, impactés par le futur dispositif que vous souhaitez mettre en place. En revanche, il apparaît que les établissements FEHAP contribueraient significativement alors même qu'ils sont confrontés à des charges non prises en compte dans les tarifs des GHS (surcoût de charges sociales, TVA, ...).

Nombre d'établissements au-delà des seuils étudiés, par catégorie :

	CHR	CH	FEHAP ex-DG	FEHAP ex-OQN	Autres ex-OQN
Seuil 4,5%	3 (9%)	95 (22%)	35 (31%)	4 (40%)	136 (26%)
Seuil 3%	7 (21%)	155 (36%)	46 (42%)	5 (50%)	199 (39%)

Source e-pmsi 2011 à septembre 2013

Annexe

Réflexion de la FEHAP sur la mise en œuvre d'une dégressivité tarifaire, exemple pour la dialyse

En liminaire, pour la FEHAP, la non dégressivité des tarifs en dialyse hors centre doit être défendue en priorité. Néanmoins il pourrait être proposé une piste de réflexion sur la dégressivité des tarifs de dialyse en centre pour les établissements ayant une très forte activité de dialyse hors centre, dont l'UDM.

Limiter l'augmentation d'activité de dialyse reviendrait à limiter l'accès à un soin vital pour des patients atteints d'une maladie chronique mortelle, l'insuffisance rénale chronique terminale. L'IRCT connaît une progression de l'ordre de 4% par an. C'est une réalité épidémiologique et non pas un développement induit par l'offre : aucun patient n'est dialysé sans nécessité absolue.

Appliquer le principe de dégressivité tarifaire à la dialyse, toutes modalités confondues, reviendrait à limiter d'une certaine façon les soins aux nouveaux patients arrivés, ce qui, du point de vue de la FEHAP, n'est pas acceptable.

Toutefois, la dégressivité tarifaire appliquée à la dialyse en centre ne peut éventuellement s'envisager que sous forme expérimentale pendant deux à trois ans, de la façon suivante : une dégressivité sélective pour les modalités de dialyse en centre lourd pourrait être mise en place, de façon à favoriser l'orientation vers les modalités de dialyse hors centre : UDM, qui permet l'assistance des patients, dialyse péritonéale ou autodialyse, voir hémodialyse à domicile. C'est cette stratégie qui a été mise en place en Belgique, non pas de façon négative mais de façon positive, puisqu'il y a eu une incitation financière avec des bonus appliqués au forfait en fonction des orientations de passage en dialyse hors centre. Ainsi en Belgique, la tarification d'hémodialyse en centre se voit revalorisée de façon très significative si le nombre de patient en dialyse alternative est de plus de 25%.

Si en France le principe est celui d'une dégressivité tarifaire, il apparaîtrait donc cohérent qu'elle ne soit appliquée qu'au centre, et sous condition que les alternatives en dialyse hors centre se développent. Néanmoins, la prudence est de règle pour cette dégressivité du tarif centre : effectivement, il apparaît important de pouvoir adapter les capacités de dialyse en centre à des établissements ayant une très forte activité de dialyse hors centre, et notamment d'UDM, de façon à pouvoir assurer les replis d'UDM en structure plus lourde en cas de dégradation de l'état de santé nécessitant une présence médicale permanente.

Ne pas anticiper ce sujet serait pénalisant pour la continuité, la qualité et la sécurité des soins qui doivent prévaloir en dialyse hors centre. Il pourrait donc être envisageable de prévoir une fourchette optimale de Dialyse en centre à atteindre pour les établissements faisant en propre ou par convention peu de hors centre. Dans tous les cas, il conviendra de ne pas appliquer une dégressivité tarifaire aux activités hors centre.