

**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO

Juin 2018

N°10

Campagne tarifaire 2018 : **-0,5 %**

« Restitution
d'un point
de CICE, soit
+ 0,3 % ».

Si l'État a injecté 1,5 milliard d'euros supplémentaires dans les établissements de santé en 2018 avec une augmentation de l'ONDAM hospitalier de 2 %, nos tarifs ont néanmoins baissé. Les campagnes tarifaires se succèdent et se ressemblent dans leur philosophie avec tout de même cette année un infléchissement.



*Une campagne tarifaire 2018
difficile à lire : intégration
des transports, rebasage tarifaire,
restitution d'un point de CICE,
nouveau coefficient de reprise...*

Le processus de négociation de la campagne tarifaire 2018

AMÉLIORER LA CIBLE DU VOLUME PRÉVISIONNEL 2018

ÉTAT Retenir 1,9 % de volume prévisionnel pour le secteur ex OQN.

FHP-MCO Nous proposons de retenir le chiffre de 1,5 % comme volume prévisionnel 2018 et maintien du coefficient prudentiel à 0,7 %.

ARBITRAGE Effet volume à 1,6 % et maintien du coefficient prudentiel à 0,7 %.

PÉRENNISER LES ACTIONS SUR L'OBSTÉTRIQUE

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Nous proposons de poursuivre les actions tarifaires en faveur de l'obstétrique en fixant le tarif des 6 GHS ciblés au niveau des TICs. Le coût devrait être neutre en raison de la poursuite de la baisse d'activité.

ARBITRAGE Proposition acceptée, mise en œuvre au 1^{er} mars.

GARANTIR STABILITÉ ET TRANSPARENCE DES MODÈLES DE FINANCEMENT MERRI

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Nous demandons que toute évolution du 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 acteurs parties prenantes et, en veillant à une équité de traitement desdits acteurs. La mécanique actuelle du financement MERRI « recherche clinique » a fait l'objet d'un large consensus qu'il convient de ne pas remettre en cause.

ARBITRAGE Groupe de travail mis en place pour travailler sur l'évolution d'indicateurs. Différents experts retenus dont celui de la FHP-MCO, le professeur Guy Rostoker.

DONNER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AU FINANCEMENT IFAQ

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO 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.

ARBITRAGE Évolution envisagée lorsque plus d'indicateurs de résultats et de satisfaction patients seront intégrés dans le modèle.

PRENDRE EN COMPTE LES RETOURS D'EXPÉRIENCES DE LA PRÉCÉDENTE CAMPAGNE

FHP-MCO Il convient de procéder aux corrections des problèmes de tarification ou de classification GHM présentés dans le cadre des retours d'expériences.

ARBITRAGE Les seules modifications apportées à la classification en 2018 répondent à des demandes portées par la FHP-MCO dans le cadre du document annuel des retours d'expériences élaboré avec l'appui des DIM.

ARBITRAGE Prise en compte d'une douzaine de situations/remarques en cours de traitement.

REQUALIFIER LE FINANCEMENT DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Afin de prendre en compte le juste coût, la majoration du GHS Majoré 7994 (Soins palliatifs en unité de soins palliatifs) doit être portée au moins à 70 %.

ARBITRAGE Pas de suite donnée cette année.

ENVISAGER UNE APPROCHE PLURIANNUELLE DE LA LFSS ET DES ÉLÉMENTS TARIFAIRES

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Prévoir 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.

ARBITRAGE Les TICs constituent un 1^{er} élément de réponse sur les orientations pour les années à venir.

EXPÉRIMENTER UNE TARIFICATION AU PARCOURS POUR LES PATIENTS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

ÉTAT Propositions issues du rapport Véran et volonté de faire évoluer la T2A.

FHP-MCO Mettre en œuvre un dispositif expérimental de financement au parcours de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

ARBITRAGE La DGOS demande que des projets lui soient présentés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 qui introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

SUPPRESSION DES BORNES DES GHM EN K

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Afin de faciliter le développement des pratiques ambulatoires, il faut supprimer les bornes basses pour les GHM en K.

ARBITRAGE Pas de suite donnée cette année.

ADOPTER UN PLAN D'ÉCONOMIES COHÉRENT

ÉTAT Plan d'économies dans la continuité des campagnes précédentes.

FHP-MCO 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.

FHP-MCO Poursuivre sur les orientations passées risque de mettre en danger de nombreuses structures du secteur Ex-OQN.

ARBITRAGE Proposition FHP-MCO non retenue, continuité des campagnes précédentes.

REVENIR SUR LES NOUVELLES PRESTATIONS : AP2 ET FPI

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Actualiser et définir le contenu de la nouvelle version attendue de la circulaire frontière.

FHP-MCO Adapter le système de tarification notamment sur la prestation « AP2 » : gérer différemment le Venofer et Ferinject.

FHP-MCO Procéder à une revalorisation du forfait SE5 dont la valorisation est insuffisante, notamment dans le cadre des maladies neurologiques.

ARBITRAGE Pour les injections de toxine botulique : création d'un forfait SE6 en plus du SE5, ce qui permet de distinguer les prises en charge neurologiques et ophtalmologiques.

ARBITRAGE Annonce de la reprise des travaux sur la révision de la circulaire frontière.

RIHN : DÉFINIR DES RÈGLES DE FINANCEMENT CLAIRES ET ÉQUITABLES.

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Nous soulignons l'importance d'édicter des règles claires des prestations inter-établissements et, en particulier, de celles relatives à la facturation entre établissements de santé. Il demeure essentiel d'avoir une approche systémique du dossier, à savoir en abordant la question du niveau du financement des actes RIHN et de la gestion de la liste complémentaire.

ARBITRAGE Nouvelles instructions publiées mais demeure la question du dimensionnement de l'enveloppe.

FINANCEMENT DES TRANSPORTS

ÉTAT Intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé (art 80 de la LFSS 2017)

FHP-MCO Nous demandons l'abrogation du dispositif.

À défaut, un report au 1^{er} mars 2019 est nécessaire afin de répondre à nos 5 demandes majeures :

1. Demande de garanties sur la fiabilisation des données relatives aux dépenses de transports inter-établissements.
2. Pas de répartition homothétique sur les tarifs mais un ciblage par

établissement des moyens nécessaires estimés sur la base de l'historique sous forme de « FAU » ou d'un coefficient « transport ».

3. Cela ne doit pas concerner les transports SMUR qui ont fait l'objet d'un traitement spécifique au 1^{er} mars 2017 avec un abondement de la MIG SMUR.

4. Prévoir une contrepartie consistant à laisser la possibilité aux établissements de santé d'organiser eux-mêmes les transports inter-établissements.

5. La prestation de transports inter-établissement n'est envisageable dans sa gestion que pour les seuls patients en cours d'hospitalisation au sein des établissements MCO.

ARBITRAGE Report au 1^{er} octobre 2018 au lieu du 1^{er} mars 2018.

ARBITRAGE Nouvelle valorisation avec un quasi doublement de l'enveloppe, soit 283 millions dont 185 pour le MCO (public privé).

ARBITRAGE Création de forfaits transports (154 millions), dès lors, une moindre intégration dans les tarifs des GHS (31 millions), soit un impact tarifaire à +0,18 %.

RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS CRITIQUES

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO 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 :

- prendre le temps de la réflexion pendant deux années ;
- application du nouveau schéma de financement au 1^{er} mars 2020.

ARBITRAGE Résultat obtenu : renouvellement des études de coûts en 2018.

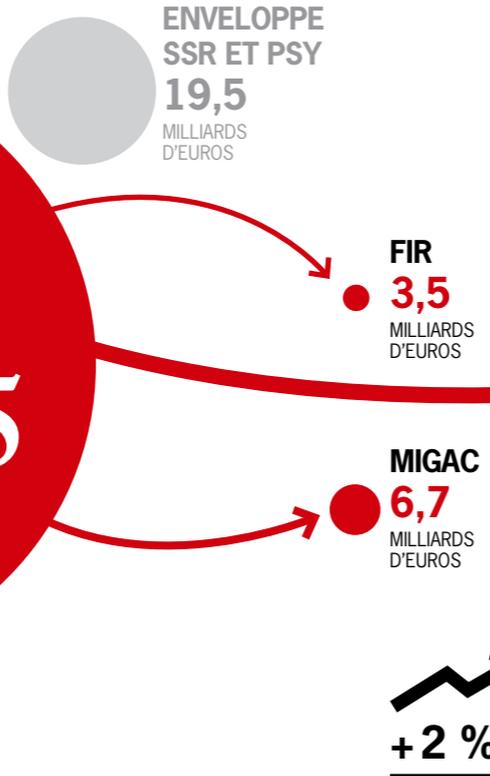
1

ONDAM HOSPITALIER



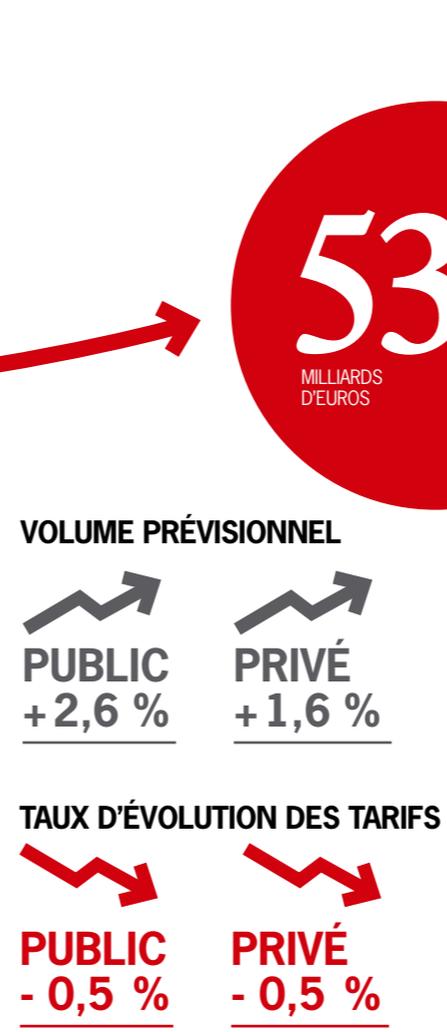
2

AIDES



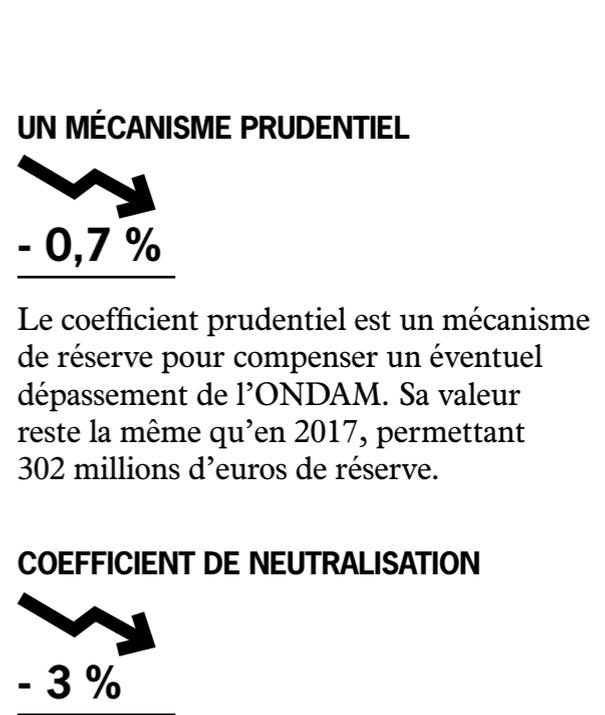
3

TARIFS



4

RÉSERVES



Des économies reconduites

L'augmentation de 2,3 % de l'ONDAM signifie que 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sont injectés dans le champ de la maladie en général. Mais pour respecter l'enveloppe, 1,6 milliard d'euros d'économies, dont 960 millions supportés par les établissements de santé, est demandé.

Le secteur privé exclu des aides d'État

Le montant des aides non liées directement à l'activité de soins augmente (notamment de 2 % pour les seules MIGAC), et s'élève à 10,2 milliards d'euros (MIGAC + FIR). Incohérent. Cette somme est équivalente au coût des soins prodigués aux 8 millions de patients accueillis dans les cliniques et hôpitaux privés. Le secteur privé n'émarge qu'à hauteur de 1 % de ces enveloppes.

Un volume d'activité plus juste

Les tarifs sont le résultat de l'ONDAM hospitalier disponible et du volume prévisionnel de l'activité de soins propre aux deux secteurs public et privé. 1,6 % a été retenu pour le secteur privé. 0,3 % de moins que le taux initialement prévu : le fruit d'une bataille syndicale.

Coefficient de neutralisation des allègements fiscaux ou sociaux

Pour rendre plus lisible les reprises effectuées directement dans l'enveloppe des tarifs visant à neutraliser des allègements fiscaux ou sociaux dont le secteur privé est bénéficiaire, un nouveau coefficient de neutralisation est créé (décret n°2018-130 du 23 février 2018). Ainsi, les allègements issus du CICE et du Pacte de responsabilité intégrés dans les tarifs sont simultanément retirés par le biais d'un coefficient minorateur qui s'élève en 2018 à 3 % pour les cliniques.

5

MODULATION TARIFAIRE



Dernière étape, au sein de cette enveloppe fermée, l'État module le financement de chaque GHS.



FIN DE LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE ET DE LA MINORATION DE 40 €

Suppression en 2018 de deux dispositifs inefficaces, réclamée par la FHP-MCO depuis le début de leur mise en œuvre :

- la dégressivité tarifaire (article 66 LFSS 2018).
- le dispositif d'abattement de 40 € sur les GHS de chimiothérapie.

FOCUS OBSTÉTRIQUE

Un soutien à l'activité d'obstétrique est poursuivi. Pour cette troisième année, les tarifs de 6 GHS d'obstétrique ciblés sont revalorisés de 2,5 à 8,2 %.

Les dépenses de transport

L'année 2018 est marquée par la mise en œuvre de la réforme du financement des transports, dite de l'article 80 de la LFSS 2017. Cet article prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement. Cette mesure prend effet à compter du 1^{er} octobre 2018.

Si le principe général est simple, tout transport d'un patient déjà hospitalisé n'est plus facturable à l'Assurance maladie mais pris en charge par l'établissement prescripteur. La mise en œuvre s'avère complexe du fait des multiples exceptions et cas particuliers.

Les établissements relevant du champ MCO, seront financés de la manière suivante :

- 1) Tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire, pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie, s'accompagnera de la facturation d'un supplément tarifaire par l'établissement prescripteur.
- 2) A contrario, les autres types de dépenses de transports seront pris en charge via les GHS et ne déclencheront pas la facturation d'un supplément (dépenses de transports liées à des permissions de sortie ou à des transferts provisoires « hors réalisation » d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie).

LES MODULATIONS TARIFAIRES EN 2018

Des mesures d'économies

Chirurgie : 70 millions d'euros d'économies (contre 171 en 2017) réparties entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle sont réalisées, dont 42,6 millions portées par les cliniques.

Dialyse : 30 millions d'euros d'économies sont réalisées sur la seule dialyse en centre, majoritairement dans le secteur privé (21,2 millions) et une économie supplémentaire de 11,8 millions pour l'UDM privé afin de maintenir le même écart tarifaire qu'en 2017 entre dialyse en centre et en UDM.

Économies non ciblées : 65 millions d'euros d'économies. Cela impacte toutes les activités non modulées par ailleurs. Le secteur privé est concerné à hauteur de 5,5 millions.

Au total, le plan d'économies génère 187,2 millions d'euros et le privé y contribue à hauteur de 81,3 millions.

D'autres mécanismes

Médecine ambulatoire : une 1^{re} étape d'un plan d'action pluriannuel pour le développement de la médecine ambulatoire se traduit cette année avec une revalorisation des tarifs des séjours d'ambulatoire en médecine.

Évolution des règles du jeu

L'arrêté « Forfaits » (dit aussi « Prestations ») fixe annuellement les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements peuvent prétendre pour leurs activités de MCO et HAD.

La classification des séjours v2018 n'a introduit que peu de changement, mais ils sont le fruit des remontées des DIM privés.

Réforme Transport :

2 suppléments au séjour ont été créés et seront applicables à partir du 1^{er} octobre 2018 :

- pour les transferts définitifs entre deux entités géographiques (facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » – supplément TDE) ;

- pour les transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie (facturation par l'établissement prestataire d'un supplément au séjour « transport séance » – supplément TSE).

Financer la qualité

Le dispositif IFAQ vise à prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Après 2 expérimentations pour certains établissements MCO, il a été généralisé en 2016 à l'ensemble des établissements MCO et HAD, et en 2017 aux établissements SSR.

L'année 2018 sera marquée par l'intégration pour la première fois d'un indicateur de résultat issu du PMSI : ETE ORTHO.

Notons que cette année, l'arrêté tarifaire a été publié moins tardivement que les années passées, le 6 mars. Il fixe les tarifs des GHS, des forfaits, des suppléments journaliers, et les tarifs des GHT applicables dès le 1^{er} mars.

ANTI JARGON

AP2 Forfait administration de spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier

CICE Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi

CMA Complication ou morbidité associée

FAU Forfait annuel urgences

FIR Fonds d'intervention régional

FPI Forfait prestation intermédiaire

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjour

IFAQ Incitation financière à l'amélioration de la qualité

LFSS Loi de financement de la Sécurité sociale

MIGAC Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation

ONDAM Objectif national des dépenses d'Assurance maladie

TIC Tarifs issus des coûts

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

Campagne tarifaire 2018 : **-0,5 %**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Syndicat national
des 550 établissements
de santé privés exerçant
une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique
(MCO).

Juin 2018
N°10

FHP-MCO,
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

CRÉATION : BVM COMMUNICATION
RÉDACTION : FHP-MCO,
BVM COMMUNICATION

Demain

L'édition 2018 marque-t-elle la fin
d'un cycle pour aller vers une nouvelle
construction tarifaire ?

La campagne tarifaire 2019 sera-t-elle
synonyme d'une nouvelle ère par la mise
en œuvre de l'article 51 de la LFSS 2018,
ouvrant la voie à de nouveaux modes
d'organisation et de financement ?

**ALERTE
VERTE**

*Soyons force
de propositions pour
des financements
innovants à l'appel
de l'article 51.*