

Lettre aux Parlementaires

La FEHAP dans le débat public

OCTOBRE 2010 >>

N°2



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS



edito

La campagne 2010 a été particulièrement pénalisante pour les établissements de santé Privés à but Non Lucratif (PNL) de court séjour, ce qui a conduit la FEHAP à s'interroger sur la volonté réelle des pouvoirs publics de soutenir la pérennité du secteur PNL qui participe pourtant activement à la prise en charge médicale de la population et aux différentes missions de service public. Dans le cadre du PLFSS 2011, la FEHAP insiste sur le fait que l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux soient traités de façon équitable et transparente, condition d'adhésion aux politiques publiques. La FEHAP insiste également pour que la coopération sanitaire et médico-sociale puisse être relancée, dans une dynamique d'efficacité et de maîtrise des dépenses, dans le cadre d'amendements proposés au PLFSS. Cela tient au fait que la loi HPST concernant les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), et l'ordonnance de coordination HPST du 23 février 2010 concernant les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) ont tout bloqué sur le terrain des coopérations. En effet, ces textes ont fait des GCS et des GCSMS des instruments ambigus, toujours susceptibles d'évoluer vers l'absorption du partenaire minoritaire, public ou privé, ce qui active évidemment toutes les résistances à entrer dans un dispositif coopératif.

Antoine Dubout, Président

PLFSS 2011

Les enseignements de 2010 pour 2011: Analyses et propositions de la FEHAP

Réalisme de l'ONDAM et chiffrage de la réforme Licence Master Doctorat (filière infirmière)

Les estimations du Ministère concernant l'impact financier de la transposition du protocole du 2 février 2010 à la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 sont très inférieures à celles de la FEHAP. Alors que le Ministère retient un impact de 167 millions d'euros pour l'ensemble du secteur privé et pour l'ensemble des paramédicaux, la FEHAP estime le surcoût pour ses adhérents à environ 180 millions d'euros, sur l'ensemble de la période

de la réforme, et uniquement pour les infirmières. La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) évalue également cet impact à 180 millions d'euros pour ses adhérents, les établissements de santé privés commerciaux. Même si l'année 2011 ne tient compte que de 20 % de l'impact de cette réforme, il est donc nécessaire pour la sincérité de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) 2011 et des suivants que soit réévalué l'impact de

la transposition sous peine de voir la situation financière des établissements de santé publics et privés se dégrader significativement, de même que les conditions d'emploi des infirmiers et leur pénibilité d'exercice (réduction du nombre d'emplois pour compenser l'augmentation non financée, non remplacement des départs et des absences, tensions avec les autres paramédicaux en attente de leur propre adaptation LMD, ...).

Coefficient correcteur du différentiel de charges sociales public-privé en court séjour

Pour mettre un terme au désavantage injuste qui touche les établissements privés non lucratifs, la FEHAP demande qu'un coefficient correcteur soit instauré pour tenir compte du différentiel de charges sociales. Contrairement à ce qui avait été affirmé par la Ministre de la Santé et son équipe dans le cadre des débats sur le PLFSS 2010, la compensation du différentiel de charges sociales sur la base du chiffre de l'IGAS de 4,05 % a été chiffrée à 77 millions d'euros et n'augmente pas les dépenses d'assurance maladie, s'agissant d'un redéploiement entre les hôpitaux publics et les établissements privés non lucratifs ex-PSPH, relevant de l'échelle publique des tarifs. Le Ministère de la Santé a fait mener d'autres études portées à la connaissance de la FEHAP en septembre 2010 (DREES, Cabinet Aumeras) :

elles confirment les dires de la FEHAP et de l'IGAS et amplifient le constat en portant le chiffre du différentiel à un désavantage du privé de 6,18 %, soit alors un impact de 139 millions d'euros. Au regard du double paiement par l'assurance maladie de l'activité libérale des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé, qui représente 200 millions d'€, ou encore de la prise en charge par l'employeur AP-HP de 50 % des charges sociales de ses agents, soit 53 millions d'euros, il ressort clairement que la prise en compte du différentiel de charges est un ajustement objectif et d'équité.

Par rapport au libellé de l'amendement adopté en 2010 par la commission mixte paritaire, après son adoption par le Sénat, la rédaction a été adaptée pour retirer la dimension fiscale du diffé-

rentiel. Elle est réelle mais elle n'est pas encore objectivée et confirmée comme l'est le différentiel de charges sociales, et elle est, pour une large part, liée à la fiscalité locale différente entre établissements publics et privés. L'amendement intègre aussi la nécessité de tenir compte également du différentiel de charges sociales pour les tarifs - 21 en 2010 - qui sont désormais en convergence totale entre les trois secteurs d'hospitalisation.

Pour apporter une bonne visibilité au lecteur, cette lettre adoptera un code couleur bien identifié :

Soulignées en vert, les questions bien orientées du point de vue de la FEHAP

En jaune orangé, les dossiers en « situation intermédiaire », encore en travaux.

En rouge, les sujets marqués de grandes difficultés, appelés à de nouveaux débats parlementaires

Une campagne tarifaire 2010 fortement pénalisante pour les structures adhérentes de la FEHAP

Pour 2010, la volonté ministérielle affichée était de mettre en œuvre une campagne tarifaire MCO globalement stable, et dans la continuité de celle de 2009, car celle de 2009 avait connu de nombreux avatars (débasage important des tarifs pour alimenter les Missions d'Intérêt Général d'Aide à la Contractualisation

(MIGAC), pénalisation des séjours de courte durée, des établissements avec des activités pointues de surveillance continue, etc...). Mais l'analyse de l'impact des ajustements réalisés sur la classification des Groupes Homogènes de Malades (GHM) et les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) révèle une

forte hétérogénéité de traitement entre les différentes catégories d'établissements relevant de l'échelle publique des tarifs, comme le détaille le tableau suivant :

Catégorie	Nombre d'établissements	Nombre de séjours / séances	Recettes 2009	Recettes 2010	Différence 2009 / 2010	Evolution 2009 / 2010
AP-HP	1	1 139 140	2 107 809 235	2 115 400 670	7 591 435	0,4%
autres PNL	28	105 672	197 173 402	194 143 444	-3 029 958	-1,5%
CH	449	7 471 155	13 486 016 281	13 320 547 128	-165 469 153	-1,2%
CHR	30	3 721 108	7 232 006 123	7 260 126 652	28 120 529	0,4%
CLCC	20	1 304 693	847 873 667	849 407 768	1 534 101	0,2%
FEHAP	97	1 011 415	2 013 800 071	1 994 521 270	-19 278 801	-1,0%
SSA	9	123 055	246 816 703	245 316 761	-1 499 942	-0,6%
Ensemble	634	14 876 238	26 131 495 481	25 979 463 693	-152 031 788	-0,6%

Valorisation de l'activité 2009, hors suppléments

Source PMSI MCO 2009

Au-delà de cette diminution générale de 150 millions d'euros de la masse tarifaire allouée aux établissements ex-Dotation Globale (ex-DG), la campagne 2010 apparaît particulièrement favorable pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (y compris l'AP-HP) et les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), au détriment des Centres Hospitaliers (CH) et de l'ensemble des établissements privés non lucratifs (les « autres PNL » sont les établissements de la Croix-Rouge Française, de l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGE-CAM), appliquant une autre convention collective que celle de la FEHAP. La FEHAP s'interroge donc sur la volonté

réelle du Ministère, qui semble ici massivement soutenir le secteur public et notamment les CHU dans ses choix tarifaires, sans se préoccuper de la pérennité des établissements privés non lucratifs, qui participent pourtant activement à la prise en charge médicale de la population et aux différentes missions de service public.

A cette construction tarifaire inéquitable, vient s'ajouter l'impact en volume de la forte croissance de l'activité des CHU et des CLCC sur les 6 premiers mois de l'année 2010, comme cela a été présenté par l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée en septembre 2010.

Pour 2011, la FEHAP réitère sa demande d'un traitement équitable des différents établissements, lors de la construction des tarifs des GHS, notamment grâce à la prise en compte du différentiel de charges sociales, supporté par les établissements privés. Elle rappelle également son opposition à l'élargissement de la convergence ciblée mise en œuvre en 2010. Ce dispositif est en effet contradictoire avec la reconnaissance des écarts de charges et d'activité existant entre secteurs ex-DG et ex-OQN (objectif quantifié national), et devant être objectivés par les études complémentaires, avant tout rapprochement tarifaire entre les 2 secteurs.

Transparence financière dans la construction et la répartition des MIGAC

La FEHAP souhaite que les parlementaires puissent obtenir la transparence de la part du Ministère de la Santé sur les modalités de constitution des crédits Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la

Contactualisation (MIGAC). Au regard de l'importance des mouvements économiques intervenus en 2009, la FEHAP propose un amendement en vue d'un rapport au Parlement sur le transfert d'un

milliard d'euros de la masse tarifaire vers les MIGAC en 2009.

Nécessité de soutenir la dialyse hors centre, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), les soins externes et les hospitalisations à temps partiel en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

La FEHAP estime qu'un « coup de pouce » tarifaire doit être donné en direction des alternatives à l'hospitalisation, pour permettre la promotion de substitutions à des modalités beaucoup plus coûteuses globalement. Les tarifs de la dialyse hors centre comme de l'HAD sont bloqués depuis 5 ans, tandis que l'inflation a progressé de 10 %, et certains coûts de

manière encore plus rapide (électricité, gaz, transports collectifs...), quoiqu'étant également fixés par les pouvoirs publics.

Il s'agit notamment de promouvoir certaines indications d'HAD mal tarifées et pénalisées, de même que la dialyse hors centre, beaucoup moins onéreuse pour l'assurance maladie, mais plus coûteuse

pour les associations de dialyse en termes de desserte de proximité et de couverture du territoire.

Prise en compte 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 fonctionnement est fortement pénalisé par l'impossibilité de facturer en sus des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux personnalisés. La charge macro-économique n'est pas très élevée, mais la concentration micro-économique sur quelques établissements très exposés est importante. Le Pr Grunfeld a mis en avant ce point dans son rapport sur le plan Cancer. Dans le cadre du PLFSS 2011, la FEHAP propose des solutions pour que les situations les plus difficiles comportant un risque d'évic-

tion pour les patients soient traitées, et que la qualité et la fluidité des parcours de soins soient améliorées. C'est d'autant plus important, dans un contexte financier où les Agences Régionales de Santé (ARS) ne disposent plus des marges d'appréciation financière et des crédits non reproductibles dont disposaient les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), pour des financements ponctuels de fin d'année, comme cela est intervenu auparavant.

Mise en œuvre du secteur optionnel

La FEHAP souhaite apporter des assouplissements dans la composition des équipes médicales, en associant plus largement salariat et exercice libéral dans les mêmes établissements de santé, ce qui suppose l'applicabilité à ces collaborations des dispositions

d'encadrement tarifaire rassemblées sous l'expression de « secteur optionnel ».

Indice des prix hospitaliers

L'instauration d'un indice des prix hospitaliers correspond à la préoccupation d'objectiver les évolutions de charges des établissements de santé, en tenant compte de la nature particulière des proportions occupées par les différentes natures de charges (salaires, charges sociales et fiscales, dépenses médicales, dépenses hôtelières et d'énergie).

Cet amendement correspond à la proposition de loi établie par Elie About, qui rassemble la FEHAP, la FHF (Fédération Hospitalière de France), la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) et la FNLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer).

Non discrimination des professionnels de santé libéraux coopérant avec des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Une distinction infondée entre le statut du professionnel libéral qui exerce de manière totalement indépendante, et qui voit donc ses cotisations prises en charge par l'assurance maladie, et ceux qui coopèrent avec des HAD et des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), ou des centres d'auto dialyse sur la base des tarifs conventionnels, a été introduite par la convention relative aux infirmiers libéraux. Elle place les différentes parties prenantes face à de grandes difficultés, à commencer par les usagers des zones rurales ou enclavées.

Or, il est essentiel que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux, ou dans le cadre de groupements de coopération sanitaire, sociale et médico-sociale, sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri, sur le plan de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations.

Accès des établissements de santé Privés Non Lucratifs au Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)

L'accès des établissements de santé privés non lucratifs aux aides individuelles pour des départs volontaires (ADV) versées par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été remis en cause par une interprétation restrictive par les services de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de la loi relative aux modalités de fonctionnement de ce fonds. La FEHAP souhaite réparer cette injustice et que soit restauré un traitement équitable des établissements de santé publics et privés. Ce besoin est d'autant plus sensible que la sévérité des der-

nières campagnes tarifaires a placé certains établissements privés non lucratifs dans de sérieuses difficultés financières, lesquelles, du fait d'une sincérité des comptes nettement mieux assurée que dans les hôpitaux publics par une certification par un commissaire aux comptes et les règles appliquées de provisionnement, exposent beaucoup plus rapidement les établissements de la FEHAP, à services rendus et à situation financière équivalents.

Rétablissement des bases budgétaires 2010 avant application des taux d'évolution 2011

Dans certaines régions, des services déconcentrés ont commis des erreurs sérieuses de chiffrage, dans la phase pré-ARS, sur la base desquelles la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a notifié des enveloppes régionales médico-sociales 2010 très insuffisantes pour honorer les engagements antérieurement pris. Il s'agit malheureusement de problèmes « classiques » de non prise en compte pour 2010 d'effets annuels pleins de mesures financées en cours d'année 2009, de tranches 2010 d'engagements déjà pris, etc.

Si le problème semble localisé sur certaines régions, il est malheureusement très significatif et concerne tout autant le secteur de la gérontologie que du handicap (créations et extensions signées et non financées, médicalisation de conventions tripartites interrompues ou proratisées).

L'enjeu semble de l'ordre d'une centaine de millions

d'euros au total, également répartis sur le champ des personnes âgées et des personnes handicapées. L'enjeu est double : rectifier dès 2010 les enveloppes concernées, pour traiter les blocages rencontrés par les adhérents mais aussi rétablir l'assiette à laquelle sera appliqué le taux d'évolution pour 2011, d'autant qu'il est en nette baisse par rapport aux années précédentes. De nouveaux crédits ont été délégués fin septembre (30 millions d'euros pour le secteur des personnes âgées), mais pas pour le secteur du handicap. La conférence des gestionnaires qui rassemble les principales organisations du secteur du handicap a demandé une remontée des dossiers bloqués, faute de crédits de paiement : en moins de 15 jours, près de 1.000 lits et places ont été identifiés, pour un volume de crédits manquants de 20 millions d'euros.

Coefficient correcteur du différentiel de charges sociales public-privé

Dans le cadre de la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux, la FEHAP souhaite intégrer les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales. En effet, les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite (ou bientôt la réforme tarifaire des SSIAD) sont identiques entre les établissements publics et privés, alors

que ces derniers supportent un niveau nettement supérieur de charges sociales et fiscales, ce qui engendre un « pouvoir d'achat budgétaire très différent ».

Cette situation montre que les tarifs plafonds ou autres modalités de convergence sont fausement égalitaires du point de vue de l'utilisateur, selon qu'il s'adresse à l'un ou l'autre des secteurs.

Non-intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins des maisons de retraite

La FEHAP a pris bonne note des enseignements du rapport remis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) à ce sujet, qui recommande notamment de mobiliser les médecins traitants et les organismes d'assurance maladie sur la gestion des risques, et a mis en lumière des difficultés d'organisation des régimes obligatoires et complémentaires sur ce dossier, qui ne permettent pas la généralisation en 2011 de la mesure votée à la Loi de Financement pour la Sécurité Sociale de 2009.

Dans ce cadre, la FEHAP propose à la fois de supprimer l'intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins, et de prolonger l'expérimentation pour les établisse-

ments qui ont été et demeurent volontaires sur une période pluriannuelle. D'abord, parce que des changements de cette importance ne peuvent être évalués sur une période aussi courte que celle qui avait été initialement prévue.

Mais aussi car les difficultés d'organisation des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de même que l'articulation avec les régimes complémentaires, est riche d'enseignements également du point de vue plus global de la gestion des risques et des progrès qui doivent être réalisés.

Protection de la possibilité d'une gestion d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) par un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)

Il s'agit d'une novation de la LFSS 2010. La FEHAP souhaite que le PLFSS 2011 la préserve. Cela concerne notamment l'enjeu de la gestion des médicaments dans les maisons de retraite, avec la possibilité de pharmacies à usage intérieur gérées de manière coopérative. Pour la FEHAP, la grande majorité des maisons de retraite s'organisera avec des pharmaciens d'officine avec lesquels elles entretiennent de bonnes relations, d'autant

que l'amortissement d'une PUI suppose une taille critique significative.

Mais pour pouvoir équilibrer certaines relations qui peuvent être très difficiles dans certains lieux, il est important que soit préservée l'alternative pour des établissements sociaux et médico-sociaux de pouvoir coopérer dans le cadre d'un GCSMS, si l'organisation ou la relation avec la pharmacie d'officine ne peut pas bien fonctionner.

Indice des prix sociaux et médico-sociaux

La mise en place d'un indice des prix sociaux et médico-sociaux correspond à la préoccupation d'objectiver les évolutions de charges des établissements sociaux et médico-sociaux, en tenant compte de la nature particu-

lière des proportions occupées par les différentes natures de charges (salaires, charges sociales et fiscales, dépenses médicales, dépenses hôtelières et d'énergie).

Pour en savoir plus : www.fehap.fr

Retrouvez la lettre aux Parlementaires n°1 dans la rubrique publications et documentation de notre site Internet
179 rue de Loumel - 75015 Paris

Pour faire connaître vos questions à la FEHAP par mail : communication@fehap.fr
ou par téléphone au 01 53 98 95 14 ou 01 53 98 95 06.