

**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO
Mai 2017

Campagne tarifaire 2017 : **-1,4 %**

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

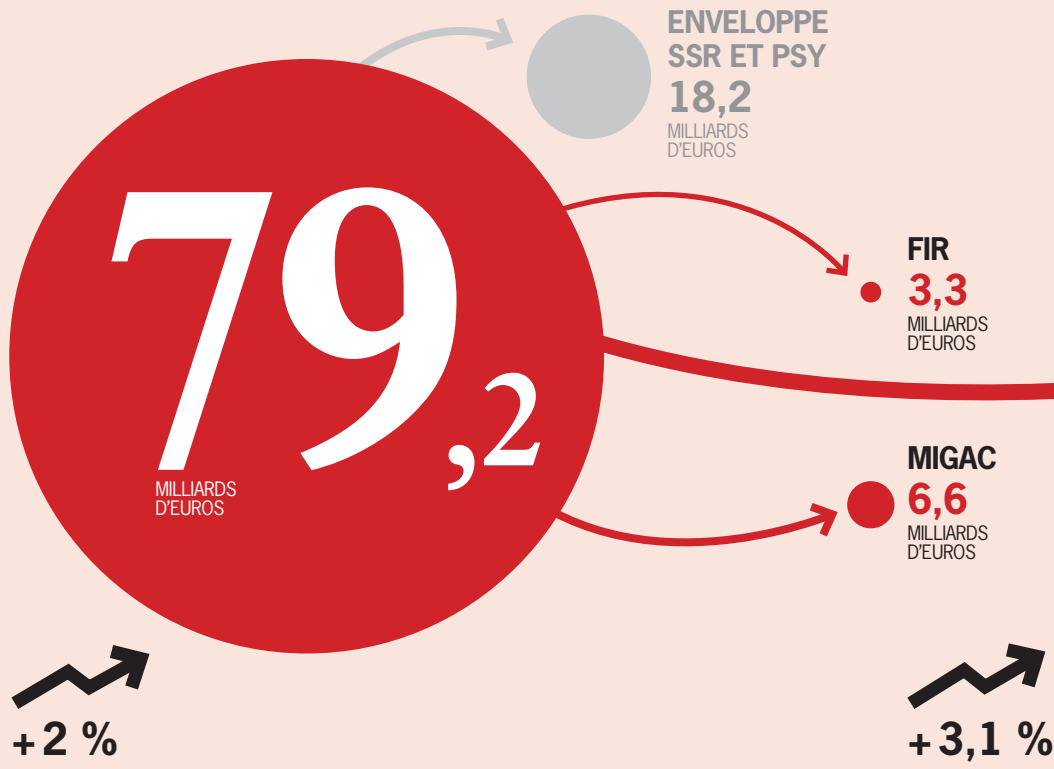
Une campagne tarifaire de plus... et des moyens en moins. Cette dernière campagne du quinquennat reste fidèle aux grands arbitrages politiques d'un gouvernement qui refuse de voir le secteur privé comme une partie de la solution et non du problème. Le temps des efforts de gestion, de réorganisation des services, d'optimisation des achats, est pour nombre d'entre vous déjà derrière. Que reste-t-il aux managers pour faire plus avec moins ?

**ALERTE
ROUGE**

*La campagne 2017
traduit la 3^e étape du plan
triennal d'économies
du gouvernement.*

1

ONDAM HOSPITALIER



2

AIDES

Des économies drastiques

La fixation de l'ONDAM 2017 implique de réaliser 4 milliards d'euros d'économies. Ces économies reposent sur les orientations présentées dans le cadre du plan triennal d'économies ONDAM 2015-2017 (baisser les prix des produits de santé, promouvoir les génériques, réussir le virage ambulatoire, etc.). Dans ce cadre, l'effort d'économies attendu des établissements de santé en 2017 s'élève à 1,1 milliard.

Le secteur privé est exclu des aides d'État

Le montant des aides non liées directement à l'activité de soins augmente (notamment de 3,1 % pour les seules MIGAC), et s'élève à 9,9 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.

TARIFS



VOLUME PRÉVISIONNEL

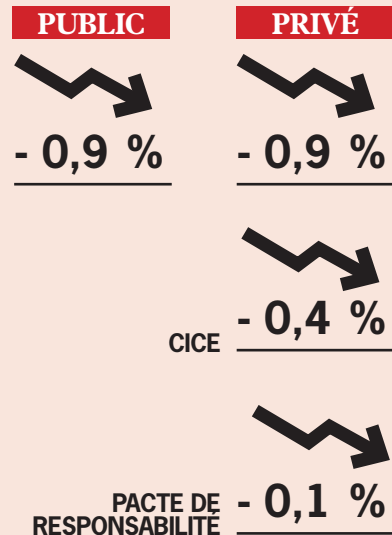


Un volume d'activité autorisé inéquitable

Les tarifs sont le résultat de l'ONDAM hospitalier disponible et du volume prévisionnel de l'activité de soins.

Le secteur MCO privé a sur-exécuté son enveloppe 2016 de 13,4 millions, quand la sur-exécution de l'hôpital varie entre 170 et 202 millions.

Pas de convergence public/privé



Deux coups de rabot supplémentaires pour le secteur privé

Moins 0,9 % pour tous.

Puis, exclusivement appliqué aux tarifs privés, un deuxième coup de rabot de 0,4 % est passé pour compenser le bénéfice du CICE. Un troisième coup de 0,1 % vient compenser le bénéfice du pacte de responsabilité.

MODULATIONS ET RÉSERVES


- 0,7 %

Un mécanisme prudentiel arbitraire

Le coefficient prudentiel est un mécanisme de réserve pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Cette réserve de crédits pourra être reversée entièrement ou partiellement aux établissements selon l'exécution de l'ONDAM. 0,7 % est ainsi « prélevé » sur les tarifs publics et privés pour un montant de 280 millions d'euros.

12

MILLIONS D'EUROS
D'ÉCONOMIES
ATTENDUES

L'iniquité d'un financement dégressif

Appliquée en 2017, la dégressivité du financement est calculée sur les données d'activité 2016. L'ensemble des paramètres du dispositif est reconduit sans modification (liste des racines de GHM concernées, seuil de déclenchement, taux de minoration). Mais des modulations concernant les règles d'exclusion et la gestion des faibles volumes ont été annoncées. Le rendement de la campagne 2015 est de 9 millions dont trois supportés par le secteur privé.



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

Il est à noter que, cette année encore, l'arrêté tarifaire a été publié tardivement, le 17 mars. Il fixe les tarifs des GHS, des forfaits, des suppléments journaliers, et les tarifs des GHT applicables dès le 1^{er} mars.

Focus obstétrique

Un soutien exceptionnel à l'activité d'obstétrique est acté – An 2 : revalorisation de 2,5 % des tarifs de 5 GHS d'obstétrique (accouchement par voie basse et césarienne sans complication), avant reprise du pacte et du CICE.

LES MODULATIONS TARIFAIRES EN 2017

Des mesures d'économies

Chirurgie : 171 millions d'euros d'économies réparties entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle sont réalisées, dont 79 millions portés par les cliniques.

Dialyse : 31 millions d'euros d'économies sont réalisées sur la seule dialyse en centre, majoritairement dans le secteur privé (29 millions).

Médecine : 94 millions d'euros d'économies. Le secteur privé est concerné à hauteur de 11 millions.

D'autres mécanismes

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

Extrêmes : les GHS seront réduits ou augmentés lorsque des écarts extrêmes sont constatés entre les tarifs publiés l'année N-1 et les TIC (tarifs issus des coûts).

Évolution des règles du jeu

L'arrêté « forfaits » (aussi appelé « 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 v2017 n'a introduit que peu de changement à l'exception de la mise à jour des CMA.

Nouveautés 2017 liées au virage ambulatoire

Prestation intermédiaire : création de la prestation intermédiaire entre les hospitalisations de jour et l'activité externe, destinée à financer les consultations pluridisciplinaires ou pluri-

professionnelles. La mise en œuvre de cette mesure est progressive. Le périmètre 2017 est en effet limité à certaines pathologies.

Produits de la réserve hospitalière : évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière avec la création des supports de facturation correspondants.

Hospitalisation de jour : volonté des tutelles de faire évoluer les règles de facturation des séjours d'hôpital de jour et de réviser la circulaire frontière.

Les arbitrages ne sont pas connus à ce jour.

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, il a été généralisé en 2016 aux établissements MCO et à l'HAD.

L'année 2017 est celle de la généralisation aux établissements SSR. Comme pour l'HAD, ils sont intégrés dans le modèle IFAQ existant en faisant évoluer les paramètres du modèle. Ainsi, pour un établissement ayant une activité MCO et SSR, ses scores « niveau atteint » et « évolution » tiendront compte de ses résultats à l'ensemble des indicateurs qu'il recueille.

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
- SPH** Service public hospitalier
- TIC** Tarifs issus des coûts

ALERTE ROUGE

Vigilance sur la mise en œuvre des nouvelles frontières entre hospitalisation, environnement hospitalier et activité externe : facturation GHS ? Forfait FPI ? APE ? AP2 ? SE5 ? Acte externe ?

Le processus de négociation de la campagne tarifaire 2017

AMÉLIORER LA CIBLE DU VOLUME PRÉVISIONNEL 2017

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Nous proposons de retenir le chiffre de 1,5 % comme volume prévisionnel 2017 présenté dans le rapport au sein de l'observatoire économique du mois de juin 2016. Nous recommandons le maintien du coefficient prudentiel à 0,5 %.

ARBITRAGE Effet volume à 1,9 % + 0,7 % de coefficient prudentiel, soit un volume possible à 2,6 %.

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 avec une revalorisation de 2,5 % des tarifs des 6 GHS ciblés.

ARBITRAGE Revalorisation de 2,5 % des tarifs ex-OQN de 5 GHS : GHM d'accouchement unique par voie basse ainsi que le GHM « césarienne » selon les règles tarifaires en vigueur.

VEILLER À UNE RÉPARTITION ÉQUITABLE DES ÉCONOMIES EN DIALYSE

ÉTAT Proposition de mesures d'économies uniquement sur la dialyse en centre et contribution majoritaire du secteur ex-OQN.

FHP-MCO Demande FHP-MCO /FHP Dialyse de faire porter l'effort sur les deux secteurs public et privé. Nous préconisons la plus grande prudence dans l'utilisation des TICs, notamment pour le GHS 9605.

FHP-MCO Demande répétée de la FHP-MCO/FHP Dialyse d'autoriser la facturation d'un GHS et de toutes

les modalités de prises en charge en dialyse (centre, UDM, auto dialyse).

ARBITRAGE Baisse tarifaire de la dialyse en centre sur les deux secteurs ex-DGF et ex-OQN en fonction du TIC. Répartition de l'effort : 6 % pour le secteur ex-DG / 94 % pour le secteur ex-OQN.

ARBITRAGE Cumul possible sous conditions : facturation d'un GHS ou d'un forfait D avec un forfait SE ou le nouveau forfait FPI ; facturation d'un GHS avec un forfait D.

GARANTIR UNE STABILITÉ DES MODÈLES DE FINANCEMENT MERRI

ÉTAT Continuité du modèle de financement avec quelques adaptations.

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. 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. Ceci n'exclut en rien la nécessité de poursuivre les échanges sur les conditions de financement (accroissement du nombre d'acteurs entrants) et des questions organisationnelles (conséquence de la mise en place des GHT).

ARBITRAGE Modèle adapté favorisant l'AP-HP et les HCL.

DONNER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AU FINANCEMENT IFAQ

ÉTAT Stabilité du modèle.

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 Montant de 50 millions (40 pour le MCO + 10 pour le SSR). Augmentation de l'enveloppe uniquement du fait de l'entrée des SSR dans le modèle.

ARBITRAGE Les taux de rémunération ne sont pas encore arbitrés mais simulation à la baisse pour le respect de l'enveloppe.

PRENDRE EN COMPTE LES RETOURS D'EXPERIENCES 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 Création d'un supplément au séjour pour la situation de pose d'un défibrillateur au décours d'une chirurgie cardiaque, nommé « Supplément défibrillateur cardiaque (SDC) ».

ARBITRAGE Élargissement de la liste des actes permettant la facturation du GHS majoré pour les prises en charges en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.

REQUALIFIER LE FINANCEMENT DES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS

ÉTAT Proposition du rapport Véran : suppression de la borne basse, réduction de la borne haute et se rapprocher d' « un prix de journée ».

FHP-MCO Afin de prendre en compte le juste coût, le taux du GHS majoré 7994 (soins palliatifs en unité de soins palliatifs) doit être porté au moins à 70 % en lieu et place de 50 %.

ARBITRAGE Pas de modification dans la campagne 2017 devant l'absence de consensus de l'ensemble des acteurs sur les évolutions proposées en lien avec le rapport Véran en raison de l'importance des effets revenus.

METTRE FIN AU FORFAIT INJUSTE DE 40 EUROS

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

FHP-MCO Nous demandons l'abrogation du mécanisme d'abattement tarifaire relatif au montant du forfait à 40 euros portant sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale (GHM 28Z07Z – GHS 9606) ou non tumorale (GHM 28Z17Z – GHS 9616). Opposition avec les autres fédérations.

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

REVISITER LE DISPOSITIF DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

ÉTAT Maintien du dispositif avec des aménagements possibles.

FHP-MCO Un retrait ou à défaut, un aménagement du dispositif est indispensable pour éviter les injonctions contradictoires entre les tutelles nationales et régionales. Cette approche par « unité de production » doit faire l'objet d'amendements via la prise en compte de garde fous en complétant le dispositif.

ARBITRAGE Ajustement : actualisation des seuils et regroupement de certaines racines pour la campagne 2017. Dès la campagne 2016, introduction

de nouvelles règles d'exclusion pour la gestion des faibles volumes et le démarrage ou le développement d'activités. Décret à venir.

ACHEVER LA RÉFORME DE FINANCEMENT DES TRANSPORTS SMUR

ÉTAT Supprimer les facturations de transports SMUR secondaires à partir du 1^{er} mars en contrepartie, abondement de la MIG SMUR.

FHP-MCO En accord avec la position de l'État.

ARBITRAGE Mise en œuvre au 1^{er} mars.

ENVISAGER UNE APPROCHE PLURIANNUELLE DE LA LFSS ET DES ÉLÉMENTS TARIFAIRES

ÉTAT Pas de proposition de l'État.

FHP-MCO Prévoir une modification législative afin de permettre 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 Refus.

EXPÉRIMENTER UNE TARIFICATION AU PARCOURS POUR LES PATIENTS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

ÉTAT Propositions issues du rapport Véran.

FHP-MCO Prévoir une modification législative afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental de financement au parcours de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

ARBITRAGE Favorable dans le cadre d'un PREPS - Programme de recherche sur la performance du système des soins.

PLAN ÉCONOMIES MÉDECINE

ÉTAT Poursuite de la démarche engagée en 2016, sur un périmètre identique pour réaliser 94 millions d'économies.

FHP-MCO Répartition des économies au prorata des enveloppes ex OQN et ex DG.

ARBITRAGE Périmètre plus large (médecine, interventionnel) et baisse uniforme des tarifs de ce périmètre de -0,42 % et un effort d'économie de 83 millions sur le secteur ex-DG et 11 millions sur le secteur ex-OQN.

PLAN ÉCONOMIES CHIRURGIE

ÉTAT 3 scénarii proposés pour rechercher 171 millions d'économies avec des répartitions différentes entre les secteurs et entre la chirurgie ambulatoire et conventionnelle.

FHP-MCO Revoir la ventilation du plan d'économies en chirurgie afin que la répartition ne soit pas effectuée au détriment, ni du développement de la chirurgie ambulatoire, ni du secteur ex-OQN dont l'efficience n'est plus à démontrer.

ARBITRAGE Scénario mixte, 171 millions d'économies sont réalisées, réparties entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle, dont 79 millions portées par les cliniques.

RÉVISION DES BORNES

ÉTAT Mettre à jour les bornes basses et hautes des GHS.

FHP-MCO La mise à jour doit conduire à une harmonisation des bornes entre les secteurs public et privé et prévoir un accompagnement des effets revenus.

FHP-MCO Afin de faciliter le développement des pratiques ambulatoires, il faut supprimer les bornes basses pour les GHM en K (niveau 1 et 2).

ARBITRAGE Révision des bornes basses et hautes des GHS.

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

Campagne tarifaire 2017 : **-1,4 %**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

Mai 2017
FHP-MCO,
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris

www.fhpmco.fr

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

Une gifle !

Cette baisse de 1,4 % claque comme une gifle et ce coefficient prudentiel augmenté à 0,7 % résonne comme une vexation, tant les établissements de santé privés sont désarmés pour récupérer ensuite leur dû.

La survie de l'hospitalisation privée tiendra à sa capacité à fédérer ses parties prenantes, salariés, praticiens libéraux et patients, pour mettre fin à la politique du rabout aveugle. Il appartient à la FHP-MCO de convaincre que l'hospitalisation privée est une partie de la solution et non du problème d'un retour à l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie.



Le plan triennal d'économies drastiques s'achève en 2017. La nouvelle page blanche qui s'ouvre appelle notre plus grande vigilance. L'ONDAM sera-t-il à 2,3 % ? Faut-il s'attendre à un nouveau plan d'économies ?