

3 REFORMES MAJEURES DES RECETTES BUDGETAIRES DANS LES DEUX ANS A VENIR

Les CHL vont avoir à affronter 3 réformes majeures pour les recettes en 2015/2016.

1°) La réforme de la tarification en médecine

Votée dans le PLFSS 2015, elle s'appliquerait dès le budget 2015 pour les CHL ayant un service de médecine, avec un plafond d'activité fixé pour l'instant à 1090 séjours. Remplaçant la DAF, et peut-être pour certains les recettes T2A, elle comprendra une part fixe et une part variable. Le niveau de la part fixe n'est pas connu, ni les modalités de calcul de la part variable basée sur l'activité.

Il est plus que temps de s'y préparer : mutualisation de TIM, DIM commun... *Rappelons que le SIB (Syndicat Interhospitalier de Bretagne) propose un appui au codage et un DIM mutualisé à ses adhérents. Ce système fonctionne très bien.* Le TIM (Technicien d'Information Médicale) est essentiel car la qualité et l'exhaustivité du codage sont primordiales. Pour cela, il faut que tous les intervenants médicaux et paramédicaux documentent de la façon la plus complète le dossier médical.

Dans le PLFSS 2015, l'enveloppe dévolue à cette budgétisation est diminuée de 12 millions d'euros. Entre 140 et 156 CHL seraient concernés ; soit une diminution de ressources d'environ 77 000 € par établissement en moyenne a priori.

Nous recommandons une base fixe de 100 000 € par lit pour pouvoir développer nos services aux hospitalisés. L'ANCHL va solliciter un rendez-vous au cabinet de la Ministre pour plus de précisions ainsi que sur l'information issue de la DGOS au sujet de la transformation des autres CHL en EHPAD. Nous demandons également la publication de l'enquête DGOS sur les CH de proximité.

2°) La réforme de la tarification des EHPAD

Elle devrait aboutir mi-2015 pour une mise en œuvre rapide. Les nouveautés annoncées sont :

- un CPOM, parfois mutualisé entre plusieurs établissements et/ ou au sein d'un établissement entre différents budgets. Il donnera une vision pluriannuelle.

- un EPRD sur le modèle hospitalier
- des indicateurs de performance qui définiront les ressources
- un contenu socle pour le tarif hébergement définissant ce que contient a minima le tarif hébergement

Cette réforme est parcellaire, elle ne définit ni ce que doit faire un EHPAD en fonction des moyens et de la tarification qui le régit (partielle, globale, sans ou avec PUI), ni le contenu pourtant lié des tarifs soins et dépendance. Si elle parle de mutualisation, le cloisonnement rigide des sections tarifaires est maintenu. Les CPOM qui ne remplaceraient les conventions tripartites ne garantiront aucun moyen.

Les ambitions affichées sont SIMPLIFICATION et DIALOGUE DE GESTION. La convergence tarifaire et le plafonnement à 90% des soins sont toujours en vigueur.

3°) La tarification à l'activité dans les SSR

La réforme de la tarification à l'activité pour les services de SSR est encore plus vague bien qu'amorcée depuis longtemps. Elle est sans base connue mais avec de fortes revendications de la FEHAP dont les établissements ont d'importants plateaux techniques et des équipes fournies ; le SSR polyvalent à défaut d'être reconnu gériatrique pourrait continuer à être le parent pauvre, voire de plus en plus pauvre, de cette enveloppe.

Les deux années à venir vont être cruciales pour nos établissements. Il va falloir là aussi se faire entendre et faire comprendre qu'une coordination dans les allocations de ressources de nos établissements est nécessaire.

Dominique COLAS
Président ANCHL