



Jeudi 07 décembre 2017

BIENVENUE!

10h00 à 16h30

En partenariat avec :



ORDRE DU JOUR

Matinée

Matinée : 10h00 à 13h00

➤ **Actualités sur le modèle de financement SSR**

En présence d'Éric NOËL – Délégué Général - FHP-SSR

➤ **Point d'Actualité sur les Contrôles T2A**

En présence du Dr Valérie-Jeanne BARDOU – D.A.C.C.R.F. – CNAMTS

➤ **Point d'Actualité sur les CAMPAGNES TARIFAIRES 2017 et 2018 :**

Révision de la circulaire frontière, Mise en œuvre des radiations partielles de la liste en sus, Coefficient prudentiel, RIHN, Dégressivité, ...

CT 2018: les Evolutions envisagées (PLFSS 2018, classification V2018, recueil, etc.)

Équipe de la FHP-MCO : Thierry BECHU – Délégué Général, Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil, et Laure DUBOIS – Economiste

13h00 - 14h00 : Déjeuner



ORDRE DU JOUR

Après-midi

Après-Midi : 14h00 – 16h00

➤ **Financement à l'épisode de soins**

*En présence de Sandrine BILLET – sous-direction de la régulation de l'offre de soins – DGOS,
Dr Annie FOUARD – Responsable du Département Hospitalisation - CNAMTS*

➤ **Table Ronde « MIGAC / MERRI / Recherche Clinique : comment accéder aux financements ? »**

*En présence de : Laurence CULINE - Directrice Recherche & Innovation – Hexagone Santé,
Dr Stéphane LOCRET - Directeur Recherche et Enseignement - Ramsay Générale de Santé*

En partenariat avec : 

 **SOFTWAY**
MEDICAL

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Nous remercions nos partenaires :



ACTUALITÉS SUR LE MODÈLE DE FINANCEMENT SSR

Intervention d'Eric NOEL

Délégué Général de la FHP-SSR

La parole est à vous

POINT D'ACTUALITÉ SUR LES CONTRÔLES T2A

la question du moratoire

La DGOS nous a confirmé « qu'un moratoire sur l'HDJ sera bien instauré dans le cadre des contrôles de la tarification à l'activité, compte-tenu de l'actuelle incertitude sur les critères de facturation à appliquer.

Ce moratoire concernera les séjours facturés en GHS de 0 jour réalisés du 1^{er} mars 2017 jusqu'à la date du 1^{er} juin 2017. »

Et quid du Rescrit et l'observatoire en suspens car en attente de la révision de la circulaire frontière

Intervention du Dr Valérie-Jeanne BARDOU

D.A.C.C.R.F. – CNAMTS

La parole est à vous

**POINT D'ACTUALITÉ SUR LES CAMPAGNES TARIFAIRES
2017 ET 2018**

Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2017 et 2018

**Thierry BECHU – Délégué Général FHP-MCO,
Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,
Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO**

Campagne Tarifaire 2017 et 2018

- **CT 2018: les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, des listes en sus**
- **PLFSS 2018 et campagne tarifaire 2018**
- **CT 2018: Intégration des transports dans les tarifs au 1^{er} oct. 2018**
- **Les 15 Propositions FHP-MCO**
- **RIHN: point de situation**
- **Le Coefficient Prudentiel 2017**
- **CT 2017: Focus sur la Médecine ambulatoire, IFAQ**

Campagne Tarifaire 2018

- Les évolutions possibles de la classification
- Les évolutions possibles du recueil
- Les évolutions possibles des listes en sus

Classification MCO : Les évolutions possibles

- ⊙ **Retour d'expériences 2017 sur les « Anomalies » de groupage et/ou tarification :**
 - **Constitué grâce à vos retours**
 - **Transmis à l'ATIH et à la DGOS en juillet 2017**
 - ⊙ **Retour d'expériences :**
 - **Les travaux classificatoire seront applicables à l'année n+1 si terminés en septembre de l'année n**
- ⇒ **Avez-vous constaté d'autres anomalies de groupage ?**
- ⇒ **une «Fiche retour d'expériences» est dans vos dossiers**
- ⇒ **Transmettez les nous à l'adresse :**
- laure.dubois.mco@fhp.fr**



Classification V2018

- **L'ATIH a identifié des chantiers lourds qui nécessitent un programme pluri annuel pour étaler les travaux dans le temps:**
 - Améliorer la description des séjours ambulatoires
 - ✓ mieux utiliser les variables existantes et/ou identifier les nouvelles variables à recueillir.
 - ✓ travail sur la lourdeur des actes et les actes multiples pour diminuer l'hétérogénéité.
 - ✓ 1^{ère} CMD à l'étude : CMD 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.
 - Améliorer la méthodologie de détermination des CMA
 - ✓ Les regroupements ont été revus en 2017
 - ✓ Prochaine révision des CMA pour la V2019
 - ✓ Travaux pluri-annuels en cours: exclusions, modulation, CMA multiples

Classification V2018

- Améliorer la description des séjours ambulatoires
 - ✓ 1^{ère} CMD à l'étude : CMD 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.
 - ⇒ **La validation des modifications et la mise en œuvre n'interviendront pas pour la V2018 mais pour la V2019**
 - ✓ Programme de travail en construction : définir l'ordre de traitement des autres CMD à partir :
 - de critère quantitatif, de critères statistiques, de critères organisationnels et d'une analyse médicale
 - les demandes antérieures des fédérations et de la DGOS sont prises en compte
 - ⇒ Les demandes FHP-MCO sont prises en compte: Pose de stimulateur cardiaque au cours d'un séjour avec réalisation d'un acte « lourd » de cardiologie interventionnelle, Groupage des Infarctus myocardique, avec angioplastie sans stent (CMD 05), Hiérarchie des actes pour occlusion sur brides (CMD 06), Hiérarchie des actes "mous" et des actes osseux (CMD 08)
 - L'ATIH est à l'écoute des problématiques majeures rencontrées dans la classification.

Classification V2018

- Information CMA : observatoire des exclusions
 - ✓ L'ATIH annonce la mise en place d'un observatoire des exclusions.
 - ✓ donne suite aux multiples alertes des fédérations sur les difficultés de compréhensions des exclusions
 - ✓ L'observatoire utilisera les compétences du terrain (via les remontées) et de l'agence (dénombrement et analyse des séjours).
 - ✓ Un formulaire type sera mis en place pour effectuer les remontées via une adresse générique ATIH.
 - ✓ L'ATIH souhaite s'appuyer sur les membres du CT MCO (fédérations) pour alimenter les remontées : les fédérations font remonter à l'observatoire les difficultés rencontrées par les établissements.

Classification V2018

○ Demande des FD: Expertise réalisée :

Demandes	Pistes de travail	Mise en oeuvre
raison de la présence de QZPA003 et QZPA007 dans CMD17	Tous les actes de la CCAM sont classants dans la CMD17 Artéfact lié à la publication du Manuel des GHM, modification prévue	possible en V2018
valorisation acte PAMH001 (cimentoplastie intra osseuse)	acte dans le périmètre du travail sur la qualification de l'interventionnel	attente résultats des travaux Interventionnel
rendre l'acte HCGA003 classant dans le GHM 03C24 Intervention sur les glandes salivaires	non pertinent dans la racine 03C24 mais possible dans la racine 03K04	possible en V2018
transfert de DASF074 de 05K24 à 05K22	analyse de l'activité 2016 en faveur du transfert	possible en V2018
curiothérapie prostate en ambulatoire capté par 17K07 au lieu 17K05	changer la hiérarchie des racines en K de la CMD17	à déterminer
demande valorisation matériel associé à EJSF032 et EJSF008 via tarifs des racines 05C17 et 05K26	actes dans le périmètre du travail sur la qualification de l'interventionnel	attente résultats des travaux interventionnel
Ajouter DDAF001 et DDAF010 à la liste des actes associés à la mesure FFR DDQF202 pour bénéficier du GHS	liste des actes associés déterminée par la CCAM à partir de ses travaux et des expertises HAS	non prévue
valorisation acte YYYY082 (Tentative d'angioplastie)	acte du chapitre 19 dont tous les actes sont non classant. Il est impossible de faire une exception	non prévue

Retour
d'Expérience
FHP-MCO

Retour
d'Expérience
FHP-MCO

Classification V2018

○ Demande des FD: Expertise en cours :

Demandes	Actions à mener
inscription de l'acte HAFA026 sur liste SC et SRC	Dossier à traiter avec la DGOS
DP d'etiologie vs DP de symptôme pour les contrôles pour PIE réa	l'ATIH a besoin de cas concret pour analyser la demande
redondance acte diagnostic empêche le codage de CMA	en cours d'analyse
incohérence consignes guide sur codage acte transfusion et CMA CMD 15	en cours d'analyse
financement des conditions d'isolement des malades BHRé/BMR/XDR	en cours d'analyse : 2 questions à traiter identification des cas et modalités de financement
demande valorisation matériel associé à JGNE171	en cours d'analyse

Retour
d'Expérience
FHP-MCO

Retour
d'Expérience
FHP-MCO

Recueil : Les évolutions possibles

Evolution du recueil:

Information sur les évolutions GenRSA et AGRAF

- La nécessité de moderniser les logiciels de remontée des données PMSI s'impose à l'ATIH.
- Nouvel outil : DRUIDES : Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des Données des Etablissements de Santé
- Il s'agit d'une refonte complète des outils de remontées PMSI qui concernera tous les champs.
- La mise en œuvre sera progressive. L'intégration va se faire au rythme du déploiement des éditeurs. Une période de transition est prévue avec la fourniture d'une interface minimale.
- Calendrier MCO : campagne 2019

DRUIDES

○ Principales fonctionnalités

○ Intégration au SI des ES

- Druides sera un module totalement intégrable et pilotable par le SIH de l'établissement.
- DIM n'aura plus qu'à lancer la transmission des données du mois directement à partir d'un menu dans son application PMSI
- Les traitements seront réalisés automatiquement sur ePMSI
- DRUIDES pourra récupérer les résultats sur la plateforme (tableaux OVALIDE et VisualValosej)

○ Calendrier

- MCO : Campagne 2019
- SSR – HAD : Campagne 2020
- PSY : Campagne 2021

Evolution du recueil

⊙ **Nomenclature :**

- Evolution de la CCAM descriptive à usage PMSI:
 - demande HAS – CEPS de préciser la voie d’abord pour les interventions de pose de prothèse de hanche pour permettre le suivi post-inscription des poses de prothèses articulaires
 - ✓ pas mise en place en 2018.
 - ✓ l’ATIH souhaite pouvoir tester les solutions demandées et l’agence n’a pas eu la possibilité de tester cette solution
 - Notice Technique n° CIM-MF_790_1_2018 :
 - ✓ Pas d’introduction ou de radiation de codes dans la publication 2018
 - ✓ Rappel: depuis 2017, l’extension PMSI est obligatoire pour les codes subdivisés ou créés avec groupage en erreur si information manquante

Evolution du recueil

- **Nomenclature :**
 - Evolution de code CIM-10 OMS et nationales :
 - Notice Technique n° CIM-MF_790_1_2018 :
 - Catégorie K52.3, colite précisée comme non infectieuse dans le libellé ce qui l'exclut du code A09.9



Mises à jour nationales

○ Modifications de forme

- E66.2 Obésité (extrême) avec hypoventilation alvéolaire
- M34 ~~Sclérose~~ Sclérodémie systémique

Comprend : sclérodémie
sclérose systémique

○ En attente de validation

- ~~O04.-0~~ Interruption thérapeutique de grossesse [ITG]
- ~~O04.-1~~ Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG]
- ~~O04.-9~~ Interruption médicale de grossesse SAI
- ~~P95.+0~~ Mort fœtale in utero, hors interruption de la grossesse pour motif médical
- ~~P95.+1~~ Mort-fœtale à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical
- ~~P95.+2~~ Mort fœtale per partum
- ~~P95.+9~~ Mort fœtale hors interruption médicale de grossesse sans précision sur le moment du décès



Pas pour la version 2018

Evolution du recueil

- ⊙ **Nomenclature :**
 - Evolution de code CIM-10 OMS :
 - Évolution mineures: 42 modifications de libellé ou notes
 - Notice Technique n° CIM-MF_790_1_2018

- ⊙ **Evolution du guide méthodologique :**
 - Possible Échanges ATIH – FD avant publication de la version provisoire
 - Évolutions 2018 en lien avec la campagne et le partenariat SoFIMe/ATIH:
 - Consigne de codage: soins de stomie: mise en œuvre annoncée pour 2018
 - Travaux 2018 pour mise en œuvre 2019: définition diagnostics Insuffisance cardiaque, Thrombopénie

Partenariat SoFIMe-ATIH

- Le partenariat SoFIMe-ATIH se met en place pour gérer des sujets « information médicale » qui posent problème sur le terrain.
- Plusieurs thématiques recensées: concernant la définition de diagnostics, les consignes de codage ou des sujets nomenclatures (CIM 10 et CIM 11). La définition de l'Insuffisance cardiaque et de la thrombopénie sera étudiée pour 2018.
- Les travaux seront présentés au Comité Technique MCO.
- L'ATIH souhaite élargir le partenariat à la FSM (Fédération des Spécialités Médicales), car nécessaire besoin de compétences cliniques quand il s'agit de la définition des diagnostics.

Groupe de Travail ATIH :

- Sollicitation Fédérations pour « désigner » des DIM « experts » pour participation à des groupes de travail ATIH.
- Tester la faisabilité avant de généraliser des nouveautés en matière d'information médicale (recueil, nomenclature, nouvelles variables, etc).

Listes en sus : Les évolutions possibles

○ Les Dispositifs Médicaux:

- Annonce de la DGOS lors du GO DM: La campagne tarifaire 2018 ne comportera pas de réintégration de DM dans les GHS
- Création d'un titre V sur la LPP en 2015:
 - Avant 2015 : LPPR réservée aux DM utilisés en ville et aux DM implantés ou présent dans le corps plus de 30 jours.
 - Mais absence de valorisation pour une certaine **catégorie de DM non implantables à usage individuel, issus d'innovations technologiques, qui permettent la réalisation d'un acte médical à l'hôpital**
 - Objectif du titre V : pouvoir prendre en charge certains dispositifs invasifs, utilisés dans le cadre d'une intervention réalisée par un médecin et ne répondant pas aux critères du titre III avec 2 critères d'éligibilité au titre V : caractère invasif et critère de pose (ne peuvent être utilisés que par un médecin).
 - Constat lors du dernier GO DM : **les DM actuellement évalués par la CNEDIMTS relevant du titre V ne sont pas tous des innovations de rupture, ils sont en faible nombre** (30 demandes depuis 2016), alors même que le titre V avait été créé pour pouvoir admettre au remboursement avec de tarifs en rapport, les « vraies innovations » potentiellement très nombreuses.

- La liste « intra GHS » :
 - Art.37 de la loi n° 2011-2012 du 29/12/2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.
 - Ce dispositif conditionne l'achat, la fourniture, l'utilisation de certains DM par les ES, et leur prise en charge dans les GHS, à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS ».
 - Cette liste est définie par arrêté, après évaluation des DM concernés par la CNEDIMTS
 - A ce jour, 3 catégories de DM ont été évaluées et inscrites :
 - ✓ *Les défibrillateurs cardiaques implantables avec sonde endocavitaire,*
 - ✓ *Les défibrillateurs cardiaques implantables sans sonde endocavitaire,*
 - ✓ *Les stents intracrâniens utilisés dans l'angioplastie des lésions athéromateuses.*
 - Une 4ème catégorie de DM, les valves cardiaques chirurgicales biologiques avec et sans suture est en cours d'évaluation et d'inscription.
 - Par ailleurs, les travaux concernant le choix des nouvelles catégories homogènes de DM en vue d'une inscription sur la liste « intra-GHS » ont débuté.

- Mise en œuvre du règlement européen concernant les DM :
 - Mise en place de l'identification unique des dispositifs : l'UDI concerne l'ensemble des dispositifs médicaux, sauf les dispositifs sur mesure. Les codes UDI devront apparaître sur l'étiquette et sur tous les niveaux d'emballage des dispositifs médicaux. La DGS indique que des travaux sont en cours sur le code UDI au sein d'un groupe de travail européen auquel est associé notamment l'ANSM.
 - Le calendrier concernant l'obligation d'inscrire l'UDI sur l'étiquetage du DM et de tous ses emballages externes dépend de la classe de DM: il s'étend de 2021 à 2025 selon la classe de DM.
 - Une information des professionnels de santé sur les modalités de mise en œuvre du règlement est prévue début 2018.

○ Gestion de la liste en sus « Médicament » par indication thérapeutique:

- Avant la LFSS 2014, un médicament était inscrit ou non sur la liste en sus pour l'ensemble de ces indications.
- article 51 de la LFSS 2014 => la liste en sus précise systématiquement les indications prise en charge

⇒ Chaque indication peut-être individuellement inscrite sur la liste ou être financée dans le GHS, indépendamment du traitement des autres indications du même médicament.

⇒ il faut distinguer :

- Les Radiations d'indications thérapeutiques de spécialités (dites « radiations partielles »)
- Et les Radiations complètes (toutes les indications d'une seule spécialité)

⇒ La facturation à l'AM ne peut se faire que dans les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation.

○ Gestion de la liste en sus « Médicament » par indication thérapeutique:

- Les modalités d'inscription sur la liste en sus en fonction des niveaux SMR et ASMR sont :
 - Un Service Médical Rendu Majeur ou Important => inscription sur la liste en sus
 - Un SMR Modéré, Faible ou Insuffisant ne donne pas lieu à inscription.
 - Et pour l'ASMR :

Niveau d'ASMR	Analyse du comparateur		
	Le comparateur est financé en sus	Le comparateur est financé via le GHS	Absence de comparateur
ASMR I, II, III	Inscription		
ASMR IV	Inscription	Non inscription	Inscription si ISP*
ASMR V	Inscription	Non inscription	Non inscription

*Intérêt de Santé Publique

- Les Molécules Onéreuses: radiations partielles / radiations complètes
 - En juin, présentation des travaux en cours pour une possible radiation en 2017 :
 - YERVOY® (ipilimumab)
 - ✓ *Indication proposée à la radiation : YERVOY® est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de mélanome avancé (non résecable ou métastatique).*
 - ✓ *La DGOS propose donc la radiation complète d'YERVOY® de la liste en sus, avec une date de radiation au 1er novembre 2017.*
 - Levact® (bendamustine) et génériques
 - ✓ *2 Indications proposées à la radiation*
 - ✓ *Proposition de la DGOS : radiation de la Liste En Sus de ces 2 indications au 1er novembre.*
 - ✓ *Il s'agit d'une radiation partielle, car il existe une autre indication pour laquelle LEVACT n'est pas proposé à la radiation*
- ⇒ Les arrêtés de radiation sont parus en nov.: radiation à compter du 1er mars 2018 dans les indications proposées
- ⇒ **Prochaine Réunion du GOM : Janvier 2018**

Mise en œuvre technique des inscriptions et radiation par indication de la liste en sus

- Les fédérations hospitalières, la SOFIME, la conférence des pharmaciens de CHU ... ont fait part maintes fois des difficultés techniques que posent les radiations partielles.
- Nov 2016: Mise en place d'un Comité Facturation Médicament de la liste en sus
 - Hypothèses envisagées :
 - Codage détaillé des indications dans le PMSI
 - Évolution de la fonction de groupage
 - Codes UCD
 - Algorithme décisionnel AVASTIN
 - **Logiciels d'aide à la prescription => FICHCOMP / S3404**
 - ✓ Caractérisation des indications thérapeutiques (Liste en sus/GHS)
 - ✓ Intégration de cette information dans les flux de prescription
 - ✓ Prise en compte de cette information dans la filière : facturation (AM) / valorisation (ATIH)

- ⇒ L'utilisation des LAP dans la mise en œuvre des radiations partielles nécessite l'existence d'un référentiel partagé regroupant les caractéristiques par indication
- ⇒ La DSS a élaboré un référentiel à intégrer dans les LAP et LAD utilisés dans les établissements.
- Caractéristiques du Référentiel « LES »:
 - Dans un 1^{er} temps, le référentiel ne concerne que les médicaments de la liste en sus
 - introduit un code propre à chaque indication de chaque médicament.
 - pour chaque molécule : code UCD « classique » + « de 1 à n » codes « indication » en fonction « des 1 à n » indication(s) inscrite(s) sur la liste en sus.
 - Le codage comportera un champ « libre » pour introduire la possibilité de signaler une utilisation en dehors d'une indication de la LES.
 - récapitule l'ensemble des indications inscrites aux « collectivités » (c'est-à-dire pouvant être dispensées dans un cadre hospitalier) pour les produits dont au moins l'une des indications est inscrite en sus.
 - Issu d'une collaboration entre le Ministère, les OMEDiT, l'ATIH et la HAS
 - Le référentiel est désormais [disponible sur le site du ministère](#).

- Afin de s'assurer que le médicament administré au cours d'un séjour l'a bien été pour l'une des indications retenues, le ministère souhaite mettre en place un dispositif permettant de préciser cette indication, par un codage complémentaire: **Le « code indication »**
- Conséquence sur le recueil pour les ES:
 - Le « code indication » fera l'objet d'un enregistrement dans FICHCOMP dans le secteur ex DGF,
 - Production d'un FICHCOMP pour toute administration d'un médicament de la liste en sus dans les établissements « ex OQN ».
 - La mise en œuvre effective du dispositif se fera au 1er mars 2018, mais il n'y aura pas d'incidence sur la facturation
 - ⇒ **La FHP-MCO a rappelé son opposition à la production d'un fichier FICHCOMP**
 - ⇒ **Demande de renseigner le code indication via les RSF**

PLFSS 2018 & Campagne Tarifaire 2018

PLFSS et Campagne 2017

PLFSS 2018 : cinq revendications syndicales aboutissent

Cinq de ces mesures figurent dans le projet de loi de financement 2018 qui promet un dénouement plus heureux.

Jugez-en. **Le mécanisme d'abattement tarifaire de 40 euros** sur les GHS de chimiothérapie en cas de prescription sur la liste en sus, dont l'inefficacité sur les prescriptions médicales a été démontrée, est supprimé. **Le dispositif de dégressivité tarifaire**, qui touchait des GHS fréquents dans nos établissements MCO, est retiré. **L'intégration des frais de transports inter-établissements** dans les tarifs, à laquelle nous nous sommes fermement opposés, est reportée. Le lancement d'une **expérimentation de financement au parcours de soins**, notamment pour les patients pris en charge en ambulatoire, que nous avons fortement réclamée, est intégré. Enfin, nous avons émis de nombreuses propositions de ventilation du **plan d'économies** prévu en chirurgie afin d'éviter les injonctions contradictoires et garantir toutes les chances de développement de la chirurgie ambulatoire : une position actée puisque l'ambulatoire ne figure plus nommément dans le plan d'économies 2018.

ARTICLE PAR ARTICLE

Article 8 : Renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE

- Le texte confirme le périmètre défini dans le PLF
→ entreprises + économie sociale et solidaire
- Les établissements publics ne bénéficieront pas des baisses de cotisations
→ L'article ne cite que les « entreprises » et l'économie « sociale et solidaire »
- La suppression du CITS est rappelée mais aucune mention de l'abattement renforcé
→ traitement inéquitable entre les secteurs privés lucratif et non lucratif

Article 35 : Cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé

Cet article permet des expériences avec :

- ✓ Coordination entre acteurs
- ✓ Création de séquences de soins
- ✓ Nouvelles équipes pluriprofessionnelles de proximité

- ✓ Objectifs desservis : prévention et meilleure qualité de prise en charge
- ✓ Rationalisation des remboursements de médicaments, produits et prestations

- ✓ Objectifs desservis : économies et pertinence

Les expérimentations (limitées à 5 ans) sont conçues par un comité stratégique, déterminées par un comité technique et financées par un fonds pour l'innovation du système de santé.

Article 36 : Prise en charge de la télémédecine

Il s'agit d'une mesure transitoire visant à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes.

Ce dispositif instaure entre autre l'inscription dans la nomenclature de certains actes comme la télé expertise.

Pour la télésurveillance, un dispositif expérimental renouvelé est prévu.

Article 37 : Dynamisation de l'accès à la nomenclature

La mesure proposée modifie cette procédure sous deux aspects:

- A défaut d'examen dans un délai de 11 mois, l'inscription à la nomenclature peut être réalisée unilatéralement par l'UNCAM. (Une procédure similaire existe déjà pour des catégories particulières d'actes innovants, dans un délai d'examen raccourci de 5 mois.) Le réexamen de la hiérarchisation de ces actes restera possible si les commissions souhaitent ultérieurement s'en saisir.
- D'autre part, la mesure adapte les procédures d'inscription au remboursement et de tarification aux actes réalisés en équipe par des professionnels libéraux. Les actes médicaux déjà inscrits au remboursement, s'ils sont réalisés en équipe entre professionnels libéraux, notamment dans le cadre de protocoles de coopération, pourront ainsi être inscrits dans une liste spécifique, sans qu'il soit nécessaire de revoir leur hiérarchisation.
- Enfin, la mesure proposée permet de définir des thèmes prioritaires pour la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels libéraux, dont la validation et le financement seront accélérés. En Effet, Le collège des financeurs détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement jusqu'à l'inscription des actes et prestations sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 38 : Adapter les conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus

Cet article instaure l'abrogation du forfait 40€ sur la liste en sus et instaure la création d'un tarif unique de remboursement pour les médicaments à efficacité équivalente.

Article 39 : Pertinence de la prescription hospitaire (caques) augmentation de sa portée et intéressement des établissements aux économies

La présente mesure vise à étendre la portée de l'intéressement (avant seulement limité à la pertinence et au transport) en permettant d'octroyer un intéressement sur l'ensemble du CAQES aux établissements de santé, dès lors qu'ils répondent aux objectifs contractuels de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins.

Par ailleurs, à propos du CAQES :

« La ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé aux sénateurs que les sanctions attachées aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) ne seront pas appliquées en 2018 et 2019.

La ministre s'exprimait dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018 au Sénat en première lecture, qui devait s'achever vendredi en fin de journée, avant le vote solennel prévu mardi 21 Novembre 2017 »

Article 40: Améliorer la pertinence de l'utilisation des produits de santé

Avant tout impactant l'industrie pharmaceutique et l'activité des visiteurs médicaux, l'article étend le principe de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux fonctions relatives aux dispositifs médicaux : cette certification permettra notamment de mettre à disposition de façon plus évidente les informations présentes au sein de la liste des produits et prestations (LPP).

La mesure rend également possible de demander au prescripteur de mieux informer le contrôle médical du contexte le conduisant à recourir à un produit de santé particulier. L'ensemble de ces dispositions doit permettre une régulation des dépenses de santé dans ce domaine

Article 43 Etendre la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs

La présente mesure vise à étendre la MSO/MSAP aux prescriptions effectuées directement par les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers. Elle a également pour objet de réviser certains critères de ciblage pour favoriser un accompagnement plus adapté des professionnels.

Article 45 : déploiement de la facturation individuelle pour tous les établissements à horizon 2022

Il est proposé de déployer cette mesure en 4 ans pour une généralisation au 1er mars 2022.

Cet article vise en priorité le public. Le but de la généralisation de la facturation directe des établissements de santé est de mieux maîtriser les dépenses de santé.

Article 46 : abrogation de la dégressivité tarifaire

La dégressivité tarifaire est abrogée.

Article 47 : report de la mesure transport inter établissement au 1er octobre 2018

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ne sera appliqué qu'au 1^{er} octobre 2018.

Article 48 : prolongement période transitoire réforme SSR de deux ans.

Prolongement de la période transitoire de deux ans

Article 49 Évolution des compétences financières des ARS

Cet article rappelle le rôle des dispositifs d'appui à la coordination territoriale. Ces dispositifs servent normalement à faciliter le parcours de santé des personnes (au sens de l'organisation mondiale de la santé, intégrant l'appui à l'autonomie) au sein de leur territoire de vie, notamment pour celles présentant des situations complexes. L'objet de la mesure est donc de favoriser une convergence des dispositifs existants par une possibilité de fongibilité des financements.

Il est ensuite exposé un dispositif visant à assouplir les règles de gestion du fonds d'intervention régional (FIR) : au niveau national, en simplifiant un arrêté en cohérence avec le vote des sous objectifs de l'ONDAM et, au niveau régional, par la possibilité d'abonder le budget annexe des agences régionales de santé (ARS) d'autres sources de financement que les crédits FIR.

**Campagne Tarifaire 2018:
Intégration des transports dans les tarifs
au 1er octobre 2018**

Réunion du 20 Septembre 2017

Participants : DGOS, DSS, ATIH, CNAMTS, UNICANCER, FEHAP, FHF, FHP / FHP-MCO

Pilotage réunion DGOS et DSS avec une dominante DSS.

Propos introductif : **Le gouvernement a arbitré en faveur du maintien du dispositif sans report au 1^{er} mars 2019.**

Motivation de cette décision : Selon DSS, les textes sont flous et donnent lieu à des interprétations et à des conflits. De plus, il y a une problématique d'articulation du budget hospitalier et des dépenses Assurance Maladie. Désapprobation des fédérations sur le caractère conflictuel qui existait surtout sur les SMUR.

Objectif : Intégrer les transports inter-établissements dans l'enveloppe ONDAM hospitalier via les tarifs ou dotation (fonction du financement actuel des secteurs) par transferts de l'enveloppe de ville (125 millions)

Toutes les fédérations étaient unies pour demander des précisions sur les modalités de valorisation de cette enveloppe établissement par établissement : demande d'un fichier Excel / Acceptation de la DSS de transmission de données.

Un débat a également eu lieu sur les modalités d'allocation de ressources. Après débats, **la DGOS annonce qu'il n'y aura pas de répartition homothétique sur les tarifs**. L'individualisation est à étudier. Cependant, ce point doit être réabordé. En effet, l'individualisation peut recouvrir deux notions : par exemple par GHS pour le MCO ou par établissement ? Ce point est à approfondir.

Périmètre :

- Transport intra-hospitaliers et inter-établissements provisoires (moins de 2 jours) et définitifs (plus de 2 jours) (tout type d'établissements de santé)
- Exclusion : missions financées par MIGAC (SMUR) + dépenses de transports entre deux établissements pour patients ayant bénéficiés d'actes et consultations externes.

Principe :

- **Prescripteur = Payeur.**
- **Transferts définitifs** (plus de 2 jours) **et provisoires** (moins de jours hors Séances et PIA) : paiement par l'établissement d'origine.
- Transferts provisoires pour séance ou PIA : Selon la DSS, c'est généralement l'établissement B en charge de la séance qui prescrit donc c'est lui paye.

Spécificité : **Pour les établissements de santé publics, passation de marchés via l'UGAP** : Interlocuteur unique pour le transporteur, solution « Chorus Portail Pro pour paiement des factures, Plate-forme de commande. Groupe de travail à venir.

Cette spécificité conduira à modifier le PLFSS pour une application entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2018. La date d'intégration sera connue avant le 1^{er} mars 2018. Une intégration partielle sera ainsi possible dans les prestations tarifaires qui seront retenus. Pour le MCO : si GHS, intégration au 1^{er} mars 2018 au prorata en fonction de la date d'application retenue. Finalisation de l'intégration au 1^{er} mars 2019.

Lien avec CAQES : pas de lien à partir du moment où l'enveloppe bascule sur l'ONDAM Hospitalier.

Contrepartie : A la question posée sur la contrepartie consistant à gérer soi-même les transports, la DSS répond que rien ne s'y oppose. Cette situation existe déjà au sein des hôpitaux Publics. Ce point de réglementation demeure malgré tout à vérifier.

Pour mémoire, conclusions du Séminaire FHP-MCO

1° Demande de **garanties sur la fiabilisation des données** relatives aux dépenses de transports inter-établissements.

Etat après cette réunion : Transmission des données promises par la DSS.

2° **Pas de répartition homothétique** sur les tarifs mais un ciblage par établissement des moyens nécessaires estimés sur la base de l'historique sous forme de « FAU » ou d'un coefficient « transport »

Etat après cette réunion : Pas de répartition homothétique. La notion d'individualisation est à affiner.

3° Cela **ne doit pas concerner les transports SMUR** qui ont fait l'objet d'un traitement spécifique au 1^{er} mars 2017 avec un abondement de la MIG SMUR.

Etat après cette réunion : Transports SMUR exclus.

4° Prévoir une **contrepartie** consistant à laisser la possibilité aux établissements de santé **d'organiser eux-mêmes les transports** inter-établissements.

Etat après cette réunion : Possibilité a priori acquise mais un contrôle des textes est nécessaire.

5° La **prestation de transports inter-établissement n'est envisageable dans sa gestion que pour les seuls patients en cours d'hospitalisation** au sein des établissements MCO

Etat après cette réunion : Il demeure un point de vigilance notamment dans la rédaction du projet de décret qui nous sera soumis. A priori exclu.

Les 15 Propositions de la FHP-MCO pour la Campagne Tarifaire 2018

Synthèse des 15 propositions FHP-MCO.

I. Des Hypothèses de construction à confirmer.

a) Fixer une cible du volume prévisionnel 2017 pertinente

Proposition n°1 :

Nous proposons de retenir le chiffre de 1,5% comme volume prévisionnel 2018.

b) Pérenniser les actions tarifaires sur l'Obstétrique

Proposition n°2 :

Nous proposons de poursuivre les actions tarifaires en faveur de l'Obstétrique. Le montant de cette opération est de l'ordre de 14 millions d'euros pour une revalorisation de 5% des tarifs des 6 GHS ciblés.

C) Adopter un Plan d'Economies cohérent

Proposition n°3 :

La répartition des économies ne doit plus être effectuée au détriment ni du développement de la chirurgie ambulatoire, ni du secteur Ex-OQN dont l'efficience n'est plus à démontrer.

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

d) Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement :

➤ l'exemple des MERRI « Recherche Clinique ».

Proposition n°4 :

Nous demandons que toute évolution de ce modèle de financement MERRI « Recherche Clinique », comme d'autres en la matière, fasse l'objet de véritables débats en toute transparence, dans le respect de l'ensemble des acteurs parties prenantes et, en veillant à une équité de traitement desdits acteurs.

En l'espèce, la mécanique actuelle du modèle de 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 notamment pour traiter des questions des conditions de financement (accroissement du nombre d'acteurs entrants) et organisationnelles (conséquence de la mise en place des GHT).

Nous sommes notamment favorables à toutes discussions et échanges pour engager des :

- **Réflexions sur l'indicateur relatif à l'enseignement**
- **Réflexions sur l'indicateur relatif à l'effort d'évaluation des technologies innovantes et des autres équipements par les établissements.**

e) Revenir sur la mise en place des nouvelles prestations de financement : AP2 et FPI

Proposition n°5 :

- **Actualiser et définir le contenu de la nouvelle version attendue de la circulaire frontière.**
- **Adapter le système de tarification notamment sur la prestation « AP2 » : gérer différemment le Venofer et Ferinject.**
- **Procéder à une revalorisation du forfait SE 5 dont la valorisation est aujourd’hui insuffisante notamment dans le cadre des maladies neurologiques.**

II. Des mesures à mettre en œuvre pour adapter le financement aux évolutions nécessaires

f) Donner une place plus conséquente au financement IFAQ

Proposition n°6 :

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.

g) Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2017

Proposition n°7 :

Procéder aux corrections de classification GHM / problèmes de tarification présentés dans le cadre des retours d'expériences.

h) Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs

Proposition n°8 :

Afin de prendre en compte le juste coût, la majoration du GHS Majoré 7994 (Soins Palliatifs en Unité de Soins Palliatifs) doit être porté au moins à 70%.

i) Supprimer les bornes basses pour les GHM en K.

Proposition n°9 :

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

j) RIHN : Définir des règles de financement claires et équitables.

Proposition n°10 :

Nous souhaitons attirer votre attention sur l'importance d'édicter des règles claires des prestations inter-établissements et, en particulier, de celles relatives à la facturation entre établissements de santé.

Il demeure essentiel d'avoir une approche systémique du dossier, à savoir en abordant la question du niveau du financement des actes RIHN et de la gestion de la liste complémentaire.

k) Financement des transports : pas d'inclusion, à défaut financement individualisé.

Proposition n°11 :

Nous demandons l'abrogation du dispositif.

A défaut, un report au 1^{er} Mars 2019 est nécessaire afin de répondre à nos cinq demandes majeures :

1° Demande de garanties sur la fiabilisation des données relatives aux dépenses de transports inter-établissements.

2° Pas de répartition homothétique sur les tarifs mais un ciblage par établissement des moyens nécessaires estimés sur la base de l'historique sous forme de « FAU » ou d'un coefficient « transport »

3° Cela ne doit pas concerner les transports SMUR qui ont fait l'objet d'un traitement spécifique au 1^{er} mars 2017 avec un abondement de la MIG SMUR.

4° Prévoir une contrepartie consistant à laisser la possibilité aux établissements de santé d'organiser eux-mêmes les transports inter-établissements.

5° La prestation de transports inter-établissement n'est envisageable dans sa gestion que pour les seuls patients en cours d'hospitalisation au sein des établissements MCO.

II. Des mesures structurelles à développer

l) Envisager une approche pluriannuelle des éléments tarifaires correspondants

Proposition n°12 :

Prévoir une planification pluriannuelle des modalités de financement des établissements de santé et notamment des modalités de fixation des éléments tarifaires.

Une telle démarche serait cohérente avec les engagements que la France prend dans le cadre du Pacte de Stabilité avec les institutions européennes.

m) Expérimenter une tarification au Parcours de soins en particulier pour les patients en chirurgie ambulatoire

Proposition n°13 :

Mettre en œuvre, dans un premier temps, le lancement d'un dispositif expérimental de financement au parcours de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

n) Prendre le temps de la réflexion pour une réforme du financement des soins critiques

Proposition n°14 :

Nous partageons les objectifs des travaux envisagés par la DGOS sur l'évolution du financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) par la DGOS dans les conditions suivantes :

- Prendre le temps de la réflexion pendant deux années.
- Application du nouveau schéma de financement au 1^{er} mars 2020.

O) Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing

Proposition n°15 :

Prévoir une modification législative et réglementaire afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental autorisation la mise en œuvre de reprocessing.

RIHN : point de situation

Rappel du contexte

- Facturation émise par des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) ou par des plateformes de biologie moléculaire intégrées à certains Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) à l'encontre d'établissements de santé privés qui leur adressent leurs **examens de biologie moléculaire et d'anatomocytopathologie hors nomenclature**.
- Nous avons demandé une analyse complète à Maître Anne Sophie MOULIN face à la situation de facturation et tendue sur l'accès aux examens dans certaines régions.

« Compte-tenu de la dimension économique et politique de ce dossier, les chances de réussite de ces éventuelles actions en annulation des titres exécutoires ou des factures demeurent incertaines.

En l'absence de dispositions réglementaires claires et précises concernant la facturation des actes de la liste LC, les tribunaux auront donc un large pouvoir d'appréciation et devront arbitrer entre la volonté de favoriser l'établissement adresseur ou l'établissement exécutant.

A titre alternatif, il serait souhaitable d'inviter les cliniques à déposer une demande de MERRI G03 pour la prise en charge des actes de la LC en argent du fait que cette activité ne peut rester à leur charge et que l'absence de financement va mettre un frein aux prescriptions médicalement nécessaires ce qui constitue une perte de chance pour les patients »

Le ministère nous a adressés un projet d'instruction relatif au dispositif de financement avant la réunion du 27 novembre 2017.

Premièrement, cette proposition qui nous est soumise ne permet pas d'avoir une vision systémique du dispositif. Nous le regrettons. En effet, elle ne traite pas de la question du financement et du niveau de prise en charge des actes réalisés. En effet, la première circulaire budgétaire de 2017 précise que *« 75% des dotations déléguées en 2016 au titre des MERRI relatives aux actes hors nomenclatures et aux laboratoires de génétiques sont reconduits à destination des établissements de santé. Le quart restant de l'enveloppe, soit 95 M€, est délégué en fonction des déclarations faites par les établissements de santé dans FICHSUP-PMSI, pour les actes inscrits au RIHN, d'une part, et ceux inscrits dans la Liste complémentaire des actes hors nomenclatures, d'autre part. Les premiers sont rémunérés à hauteur de 100% de leur valeur. Les seconds sont rémunérés en fonction de l'enveloppe restante, ce qui conduit à les financer à **30% de leur valeur.** »*

Le dispositif actuel et proposé ici pose donc deux problématiques majeures :

- La question de la juste couverture des frais engagés par les établissements de santé. Nous rappelons que ce sujet pourrait être moins prononcé si de nombreux actes de la liste complémentaire étaient « basculés », comme il se doit, vers le dispositif conventionnel.
- La question des avances de trésorerie majeures. En effet, il va exister un décalage temporel important entre le moment où l'établissement prescripteur reçoit une facture de l'établissement effecteur. Sur ce sujet, un mécanisme proche de celui mis en place pour les médicaments ATU/Post ATU pourrait être envisagé.

Deuxièmement, son contenu rédactionnel demeure insuffisant pour garantir des règles claires et transparentes pour tous les acteurs, même si des avancées sont constatées. Nous prenons acte des évolutions proposées qui devraient permettre une amélioration partielle de la situation actuelle. Au-delà des remarques qui figurent dans le fichier joint, nous souhaitons attirer votre attention sur deux points.

- Le traitement de la situation passée. En effet, le présent projet est applicable à compter de l'exercice 2018. Or, de nombreux établissements prescripteurs ont reçu des factures relatives aux actes effectués par les effecteurs. Et, dans le dispositif actuellement en vigueur, ces prescripteurs n'ont pas systématiquement perçu de MERRI en 2017.

- Certaines modalités rédactionnelles ne peuvent être maintenues en l'état. Par exemple, le premier paragraphe « Rappels juridiques » précise (lignes 58 à 61) que pour les actes sous traités, les « tarifs sont fixés avec tact et mesure ». Or, le dispositif RIHN et la liste complémentaire bénéficient de tarifs publiés. Une telle rédaction ne répond pas aux attentes qui consistent à apporter des règles de financement et de facturation claires pour tous les acteurs.

Autre exemple, avec la notion de pouvoir : *« l'établissement prescripteur **peut** demander un financement à l'aide du logiciel dédié de remontée de l'activité. L'établissement qui a réalisé tout ou partie d'une ou plusieurs phases de l'acte pour l'établissement prescripteur – dit établissement effecteur – **peut** adresser une facture à l'établissement prescripteur pour couvrir les coûts de réalisation de la ou des phase(s) de l'acte effectuées dans son établissement. »*

Devant les enjeux relatifs au financement de l'innovation, et du dispositif RIHN en particulier, il est important de traiter globalement ce sujet, y compris sur la question du financement, afin de garantir aux établissements de santé, quel que soit leur statut, le juste financement de la prise en charge totale des innovations nécessaires à la prise en charge des patients.

Coefficient Prudentiel 2017

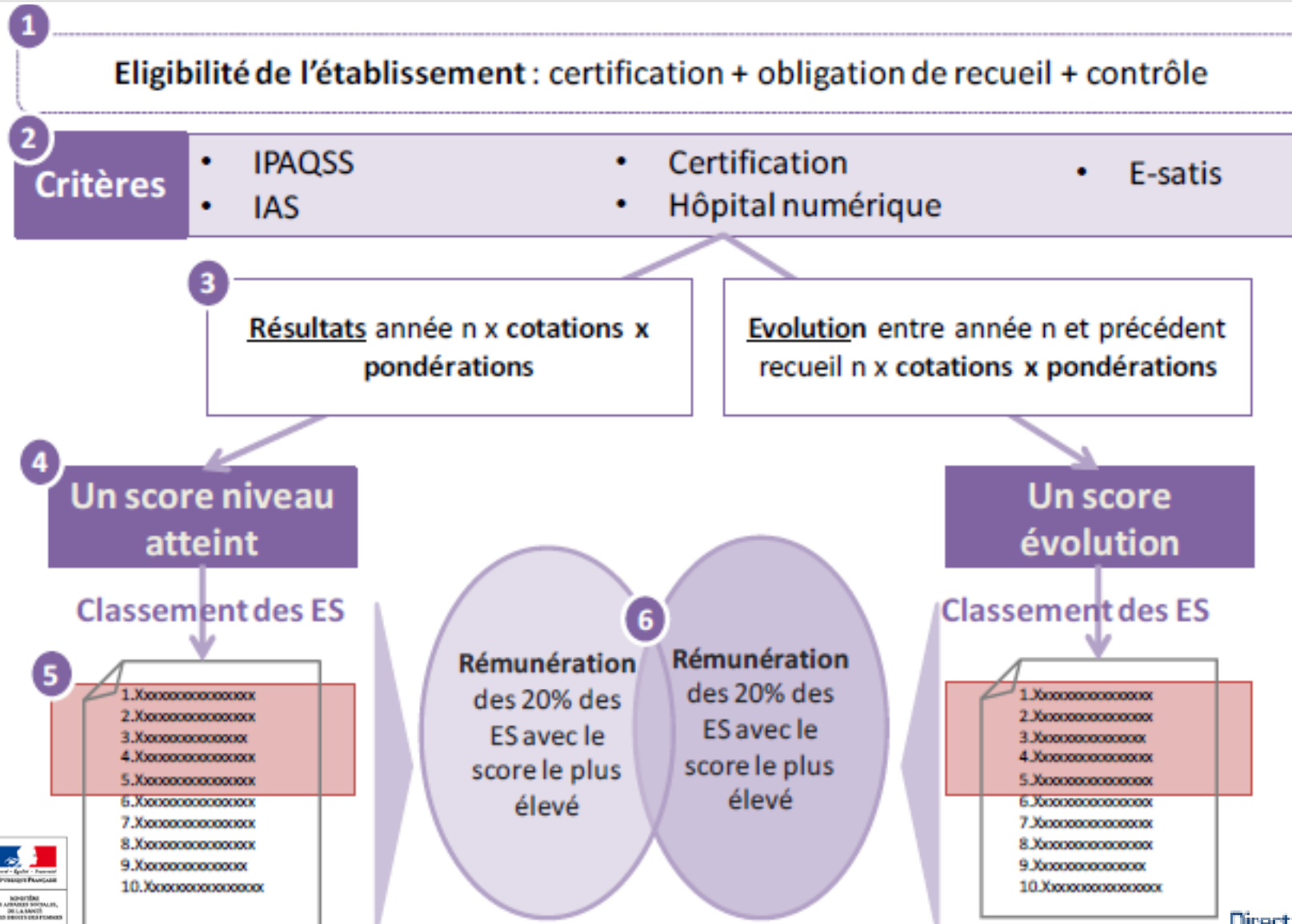
- Les Mises en Réserve prudentielles 2017 sur l'ONDAM ES s'élève à + 412M€ :
 - **280M€ au titre du coefficient prudentiel MCO dont :**
 - 219M€ pour le champ MCO ex-DG et 60M€ pour le champ MCO ex OQN ;
 - 19M€ au titre de la dotation prudentielle OQN, soit un niveau équivalent à -0,7% dont :
 - 14M€ pour l'OQN SSR et 5M€ pour l'OQN PSY ;
 - 93M€ au titre des mises en réserve sur la DAF dont :
 - 58M€ sur la DAF PSY et 34M€ sur la DAF SSR ;
 - 5M€ au titre du coefficient prudentiel DMA SSR.
 - 16M€ au titre des mises en réserve sur le FMESPP.
- Rappel valeur du Coefficient prudentiel MCO:
 - à 0,35 % des tarifs 2013, 2014, 2015
 - puis à 0,50 % en 2016
 - et 0,70 % en 2017.

○ Dégel Coefficient prudentiel ?

- Fait générateur de la décision de dégel : Avis du comité d'alerte sur les prévisions d'exécution de l'ONDAM de l'année N.
 - Si pas de risque de dépassement de l'ONDAM, la question d'un dégel de tout ou partie des crédits mis en réserve via le coefficient prudentiel MCO et la dotation prudentielle OQN est posée et soumise à l'arbitrage politique.
 - Le comité d'alerte a pris position en octobre 2017 ...
 - « Le Comité d'alerte estime [...] **prudent de maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers** (crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel ou crédits non encore délégués) pour faire face à un éventuel dérapage en fin d'année. »
 - 2^{ème} étape : l'Observatoire de l'Hospitalisation Publique et Privée afin de recueillir l'avis des fédérations.
 - Décision politique de dégel
- ⇒ **Annonce par la Ministre à l'Assemblée Nationale d'un dégel de 150 M€ qui concerne l'ensemble de l'enveloppe hospitalière dont 106 M€ pour le MCO**

- Dégel Coefficient prudentiel ?
 - Prochaine étape:
 - Publication arrêté
 - Versement des crédits avant le 31 décembre 2017
 - Rappel du calendrier 2016
 - Décision politique de dégel : 08 décembre 2016
 - Publication de l'arrêté national de versement des crédits gagés par le coefficient prudentiel MCO et par la dotation prudentielle OQN : 13 décembre 2016
 - Versement des crédits par les caisses d'assurance maladie aux établissements de santé : 20 décembre 2016 pour les établissements ex DG/du 15 au 30 décembre 2016 pour les établissements ex OQN et OQN.

IFAQ 2017



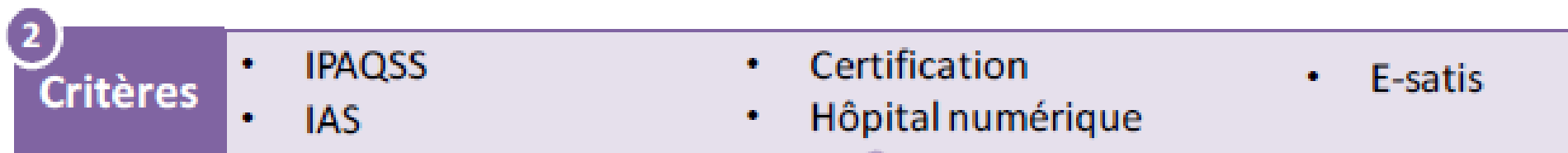
IFAQ 2017:

- Année de recueil des indicateurs de spécialités (PP-HPP, Dialyse, AVC)
- Entrée dans le modèle IFAQ des ES SSR
- Enveloppe de 50M€ (40M€ pour le MCO + 10M€ pour le SSR).
- Les conditions d'éligibilité en 2017 devraient être les mêmes que pour le modèle IFAQ 2016.

IFAQ 2017 – Extension aux ETS SSR

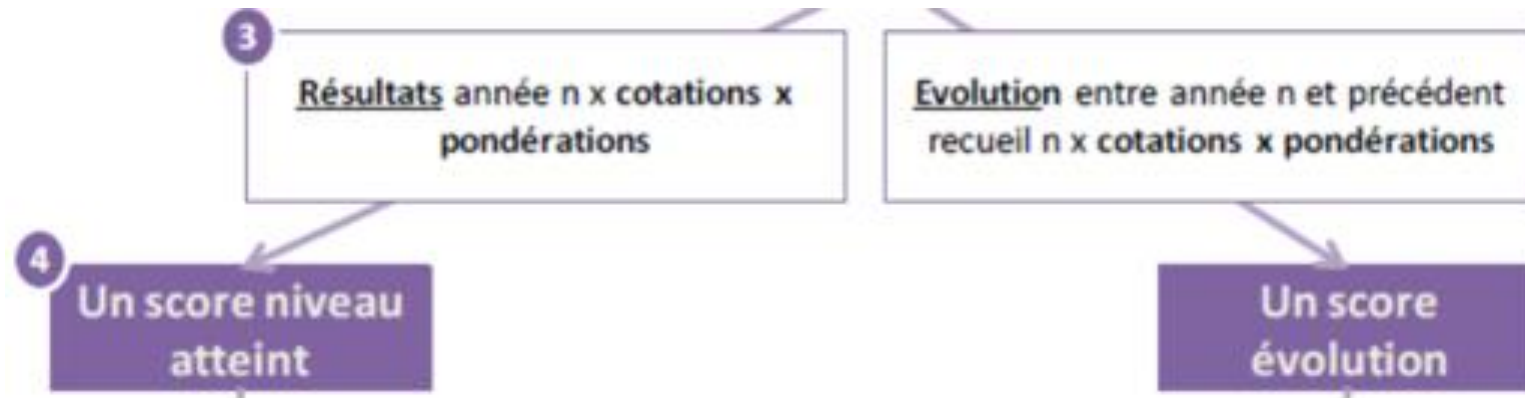
- Pas de création d'un modèle IFAQ SSR à part. Comme pour l'HAD, intégration des établissements SSR dans le modèle IFAQ existant en faisant évoluer les paramètres du modèle.
 - Impact sur la définition des groupes d'établissements : **4 groupes d'établissements sont envisagés**
 - Groupe ES avec Recueil DPA MCO obligatoire
 - Groupe ES avec Recueil DPA SSR obligatoires (et Recueil DPA MCO non obligatoire)
 - Groupe ES avec Recueil DPA HAD obligatoire
 - Groupe ES sans Recueil DPA MCO, DPA SSR, DPA HAD
- ⇒ 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.

IFAQ 2017 – Indicateurs pris en compte



- ◉ choix d'une stabilité du modèle pour 2017 :
 - Indicateurs pris en compte définis dans l'arrêté unique publié le 09/03/2017
[Arrêté du 10 février 2017](#) fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'ES
- ◉ Nous attirons votre attention sur :
 - non-inclusion dans IFAQ de l'indicateur BN-SARM bien qu'il soit soumis à DP (comme en 2016)
 - maintien dans IFAQ de DEC à 8 j, non soumis à DP, alors que DOC est en DP (comme en 2016)
 - maintien dans le modèle IFAQ de DTN 3 (en MCO et en SSR) bien qu'il ne soit pas soumis à DP
 - évolutions liées au recueil des indicateurs obligatoire : suspension du recueil IDM en 2017 et évolution des périmètres des thèmes DIA et AVC.

IFAQ 2017 – Autres paramètres du modèle



- Pondérations et cotations à venir dans l'arrêté IFAQ 2017
 - Prise en compte d'e-Satis +48h MCO dans le score évolution
 - Pondération de chaque critère du thème IAS à 0,5 (à la place des pondérations intra-thèmes)
 - Maintien la pondération des critères de spécialités à 3
 - Maintien des montants plafond (500 K€ / ES) et plancher (15 K€ / ES)

IFAQ 2017 – Autres paramètres du modèle

1

Eligibilité de l'établissement : certification + obligation de recueil + contrôle

- Critère d'Eligibilité 2017 : Focus Hôpital numérique :
 - La saisie de tous les indicateurs des prérequis et des domaines D2 et D3 est obligatoire.
 - ⇒ Application stricte des conditions d'éligibilité : si est une valeur manquante pour un indicateur, le critère est considéré « NR », et l'établissement est exclu d'IFAQ.
 - Etat des lieux si application stricte de la règle d'éligibilité:
 - au 21/11/2017 : : 42,5% des établissements non éligible.
 - au 30/10/2017 après relance des ES : 38,6% d'ES restent non répondants.
 - Peu de progrès entre 2016 et 2017 : Au 15/11/2016, cette règle aurait abouti à exclure 44% des ES
 - ⇒ Quelle souplesse dans l'application des critères d'éligibilité 2017 ?
 - **Alerte FHP-MCO sur le remplissage de la plateforme Osis: les données HN prises en compte dans IFAQ sont extraites de l'oSIS**

**Médecine ambulatoire / Facturation de l'HDJ
/ Révision de la circulaire frontière**

AVANT LA CAMPAGNE TARIFAIRE DE 2017,

LES PRISES EN CHARGE DE 0 JOUR PEUVENT RELEVER SOIT :

- **D'une Hospitalisation de Jour**
- **D'une Prestation alternative à l'hospitalisation : Forfait d'alternative à la dialyse, les passages aux urgences (ATU), les forfaits SE, APE, FFM, FSD.**
- **De l'activité externe : NGAP et CCAM**

LES CONDITIONS DE FACTURATION DE L'HDJ

2 textes posent les bases de la production de GHM/facturation d'un GHS pour les séjours de 0 jour :

- Arrêté « Forfaits », ou appelé arrêté « Prestations »
Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé ayant une activité MCO
- La « circulaire frontière », qui apporte des précisions au cadre juridique défini dans l'arrêté prestations.

INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une UHCD.

- **Les nouvelles prestations introduites en CT 2017:**
 - ✓ **La prestation intermédiaire entre l'HDJ et les ACE pour financer les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles.**
 - ⇒ **Nouvel échelon dans la gradation des prises en charge ambulatoires**
 - ✓ **Les prestations pour Administration des produits de la Réserve Hospitalière**
 - ⇒ **cadre permettant l'administration et la facturation en externe de certains produits de la RH.**

Le cadre réglementaire:

- L'article 79 de [la LFSS 2017](#) crée les prestations
- Le [décret n°2017-247](#) du 27/02/2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des ES précise les modalités de mise en œuvre notamment en:
 - ✓ *Créant la prestation intermédiaire, entre les hospitalisations de jour et l'activité externe des établissements de santé (Art. 1er, point 4° de l'Art. 2, Art. 3)*
 - ✓ *Modifiant les modalités d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière (points 1°, 2° et 3° de l'Art. 2, Art. 11, Art. 12)*
- L'arrêté « Forfaits » ou « Prestations » qui précise les conditions de facturation

⊙ En complément, le ministère souhaite clarifier la circulaire frontière

- fait suite aux recommandations du rapport « VERAN »,
- Objectif : Les modifications envisagées ne visent pas à bouger la frontière mais à la clarifier.
- Echéance: dès la campagne tarifaire 2017

Position FHP-MCO:

⊙ Apporter de la cohérence entre les objectifs annoncés et les textes proposés :

- Soit l'objectif n'est pas de bouger la frontière
 - ⇒ l'ensemble des HDJ jusqu'alors facturées pourront continuer de l'être
- Soit, poser que l'objectif est de limiter la facturation des HDJ.
Mais alors, **Injonction Contradictoire** entre la volonté affichée d'un virage ambulatoire et les textes proposés.

○ Objectif de la DGOS : faire évoluer le corpus juridique décrivant les règles de facturation des séjours de 0 jour :

- En apportant des précisions à la circulaire frontière:
Préciser la notion de plateau technique, la notion de pluridisciplinarité /pluri professionnalité et la délimitation du terrain à risque.
- En apportant des précisions à l'arrêté prestation :
 - ✓ Compléter l'arrêté des éléments de la circulaire frontière (terrain à risque, Sortie contre avis médical...)
 - ✓ Ne plus faire référence à des lits et places. Seuls demeure la notion d'utilisation de moyens en locaux, matériels et personnels et structure d'hospitalisation.
 - ✓ Distinction entre 3 types de prises en charge
- Et en mettant en place un mécanisme de « rescrit » en matière d'HDJ
Ce dispositif consisterait à amener l'AM et l'Etat à se prononcer, à la demande d'un ES, sur l'éligibilité d'une situation précise à l'HDJ.

La « Méthodologie » adoptée par la DGOS:

- Début de la concertation avec les FD fin 2016, dans le même temps que les Travaux liés à la CT 2017
- Parution de nouvelles conditions de facturation de l'HDJ dans l'arrêté prestation de fev 2017:
 - Mais discussions sur la nouvelle instruction frontière toujours en cours.
 - Compte-tenu de l'imbrication entre les 2 textes, les suites de la concertation pourraient donner lieu à une modification de l'arrêté prestations, et donc à un arrêté rectificatif.
- Finalement « retro-pédalage » :
 - Arrêté modificatif du 2 mai 2017 rétablit la rédaction des articles 11 et 11 bis dans leur version antérieure, c'est-à-dire celle de 2016.

Les règles de facturation qui prévalent pour ces PEC sont donc celles en vigueur avant le 1er mars 2017.
 - MAIS ATTENTION cet arrêté modificatif ne remet pas en cause :
 - ✓ l'évolution des règles d'administration et de facturation des produits de la RH
 - ✓ la création de la prestation intermédiaire : le forfait FPI
 - Annonce: les travaux sur la révision de la circulaire frontière se poursuivent et un 3^{ème} arrêté prestation est attendu en même temps que la publication de la nouvelle instruction frontière.

○ Etat des Lieux au 07 /12/ 2017 du Financement des activités « ambulatoires »:

- Création du forfait FPI : prestation intermédiaire entre HDJ et ACE pour financer les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles.
- Possibilité d'Administrer en externe certains produits de la réserve hospitalière
 - ⇒ Les forfaits FPI, APE (pour les médicaments), AP2 et SE 5 sont créés, tarifés
 - ⇒ Le périmètre du forfait FPI est limité à certaines pathologies, le SE 5 concerne la toxine botulique, les forfaits APE et AP2 ne sont limités à aucun médicament dans les textes
- Les critères de facturation d'un GHS d'HDJ sont les mêmes qu'en 2016 (rectificatif arrêté prestation)
- ... en attente d'une nouvelle version de la circulaire frontière:
 - Moratoire jusqu'en Mai 2017
 - Annonce lors de la dernière réunion du GT fin avril d'une nouvelle version pour mai ...
 - Mais Pas de parution et pas de nouvelle réunion – concertation depuis

LES CONDITIONS DE FACTURATION DE L'HDJ



SUJET PORTÉ DANS LE CADRE DE NOTRE PLATEFORME DES 15 PROPOSITIONS FHP-MCO POUR LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2018

ENVELOPPE FERMÉE => JUSTE RÉMUNÉRATION DES PEC

FOCUS SUR LES CUMULS DE PRESTATIONS AUTORISÉS

CUMUL DES PRESTATIONS TARIFAIRES 2017

	GHS (1° art R162-32)	GHT (1° art R162-32)	Forfait D (1° art R162-32)	SE (5° art R162-32)	AP2 / APE (6° art R162-32)	FPI (7° art R162-32)	ATU (2° art R162-32)	FFM (4° art R162-32)	PO (3° art. R. 162-32)
GHS	Oui (nombre limitatif de cas)	Oui (lorsque le GHS est de 0 jours)	Oui Sous condition	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FSE en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	non	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FPI en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	non	non	non
GHT	Oui (lorsque le GHS est de 0 jours)	non	Oui (D11, D12, D13, D14, D15, D16) sous condition	oui	non	oui	non	non	non
Forfait D	Oui Sous condition	Oui (D11, D12, D13, D14, D15, D16) sous condition	non	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FSE en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	non	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FSE en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	non	non	non
SE	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FSE en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	oui	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FSE en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	Oui (avec minoration de 50% du 2 nd SE)	non	oui	non	non	non
AP2/ APE	non	non	non	non	non	oui	non	non	non
FPI	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FPI en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	oui	Non (sauf à titre exceptionnel : réalisation de la prestation justifiant le FPI en amont ou en aval de l'hospitalisation pour un motif autre que celui ayant motivé l'hospitalisation)	oui	Oui	non	non	non	non
ATU	non	non	non	non	non	non	non	non	non
FFM	non	non	non	non	non	non	non	non	non
PO	non	non	non	non	non	non	non	non	non

- Récapitulatif pragmatique des cumuls autorisés ou non

[Dépêche FHP-MCO du 5 avril 2017](#)



A vos agendas !

14^{ème} Club des Médecins DIM
Inclus dans

Les journées d'études MCO
fin mars / début avril

À Paris !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

- ✓ **de nous le remettre à la sortie**



Nous remercions nos partenaires :



DÉJEUNER

FINANCEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Intervention

Sandrine BILLET

sous-direction de la régulation de l'offre de soins – DGOS,

Dr Annie FOUARD

Responsable du Département Hospitalisation - CNAMTS

La parole est à vous

MIGAC/FIR :
« COMMENT ACCÉDER À CES FINANCEMENTS ? »

Table ronde avec l'intervention de

Laurence CULINE

Directrice Recherche & Innovation – Hexagone Santé,

Dr Stéphane LOCRET

Directeur Recherche et Enseignement - Ramsay Générale de Santé

Les autres enveloppes de financement MIG-AC-FMESPP-FIR

Les autres enveloppes de financement MIG-AC-FMESPP-FIR

	Code	Intitulé MIG Juin 2016	Montant notifié en 2016 en €
1	B02	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	1 573 206 959 €
2	Q02	Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique	753 772 335 €
3	E02	Le financement des études médicales	661 381 735 €
4	GO2	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en attente de leur agrément	398 112 153 €
5	GO3	RIHN : Les actes de biologie, les actes d'anatomo-cyto-pathologie et les actes dentaires noninscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à l'exception des activités d'hygiène hospitalière et des typages HLA effectués	380 171 411 €
6	Q01	Les services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique	245 437 728 €
7	T03	Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	176 909 184 €
8	U01	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	157 927 836 €
9	C03	Le financement du recours exceptionnel	49 514 796 €
10	H11	Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	40 585 840 €
Total Général MIG			5 392 533 887 €
Part de ces 10 MIG (sur 100)			82%
			4 437 019 977 €

Les autres enveloppes de financement MIG-AC-FMESPP-FIR

Total Général AC		2016	Répartition	1 113 000 000 €
Dont	Investissements		66%	734 580 000 €
	Restructurations et soutien aux établissements déficitaires		17%	189 210 000 €
	Amélioration de l'offre de soins existante (Renforcement de moyens)		7%	77 910 000 €
	Développement de l'activité		2%	22 260 000 €
	Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS		1%	11 130 000 €
	Autres		7%	77 910 000 €
TOTAL MIGAC		2016		6 505 533 887 €
Montant récupéré par le secteur Ex-OQN			2,06%	133 800 000 €

Total Général FMESPP délégué 2016		Répartition	335 870 741 €
Dont	Aide à l'investissement hospitalier et hôpital numérique	93,56%	314 256 743 €
	Etudes et expérimentations menées par des agences (ATIH)	4,23%	14 200 000 €
	Autres opérations d'investissement	2,21%	7 413 998 €

Total Général FIR			3 344 000 000 €
Dont	Mission 1 : Promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	14,4%	482 000 000 €
	Mission 2 : Organisation et à la promotion des parcours de santé coordonnés, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	25,4%	848 000 000 €
	Mission 3 : Permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	26,7%	893 000 000 €
	Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels	33,1%	1 108 000 000 €
	Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire	0,1%	3 600 000 €
	Autres	0,3%	9 400 000 €

La parole est à vous

Une équipe à votre service

DEPARTEMENT JURIDIQUE

Au-delà des questions juridiques partagées relatives aux procédures contentieuses, voici quelques indications sur la gestion des dossiers :



Fatiha ATOUF

Juriste

fatih.aatouf.mco@fhp.fr

01 53 83 56 80

- Normes réglementaires ayant traits aux activités de :
- Médecine, alternatives à l'hospitalisation,
- Chirurgie esthétique,
- Réanimation, Soins intensifs,
- Surveillance continue, Télémedecine,
- PUI,...
- Recherche médicale,
- Stérilisation
- Contractualisation (CPOM, CAQES, CBUM)
- Contentieux financements (factures rectificatives et complémentaires) / Contrôles T2A / Prestations hors nomenclature sécurité sociale
- Enquêtes et indicateurs
- Relation patient et responsabilité médicale
- Fiscalité activité MCO

Groupe Experts internes et Congrès des Représentants des Usagers

- Référente des Groupe Experts Juridique
- Référente du Congrès des Représentants des Usagers.

Sophie BUSQUET DE CHIVRE

Juriste

sophie.busquet.mco@fhp.fr

01 53 83 56 59

- Normes réglementaires ayant traits aux activités de :
- Chirurgie,
- Chirurgie cardiaque,
- Activités interventionnelles (Cardiologie, Imagerie,),
- Maternité et AMP,
- Education thérapeutique, Imagerie,
- Biologie médicale / ACP, oncologie,
- Soins Palliatifs, Urgences, PDES,
- Dialyse
- Professions paramédicales
- Contentieux financement (dégressivité tarifaire)
- Transports / Urgences / PDES
- Planification MCO

Groupe Experts internes et Syndicat Associé

- Référente du Groupe Experts Naissance
- Référente du Syndicat FHP-Dialyse



DEPARTEMENT MEDICO-ECONOMIQUE

Au-delà des questions économiques partagées relatives aux financements des établissements de santé, voici quelques indications sur la gestion des dossiers :



Laure DUBOIS

Economiste

laure.dubois.mco@fhp.fr

01 53 83 56 57

- Financement à l'activité
 - GHS, suppléments, forfaits en D, SE, FFM,
 - Coefficient Prudentiel
 - Dégressivité tarifaire
- Financement à la qualité (IFAQ),
- Information médicale (PMSI, Classification GHM,...) en partenariat avec le Médecin Conseil,

Groupes Experts internes et Club FHP-MCO

- Référente du Groupe Experts Qualité,
- Référente du Groupe Experts Activités,
- Référente du Groupe Experts Evolution de la Classification
- Référente Club des Médecins DIM

Thibault GEORGIN

Economiste

thibault.georgin.mco@fhp.fr

01 53 83 56 75

- Financement des établissements de santé à la Dotation
 - MIGAC : MIG Cancérologie, MIG Précarité,....
 - MERRI : Recherche Clinique, RIHN, Actes HN, ...
 - et FAU,...
- Travaux ENCc,
- Analyse et requêtes sur base de données PMSI, SAE,...
- Tableaux de bord
- Etude d'impact de la campagne tarifaire.

Groupes Experts internes et Club FHP-MCO

- Référent Club ENc
- Référent du Club Pharmacie



DEPARTEMENT MEDICAL

Il s'agit de vous apporter un soutien sur de nombreuses préoccupations à orientations médicales.



Dr Michèle BRAMI
Médecin Conseil

michele.brami.mco@fhp.fr

01 53 83 56 58

Le Dr Michèle BRAMI est appelée à intervenir sur l'ensemble des dossiers requérant une compétence médicale et en particulier sur :

- Information médicale (PMSI, Classification GHM, ...),
- Nomenclatures (CCAM, NGAP, ...),
- Convention médicale,
- Contrôle T2A/Inspections,
- Médicaments et Dispositifs Médicaux : Radiations partielles,
- Volet médical de l'application du Droit des Autorisations (Radiologie Interventionnelle, ...)

SECRETARIAT GENERAL

Ce département, sous la responsabilité de Séverine DEFOSSE, est notamment en charge de l'ensemble de l'organisation des événements du syndicat, des réunions statutaires et de la gestion de la base des adhérents MCO.



Séverine DEFOSSE
Secrétaire Générale

severine.defosse.mco@fhp.fr

01 53 83 56 86



Karine DESLANDES
Assistante

karine.deslandes.mco@fhp.fr

01 53 83 56 87



Audrey SERIN
Assistante

audrey.serin.mco@fhp.fr

01 82 73 10 45

- Organisation des événements (Journées, Congrès & Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Bureaux, Groupe Experts,...),
- Relations avec nos partenaires communication et suivi des campagnes de communication et production de nos supports (13h00, Dialogue Santé, 5' pour comprendre,)
- Gestion de la base adhérents,
- Fonctionnement internes (contrats, facturation, comptabilité,...),
- Gestion des rendez-vous de la Présidence et de la délégation générale.



A vos agendas !

14^{ème} Club des Médecins DIM
Inclus dans

Les journées d'études MCO

fin mars / début avril.

À Paris !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

- ✓ **de nous le remettre à la sortie**



Nous remercions nos partenaires :



Merci pour votre participation !



Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine, Chirurgie, Obstétrique