

**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO

Juin 2019

N°12

Campagne tarifaire 2019: **+0,5 %**

**Fin de
la politique
du « rabet »!**

Après 6 ans de baisse tarifaire, cette campagne tarifaire 2019 est marquée par une augmentation des tarifs de 0,5 %. Une inflexion de tendance indispensable qu'il faut maintenir dans le temps. La FHP-MCO regrette que la qualité n'ait pas été financée via une MIGAC et que son financement obère de 0,3 % l'enveloppe des tarifs 2019.

**ALERTE
VERTE**

*La dotation IFAQ,
multipliée par quatre,
s'élève à 200 millions
d'euros.*

Le processus de négociation de la campagne tarifaire 2019

AMÉLIORER LA CIBLE DU VOLUME PRÉVISIONNEL 2019

ÉTAT Retenir 1,7 % de volume prévisionnel pour le secteur ex-OQN.

FHP-MCO Retenir un volume prévisionnel en cohérence avec la réalité des activités constatées.

ARBITRAGE Prise en compte de la décélération du volume d'activité : Effet volume à 1,4 % 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 GHS ciblés au niveau des T.I.C.S.

Une MIG allaitement pourrait être attribuée sur la base d'un indicateur à définir. De plus, nous soutenons la démarche de création d'un forfait Accueil urgences gynécologiques.

ARBITRAGE Proposition acceptée pour la revalorisation tarifaire, 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.

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

DONNER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AU FINANCEMENT IFAQ

ÉTAT Mesure portée par la Task Force « Réforme du financement » : Évolution du modèle IFAQ avec une enveloppe de 300 millions (au lieu de 50 millions en 2018) pour aboutir à 2 milliards à horizon 2022.

FHP-MCO Garantir un modèle de financement à la qualité ne créant pas de rupture dans le temps et l'espace.

L'alimentation de l'enveloppe IFAQ ne peut s'opérer que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.

ARBITRAGE Le modèle IFAQ « rénové » bénéficie d'une enveloppe de 200 millions pris sur la masse tarifaire, un milliard est annoncé pour 2022.

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 Décaler le calendrier envisagé de mise en œuvre des évolutions de classification afin de permettre qu'elles puissent s'inscrire le cas échéant dans les évolutions plus structurantes des modèles de financement.

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 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 Intégration de la régulation pluriannuelle dans le PLFSS 2020 pour une mise en place d'ici 2021.

SOUTENIR LES EXPÉRIMENTATIONS DU FINANCEMENT AU PARCOURS

ÉTAT L'Article 51 de la LFSS 2018 introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

FHP-MCO Soutenir les expérimentations dans le cadre de l'article 51 tant celles issues des AMI que des projets locaux et régionaux.

ARBITRAGE Publication des cahiers des charges des expérimentations à l'été 2019.

SUPPRESSION DES BORNES DES GHM EN K

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

ARBITRAGE Suppression des bornes basses dans le cadre de la politique incitative au développement de l'ambulatoire.

ADOPTER UN PLAN D'ÉCONOMIES COHÉRENT

ÉTAT Mettre en œuvre une logique de « Pause » dans la politique de modulation tarifaire.

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

ARBITRAGE Fin des économies ciblées sur la chirurgie ambulatoire.

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.

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

ARBITRAGE Revalorisation du forfait AP2 pour mieux prendre en compte la différence de coût des 2 produits.

Reprise effective des travaux sur la révision de la circulaire frontière, afin de lever le moratoire sur les contrôles T2A des hospitalisations de jour en médecine au 1^{er} mars 2020.

RIHN : DÉFINIR DES RÈGLES DE FINANCEMENT CLAIRES ET ÉQUITABLES

FHP-MCO Traiter la question du financement des actes de la liste principale et de la liste complémentaire en traitant les questions des actes qui ne sont plus innovants mais maintenus dans le dispositif RIHN, et du dimensionnement de l'enveloppe RIHN.

ARBITRAGE Proposition d'un calendrier prévisionnel 2019-2020 d'évaluation des actes de liste complémentaire.

FINANCEMENT DES TRANSPORTS

ÉTAT Intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé depuis le 1^{er} octobre 2018 (art 80 de la LFSS 2017).

FHP-MCO Nous demandons une adaptation du dispositif.

Le dispositif actuel est contre incitatif pour les prestations de soins de moins de 48h. Il conviendrait d'adopter un financement similaire aux transports pour séances pour l'ensemble des PIA et PIE de moins de 48h.

ARBITRAGE Mise en œuvre d'une « Pause » dans les procédures contractuelles.

Pour le MCO, les modalités de financement restent les mêmes dans l'attente de travaux sur la prise en compte de la distance.

RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS CRITIQUES

ÉTAT Mise en œuvre d'étude de coût pour apprécier un juste financement des soins critiques.

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 plus tôt le 1^{er} mars 2020 en lien avec le nouveau régime d'autorisation.

ARBITRAGE Travaux en cours.

PIE-PIA : METTRE FIN À L'ABSENCE DE RÈGLES DE FACTURATION

FHP-MCO Apporter des réponses au financement des PIE et PIA comme cela a été le cas pour les prestations de plus de 48h.

La solution la plus simple à mettre en œuvre : faire que chaque établissement adresse une facture (ou valorisation) à l'Assurance maladie (ou l'ATIH). Chaque établissement facture sa prestation à l'Assurance maladie. Cette mesure vise à simplifier les circuits de facturation.

ARBITRAGE Alignement du régime des PIA « externes » sur celui des PIA « séjours ».

REPROCESSING

FHP-MCO Prévoir une modification législative et réglementaire afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental autorisant la mise en œuvre du reprocessing.

ARBITRAGE Mise en place d'un groupe de travail.

1

ONDAM HOSPITALIER



ENVELOPPE
SSR ET PSY
19,9
MILLIARDS
D'EUROS

2

AIDES

FIR
3,5
MILLIARDS
D'EUROS

MIGAC
7
MILLIARDS
D'EUROS



3

TARIFS

VOLUME PRÉVISIONNEL



TAUX D'ÉVOLUTION DES TARIFS



4

RÉSERVES

UN MÉCANISME PRUDENTIEL



Le coefficient prudentiel est un mécanisme de réserve pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Sa valeur reste la même qu'en 2018, permettant 305 millions d'euros de réserve.

COEFFICIENT DE NEUTRALISATION



Ce coefficient a été créé en 2018 pour rendre plus lisibles les reprises visant à neutraliser les allègements fiscaux ou sociaux dont le secteur privé est bénéficiaire. Il est en légère baisse par rapport à 2018 car les masses reprises identiques s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Des économies reconduites

Pour respecter l'ONDAM établissements de santé, 1 023 millions d'euros d'économies sont nécessaires dont 663 millions sont supportés par les établissements (contre 960 millions en 2018).

Le secteur privé exclu des aides d'État

Le montant des aides non liées directement à l'activité de soins augmente (notamment de 2,4 % pour les seules MIGAC), et s'élève à 10,5 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. Les prévisions d'évolution du volume d'activité MCO pour 2019 ont été revues à la baisse pour tenir compte de la décélération de l'activité.



MODULATION TARIFAIRE



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



OBSTÉTRIQUE. UNE 4^e ANNÉE DE REVALORISATION

La demande de la FHP-MCO a été entendue : les tarifs de 5 GHS sont revalorisés entre 2,49 % et 2,55 %.



PAUSE DANS LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES TRANSPORTS

La « pause » concerne les procédures contractuelles mais la réforme n'est pas suspendue.

Les modalités de financement restent les mêmes. Le nécessaire aménagement de la réforme est toutefois acté et des nouveaux suppléments ont été créés pour les établissements SSR et PSY. La FHP-MCO continue de porter des demandes d'aménagement du dispositif, notamment sur les transports de moins de 48h.

IFAQ : impact de la réforme du financement

Le financement de la qualité fait partie des orientations que la FHP-MCO porte depuis de nombreuses années. Depuis sa mise en place, expérimentale en 2014 et 2015, puis généralisée en 2016, le dispositif IFAQ est non seulement une reconnaissance tarifaire de la qualité, mais également un des rares à être construit dans un temps long, de manière transparente et équitable, quel que soit le statut des établissements de santé.

L'année 2019 marque une césure et met fin à un cycle. Le pilotage du dossier change : la Task Force est aussi à la manœuvre.

Le modèle est rénové : rémunération à l'indicateur (et non plus via un score global), nombre resserré d'indicateurs pris en compte, 12 groupes de comparaison, volonté de rémunérer plus d'établissements, etc.

Mais surtout, dans la construction de la campagne tarifaire, IFAQ devient un compartiment à part entière du financement des établissements. Cette dotation IFAQ s'élève à 200 millions d'euros en 2019, 1 milliard d'euros est annoncé pour 2022.

La LFSS 2019 a déjà introduit une possibilité de sanction. La FHP-MCO, qui a dénoncé cette mesure redondante avec le volet CAPES du CAQES, restera vigilante sur les modalités d'application de ce nouveau dispositif de sanction annoncé pour 2020.



LES MODULATIONS TARIFAIRES EN 2019

Une incitation au développement de l'ambulatoire

➔ *La campagne tarifaire 2019 est marquée par la fin des économies ciblées sur la chirurgie ambulatoire et de nombreuses demandes de la FHP-MCO ont été entendues.*

Chirurgie

- Les activités de chirurgie ambulatoire sous financées sont revalorisées.
- Les bornes basses tarifaires sur la chirurgie de niveaux 2 et 3 sont supprimées.
- Une mesure d'incitation au développement de la RAAC est mise en œuvre.

Médecine

- Un tarif unique est introduit entre les couples de GHM de niveau 1 et de niveau T pour certaines activités (26 racines ciblées).
- Des GHM de médecine de courte durée sont revalorisés.

Interventionnel

- Un tarif unique entre le niveau 1 et le GHM de très courte durée est introduit.
- Des bornes basses tarifaires des niveaux 1, 2, 3 sont supprimées.

La réforme du financement démarre en 2019

➔ *Deux mesures portées par la Task Force sont déjà introduites dans la campagne tarifaire 2019.*

- Le modèle de financement à la qualité est sensiblement revu et son enveloppe est multipliée par 4. En effet, l'enveloppe IFAQ augmente de 50 millions d'euros en 2018 à 200 millions en 2019. Elle est financée via

des transferts de crédits. Cela signifie en clair pour le champ MCO, une diminution des tarifs de l'ensemble des prestations de 0,35 %.

- Les premiers forfaits pathologies chroniques doivent être créés en 2019 pour les patients atteints de maladies rénales chroniques et de diabète.

Les règles du jeu évoluent

- 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. Deux évolutions sont notamment à noter :

➔ l'autorisation de cumul de facturation d'un forfait SE et d'un forfait APE dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab dans le cadre de la DMLA ;

➔ les règles de facturation des PIA pour les actes et consultations externes. Ces prises en charge peuvent faire l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie par l'établissement prestataire.

Tarif de dialyse : une grande déception

Baisse des tarifs d'hémodialyse en centre au regard du surfinancement constaté pour les secteurs public et privé. Cette baisse doit permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique ».

Comme en 2018, le tarif du forfait D11 du secteur privé diminue également afin de maintenir l'écart de tarifs entre UDM et centre.

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 2019 : **+0,5 %**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

Juin 2019
N°12

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

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

Demain. Les campagnes tarifaires devraient être davantage marquées par la réforme du financement portée par la Task Force, notamment la mise en œuvre des forfaits pour les pathologies chroniques. Cette démarche expérimentée pour le diabète et la maladie rénale chronique sera élargie à d'autres pathologies.



La Task Force rebat les cartes du financement du système de santé. Deux premières mesures sont déjà introduites en 2019. Que nous réserve-t-elle pour 2020 ?