

**MINUTES  
POUR  
COMPRENDRE**

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

Une publication  
de la FHP-MCO  
Juin 2023  
N°18

# Campagne tarifaire 2023 : **+ 5,3 %**

**Une  
campagne  
tardive  
et complexe.**

2023 a été considérée par le ministère de la Santé et de la Prévention comme une année de transition, dans l'attente de la réforme du financement de la T2A. Cependant, des mesures exceptionnelles concernant le financement des ressources humaines et l'inflation ont été intégrées. Demeure une insatisfaction d'équité de traitement entre les secteurs hospitaliers.

# Campagne tarifaire 2023.

## Détail des paramètres de construction

Comme tous les ans, la construction des tarifs 2023 a dû tenir compte :

- de mouvements de périmètre ou mouvements de base : prise en compte dans les tarifs 2023 des mesures initiées précédemment sous forme de AC (transfert des dotations vers les tarifs) ;
- de mesures nouvelles et donc de crédits nouveaux.

■ Dans les tarifs 2023, l'inflation est prise en compte par l'intégration uniforme dans les vecteurs de financement 2023 du montant 2022 de financement de l'inflation (mouvement de périmètre) et par 0,8 Md€ de crédits nouveaux (inter champs). Toutefois, et sans nier leur importance, ces financements sont inférieurs à la réalité de l'impact de l'inflation sur les coûts des établissements de santé. Aussi, la FHP défend une nécessaire révision de l'ONDAM.

■ La campagne 2023 tient également compte de l'intégration de mesures relatives aux ressources humaines. Citons la poursuite des engagements du Ségur, les mesures salariales de revalorisation et d'attractivité (mesures qui concernent majoritairement les établissements publics), la mesure « RH pouvoir d'achat » ou encore l'extension de la prime dite des « soins critiques ». L'intégration de ces mesures dans les vecteurs de financement respecte les principes retenus lors des campagnes précédentes, ce qui conduit pour le MCO à un portage par les tarifs, de manière uniforme ou ciblée, et l'application d'un coefficient de pondération, le coefficient « Ségur » ou « coefficient lié aux mesures RH catégorielles ».

Le financement de l'extension de la prime « soins critiques » a fait l'objet d'une intégration ciblée dans les suppléments « soins critiques » expliquant l'évolution de leurs tarifs de 7,68 % au lieu du taux moyen de 5,3 %.

Par ailleurs, l'enveloppe AC de péréquation est maintenue. Par souci de simplicité, les montants N-1 ont été reconduits.

### En bref

# + 5,3 %

en moyenne pour les établissements ex-OQN, dont :

# + 2,3 %

justifiés par les mouvements de base

# + 2,9 %

justifiés par les mesures nouvelles (dont 0,7 % d'évolution tarifaire moyenne sur le périmètre du protocole)

Par ailleurs, une augmentation de 0,9 % du volume d'activité est retenue.

**2022 marque la fin de la garantie de financement. Un nouveau mécanisme d'accompagnement financier est mis en place en 2023.**

**VOIR FICHE DÉDIÉE INSÉRÉE DANS CE DOCUMENT**



# Négociation.

## Préparation de la campagne budgétaire 2023

Élaborées par la FHP-MCO et validées par les administrateurs au séminaire stratégique du mois de septembre 2022, les 15 propositions suivantes remises à la DGOS à l'automne constituent la plateforme de négociations MCO 2023.

1. Fixer une cible du volume prévisionnel 2023 pertinente en lien notamment avec les réalisations constatées et potentielles dans le cadre d'un accord de pluriannualité d'au moins 5 années prenant en compte les évolutions macro-économiques du moment, notamment les effets de l'inflation.
2. Intégrer dans les tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2023 l'enveloppe AC 10 % des Ségur 1 et 2, et d'une manière générale l'ensemble des mesures RH et inflation.
3. Disposer d'un modèle de financement favorisant l'innovation médicale et organisationnelle notamment en poursuivant et en développant les actions engagées.
4. Obtenir un financement IFAQ cohérent garantissant une certaine continuité du modèle.
5. Pérenniser les actions sur l'obstétrique en lançant une réforme de financement des maternités.
6. Aménager le dispositif mis en place concernant les transports (article 80) en particulier les moins de 48 heures et longues distances.
7. Mettre fin à l'absence de règles de facturation des prestations inter-établissements (PIE) de moins de 48 heures.
8. Faire évoluer le forfait MRC afin de prendre en compte les effets de la mise en place du compartiment qualité.
9. Définir une juste valorisation des tarifs pour la sénologie (GHM 09C04 et 09C05).
10. Faire évoluer le modèle de financement des urgences en 2023 sur le volet pédiatrie.

11. Réformer le financement des activités de médecine.
12. Requalifier le financement des unités de soins palliatifs.
13. Finaliser le modèle économique des hébergements temporaires non médicalisés pour patients (HTNM).
14. Prendre en compte les retours d'expérience FHP-MCO de la campagne tarifaire 2022.
15. Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé en autorisant le reprocessing.

### ANTI JARGON

<b>AMO</b> Assurance maladie obligatoire	<b>EBNL</b> Établissement à but non lucratif	<b>LES</b> Liste en sus
<b>AMC</b> Assurance maladie complémentaire	<b>EMI</b> Écart médicament indemnisable	<b>LFRSS</b> Loi de financement rectificative de la sécurité sociale
<b>ATIH</b> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	<b>ETI</b> Écart tarif indemnisable	<b>MRC</b> Maladie rénale chronique
<b>C1-2-3</b> Circulaire de campagne n°1, 2, 3	<b>ENC</b> Étude nationale des coûts	<b>PIA</b> Prestation inter activité
<b>DM</b> Dispositifs médicaux	<b>EPS</b> Établissement public de santé	<b>PIE</b> Prestation inter établissements
<b>EBL</b> Établissement à but lucratif	<b>FAG</b> Forfait annuel greffe	<b>SMA</b> Sécurisation modulée à l'activité
	<b>GF</b> Garantie de financement	<b>UDM</b> Unité de dialyse médicalisée
	<b>HTNM</b> Hébergement temporaire non médicalisé	<b>UHCD</b> Unité d'hospitalisation de courte durée

1

## ONDAM HOSPITALIER

2

## AIDES



**FIR**  
**6,1**

MILLIARDS  
D'EUROS.

SOURCE : LFRSS 2023

3

## TARIFS

**67**

MILLIARDS D'EUROS

SOURCE : ARRÊTÉ 2023  
ODMCO

4

## RÉSERVES

### UN MÉCANISME PRUDENTIEL



- 0,7 %

Le coefficient prudentiel est un mécanisme de réserve pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Sa valeur reste la même depuis 2017.

### COEFFICIENT DE NEUTRALISATION



- 2,34 %

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 2022.

### COEFFICIENT « SÉGUR »



- 0,11 %

Ce coefficient est créé en 2021 dans le cadre de l'intégration des revalorisations salariales « Ségur » dans les tarifs, pour assurer le fléchage des enveloppes par catégories d'établissement de santé (EPS, EBNL, EBL). Il est cette année aussi nommé « coefficient lié aux mesures RH catégorielles » car son périmètre devient plus large que la seule prise en compte des mesures de revalorisations issues du Ségur de la santé.

### VOLUME PRÉVISIONNEL



**PUBLIC PRIVÉ +0,9 %**

### TAUX D'ÉVOLUTION DES TARIFS



**PUBLIC**  
**6,9 %**



**PRIVÉ**  
**5,3 %**

## ONDAM ES

**101,3**

MILLIARDS  
D'EUROS



**+4,3 %**

SOURCE :  
LFRSS 2023



## MIGAC

**9,4**

MILLIARDS  
D'EUROS.

SOURCE : ARRÊTÉ  
MIGAC MCO



**+ 2,9%**  
**(avec Ségur,  
pouvoir  
d'achat RH)**

## ODAM

**1,7**

MILLIARD  
D'EUROS

## ENVELOPPE SMR ET PSY

**22,9**

MILLIARDS  
D'EUROS

SOURCE ARRÊTÉ 2023  
ODSMR ET ODPSY

## La campagne 2023 tient compte de :

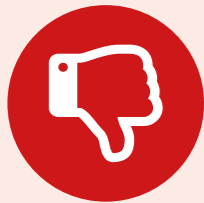
1. la poursuite des mesures issues du Ségur de la santé et de l'intégration des mesures pouvoir d'achat initiées en 2022 dans les vecteurs classiques de financement ;
2. l'inflation ;
3. la fin du mécanisme de garantie de financement en place depuis 2020, et remplacé par un nouveau dispositif de sécurisation des recettes modulé à l'activité (SMA, cf. feuillet joint).

## MODULATION TARIFAIRE

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



Cette année est à nouveau marquée par une absence de modulation tarifaire sur la base des TIC.



## RADIATIONS DE LA LES

Les radiations de médicaments et DM de la liste en sus n'ont pas fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs des GHS concernés.



## CORRECTION DES TARIFS DE L'HÉMODIALYSE

La construction des tarifs 2022 avait abouti à un tarif plus faible en centre qu'en UDM. Le correctif tarifaire porté par la FHP-MCO et la FHP-REIN a été effectué.

## Ni dans la LES, Ni dans les tarifs

La liste en sus (LES) permet d'accompagner l'innovation nécessaire à la prise en charge des patients, en rémunérant des produits onéreux non intégrables, donc non intégrés dans les GHS. Les procédures de radiation des médicaments et DM de la LES, prévoient que si le motif porte sur le coût (rapport coût du DM ou du médicament et tarif des GHS), la radiation intervient au 1<sup>er</sup> mars, en cohérence avec la campagne tarifaire, et les montants remboursés correspondants sont réintégrés dans les tarifs des GHS impactés.

Cette année, alors même que les fédérations portaient une demande de moratoire en raison du contexte (réforme du financement, inflation, etc.), l'arbitrage pris consiste à maintenir les radiations sans procéder à des réintégrations dans les tarifs des prestations. Pour 2023, un dispositif d'accompagnement des établissements les plus impactés est mis en place par le biais d'une enveloppe AC (moindre que la dépense réelle constatée et ne comprenant pas les ressources issues des dispositifs de remise « EMI » et « ETI »).

Cette absence d'intégration du coût de ces produits dans les tarifs est insoutenable économiquement. De telles décisions purement comptables et sans aucun fondement médical, conduisent de fait les établissements de santé à assumer le coût très élevé de ces produits sur leurs budgets actuels, s'ils le peuvent, et par conséquent à en limiter l'usage, condamnés à être dans une situation insupportable vis-à-vis des patients. Plusieurs lettres communes en interfédérations ont été portées en ce début d'année 2023 pour dénoncer cette situation.

Il est urgent de redonner son sens premier à cette liste en sus, en préservant trois principes :

1. une gestion pluriannuelle de l'évolution de la LES pour préserver une visibilité ;
2. un produit n'est radié que lorsqu'il est arrivé à maturité de développement de sa pratique ;
3. une compensation totale du montant radié est intégrée au sein des tarifs des GHS.

## Réforme du financement et évolution des règles

### Réforme du financement

#### IFAQ

- L'enveloppe IFAQ 2023 reste fixée à 700 M€ pour l'ensemble des établissements MCO (incluant la dialyse), SMR, HAD, et PSY, comme en 2022. Cependant, elle doit, cette année, être entièrement distribuée en fonction des résultats aux indicateurs qualité.
- Le dispositif doit être adapté pour tenir compte de la mise en œuvre du recueil biennal de certains indicateurs qualité.

#### Réforme du financement des urgences

- Le nouveau modèle repose sur trois compartiments de financement : une dotation populationnelle, une dotation complémentaire qualité, et des recettes liées à l'activité.
- La mise en œuvre de cette réforme, définie dans la LFSS 2020, se poursuit en 2023 avec l'évolution du financement des prises en charge de pédiatrie au 1<sup>er</sup> mars. Ainsi, concernant le volet recettes à l'activité, les forfaits et suppléments sont complétés par la création d'un 5<sup>e</sup> forfait âge urgences et par 2 suppléments prise en charge pédiatrique.
- Concernant la dotation populationnelle, elle évolue de 4,3 %, qui s'expliquent par une évolution de base fixée à 2 % et une évolution liée aux mesures RH de 2,3 %.
- Un *5 Minutes pour comprendre* est dédié à ce nouveau modèle de financement des services d'urgences.

#### Les forfaits MRC (maladie rénale chronique)

- Les tarifs 2023 des forfaits MRC évoluent de + 6,77 % pour le secteur ex-OQN, apportant une réponse à la demande de revalorisation portée notamment par la FHP-MCO et la FHP-REIN, au regard du cahier des charges auquel les établissements doivent répondre.
- Prise en compte des indicateurs qualité : depuis leur création en 2019, le montant versé dépendait de l'activité réalisée et du stade de la MRC. L'arrêté du 31.12.2022 introduit la prise en compte des résultats aux indicateurs qualité dans le montant

de l'allocation de ressources MRC. Dans un premier temps, la rémunération à la qualité sera basée sur l'exhaustivité du recueil, avant de pouvoir prendre en compte les résultats effectivement atteints. La FHP-MCO et la FHP-REIN portent la demande d'un compartiment financement qualité en sus du forfait.

- La FHP-MCO et la FHP-REIN portent la demande d'une plus grande latitude laissée aux établissements sur le 3<sup>e</sup> professionnel obligatoire pour la facturation du forfait MRC à son taux plein.

### Évolution des règles du jeu

#### La classification des GHM

- La classification des séjours v2023 n'a introduit que peu de changement : les évolutions concernent uniquement l'orientation des séjours dans certaines racines de la CMD 14 (grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum).

#### L'arrêté « Forfaits » (dit aussi « Prestations »)

- Il fixe annuellement les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements peuvent prétendre pour leurs activités de MCO et HAD.
- Sont créés en 2023, un supplément tarifaire pour les séjours avec injection de Car-T Cells et un nouveau compartiment du FAG pour l'utilisation de machines hypothermiques à perfuser les greffons hépatiques.
- La FHP-MCO continue de porter des demandes d'aménagement pour les prestations de moins de 48h : adopter un financement similaire aux transports pour séance pour l'ensemble des PIA et PIE.

Cette année encore, l'arrêté tarifaire a été publié tardivement le 31 mars, alors qu'il fixe les tarifs des GHS, forfaits et suppléments applicables dès le 1<sup>er</sup> mars.



**5**  
**MINUTES  
POUR  
COMPRENDRE**

# Campagne tarifaire 2023 : **+ 5,3 %**

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

Syndicat national  
des 540 établissements  
de santé privés exerçant  
une activité en Médecine,  
Chirurgie, Obstétrique  
(MCO).

Juin 2023

N° 18

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

[www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

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

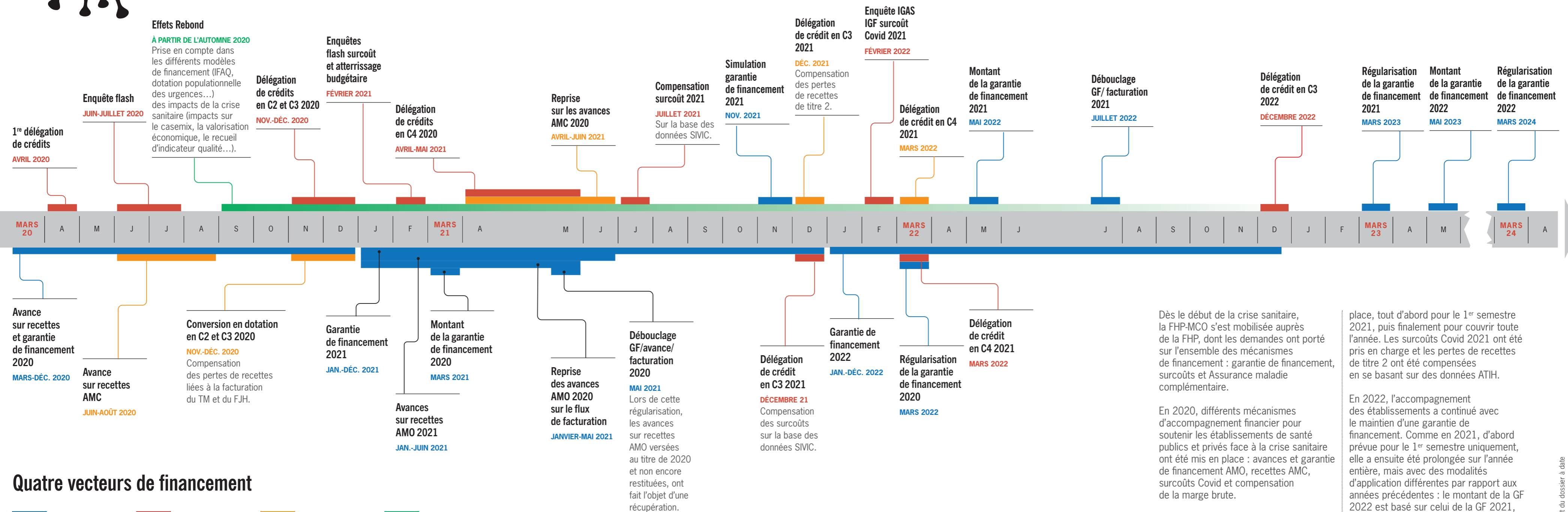
**2023 doit être l'occasion de redéfinir un accord de pluriannualité portant sur la politique tarifaire pour les 3 années à venir. En effet, le premier accord de pluriannualité est arrivé à son terme au 31 décembre 2022. Les clauses de ce nouvel accord devront nécessairement appréhender des sujets plus nombreux que le précédent, notamment celui des effets de l'inflation.**



*Une réforme  
du financement  
à l'activité  
est annoncée.*



# CRISE DE LA COVID, DES MESURES EXCEPTIONNELLES DE FINANCEMENT



## Quatre vecteurs de financement

- VECTEUR 1**  
Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires (AMO)
- VECTEUR 2**  
Dotation pour compenser les surcoûts Covid et assurer la pérennité des établissements de santé
- VECTEUR 3**  
Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires (AMC)
- VECTEUR 4**  
Apprécier et valoriser les effets rebond potentiels post crise

Dès le début de la crise sanitaire, la FHP-MCO s'est mobilisée auprès de la FHP, dont les demandes ont porté sur l'ensemble des mécanismes de financement : garantie de financement, surcoûts et Assurance maladie complémentaire.

En 2020, différents mécanismes d'accompagnement financier pour soutenir les établissements de santé publics et privés face à la crise sanitaire ont été mis en place : avances et garantie de financement AMO, recettes AMC, surcoûts Covid et compensation de la marge brute.

La crise sanitaire perdurant, les avances de trésorerie AMO se sont poursuivies en 2021 mais sur le 1<sup>er</sup> semestre et non sur l'année entière, et avec des modalités d'application différentes. Une nouvelle garantie de financement a été mise en

place, tout d'abord pour le 1<sup>er</sup> semestre 2021, puis finalement pour couvrir toute l'année. Les surcoûts Covid 2021 ont été pris en charge et les pertes de recettes de titre 2 ont été compensées en se basant sur des données ATIH.

En 2022, l'accompagnement des établissements a continué avec le maintien d'une garantie de financement. Comme en 2021, d'abord prévue pour le 1<sup>er</sup> semestre uniquement, elle a ensuite été prolongée sur l'année entière, mais avec des modalités d'application différentes par rapport aux années précédentes : le montant de la GF 2022 est basé sur celui de la GF 2021, augmenté de l'effet prix. Enfin, une compensation des surcoûts liés à la prise en charge des patients Covid sur la période de janvier à avril 2022 (vague omicron) a été déléguée en fin d'année.

# SMA, LE DISPOSITIF FINANCIER DE SÉCURISATION MODULÉE À L'ACTIVITÉ

## Post Covid-19 : un nouveau mécanisme d'accompagnement financier de Sécurisation Modulée à l'Activité

À l'instar de la garantie de financement qui a permis de traverser une crise sanitaire durant trois ans, le nouveau dispositif de Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA) vient en soutien aux établissements de santé frappés par la pénurie de ressources humaines post crise Covid. Cet outil accompagne l'apparition de nouveaux paradigmes organisationnels et professionnels de gestion des ressources humaines.

Ce dispositif est le bienvenu pour 2023, mais il n'est cependant qu'un outil d'accompagnement ponctuel et ne répond pas au besoin d'une réforme urgente du dispositif de formation.



La SMA s'appuie sur les 2 références réglementaires suivantes :

- article 44 de la LFSS 2023 ;
- arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé, mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023, au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L.162-22 du code de la Sécurité sociale.

### MÉTHODOLOGIE DE CALCUL

■ Ce dispositif fonctionne sur la comparaison entre un montant de référence et l'activité facturée pour 2023. Ainsi, comme pour la garantie de financement, ce nouveau dispositif est déterminé en ex-post pour les établissements de santé privés.

■ Il combine une base de sécurisation à hauteur de 70 % du montant de référence avec une sécurisation indexée sur l'activité à hauteur de 30 %.

■ Il couvre les frais liés aux :

- prestations d'hospitalisation donnant lieu à un séjour, séance (GHS, GHT, forfait D), ainsi que celles liées aux prélèvements d'organes ou de tissus. Les autres prestations d'hospitalisation (SE, FFM...) et l'activité externe ne sont pas concernées ;
- activités de prise en charge des patients au titre de l'aide médicale d'État et des soins urgents.

■ Le calcul du montant de référence se base sur :

- le montant de la garantie de financement de l'établissement en 2022, adapté à ce nouveau périmètre ;
- majoré d'un effet prix 2023 (pour 2/12° du prix 2022 et pour 10/12° du prix 2023).

L'activité facturée au titre de l'année de soins 2023 est comparée au montant de référence.

### Cas n°1

L'établissement a une activité facturée **supérieure** à son montant de référence :



L'établissement **n'a pas besoin** de la SMA.



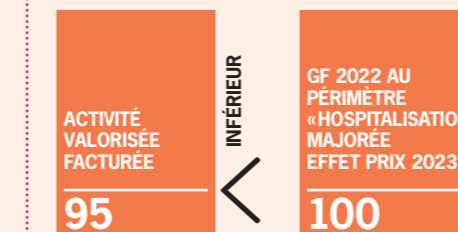
Aucun montant complémentaire ne lui est notifié.

\* *Décryptage*

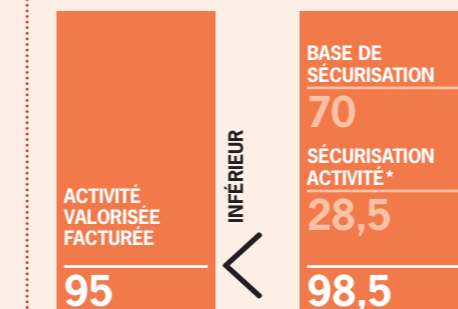
70 % du montant de référence =	70
30 % de la facturation 2023 =	
Cas 1 : 0,3 x 105 =	31,5
Cas 2 : 0,3 x 95 =	28,5

### Cas n°2

L'établissement a une activité facturée **inférieure** à son montant de référence :



L'établissement **a besoin** de la SMA.



L'établissement bénéficie d'un montant complémentaire correspondant à : (30 % de la facturation de son activité 2023 + 70 % de son montant de référence) – la facturation de son activité 2023.

Ce complément est versé en une seule fois par la caisse, en juillet 2024.

### CALENDRIER

#### Application du dispositif

Comparaison entre l'activité facturée 2023 et le montant de référence, aboutissant à la notification le cas échéant d'un montant de SMA.

JUIN 2024

#### Versement

Versement, le cas échéant, du montant complémentaire entre la facturation et le montant de SMA.

JUILLET 2024



#### Notification du montant de référence

Au plus tard le 5 mai 2024, le DGARS détermine le montant annuel de référence et le communique à chaque établissement de santé. Une courte période de contradictoire de 8 jours est prévue.

MAI 2024

#### Régularisation

Au plus tard le 5 mars 2025, une régularisation du montant a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité facturées pour 2023.

MARS 2025

Seules les dates de notification et de régularisation sont mentionnées dans l'arrêté, malgré la demande portée par la FHP, de faire apparaître la date de versement. Cette date et celle d'application du dispositif ont été indiquées lors des négociations.