

**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO
Juin 2016

Campagne tarifaire 2016 : **-1,65 % !**

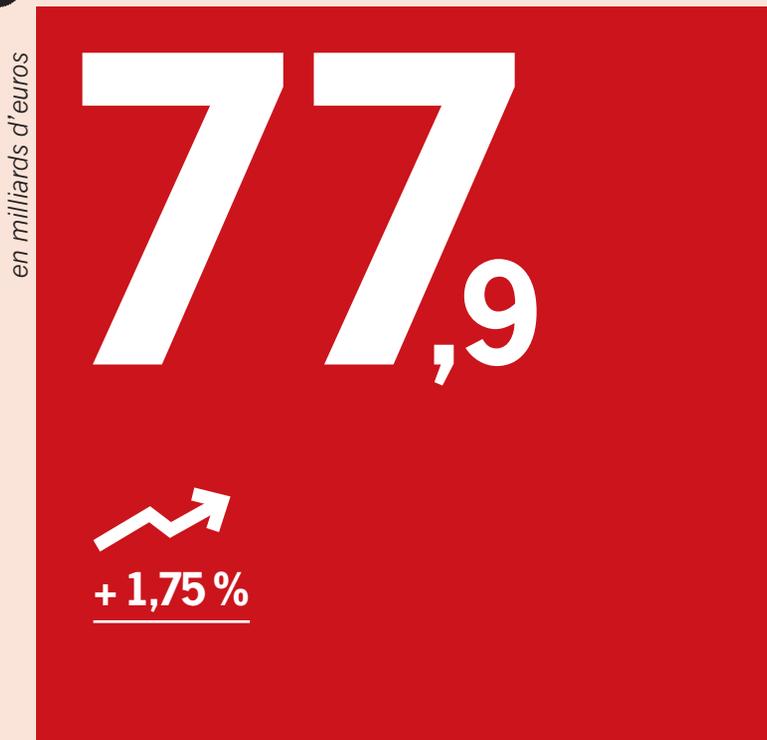
**L'effort notable
demandé aux
établissements
de santé privés
est toujours
inéquitable.**

La loi de programmation des finances publiques 2014-2019 fixe le cap et entérine un déficit public inchangé à 3,3 % du PIB en 2016, puis 2,7 % en 2017, pour viser un équilibre structurel en 2019. Le programme de stabilité de la France 2016-2019 prévoit 3,8 milliards d'euros d'économies supplémentaires sur les comptes publics en 2016 dont 1 milliard sur les dépenses de santé et de protection sociale.

**ALERTE
ROUGE**

*La campagne 2016 traduit
la 2^e étape du plan triennal
d'économies prévu
par le gouvernement dans
le secteur de la santé.*

1 ONDAM HOSPITALIER



2 AIDES



« La reprise sur nos tarifs de l'effet CICE et du pacte de responsabilité est lourde de conséquences. Elle induit mécaniquement une diminution de notre capacité à investir et des suppressions d'emplois pour les plus fragiles d'entre nous. Mais nos dirigeants n'ont-ils pas de vision à long terme pour le secteur de la santé ? »

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE FHP-MCO

3 TARIFS

en milliards d'euros

51,7

VOLUME PRÉVISIONNEL

PUBLIC
+2,9%

PRIVÉ
+1,9%

Pas de convergence privé/public

PUBLIC
-1%

PRIVÉ
-1%

CICE -0,23%

Pacte de responsabilité

-0,42%

4 RÉSERVES
COEFFICIENT
PRUDENTIEL

-0,5%

DÉGRESSIVITÉ
12
MILLIONS D'EUROS
D'ÉCONOMIES
ATTENDUES

5 MODULATION

CONSTRUCTION
GHS
MODULATION
GHS

6 VOUS



- Les baisses de tarif en ambulatoire sont incohérentes avec la volonté de développer cette prise en charge !
- Oui, en langage ministériel, cela s'appelle les injonctions contradictoires.
- Et comment je le traduis en interne ?
- Fais preuve d'imagination !

Campagne tarifaire 2016

La loi vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Votée annuellement à l'automne par les parlementaires, elle fixe l'ONDAM et définit les mesures structurelles d'évolution du système de santé.

D'ABORD, ON RABOTE

Moins 1 % pour tous

Les tarifs sont le résultat de la masse financière disponible (ONDAM hospitalier) et du volume prévisionnel de l'activité de soins. La convergence entre les grilles tarifaires des secteurs public et privé a été abandonnée depuis la LFSS 2013.

Le secteur MCO privé a sur-exécuté son enveloppe 2015 de 25 millions, quand celle de l'hôpital varie entre - 28 et + 57 millions. D'autre part, 2016, année des « patrons », dispose de davantage de jours ouvrés : une augmentation d'activité estimée à + 1,9 % pour le secteur privé et 2,9 % pour l'hôpital est intégrée.

Après s'être assuré de disposer d'une enveloppe de financement des « aides » (MIGAC, FIR, etc.), le gouvernement passe un premier coup de rabot réglé à 1 % sur l'ensemble des tarifs publics et privés.

Moins 0,65 % pour le seul secteur privé... en plus

Exclusivement appliqué aux tarifs privés, un deuxième coup de rabot de 0,23 % est passé pour compenser le bénéfice du CICE (dernière tranche, soit 1/8^e de la reprise).

Nos seuls tarifs subissent enfin un troisième coup de rabot de 0,42 % pour compenser 100 % du bénéfice du pacte de responsabilité.

PUIS, ON SCULPTE

Modulation des tarifs

Cette année encore l'arrêté tarifaire a été publié tardivement, le 8 mars. Il fixe les tarifs des GHS, des forfaits, des suppléments journaliers, et les tarifs des GHT applicables dès le 1^{er} mars.

À noter en 2016 :

CHIRURGIE : 187 millions d'euros d'économies réparties entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle, dont 115 millions au sein des cliniques (80 millions au titre de la chirurgie ambulatoire) sont réalisées.

DIALYSE : 25 millions d'euros d'économies sont réalisées sur la seule dialyse en centre, majoritairement dans le secteur privé (22 millions).

MÉDECINE : 44 millions d'euros pour cette première année de plan d'économies sur la médecine. Le secteur privé n'est concerné qu'à hauteur de 0,3 million.

CHIMIOTHÉRAPIE : maintien du mécanisme de baisse de 40 euros de 2 GHS lorsque un des médicaments de la liste en sus est prescrit.

Et toc ! Les GHS seront réduits lorsque des écarts extrêmes (+/- 20 %) sont constatés entre les tarifs publiés l'année N-1 et les TIC (Tarifs issus des coûts).

Une victoire. Le soutien exceptionnel à l'activité d'obstétrique. Les demandes de la FHP-MCO ont été entendues. Une évolution tarifaire entre 2,37 % et 2,46 % notamment pour les GHM d'accouchement unique par voie basse (avec ou sans complication), et le GHM de césarienne sans complication est intégrée.

Évolution des règles du jeu

Un arrêté dit forfaits 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 v2016 n'a introduit que peu de changement. Trois GHS dédoublés sont créés, notamment un GHS majoré, sur proposition de la FHP-MCO, pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.

Dégressivité du financement

Ce mécanisme arrive en 2016 en phase d'application concrète sur les données d'activité 2015. Pour la campagne tarifaire 2016, l'ensemble des paramètres du dispositif est maintenu sans modification (liste des racines de GHM concernées, seuil de déclenchement, taux de minoration). Notons que la proposition initiale, contre laquelle toutes les fédérations se sont élevées, doublait le taux de minoration de 20 % à 40 %.



Le plan d'économies en chirurgie conduit à des baisses pouvant atteindre 15 % pour certains GHS.

ENSUITE, ON DÉVELOPPE

Un financement accru sous forme d'aides

Le montant des aides non liées directement à l'activité de soins augmente (notamment de 1,7 % pour les seules MIGAC), et s'élève à 9,4 milliards d'euros (MIGAC + FIR). Incohérent. Le coût des missions d'intérêt général et des actions financées par le FIR est équivalent à celui 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.

Financer la qualité

Le programme IFAQ vise à prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Après 2 expérimentations, la généralisation aux établissements MCO et HAD est actée pour l'année 2016, une enveloppe de 40 millions lui est dédiée, une dotation IFAQ a été créée par l'arrêté dit forfaits 2016.

Financer la proximité

Un modèle de financement dérogatoire est conçu pour permettre aux anciens hôpitaux locaux de maintenir leur financement après passage à la T2A. Les quelques structures privées en situation d'éligibilité à ce statut, ne bénéficieraient d'aucun financement particulier, (car déjà financées en T2A depuis 2005), mais pourraient bénéficier d'une garantie de financement en cas d'effondrement de leur activité.

ENFIN, ON PRÉVOIT

Le coefficient prudentiel

Afin de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier prévu, l'État a mis en place des mécanismes de réserve. Le coefficient prudentiel en est un qui s'applique au secteur MCO. La réserve de crédits ainsi constituée pourra être reversée, entièrement ou partiellement aux établissements, selon l'état d'exécution de l'ONDAM, comme cela a été le cas les années précédentes.

Pour la campagne 2016, la valeur du coefficient prudentiel est de 0,5 % pour les 2 secteurs. 196 millions d'euros sont ainsi « prélevés » sur les tarifs (publics et privés). Cette hausse du coefficient prudentiel, jusqu'alors fixé à 0,35 %, s'explique par un arbitrage différent de l'État entre le volume prévisionnel et le coefficient prudentiel. Voir tableau ci-contre.

Le processus de négociation de la campagne tarifaire

VOLUME PRÉVISIONNEL / COEFFICIENT PRUDENTIEL

ÉTAT Effet volume à 2 % + 0,33 % de jours ouvrés, soit 2,33 % + 0,35 % de coefficient prudentiel, soit un volume possible à 2,68 %.

FHP-MCO Un volume prévisionnel entre 1,5 % et 1,6 %. Si cela est nécessaire pour assurer une totale garantie de non dépassement de l'ONDAM, une augmentation du coefficient prudentiel à 0,60 %, en lieu et place de 0,35 %, est envisageable, soit un taux global compris entre 2,1 % et 2,2 %.

ARBITRAGE Effet volume à 1,7 % + 0,2 % de jours ouvrés soit 1,9 % + 0,5 % de coefficient prudentiel, soit un volume possible à 2,4 %.

OBSTÉTRIQUE

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Cibler en priorité les GHS qui touchent le plus grand nombre de maternités (14Z14A et le 14Z13A). Une croissance tarifaire au moins égale à la moitié de la perte en volume nous apparaît légitime, soit +2,5 % financés sur l'ensemble de l'enveloppe ODMCO.

FHP-MCO Soutien de la FEHAP et neutralité de la FHF.

ARBITRAGE Revalorisation de 2,5 % des tarifs des GHM d'accouchement unique par voie basse sans complication significative (14Z14A et 14Z13A).

ARBITRAGE Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser dans les mêmes proportions les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) ainsi que le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

MESURES CIBLÉES DE CAMPAGNE (GHS MAJORÉS)

ÉTAT Sur proposition FHP-MCO, un GHS majoré pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.

Par ailleurs, la DGOS porte la création d'un GHS majoré pour financer les surcoûts associés à la technique de mesure de la fraction du flux de réserve coronarienne (FFR).

FHP-MCO Un GHS majoré pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.

FHP-MCO Soutien des autres fédérations.

ARBITRAGE Création d'un GHS majoré pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.

ARBITRAGE Par ailleurs, la DGOS confirme la création d'un GHS majoré pour financer les surcoûts associés à la technique de mesure de la fraction du flux de réserve coronarienne (FFR).

MIG PPCO

ÉTAT Mise en place de la MIG PPCO de 3 millions par débasage tarifaire.

FHP-MCO Position favorable à la création de la MIG PPCO mais par débasage d'autres MIGAC non cancéreuses.

FHP-MCO Opposition de toutes les fédérations à un débasage tarifaire.

ARBITRAGE Mise en place de la MIG PPCO de 3 millions par financement reliquat du plan cancer.

FINANCEMENT DES URGENCES / SMUR

ÉTAT Mise en place de la réforme du financement des FAU et de la facturation des transports secondaires SMUR.

FHP-MCO Demande de garantie de mise en œuvre de cette réforme de FAU notamment au regard des autorisations des services d'urgences privés. Demande de mise en œuvre de la réforme de la facturation des transports SMUR.

FHP-MCO Soutien de la FEHAP et refus de la FHF sur la question de la réforme du financement des MIG SMUR.

ARBITRAGE Mise en place de la réforme du financement des FAU et report de la facturation des transports secondaires SMUR. Groupe de travail à venir en 2016.

MIG PRÉCARITÉ

ÉTAT Actualisation des données CMU, CMUC et AME.

FHP-MCO Actualisation des données CMU, CMUC et AME.

FHP-MCO Accord de toutes les fédérations sur l'actualité des données.

ARBITRAGE Actualisation des données CMU, CMUC et AME avec prise en compte des effets revenus sur deux ans.

DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

ÉTAT Doublement du taux de minoration de 20 % à 40 %.

FHP-MCO Opposition FHP-MCO à ce doublement.

FHP-MCO Désaccord de toutes les fédérations à un doublement du taux de minoration.

ARBITRAGE Maintien du dispositif sans modification de la liste des GHS ni doublement du taux de dégressivité.

ARBITRAGE Maintien du taux de minoration de 20 %.

ation e 2016

ÉTAT Propositions initiales de l'État

FHP-MCO Positions défendues par la FHP-MCO

ARBITRAGE Arbitrage de l'État

PLAN ÉCONOMIES DIALYSE

ÉTAT Proposition DGOS d'une baisse exclusive sur notre secteur ex-OQN, soit -4,5 % de baisse.

FHP-MCO Demande FHP-MCO / FHP dialyse de faire porter l'économie sur les deux secteurs.

ARBITRAGE Baisse tarifaire sur les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN en fonction du TIC.

ARBITRAGE Baisse de 3,58 %.

PLAN ÉCONOMIES MÉDECINE

ÉTAT Nouvelle économie pour un montant de 35 M€10 mois dépenses AM) soit 44,5 M€sur 12 mois en dépenses encadrées.

FHP-MCO Cette nouveauté 2016 arrive comme un effet de surprise mais les effets sont a priori limités.

ARBITRAGE Effet limité à 300 000 euros pour notre secteur.

PLAN ÉCONOMIES CHIRURGIE

ÉTAT La DGOS a retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie qui s'établit à 400 M€à horizon 2017, décliné ainsi : 80 M€en 2015, 160 M€en 2016 et 160 M€en 2017. Deux scénarii sont envisagés. L'un pénalisant plus la chirurgie ambulatoire.

FHP-MCO Demande de ne pas faire porter les économies sur ceux qui sont « en avance ».

FHP-MCO Nous continuons à souligner que cette démarche visant à vouloir rechercher des économies dès à présent constitue une injonction contradictoire à ces objectifs du virage ambulatoire.

ARBITRAGE Choix du scénario permettant d'atténuer l'effort sur la chirurgie ambulatoire. (NDLA : cependant, l'impact

demeure majoritaire sur la chirurgie ambulatoire avec 118 millions - dont 80 millions pour le secteur ex-OQN - sur un total de 187 millions tous secteurs confondus).

FORFAIT 40 EUROS EN CHIMIOTHÉRAPIE

ÉTAT Malgré l'absence d'effet incitatif tarifaire, maintien du dispositif.

FHP-MCO Opposition de la FHP-MCO avec les autres fédérations.

ARBITRAGE Malgré l'absence d'effet incitatif tarifaire, maintien du dispositif.

MISE EN ŒUVRE D'IFAQ GÉNÉRALISÉ

ÉTAT Montant de 50 millions avec maintien à 0,3 %, 0,4 % ou 0,5 % de rémunération des recettes Assurance maladie.

FHP-MCO La part de la rémunération à la qualité ne peut se limiter à 0,3 %, 0,4 % ou 0,5 %. 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 Montant de 40 millions avec maintien à 0,3 %, 0,4 % ou 0,5 % de rémunération des recettes Assurance maladie.

ARBITRAGE Financement des 40 millions par prélèvement sur l'ODMCO avant détermination des tarifs et du montant des MIGAC.

HAD POST CHIRURGIE

ÉTAT Le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et une structure d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

FHP-MCO Cette mesure brouille le message sur le développement de la chirurgie ambulatoire par la conduite d'une politique publique incompréhensible et incohérente.

FHP-MCO Ce projet de dispositif cible des actes qui sont déjà réalisés par certains professionnels en chirurgie ambulatoire : la prothèse totale du genou ou l'intervention majeure sur l'intestin grêle et le côlon.

FHP-MCO Le dispositif technique est inachevé !

FHP-MCO Dans un environnement tarifaire jamais connu, il est demandé aux établissements de santé de faire l'avance de trésorerie.

FHP-MCO Une lisibilité et visibilité tarifaires MCO inexistantes à terme.

ARBITRAGE Instruction à venir au cours du 1^{er} semestre 2016.

agenda

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

JANVIER, FÉVRIER

Déclinaison de la campagne de l'année N en application de la LFSS votée en décembre

MARS, AVRIL

Ecriture et publication de la 1^{re} circulaire de campagne

MAI À JUILLET

Ecriture du PLFSS
Réunions préparatoires à la campagne N+1

SEPTEMBRE À NOVEMBRE

Fin des travaux sur la classification
Présentation au Conseil des ministres du PLFSS

OCTOBRE, NOVEMBRE

Débat parlementaire PLFSS. Suite des travaux de la campagne N+1

DÉCEMBRE

Vote du PLFSS

LA FHP-MCO

JANVIER, FÉVRIER

Participation aux réunions du ministère et réponses à leurs sollicitations sur l'année N

MARS À JUIN

Simulation d'impacts
Analyse des effets de la campagne N
Information des adhérents et des régions

MAI À JUILLET

Participation aux réunions préparatoires de la campagne N+1
Collecte des retours d'expérience campagne N
Propositions pour le PLFSS N+1

SEPTEMBRE À NOVEMBRE

Suite des travaux préparatoires de la campagne N+1
Amendements au PLFSS

FIN NOVEMBRE

Saisine éventuelle du Conseil constitutionnel

LES MANAGERS

MARS, AVRIL

Adaptation du budget de l'établissement à la campagne N

AVRIL À JUILLET

Réponses apportées à la FHP-MCO pour les propositions syndicales

OCTOBRE À NOVEMBRE

Budget prévisionnel N+1

ANTI JARGON

AME Aide médicale d'État

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

CMA Complication ou morbidité associée

CMU Couverture maladie universelle

CMUC Couverture maladie universelle complémentaire

FAU Forfait annuel urgences

FIR Fonds d'intervention régional

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjour

GHT Groupe homogène de tarif

HAD Hospitalisation à domicile

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

PPCO Primo prescription de chimiothérapie orale

SPH Service public hospitalier

TIC Tarifs issus des coûts

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

Campagne tarifaire 2016 : **-1,65 % !**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

Juin 2016
FHP-MCO,
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

CRÉATION BVM COMMUNICATION

**Le plan d'austérité se
poursuit en 2017 avec un
déficit des finances publiques
prévu à 2,7 % et pour ce
qui concerne la santé, une
augmentation de l'ONDAM
plafonnée à 1,75 %.**

Le comité d'alerte missionné pour veiller au respect de l'ONDAM annonce que l'exercice 2016 se présente « *dans des conditions plus difficiles que les années précédentes* ».

L'équipe de la FHP-MCO surveille la publication des circulaires concernant la campagne 2016 et affûte chiffres et arguments car l'édition 2017 a déjà démarré.



Intégrez dans votre budget prévisionnel 2017 la perspective d'une baisse tarifaire d'au moins 1 % en moyenne et de 2 % pour la seule chirurgie. Sont annoncées pour 2017 : 187 millions d'économies sur la chirurgie, 25 millions en dialyse, et pour la médecine, des économies bien supérieures aux 44 millions constatés en 2016.