



Jeudi 05 avril 2018

BIENVENUE!

10h00 à 16h30

ORDRE DU JOUR

Matinée

Matinée : 10h00 à 12h45

➤ **Table Ronde « Retour d'Expérience d'Établissements sur les Contrôles T2A »**

*Dr Frédéric CHOMON, Groupe de Santé Clinifutur & Dr Véronique GUIBERTEAU CANFRERE,
Groupe Ramsay Générale de Santé*

➤ **CAMPAGNE TARIFAIRE 2018 :**

Classification v2018, Coefficient de reprise CICE & Pacte, Coefficient prudentiel, Plan d'économies et impact de la campagne, Intégration des Transports dans les tarifs, RIHN, ...

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

12h45 - 14h00 : Déjeuner

En partenariat avec :



ORDRE DU JOUR

Après-midi

Après-Midi : 14h00 – 16h30

➤ **Evolutions des outils ATIH :**

Druides (Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des Données des Etablissements de Santé), Solféges (solution de facturation électronique gérée en services) et Plage (Plate-forme de Gestion des utilisateurs)

Dr Aliréza BANAEI, Responsable du pôle Système de recueil de l'information médicale au sein du service Architecture et Production Informatiques, Dr Carole LÉ LEPLAT, pôle MCO/HAD au sein du service Classifications, Information Médicale et Modèles de financement, et Emmanuel THAMMAVONG, chef de service adjoint, service Architecture et Production Informatiques, ATIH

➤ **Campagne Tarifaire MCO 2018 (Suite)**

Equipe de la FHP-MCO (Thierry BECHU, Délégué Général, Dr Michèle BRAMI, Médecin Conseil, Dr Marie-Paule CHARLOT, Médecin Partenaire, et Laure DUBOIS, Economiste)

En partenariat avec :



Nous remercions notre partenaire :



Table Ronde
« Retour d'Expérience sur les Contrôles T2A »

Propos Introductifs

Dans le cadre de la Révision du guide de contrôle T2A

⊙ Modifications apportées suite aux remarques FHP-MCO:

- Le choix est laissé à la direction de l'ES de participer ou non aux nouvelles modalités. Le nouveau guide comportera les 2 versions des modalités de contrôle (2012 et 2018)
 - Recommandation que le DGARS présente le programme régional de contrôle aux fédérations régionales
 - Rééquilibrage des parties sur les situations d'obstacle à contrôle
 - Remise d'un document pédagogique aux équipes de l'ES sur le codage
- ⇒ **Les modifications opérées reprennent en grande partie les demandes portées par la fédération quand elles sont des compétences de la CNAM**

Dans le cadre de la Révision du guide de contrôle T2A

○ sur les demandes de :

- Confier les contrôles T2A à une instance neutre
 - Créer des équipes de contrôle composées d'experts indépendants
 - Créer une commission de 1er recours et une commission nationale d'appel
- ⇒ La CNAM rappelle que ce sont des modifications réglementaires qui sont de la compétence de l'Etat.
- ⇒ La CNAM se propose d'appuyer les fédérations sur ces demandes auprès de l'Etat à l'occasion du PLFSS par exemple.

Réunion Contrôles T2A du 25/01/2018

⊙ **Nomenclature des actes et actes innovants**

- Les FD font part des difficultés persistantes sur la nomenclature des actes notamment pour les actes « innovants » qui sont codés par assimilation
- La CNAM demande aux FD de lister les actes qui posent problème afin de faire un recensement des pratiques « innovantes » et de prévoir « une souplesse »
- Est envisagée la Création d'un groupe technique Contrôles T2A pour répondre à cette problématique

⊙ **La mise en place du Rescrit et de l'observatoire reste en suspens en attente de la révision de la circulaire frontière**

Moratoire HDJ

○ Réunion Contrôles T2A du 25/01/2018

- Suite à une question de la FHP MCO, Réponse catégorique de la CNAM : il n'existe aucun moratoire en HDJ « nous n'avons aucun écrit de la DGOS sur le sujet, si vous en avez un remontez le nous »

○ Réunion de présentation de la campagne tarifaire 2018 MCO:

la DGOS annonce une mise en œuvre d'un moratoire sur les contrôles T2A :

- **Portant sur l'activité 2017 et l'activité 2018**
- **Sur un périmètre restreint aux HDJ de médecine.**
- **Les contrôles continueront de s'appliquer sur les HDJ non médicales, selon les critères de la circulaire frontière 2010.**

Intervention de

Dr Frédéric CHOMON, Groupe de Santé Clinifutur

&

*Dr Véronique GUIBERTEAU CANFRERE, Groupe Ramsay
Générale de Santé*

La parole est à vous

La Campagne Tarifaire 2018

Présentation de la campagne et de la classification MCO 2018

Intervention de

Thierry BECHU – Délégué Général FHP-MCO,

Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,

Dr Marie-Paule CHARLOT – Médecin DIM Partenaire FHP-MCO

Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO

- **Dégel prudentiel 2017**
- **Évolutions classifications et recueil 2018**
- **Le volet « campagne tarifaire » :**
 - Mesures sur les prestations
 - Taux d'évolution des tarifs
 - Coefficient de reprise
 - Principes de la construction tarifaire 2018
- **Focus MIG Précarité, Focus Transport, Focus RIHN, IFAQ 2018, Médecine ambulatoire**

PARIS, 1er mars 2017 (APMnews) - Le ministère des solidarités et de la santé a annoncé jeudi le reversement de 250 millions d'euros aux établissements de santé au titre de 2017.

"Les dernières données disponibles relatives à l'exercice 2017 indiquent que les dépenses d'assurance maladie ont moins progressé que l'objectif voté, du fait principalement d'une progression de l'activité des établissements de santé plus faible que la prévision", explique le ministère dans un communiqué.

"Dans ces conditions, Agnès Buzyn a décidé le reversement de 250 millions d'euros aux établissements publics et privés de santé, en dotation complémentaire à l'exercice 2017".

Sur ce montant, "200 millions seront répartis entre l'ensemble des établissements de santé en fonction de leur activité et 50 millions seront consacrés à des aides en trésorerie pour des établissements en difficulté", ajoute le ministère.

Ces crédits proviennent des montants qui avaient été mis en réserve début 2017. Un total de 412 millions € concernant directement les établissements de santé avaient été "gelés" dont 300 millions € au titre du coefficient prudentiel, 96 millions € au titre des dotations hospitalières et 16 millions € pour le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp).

Dégel : point de situation

			Dégel Fin 2017	Dégel mars 2018		TOT DEGEL
Gel total 2017		412	150	250	200	400
dont MCO		280	105,7	50	<i>141</i>	<i>297</i>
	dont Ex-OQN	60	22,65		<i>30,2</i>	<i>52,85</i>
dont SSR PSY OQN		19	9,3			
dont DAF		93	35			
dont DMA SSR		5				
dont FMESSPP		16				

Classification MCO

Les évolutions liées au Recueil

- ⊙ **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 : les travaux ATIH en cours

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
curléthérapie 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 : les travaux ATIH en cours

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 en cours d'analyse
redondance acte diagnostic empêche le codage de CMA	
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

Classification V2018

- ⊙ **Les modifications apportées à la classification des GHM sont limitées aux évolutions de 3 GHM :**
 - Le GHM 03K04 Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03
Intégration de l'acte HCGA003 dans la liste A-268
 - Le GHM 05K24 Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le cœur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans
Suppression de l'acte DASF074 de la liste A-353
 - Le GHM 05K22 Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du cœur, âge supérieur à 17 ans
Intégration de l'acte DASF074 dans la liste A-351
- ⇒ Ces 3 évolutions correspondent à des demandes portées par la **FHP-MCO** dans le cadre du **document annuel des retours d'expériences** élaborés avec l'appui des DIM.

Classification : les travaux ATIH en cours

- **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

Evolution du recueil

- ⊙ **Notice Technique n° CIM-MF_848_2_2018**
- ⊙ **Nomenclature :**
 - Evolution de la CCAM descriptive à usage PMSI:
 - ✓ 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 de code CIM-10 nationales :
 - ✓ Catégorie K52.3, colite précisée comme non infectieuse dans le libellé ce qui l'exclut du code A09.9
 - Evolution de code CIM-10 OMS :
 - ✓ Évolution mineures: modifications de libellé ou notes

Evolution du recueil

⊙ **Recueil – Fichier :**

- Recueil de l'activité d'urgences gynécologiques
Lors des travaux préparatoires relatifs à la CT 2018, la création d'un forfait « AUG - Accueil Urgences Gynécologiques » a été étudiée.
Il n'est finalement pas mis en place en 2018.
- Indication des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (LES)
Recueil du code « indication » des spécialités pharmaceutiques de la LES via le RSF – H. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de la gestion de la liste en sus des médicaments par indication (inscription et radiation partielle).
- FICHSUP RIHN:
Evolution du recueil RIHN via FICHSUP.

- **La Campagne Tarifaire 2018 :**
 - Mesures sur les prestations
 - Taux d'évolution des tarifs
 - Coefficient de reprise
 - Principes de la construction tarifaire 2018
 - Etudes d'impact

Mesure sur les prestations :

○ Facturation de suppléments en sus de GHS

- Création de 2 suppléments au séjour dans le cadre de l'intégration des frais de transports inter-établissements dans les « tarifs »: concernant les transports de patients hospitalisés lors d'un transfert entre deux établissements de santé:
 - Le supplément « **transport définitif** » (TDE) facturable par l'ES depuis lequel le patient est transféré, en sus d'un GHS ou d'un forfait D, dans le cadre d'un transfert entre 2 ES d'une durée > à 2 jours
 - Le supplément « **transport séance** » (TSE), dans le cadre d'un transfert entre 2 ES d'une durée < à 2 jours :
 - ✓ ce forfait est facturable par l'ES prestataire, en sus d'un GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie ;
 - ✓ ce forfait est facturable par l'ES demandeur, en sus d'un GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une dialyse en UDM, à domicile ou en autodialyse (forfait D).

⇒ Ces suppléments sont **applicables à partir du 1er octobre 2018.**

Mesure sur les prestations (suite):

○ Alternatives à la dialyse en centre :

- Autorisation du cumul de facturation entre les forfaits D15 Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA) ou D16 Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) avec un GMT d'un établissement SSR.

- Pour mémoire: Récapitulatif pragmatique des cumuls autorisés ou non dans la [Dépêche FHP-MCO du 5 avril 2017](#)

FHP MCO

CUMUL DES PRESTATIONS TARIFAIRES 2017

	GHS (1 ^{er} art R162-32)	GHT (1 ^{er} art R162-32)	Forfait D (1 ^{er} art R162-32)	SE (5 ^{er} art R162-32)	AP2 / APE (6 ^{er} art R162-32)	FPI (7 ^{er} art R162-32)	ATU (2 ^{er} art R162-32)	FFM (4 ^{er} art R162-32)	PO (3 ^{er} 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

Mesure sur les prestations (suite):

⊙ Forfait Sécurité Environnement SE

- En 2017, création du SE 5 pour 3 actes d'injection de toxine botulique (PCLB002, PCLB003, BALB001).

Cette création fait suite aux évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière (possibilité de les administrer en dehors d'une hospitalisation)

- L'arrêté « forfaits 2018 » apporte des modifications:
 - ✓ Le SE 5 est restreint à l'acte BALB001 injection dans les paupières
 - ✓ Création d'un SE 6 pour les actes d'injection de toxine botulique dans les muscles striés PCLB001 et PCLB003

⇒ Cette modification fait **suite à la problématique remontée par les fédérations, dont la FHP-MCO**, sur la valorisation inadaptée du SE 5 en 2017 selon les prises en charge concernées

Mesure sur les prestations (suite):

○ Forfait Sécurité Environnement SE

- Forfait SE 5 et SE 6 Actes d'administration de toxine botulique :

Le ministère a entendu les retours des fédérations sur le niveau du tarif du SE 5 en 2017 qui était problématique pour certaines prises en charge (comme pour les patients atteints de dystonie).

⇒ Le tarif du forfait SE 5 est fixé à 133€ et le tarif du SE 6 est fixé à 274€.

Code	Libellé	Tarif 2017 JO	Tarif 2018 JO	Tarif 2018 avec coeff CICE et Pacte
SE 5	Acte d'administration de toxine botulique	175,67	133	129,01
SE 6	Acte d'administration de toxine botulique	-	274	265,78

Taux d'évolution des tarifs

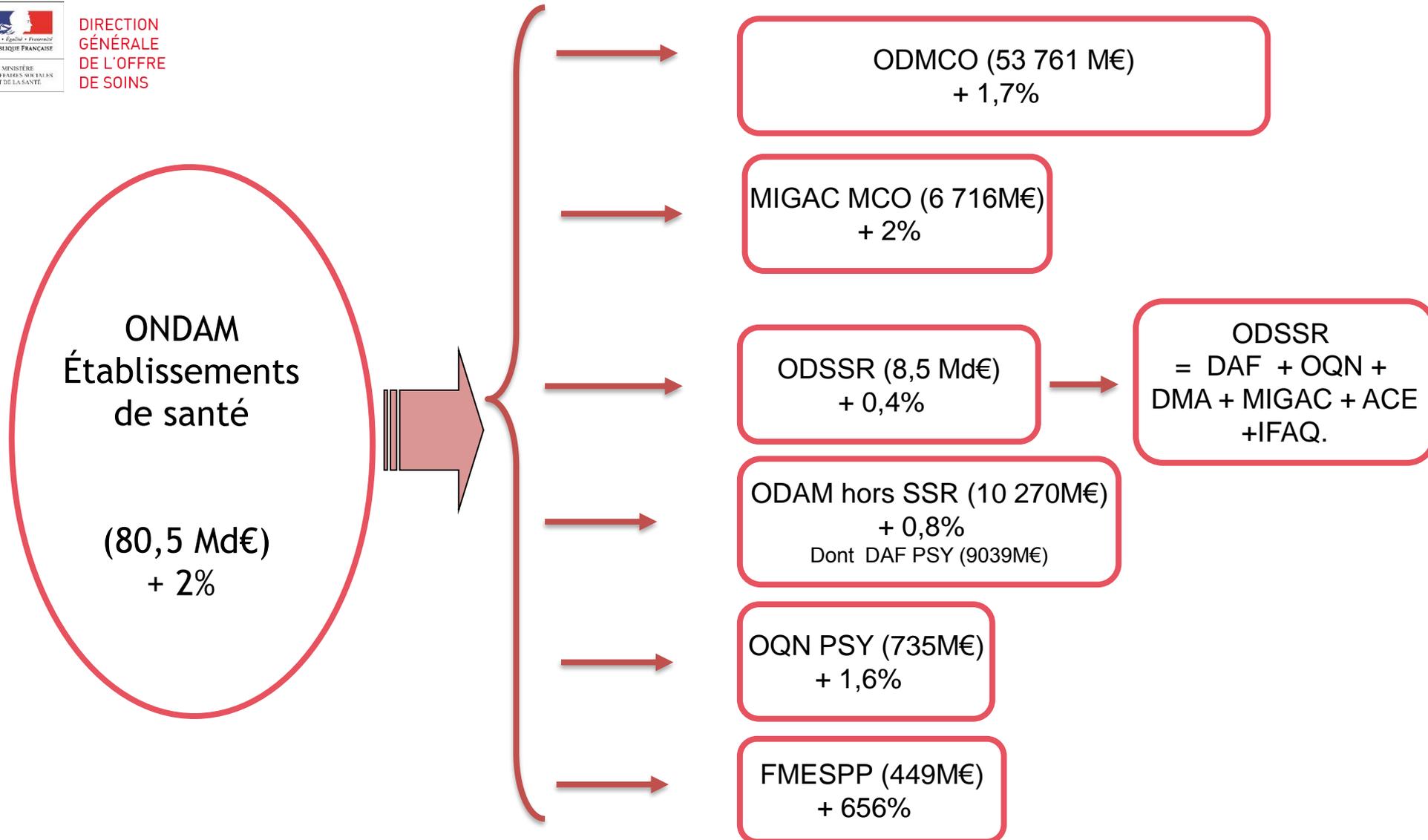
1/ ONDAM 2018:

- Evolutions fixées pour l'ONDAM 2018 : De quel argent « nouveau » disposons-nous pour 2018 ?
- ONDAM hospitalier : + 2% soit une enveloppe de 80,7Md€ et 1,5 Md€ supplémentaires
- Le taux de progression de l'ONDAM établissements de santé est identique à celui de l'année dernière
- Mesures d'économie : la campagne 2018 repose sur 1,6 Md€ d'économies dont 960 millions seront supportés par les ES :
 - 250 M€ sur le virage ambulatoire notamment la poursuite du développement de toutes les formes d'alternatives à l'hospitalisation complète et la réduction des DMS
 - 640 M€ sur l'amélioration de la performance interne des établissements, dont la rationalisation des achats hospitaliers
 - 70 millions sur l'amélioration de la pertinence et des parcours

PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE ET DE LA CLASSIFICATION MCO 2018 : LE VOLET « CAMPAGNE TARIFAIRE »



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



2/ Exécution 2017 (dernières données disponibles):

- Prise en compte dans la construction tarifaire 2018 d'une sous-exécution de l'ODMCO 2017 dans les conditions suivantes :
 - Secteur MCO ex-OQN :
 - ODMCO ex OQN : une sous-exécution de - 61 M€,
 - Entièrement régulé dans les tarifs
 - Secteur MCO ex-DG :
 - ODMCO ex DG : sous exécution comprise entre -174 M€ et -103 M€,
 - Prise en compte dans la construction des tarif 2018 : -139 M€
 - Cette sous exécution s'explique par des dynamiques de volume inférieures à celle retenues en construction tarifaire 2017.

3/ Prévision d'évolution de l'activité :

- Prévision de volume d'activité dissociée pour les 2 secteurs ex-DG et ex-OQN, estimée à :
 - + 2.6% pour le secteur ex-DG
 - + 1,6 % pour le secteur ex-OQN.

⇒ **Evolution des tarifs pour la campagne MCO 2018 :**

Baisse tarifaire de -0,5% pour les 2 secteurs, avant prise en compte des dispositifs fiscaux et sociaux.

Mise en Réserves Prudentielles :

- la répartition de ces mises en réserves prudentielles n'est pas arbitrées
- **Coefficient Prudentiel** : Maintien du coefficient à 0,7% pour les 2 secteurs Ex-DGF et Ex-OQN.

PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE ET DE LA CLASSIFICATION MCO 2018 : LE VOLET « CAMPAGNE TARIFAIRE »

Evolution Tarifaire

Année	ONDAM	ONDAM Hospitalier	Evolution totale des Tarifs MCO	(Tarifs Public MCO)	Dont Volume MCO	(Vol. Public MCO)	Dont Tarifs MCO	Dont CICE MCO			Dont Pacte MCO	Coef Prudentiel MCO	Restitution MCO		
2005	4,00%		T2A												
2006	3,20%		-4,00%				-4,00%								
2007	4,00%		4,00%				4,00%								
2008	3,50%		0,80%				0,80%								
2009	3,60%		0,47%				0,47%								
2010	2,60%	2,80%	0,00%	0,00%	1,70%	1,70%	0,00%								
2011	2,70%	2,80%	-0,05%	-0,83%	2,40%	2,40%	-0,05%								
2012 (1)	2,80%	2,56%	0,19%	-0,21%	2,40%	2,40%	0,19%								
2013 (1)	2,70%	2,60%	-0,21%	-0,84%	2,00%	2,80%	0,02%	-0,23%	Récup 1/8			-	-	0,35%	0,35%
2014	2,40%	2,29%	-0,24%	0,00%	2,00%	2,80%	0,25%	-0,49%	Récup 2/8	37 M (44 en année pleine)	177 M année pleine	-	-	0,35%	0,35%
2015	2,00%	2,00%	-2,15%	-0,65%	2,00%	2,80%	-0,65%	-0,94%	Récup 4/8			-0,56%	100% du pacte	0,35%	0,24%
2016	1,80%	1,75%	-1,65%	-1,00%	1,90%	2,90%	-1,00%	-0,23%	Dernier 1/8			-0,42%	100% du pacte	0,50%	0,16%
2017	2,10%	2,00%	-1,40%	-0,90%	1,90%	2,80%	-0,90%	-0,40%	100% du point supplé portant à 7% (au lieu de 6%)			-0,10%	100% du pacte	0,70%	0,62%
2018	2,30%	2,00%	-0,20%	-0,50%	1,60%		-0,50%	0,30%	rendu aux ES	-	-	0,00%	-	0,70%	0,00%

Impact des reprises au titre du CICE et du Pacte
depuis 2013

	CICE			Pacte des responsabilité			Total		
Indice	100	en 2012		Indice	100	en 2012	Indice	100	en 2012
	99,77	en 2013			100	en 2013		99,77	en 2013
	99,28	en 2014			100	en 2014		99,28	en 2014
	98,35	en 2015			99,44	en 2015		97,80	en 2015
	98,12	en 2016			99,02	en 2016		97,16	en 2016
	97,73	en 2017			98,92	en 2017		96,68	en 2017
Soit	2,27	cumulé		Soit	1,08	cumulé	Soit	3,32	cumulé

Coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux:

- Contexte: depuis 2013, les crédits d'impôts et allègements de charges dont bénéficient les ES étaient pris en compte dans la construction tarifaire avec des modalités de reprise distinctes selon l'échelle (reprise sur tarif pour ES ex-OQN, reprise sur MIGAC pour ES ex-DG)
- CT 2018: Mise en place d'un mécanisme de neutralisation pérenne des mesures fiscales et sociales en faveur des ES.
- Les reprises sont désormais réalisées via l'application de coefficients de reprise applicables sur les tarifs nationaux.
 - ⇒ Coefficients minorants les tarifs MCO
- La valeur de ces coefficients est différenciée par catégorie d'établissement (EBNL ex-DG, EBNL ex-OQN, EBL ex-OQN) pour tenir compte des dispositifs dont bénéficie réellement chaque catégorie d'établissements de santé.

Coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux (suite):

Modalités de compensation des mécanismes de baisse de charges des ES



Echelle tarifaire	Echelle Ex-DGF		Echelle Ex-QQN	
Type d'établissements	ES Publics	EBNL Ex-DGF	EBNL Ex-QQN	EBL
Prise en compte via les tarifs			Reprise dans les tarifs Ex-QQN des effets du Pacte de Responsabilité et du CICE	
Autres mécanisme		Reprise Pacte de responsabilité via minoration d'une enveloppe AC	Compensation via une enveloppe AC de la reprise opérée sur les tarifs au titre du CICE	

Avant le décret

Campagne Tarifaire
2013 à 2017

Echelle tarifaire	Echelle Ex-DGF		Echelle Ex-QQN	
Type d'établissements	ES Publics	EBNL Ex-DGF	EBNL Ex-QQN	EBL
Prise en compte via les tarifs				
Autres mécanisme	Absence de coefficient ou coefficient neutre	Coefficient reprise pacte de responsabilité + CITS	Coefficient reprise pacte de responsabilité + CITS	Coefficient reprise pacte de responsabilité + CICE

Après le décret

Campagne Tarifaire 2018

Coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux (suite):

- ⊙ Les différents textes encadrant ce dispositif sont :
 - [Le Décret N°2018-130](#) du 23 février 2018 relatif à la prise en compte d'allègements fiscaux et sociaux dans les tarifs des établissements de santé
 - [L'arrêté tarifaire 2018](#) du 28 février 2018 qui fixe le périmètre des dispositifs fiscaux concernés et les valeurs du coefficient selon la catégorie d'établissement
 - [l'instruction N° DGOS/R1/2018/71](#) du 12 mars 2018 relative aux coefficients applicables aux tarifs des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, elle vient préciser les modalités d'application de ces coefficients

Coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux (suite):

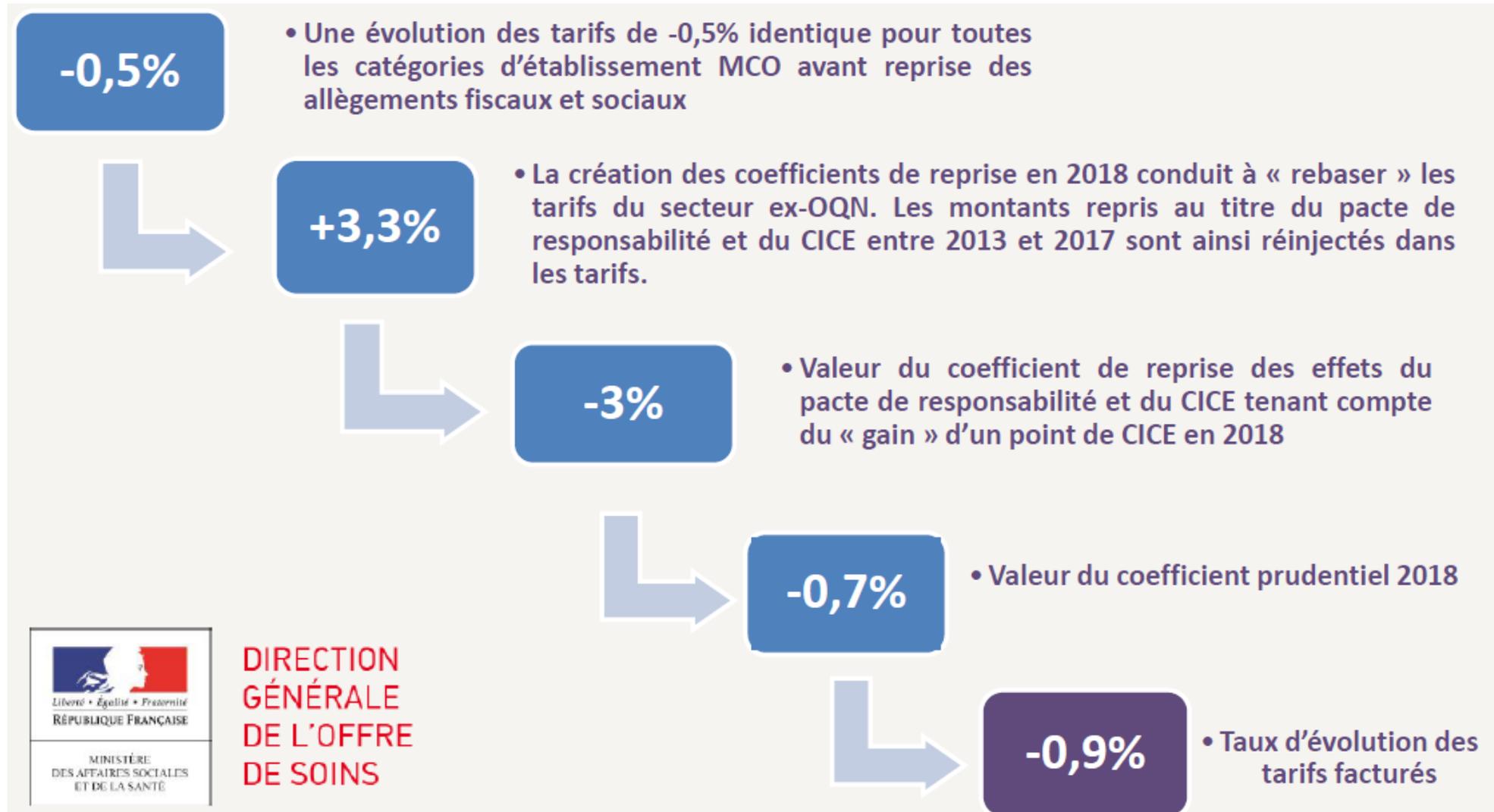
- ⊙ Les tarifs publiés dans l'arrêté tarifaire ne tiennent compte ni du coefficient prudentiel, ni de ce nouveau coefficient de reprise
- ⊙ Les tarifs 2018 publiés au JO comprennent la réintégration de la totalité des baisses réalisées au titre du CICE et du Pacte de responsabilité depuis 2013
- ⊙ Valeur du coefficient : **-3%** pour les établissements privés
 - **-3,3%** au titre de la **reprise historique** des effets du pacte de responsabilité et du CICE (sur la période 2013-2017)
 - **+0,3%** au titre du « gain » d'un point de CICE en 2018 (compensation au titre de la réduction du taux de CICE de 7% à 6%)
- ⊙ la zone "coefficient MCO ou HAD" de la facture B2 véhicule le montant issu du produit du coefficient prudentiel et du coefficient de reprise, ainsi que du coefficient géographique pour les établissements situés dans des régions en bénéficiant.

Coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux (suite):

- ⊙ Le périmètre des dispositifs fiscaux concernés:
 - les allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail.
 - Ils sont précisés dans l'arrêté tarifs MCO 2018:
 - Crédit d'Impôt Compétitivité Emploi CICE
 - Pacte de responsabilité
 - Crédit d'Impôt sur la taxe sur les salaires (CITS).
- ⊙ Le périmètre des prestations impactées:
 - GHS et les éléments s'y rapportant : suppléments, EXH, EXB
 - GHT
 - ATU, PO, FFM, SE, APE, AP2, FPI et forfaits D.
 - Il ne s'applique ni aux honoraires ni aux forfaits d'IVG

⇒ même périmètre que le coefficient prudentiel

⇒ Evolution des tarifs MCO 2018 pour les établissements privés lucratifs



Principes de la construction tarifaire

- ⊙ dans la continuité des campagnes précédentes :
 - politique de neutralité tarifaire avec l'utilisation des TIC, et plan d'économies
 - En 2 étapes :
 - la maintenance du modèle de financement - le changement de périmètre du tarif :
 - ✓ classification v2018 : peu d'impact
 - ✓ évolutions des catégories de prestation avec la création des suppléments transports
 - ✓ suppression de la minoration de 40€ - Sensibilisation Liste En Sus
 - ✓ Transferts de crédits notamment intégration des dépenses de transports inter-établissements
 - la modulation tarifaire:
 - ✓ Révalorisation des séjours courts de médecine ambulatoire
 - ✓ Mise en œuvres des économies ciblées
 - ✓ autres modulations tarifaires : réduction des écarts de financements extrêmes, soutien à l'obstétrique, etc.

Principes de la construction tarifaire

les changements de périmètre des tarifs – suppression minoration 40€ :

- La LFSS 2018 abroge l'article « sensibilisation à la liste en sus »
- Cette mesure se voulait neutre sur le plan macro lors de sa mise en place, en conséquence, son abrogation a un impact négatif sur les tarifs 2018 des GHS concernés:
 - Baisse des tarifs du GHS 9606 « chimiothérapie pour tumeurs en séances » (GHM 28Z07Z) et du GHS 9616 « chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances » (GHM 28Z17Z).
 - pour un montant global de 58,5M€ pour les 2 secteurs

les changements de périmètre des tarifs – Transferts de crédits :

- notamment intégration des dépenses de transports inter-établissements
- Intégration dans les tarifs/suppléments ex-DG et ex-OQN des dépenses de transports inter-établissements au 1er octobre 2018 (art. 80 LFSS 2017) pour un montant de 48,6M€.

Revalorisation des séjours courts de médecine ambulatoire

- Contexte: volonté du gouvernement d'accompagner le virage de la médecine ambulatoire,
- Constat : un sous financement des séjours courts de médecine.
- Mise en œuvre en CT 2018:
 - Réduction de la moitié du sous-financement des séjours courts de médecine
 - par transfert de masse depuis les autres séjours de médecine sur financés.
 - Périmètre de la médecine ambulatoire : GHM en J et T des racines en M/Z, exclusion des racines en K, exclusion des CM 14 et 15
 - ✓ Pour le secteur ex - DG :
 - Séjours courts : revalorisation de 128 GHS en J/T pour un montant de 34,6 M€
 - GHS d'HC : économies de 34,4 M€ sur 128 GHS, avec une baisse moyenne de 2%
 - ✓ Pour le secteur ex - OQN :
 - Séjours courts : revalorisation de 41 GHS en J/T pour un montant de 3 M€
 - GHS d'HC : économies de 1M € sur 6 GHS, , avec une baisse moyenne de 5%

Analyse de la campagne tarifaire 2018 : les hausses !

GHS	GHM	LIBELLÉ	Tarif 2016	Tarif 2017	Tarif 2018	Tarif 2018 avec -3%	Evol
4786	12M05T	Autres affections de l'appareil génital masculin, très courte durée	464,75	461,79	670,83	650,71	40,91%
2157	06M08T	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans, très courte durée	259	257,35	320,48	310,87	20,79%
2553	07M11T	Autres affections non malignes du pancréas, très courte durée	374,74	373,94	440,65	427,43	14,30%
2180	06M13T	Tumeurs malignes de l'oesophage et de l'estomac, très courte durée	381,27	378,91	445,57	432,20	14,06%
7118	19M181	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 1	806	800,86	932,20	904,23	12,91%
7121	19M184	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 4	2 871,91	2 853,60	3 321,58	3 221,93	12,91%
7120	19M183	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 3	2 428,66	2 413,17	2 808,92	2 724,65	12,91%
7119	19M182	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, niveau 2	1 857,79	1 845,94	2 148,66	2 084,20	12,91%
7122	19M18T	Autres maladies et troubles mentaux de l'enfance, très courte durée	280,84	279,05	324,81	315,07	12,91%
876	03M04T	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	315,91	313,90	364,46	353,53	12,62%
2518	07M02T	Affections des voies biliaires, très courte durée	323,5	321,44	372,57	361,39	12,43%
3110	08M25T	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, très courte durée	305,74	303,09	350,69	340,17	12,23%
1794	05M17T	Autres affections de l'appareil circulatoire, très courte durée	254,31	253,38	292,75	283,97	12,07%
5219	13M04T	Autres affections de l'appareil génital féminin, très courte durée	260,33	258,67	298,53	289,57	11,95%
341	01M382	Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 2	821,26	816,02	932,29	904,32	10,82%
340	01M381	Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 1	366,17	363,84	415,68	403,21	10,82%
342	01M383	Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 3	1 642,56	1 632,09	1 864,63	1 808,69	10,82%
343	01M384	Autres affections neurologiques concernant majoritairement la petite enfance, niveau 4	1 903,64	1 891,50	2 161,00	2 096,17	10,82%
3170	08M29T	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, très courte durée	388,96	386,48	441,11	427,88	10,71%
1747	05M07T	Thrombophlébites veineuses profondes, très courte durée	316,9	341,18	388,61	376,95	10,48%
2162	06M09T	Autres affections digestives, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	320,6	318,76	362,89	352,00	10,43%
3534	09M05T	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	316,76	314,74	351,58	341,03	8,35%
5904	15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	826,07	827,17	922,94	895,25	8,23%
2200	06M12T	Douleurs abdominales, très courte durée	310,24	308,26	343,44	333,14	8,07%
1813	05M05T	Syncopes et lipothymies, très courte durée	266,71	276,41	307,04	297,83	7,75%
2548	07M10T	Pancréatites aiguës, très courte durée	427,2	426,04	471,29	457,15	7,30%
4343	11M12T	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	270,76	269,73	297,75	288,82	7,08%
2201	06M18T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06, très courte durée	310,18	327,80	359,63	348,84	6,42%
533	02M08T	Autres affections oculaires d'origine non diabétique, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	294,56	292,68	317,72	308,19	5,30%
2198	06M20T	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif, très courte durée	423,57	420,87	456,76	443,06	5,27%

Principes de la construction tarifaire 2018

Economies Ciblées – Chirurgie :

- 70 M € d'économies au titre de la chirurgie (vs 171 M € en 2017) :
 - Il s'agit d'économies nettes c'est-à-dire que ces sommes ne seront pas redistribuées en faveur d'autres activités.
 - un effort d'économies légèrement plus important sur l'HC que sur la chirurgie ambulatoire
 - ✓ 40M€ sur l'HC et 30 M€ sur la chirurgie ambulatoire
 - Sur la chirurgie ambulatoire : prise en compte de l'amélioration des taux de chirurgie ambulatoire et poursuite de l'articulation des tarifs uniques avec les TIC tout en préservant les activités en phase de déploiement (classe 3) ainsi que celles de la classe 4.
 - Sur l'hospitalisation complète : poursuite de la réduction des sur financements

Principes de la construction tarifaire 2018

Economies Ciblées – Chirurgie :

⇒ En synthèse, les économies en chirurgie sont les suivantes (en M€):

	Ex DG	Ex OQN	Total
Chirurgie ambulatoire	-6,1	-24,3	-30,4
Chirurgie conventionnelle	-21,5	- 18,3	-39,8
Total	-27,6	-42,6	-70,2

Répartition de l'effort :

- 43% sur la CA / 57% sur la chirurgie conventionnelle
- 39% pour le secteur ex-DG / 61% pour le secteur ex-OQN

Analyse de la campagne tarifaire 2018 : les baisses !

GHS	GHM	LIBELLÉ	Tarif 2016	Tarif 2017	TARIF 2018	Tarif 2018 avec -3%	Evol
430	02C071	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	578,74	487,84	428,24	415,39	-14,85%
434	02C07J	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	578,74	487,84	428,24	415,39	-14,85%
3348	09C091	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, niveau 1	636,94	584,06	521,99	506,33	-13,31%
3352	09C09J	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique, en ambulatoire	636,94	584,06	521,99	506,33	-13,31%
659	03C141	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	308,88	278,70	249,28	241,80	-13,24%
663	03C14J	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	308,88	278,70	249,28	241,80	-13,24%
3338	09C071	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, niveau 1	529,79	508,94	460,11	446,31	-12,31%
3342	09C07J	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein, en ambulatoire	529,79	508,94	460,11	446,31	-12,31%
9616	28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	216,99	215,61	195,24	189,38	-12,16%
3319	09C031	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, niveau 1	578,22	544,95	503,83	488,72	-10,32%
3323	09C03J	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire	578,22	544,95	503,83	488,72	-10,32%
633	03C071	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	736	694,83	655,20	635,54	-8,53%
637	03C07J	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	736	694,83	655,20	635,54	-8,53%
3931	10M091	Obésité, niveau 1	1 101,60	1 093,70	1 032,27	1 001,30	-8,45%
4536	12C081	Circoncision, niveau 1	352,82	343,23	328,29	318,44	-7,22%
4540	12C08J	Circoncision, en ambulatoire	352,82	343,23	328,29	318,44	-7,22%
638	03C091	Rhinoplasties, niveau 1	651,92	632,57	605,67	587,50	-7,12%
642	03C09J	Rhinoplasties, en ambulatoire	651,92	632,57	605,67	587,50	-7,12%
3371	09C131	Interventions pour condylomes anogénitaux, niveau 1	348,32	327,18	316,09	306,61	-6,29%
3375	09C13J	Interventions pour condylomes anogénitaux, en ambulatoire	348,32	327,18	316,09	306,61	-6,29%
2534	07M081	Autres cirrheses et fibrose hépatique, niveau 1	608,44	601,99	582,08	564,62	-6,21%
3353	09C101	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, niveau 1	442,52	422,21	409,37	397,09	-5,95%
3357	09C10J	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire	442,52	422,21	409,37	397,09	-5,95%
272	01M211	Douleurs chroniques rebelles, niveau 1	1 082,70	1 064,21	1 034,33	1 003,30	-5,72%
4557	12C131	Stérilisation et vasoplastie, niveau 1	246,02	243,97	237,62	230,49	-5,52%
4563	12C13J	Stérilisation et vasoplastie, en ambulatoire	246,02	243,97	237,62	230,49	-5,52%
9606	28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	311,4	309,41	301,36	292,32	-5,52%
664	03C151	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	258,19	248,08	241,69	234,44	-5,50%
668	03C15J	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire	258,19	248,08	241,69	234,44	-5,50%

Principes de la construction tarifaire 2018

Economies Ciblées – Dialyse :

- Réalisation de 30M€ d'économies sur la dialyse en centre :
 - Répartition des économies dans la continuité des campagnes précédente : rapprochement vers les TIC des GHS concernés sur les deux secteurs
 - Ex-DG : Economie de 8,8M€, Sur financement ramené à +6% du TIC, Baisse du tarif de 1,4%
 - Ex-OQN : Economie de 21,2M€, Sur financement ramené à +6% du TIC, Baisse de 3,5% du tarif du GHS
- Exonérer la dialyse hors centre de l'effort d'économie Mais vigilance sur la cohérence entre le tarif de la dialyse en centre et celui de l'UDM
 - Impact sur le forfait D11 pour maintenir le même écart de tarifaire :
 - Baisse du D11 pour le secteur ex OQN, ce qui génère une économie de 11,8M€

Principes de la construction tarifaire 2018

Economies Ciblées – Dialyse :

⇒ En synthèse, les économies sont les suivantes (en M€):

	Ex DG	Ex OQN	Total
Dialyse en centre	-8,8	-21,2	-30
UDM D11	-	-11,8	-11,8
Total	-8,8	-33	-41,8

Répartition de l'effort : 21% pour le secteur ex-DG / 79% pour le secteur ex-OQN

Principes de la construction tarifaire 2017

Les économies non ciblées :

- Mettre à contribution, de manière large, les activités non modulées par ailleurs :
 - Périmètre : Séances de chimiothérapie, activités interventionnelles (K), activités de médecine (M/Z) : niveaux 3 et 4 et activités protégées des niveaux 1 et 2, chirurgie de niveau 4 et activités d'obstétrique et de néonatalogie (CMD 14 et 15)
- 65M€ d'économies réparties selon les modalités suivantes :
 - Ne concernent que les activités sur financées
 - Baisse des tarifs des activités sur financées avec un TIC bon /correct
 - Le % de chemin à parcourir vers le TIC est différencié:
 - 19% pour les activités non protégées,
 - 6% pour les activités protégées (avec un seuil de sur financement > 10%)

Principes de la construction tarifaire 2018

Les économies non ciblées :

⇒ En synthèse, les économies sont les suivantes (en M€):

	Ex DG	Ex OQN	Total
activité sur-financées, TIC bon/correct	59,8	5,5	65

Répartition de l'effort : 92% pour le secteur ex-DG / 8 % pour le secteur ex-OQN

⇒ Synthèse du plan d'économies de la campagne 2018:

		Ex DG	Ex OQN	Total
Chirurgie	Chirurgie ambulatoire	-6,1	-24,3	-30,4
	Chirurgie conventionnelle	-21,5	-18,5	-39,8
Radiothérapie		-10,2	-	-10,2
Total Economies Ciblées hors Dialyse		-37,8	-42,8	-80,4
Dialyse		-8,8	-33	-41,8
Total Economies Ciblées avec Dialyse		-46,6	-75,8	-122,2
Economies Non Ciblée		-59,8	-5,5	-65
Total Economies hors dialyse		-97,6	-48,3	-145,4
Total Economies		-106,4	-81,3	-187,2

Principes de la construction tarifaire 2018

Soutien exceptionnel à l'activité d'Obstétrique :

- Mettre les tarifs des AVB sans complication (14Z13A et 14Z14A) au TIC lorsque l'activité est sous financée
- Ajuster les tarifs des autres activités en fonction des règles tarifaires en vigueur
- Un financement, comme en 2016 et 2017 via une reprise globale sur la masse tarifaire ex-OQN, hors activité d'obstétrique.
- Secteur ex-DG : non concerné, les tarifs sont déjà au niveau des TIC (hors césariennes)

Résultats :

- Besoin de financement de 9,9 M€, avec une hausse moyenne des tarifs ciblés de 3%
 - Nécessité de diminuer les tarifs des autres GHM de -0,13%
- ⇒ Pérenniser les actions tarifaires sur l'Obstétrique fait partie des propositions de la FHP-MCO

Obstétrique

GHS	GHM	Libellé	Tarif 2017 JO	Tarif 2018 JO	Tarifs 2018 avec coeff CICE et Pacte	Ecart
5326	14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	1 806,33	1 922,9	1 865,21	3,26%
5490	14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	1 530,54	1 643,18	1 593,88	4,14%
5491	14Z13B	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, avec autres complications	1 715,30	1 842,7	1 787,42	4,20%
5495	14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	1 316,50	1 391,24	1 349,50	2,51%
5496	14Z14B	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, avec autres complications	1 475,07	1 559,33	1 512,55	2,54%
5904	15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	827,17	922,94	895,25	8,23%

⇒ Synthèse sur les éléments de construction de la campagne 2018:

	Evolutions au 1 ^{er} mars 2018			
	ex-OQN avant rebasage	ex-OQN y compris rebasage et avant coefficient de reprise	ex-OQN EBL après coefficient de reprise de -3%	ex-OQN EBNL après coefficient de reprise de -1,5%
HAD	0,7%	4,0%	1,0%	2,5%
Dialyse (hors centre)	-1,4%	1,9%	-1,1%	0,4%
PO/SE/ATU/FFM	0,0%	3,3%	0,3%	1,8%
Total GHS	-0,8%	2,5%	-0,5%	1,0%
<i>Dont GHS hors dialyse</i>	-0,6%	2,7%	-0,3%	1,2%
<i>Dont GHS dialyse</i>	-3,1%	0,2%	-2,8%	-1,3%
Total suppléments	3,6%	6,9%	3,9%	5,4%
<i>Dont suppléments hors transport</i>	0,0%	3,3%	0,3%	1,8%
Evolution globale moyenne	-0,5%	2,8%	-0,2%	1,3%



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Les études d'impacts

Simulations tarifaire 2018 hors Dialyse et Chimiothérapie

Catégorie d'Activité de Soins (CAS)	Nbre de séjours 2016	CA_2017	CA_2018	CA_2018 avec minoration - 2,95%	Différence	%
C	3 255 990	4 036 522 879	4 129 125 871	4 007 316 658	-29 206 221	-0,72%
K	2 023 226	1 118 490 691	1 153 106 382	1 119 089 744	599 053	0,05%
M	1 092 830	1 073 294 833	1 115 649 653	1 082 737 988	9 443 155	0,88%
Z	234 720	340 404 374	357 978 753	347 418 380	7 014 005	2,06%
Total général	6 606 766	6 568 712 776	6 755 860 659	6 556 562 769	-12 150 007	-0,18%

Activité de Soins (ASO)	Nbre de séjours 2016	CA_2017	CA_2018	CA_2018 avec minoration - 2,95%	Différence	%
C	3 570 865	4 151 965 705	4 246 424 792	4 121 155 260	-30 810 445	-0,74%
M	2 794 728	2 108 769 794	2 183 260 220	2 118 854 044	10 084 250	0,48%
O	241 173	307 977 277	326 175 647	316 553 466	8 576 188	2,78%
Total général	6 606 766	6 568 712 776	6 755 860 659	6 556 562 769	-12 150 007	-0,18%

Sévérité	Nbre de séjours 2016	CA_2017	CA_2018	CA_2018 avec minoration -2,95%	Différence	%
1	1 421 389	2 003 289 266	2 049 022 384	1 988 576 224	-14 713 042	-0,73%
2	362 653	968 196 899	995 730 173	966 356 133	-1 840 766	-0,19%
3	163 848	567 273 591	586 285 370	568 989 951	1 716 361	0,30%
4	50 874	284 014 556	293 768 459	285 102 289	1 087 734	0,38%
A	315 880	356 527 964	376 021 991	364 929 342	8 401 378	2,36%
B	57 119	59 413 602	64 377 725	62 478 582	3 064 981	5,16%
C	4 278	9 206 148	9 510 948	9 230 375	24 227	0,26%
D	485	1 039 177	1 073 398	1 041 732	2 555	0,25%
E	2 365	1 167 950	1 198 817	1 163 452	-4 498	-0,39%
J	3 128 819	1 701 211 205	1 738 806 878	1 687 512 075	-13 699 130	-0,81%
T	387 023	155 727 616	164 257 825	159 412 220	3 684 603	2,37%
Z	712 033	461 644 802	475 806 691	461 770 394	125 592	0,03%
Total général	6 606 766	6 568 712 776	6 755 860 659	6 556 562 769	-12 150 007	-0,18%

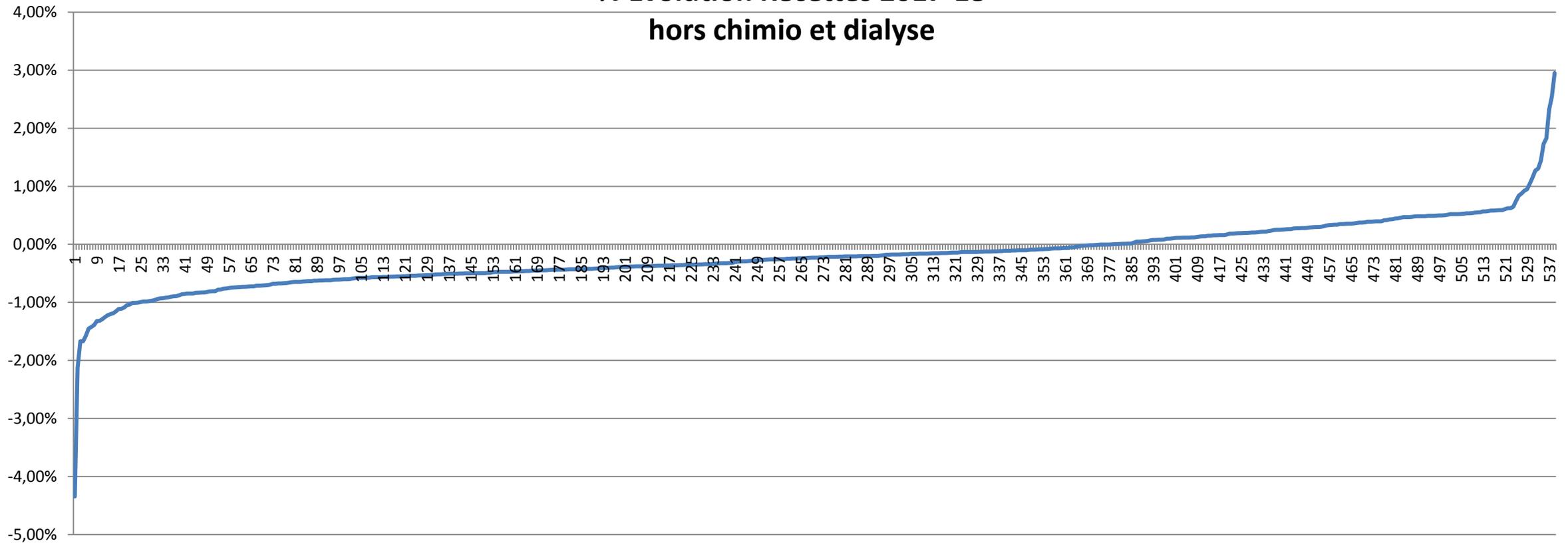
Simulations tarifaire 2018

CMD	Nbre de séjours 2016	CA_2017	CA_2018	CA_2018 avec minoration -2,95%	Différence	%
01	203 308	172 744 113	178 250 434	172 992 046	247 933	0,14%
02	707 547	515 798 951	532 375 817	516 670 731	871 779	0,17%
03	524 272	287 911 396	293 486 315	284 828 469	-3 082 927	-1,07%
04	115 619	181 087 208	186 716 007	181 207 885	120 677	0,07%
05	565 993	938 507 216	965 420 306	936 940 407	-1 566 809	-0,17%
06	1 587 361	1 019 255 849	1 049 801 064	1 018 831 933	-423 916	-0,04%
07	126 497	174 736 428	178 495 875	173 230 247	-1 506 181	-0,86%
08	934 910	1 358 240 864	1 390 991 823	1 349 957 564	-8 283 300	-0,61%
09	317 326	224 796 361	224 071 367	217 461 261	-7 335 100	-3,26%
10	91 245	189 966 343	191 862 711	186 202 761	-3 763 582	-1,98%
11	245 349	275 709 922	284 910 582	276 505 720	795 797	0,29%
12	186 588	185 699 413	190 141 322	184 532 153	-1 167 260	-0,63%
13	218 987	211 103 985	217 504 116	211 087 745	-16 240	-0,01%
14	241 173	307 977 277	326 175 647	316 553 466	8 576 188	2,78%
15	185 278	138 277 161	145 471 552	141 180 141	2 902 980	2,10%
16	37 468	48 190 656	50 027 297	48 551 491	360 836	0,75%
17	33 677	45 205 023	46 380 692	45 012 461	-192 562	-0,43%
18	9 256	15 328 855	15 886 177	15 417 535	88 680	0,58%
19	8 785	9 614 169	9 998 413	9 703 460	89 291	0,93%
20	16 556	12 468 954	12 885 687	12 505 559	36 605	0,29%
21	27 071	33 425 900	34 569 098	33 549 310	123 410	0,37%
22	279	365 557	378 409	367 246	1 689	0,46%
23	187 406	207 103 884	214 218 848	207 899 392	795 509	0,38%
25	133	439 364	454 471	441 064	1 700	0,39%
26	230	1 447 656	1 495 591	1 451 471	3 815	0,26%
28	34 452	13 310 270	13 891 037	13 481 252	170 981	1,28%
Total général	6 606 766	6 568 712 776	6 755 860 659	6 556 562 769	-12 150 007	-0,18%

Ambulatoire

CAS	Nb séjours 2016 0 nuit	CA 2017 0 nuit	CA 2018 0 nuit	CA 2018 0 nuit avec minoration -2,95%	Différence	%
C	1 885 732	1 233 352 599	1 255 437 996	1 218 402 575	-14 950 023	-1,21%
K	1 749 642	734 663 952	757 340 452	734 998 909	334 957	0,05%
M	216 016	70 521 249	74 665 986	72 463 339	1 942 090	2,75%
Z	36 994	16 226 249	16 888 890	16 390 668	164 419	1,01%
Total général	3 888 384	2 054 764 049	2 104 333 325	2 042 255 492	-12 508 557	-0,61%

% Evolution Recettes 2017-18 hors chimio et dialyse



Focus MIG Précarité

MIG PRECARITE

Rappel du Contexte

La CMU de base disparaît !

*La création de la Puma implique que chaque Français bénéficiera, sous condition de résidence ou de travail en France, de **droits ouverts à vie** pour bénéficier d'une assurance maladie.*

*Par conséquent, la couverture maladie universelle de base (CMU) n'a plus de raison d'être et est supprimée. En revanche, la **CMU complémentaire** (CMU-C) continue d'exister, et permet aux assurés à qui elle est attribuée de bénéficier d'une **mutuelle gratuite** pour le remboursement de leurs frais de santé.*

Construction d'un nouveau modèle de financement MIG Précarité en 2018

De par la disparition de la CMUb, la nécessité d'une actualisation du modèle s'impose à tous dès 2018. Par ailleurs, il est constaté que les séjours SU, AME et ACS sont significativement plus long que pour les patients n'ayant ces marqueurs de précarité.

Les indicateurs retenus pour le modèle de financement 2018 sont les suivants :

- Séjours CMUC,
- Séjours ACS,
- Séjours AME
- Séjours Soins Urgences.

Le seuil qui était de 10,5% (avec la CMUb qui n'existe plus) est donc « recalé » à la lumière de l'évolution des critères, soit un taux observé de 13%. Un seuil plancher d'enveloppe est maintenu à 40 KE et un rattrapage des établissements ayant 7000 séjours précaires est toujours effectué.

L'enveloppe est maintenue à 158,8 millions d'euros avec respect des enveloppes Ex-DGF et Ex-OQN.

Par ailleurs, trois compartiments supplémentaires sont envisagés par financement dit « nouvelles mesures » :

- *Un compartiment supplémentaire est attribué aux établissements ayant un taux de patients précaires supérieur à 40%, en raison des surcoûts spécifiques engendrés.*
- *Un compartiment supplémentaire AME pour les établissements ayant un nombre d'AME supérieur à 2%*
- *Un compartiment supplémentaire SU pour les établissements ayant un nombre d'AME supérieur à 2%*

Ces trois compartiments sont financés par une enveloppe nouvelle (dites mesures nouvelles) à hauteur de 30 millions d'euros sans distinction de secteur. Seuls les critères comptent.

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.

Un Principe retenu

- « Le Prescripteur est financé par la MERRI » et « l'Effecteur adresse une facture au Prescripteur »

Cette instruction clarifie les circuits de financement et de facturation **mais elle ne règle pas l'ensemble des problématiques, et, en particulier, la question de la dimension de l'enveloppe**. Cette instruction le rappelle en précisant que « Cette dotation est une enveloppe de crédits limitative. La répartition de cette dotation entre les établissements de santé participant à cette mission d'intérêt général est calculée à l'aide des données d'activité remontées par les établissements » .../... Dans ce nouveau schéma, l'intégralité du reste à charge, le cas échéant, repose sur l'établissement de santé prescripteur.

Cependant, et dans l'attente de régler la question du dimensionnement de l'enveloppe limitative, cette instruction rappelle aussi un point important :

« Conformément aux dispositions de l'article R. 162-17 du code de la sécurité sociale (CSS), en cas de transmission d'échantillons biologiques entre deux laboratoires, le laboratoire effecteur transmet au laboratoire prescripteur le tarif de chacun des examens effectués.

Ces tarifs sont fixés sur la base des valorisations indicatives des listes publiées sur le site du ministère chargé de la santé, en tenant compte des phases de l'analyse réalisées dans le laboratoire effecteur (pré-analytique, analytique et/ou post-analytique). »

Le dispositif transitoire

La délégation en 2018 au titre de l'activité 2017

La délégation de la dotation 2018 au titre de l'activité assurée en 2017 sera établie à l'aide des données d'activité remontées via le logiciel FICHSUP en début d'année 2018, après les contrôles de cohérence.

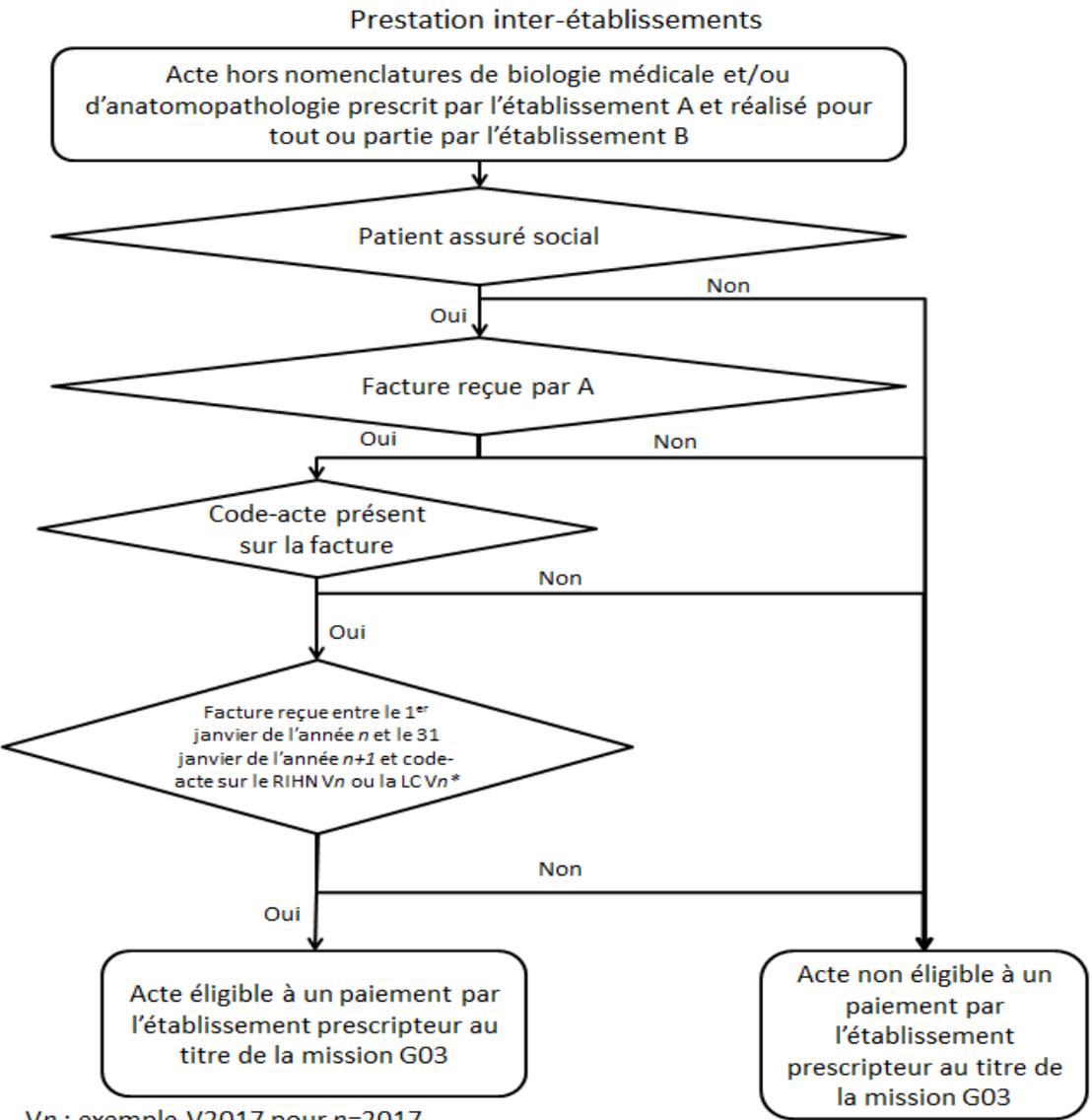
Les calculs de répartition de cette dotation prendront en compte les données du tableau G51 de FICHSUP avec, pour la partie de la dotation déléguée à l'activité, une délégation aux établissements de santé effecteurs.

La délégation en 2019 au titre de l'activité 2018 et les délégations à partir de 2020

La délégation de la dotation 2019 au titre de l'activité assurée en 2018 sera établie à l'aide des données d'activité remontées via le nouveau logiciel dédié, après les contrôles de cohérence ?

Les calculs de répartition de cette dotation prendront en compte l'ensemble des données remontées à l'aide de ce nouveau logiciel afin d'appliquer effectivement la règle du prescripteur – délégation de la dotation au prescripteur et facturation par l'effecteur.

Les délégations à partir de 2020 suivront le même schéma que la dotation 2019. Dans ce nouveau schéma, l'intégralité du reste à charge, le cas échéant, repose sur l'établissement de santé prescripteur.



Vn : exemple V2017 pour n=2017

Intégration des transports dans les tarifs au 1er octobre 2018

Le gouvernement a arbitré en faveur du maintien du dispositif sans report au 1^{er} mars 2019, mais avec un report au 1^{er} octobre 2018

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 de septembre 2017

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.

Transport entre deux établissements
relevant du périmètre de l'article 80

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

1. Transfert définitif d'un patient hospitalisé



L'Établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A, quel que soit le champ d'activité de l'établissement B.

Sont ainsi visés les transports pour transfert définitif vers le MCO, les SSR, la psychiatrie ou l'HAD.

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Seul importe que le patient ait été préalablement hospitalisé au sein de l'établissement A avant le transfert.

Dans ce cas de figure, si l'établissement A relève du champ MCO, il facturera en sus de son GHS un supplément pour transport définitif.

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

2. Transport provisoire (hors séance de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse) d'un patient hospitalisé entre deux établissements relevant du même champ d'activité



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A, sous réserve que l'établissement B relève du même champ d'activité.

Sont ainsi visés les transports pour transfert provisoire vers le MCO, les SSR, la Psychiatrie ou l'HAD relevant d'un champ d'activité identique (MCO vers MCO, SSR vers SSR, PSY vers PSY).

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Seul importe que le patient ait été préalablement hospitalisé au sein de l'établissement A avant le transfert.

Dans ce cas, l'établissement A assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

3. Transport en lien avec une permission de sortie à visée thérapeutique



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transporté vers son domicile ou vers une structure assimilée (EHPAD).

Dans ce cas de figure, l'établissement assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

Point d'attention : toute prescription de transport dans le cadre d'une permission de sortie qui aurait été réalisée par une autre structure que l'établissement de santé dans lequel le patient est rattaché ne saurait être facturé audit établissement. Ce transport, non pris en charge par l'assurance maladie, est de fait facturé au patient.

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

4. Transport provisoire de patient hospitalisé vers une structure libéral ou un centre de santé (hors radiothérapie en ville)



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré.

Dans ce cas de figure, l'établissement assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

Point d'attention : en cas de transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en ville, le transport correspondant demeure facturable à l'assurance maladie.

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

5. Transport provisoire pour réalisation d'une séance de dialyse hors centre



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A. Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Dans ce cas de figure, si l'établissement A relève du champ MCO, il facturera en sus de son GHS et du forfait D (correspondant au traitement de dialyse) un supplément pour transport provisoire.

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

6. Transport provisoire pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre, de radiothérapie



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement B. Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Dans ce cas de figure, l'établissement B facturera en sus de son GHS (correspondant à la séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie) un supplément pour transport provisoire.

Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

7. Transfert provisoire entre deux champs d'activité différent (PIA)



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement B.

Sont visés les transferts provisoires entre deux champs d'activités distincts (SSR vers MCO essentiellement).

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Dans ce cas de figure, l'établissement B assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

**Transfert entre deux établissements
en dehors du champ de l'article 80
(facturables à l'assurance maladie dans les conditions
définies à l'article R. 322-10 et suivants)**

Transfert entre deux établissements en dehors du champ de l'article 80 (facturables à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 et suivants)

1. Transport inter établissement avec recours à un bateau / avion



2. Transport inter – établissement d'un patient non hospitalisé au moment du transfert



Point d'attention : un patient passant par une unité d'UHCD puis transféré vers un autre établissement est considéré comme hospitalisé. Le transport est donc à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré.

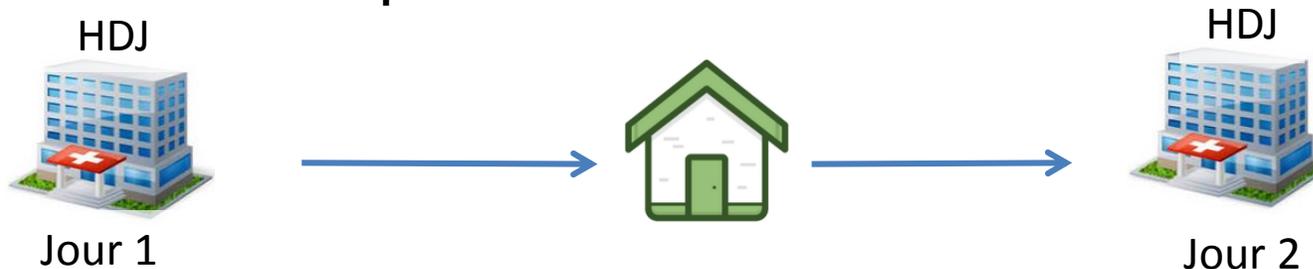
Transfert entre deux établissements en dehors du champ de l'article 80 (facturables à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 et suivants)

3. Transport sanitaire entre deux établissements effectué dans le cadre de l'AMU



Point d'attention : le transport sanitaire effectué dans le cadre de l'aide médicale urgente à la demande du SAMU Centre 15 demeure facturable par le transporteur à l'Assurance maladie.

4. Transport pour « sortie définitive » puis réadmission



Ce cas de figure est relativement classique en SSR.

Sont ici visées des hospitalisations de jour successives. Dans ce cas de figure, chaque journée correspond à une « seule » hospitalisation. Les transports en amont ou en aval sont considérés comme des transports primaires (le patient n'étant plus hospitalisé au moment du transfert), facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

Transfert entre deux établissements en dehors du champ de l'article 80 (facturables à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 et suivants)

5. Transport depuis ou vers un EHPAD (hors permission de sortie)



6. Transport depuis ou vers un USLD

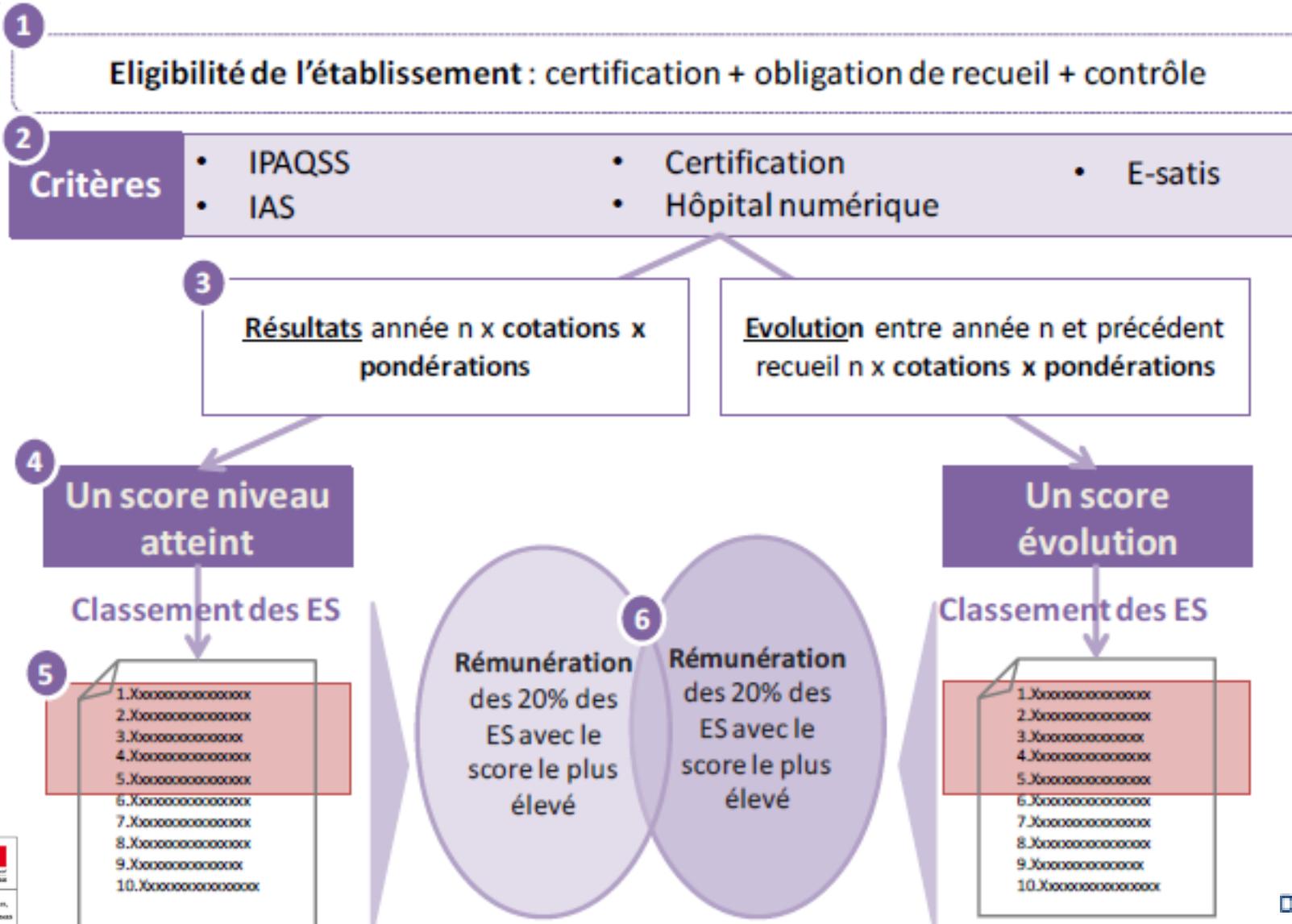
USLD



7. Transport prescrit par une structure hospitalisation à domicile



IFAQ 2018



- Principe :
 1. Transforme les résultats des indicateurs en nombre de points
 2. Agrège les résultats pour obtenir un « score établissement »
 3. Convertit ces points en paiement

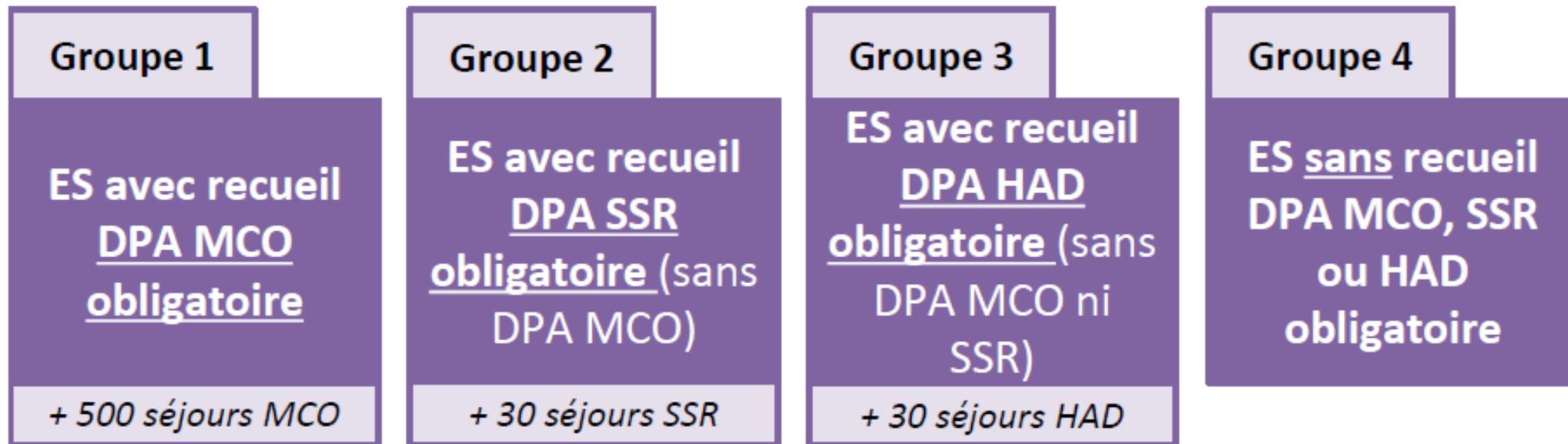
Les Principes de la Valorisation:

- ⊙ **Exclusion du financement** : Critères d'éligibilité liés
 - Au niveau de la certification
 - A l'obligation de recueil
 - Au contrôle qualité
- ⊙ Le montant de la rémunération est fonction du score établissement:
 - Classement en fonction du score agrégé (performance relative)
 - Nombre restreint d'établissement pouvant bénéficier d'un financement: Sélection des X% meilleurs
- ⊙ La rémunération est encadrée : existence d'un plancher (50K€) et d'un plafond
- ⊙ La rémunération est un pourcentage du budget Assurance Maladie (« Base MCO » hors MIG/MO/DM) avec 3 tranches de rémunération :
 - 1er tiers des rémunérés : 0,5 % et plafond 500k€
 - 2ème tiers des rémunérés : 0,4% et plafond 400k€
 - 3ème tiers des rémunérés : 0,3% et plafond 300k€

IFAQ 1 et IFAQ 2

Rappel 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 :



⇒ 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.

- L'arrêté du 28 février 2018 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'établissement de santé
 - l'arrêté « unique » publié le 04/03/2017

- Il fixe la liste des indicateurs obligatoires par champs d'activité (MCO, HAD, SRR, PSY, SLD), et en distinguant pour le MCO, l'HAD et le SSR, si ces indicateurs sont obligatoires pour la diffusion publique et/ou pour le calcul de la dotation complémentaire IFAQ.

4 mars 2018 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 18 sur 104

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 28 février 2018 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'établissement de santé

NOR : SSAH18058444

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1, L. 6161-2-2 et D. 6111-23 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 161-37, L. 162-23-15 et R. 162-36,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La liste des indicateurs obligatoires mentionnée à l'article R. 162-36 du code de la sécurité sociale, identifiant ceux dont les résultats doivent être mis à disposition du public en application des articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du code de la santé publique, et ceux retenus pour le calcul du montant de la dotation complémentaire prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, figure en annexe 1 du présent arrêté.

Les établissements de santé recueillent les données nécessaires au calcul des indicateurs susmentionnés, via les outils informatiques mis à leur disposition par la Haute Autorité de santé et le ministère chargé de la santé.

Art. 2. – Les résultats des indicateurs mis à la disposition du public sont publiés chaque année sur le site internet d'information des usagers sur la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements de santé, Scope Santé (www.scopesante.fr). La liste de ces indicateurs figure en annexe 2.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication, l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant.

Art. 3. – I. – Les résultats des indicateurs, que chaque établissement de santé met à la disposition du public, sont récapitulés dans sa fiche de publication disponible sur Scope Santé.

Lorsque l'établissement de santé choisit d'utiliser un autre support que la fiche mentionnée à l'alinéa précédent, le support de diffusion qu'il utilise reprend les informations dans leur intégralité, et de manière claire et compréhensible pour les usagers et leurs représentants. Ces résultats sont distingués d'autres types d'information.

II. – Dès l'entrée dans l'établissement de santé, les usagers peuvent prendre connaissance des résultats des indicateurs mentionnés à l'article 2. Ils sont diffusés *a minima* par :

1^o Un affichage dans les principaux lieux de passage, notamment dans les lieux d'accueil ;
2^o L'insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil ou la remise au patient d'un document dédié ;
3^o La mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé, s'il dispose d'un site.

Art. 4. – L'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'établissement de santé est abrogé.

Art. 5. – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 février 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
C. COURBÈGES*

IFAQ 2018 – Indicateurs pris en compte

2

Critères

- IPAQSS
- IAS
- Certification
- Hôpital numérique
- E-satis

- 2018: Année de recueil des indicateurs transversaux dont DPA MCO
- Attention, Prise en compte dans IFAQ 2018 :
 - de 3 nouveaux indicateurs en chirurgie ambulatoire : Evaluation de l'éligibilité à l'admission (CA-ELIG), Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA-DLR) et Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA-EPSS) bien qu'ils ne soient pas soumis à diffusion publique
 - de l'indicateur résultat « évènements thrombo-emboliques après pose de PTH - hors fracture- ou de genou » (ETE-ORTHO) mesuré directement à partir du PMSI MCO
 - de l'indicateur e-satis chirurgie ambulatoire
 - évolutions liées au recueil des indicateurs obligatoires : ICSHA.3 (liée à l'évolution d'ICSHA.2 vers ICSHA.3), QLS (qualité de la lettre de liaison à la sortie), ...

Focus sur la circulaire frontière

Réunion Présentation Campagne Tarifaire 2018:

Accompagnement du développement de la médecine ambulatoire et perspective relative à la circulaire frontière

- Face au besoin de clarifier la situation actuelle et d'apporter de la visibilité, la DGOS annonce :
 - Elaboration d'un nouveau corpus juridique pour la campagne 2019, via notamment une médicalisation de l'approche des modalités de financement des prises en charge fondée sur l'analyse de pathologies traceuses :
 - Diabète dans un 1er temps, en s'appuyant sur les travaux engagés avec les professionnels
 - Poursuite des travaux sur les pathologies à fort enjeu en matière de contrôle
 - Annonce d'un moratoire

Réunion Présentation Campagne Tarifaire 2018:

Accompagnement du développement de la médecine ambulatoire et perspective relative à la circulaire frontière

- En parallèle d'autres travaux sont engagés :
 - Etude de la possibilité de mise sous entente préalable des prises en charge en HDJ médicales sur la base de recommandations HAS existantes
 - Accompagnement des ES pour mettre en place des organisations efficientes pour les unités ambulatoires de médecine en s'appuyant sur les travaux ANAP relatif à l'organisation propre des structures HDJ et à leur articulation avec les autres circuits de l'ambulatoire
 - Réflexion sur l'élargissement de la prestation intermédiaire et les modalités de transposition en ES des consultations complexes et très complexes



A vos agendas !

15^{ème} Club des Médecins DIM

Fin novembre / début décembre

Journée Métiers – FHP-MCO

26, 27 ou 28 Juin

(sous réserve)

À Paris !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



Nous remercions notre partenaire :



DÉJEUNER

Evolutions des outils ATIH : Druides, Solféges et Plage

Intervention de

Dr Aliréza BANAEI,

Responsable du pôle Système de recueil de l'information médicale au sein du service Architecture et Production Informatiques

Dr Carole LÉ LEPLAT,

pôle MCO/HAD au sein du service Classifications, Information Médicale et Modèles de financement

Emmanuel THAMMAVONG,

chef de service adjoint, service Architecture et Production Informatiques

ATIH

La parole est à vous

La Campagne Tarifaire 2018

LA CAMPAGNE TARIFAIRE MCO

Intervention de

Thierry BECHU – Délégué Général FHP-MCO,

Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,

Dr Marie-Paule CHARLOT – Médecin DIM Partenaire FHP-MCO

Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO



A vos agendas !

15^{ème} Club des Médecins DIM

Fin novembre / début décembre

Journée Métiers – FHP-MCO

26, 27 ou 28 Juin

(sous réserve)

À Paris !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



QUESTIONS DIVERSES

Nous remercions notre partenaire :



Merci pour votre
participation !



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

www.fhpmco.fr