

**MINUTES  
POUR  
COMPRENDRE**

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication  
de la FHP-MCO  
Septembre 2020  
N°14

# Campagne tarifaire 2020: **+0,6 %**

**Une  
inflexion  
à la hausse  
se confirme.**

Après six années de baisse tarifaire, une inflexion à la hausse en 2019 et 2020 se dessine. Par ailleurs, la pluri-annualité du financement, demande historique de la profession, a été actée par un protocole d'accord entre l'État et les fédérations. Pour la première fois, elle offre aux managers une visibilité à minima sur les deux années qui viennent. En 2020, les ressources des établissements de santé MCO augmentent de 0,6 %, dont 0,45 % de part IFAQ. Le compartiment du financement à la qualité est ainsi doublé et s'élève à 400 millions d'euros.

**ALERTE  
VERTE**

*Engagement pluri-annuel :  
les établissements hospitaliers  
disposent d'une vision à deux ans.*

# Le processus de négociation de la campagne tarifaire 2020

## UNE APPROCHE PLURI-ANNUELLE

**ÉTAT** Intégration de la régulation pluri-annuelle dans la LFSS 2020.

**FHP-MCO** Prévoir une planification pluri-annuelle des modalités de financement et notamment celles de fixation des éléments tarifaires. Cette démarche serait cohérente avec les engagements que la France prend dans le cadre du Pacte de stabilité avec les institutions européennes.

**ARBITRAGE** Protocole d'accord pluri-annualité : signature en février 2020 par les fédérations et la ministre d'un protocole d'accord sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022.

## PÉRENNISER LES ACTIONS SUR L'OBSTÉTRIQUE

**ÉTAT** Poursuivre les actions tarifaires en faveur de l'obstétrique.

**FHP-MCO** Nous demandons la poursuite des actions tarifaires en faveur de l'obstétrique en fixant le tarif des 6 GHS ciblés au niveau des TICs.

**FHP-MCO** Une MIG allaitement pourrait être attribuée sur la base d'un indicateur à définir.

**FHP-MCO** Nous soutenons la démarche de création d'un forfait « accueil urgences gynécologiques ».

**ARBITRAGE** Proposition acceptée pour la revalorisation tarifaire, mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars.

## AMÉLIORER LA CIBLE DU VOLUME PRÉVISIONNEL 2020

**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** Effet volume à 1,8 % et maintien du coefficient prudentiel à 0,7 %.

## PAS DE PLAN D'ÉCONOMIES CIBLÉES

**ÉTAT** Poursuite de la stratégie de soutien au développement des prises en charge ambulatoires.

**ÉTAT** Recul insuffisant pour permettre un élargissement de la mesure RAAC.

**ÉTAT** Politique désincitative aux prises en charge de dialyse en centre.

**FHP-MCO** Nous demandons la poursuite des actes de soutien à la chirurgie ambulatoire et à l'HDJ en général, ainsi qu'au développement de la RAAC.

**FHP-MCO** Nous demandons un moratoire sur les désincitations tarifaires sur les activités de dialyse compte tenu des réformes de financement à venir.

**FHP-MCO** Nous demandons la finalisation des travaux de l'instruction frontière ou gradation des soins ambulatoires.

**ARBITRAGE** Revalorisation des tarifs uniques en chirurgie (niveau J et 1). Élargissement de la mesure RAAC à deux nouvelles racines de GHM.

**ARBITRAGE** Absence de moratoire sur les tarifs d'hémodialyse en centre et en UDM.

**ARBITRAGE** Les principales évolutions de l'arrêté prestation sont en lien avec les travaux sur l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires.

## 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 parties prenantes et en veillant à une équité de traitement des 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, le professeur Guy Rostoker.

## RIHN : DÉFINIR DES RÈGLES DE FINANCEMENT CLAIRES ET ÉQUITABLES

**ÉTAT** Calendrier prévisionnel 2019-2020 d'évaluation des actes de liste complémentaire.

**FHP-MCO** Les délais annoncés dans le calendrier ne sont pas à la hauteur des enjeux et de la situation constatée. Il faut accélérer la mise à jour des listes d'actes afin d'assurer un financement à 100 % et traiter la question du dimensionnement de l'enveloppe RIHN.

**ARBITRAGE** Confirmation du calendrier prévisionnel 2019-2020 d'évaluation des actes de liste complémentaire.

## IFAQ : DES ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES

**ÉTAT** L'enveloppe de 2 milliards à horizon 2022 est répartie entre 1 milliard pour IFAQ, et 1 milliard pour les compartiments « qualité » dans les modèles de financement (pathologies chroniques, hôpitaux de proximité, urgences, etc.).

**FHP-MCO** Mettre en œuvre un financement IFAQ cohérent, mensualisé, garantissant une continuité du modèle.

**FHP-MCO** Hiérarchiser les établissements de santé rémunérés (« 3 tiers » comme au sein du modèle 2018).

**FHP-MCO** Doubler l'enveloppe à hauteur de 400 millions d'euros.

**ARBITRAGE** L'enveloppe IFAQ est multipliée par 2 par rapport à 2019, soit 400 millions répartis entre les établissements MCO et SSR.

**ARBITRAGE** Les travaux IFAQ ont été suspendus avec la crise Covid.

## 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** Engagement des fédérations dans le cadre du protocole de pluri-annualité à contribuer à l'optimisation de la coordination des parcours.

## 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 deux évolutions apportées à la classification V2020 répondent à des demandes de la FHP-MCO dans le cadre du document annuel des retours d'expériences élaboré avec l'appui des médecins DIM.

## 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, l'augmentation 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.

## FINANCEMENT DES TRANSPORTS

**ÉTAT** Intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018 (article 80 de la LFSS 2017).

**ÉTAT** Travaux sur la modulation des suppléments à la distance.

**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. Mettre en place un forfait longue distance.

**ARBITRAGE** Modulation des tarifs des suppléments TSE et TDe en fonction de la distance.

**ARBITRAGE** Maintien du stop loss (accompagnement des établissements de santé pour limiter les effets revenus).

**ARBITRAGE** Évolution des règles de facturation du TSE pour une dialyse en UDM, en lien avec l'évolution des règles de facturation des PIE pour dialyse en UDM.

## PIE : METTRE FIN À L'ABSENCE DE RÈGLES DE FACTURATION

**ÉTAT** Pas de proposition de l'État.

**FHP-MCO** Apporter des réponses au financement des PIE. La solution la plus simple est que chaque établissement adresse une facture (ou valorisation) à l'Assurance maladie (ou l'ATIH). Cette mesure vise à simplifier les circuits de facturation.

**ARBITRAGE** Extension du régime dérogatoire des PIE aux UDM comme c'était déjà le cas pour la dialyse en centre. Les prises en charge pour dialyse en UDM pourront faire l'objet d'une facturation directe à l'Assurance maladie par l'établissement prestataire.

## DÉMARCHE DE PERTINENCE

**ÉTAT** Favoriser la pertinence des soins fait partie des chantiers du plan « Ma santé 2022 ».

**FHP-MCO** La pertinence doit être avant tout une méthode d'animation des professionnels aux niveaux national et régional en s'appuyant sur les outils existants et en évitant des process complexes, coercitifs et inéquitables.

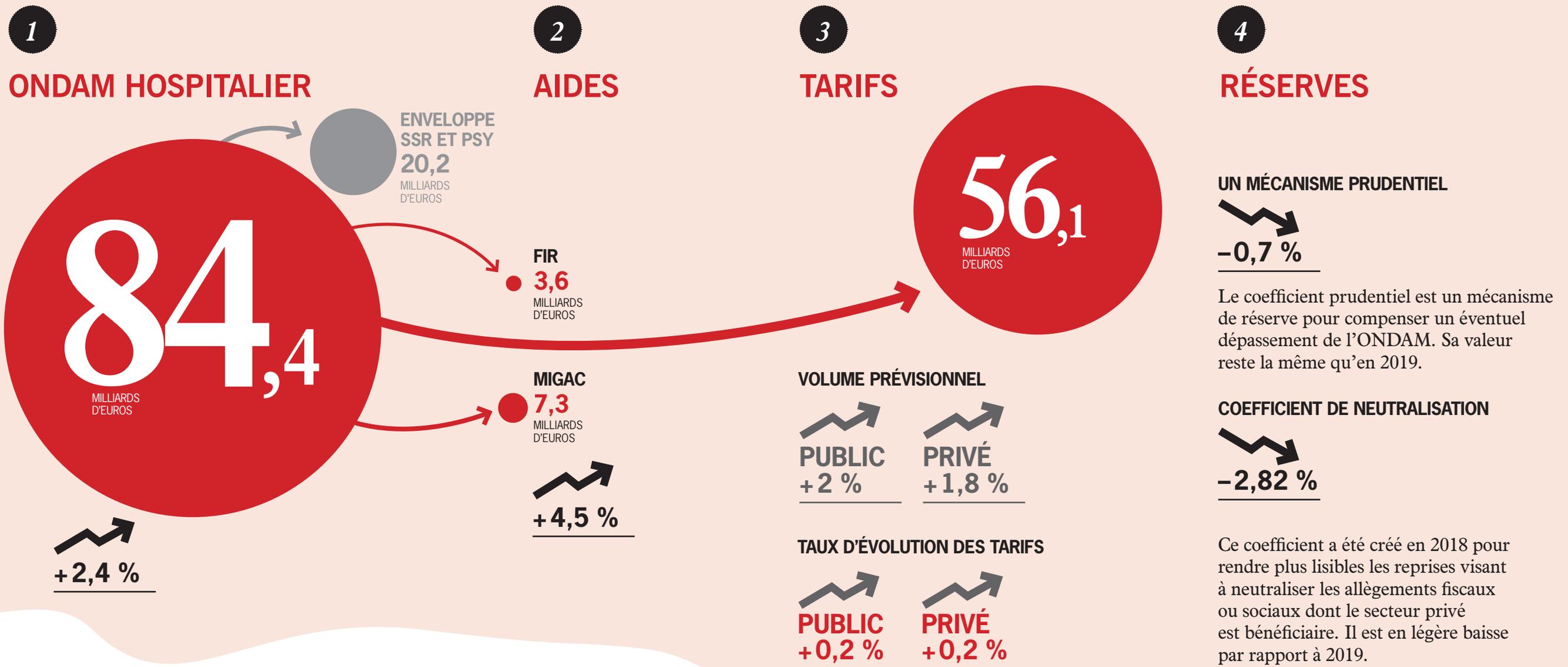
**ARBITRAGE** Engagement des fédérations dans le cadre du protocole de pluri-annualité à contribuer à l'optimisation de la coordination des parcours.

## LE REPROCESSING

**ÉTAT** Pas de proposition de l'État.

**FHP-MCO** Prévoir une modification législative et réglementaire afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental du reprocessing.

**ARBITRAGE** Mise en place d'un groupe de travail.



Le coefficient prudentiel est un mécanisme de réserve pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Sa valeur reste la même qu'en 2019.

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 2019.

## L'État et les fédérations d'établissements de santé ont signé un protocole de pluri-annualité de financement

L'État souhaite donner aux établissements de santé une visibilité pluri-annuelle sur l'évolution de leurs ressources, de manière à leur permettre de s'engager pleinement dans la stratégie « Ma santé 2022 », de développer leurs investissements et leur politique de ressources humaines, dans une logique d'amélioration des conditions de travail et de renforcement de l'attractivité.

### L'État s'engage

- Une progression de l'ONDAM relatif aux établissements de santé de 2,4 % par an est actée.
- Pour le champ MCO, l'évolution minimale des financements sera de 0,2 % en 2020, 2021 et 2022.
- En cas de sous-exécution, l'État reverse aux établissements de santé, avant la fin de l'exercice concerné, les crédits correspondant à la sous-exécution constatée.
- En cas de sur-exécution, les trajectoires d'évolution des ressources ne sont pas modifiées sauf si l'écart constaté excède 0,2 %.

### Les fédérations d'établissements s'engagent

- Elles soutiennent activement la transformation des modes de financement du système de santé, en particulier le financement à la qualité et au parcours.
- Elles contribuent à l'optimisation de la coordination des parcours, notamment en améliorant les orientations à partir et vers le domicile.
- Elles promeuvent les actions de prévention et les démarches qualité et participent pleinement au chantier de développement de la pertinence et la qualité des soins.
- Elles améliorent la qualité de vie au travail et fidélisent les professionnels notamment en les accompagnant dans leur parcours professionnel.

## MODULATION TARIFAIRE



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



### OBSTÉTRIQUE : UNE 5<sup>e</sup> ANNÉE DE REVALORISATION

Cette demande forte de la FHP-MCO a été entendue : les tarifs de GHS sont revalorisés, jusqu'à 14 % pour les accouchements sans complication.

### FINANCEMENT DES TRANSPORTS : LA DISTANCE EST PRISE EN COMPTE

En 2020, les tarifs des suppléments « transport » évoluent pour tenir compte de la distance parcourue. Cette mesure donne une suite favorable à une demande de l'ensemble des fédérations hospitalières.

La FHP-MCO continue de porter des demandes d'aménagement du dispositif, notamment sur les transports de moins de 48h.

## CAMPAGNE TARIFAIRE ET CRISE DE LA COVID-19

Lancée en 2018 dans le cadre de la STSS et de son plan national « Ma santé 2022 », la réforme du financement du système de santé annonce un profond bouleversement des modèles d'allocation de ressources avec notamment une part de la T2A réduite à 50 %. Cependant, avec la signature du protocole de pluri-annualité, nous abordons, en 2020, pour la première fois, une campagne tarifaire avec une visibilité sur les deux années qui suivent.

La crise sanitaire de la Covid-19 a tout bouleversé. La campagne tarifaire 2020 avait à peine commencé que les établissements de santé étaient amenés à déprogrammer massivement les activités non urgentes qui n'entraînaient pas de perte de chance pour les patients et à lutter contre l'épidémie.

Dans ce contexte, différentes dispositions ont été prises par le gouvernement et ses institutions (Task Force, DGOS, CNAM, etc.) pour soutenir financièrement les établissements de santé, publics et privés.

La FHP-MCO s'est mobilisée auprès de la FHP pour des demandes financières couvrant quatre vecteurs de financement des établissements de santé.

VOIR FICHE  
DÉDIÉE INSÉRÉE  
DANS CE  
DOCUMENT

**La FHP-MCO s'est mobilisée auprès de la FHP pour des demandes financières couvrant 4 vecteurs de financement des établissements de santé**

<b>1/</b>	<b>2/</b>	<b>3/</b>	<b>4/</b>
Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires : accord de tarification et garantie de financement (forfaitaire 2019 multiplie par 1,12 % pour le MCO)	Dotation pour compenser les surcoûts Covid	Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires : avances de financement et garantie de financement (couverture en question des avances)	Appréhender et valoriser les effets rebonds potentiels post crise

FHP MCO | FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE MÉDICINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE | OCTOBRE 2020 - WWW.FHPMCO.FR

## LES MODULATIONS TARIFAIRES EN 2020

### Poursuite du soutien au développement de l'ambulatoire

Une politique tarifaire incitative combinée à une clarification des règles avec la mise en œuvre de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires.

#### Chirurgie

- La revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées est poursuivie.
- La mesure d'incitation au développement de la RAAC est élargie à une racine de GHM.

#### Médecine

- La revalorisation des GHM de médecine de courte durée sous financés est poursuivie.

#### Révision de la circulaire frontière

- Les travaux, commencés en 2017, ont abouti cette année à la mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars 2020 d'un nouveau corpus juridique permettant une levée du moratoire sur les contrôles T2A des HDJ de médecine. Un « 5 minutes pour comprendre » est dédié à l'instruction « gradation » qui remplace la circulaire « frontière ».

### Réforme du financement : 2 mesures confirmées

#### IFAQ

- L'enveloppe double pour atteindre 400 millions d'euros (200 millions en 2019, 50 millions en 2018). Le modèle IFAQ devait évoluer en 2020 vers une mensualisation et une gradation de la rémunération demandées par la FHP-MCO et la mise en œuvre d'un dispositif de sanction/malus. Ces travaux ont été perturbés par la crise Covid, et les recueils d'indicateurs qualité annulés. La dotation IFAQ 2020 a été versée aux établissements en 1<sup>re</sup> circulaire de campagne, mais sans tenir compte de critère qualité.

#### Forfaits pathologies chroniques

- Les forfaits MRC pour les patients atteints de maladies rénales chroniques ont bien été créés en 2019 et perdurent en 2020. Les travaux sur les forfaits « diabète » n'ont pas encore abouti.

### Tarifs de dialyse : l'incompréhension persiste

- Les tarifs d'hémodialyse en centre connaissent une nouvelle baisse au regard du sur-financement constaté pour les secteurs public et privé. Comme les deux dernières années, le tarif du forfait D11 du secteur privé diminue également afin de maintenir l'écart de tarifs entre UDM et centre.
- La demande de moratoire sur les désincitations tarifaires des activités de dialyse compte tenu des réformes de financement à venir, portée par la FHP-MCO et la FHP REIN, n'a pas été suivie.

### Évolutions des règles du jeu

#### La classification des GHM

- Les deux évolutions apportées à la classification des séjours v2020 font suite à des propositions de la FHP-MCO, et sont le fruit des remontées des DIM du secteur privé.

#### L'arrêté « forfaits »

- Dit aussi arrêté « prestations » : il fixe annuellement les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements de santé peuvent prétendre pour leurs activités de MCO et HAD.
- Les évolutions à noter sont celles liées aux travaux sur la gradation des prises en charge ambulatoires (suppression des forfaits SE5, SE6, FPI, et AP2, création de GHS intermédiaires, etc.), et la modulation des suppléments transports à la distance.

#### ANTI JARGON

- AMI** Appel à manifestation d'intérêt
- FIR** Fonds d'intervention régional
- GHM** Groupe homogène de malades
- GHS** Groupe homogène de séjour
- HDJ** Hospitalisation de jour
- DIM** Département d'information médicale
- 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
- MRC** Maladie rénale chronique
- ONDAM** Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
- PIA** Prestation inter-activité
- PIE** Prestation inter établissement
- STSS** Stratégie de transformation du système de santé
- TDE** Supplément « transport définitif »
- TSE** Supplément « transport séance »
- RAAC** Récupération améliorée après chirurgie
- TIC** Tarifs issus des coûts
- UDM** Unité de dialyse médicalisée

➔ L'arrêté tarifaire 2020 donne suite à de nombreuses revendications de la FHP-MCO à l'exception de celles portant sur l'IRCT.



# CRISE DE LA COVID-19 DES MESURES EXCEPTIONNELLES DE FINANCEMENT *UNE EXCEPTION FRANÇAISE*



Ordonnance n°2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de Sécurité sociale.

Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de la Covid-19.

**La FHP-MCO s'est mobilisée auprès de la FHP pour des demandes financières couvrant 4 vecteurs de financement des établissements de santé**

**1/**

Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires : avances de trésorerie et garantie de financement (recettes 2019 multipliées par 0,2 % pour le MCO)

**2/**

Dotation pour compenser les surcoûts Covid

**3/**

Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires : avances de trésorerie et garantie de financement (conversion en dotation des avances)

**4/**

Apprécier et valoriser les effets rebonds potentiels post crise

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FÉDÉRATION DE  
L'HOSPITALISATION  
PRIVÉE MÉDECINE,  
CHIRURGIE,  
OBSTÉTRIQUE  
OCTOBRE 2020  
WWW.FHPMCO.FR

## 1<sup>re</sup> délégation de crédits

AVRIL 2020

Délégations de crédits opérées dans le cadre de la première circulaire : les ARS calibrent le soutien à apporter aux établissements de leur région en fonction des impacts observés suite à la crise.

## Enquête flash

JUIN-JUILLET 2020

Le ministère de la Santé a mené une enquête flash pour objectiver les impacts budgétaires induits par la crise sur les équilibres financiers des établissements de santé. Elle identifiera les charges et les pertes de produits induits par l'épisode pandémique pour envisager les crédits appelés à les compenser.

## Des modalités transitoires

À PARTIR DE L'AUTOMNE 2020

Des travaux sont à mener sur le risque de croissance des charges, les impacts sur la collecte et donc les protocoles de financement de l'activité ou de la qualité (IFAQ), etc. Des modalités transitoires seront à trouver.

## Travaux complémentaires

DÉCEMBRE 2020

Des travaux et recueils complémentaires sont annoncés pour la fin d'année. L'ensemble des impacts ne pouvant être objectivé à date, une nouvelle analyse sera diligentée en fin d'année, en vue de nouvelle délégation de crédits.

MARS 2020

AVRIL

MAI

JUIN

JUILLET

AOÛT

SEPTEMBRE

OCTOBRE

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

JANVIER

FÉVRIER

MARS 2021

MARS 2022

## Avance sur recettes et garantie de financement

DE MARS À FIN 2020

Une avance sur les recettes versées par l'Assurance maladie obligatoire est donnée. Elle est remboursable sur les facturations ultérieures et correspond au niveau moyen mensuel des recettes facturées en 2019. Dès lors que les établissements de santé demandent à bénéficier d'une avance, ils s'engagent à ne pas suspendre ou reporter le paiement de leurs cotisations sociales et de leurs obligations fiscales. Ils peuvent à tout moment en demander l'arrêt.

Une garantie de financement pour sécuriser les recettes d'Assurance maladie des établissements s'applique sur l'activité réalisée entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre 2020 selon le principe suivant : comparaison du niveau de la garantie avec le montant des recettes issues de l'activité réalisée. Lorsque le montant des recettes est inférieur au niveau de la garantie, un complément de financement (le différentiel) est alors versé à l'établissement de santé.

Le niveau de la garantie dépend lui des recettes de l'activité 2019 sur un périmètre défini (différent du périmètre des avances), et tient notamment compte de l'évolution tarifaire, du dégel du coefficient prudentiel, des honoraires des médecins salariés, etc.

Ces deux dispositifs complémentaires ne répondent pas aux mêmes objectifs (éviter toute rupture de trésorerie/sécuriser les financements) et s'appliquent sur des périmètres distincts. À titre d'exemple, les molécules onéreuses de la liste en sus font l'objet d'avance de trésorerie, pas d'une garantie.

## Avance sur recettes (assurances complémentaires)

JUIN-JUILLET-AOÛT 2020

Un dispositif d'avances des recettes à la charge des patients ou de leurs assurances complémentaires, assis sur le ticket modérateur et le forfait journalier est mis en place. Cette avance est versée au titre de la période d'état d'urgence sanitaire, ainsi le mois d'août constitue le dernier mois de versement.

## Conversion en dotation

AUTOMNE 2020/1<sup>er</sup> TRIM. 2021

Une conversion en dotation de cette avance de recettes exigibles de la part des patients ou de leurs complémentaires est annoncée. Cette décision met néanmoins un terme à ce dispositif d'avances. La conversion en dotation des dites avances de trésorerie sera faite au bilan de l'exercice 2020 à réaliser.

## Montant définitif de la garantie

MARS 2021

Au plus tard, le DGARS établit le montant définitif de la garantie et le communique à chaque établissement de santé. Une courte période de contradictoire de 8 jours est prévue.

## Régularisation

MARS 2022

Une régularisation du montant versé aux établissements est faite afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité 2020.

# Quatre vecteurs de financement

- VECTEUR 1** Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires
- VECTEUR 2** Dotation pour compenser les surcoûts Covid
- VECTEUR 3** Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires
- VECTEUR 4** Apprécier et valoriser les effets rebonds potentiels post crise

La propagation rapide du virus et les mesures à mettre en place pour assurer la prise en charge des patients, ainsi que leur protection et celle des professionnels de santé ont amené les établissements de santé à supporter des charges spécifiques de différentes natures (notamment : matériels et investissements spécifiques, adaptation des locaux, approvisionnements inhabituels de fournitures, impacts RH, baisse des recettes annexes, etc.). Une méthodologie nationale de compensation des charges liées au Covid est en cours d'élaboration.



## Campagne tarifaire 2020 : **+0,6 %**



Syndicat national  
des 550 établissements  
de santé privés exerçant  
une activité en Médecine,  
Chirurgie, Obstétrique  
(MCO).  
Septembre 2020  
N°14

FHP-MCO,  
106, rue d'Amsterdam  
75009 Paris  
[www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

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

La campagne tarifaire 2020, dont la mise en œuvre est marquée par la crise Covid-19, connaît un processus d'allocation de ressources complémentaires de :

- MIGAC « surcoûts Covid » visant à compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé pour la prise en charge des patients ;
- d'efforts salariaux (prime Covid de 500 € et 1 500 €) y compris pour les professionnels de santé de l'hospitalisation privée.

Par ailleurs, les travaux du Ségur de la santé ont abouti à la mise en œuvre d'une politique de revalorisation salariale des professionnels de l'hospitalisation publique et privée avec un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> septembre 2020 dès que l'État aura alloué les ressources aux cliniques et hôpitaux privés.