



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# COFIL Inter champs Campagne 2019

---

*15 mars 2019*



1. Retour sur l'exécution de l'ONDAM 2018
2. Evolutions des ressources allouées aux établissements en campagne 2019
3. Point d'avancement des mesures portées par la Task Force Réforme du financement
4. Précisions sur les campagnes tarifaires MCO, SSR et Psychiatrie



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# 1. Retour sur l'exécution de l'ONDAM 2018

---

## Point sur l'exécution de l'ONDAM établissements de santé 2018

- ❖ Les prévisions de dépenses de l'ONDAM ES 2018 établies fin février 2019 étaient en deçà de **0,3Md€** par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2019.
- ❖ Cette sous-consommation est principalement liée à une évolution de l'activité des établissements de santé plus faible qu'anticipée ainsi qu'à un niveau de remises sur les médicaments de la liste en sus plus important que celui retenu en construction ONDAM 2018.
- ❖ Les dernières données d'exécution ONDAM 2018 communiquées dans le cadre du groupe de suivi statistique ONDAM de fin février 2019 ont ainsi permis d'acter, au début du mois de mars, **le reversement de 300 M€ de crédits de dotations aux établissements de santé** au titre de l'exercice 2018.

## Une délégation complémentaire de 300M€ pour les établissements de santé

Le reversement de ces crédits est réalisé de la manière suivante :

- Le reversement est intégralement effectué via l'allocation de crédits de **dotations MIGAC et DAF**. L'arrêté fixant les dotations régionales rectifiées pour 2018 sera publié dans les prochains jours. Les notifications des ARS devraient être réalisées d'ici la fin du mois de mars. Les versements interviendront fin mars / début avril.
- La majeure partie de ces crédits, correspondant à la sous-exécution liée à l'activité des établissements MCO, soit **235M€**, est **reversée aux établissements MCO ex DG et ex OQN en fonction de leur activité 2018**.
  - ↪ *La répartition de ces crédits entre le secteur ex DG (206M€) et le secteur ex OQN (29M€) a été réalisée **en tenant compte de la sous exécution constatée dans chaque secteur**.*
  - ↪ *Le reversement de ces crédits devra permettre de **réduire sensiblement le déficit des établissements de santé**. A ce titre, il sera demandé aux établissements publics de santé de les rattacher dans leur comptabilité à l'exercice 2018, sous réserve que l'arrêt définitif des comptes de ces établissements n'ait pas encore été prononcé par l'ordonnateur et le comptable.*



## Une délégation complémentaire de 300M€ pour les établissements de santé

- En complément, **65M€** sont reversés de manière ciblée :
- Pour **accompagner des établissements** de santé en difficulté financière ;
  - Pour **accélérer le financement de mesures prioritaires** telles que l'intensification des actions de prévention et de dépistage pour lutter contre l'hépatite C (renforcement des services experts de lutte contre les hépatites virales) et la généralisation du dispositif Vigilans, dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire.
  - Cette délégation permet également **d'accélérer les versements correspondant à la couverture de charges engagées par les établissements en 2018** tels que les crédits alloués au titre des PHRC.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

.....

## **2. Evolution des ressources allouées aux établissements en campagne 2019**

---

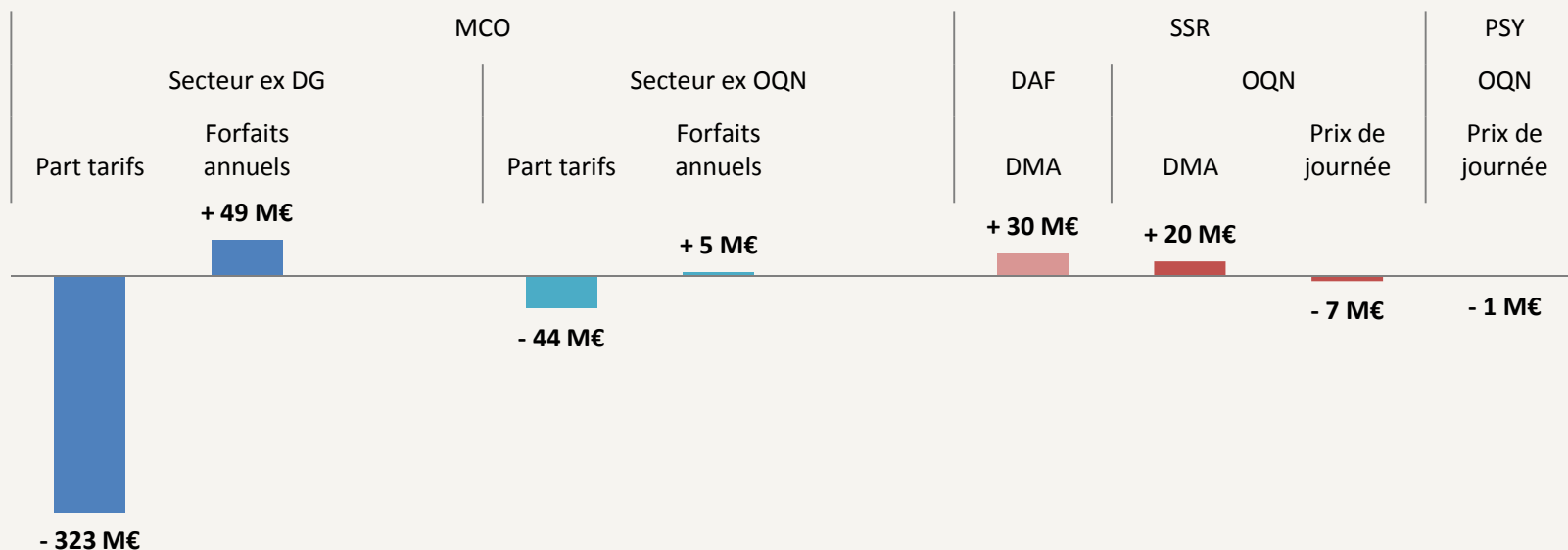
## Données de cadrage global sur l'ONDAM établissements de santé 2019

- ❖ L'ONDAM établissements de santé pour 2019 est porté à **82,7Md€**, en progression de **+2,4% (vs 2% en 2018)**. Cette évolution représente en valeur **+1,96Md€**.
- ❖ L'évolution avant effort de l'ONDAM ES pour 2019 est estimée à **+3,7% (vs 4% en 2018)**, soit un effort de maîtrise des dépenses de 1 023M€ pour atteindre le taux de progression de 2,4% de l'ONDAM ES pour 2019. Toutefois, ce niveau d'effort de maîtrise doit être relativisé en termes d'impact sur les établissements de santé puisqu'il intègre une part importante d'effort liés à des baisses de prix qui ne pèsent pas directement sur eux (360M€).
- ❖ En pratique, **le niveau d'effort qui va être réellement supporté par les établissements de santé en 2019 correspond à 663M€** (vs 960M€ à périmètre identique en 2018). Ces efforts porteront principalement sur :
  - ✓ *L'optimisation des dépenses hospitalières et tout particulièrement des achats principalement portée par le programme PHARE*
  - ✓ *La structuration des parcours de soins efficients*
  - ✓ *Les adaptations tarifaires des actes de biologie et d'imagerie*



## La prise en compte de l'exécution 2018 dans la campagne 2019

- ❖ La campagne 2019 tient compte de l'intégralité de la sous-exécution liée à l'activité hospitalière estimée à fin février 2019 (hors dépassement du champ non régulé), soit **270M€**.
- ❖ Le tableau ci-après présente la répartition de la sous exécution par enveloppe de financement :



- Parallèlement, **les prévisions d'évolution du volume d'activité pour 2019 ont été revues à la baisse** sur le champ MCO pour tenir compte de la décélération d'évolution du volume d'activité observé sur ce champ.
- Plus précisément, les **prévisions de volume retenues** pour les enveloppes ouvertes en 2019 sont les suivantes :
  - + **2,0%** pour la part tarif ex DG (vs +2,6% en 2018)
  - + **1,4%** pour la part tarif ex OQN (vs +1,6% en 2018)
  - + **2,9%** pour la DMA SSR et l'OQN SSR (vs + 3,0% en 2018)
  - + **2,9%** pour l'OQN PSY (vs 2,9% en 2018)

## Une première étape de diversification des modes de financement des établissements de santé

- La campagne 2019 est marquée par la première étape de mise en œuvre du **chantier de réforme de la tarification** des soins et de la régulation des dépenses de santé initié par la taskforce de Jean-Marc Aubert qui conduit à **substituer à la tarification à l'activité de nouvelles modalités de financement pour une part croissante des ressources allouées aux établissements de santé.**
- En 2019, deux évolutions principales sont engagées en la matière :
  - ✓ Le modèle de **financement à la qualité** est sensiblement revu et son enveloppe multipliée par 4 pour s'établir à **200 M€.**
  - ✓ Les premiers **forfaits de prise en charge pour les patients atteints de maladies chroniques seront créés** pour les patients atteints de maladies rénales chroniques et de diabète.

## Evolution des ressources allouées aux établissements MCO en 2019 : Les tarifs hospitaliers

- A périmètre identique par rapport à 2018, l'enveloppe de financement des établissements MCO, **incluant les tarifs, le financement à la qualité et la forfaitisation du financement de certaines pathologies chroniques, progresse en 2019 de +0,5%**.
- **Le taux d'évolution des tarifs hospitaliers MCO 2019 s'élève à +0,2%** avant prise en compte des allègements fiscaux et sociaux et mises en réserve prudentielles.
  - ↳ Ce **taux est identique pour toutes les catégories d'établissements** avant prise en compte des allègements fiscaux et sociaux
- **Les tarifs de l'HAD** bénéficient d'un soutien spécifique et évolueront de **+1,3% avant effets périmètre et +1% après prise en compte des effets périmètre**.

## Evolution des ressources allouées aux établissements MCO en 2019 : Les forfaits annuels et les actes et consultations externes

- En 2019, l'enveloppe des **forfaits annuels** (FAU, FAG, IFAQ, FAI) progresse de **+2,3%**. Cette progression tient compte notamment :
  - ✓ De l'évolution du périmètre du **forfait annuel greffes** (FAG) qui intègre désormais un nouveau compartiment pour la réhabilitation de greffon pulmonaire
  - ✓ De la dynamique de volume anticipée sur le **forfait annuel urgences** (FAU).
- L'enveloppe des **actes et consultations externes pour le secteur ex DG** évolue de l'ordre **+ 3,3%**. Cette progression permet d'envisager une **première étape de transposition des majorations de la convention médicale en campagne 2019**.
  - ↳ *Un groupe de travail est programmé à cet effet le 09/04 prochain, permettant d'envisager une mise en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> mai ou du 1<sup>er</sup> juin 2019.*

## Evolution des ressources allouées aux établissements MCO en 2019 : La dotation MIGAC

- L'enveloppe MIGAC MCO progresse de **+ 2,4%**, soit une progression identique à celle de l'ONDAM ES.
- Cette progression représente **160M€ de ressources supplémentaires** ayant notamment vocation à soutenir l'effort de recherche des établissements de santé.
- **La dotation socle des MERRI** qui n'avait pas progressé depuis plusieurs années est par ailleurs **abondée de 50M€**.
- ↪ *Les évolutions relatives aux enveloppes MIGAC vous seront présentées lors d'un groupe de travail ad hoc qui sera programmé dans les prochaines semaines.*

## Evolution des ressources allouées aux établissements de psychiatrie

- Le renforcement des ressources allouées à la psychiatrie constitue l'un des priorités de la campagne 2019
- **La DAF psychiatrie progresse ainsi de +1,6% en 2019.**
- ↪ Cette progression représente **100M€ de crédits pérennes supplémentaires** de fonctionnement pour permettre à la fois d'engager les transformations nécessaires sur ce champ et de réduire les inégalités territoriales existantes.
- **Les tarifs des établissements privés de psychiatrie financés sous OQN progressent de +0,7%** avant dispositif prudentiel pour tenir compte de l'intégration dans les PJ des crédits alloués à la psychiatrie en décembre 2018 (4M€ délégués de manière ponctuelle via des crédits FIR en 2018).
- Création en 2019 d'un **fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie** doté de **10M€ de crédits FIR.**

## Evolution des ressources allouées aux établissements SSR

L'année 2019 reste une année de transition pour les établissements de SSR dans l'attente d'une consolidation du schéma cible de la réforme de financement :

- Les **tarifs de la DMA SSR seront stables (0%)** après prise en compte des effets de périmètre.
- Les **tarifs des établissements privés relevant de l'OQN SSR évolueront de +0,1%** après prise en compte des effets de périmètre et avant dispositif prudentiel.
- La **DAF SSR progresse de +1,3%** en 2019.
- ↪ *Cette progression permettra d'accompagner le développement d'activité des établissements sous DAF dans l'attente de la mise en œuvre à plein de la réforme du financement. L'enveloppe de 16M€ allouée de manière ponctuelle en fin d'année 2018 sera ainsi pérennisée. Des crédits pérennes supplémentaires pourront également être alloués dans le cadre des arbitrages qui seront retenus pour la 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2019.*



## La progression 2019 des différentes enveloppes de financement

Le tableau ci-dessous présente la déclinaison des objectifs 2019 des différentes enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé :

	Niveau de dépenses par enveloppe de financement (Md€)	Taux de progression 2019/2018
<b>ODMCO</b>	<b>54,8</b>	<b>2,4%</b>
<b>MIGAC</b>	<b>7,0</b>	<b>2,4%</b>
<b>ODAM</b>	<b>10,4</b>	<b>1,4%</b>
<i>Dont DAF PSY</i>	<i>9,1</i>	<i>1,6%</i>
<b>ODSSR</b>	<b>8,8</b>	<b>1,7%</b>
<i>Dont DAF SSR</i>	<i>5,6</i>	<i>1,3%</i>
<i>Dont OQN SSR</i>	<i>2,1</i>	<i>2%</i>
<b>OQN PSY</b>	<b>0,7</b>	<b>2,7%</b>
<b>FMESPP</b>	<b>0,6</b>	<b>44,3%</b>

*NB : Les taux d'évolution ci-dessus n'intègrent pas les mises en réserves prudentielles 2019.*

## Précisions sur le niveau des mises en réserves prudentielles sur l'ONDAM ES 2019

La loi de programmation des finances publiques précise que le montant minimum des mises en réserve doit représenter au moins **0,3% de l'ONDAM**.

Les éléments d'ores et déjà arbitrés sont :

- **Le valeur du coefficient prudentiel MCO, stable à 0,7% pour les 2 secteurs,** correspondant à **305 M€** de mises en réserve dont 240M€ pour le secteur MCO ex DG et 65M€ pour le secteur ex OQN ;
- **Le coefficient prudentiel sur la DMA SSR et la dotation prudentielle OQN (SSR et PSY) sont également stables à un niveau équivalent au coefficient prudentiel MCO, soit 0,7%,** correspondant à **26 M€** de mises en réserve dont:
  - ✓ *14,8M€ pour la dotation prudentielle OQN SSR*
  - ✓ *5,4M€ pour la dotation prudentielle OQN PSY*
  - ✓ *1,8M€ pour le coefficient prudentiel DMA OQN*
  - ✓ *4,4M€ pour le coefficient prudentiel DMA DAF*

Au global, le montant des mises en réserve sur l'ONDAM ES devrait être stable en 2019 par rapport à 2018, pour un montant de **415M€**. Sous cette hypothèse, **les mises en réserve sur la DAF s'élèveraient à 84M€** (vs 88M€ en 2018) dont 54M€ sur la DAF psychiatrie et 30M€ sur la DAF SSR.



- ❖ Les modalités de reprise de ces allègements fiscaux et sociaux au sein de l'ONDAM établissements de santé sont différenciées entre champs d'activité (coefficient de reprise sur le champ MCO, reprise de dotation pour les établissements sous DAF notamment) et la valeur de ces reprises est différenciée entre catégories d'établissement et fonction de l'éligibilité de ces établissements à ces dispositifs d'allègements.
- ❖ Les dispositifs fiscaux et sociaux concernés par ces reprises sont le crédit d'impôt compétitivité et emploi (CICE), le pacte de responsabilité et le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS).
- ❖ **Niveau des reprises en 2019**: les effets du pacte de responsabilité et du CICE ayant été intégralement repris, le niveau supplémentaire de reprise pour 2019 serait uniquement impacté par **la reprise du CITS** dont les effets pour les établissements privés à but non lucratif ont été à ce stade neutralisés à hauteur de 30% en construction tarifaire 2018.
- ❖ Pour 2019, une **reprise supplémentaire de 20% des effets du CITS** est réalisée pour les EBNL (soit 50% sur la période).

### Précisions sur le champ MCO :

	Coefficients 2018	Coefficients 2019
Etablissements publics de santé	0%	0%
Etablissements privés à but non lucratif	-1,48%	-1,77%
Etablissements privés à but lucratif	-2,95%	-2,89%

- Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- Le coefficient de reprise est fixée à **-2,89%** pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2018 (coefficient fixé à -2,95%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.
- Le coefficient de reprise est fixé à **-1,77%** pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en hausse de 0,3% par rapport à 2018, ce qui correspond à la reprise supplémentaire à hauteur de 20% des effets du CITS.



### Précisions sur les champs OQN SSR et Psychiatrie:

- La construction des tarifs OQN SSR et Psychiatrie 2019 intègre la reprise supplémentaire de 20% des bénéfices liés au CITS pour les EBNL.
- L'impact moyen de cette reprise sur les tarifs OQN SSR et psychiatrie est respectivement de **0,03%** et **0,01%**.
- Les taux d'évolution des tarifs OQN seront ainsi **différenciés en fonction du statut des établissements** relevant de l'OQN SSR et de l'OQN psychiatrie afin de cibler la reprise opérée au titre du CITS sur les seuls établissements à but non lucratif.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

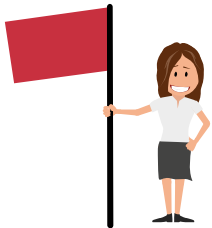
---

### **3. Point d'avancement des mesures portées par la Task Force Réforme du financement**

---

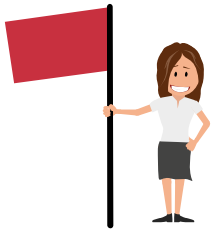
## Points d'avancement qualité

- Prochain GT IFAQ prévu le 10 avril
- Arbitrage sur le financement à hauteur de 200 millions d'euros
- Transmission de l'arrêté indicateurs et modèle de financement pour le 20 mars aux fédérations (publication interviendra en mai). Pour rappel, l'arrêté pour 2020 sera pris en fin d'année 2019.
- Transmission aux fédérations de la composition de des groupes de comparaison et d'un kit d'explication du modèle
- La TFF participera aux formations organisées par FHP, FEHAP et FNEHAD pour les établissements, en lien avec la DGOS
- Le prochain GT sera principalement consacré à l'élaboration des indicateurs pour 2020 et 2021



## Points d'avancement forfaits pathologies chroniques

- Prochain GT 2 avril : présentation des périmètres diabète et MRC finalisés suite aux remarques du précédent GT / Présentations des simulations financières
- Projet de DCE : sera transmis pour concertation en amont du GT
- Recueil parcours patient : finalisation de la maquette en cours suite aux remarques et envoi d'une dernière version avant validation  
Test de la maquette avec quelques établissements à organiser en avril.
- Lancement de travaux sur l'ajustement aux risques patients afin d'affiner les différents niveaux de forfaits (pour 2020)





## Points d'avancement concertations sur le rapport

- **Concertations en cours**
  - concertations nationales de l'ensemble des acteurs concernés
  - concertations régionales : l'ensemble des ARS organise avec la task-force des rencontres avec les acteurs locaux pour échanger sur les propositions du rapport (mars/début avril)
- **Décisions début avril sur la suite et les éventuelles mesures à prendre dans le futur PLFSS**
- **Gouvernance envisagée** : L'ensemble des acteurs s'accordent pour qu'un travail avec les professionnels puisse se faire de manière thématique, avec un comité de suivi global permettant aux acteurs d'avoir une vision transverse de l'avancement de la réforme



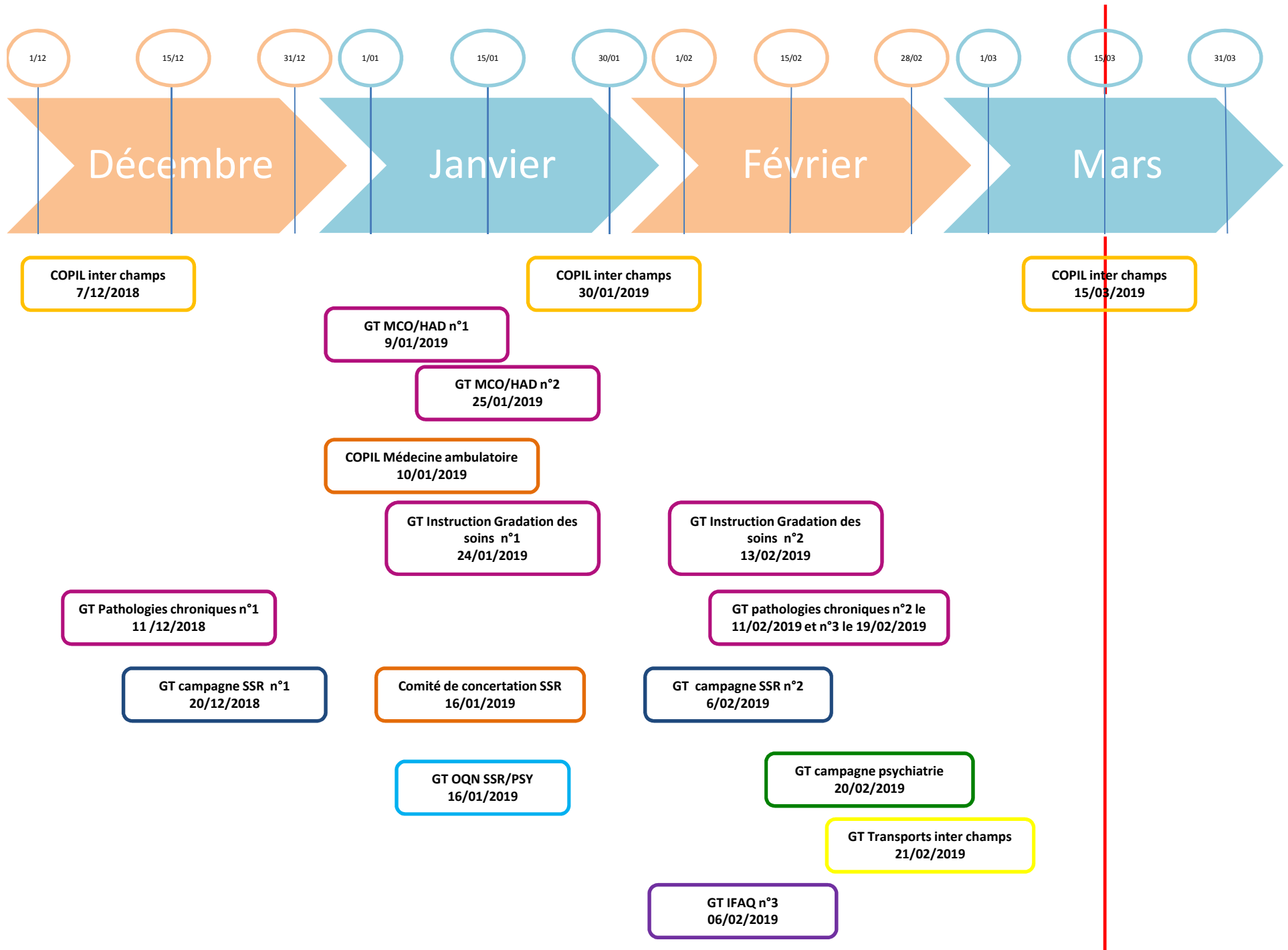
DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

---

## 4. Précisions sur les campagnes MCO, SSR et psychiatrie

---





DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# *Campagne MCO*

---

Principes identiques à ceux des campagnes précédentes :

➤ **2 étapes pour la fixation des tarifs**

1. Prise en compte de la maintenance du modèle de financement et des mesures modifiant le périmètre des tarifs par rapport à ceux de 2018

2. Modulations tarifaires :

- ➔ Soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie, interventionnel et médecine
- ➔ Soutien en faveur de l'obstétrique dans le secteur ex-OQN
- ➔ Diminution des tarifs de dialyse pour financer la création du forfait MRC

### En chirurgie :

#### ➤ Revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées

A la demande des fédérations, revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous-financées. Cette revalorisation est couverte, dans le cadre de la politique tarifaire engagée en chirurgie ambulatoire depuis plusieurs années, par la prise en compte des taux de chirurgie ambulatoire actualisés sur la base des données 2018 pour fixer les tarifs uniques.

- Pour le secteur ex-DG, revalorisation de 10,1M€ des 17 couples de GHS les plus sous financés (plus de -15%).
- Pour le secteur ex-OQN, revalorisation de 9M€ des 15 couples de GHS sous financés.

#### ➤ Suppression des bornes basses tarifaires sur la chirurgie de niveaux 2 et 3

Afin d'accompagner et soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours chirurgicaux, suppression des bornes basses tarifaires des séjours de chirurgie de niveaux 2 et 3.

Financement de la mesure via une reprise sur l'ensemble de la masse tarifaire

- Reprise sur la masse totale des GHS ex DG de 0,6%, **soit 20,8M€**
- Reprise sur la masse totale des GHS ex OQN de 0,05%, **soit 4,2M€**

### En chirurgie :

- **Soutien aux prises en charge de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**
  - ✓ Création d'une variable dans le recueil 2019 permettant d'identifier les prises en charge en RAAC et de préparer un éventuel élargissement de la mesure à compter de 2020.
  - ✓ La mesure concerne, en 2019, 17 racines ciblées issue de la concertation avec les acteurs.
  - ✓ Pour ces activités ciblées, **dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable** réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour.

### En interventionnel :

#### ➤ **Etendre à l'interventionnel la politique tarifaire menée en chirurgie depuis 2014**

Transposition de la politique tarifaire menée depuis plusieurs années en chirurgie aux activités interventionnelles, à savoir :

- ✓ La mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T avec les séjours de niveau 1
- ✓ La suppression des bornes basses tarifaires pour les séjours de niveaux 1, 2 et 3

Le besoin de financement lié à la suppression des bornes basses tarifaires est couvert par une reprise sur l'ensemble de la masse tarifs de chaque secteur, soit :

- une reprise de 0,007% de la masse totale des GHS ex DG, soit 2,3M€
- une reprise de 0,004% de la masse totale des GHS ex OQN, soit un montant de 0,3M€





### En médecine :

#### ➤ Mise en place des tarifs uniques pour certaines activités de médecine

Transposition des mesures mises en œuvre en chirurgie aux activités de médecine pour permettre aux acteurs de disposer de signaux tarifaires visibles incitant à s'engager plus franchement dans le virage ambulatoire.

Une liste de 26 racines retenues pour la mise en place de tarifs uniques en médecine, suite à la concertation avec les acteurs.

#### ➤ Poursuite de la revalorisation des séjours courts de médecine sous-financés

Poursuite de la revalorisation des séjours courts de médecine sous financés engagée en 2018. Ces activités sont ramenées à -5% de sous-financement, soit une revalorisation de 35,9M€.

Le besoin de financement est couvert de manière différenciée entre les deux secteurs :

- pour le secteur ex-DG, le besoin de 32,2M€ est couvert par la baisse des tarifs des activités de médecine sur financées (hors niveaux 3), soit une réduction de la masse de 0,5% portant sur 114 GHS.
- Pour le secteur ex-OQN, le besoin de financement de 3,7M€ est couvert par une baisse uniforme des tarifs de médecine, soit une baisse de 0,36% de la masse des tarifs de médecine.

Comme lors des campagnes précédentes, il a été procédé à une **revalorisation des tarifs d'obstétrique pour le secteur ex OQN.**

## Scénario retenu :

- ✓ Revalorisation des 6 GHS ciblés à hauteur de +2,5%, soit une masse de **8,5M€.**
- ✓ Un financement, via une reprise globale sur la masse tarifaire ex-OQN, hors ces 6 GHS, soit une baisse -0,11%.

➔ Secteur ex-DG : non concerné

## Baisse des tarifs de dialyse

- Comme lors des campagnes précédentes, il est procédé à une baisse des tarifs d'hémodialyse en centre au regard du sur-financement constaté.
- Toutefois, contrairement aux années antérieures, cette baisse ne sera pas une économie nette mais doit permettre le financement de la mise du forfait « maladie rénale chronique avancée » à compter du 1<sup>er</sup> juillet 201, pour un montant estimé à **26,6M€**.
- Ciblage des tarifs des GHS d'hémodialyse en centre :
  - qui présentent un sur financement de +10,3% pour le secteur ex DG
  - et un sur financement de +8,9% pour le secteur ex OQN,
  - en appliquant le même pourcentage de chemin vers le TIC pour les 2 secteurs, soit 23,3%.
- Comme en 2018, le tarif du forfait D11 du secteur ex-OQN a également été diminué afin de maintenir l'écart de tarifs entre les prises en charge en UDM et en centre.
- **Ceci se traduit par une évolution de l'ordre de -2% des tarifs d'hémodialyse et du forfait D11 dans le secteur ex-OQN**



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# *Synthèse des taux d'évolution moyens des prestations des champs MCO/HAD*

---

## Taux d'évolution des prestations MCO

	ex DG (hors mouvements de périmètre)	ex DG (y compris mouvements de périmètre)	ex OQN (hors mouvements de périmètre)	ex OQN (y compris mouvements de périmètre)
<b>Total GHS</b>	<b>0,50%</b>	<b>0,16%</b>	<b>0,62%</b>	<b>0,24%</b>
<i>dont GHS hors obstétrique et dialyse</i>	0,52%	0,20%	0,54%	0,32%
<i>dont GHS obstétrique</i>				2,50%
<i>dont GHS dialyse</i>		-2,30%		-2,09%
Suppléments (hors supp. Transports)	0,52%	0,16%	0,52%	0,16%
Suppléments transports	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Dialyse (hors centre)	0,52%	0,16%	0,35%	-0,87%
<i>dont D11</i>				-2,14%
SE/PO/ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0,16%	0,16%	0,16%	0,16%
HAD	1,32%	0,96%	1,32%	0,96%
<b>Evolution globale moyenne</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,19%</b>	<b>0,63%</b>	<b>0,18%</b>



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# *Les évolutions des règles de facturation des prestations*

---

## Les évolutions portées par l'arrêté prestations MCO

- **Clarification des règles de facturation des prestations inter activités (PIA) pour les actes et consultations externes** en permettant une facturation directe à l'assurance maladie par l'établissement prestataire ;
- **Suppression des GHS majorés concernant la fraction du flux de réserve (FFR)** des racines 05K06 et 05K10 ;
- Ouverture de la possibilité de **cumuler la facturation d'un séjour d'HAD avec un forfait d'entraînement** à la dialyse péritonéale automatisée, à la dialyse péritonéale continue ambulatoire ou à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- Ouverture d'un **nouveau compartiment du forfait annuel greffe (FAG)** destiné à financer les coûts liés à la réhabilitation des greffons pulmonaires, afin de soutenir le développement de cette activité ;
- Ouverture de la possibilité de **cumuler la facturation SE/APE** dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab® dans le cadre de la DMLA, afin de mieux valoriser ces prises en charge et d'inciter à leur développement en substitution à d'autres spécialités plus coûteuses ;
- **Incitation au développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)** en permettant aux séjours identifiés RAAC d'être classés dans les GHM desquels ils relèvent, quelle que soit leur durée.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

*Les travaux en cours  
sur le champ MCO*

---





## Travaux en cours sur le champ MCO

### Instruction gradation des prises en charge ambulatoires

#### Poursuite des travaux sur la clarification du cadre juridique des prises en charge ambulatoires en établissements de santé

- Accord des acteurs sur la méthodologie de travail proposée le 13 février dernier en GT
- Lancement des travaux en vue d'une publication à l'automne 2019

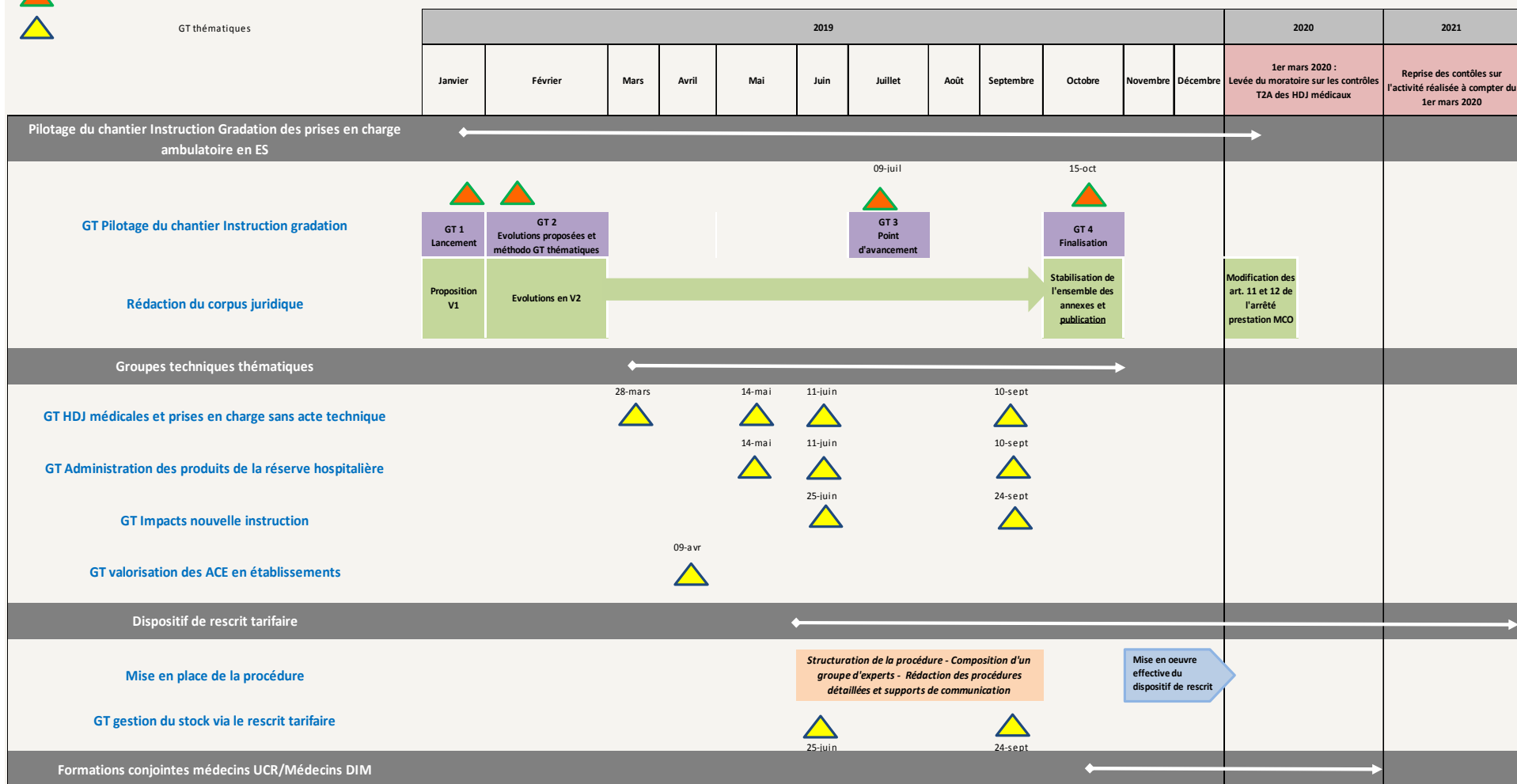
# Travaux en cours sur le champ MCO

## Instruction gradation des prises en charge ambulatoires



GT Pilotage global chantier instruction gradation

GT thématiques



Comme évoqué précédemment, le DCE MCO a été déconnecté du calendrier de la campagne 2019.

Il sera toutefois prochainement soumis à la concertation, et viendra notamment préciser les modalités de mise en œuvre du **lien Autorisation/Financement** :

- ↪ Le principe de récupération des sommes sur l'activité réalisée
- ↪ Le périmètre des activités concernées
- ↪ Le mécanisme de récupération ex-post, à l'issue d'une procédure contradictoire entre l'établissement concerné et son ARS.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# *Campagne SSR et Psychiatrie*

---

- **En cohérence avec** la logique de « pause » adoptée de manière plus globale dans cette campagne, il a été arbitrée pour 2019 de **stabiliser l'ensemble des paramètres du modèle transitoire SSR** afin de concentrer les travaux sur les évolutions attendues du modèle cible de financement des SSR, dans le cadre du PLFSS pour 2020 notamment.
- **Sont ainsi maintenus pour la campagne 2019 :**
  1. Les niveaux de fractions entre anciennes et nouvelles modalités de financement (90% anciennes modalités/10% nouvelles modalités)
  2. Les paramètres de calcul du coefficient de transition
  3. Les mesures correctrices déjà mises en œuvre sur la pédiatrie, l'ambulatoire et le coefficient de spécialisation
  4. Les modalités de versement des avances de DMA

- Afin d'accompagner le développement d'activité des établissements de SSR financés sous DAF avant la mise en œuvre à plein du nouveau modèle de financement :
  - ✓ Les 16M€ alloués de manière ponctuelle en C3 2018 seront pérennisés en campagne 2019
  - ✓ Des crédits pérennes supplémentaires pourront être alloués à cet effet dans le cadre des arbitrages qui seront retenus pour la 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2019.
  - ↪ *La clé de ventilation de ces crédits pourrait être fonction des taux d'équipements régionaux (nombre de lits et de places de SSR par habitant) afin de favoriser les régions sous dotées en termes de capacité par rapport à la moyenne nationale.*



- **Calendrier de la régularisation définitive de la DMA au titre de 2018**

**Avril 2019** : Notification de la régularisation définitive et du dégel DMA 2018 par les ARS

**Mai 2019** : Versement par les CPAM des sommes correspondantes à la régularisation définitive et versement des sommes liées au dégel

- **Calendrier de la campagne SSR 2019 :**

**Mi-mars 2019** : Saisine des caisses et des fédérations hospitalières sur les arrêtés prestations SSR et OQN 2019

**Fin mars 2019** : Publication des arrêtés prestations SSR et OQN 2019

**Avril 2019** : Publication des arrêtés tarifs DMA et OQN SSR 2019

**Mai 2019** : Notification des avances de DMA théorique 2019 par les ARS

**Juin 2019** : Versement par les CPAM des 1ères avances de DMA théorique 2019. Pour mémoire, entre janvier et mai 2019, les établissements SSR bénéficient d'acomptes correspondant à 1/12<sup>ème</sup> de la DMA théorique 2018.



**L'un des principaux enjeux de la campagne 2019 de financement des activités de psychiatrie porte sur la réduction des écarts de financement constatés entre les régions et les établissements.**

## Dans le secteur sous DAF :

En cohérence avec les travaux initiés par la Task Force Financement sur l'évolution du modèle de financement de la psychiatrie et dans la lignée des travaux menés par la DGOS depuis plusieurs années, **la péréquation inter régionale des dotations de psychiatrie engagée via la 3<sup>ème</sup> circulaire 2018 sera poursuivie et amplifiée en campagne 2019.**

Plusieurs propositions ont été formulées auprès des acteurs dans la perspective de la 1<sup>ère</sup> circulaire 2019 :

- ↳ **Principe de modulation** portant uniquement sur tout ou partie des mesures nouvelles 2019 non fléchées
- ↳ **Proposition de critères de modulation** affinés par rapport à la 1<sup>ère</sup> étape de fin 2018 et cohérents avec les travaux en cours sur la réforme du financement de la psychiatrie à savoir des critères basés sur la population (avec survalorisation des mineurs) et la précarité.

**→ Retours des fédérations sur ces propositions attendus pour le 15 mars et échanges programmés le 19 mars avec les ARS.**



## Dans le secteur sous OQN :

La question d'engager une démarche identique à celle mise en œuvre dans le secteur sous DAF et visant à réduire progressivement les écarts constatés se pose également pour les établissements financés sous OQN.

Si l'hétérogénéité des prix de journées actuellement constatés entre les régions est avérée, l'analyse de ces écarts doit cependant être poursuivie car :

- *L'hétérogénéité des prises en charge rend potentiellement délicate la comparabilité des prix de journée entre eux ;*
- *Le périmètre des prix de journée peut ou non inclure les honoraires des praticiens.*

**➔ Des travaux doivent être menés en 2019 avec les acteurs concernés afin de pouvoir initier en 2020 cette péréquation dans de bonnes conditions.**



- Mesure inscrite dans « Ma santé 2022 » dont la Ministre a souhaité la mise en œuvre dès 2019 afin d'impulser et de soutenir des initiatives organisationnelles locales innovantes
- Objectif de capitaliser les actions efficaces mises en œuvre par les acteurs sur les territoires
- Fonds doté de 10 M€ en crédits FIR, qui seront délégués aux ARS en C2 2019
- Sujet discuté lors du Copil psychiatrie du 12 décembre 2018
- Les ARS ont été sollicitées fin 2018 via le SG sur les pistes possibles d'utilisation du fonds



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

## Modalités de mise en œuvre en 2019

2019

Mars - avril

GT national sur le fonds d'innovation associant les conférences, les fédérations et les ARS, en lien avec le COPIL psychiatrie

Avril

Elaboration d'une instruction aux ARS déclinant les orientations du fonds

Mai

Transmission aux ARS pour recensement des projets innovants sur les territoires

Septembre

Remontée par les ARS des projets priorités au niveau régional

Octobre

Sélection des projets retenus au niveau national

Octobre/novembre

Délégation des crédits aux ARS en 2<sup>e</sup> circulaire FIR



- Pédopsychiatrie
- Périnatalité et protection de l'enfance
- Droits des patients et pair ressource
- Soins intensifs à domicile (dont ESMS)
- Accès aux soins somatiques
- Organisation des parcours dans les territoires
- Gestion des urgences
- Personnes âgées
- Télémédecine

### Evolution du mécanisme de mise en réserve prudentielle sur l'OQN :

- Les modalités de mise en réserve qui s'appliquent au champ OQN SSR et Psychiatrie seront alignées en campagne 2019 sur celles du champs MCO
- Le taux d'évolution des tarifs qui sera fixé dans l'arrêté tarifs OQN 2019 s'appliquera sur les tarifs 2018 hors dotation prudentielle, c'est-à-dire sur les tarifs 2018 rehaussés de 0,7%.
- Cette évolution sera intégrée dans l'outil Applimod qui permet aux ARS de fixer les prix de journée.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

*Evolutions en campagne 2019 concernant la mise en  
œuvre de la réforme du financement des transports  
inter établissements (article 80 LFSS 2017)*

---

## Evolutions concernant le périmètre d'application de la réforme pour 2019

- **Exclusion de certaines permissions de sorties du périmètre d'application de l'article 80**
  - ↪ **Prise en charge par l'assurance maladie d'un A/R hebdomadaire pour les enfants de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours**
    - ✓ Ces transports seront facturés aux caisses d'assurance maladie dans les conditions de droit commun
    - ✓ Cette mesure concerne tous les champs d'activité MCO, SSR et psychiatrie
- **Exclusion de la dialyse à domicile du périmètre d'application de l'article 80**
  - ↪ Cette évolution sera effective à compter de la date d'entrée en vigueur des modifications réglementaires afférentes : modification du décret du 15 mai 2018, publication prévue **début avril 2019**
  - ↪ A compter de cette date, les établissements pourront facturer les transports directement à l'assurance maladie pour la réalisation de dialyses à domicile
  - ↪ Dans l'intervalle, les établissements continuent à coder le supplément transport pour ces prises en charge

### La prise en compte de la notion de distance dans les suppléments :

- Travaux complémentaires menés en 2019 pour définir le modèle de valorisation qui pourrait être retenu et préparer la mise en place d'un recueil au séjour, **pour une mise en œuvre effective en campagne 2020.**
- **Dans l'attente, maintien du mécanisme de limitation des pertes** pour les établissements (« stop loss »)

### Elargissement du périmètre de facturation du TSE :

- Les évolutions demandées nécessitent de modifier les règles de facturation des PIE pour permettre la facturation directe à l'assurance de l'ensemble des séances et de la dialyse hors centre par l'établissement prestataire.
- Il s'agit d'une évolution importante dont il convient d'évaluer les impacts, notamment financiers.
- ↪ **Ces propositions seront instruites en 2019 dans la perspective de la campagne 2020**



### Création de suppléments transports à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019 :

- Pour l'ensemble des établissements SSR et psychiatrie, qu'ils soient financés sous OQN ou sous DAF.
  - Supplément facturable pour **les permissions de sortie** pour les champs SSR et psychiatrie.
  - Trois suppléments sont définis :
    - ✓ Transferts définitifs
    - ✓ Transferts pour permissions de sortie
    - ✓ Transferts provisoires autres (PIA externes)
- } *Valeur identique*

*NB : Pour les PIA séjours <48h, le transport est intégré dans les tarifs des GHS et n'ouvre donc pas droit à la facturation du supplément transfert provisoire*

☞ *La création des suppléments transports sera prévue dans l'arrêté « prestations » OQN qui vous sera prochainement transmis pour concertation.*

### Création de suppléments transports à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019 :

- Comme pour le MCO, **les tarifs des suppléments seront fixés au niveau national**, sur la base des masses financières constatées pour chacun des champs d'activité et des types de transports (définitifs / provisoires et permissions de sortie).
- A l'instar du MCO, **les valeurs retenues pour 2019 seront des valeurs uniformes entre secteurs DAF et OQN** pour chaque type de supplément et chaque champs d'activité SSR et psychiatrie.
- **Des travaux seront menés en 2019 pour affiner les modalités de financement** pour tenir compte de la distance parcourue.
- **Dans l'attente, les établissements de SSR et de psychiatrie bénéficieront, à l'instar du MCO, d'une mécanique de type « stop loss »** permettant de limiter la perte pour les établissements à 0,1% de leurs recettes.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# ANNEXES

---



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

## *Précisions sur les effets périmètre sur les tarifs*

---

- Les mouvements de périmètre impactant les tarifs MCO des établissements de santé en 2019 sont les suivants :
  - ✓ L'extension année pleine des dépenses de transport inter-établissements au titre de **l'article 80 de la LFSS** pour 2017.
  - ✓ L'augmentation de l'enveloppe dédiée au **financement à la qualité**.
  - ✓ La création du **forfait « pathologie chronique » sur l'IRC** : cette mesure sera intégralement financée par une baisse des tarifs de dialyse et n'a donc pas d'impact tarifaire sur le reste des activités.
- Les impacts moyens sur les tarifs sont les suivants:

	<b>MCO</b>	<i>Dont MCO ex DG</i>	<i>Dont MCO ex OQN</i>
Impact moyen des effets périmètres sur les tarifs MCO	<b>- 0,36%</b>	<b>-0,34%</b>	<b>-0,44%</b>
dont effet transports	+ 0,06%	+0,05%	+0,11%
dont effet IFAQ	- 0,35%	-0,35%	-0,35%
dont effet IRC	- 0,07%	-0,04%	-0,20%



## Précisions sur les impacts moyens des dépenses de transports sur les tarifs MCO

- ❖ Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein du financement des établissements de santé MCO a été estimé en année pleine à **194M€**.

### En 2018 :

- ❖ Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de la masse tarifaire MCO (ex DG et ex OQN) soit 48,6M€ dont 41,3M€ pour les suppléments TDE et TSE et 7,3M€ de crédits intégrés dans les GHS.
- ❖ Pour générer 7,3M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements MCO ont dû être rehaussés de 8,8M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).

### En 2019 :

- ❖ Neuf mois de dépenses ont été réintégrés au sein de la masse tarifaire MCO soit 145,8M€ dont 123,9M€ au titre des suppléments et 21,9M€ au titres des GHS .
- ❖ Les tarifs MCO hors suppléments pour 2019 doivent ainsi permettre de couvrir 12 mois de dépenses de transports en sachant que les tarifs MCO 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 8,8M€ (7,3M€ au titre de 2018 et 1,5M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs MCO 2019 doivent donc être rehaussés de 20,5M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs MCO de **+0,06%** au 1<sup>er</sup> mars 2019.

- Les mouvements de périmètre impactant les tarifs des établissements de psychiatrie financés sous OQN en 2019 sont les suivants :
  - ✓ L'extension année pleine des dépenses de transport inter-établissements au titre de **l'article 80 de la LFSS** pour 2017.
  - ✓ Effet périmètre lié à la réintégration au sein des prix de journée des établissements sous OQN PSY en 2019 des 4M€ de crédits alloués en fin de gestion 2018 pour les établissements sous OQN au titre de l'enveloppe de 50M€ de soutien allouée en 3<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2018 aux établissements de psychiatrie.
  
- Les impacts moyens sur les tarifs sont les suivants:

	OQN PSY
Impact moyen des effets périmètres sur les tarifs OQN PSY	<b>+ 0,66%</b>
dont effet transports (article 80)	+ 0,03%
dont effet mesure de fin de gestion 2018	+ 0,63%



## Précisions sur les impacts moyens des dépenses de transports sur les tarifs OQN PSY

Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein des vecteurs de financement des établissements privés de psychiatrie financés sous OQN PSY a été estimé en année pleine à **4,9M€**.

### En 2018 :

- ❖ Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de l'objectif OQN PSY soit 1,2M€.
- ❖ Pour générer 1,2M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements sous OQN PSY ont dû être rehaussés de 1,4M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).
- ❖ Cette augmentation s'est traduite par un impact facial moyen sur les tarifs OQN PSY de **+0,2%**.

### En 2019 :

- ❖ Neuf mois de dépenses ont été réintégrées au sein de l'objectif OQN PSY soit 3,7M€.
- ❖ La facturation des suppléments transports, qui entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019 pour les établissements OQN, générera une dépense estimée à 3,3M€ (soit 8/12<sup>ème</sup> de 4,9M€, application du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2019).
- ❖ Les tarifs OQN doivent permettre de couvrir 4 mois de dépenses de transports (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2019), soit 1,6M€ (4/12<sup>ème</sup> de 4,9M€). Les tarifs OQN 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 1,4M€ (1,2M€ au titre de 2018 et 0,2M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs OQN PSY 2019 doivent donc être rehaussés de 0,2M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs OQN PSY de **+0,03%** au 1<sup>er</sup> mars 2019.



- Les mouvements de périmètre impactant les tarifs des établissements de SSR financés sous OQN en 2019 sont les suivants :
  - ✓ L'extension année pleine des dépenses de transport inter-établissements au titre de **l'article 80 de la LFSS** pour 2017.
  - ✓ L'augmentation de l'enveloppe dédiée au **financement à la qualité**.
  
- Les impacts moyens sur les tarifs sont les suivants:

	OQN SSR
Impact moyen des effets périmètres sur les tarifs OQN SSR	- 0,27%
dont effet transports (article 80)	+ 0,08%
dont effet IFAQ	- 0,35%



## Précisions sur les impacts moyens des dépenses de transports sur les tarifs OQN SSR

Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein des vecteurs de financement des établissements de santé financés sous OQN SSR a été estimé en année pleine à **41M€**.

### En 2018 :

- ❖ Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de l'objectif OQN SSR soit 10,2M€.
- ❖ Pour générer 10,2M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements sous OQN SSR ont dû être rehaussés de 12,3M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).
- ❖ Cette augmentation s'est traduite par un impact facial moyen sur les tarifs OQN SSR de **+0,6%**.

### En 2019 :

- ❖ Neuf mois de dépenses ont été réintégrées au sein de l'objectif OQN SSR soit 30,8M€.
- ❖ La facturation des suppléments transports, qui entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mai 2019 pour les établissements OQN, générera une dépense estimée à 27,3M€ (soit 8/12<sup>ème</sup> de 41M€, application du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2019).
- ❖ Les tarifs OQN doivent permettre de couvrir 4 mois de dépenses de transports (du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2019), soit 13,7M€ (4/12<sup>ème</sup> de 41M€). Les tarifs OQN 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 12,3M€ (10,2M€ au titre de 2018 et 2,1M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs OQN SSR 2019 doivent donc être rehaussés de 1,4M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs OQN SSR de **+0,08%** au 1<sup>er</sup> mars 2019.

La DMA SSR n'est concernée que par l'augmentation de l'enveloppe dédiée au **financement à la qualité**, soit un impact moyen sur les tarifs de :

	DMA SSR
Impact moyen des effets périmètres sur les tarifs DMA SSR	<b>- 0,34%</b>
dont effet IFAQ	- 0,34%