

CAR 5 novembre 2013

Présent(e)s CME : Guy BENOIT, Anne BUISINE, Catherine BOILEAU, Anne GERVAIS, Martine MARCHAND, Valérie PERUT, Christian RICHARD, Guy SEBAG

Présent(e)s CMEL : Alain LUCIANI,

DEFIP : Didier FRANDJI, Laurence NIVET, Emmanuel QUISSAC

DMA : Didier LE STUM

Excusés : Michel ZERAH, Michèle BOULE

Informations divers :

G BENOIT informe qu'un groupe restreint a été constitué pour travailler sur la prise en charge de la précarité à l'APHP.

Cadrage économique 2014 :

Orientations du PLFSS 2014 et ONDAM Hospitalier

L'ONDAM 2014 (75,5 milliard s €) est en hausse de 2,4% par rapport à 2013, c'est le taux de croissance le plus faible depuis 1998 après celui de 2013. Comme nous l'avons déjà vu lors de la dernière réunion le FIR (3,2 milliards €) est intégré à l'ONDAM

Des évolutions tarifaires sont en cours de discussion :

- Tarification au parcours : IRC (expérimentation à partir du 1^{er} juillet) ; radiothérapie : (expérimentation pour cancers du sein et prostate)
- Dégressivité tarifaire en discussion, pour certaines activités d'hospitalisation, afin de réguler les effets inflationnistes de la TAA.
- Facturation directe, Financement de la télémédecine dans le cadre du FIR
- Transports : modifications de certaines modalités de remboursement

Effort national d'économie (577 M€) pour tenir l'objectif de progression de l'ONDAM. Les économies porteront sur les médicaments et DM remboursés en sus (138 M€), les achats (300 M€), efficacité et pertinence de la prise en charge des patients (développement de la chir ambu).

Cadrage interne APHP

Objectif : retour à l'équilibre en 2016, condition indispensable pour maintenir l'investissement avec une CAF de 272 M€ et une marge brute de 388 M€.

Le PGFP prévoit :

- le maintien des investissements travaux, équipements, SI à hauteur d'environ 200/ 100/80 M€. Pour les travaux Le budget SI des GH augmentera.
- une hausse des recettes par une hausse de l'activité de 1,5% en 2014 et 2015
- une baisse tarifaire prise en compte 2014 et 2015 et une stabilisation des dotations et de la DAF.

Pour 2014 : la baisse des tarifs doit être affinée et la baisse tarifaire de l'AME (12Me en 2014) prise en compte.

Répartition de l'efficience

Les principes suivants ont été retenus :

- pas d'objectifs linéaires identiques à tous les établissements
- les clés de répartition doivent être équitables
- doit prendre en compte les services centraux et généraux.
- perspective pluriannuelle

Deux approches étudiées :

Approche multicritères intégrant des paramètres plus nombreux que les années précédentes (tendancier du déficit, investissements passés, activités susceptibles d'être développées, urgences,...). La difficulté réside dans la pondération.

Approche monocritère prenant en compte des facteurs de production et trajectoire accomplie.

Le but est

- de permettre à l'APHP de tenir les engagements. Pour cela les GH doivent aller vers une réduction de leur déficit
- d'atteindre 8% de marge brut du fait que 3 % sont nécessaires pour maintenir les renouvellements courants et 5% pour les investissements d'avenir.

Les participants préféreraient une approche multicritères afin de prendre en compte les critères proposés et notamment : le tendancier, les investissements passés, les urgences. Il y a un débat sur l'opportunité d'introduire, dans le calcul de la répartition de l'efficience, un facteur récompensant les hôpitaux ayant généré un excédent. Cette proposition ne recueille pas un assentiment général vu l'hétérogénéité des GH (multi-sites, hétérogénéité des populations prises en charge selon les GH...).