

## Conseil de l'hospitalisation du 30 novembre 2011

### 1) Détermination des objectifs de dépenses et des dotations nationales

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

Pour 2011, la FEHAP souhaite que les mesures nouvelles soient accordées en priorité pour l'enveloppe tarifaire et demande enfin la production des études « complémentaires » objectives afin d'évaluer les écarts de coûts entre les 3 secteurs avant tout nouvel effort de convergence. Cette démarche doit être menée en amont et indépendamment de tout arbitrage politique impactant l'évolution des tarifs et dotations.

#### 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. 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 2012 doit, du point de vue de la FEHAP, viser la lisibilité pour les gestionnaires, ce qui suppose une continuité et une stabilité tarifaires.

Avec un ONDAM hospitalier initialement prévu à +2,7% pour 2012, le ministère de la santé proposait la répartition suivante pour les mesures d'économies :

- 100 millions d'euros au titre de la convergence tarifaire,
- 150 millions d'euros au titre de l'amélioration de la performance,
- 145 millions d'euros relevant de la rationalisation des achats,
- 30 millions d'euros issus de l'évolution des tarifs des médicaments et DMI facturés en sus des GHS
- 25 millions d'euros au titre de la lutte contre la fraude

L'affectation prévisionnelle des mesures d'économies fait clairement apparaître une iniquité de traitement entre les activités MCO et celles de SSR et de santé mentale, mais également entre le secteur ex-DG et celui antérieurement sous OQN.

Le contexte particulièrement rigoureux qui s'annonce pour les prochaines années 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.

La FEHAP rappelle également que la convergence tarifaire doit être conduite au regard des études explicatives des écarts tarifaires constatés entre les deux secteurs.

Les efforts de convergences imposés depuis plusieurs années aux établissements ex-DG MCO reposent uniquement sur la volonté politique de faire converger les tarifs des GHS, sans qu'aucune légitimité économique n'ait pu être objectivée. Ces arbitrages conduisent à s'écarter chaque année davantage de l'objectif initial de la réforme de la tarification à l'activité qui consister à rendre le système de financement plus objectif et équitable entre l'ensemble des structures.

Enfin, la FEHAP rappelle 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'€.

### **c) Les modalités de mises en réserves**

Une mise en réserve de 415 millions d'euros est prévue afin de respecter au mieux d'objectif qui sera fixé pour 2012.

Si la FEHAP partage la nécessité de respecter au mieux l'évolution des dépenses des établissements de santé, elle regrette que le mécanisme arrêté pèse autant sur les activités MCO et plus particulièrement sur les tarifs des GHS, puis sur les ressources allouées au titre des MIGAC. Ce mécanisme semble créer une distorsion de la répartition de l'enveloppe MIGAC entre les trois secteurs. A titre d'exemple, entre 2009 et 2010, si la sous-enveloppe AC a globalement diminué d'environ 7%, les établissements FEHAP ont perçu 25% de financements AC en moins entre ces deux années. Par ailleurs, les provisions excessives réalisées les années précédentes n'ont pas été restituées aux établissements ni en fin d'année, ni lors de la construction de l'objectif des dépenses de l'année suivante. Cet arbitrage pénalise d'autant plus le secteur sanitaire, déjà contraint à d'importants efforts de gestion.

Pour 2012, il conviendra de répartir l'« éventuel dégel » au prorata de la part respective de chacun des 3 secteurs.

Par ailleurs, et conformément aux engagements du Ministre Monsieur Xavier Bertrand fin 2010, il convient de reconduire les financements alloués en 2011 et d'inscrire la seconde tranche de compensation dès la première circulaire tarifaire 2012 et selon les critères d'allocation arrêtés début 2011. Au regard de l'activité MCO 2010, la valorisation globale du différentiel de charges sociales, pour l'ensemble des établissements privés non lucratifs, y compris les CLCC, s'élève à 110 millions d'euros. Cette enveloppe devra donc être épargnée des mises en réserves.

## **2. 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**

S'agissant des évolutions de la CMD 14, la FEHAP prend acte de la création de listes de niveaux de sévérité qui pourrait entraîner une amélioration des rémunérations des GHS pour des accouchements prématurés, plus ou moins complexes. Mais le risque de la poursuite d'une baisse du niveau de rémunération de l'accouchement par voie basse sans complication, notamment les grossesses gémellaires, n'est pas à écarter.

Il convient de remarquer que les racines des GHM 14Z16 : faux travail/MAP (50000 séjours /DMS 6 jours) et 14Z17 d'antepartum (1000 séjours/DMS 4,4 jours) à forts effectifs mériteraient 2 niveaux de

classification ou des bornes de séjours. Pour inciter aux retours précoces aux domiciles des accouchements par voie basse ou des césariennes, la FEHAP souhaiterait corriger le caractère contre incitatif des bornes basses des séjours. Pour les GEU, césariennes et autres groupes chirurgicaux de la CMD 14, les réinterventions au cours du séjour, devenues fréquentes, devraient être prises en considération en classant des actes secondaires dans les CMA. Une simplification, dans le choix du recueil de l'âge gestationnel en fonction de la dernière date des règles, des dates des actes, devrait être opérée.

La logique de la classification basée sur l'apurement des listes d'actes « lourds » du GHM 14C03Z « accouchement par voie basse avec autres interventions » et la segmentation des séjours à partir de l'âge gestationnel, pour les accouchements, les césariennes, l'ante- ou le post-partum, les grossesses extra-utérines (GEU), devront être confrontées à leurs impacts sur les nouveaux tarifs lorsqu'ils auront été déterminés après simulation.

Concernant la CMD 15, il est difficile de mesurer l'impact précis, sur les tarifs, de ces modifications de segmentation des niveaux de sévérité sur les transferts précoces, la chirurgie des nouveau-nés et l'élargissement du périmètre de la CMD 15, notamment en raison de l'insuffisance de description des groupes 1 à 10 pour lesquels il manque les poids de naissance et les modes de sorties.

La FEHAP est très attachée à l'amélioration du codage telle qu'elle nous est présentée et qui s'inscrit dans la perspective d'une meilleure description de la prise en charge à laquelle il convient de s'associer. Toutefois la validation des modifications de la classification des CMD 14 et 15 ne peut s'opérer que sous réserve d'une simulation de ces effets sur les tarifs des GHS concernés.

### **3. 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 et homogène entre les deux secteurs doit être conduit dès 2012.

Globalement, il conviendrait de retenir une évolution des ressources fixée entre 2% et 2,5% pour l'ensemble de ces activités.

Il apparaît essentiel de limiter au mieux les effets revenus entre les établissements qui découleront du changement de mode de financement dès lors que le modèle cible sera déployé. C'est pourquoi la FEHAP ne souhaite pas de nouvel ajustement du modèle transitoire au niveau national. Pour 2012, elle recommande l'application d'un taux d'évolution des ressources SSR identique pour l'ensemble du secteur, et non d'une nouvelle modulation de l'IVA. Parallèlement, la FEHAP préconise une gestion des situations particulières de certains établissements directement par les ARS, à travers la délégation d'une marge de manœuvre régionale dédiée au SSR.

Cette marge de manœuvre permettra notamment de tenir compte des situations suivantes :

Le financement des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux personnalisés en soins de suite et de réadaptation :

Le secteur des soins de suite et de réadaptation sous dotation annuelle de financement (hôpitaux publics et ex-PSPH) est très pénalisé par la non-possibilité d'une facturation en sus de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux personnalisés. La charge macro-économique n'est pas très élevée, mais la concentration sur quelques établissements très exposés est importante. La FEHAP demande que soient réglées dès 2012 les situations les plus difficiles, qui comportent un risque d'éviction pour les patients.

Le financement des consultations externes en SSR et des TCA :

Les actes et consultations externes n'étant pas recueillies dans l'information médicale, la valorisation correspondante ne peut être discernée du reste de l'activité des établissements SSR sous DAF. Cette activité externe peut s'avérer importante pour certains établissements qui assument ces prises en charge dans un objectif de bonne couverture des besoins en soins de la population et qui s'en retrouvent malheureusement pénalisés financièrement. Dans l'attente du passage effectif à la tarification à l'activité dans le champ SSR, il convient donc que les ARS tiennent compte de ces situations particulières lors de l'allocation des crédits entre les structures SSR sous DAF.

De la même façon, l'activité de traitements et cures ambulatoires (TCA) n'est pas concrètement financée puisqu'également incluse dans la DAF. Cette notion de TCA reconnue par la circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR en tant que mode de prise en charge envisageable en SSR, niveau intermédiaire entre les consultations et actes externes, d'une part, et l'hospitalisation de jour d'autre part. La FEHAP souhaite que soit clarifiée cette notion et ce d'autant qu'à la différence des consultations et actes externes, le recueil PMSI SSR permet de suivre cette activité.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge représente un surcoût pour les établissements ex DG, et pour lesquels il conviendra de dégager une enveloppe d'accompagnement.

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 2012 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 2012.

#### **2. Modulations tarifaires et évolutions tarifaires ciblées**

##### **Sur le champ de la chirurgie ambulatoire :**

Il apparaît nécessaire d'encourager les établissements à privilégier les prises en charge en ambulatoire. Mais l'incitation tarifaire ne peut être le seul levier pour garantir le développement de ces activités en toute sécurité. Un accompagnement organisationnel qui permet d'adapter le parcours du patient aux contraintes de l'ambulatoire s'avère indispensable. Les actions menées en ce sens par la DGOS et la CNAMTS doivent donc être poursuivies et renforcées, avec le soutien de l'ANAP et en lien avec les travaux de la HAS.

La FEHAP insiste sur la nécessité de déployer un dispositif complet et cohérent qui permette aux établissements d'adapter leur organisation, tant au bloc qu'à l'accueil des patients, pour développer la part de leur activité ambulatoire.

Les différents points de ce dispositif (organisation, financement et communication) doivent être opérationnels conjointement et non successivement. La FEHAP s'oppose à toute nouvelle contrainte financière imposée sans orientations organisationnelles qui soutiennent les établissements dans leur démarche de substitution des prises en charge non ambulatoires vers celles de moins d'une nuit.

La FEHAP souhaite que les signaux adressés aux établissements soient judicieusement coordonnés, y compris sur le plan réglementaire. Ainsi et dans le projet de décret relatif aux conditions techniques d'implantation et de fonctionnement des établissements et services autorisés en chirurgie, la FEHAP souhaite :

- Que la notion de « moyens soignants dédiés » aux activités ambulatoires soit revue, car elle est contre-productive pour la fluidité de l'organisation chirurgicale et son évolution ;
- Que la notion de convention de repli obligatoire entre services de chirurgie ambulatoire ne disposant pas d'hospitalisation complète et les services qui en disposent, ne soit pas l'occasion pour ceux autorisés en hospitalisation complète de « bloquer » un établissement potentiellement concurrent en ambulatoire et naturellement plus « avancé » ; aussi l'éventuel refus de conventionner devrait subir l'obligation d'être explicite et motivé, et soumis en cas de conflit à l'arbitrage de l'ARS ;
- Que les dispositions spécifiques relatives à la nécessité d'orientation vers des services spécialisés en chirurgie pédiatrique soient reconsidérées, pour les actes susceptibles d'être réalisés en ambulatoire mais également pour les autres, du point de vue des tranches d'âge comme des indications.

Dès lors que l'ensemble des leviers sont déployés simultanément, les tarifs des activités ambulatoires doivent répondre aux contraintes suivantes :

- Garantir le coût de ces prises en charge

La FEHAP attire l'attention de la DGOS sur les limites plusieurs fois énoncées quant au coût des séjours sans nuitée tels qu'ils apparaissent dans l'ENC. Les règles actuelles de déversement de certaines charges sous-estiment le coût de ces prises en charge.

- Etablir un mécanisme progressif qui laisse le temps aux établissements d'adapter leur organisation.
- Tenir compte du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire propre à chaque type d'activité, en s'appuyant, par exemple, sur l'analyse du PMSI présentée dans l'étude de la DREES. La HAS devra être associée à ces réflexions.

Concernant la proposition de la FHP de mettre en œuvre un modificateur pour les praticiens privilégiant l'ambulatoire, la FEHAP s'oppose à cette proposition, d'une part car les médecins travaillant dans les établissements privés non lucratifs sont très majoritairement salariés et cela aboutirait à une dissymétrie, d'autre part car l'augmentation du volume d'activité qui peut découler de la substitution des hospitalisations d'au moins une nuit vers l'ambulatoire entraînera un accroissement des honoraires des médecins concernés.

#### **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 le champ de la dialyse :**

La HAS va élaborer dans le cadre de son programme de travail 2010/2011 un rapport d'évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France. Cette évaluation a pour objectif de comparer des stratégies de prise en charge fondées sur l'analyse des parcours de soins des patients insuffisants rénaux chroniques terminaux. Cette réflexion s'inscrit dans le cadre de la volonté de développer les alternatives à la dialyse en centre et notamment la dialyse à domicile, ce que la FEHAP encourage depuis de nombreuses années. La FEHAP souhaite que soient levés les freins au développement du hors centre par une reconnaissance de la dialyse de proximité et notamment de la Dialyse Péritonéale, démarche qui doit s'inscrire 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. Les orientations nationales qui figurent dans la circulaire DGOS du 1<sup>er</sup> août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration SROS-PRS préconise aux régions d'améliorer l'accès aux soins en rééquilibrant l'offre sur les territoires : diversifier et renforcer l'offre de proximité, favoriser les prises en charge en **unité de dialyse médicalisée (UDM) de proximité, faciliter le développement de l'hémodialyse à domicile et de la dialyse péritonéale modalité qui demeure en recul en France, la FEHAP souhaite d'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.

#### **Sur le champ de l'HAD :**

La FEHAP souhaite le maintien du dispositif actuel jusqu'à la fiabilisation du dispositif, notamment à partir de la révision de la méthodologie de l'ENC HAD.

### 3. Modalités de la convergence ciblée

La campagne tarifaire 2012 sera marquée d'une part par une évolution significative de la classification des prises en charge en obstétrique et des enfants de moins de un an, d'autre part une nouvelle incitation au développement de la chirurgie ambulatoire. Ces modifications auront mécaniquement un impact tarifaire non négligeable pour les établissements qui les obligera à un nouvel effort d'économies.

Parallèlement, la FEHAP rappelle son opposition quant à la poursuite du processus de convergence ciblée, dès lors que les éclairages nécessaires expliquant les écarts tarifaires entre les secteurs ex-DG et ex-OQN n'ont pas été réalisés.

Néanmoins, si une nouvelle étape de convergence ciblée devait être réalisée en 2012, elle devra respecter les contraintes suivantes :

- Porter sur des GHS non impactés les deux dernières années par la convergence ciblée, pour ne pas alourdir davantage l'iniquité de traitement entre les établissements du secteur ex-DG
- Ecarter les activités de chirurgie ambulatoire qui pourraient faire l'objet d'une incitation tarifaire
- Intégrer les GHS des niveaux 2, 3 et 4 dès lors que les pratiques sont comparables entre les 2 secteurs
- Vérifier que l'erreur d'échantillonnage soit inférieure à 10% pour chacun des GHS retenus, et ce pour les résultats de l'ENC du secteur vers lequel sera estimée la valeur cible du GHS
- Vérifier que l'âge moyen des personnes prises en charge dans chaque secteur soit équivalent
- S'inscrire dans l'effort financier de 100 millions d'€ fixé dans le cadre du PLFSS 2012, qui tient compte de l'augmentation d'activité attendue en 2012 sur les GHS ciblés (effet volume). En effet, l'annexe 4 du rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire indique qu'en 2010, sur 10 mois d'activité, l'effort d'économies réalisé au titre de la convergence ciblée s'élève à près de 160 millions d'€. Cette mesure a donc entraîné un effort supplémentaire d'environ 10 millions d'€, par rapport à l'objectif attendu, et l'effet de cette mesure se prolonge sur les 2 premiers mois d'activité 2011. L'effet volume doit donc dorénavant être intégré à la baisse tarifaire réalisée au titre de la convergence ciblée.

Enfin, aucun secteur ne doit être davantage impacté, ni préservé financièrement que les autres. La FEHAP tient ici à rappeler que la campagne tarifaire 2011 a particulièrement protégé la situation financière de quelques établissements. En effet, comme indiqué dans le tableau ci-dessous, les CLCC n'ont supporté aucune baisse tarifaire globale, à volume d'activité constant par rapport à 2010. Une telle disparité de traitement au sein du secteur sanitaire apparaît irrecevable, et ce d'autant plus dans un contexte économique contraint.



**Activité 2010 classée d'une part en version 11b et valorisée aux tarifs 2010  
d'autre part classée en version V11c et valorisée aux tarifs 2011**

GHS, suppléments (hors MO et DMI) - en milliers d'€

Catégories	nb établissements	nb séjours et séances	Dont nb séances	Recettes 10	Recettes 11	écart GHS et suppléments	Evolution 2010-2011	Evolution 2010-2011 y compris DMI
AP-HP	1	1 129 860	320 383	2 611 523	2 581 323	-30 201	-1,2%	-1,4%
CHR	30	3 745 007	1 210 770	8 381 305	8 310 291	-71 014	-0,8%	-1,6%
CLCC	20	1 156 107	1 017 119	832 895	833 474	579	0,1%	0,1%
GCS	3	19 638	512	44 134	43 004	-1 130	-2,6%	-2,5%
CH	449	7 536 331	2 203 355	14 783 729	14 533 567	-250 162	-1,7%	-1,8%
FEHAP	98	1 024 041	281 549	2 197 255	2 162 863	-34 392	-1,6%	-1,8%
Autres EBNL	24	99 030	79 378	189 089	187 282	-1 807	-1,0%	-0,9%
SSA	9	129 241	34 204	284 889	279 927	-4 962	-1,7%	-1,9%
<b>Ensemble</b>	<b>634</b>	<b>14 839 255</b>	<b>5 147 270</b>	<b>29 324 819</b>	<b>28 931 731</b>	<b>-393 088</b>	<b>-1,3%</b>	<b>-1,6%</b>

Source PMSI 2010

Dès la prochaine campagne tarifaire, il convient donc de faire supporter l'effort d'économies attendu par l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut.

La réforme de la T2A en MCO avait pour objectif initial d'homogénéiser le financement des activités entre les établissements. Or les évolutions tarifaires constatées depuis plusieurs années font apparaître non seulement une déconnexion entre les coûts estimés et les tarifs fixés, mais également une survalorisation des prises en charges les plus lourdes ou ciblées, au détriment des activités plus généralistes pourtant indispensables à l'offre de soins.

*ii. L'évolution des forfaits annuels*

Compte tenu de l'activité 2011 des établissements, le taux d'évolution retenu l'an passé pour les forfaits annuels peut être reconduit en 2012, soit +2,7%.

*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.

**4. La dotation MIGAC**

**a. 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 estime que le contenu de l'enveloppe MIGAC, reposant essentiellement sur les déclarations des établissements, doit être objectivé et harmonisé de façon équitable entre l'ensemble des structures concernées. La FEHAP se tient à la disposition du ministère pour participer aux travaux nécessaires sur ces sujets.

Concernant le financement alloué au titre des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI), la FEHAP note l'avancée du modèle vers un traitement identique des établissements quelle que soit leur catégorie (décote du socle fixe appliquée à tous les



établissements), allant dans le sens de nos demandes et de celles de nos adhérents. Cependant, la FEHAP maintient, comme elle l'a fait les années précédentes, que rien ne justifie la différence de 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.

**b. 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 ne souhaite ajouter aucune activité sur la liste des missions d'intérêt général et soutient le ministère dans la démarche qu'il mène actuellement sur les « MIG cancer » en vue d'harmoniser ces crédits entre les établissements concernés.

Par ailleurs, la FEHAP ne souhaite aucun transfert entre les enveloppes tarifaires et MIGAC avant la réalisation de l'ensemble des « études complémentaires » pour éviter toute démarche séquentielle conduisant à des mouvements financiers contradictoires avant le terme de la convergence intersectorielle.

**5. 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 5 % pour 2012 paraît adaptée aux consommations constatées dans les établissements concernés.

**6. 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 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 chiffre 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, vous comprendrez l'urgence pour nos adhérents de disposer d'un traitement équitable dans l'allocation des crédits qui seront versés au titre de la réforme LMD.

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'€