

# DELEGUES REGIONAUX

**F. PINARDON – RESPONSABLE PÔLE FINANCES - BDHF**

12 octobre 2016

## SIEG (1)

Afin de mettre en conformité le droit français avec le droit de l'Union européenne, l'article 111 de la LMSS a introduit un **mécanisme de contrôle et de récupération des surcompensations financières** versées aux établissements de santé **dont les bénéficiaires excèderaient un taux de bénéfice raisonnable.**

L'existence d'une surcompensation financière ne s'apprécie pas au regard du résultat comptable de l'établissement.

**Seuls les produits et les charges liés aux activités « d'intérêt général » de l'établissement (soins, missions d'intérêt général...) sont pris en considération pour opérer le contrôle.**

**Dès 2017, tous les établissements de santé, publics et privés, devront transmettre leurs comptes séparés** opérant la distinction entre les activités d'intérêt général et les autres activités.

## SIEG (2)

**Test sur une maquette comptable de séparation des activités d'intérêt général de juillet à fin septembre 2016.**

**=> Premiers retours qui mettent en avant la nécessité de mieux lier cet outil avec le RTC => améliorations à prévoir.**

Les textes d'application devraient être publiés fin 2016.

**Le niveau de bénéfice raisonnable sera fixé par arrêté.** Il pourra être éventuellement différent pour le secteur public et privé.

Pour les EPS soumis à la certification des comptes, **il est envisagé que le CAC certifie les comptes séparés.** Pour les autres EPS, une réflexion est en cours : comptable public, CRC, ARS ?

## Clef de répartition GHT

Chaque établissement va contribuer au nouveau compte de résultat prévisionnel annexe G, **en fonction d'une clef de répartition fixée par arrêté ministériel.**

**A ce jour, une clef simple, fondée sur les charges tous budgets des établissements est envisagée hors les comptes 66 / 67 / 68 et le remboursement de charges des budgets annexes.**

**Cette clef s'appliquera aux charges d'exploitation mutualisées.**

**⇒ Les investissements sont hors du champ d'application de la clef, les contributions seront déterminées selon une clef locale.**

**Les modalités de calcul de cette clé feront l'objet d'une évaluation au cours des 2 ans suivants son entrée en vigueur et pourront le cas échéant être révisées.**

## PLFSS pour 2017 (1/7)

	Montant (Mds€)	Taux de progression
Soins de ville	86,6	2,1 %
Etablissements de santé	79,2	2,0 %
Etablissements et services médico-sociaux	20,1	2,9 %
Fonds d'intervention régional	3,2	2,1 %
Autres prises en charge	1,7	4,6 %
<b>TOTAL</b>	<b>190,7</b>	<b>2,1 %</b>

A noter : fusion du 2<sup>ème</sup> sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » et 3<sup>ème</sup> sous-objectif « Autres dépenses relatives aux établissements de santé »

## PLFSS pour 2017 (2/7)

### LE PLAN D'ÉCONOMIE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

	Montant (millions €)	2017/2016
<b>Efficacité de la dépense hospitalière</b>	<b>845</b>	<b>+ 155</b>
Optimisation des dépenses des établissements	80	+ 15
Optimisation des achats	505	+ 85
Liste en sus	260	+ 55
<b>Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement</b>	<b>410</b>	<b>+ 105</b>
Développement de la chirurgie ambulatoire	160	-
Réduction des inadéquations hospitalières	250	+ 105
<b>TOTAL</b>	<b>1 255</b>	<b>+ 260</b>

## PLFSS pour 2017 (3/7)

- Création d'un niveau de tarification intermédiaire entre prise en charge externe et hospitalisation de jour afin de permettre une valorisation adaptée à ces prises en charge et lever certains freins au développement de l'ambulatoire.
- Réforme du financement des activités de soins critiques : modèle mixte combinant financement à l'activité et financement forfaitaire (dotation qui peut être minorée d'un coefficient prudentiel)
- Exclusion du critère « densité de population » pour les territoires insulaires dans le cadre du financement des activités isolées.
- Contrôles externes d'HAD : indu minoré de la somme qui aurait dû être facturée à l'AM
- En 2018 entrée dans le modèle de financement des hôpitaux de proximité de l'activité SSR en deçà d'un certain seuil.

## **Article 49 : Création d'un Fonds pour le Financement de l'Innovation Pharmaceutique (FFIP)**

Objectif affiché : lisser dans le temps les fluctuations des dépenses liées à ces innovations.



### Recettes du FFIP

- **Dotation annuelle de l'ONDAM** (supérieure ou égale au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, (nettes de remises) sur les 5 dernières années). **Le montant de cette dotation peut être revu en cas d'excédent ou de déficit important.**

=> La dotation initiale est de 876 M€ (issue d'excédents du Fonds de solidarité vieillesse)

- **Différentiel** entre « indemnité » fixée par l'industriel pour l'ATU/postATU et facturée aux établissements, et le prix CEPS.
- **Remises perçues au titre des dispositifs de régulation macro-éco** : **Taux W** [*contribution Hépatite C, fixé à 600M€ en 2017*] et **Taux Lh** [*niveau d'évolution du chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique à partir duquel une clause de sauvegarde est déclenchée pour l'hôpital*]
- **Remises accordées sur le CA des médicaments de la liste en sus et rétrocédées** (convention)

### Dépenses du FFIP

**Frais pharmaceutiques** relatifs aux médicaments couverts par l'AM au titre de :

- la liste en sus
- aux ATU et post ATU
- la rétrocession et les ATU associés
- Certains RTU et produits dérogatoires

Pour rappel, actuellement **la loi contraint le prescripteur et le pharmacien à avoir recours**, en cours de traitement, **au même médicament biologique que celui initialement délivré**, ce qui limite significativement le **développement des médicaments biologiques similaires** (« bio-similaires »), c'est-à-dire pour lesquels la sécurité et l'efficacité attendue sont les mêmes que celles du traitement initialement proposé.

Art 50 => **Substitution possible en cours de traitement, d'un médicament biologique par un médicament biologique qui lui est similaire.** [ sauf mention contraire du prescripteur]

**=> 30M€ d'économies sont attendues en 2017.**

**Art 51 => Réforme des Autorisations Temporaires d'Utilisation** (dispositif qui permet à un médicament potentiellement innovant d'être mis rapidement à disposition des patients, avant son AMM)

⇒ **Mesures d'incitation à la conclusion de la négociation** (encadrement strict des délais)

⇒ **Modification du calcul du reversement rétroactif de l'éventuel différentiel entre le prix négocié par le CEPS (net des remises) et l'indemnité fixée librement par l'industriel et payée par l'établissement durant l'ATU.**

⇒ **Prolongation de l'ATU pour certaines indications n'ayant pas encore été évaluées par la HAS, lorsque le produit a déjà fait l'objet d'une première tarification.** Cette extension permettra de gérer plus efficacement les indications multiples d'un médicament et de garantir la continuité de traitement pour tous les patients.

# COPIL SSR du 30 septembre 2016

- Ce qui est prévu dans le PLFSS 2017
  - Démarrage du nouveau modèle de financement de façon modérée en 2017 : faible pourcentage de DMA, en raison des effets revenus
  - Période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 à fin février 2017
    - Les établissements publics restent financés en DAF
    - Les établissements privés sous OQN restent financés en PJ

## SSR (suite)

- A partir du 1<sup>er</sup> mars 2017 jusqu'au 28 février 2018
  - Démarrage pour les ES d'un financement mixte
    - Une fraction des recettes issues des modalités antérieures : DAF pour les publics et tarifs de prestations affectés d'un coefficient égal à la valeur de la fraction pour les privés
    - Une fraction des recettes issues de l'activité (DMA) dont le montant peut être affecté d'un coefficient de transition
  - + Coefficient de majoration pour prise en compte du niveau de spécialisation
    - Ce coefficient se réduit chaque année pour atteindre 1 au 1<sup>er</sup> mars 2022
    - Il est basé sur le coefficient RR de l'établissement (coeff/établissement basé sur les actes codés)

## SSR (suite)

- Les financements issus des autres compartiments
  - Au 1<sup>er</sup> janvier 2017 :
    - Compartiment MIG : Scolarisation, Réinsertion professionnelle, Post AVC, Internes, Recherche et à l'étude MIG Recours et Equipes mobiles de SSR
    - Introduction du compartiment IFAQ
    - Prise en compte des Actes et Consultations externes des ES publics sur la base d'une fraction. Cette fraction ne sera pas forcément la même que celle de DMA
  - Au 1<sup>er</sup> janvier 2018
    - Introduction du compartiment Plateaux Techniques : Balnéothérapie, Labo d'analyse de la marche et du mouvement, Rééducation robotisée des membres inférieurs et supérieurs, Rééducation pour la conduite, Isocinétisme
  - Au 1<sup>er</sup> mars 2018 :
    - Compartiment Spécialités pharmaceutiques

# SSR (suite)

## LES OBJECTIFS 2016

ODAM  
DAF SSR  
DAF PSY  
DAF Autres

OQN  
SSR  
PSY

### MIGAC

## LES OBJECTIFS 2017

ODAM  
PSY  
Autres

OQN  
PSY

### ODSSR

Soldes de DAF + OQN

DMA

MIGAC / ACE (hors privé) / IFAQ

# MIG SMUR

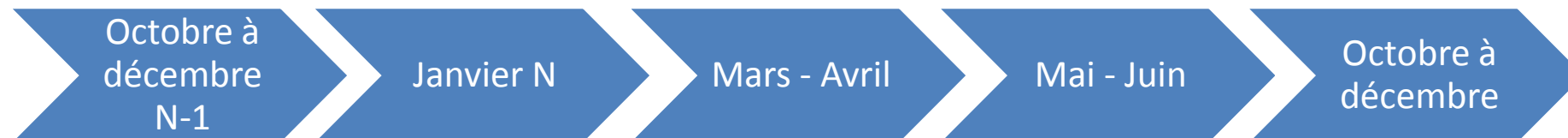


## Rappel : les évolutions du modèle

- Recalibrage de la MIG sur la base d'une estimation du besoin de financement des établissements en fonction de leur activité.
- Un lissage des effets revenus sur 4 ans : 10 % en 2016 / 40 % en 2017 / 70 % en 2018 et 100 % en 2019
- Un financement complémentaire en 2016 de 16,4 M€ : 7,4 M€ de mesures de reconduction et 8,97 M€ pour la mise en conformité de l'équipage des héliSMUR (réglementation européenne)
- Outre ce financement complémentaire, les effets revenus en cible (2019) ont été répercutés à hauteur de 10 % sur chaque région. Les ARS ont eu toute latitude pour répercuter ces 10 % sur leurs établissements.

# CALENDRIER BUDGETAIRE

# Nouveau calendrier au 1<sup>er</sup> janvier 2017



## Octobre à décembre N-1

- Prévision d'activité médicale N
- Production RIA N-1
- Consolidation budgétaire en lien avec l'ARS
- Arbitrage directoire / chef d'établissement
- Présentation aux instances

## Janvier N

- Notification de l'EPRD et du PGFP au DGARS + proposition de TJP
- Transmission des demandes d'autorisation préalable d'emprunter pour les établissements soumis à cette procédure
- Production du RIA2 N-1
- Validation ou rejet EPRD et PGFP par l'ARS : approbation expresse pour les établissements sous PRE et tacite (30 j) pour les autres
- Validation ou rejet du programme annuel d'emprunt après avis DRFIP

## Mars - Avril

## Actualisation recettes / dépenses

- Publication des tarifs nationaux année N
- Notification des arrêtés de dotation année N
- Mise à disposition des données d'exécution 1<sup>er</sup> trimestre N des dépenses de titre 1 (OREGHON, SCANSANTE) et des recettes de titre 1 (SCANSANTE)

## Mai - Juin

## DM si nécessaire

- Si décrochage par rapport à la trajectoire validée ou pour tous les établissements sous PRE production d'une DM soit à l'initiative du chef d'établissement, soit du DGARS
- Elaboration de la DM par l'établissement
- Approbation de la DM par le DGARS
- Production des comptes financiers N-1**

## Octobre à décembre

## Préparation de l'EPRD N + 1 et du PGFP

- Préparation EPRD N+ 1 et PGFP
- Production du RIA 1 année N