

SÉMINAIRE STRATÉGIQUE

PARIS, 8 ET 9 SEPTEMBRE 2016

CAMPAGNE TARIFAIRE 2017

17 propositions pour prendre en compte les réalités des établissements de santé et préparer l'avenir.

Chaque année, dès l'été, en amont des travaux des commissions de travail des parlementaires qui arbitreront un Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) en 2017, en augmentation de 2,1 %, la FHP-MCO fait connaître sa vision, actée par son conseil d'administration, sur les principaux éléments de la construction de cette campagne tarifaire à venir. Des propositions articulées en trois axes.

DES GRANDES HYPOTHÈSES DE CONSTRUCTION DE LA CAMPAGNE À CONFIRMER

1. Améliorer la cible du volume prévisionnel 2017

Nous proposons de retenir le chiffre de 1,5 % comme volume prévisionnel 2017 présenté dans le rapport au sein de l'observatoire économique du mois de juin 2016. Nous recommandons le maintien du coefficient prudentiel à 0,5 %.

2. Pérenniser les actions sur l'obstétrique

Nous proposons de poursuivre les actions tarifaires en faveur de l'obstétrique. Le montant de cette opération est de l'ordre de 7 millions d'euros pour une revalorisation de 2,5 % des tarifs des 6 GHS ciblés.

3. Revoir la ventilation du plan d'économies en chirurgie

La répartition des économies ne doit plus être effectuée au détriment, ni du

développement de la chirurgie ambulatoire, ni du secteur ex-OQN dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Poursuivre les orientations passées risque de mettre en danger de nombreuses structures du secteur ex-OQN.

4. Veiller à une répartition équitable des économies en dialyse

Nous préconisons la plus grande prudence dans l'utilisation des TICs, notamment pour le GHS 9605.

À tout le moins, une répartition des économies au prorata des masses financières entre secteurs ex-DGF et ex-OQN et entre les différentes modalités, est fortement demandée, ainsi qu'une relance des travaux de simplification de l'environnement réglementaire.

Nous renouvelons enfin notre demande de pouvoir cumuler les forfaits en auto dialyse avec un GHS. Cette situation apparaît contradictoire avec les objectifs du développement de la dialyse hors centre.

5. Garantir une stabilité des modèles de financement

Nous demandons que toute évolution de ce modèle de financement MERRI « Recherche clinique », comme d'autres en la matière, fasse l'objet de véritables débats en toute transparence, dans le respect de l'ensemble des parties prenantes et en veillant à une équité de traitement desdits acteurs. En l'espèce, la mécanique actuelle du modèle de financement MERRI « Recherche clinique » a fait l'objet d'un large consensus qu'il convient de ne pas

remettre en cause. Ceci n'exclut en rien la nécessité de poursuivre les échanges notamment pour traiter des questions des conditions de financement (accroissement du nombre d'acteurs entrants) et des questions organisationnelles (conséquence de la mise en place des GHT).

UN POSTULAT DE DÉPART

L'ONDAM hospitalier augmentera de 2 %. La réalité a eu raison des règles : malgré les annonces il y a un an d'une augmentation plafonnée à 1,75 % pour 2016 et 2017, Bercy vient de valider un ONDAM relevé à 2,1 % en 2017. Cela représente une enveloppe supplémentaire de 700 millions d'euros, destinée notamment à financer les revalorisations salariales accordées dans la fonction publique et les nouvelles règles conventionnelles pour les médecins libéraux. Mais la revalorisation de l'ONDAM privilégiera le médico-social (+2,9 %) sur la ville (+2,1 %) et l'hôpital (+2 %). Et surtout, le gouvernement prévoit un surcroît d'économies pour tenir ses objectifs : 4,05 milliards d'euros d'économies sont attendus en 2017 sur l'Assurance maladie, contre 3,4 milliards cette année ! Dans la ligne de mire, toujours les mêmes leviers : la baisse des dépenses hospitalières (optimisation des achats et liste en sus), le virage ambulatoire, la baisse des produits de santé et la promotion des génériques, la pertinence des soins.

UN FINANCEMENT À ADAPTER AUX ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES

6. Donner une place plus conséquente au financement IFAQ

La part de la rémunération à la qualité ne peut se limiter à 0,4 %, 0,5 % ou 0,6 %. Il convient de développer cette part à un niveau qu'il faut définir avec les acteurs. Doubler ces pourcentages semble être le minimum à atteindre. Cependant, l'alimentation de cette enveloppe ne peut s'opérer que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.

7. Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2016

Il convient de procéder aux corrections de classification GHM par rapport aux problèmes de tarification présentés dans le cadre des retours d'expériences.

8. Requalifier le financement des unités de soins palliatifs

Afin de prendre en compte le juste coût, le taux du GHS majoré 7994 (soins palliatifs en unité de soins palliatifs) doit être porté au moins à 70 % en lieu et place de 50 %.

9. Supprimer les bornes basses pour les GHM en K

Afin de faciliter le développement des pratiques ambulatoires, il faut supprimer les bornes basses pour les GHM en K (niveau 1 & 2).

10. Gérer les effets revenus d'une incontournable révision des bornes basses et hautes

Mettre à jour les bornes basses et hautes des GHS en les harmonisant entre les secteurs ex-DGF et ex-OQN. Il conviendra de prévoir un accompagnement des effets revenus.

11. Mettre fin au dispositif injuste d'un forfait de 40 euros sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale

Nous demandons l'abrogation du mécanisme d'abattement tarifaire relatif au montant du forfait à 40€ portant sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale (GHM 28Z07Z - GHS 9606) ou non tumorale (GHM 28Z17Z - GHS 9616).

12. Revisiter le dispositif de dégressivité tarifaire

Un retrait, ou à défaut, un aménagement du dispositif de dégressivité tarifaire est indispensable.

En effet, cette approche par « unité de production » doit faire l'objet d'amendements via la prise en compte de « garde-fous » en complétant le dispositif :

- la dimension « territoriale » permettant de vérifier l'évolution de l'activité au niveau du territoire,
- les politiques sanitaires visant à lutter contre les fuites des patients sur un territoire allant jusqu'à se traduire par un engagement de croissance d'activité figurant dans le CPOM,
- les objectifs de développement de projets médicaux notamment inscrits au sein du CPOM (exemple concernant la prise en charge de l'obésité : participation en tant que recours infrarégional au dispositif de gradation des soins avec le CHU de Montpellier, centre spécialisé régional pour l'obésité sévère).

13. Achever la réforme de financement des transports SMUR

En contrepartie de l'absence de facturation des transports SMUR secondaires, nous sommes favorables aux modalités de rebasage pour le financement de la MIG SMUR revue en raison de la fin de la facturation des SMUR secondaires :

- ex-DG : 45M€ > débasage des tarifs ex-DG ,
- ex-OQN : 15M€ > débasage de l'enveloppe de soins de ville.

LES MESURES STRUCTURELLES À DÉVELOPPER

14. Envisager une approche pluriannuelle de la LFSS et des éléments tarifaires

Prévoir une modification législative afin de permettre une planification pluriannuelle des modalités de financement des établissements de santé et notamment des modalités de fixation des éléments tarifaires. Une telle démarche serait cohérente avec les engagements que la France prend dans le cadre du Pacte de stabilité avec les institutions européennes.

15. Expérimenter une tarification au parcours pour les patients en chirurgie ambulatoire

Prévoir une modification législative afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental de financement au parcours de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

16. Entamer une réforme du financement des soins critiques

Nous partageons les objectifs des travaux envisagés par la DGOS sur l'évolution du financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) dans les conditions suivantes :

- disposition intégrée dans la LFSS 2017 pour une application en 2018
- groupe de travail financement des soins critiques constitué fin 2016 / début 2017
- application du nouveau schéma de financement au 1^{er} mars 2018.

Nous rappelons que la FHP-MCO a conduit des études sur l'utilisation potentielle d'indicateurs de type TISS 28 et I TISS afin de supprimer un mécanisme de listes d'actes et/ou de diagnostics très rapidement obsolètes et dont les mises à jour donnent lieu à des débats d'experts sans fin.

17. Poursuivre l'étude du « remanufacturing » pour redonner des marges de manœuvre financières aux établissements

Prévoir une modification législative afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental autorisant la mise en œuvre de « remanufacturing ».

