

CAR 3 novembre 2015

Présent(e)s CME : G BENOIT, A GERVAIS, V PERRUT, N DANTCHEV, A BUISINE, P LEGMANN, C RICHARD.

DEFIP : C CHEVRIER, F LASFARGUES,

DOMU : D LE STUM,

Excusés : C BOILEAU, M ZERAH, A LUCIANI

Répartition de la DAF Psychiatrie à l'AP-HP

La psychiatrie n'est pas financée par tarification à l'activité (T2A), mais par une dotation annuelle de financement (DAF). Sa répartition repose actuellement sur des dotations historiques, certains GH « sur-dotés » consacrant une partie de ce financement à d'autres activités. Aujourd'hui les recettes sont encore supérieures aux charges mais l'analyse des courbes de tendances, sur la période 2012-2016, fait apparaître une quasi-stagnation des financements (+ 0.9%/an) et une augmentation constante des charges (+ 4.2%/an). En 2016, recettes et charges devraient s'équilibrer mais au-delà les charges dépasseront les recettes. Une modification de la répartition de la DAF semble donc souhaitable pour mieux correspondre à l'activité.

Le montant total de la DAF est de 137,1 M€ : la modélisation porte sur 102.3 M€, les financements fléchés après 2008 (9.5 M€) et l'enveloppe « consultation » (25.3 M€) n'étant pas concernés par cette modification de la répartition.

Les objectifs principaux de la réforme sont d'aboutir à une meilleure adéquation moyens/activité, une répartition équitable de la DAF, une mobilisation totale des ressources de psychiatrie au sein des GH. Différents modèles ont été proposés avec une modélisation en fonction : de l'activité, des charges, de l'activité et des charges (50/50).

Le modèle retenu repose sur une échelle des coûts avec intégration d'indicateurs PMSI.

- Le coût d'une unité d'œuvre a été établi pour les différents secteurs d'activité à partir de la comptabilité analytique 2013.
- Indicateurs PMSI : une pondération est appliquée pour les hospitalisations sous-contrainte (1.5), une autre en fonction des scores de dépendance physique et cognitive.
- L'activité externe a été exclue de la modélisation

L'intégration du coût des charges constatées dans la nouvelle répartition est saluée. En revanche la pertinence des pondérations, pour les hospitalisations sous contrainte et la dépendance, sont des propositions qui suscitent un débat au sein de la collégiale de psychiatrie. En effet, certains contestent la relation entre hospitalisations sous contrainte et difficulté de prise en charge du patient. Quelle est la différence de coût à la journée de prise en charge entre un patient hospitalisé sous-contrainte pour une longue durée et un patient hospitalisé quinze jours ? Enfin ils regrettent que des activités telles que la prise en charge des activités d'urgence ou de liaison ne soient pas prises en compte. Les participants souhaitent que les psychiatres trouvent un accord sur la pertinence des clés de répartition.

EPRD 2016-2017 : Éléments de cadrage 2016 et 2017.

Le calendrier national des EPRD des établissements de santé va être modifié pour correspondre à celui de l'Etat. En conséquence l'EPRD sera présenté au 31 mars pour l'année 2016 et au 1^{er} janvier pour 2017.

Au niveau national, pour tenir l'objectif de progression de l'ONDAM (+ 0.75 %), un plan d'économies de 3.4 Md€ est prévu et sera principalement largement supporté par l'hôpital (1,15 Md€ concerne directement l'hôpital et 1 Md€ le concerne pour partie). L'AP-HP souhaite maintenir ses capacités d'investissements pour la période du plan stratégique en cours.

Nous observons toutefois, par rapport aux prévisions présentées en novembre 2014 :

- Une diminution des crédits (- 91 M€ sur la période 2015-2019),
- Que l'effort d'efficience pour la période 2016-2017 est augmenté de 11 M€ en passant de 277 à 286 M€.

La répartition de l'efficience vise à répondre à trois exigences : s'appuyer sur la responsabilité des GH et des services centraux, confirmer l'impératif de solidarité, rechercher les mutualisations des activités supra-GH.

La répartition de l'efficience reposera sur 3 compartiments :

- Retour sur investissement : **6 %** (prise en compte des investissements devant générer de l'efficience).
- Dégradation spontanée du résultat : **82 %**
- Taux de marge brute 2014 : **12 %** (les GH éloignés d'un taux de 6 % sont appelés à le faire évoluer progressivement).

Les participants sont conscients des contraintes qui sont imposées à l'APHP, mais soulignent toutefois que la politique d'efficience ne semble pas permettre, à plusieurs GH, l'amélioration de leur taux de marge brute. En effet si l'on compare l'évolution de ce taux, pour les GH MCO, entre 2012 et 2014 il est ressort qu'en 2014:

- 4 GH avaient un TMB inférieur à 3.5 alors qu'il n'y en avait qu'un seul en 2012
- 5 GH avaient un TMB > 5 % alors qu'il y en avait 8 en 2014.