



Jeudi 2 Avril 2015

BIENVENUE!

10h00 à 16h30

ORDRE DU JOUR

Matinée

10h00 - 10h30 : Analyse du Questionnaire à destination des DIM

10h30 - 11h30 : Table ronde « retour d'expérience sur l'expérimentation des contrôles T2A »

En présence de:

Dr André RODACH, Directeur Adjoint – Information Médicale Groupe - GIE Vivalto Santé Management

Dr Denis REVIRON, Médecin DIM – Clinique Chirurgicale MARZET

Dr Jérôme FERNANDES, Médecin DIM – Groupe Oc Santé

11h30 - 12h30 : Table ronde « Organisation de l'Information Médicale et Externalisation »

En présence de :

Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO

Dr Pierre METRAL et Dr Stéphane QUESNOT – SoFIMe, Société Francophone de l'Information Médicale

Dr Gilles HEBBRECHT – Chef de projet Simphonie, mission dématérialisation DGOS

12h30 - 13h45 : Déjeuner

ORDRE DU JOUR

Après-midi

13h45 - 16h30 : Présentation de la campagne et de la classification 2015 : Classification v11g, Guide Méthodologique, Campagne Tarifaire 2015

✓ **Nouveautés liées à l'information médicale 2015 :**

En présence du Dr Eric EKONG, responsable du pôle MCO/HAD au sein du service Classifications, Information Médicale et Modèles de financement de l'ATIH,

✓ **Travaux menés concernant la fiabilité des TICS:**

En présence de Clément RALLET & Océane CORNIC, du pôle Allocation de ressources aux établissements de santé au sein du service Financement des établissements de santé de l'ATIH

✓ **Versant tarifaire de la campagne 2015 : impact de la campagne, dégressivité...**

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

Analyse du Questionnaire à destination des DIM

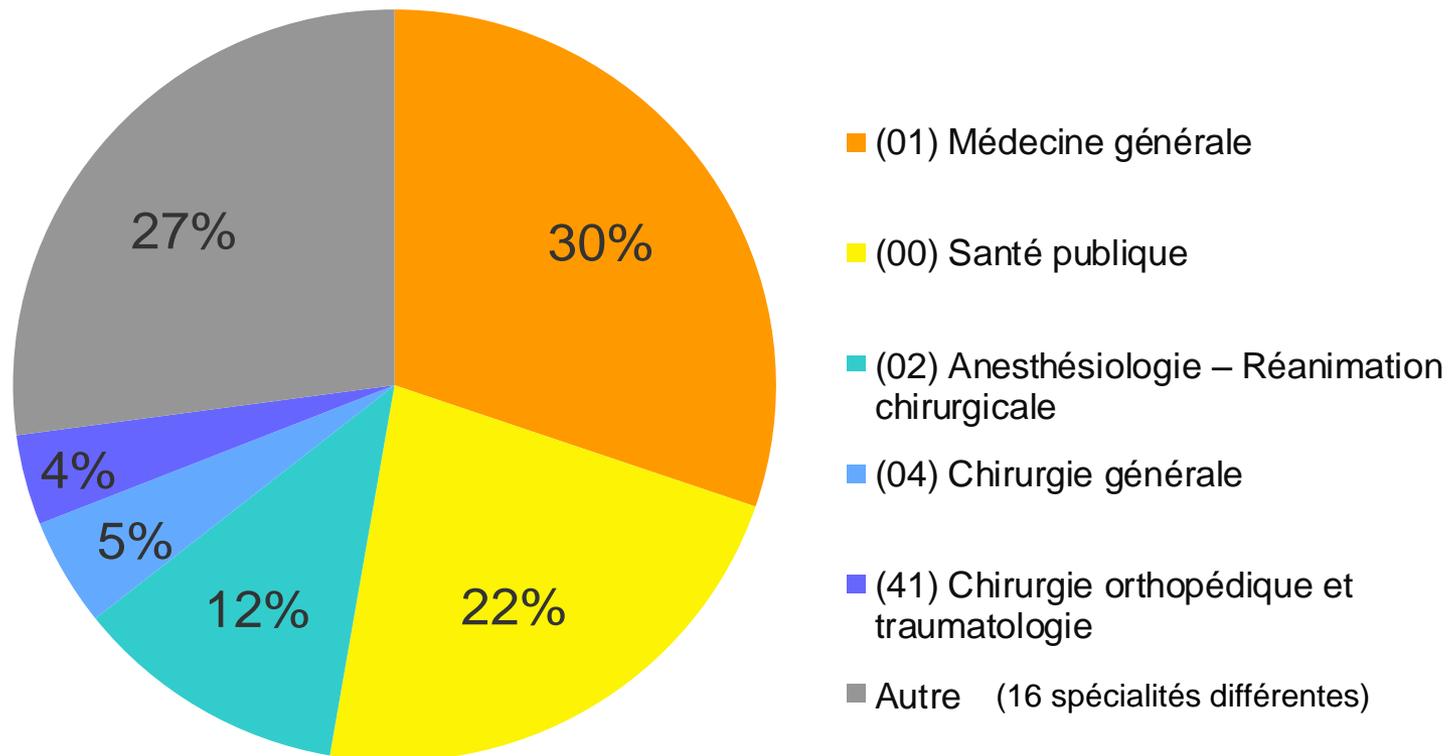
➤ Objectifs:

- Dresser un état des lieux des DIM du secteur privé
- Mieux identifier les besoins pour continuer de les accompagner au mieux.

➤ La Méthodologie:

- Questionnaire envoyé par mail (lien surveymonkey) aux médecins DIM des établissements adhérents à la FHP-MCO (450 adresses)
- Questionnaire anonyme
- Nombre de réponses : 134 médecins DIM ont répondu
- Les réponses ont été recueillies du 29 octobre au 24 novembre 2014

22 spécialités représentées



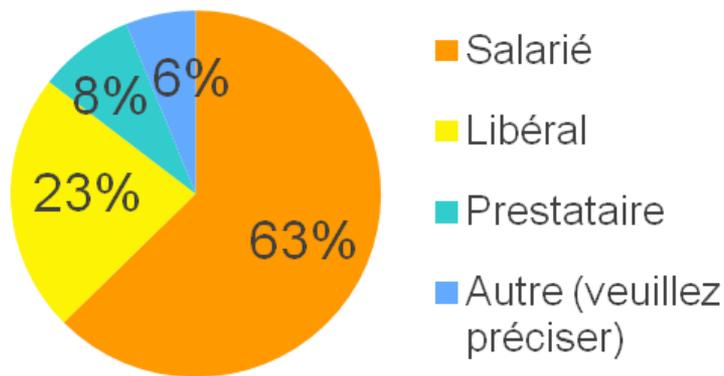
AUTRE : (00) Service d'urgences, (03) Pathologie cardio-vasculaire, (06) Radiodiagnostic et Imagerie médicale, (07) Gynécologie obstétrique, (08) Gastro-entérologie, (10) Neurochirurgie, (11) Oto Rhino Laryngologie, (13) Pneumologie, (15) Ophtalmologie, (17) Neuro psychiatrie, (31) Médecine physique et de réadaptation, (42) Endocrinologie et métabolismes, (43) Chirurgie infantile, (46) Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, (48) Chirurgie vasculaire, (49) Chirurgie viscérale et digestive

Fonction des répondants

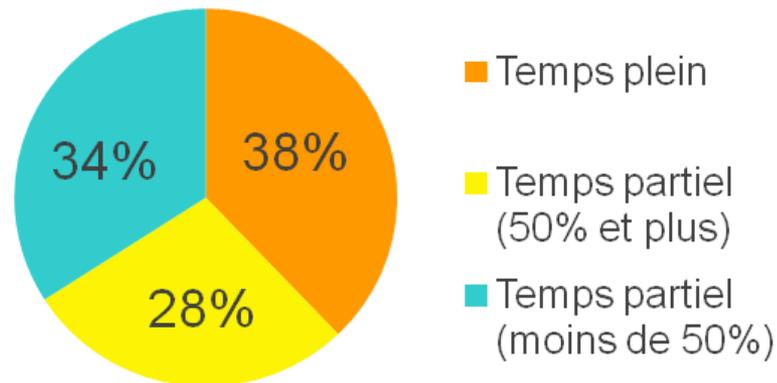
93 % des répondants sont des responsables DIM

Autre : Consultant, Coordinateur SIH patient, Expert en complément des médecins en charge du DIM dans les établissements ex-OQN et comme responsable dans l'ex DG, Médecin DIM groupe, Nouveau chirurgien installé depuis mai 2014, PH.

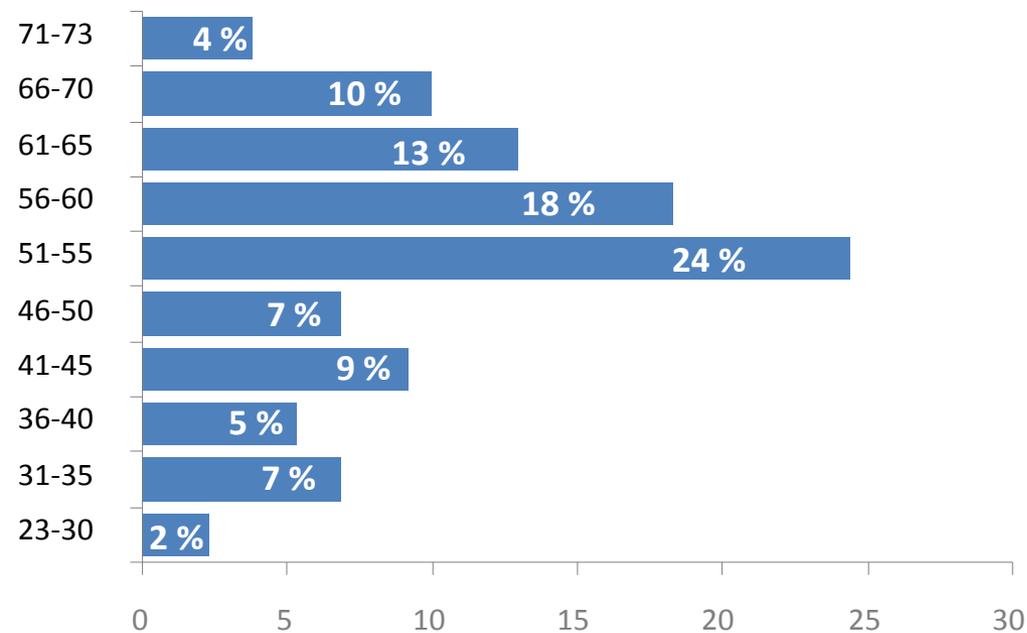
Statut



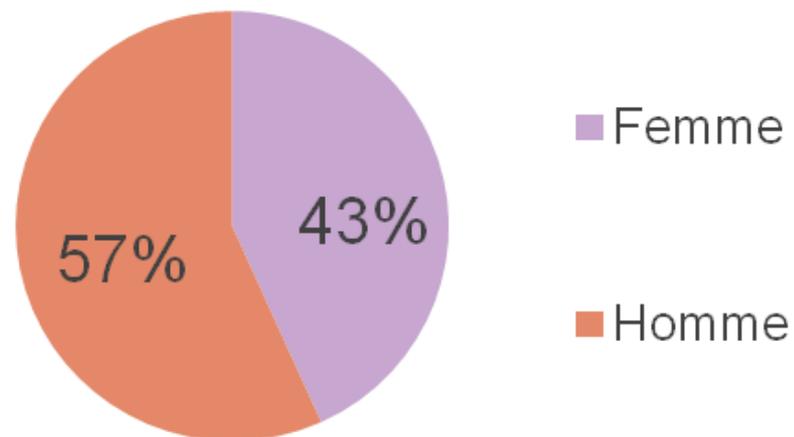
Temps de travail



Age moyen : 53,5 ans

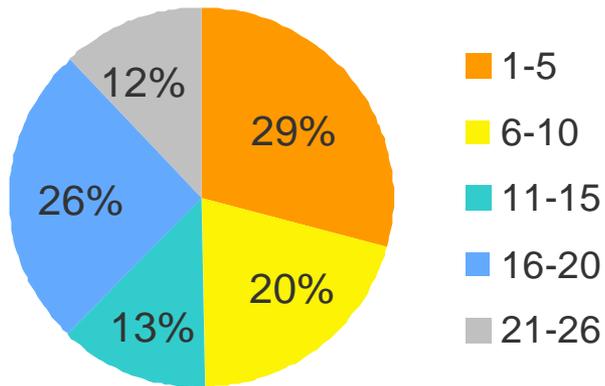


Genre



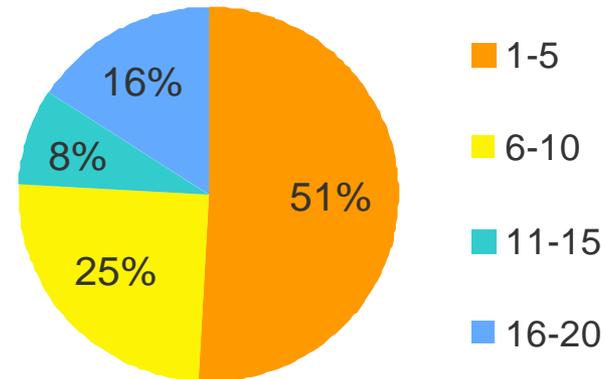
Ancienneté

Ancienneté dans le métier DIM



En moyenne : 11,8 ans

Ancienneté avec employeur actuel



En moyenne : 7,1 ans

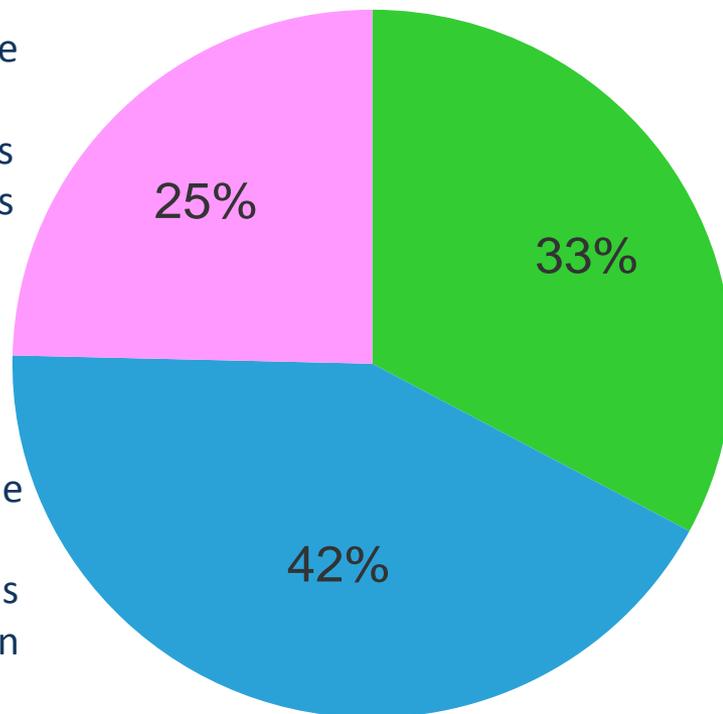
Type d'établissement (1)

4,5

c'est le nombre d'établissements en moyenne dans lesquels travaille un médecin DIM qui exerce dans plusieurs établissements sans lien juridique

4,5

c'est le nombre d'établissements en moyenne dans lesquels travaille un médecin DIM qui exerce dans plusieurs établissements d'un même groupe



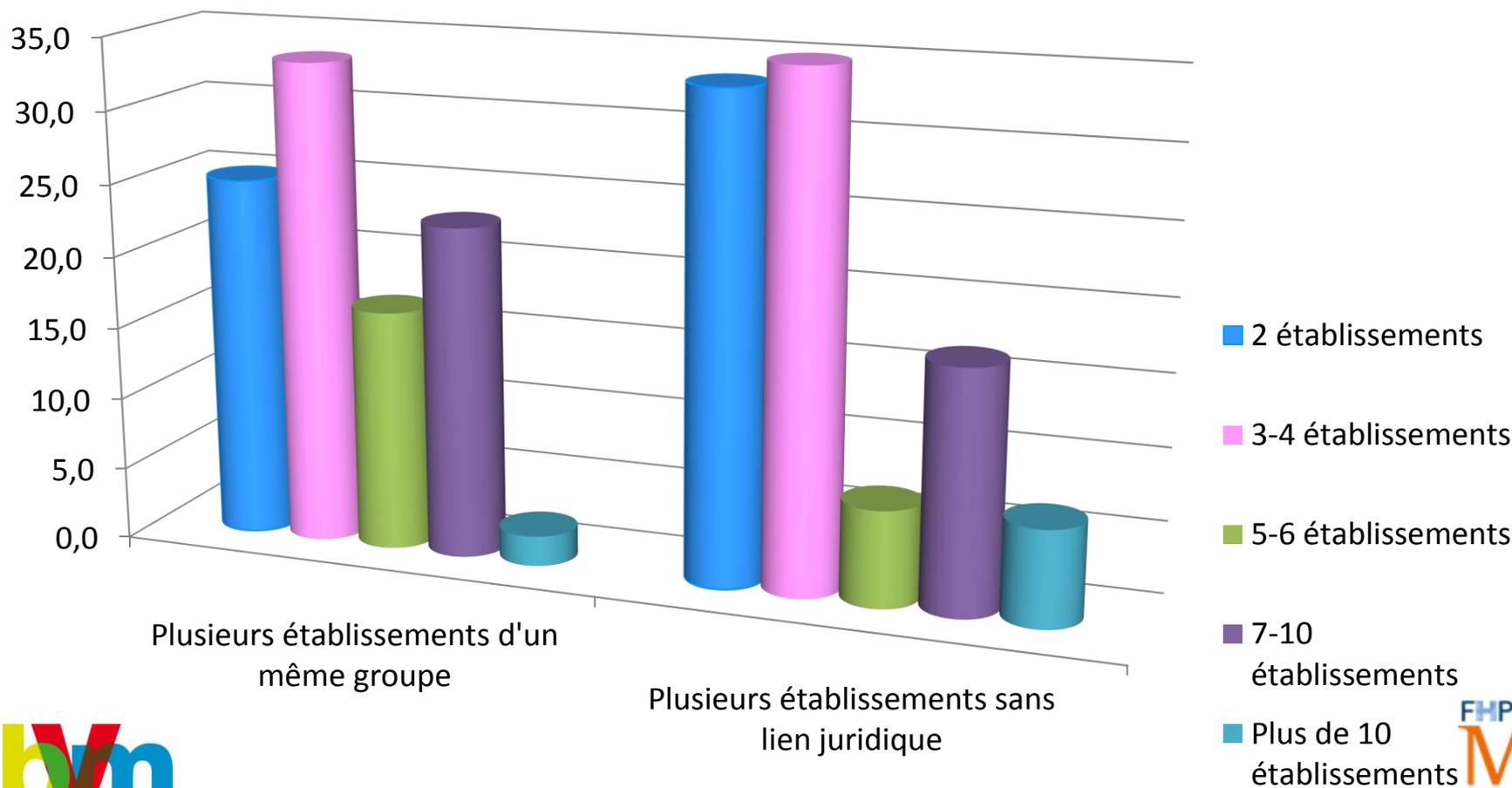
■ Un seul établissement

■ Plusieurs établissements d'un même groupe

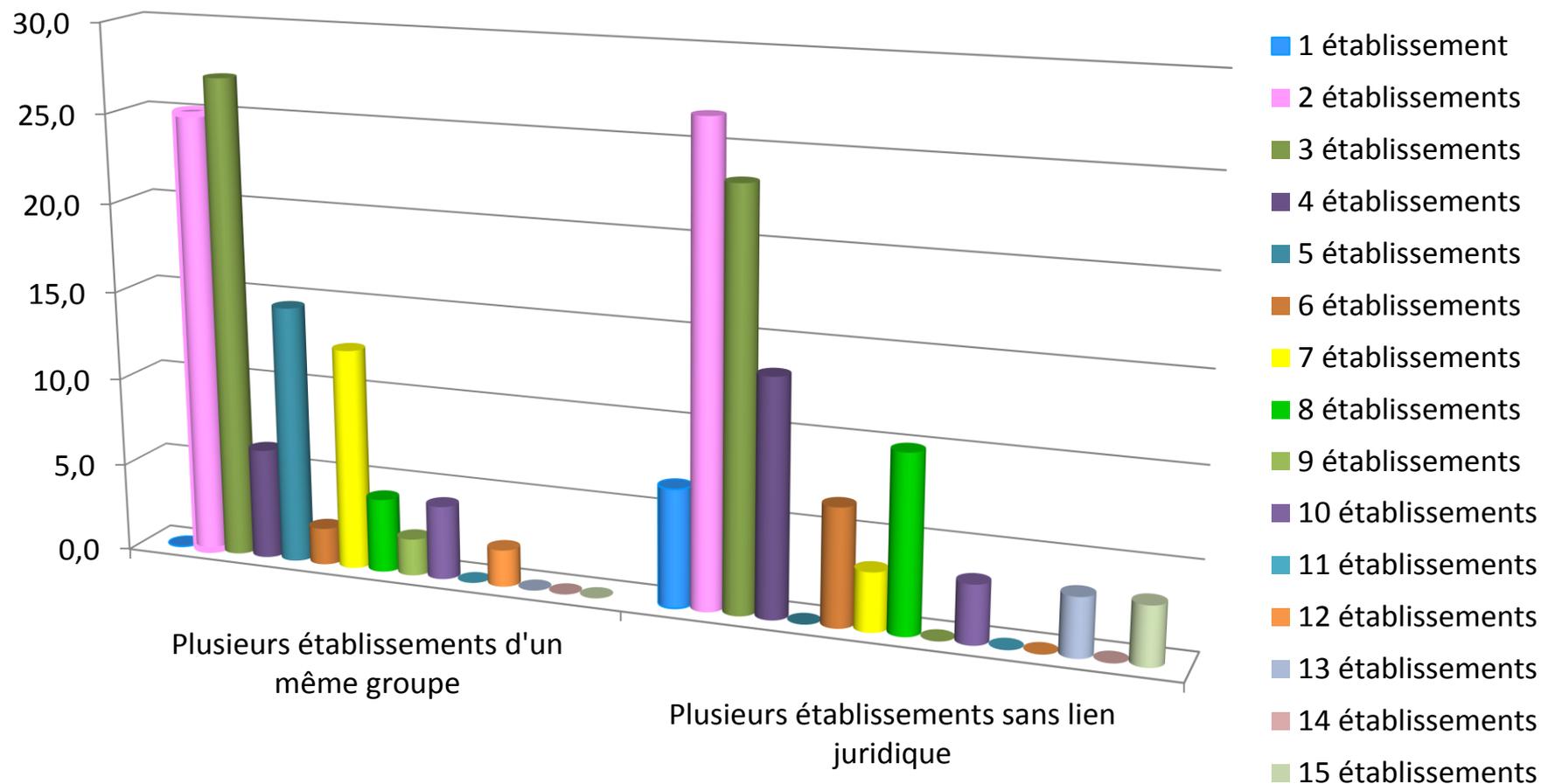
■ Plusieurs établissements sans lien juridique

⇒ Les réponses à ce questionnaire représentent 440 établissements MCO privés.

Dans combien d'établissements exercez-vous en tant que médecin DIM ? (1)



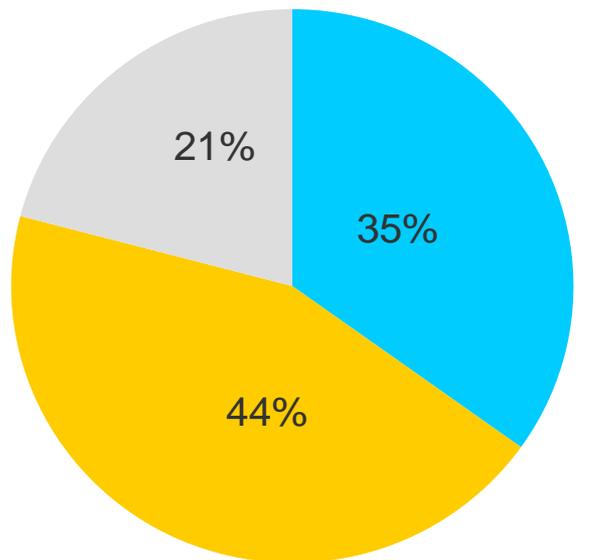
Dans combien d'établissements exercez-vous en tant que médecin DIM ? (2)



Ils sont environ 30 % à travailler dans plus de 5 établissements

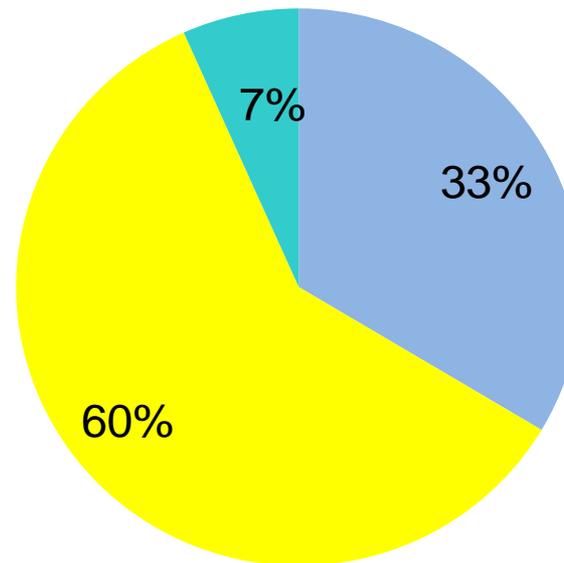
Types d'établissements (2) « Un seul établissement »

Type d'établissement



■ Groupe ■ Indépendant ■ Pdr

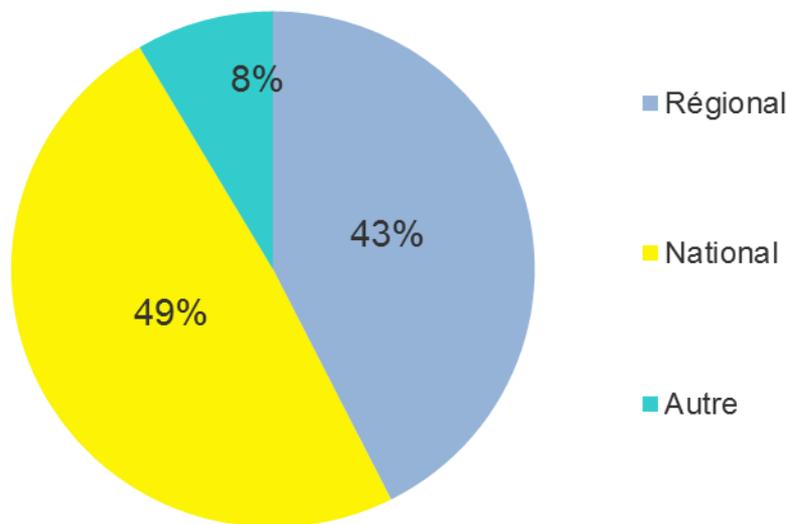
Type de groupe



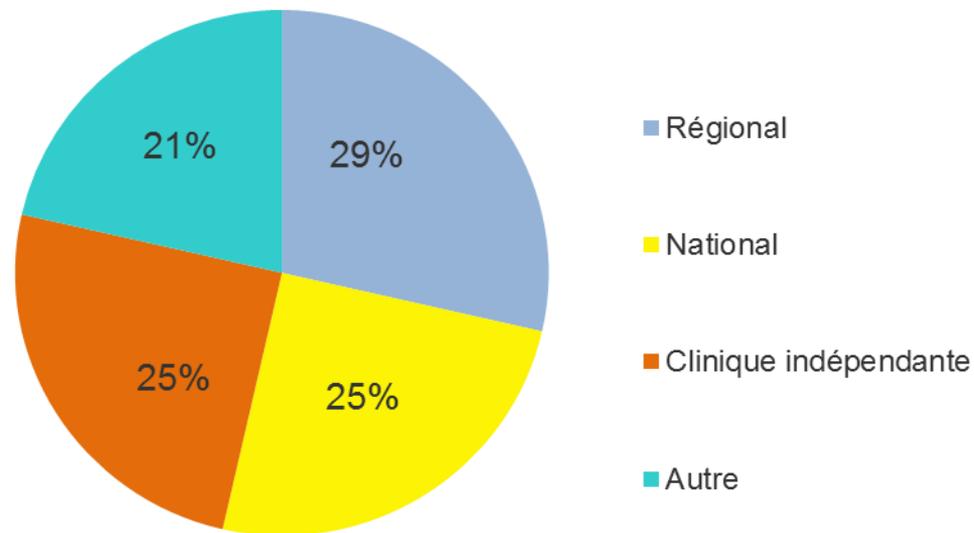
■ Régional
■ National
■ International

Types d'établissements (2) plusieurs établissements

Plusieurs établissements d'un même groupe



Plusieurs établissements sans lien juridique



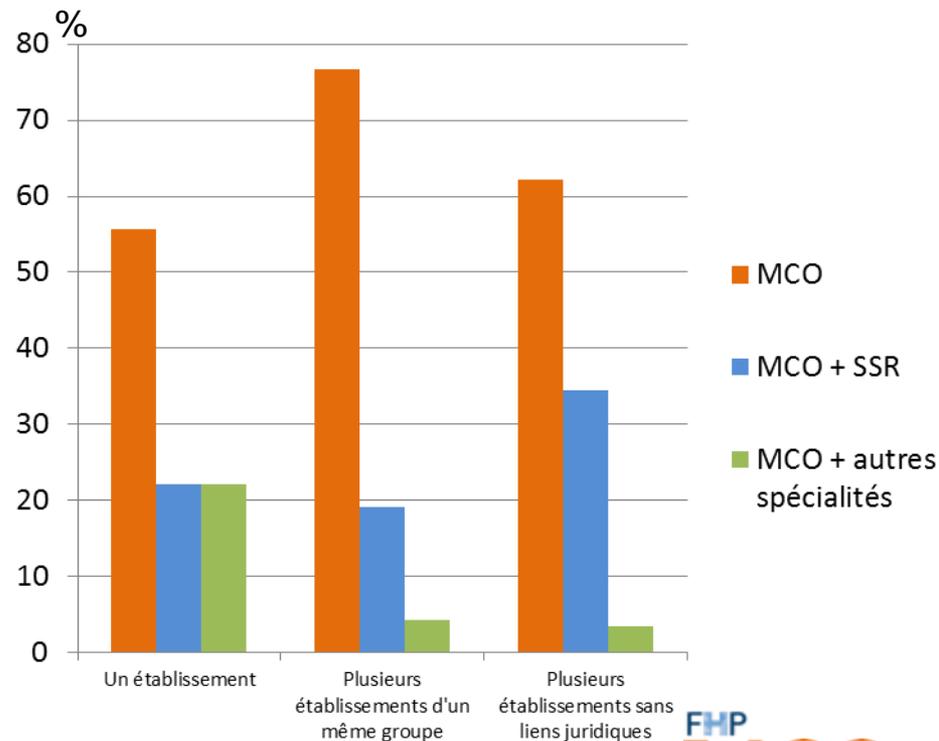
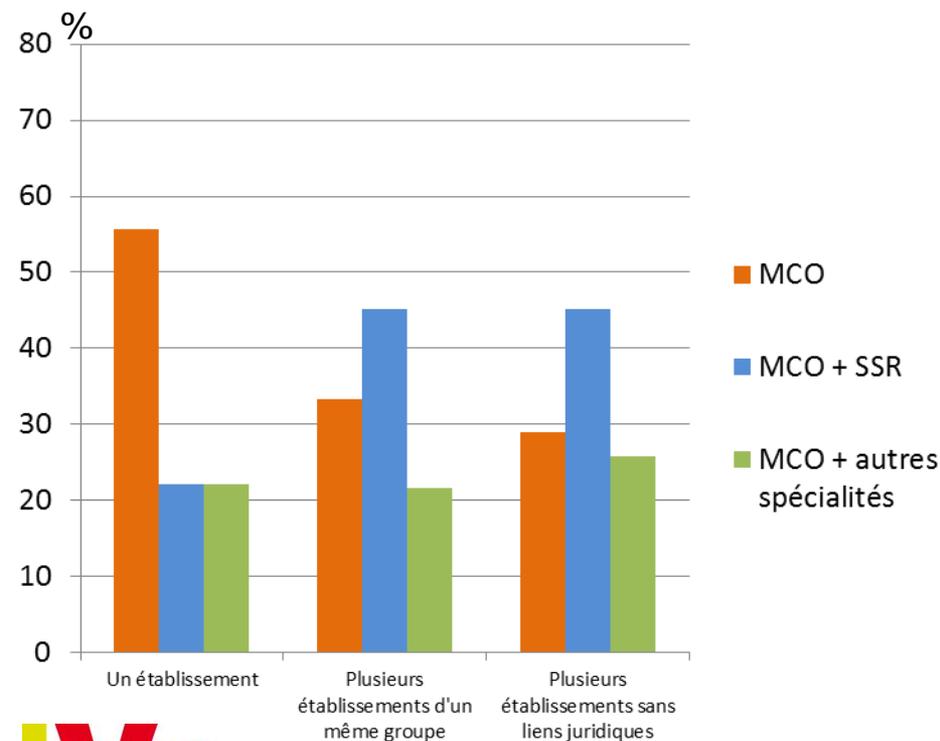
Autre : familial, international, mixte sociétaires médecins/groupe national

Autre : Centre autonome / CHRU ; clinique mutualiste ; cliniques indépendantes / Clinique groupe régional, CHU, CRF régional / Etablissement indépendants et groupe régional

Activités de soins de votre/vos établissement(s)

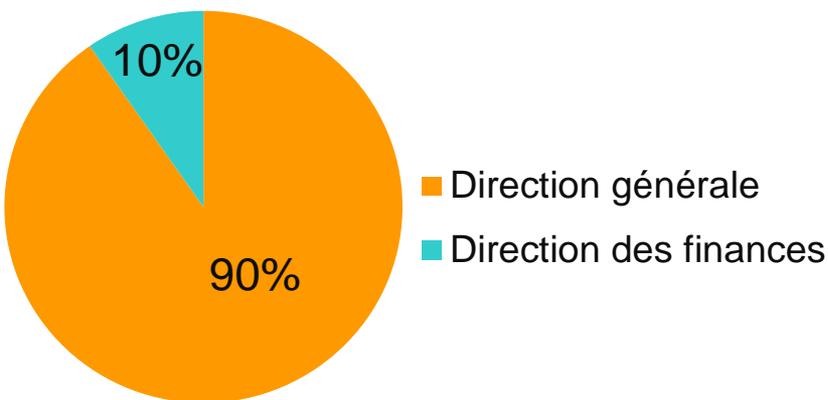
De l'ensemble des établissements dans lequel/lesquels vous travaillez

De l'établissement dans lequel vous travaillez LE PLUS

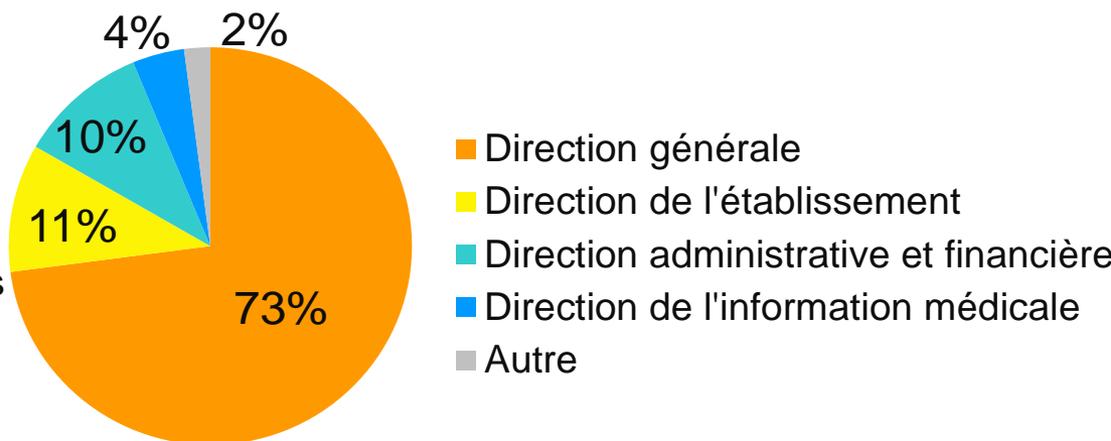


Rattachement du département DIM

Établissement indépendant

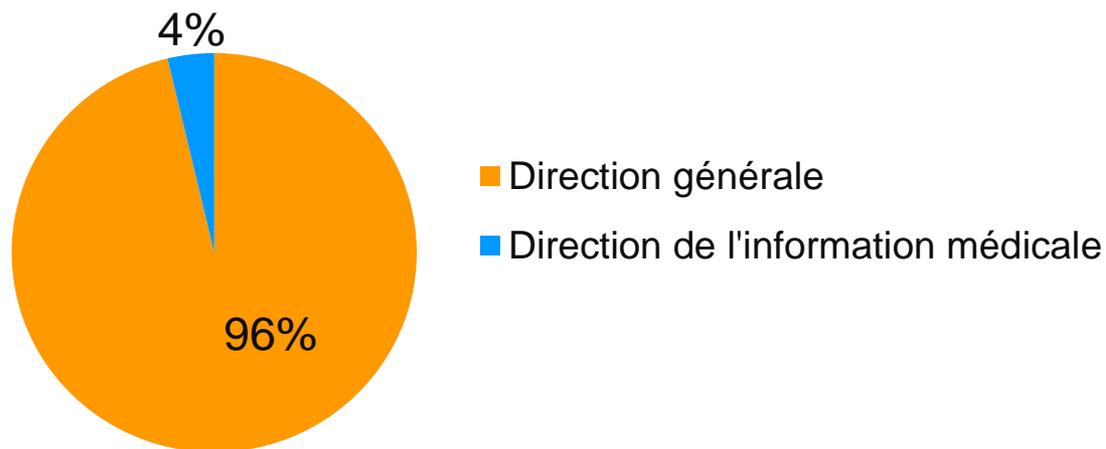


Plusieurs établissements d'un même groupe



- Direction générale
- Direction de l'établissement
- Direction administrative et financière
- Direction de l'information médicale
- Autre

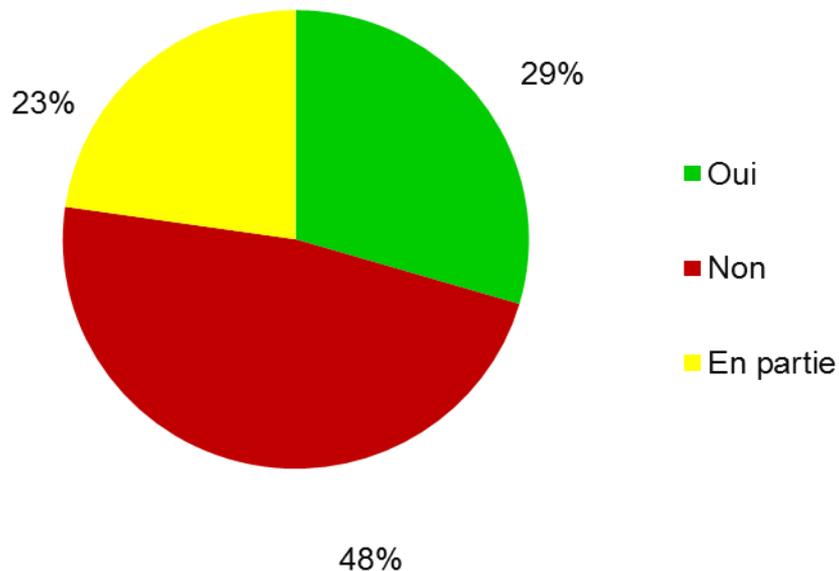
Plusieurs établissements sans lien juridique



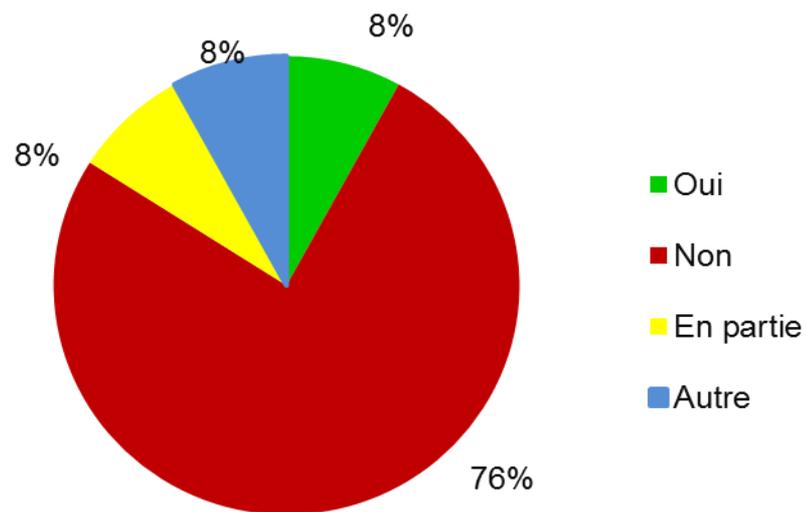
- Direction générale
- Direction de l'information médicale

Service DIM mutualisé ?

Plusieurs établissements d'un même groupe

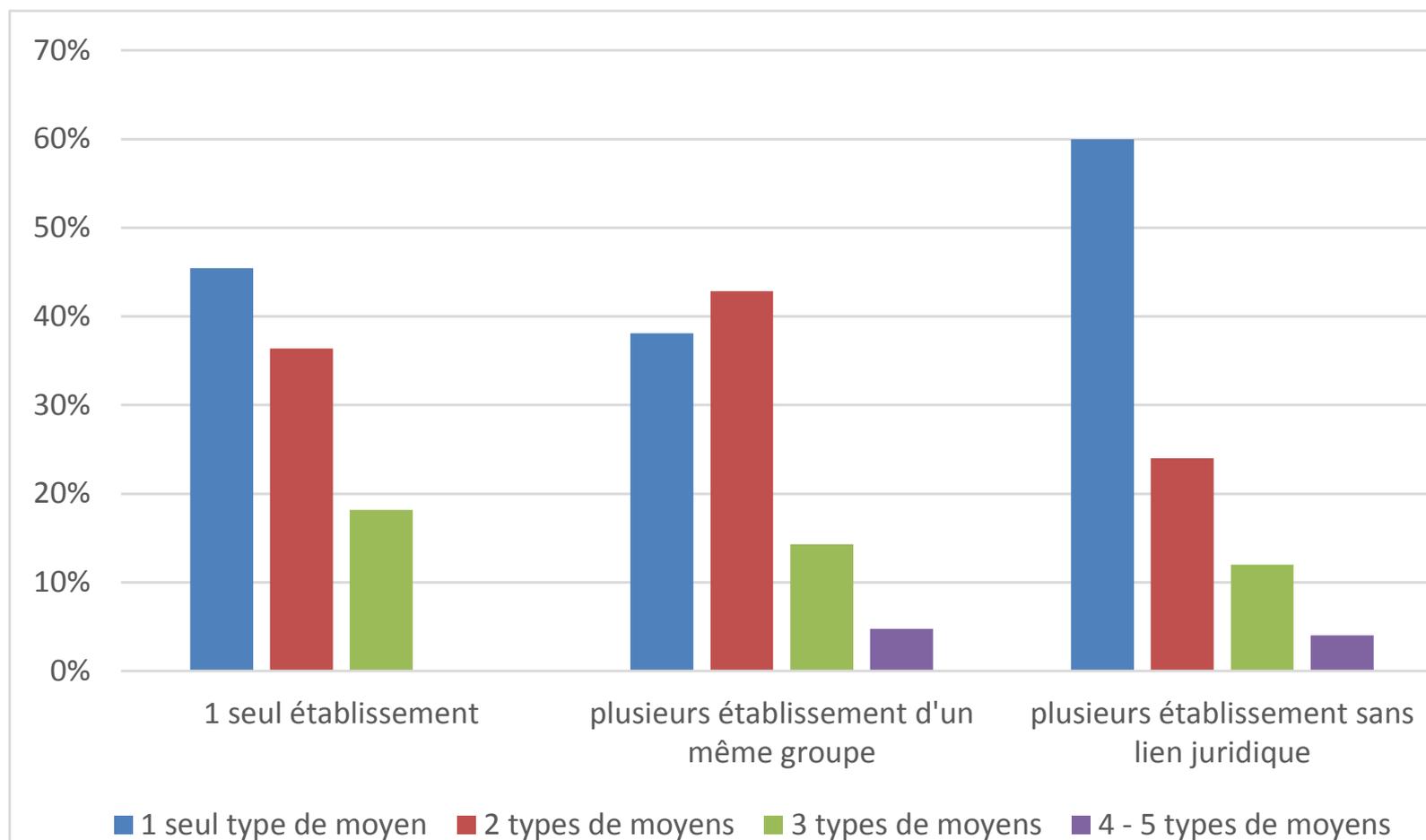


Plusieurs établissements sans lien juridique

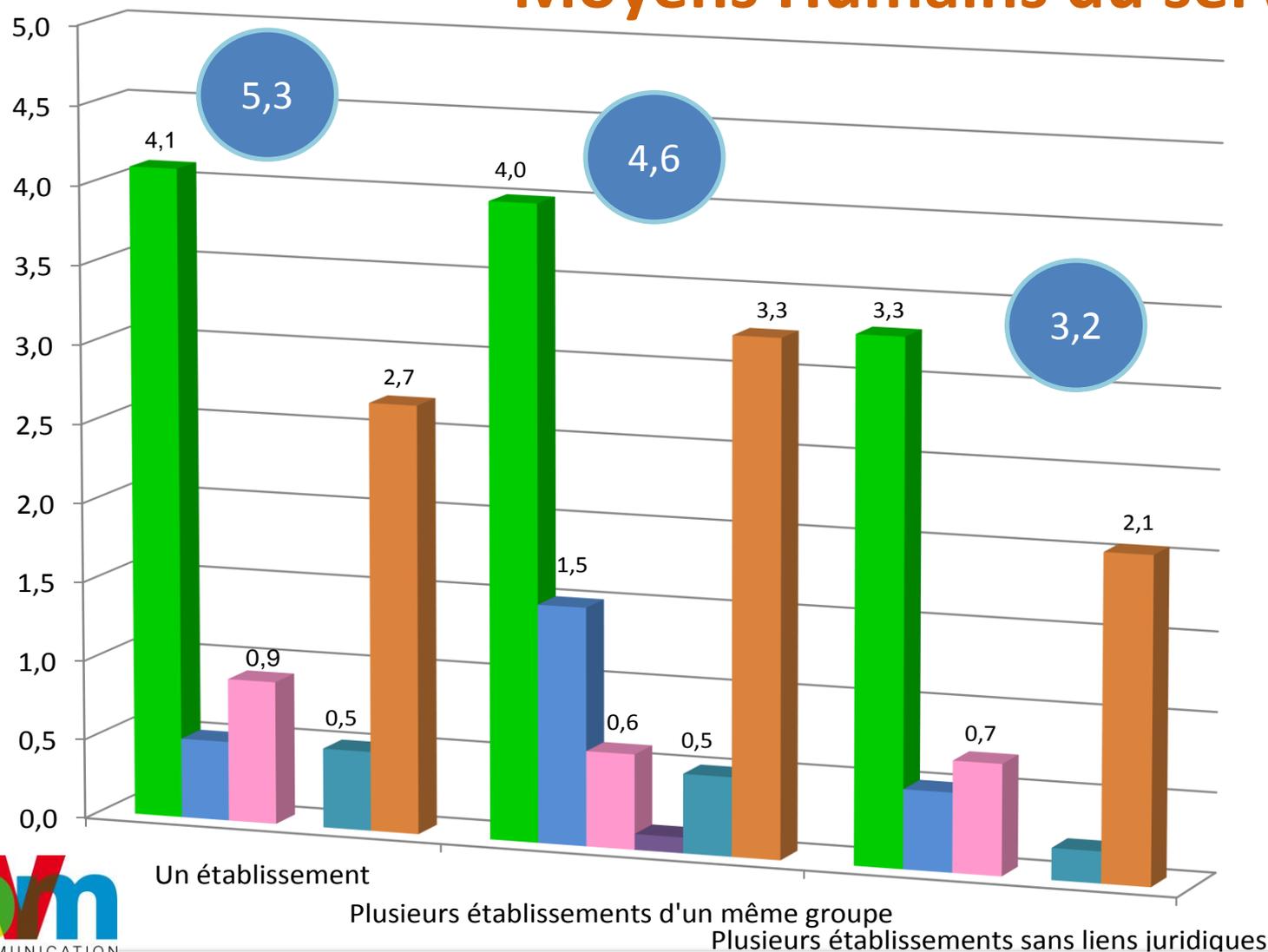


Autre : Prestations de service ; Mise à disposition

Moyens Humains du service DIM (1)



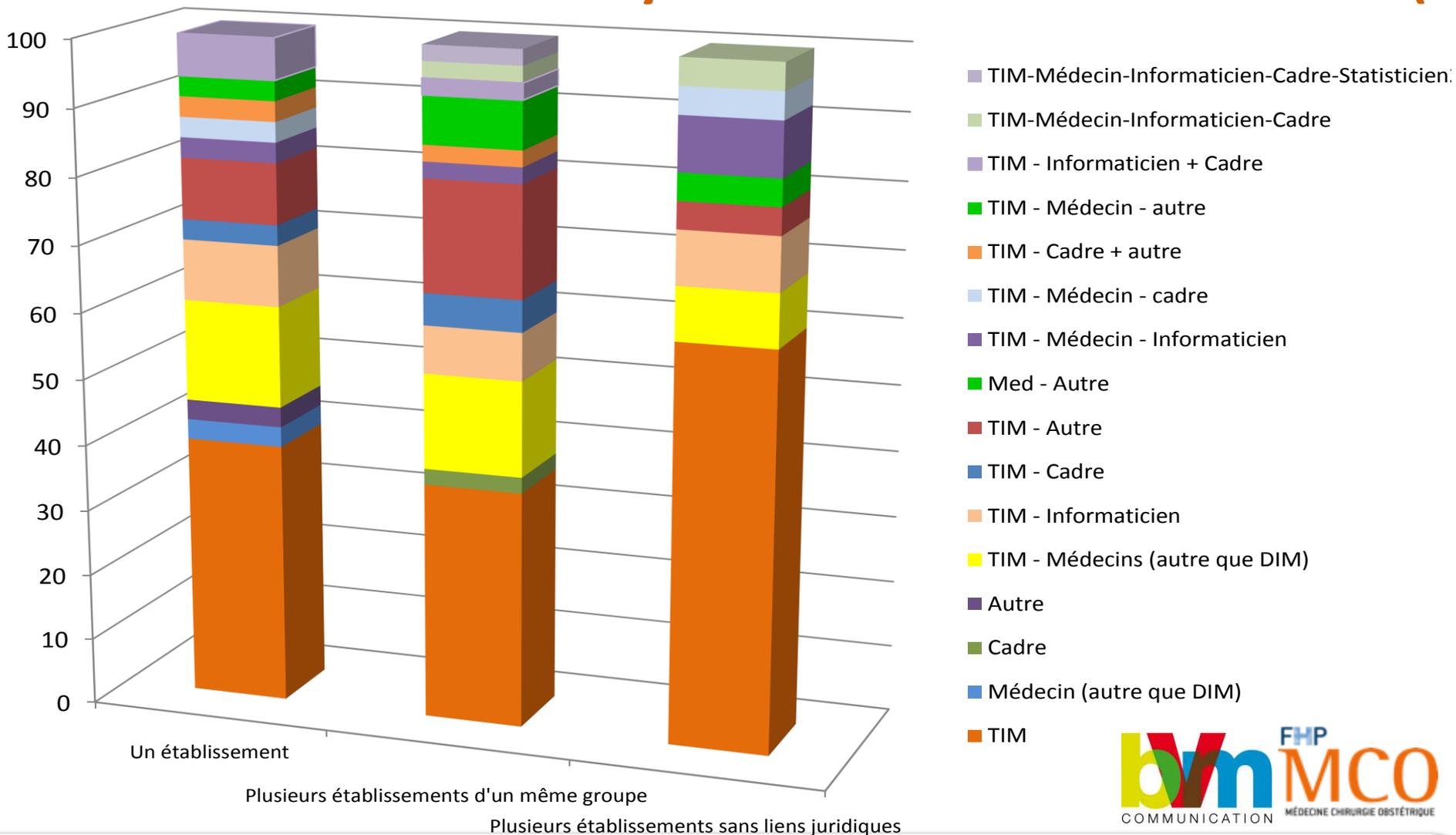
Moyens Humains du service DIM (2)



En moyenne,
nombre d'ETP

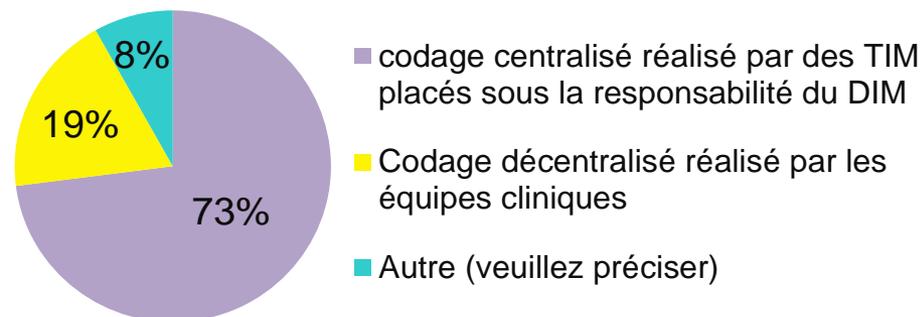
- TIM
- Médecin (autre que DIM)
- Informaticien
- Statisticien
- Cadre
- Autres personnels (archivistes, secrétaire, ...)

Moyens Humains du service DIM (3)



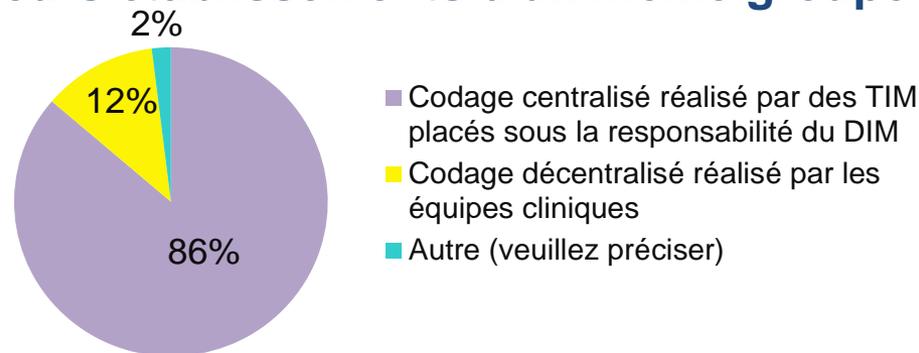
Organisation du codage des diagnostics

Établissement indépendant



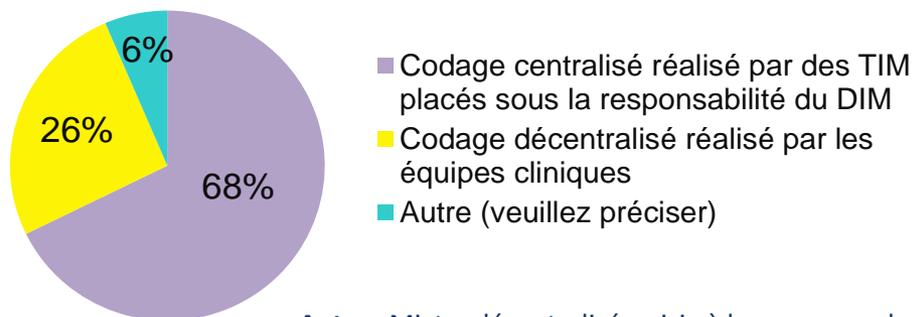
Autre : 1/2 codage par les cliniciens 1/2 centralisé par médecin DIM ; codage sur DPI, vérification par DIM ; chirurgiens

Plusieurs établissements d'un même groupe



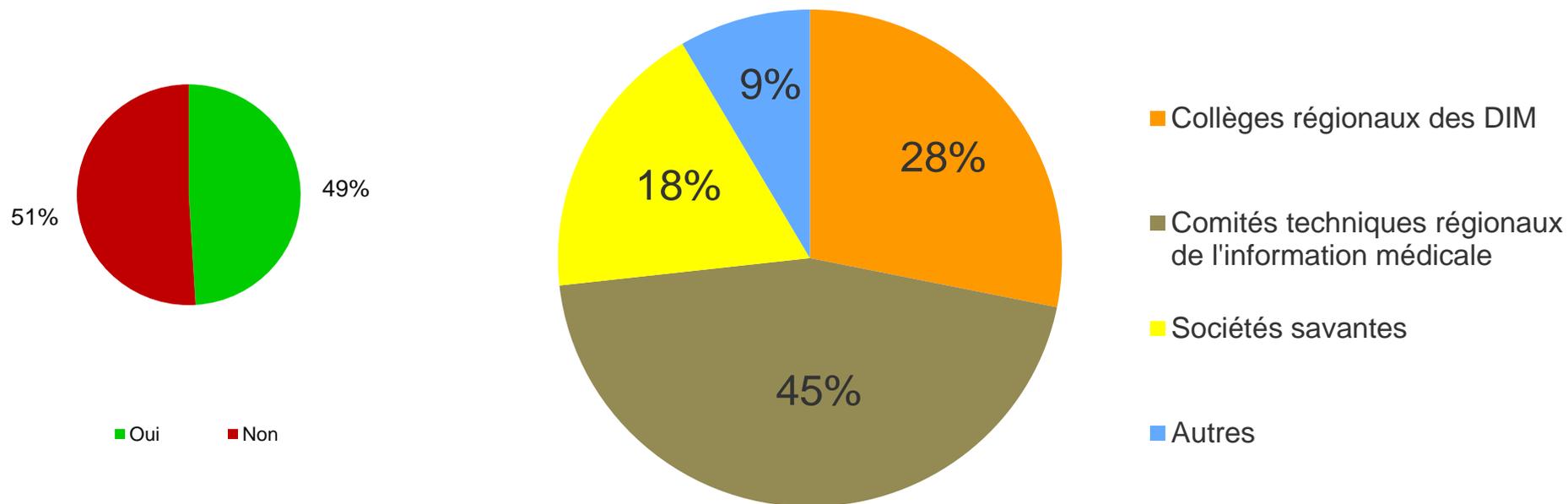
Autre : Codage décentralisé mais contrôle centralisé de tous les séjours ; Codage par DIM

Plusieurs établissements sans lien juridique



Autre : Mixte- décentralisé, saisie à la source par les praticiens puis systématiquement revu par les TIM ; Centralisation partielle TIM

Appartenance à une association spécialisée dans l'information médicale ou à une société savante (1)



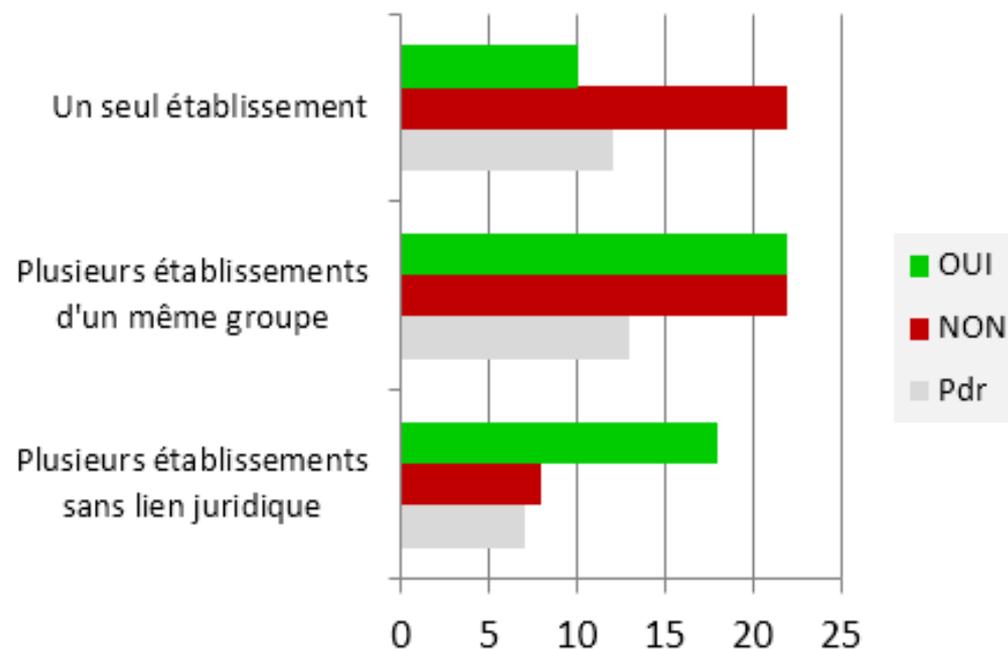
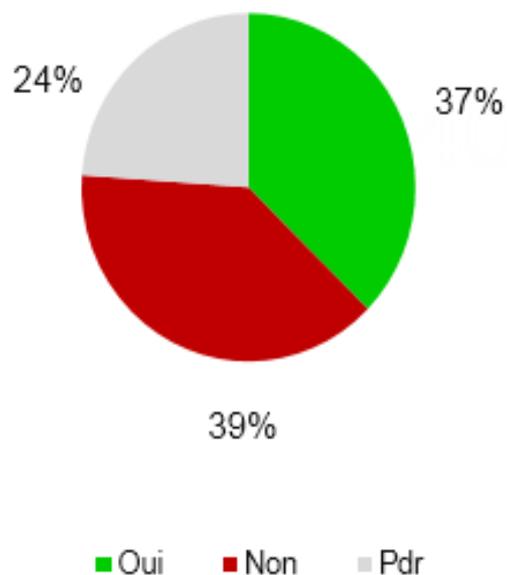
Collèges régionaux des DIM : COLRIM, ABIMES, CRAIM, CRIM, CRIMCA, ARIMPL, Collège régional de l'information médicale, COREDIM, CORIM

Comités techniques régionaux de l'information médicale : COTRIM, COSTRIM, COTERIM

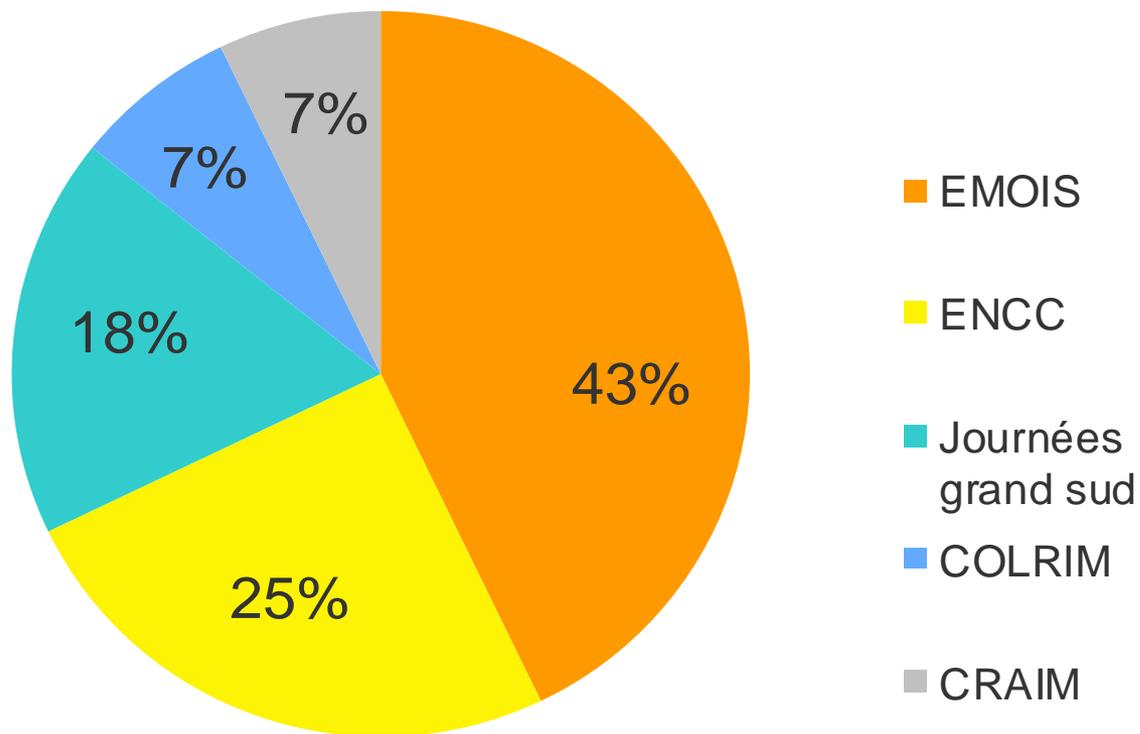
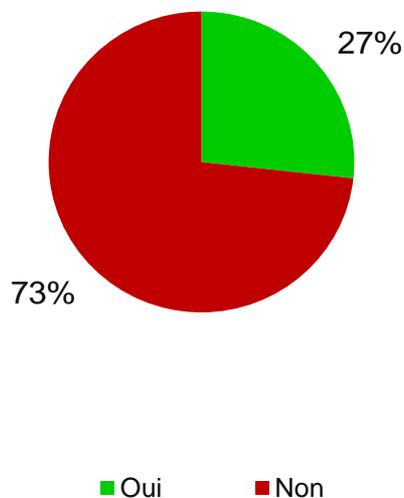
Sociétés savantes : SOFIME, SFES, SFSP

Autres : VAP, COPSICOM, AUNIS

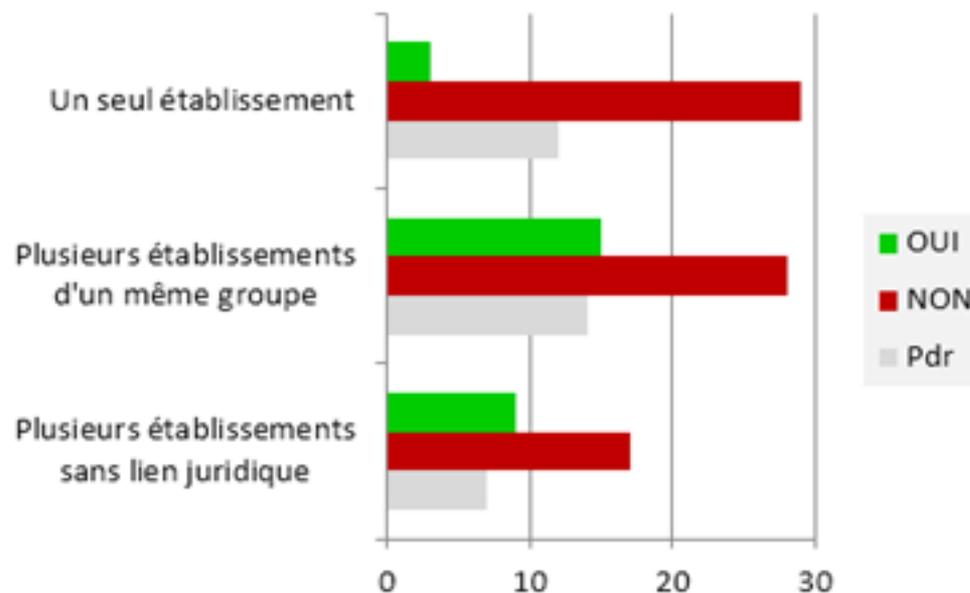
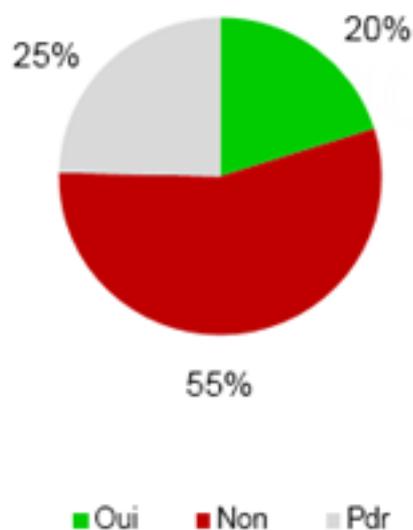
Appartenance à une association spécialisée dans l'information médicale ou à une société savante (2)



Participation à des congrès spécialisés dans l'information médicale (1)

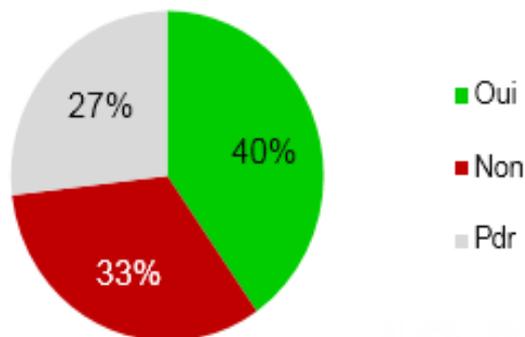


Participation à des congrès spécialisés dans l'information médicale (2)

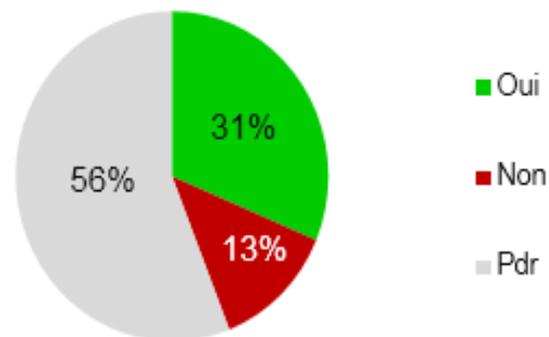


Salle de discussion et Base documentaire

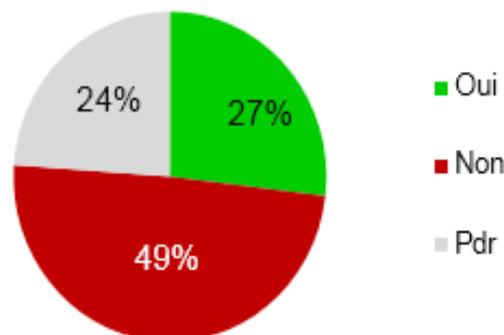
Connaissez-vous la salle ?



Y êtes-vous inscrit ?

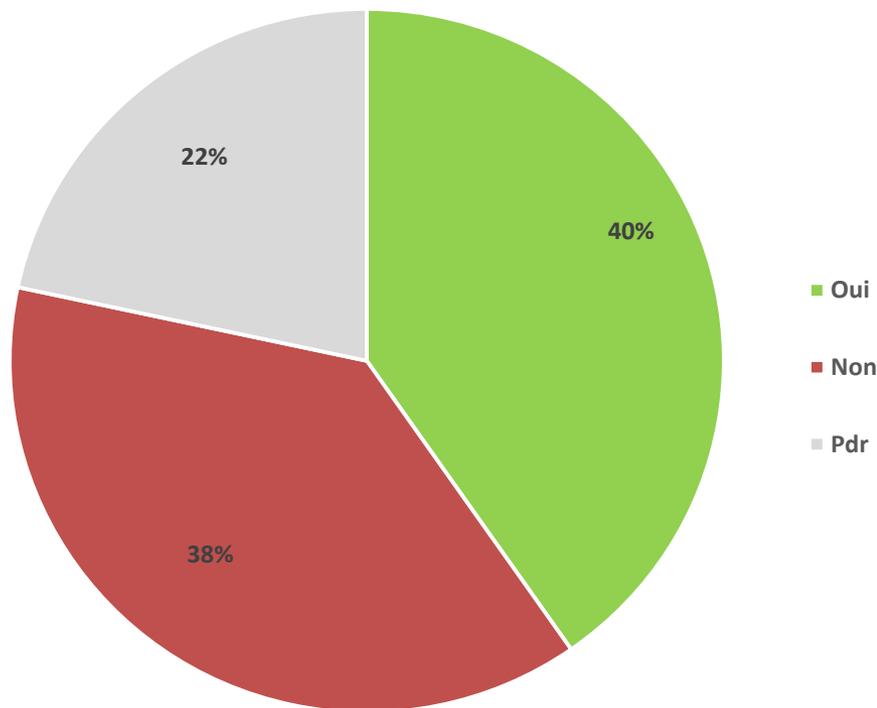


Connaissez-vous la base documentaire de cette salle de discussion ?



Non, raisons :
manque de temps et de disponibilité, pas de besoins,
pas entendu parler, problèmes techniques

Participation aux Réunions du Club des Médecins DIM



Si non, pourquoi:

Manque de temps/indisponibilité	28
Arrivée récente	6
Pas au courant / pas entendu parler	7
Autre	4
Pas de réponse	67

Réunion du Club des Médecins DIM

Quelles sont vos attentes par rapport à ces réunions ?

Verbatims :

« Conserver une bonne liberté d'échange entre les collègues et les intervenants »

« être prévenu suffisamment tôt des modifications en rapport avec le PMSI et les conséquences à en attendre »

« Profiter de l'expérience des autres ES »

« établir des liens avec d'autres collègues »

« DES ARGUMENTS POUR INCITER LES PRATICIENS A CODER CORRECTEMENT »

« Informations sur les principales évolutions à venir. Etre au courant de l'avancée des discussions concernant les modifications et réglementations potentielles impactant notre travail quotidien. »

La parole est à vous

Table Ronde
« Retour d'expérience sur l'expérimentation des
contrôles T2A »

- **Le contexte: Expérimentation de la nouvelle procédure du contradictoire dans le cadre des contrôles T2A**
 - **Phase expérimentale pour la campagne T2A MCO 2014 :**
 - Etablissements volontaires en lien avec les Fédérations Hospitalières
 - **Selon bilan de l'expérimentation :**
 - Généralisation d'une partie ou de l'ensemble de la procédure de contrôle sur site dès la campagne de contrôles T2A 2015
 - Mise à jour du guide du contrôle externe

- ⊙ **Pourquoi changer les modalités de contrôle sur site :**
 - **Une procédure de contrôle complexe pour l'ensemble des acteurs**
 - un temps de préparation en amont du contrôle sur site estimé trop court par les établissements
 - une compréhension insuffisamment partagée, entre les équipes de contrôle et les établissements, sur les éléments nécessaires et suffisants pour justifier le codage et la facturation
 - un contrôle sur site long chronophage pour l'ensemble des acteurs, mobilisant la logistique de l'établissement de manière prolongée pouvant impacter leur production

⊙ Pourquoi changer les modalités de contrôle sur site :

➤ Un contradictoire difficile

- une interprétation du codage et de la facturation par les praticiens-conseils à partir d'éléments qui ne sont pas obligatoirement les mêmes que ceux utilisés par le médecin DIM
- une phase contradictoire estimée insuffisante par les établissements
- ✓ les **cliniciens sollicités** par le médecin responsable du DIM ne sont **pas toujours disponibles** pour apporter leur **éclairage**
- ✓ Le DIM n'a pas toujours **pu préparer son argumentaire** et doit dans un **temps contraint** retrouver **les éléments non retrouvés** par les PC ayant motivé le codage et la facturation de l'établissement
- ✓ Une **asymétrie d'information** sur le codage « avant » / « après » (fiche de recueil praticiens-conseils)

Table Ronde

« Retour d'expérience sur l'expérimentation des contrôles T2A »

Dr André RODACH, Directeur Adjoint – Information Médicale Groupe - GIE Vivalto Santé Management

Dr Denis REVIRON, Médecin DIM – Clinique Chirurgicale MARZET

Dr Jérôme FERNANDES, Médecin DIM – Groupe Oc Santé

La parole est à vous

**Table Ronde
« Organisation de l'Information Médicale et
Externalisation »**

Table Ronde **« Organisation de l'Information Médicale et Externalisation »**

Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO

**Dr Pierre METRAL et Dr Stéphane QUESNOT – SoFIME,
Société Francophone de l'Information Médicale**

**Dr Gilles HEBBRECHT – Chef de projet Simphonie, mission
dématérialisation DGOS**

- La DGOS a organisé une réunion en janvier 2015 : FD, Syndicat, SoFIMe, CNIL, ATIH.
- Objectif : analyser les conditions du recours à des prestataires extérieurs pour la production du PMSI
- Nécessité d'une disposition législative (ou réglementaire) pour déroger aux règles d'accès au dossier médical?
- Grande diversité des situations observées
- La DGOS a le souci de renforcer la protection de la confidentialité des données sensibles, et réfléchit à la définition d'un référentiel de bonnes pratiques.
- Elle souhaite que les participants à la réunion lui fassent parvenir des propositions

La parole est à vous

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



Déjeuner

**Présentation de la campagne et de la classification 2015 :
Classification v11g, Guide Méthodologique,
Campagne Tarifaire 2015**

Classification v11g et Nouveautés liées à l'information médicale 2015 :

**Dr Eric EKONG - responsable du pôle MCO/HAD au sein
du service Classifications, Information Médicale et
Modèles de financement - ATIH**

Travaux menés concernant la fiabilité des TICS :

Clément RALLET - responsable du pôle Allocation de ressources aux établissements de santé au sein du service Financement des établissements de santé - ATIH

La parole est à vous

Retour d'expériences : Anomalies de groupage

- Retour d'expériences 2014 sur les « Anomalies » de groupage et/ou tarification :
 - Constitué grâce à vos retours
 - Transmis à l'ATIH et à la DGOS en juillet 2014
- Retour d'expérience 2015:



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'expérience» est dans vos dossiers**
- ⇒ **Transmettez les nous à l'adresse:**

laure.dubois.mco@fhp.fr

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Guide méthodologique PMSI MCO

- Pas de consultation préalable des fédérations avant la mise en ligne de la version provisoire
- Courrier commun interfédération concernant la prise en compte des examens complémentaires comme diagnostic associé

Codes « Précarité »

- 19 extensions de code seront créées.
- « nous renouvelons nos réserves voir, pour certains codes, notre "opposition éthique " ».

CCAM descriptive

- FHP-MCO: alerte sur le risque de complexification, de compréhension, de cohérence avec la CCAM tarifante
- Courrier commun interfédération

Campagne Tarifaire 2015

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

- **Mesures sur les prestations**
- **Taux d'évolution des tarifs**
- **Principes de la construction tarifaire 2015**
- **La Dégressivité Tarifaire**

Mesure sur les prestations :

- L'Arrêté « Prestation » - Arrêté « Forfaits » : [L'arrêté du 19 février 2015](#) relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- Il apporte à notre sens une meilleure lisibilité :
 - par sa nouvelle présentation en titre et chapitre,
 - par la volonté de regrouper au sein d'un même texte, les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements de santé peuvent prétendre pour leurs activités de MCO.
- Un arrêté rectificatif : Arrêté du 25 février 2015 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

Mesure sur les prestations (suite):

- Cumul GHT et forfait D (chapitre 5, article 9)
 - Il rend possible la facturation des forfaits de dialyse péritonéale (D15 et D16) et des forfaits d'hémodialyse (D11, D12, D13 et D14) avec une prise en charge en Hospitalisation à domicile (GHT).
 - La FHP-MCO a réitéré sa demande d'un cumul possible de facturation d'un GHS et de toutes les modalités de prises en charge en dialyse (centre, UDM, auto dialyse,...).
 - Le dossier avance: la DGOS nous ayant fait la réponse suivante :
«[...] C'est la raison pour laquelle nous souhaitons instruire cette demande de manière plus approfondie au cours de l'année 2015 afin d'objectiver ce type de situations et de quantifier le nombre de cas où ce cumul aurait, d'un point de vue médical, un intérêt. [...] ».

Mesure sur les prestations (suite):

- ⊙ Actualisation de la liste des exceptions selon lesquelles à un GHM correspond plusieurs GHS (chapitre 3, article 6) :
 - Création de trois nouveaux GHS majorés pour financer :
 - la prise en charge de l'opération de transsexualisme,
 - la prise en charge des infections ostéo-articulaires
 - l'utilisation de la technique dite du « ganglion sentinelle » lors du traitement du cancer du sein

Mesure sur les prestations (suite):

- Demande de la FHP-MCO: création d'un GHS majoré pour la technique VNUS pour la prise en charge du traitement endoveineux des varices par radiofréquence, justifiée par la non prise en compte du coût des consommables

- Réponse de la DGOS:

« de tels coûts sont déjà financés dans le GHS de base (correspondant au GHM de radiofréquence). De surcroît, à ce jour, l'HAS ne dispose pas de preuves suffisantes lui permettant de statuer sur l'intérêt médico-économique de cette technique. [...] Toutefois si de nouvelles données médico-économiques permettant d'évaluer l'impact de cette technique plus précisément et en particulier sur les prescriptions de soins de ville ou encore sur des ré-hospitalisations éventuelles étaient disponibles, alors la valorisation de cette modalité de prise en charge pourrait être réexaminée ultérieurement. »

Mesure sur les prestations (suite):

- Précision de la notion de journée concernant la facturation du forfait journalier (chapitre 1, article 4)
 - La phrase suivante a été ajoutée : « Le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit ».
 - Cette précision vise à clarifier la notion de journée et non à modifier les règles de facturation.
 - Prenons le cas d'un patient entrant le jour J et sortant le jour J+1, le forfait journalier sera facturé pour le jour J (le patient était présent à minuit du jour J) et pour le jour J+1 (jour de sortie).

Mesure sur les prestations (suite):

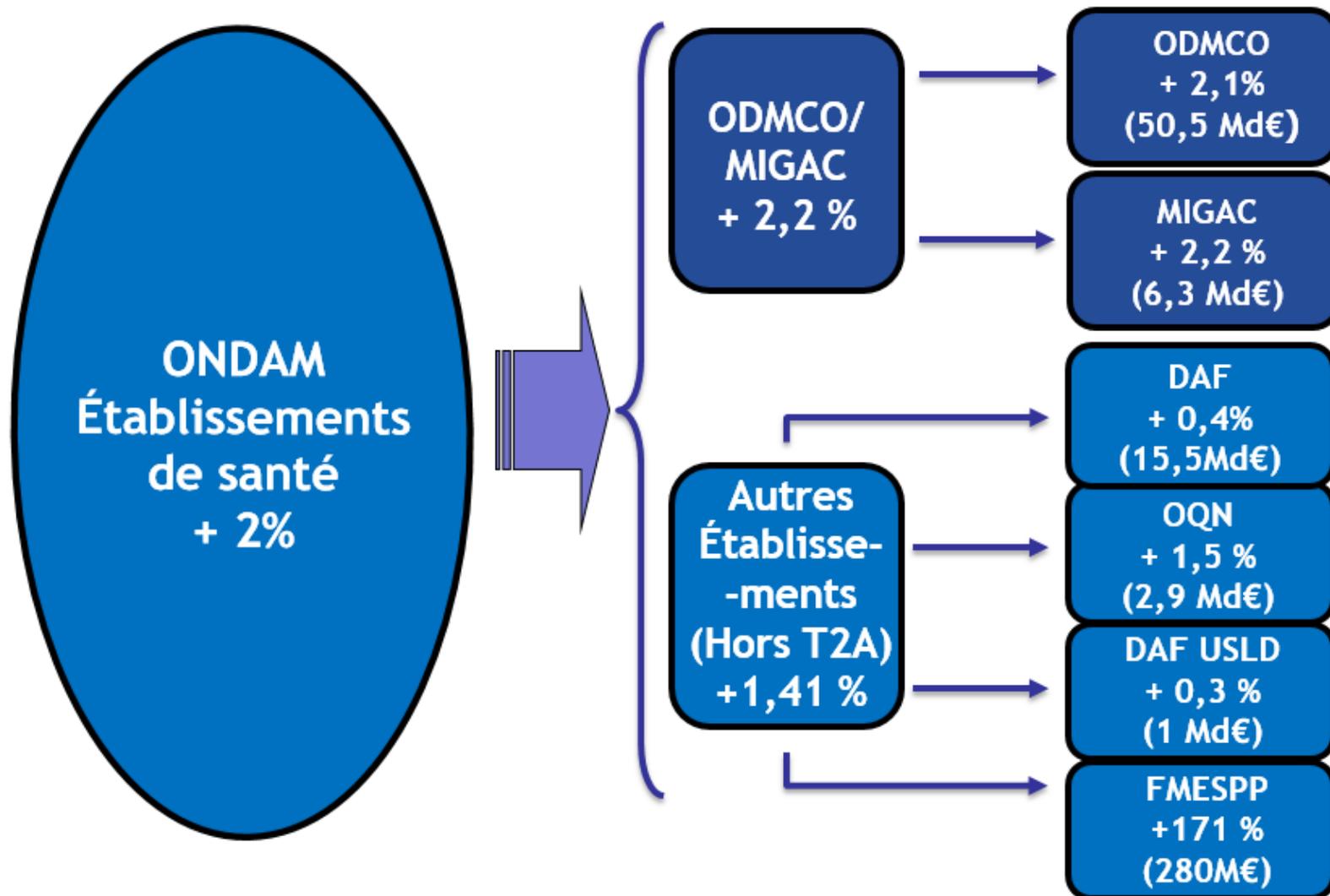
- ◉ Intégration des Forfaits Innovation et Activités Isolées
 - L'article 18 traite du « Forfait Innovation » issu de l'application de l'article L165-1-1 du CSS et l'article 22 traite du « Forfait Activités Isolées » issu de l'application de l'article L162-22-8-1 du CSS.
- ◉ Intégration des Forfaits annuels FAU, CPO et FAG :
 - Les règles de déterminations des forfaits annuels FAU, CPO et FAG n'ont pas été modifiées mais figurent dorénavant dans l'arrêté prestation (au chapitre 10, articles 19, 20 et 21) et non plus dans l'arrêté tarifaire.

Taux d'évolution des tarifs

1/ ONDAM 2015 :

- Evolutions fixées pour l'ONDAM 2015 : De quel argent « nouveau » disposons-nous pour 2015 ?
- ONDAM hospitalier : + 2% soit une enveloppe de 76,58Md€ dont 1,5Mds € supplémentaires
- L'évolution de l'ONDAM hospitalier est plus faible qu'en 2014 (+2,3% en 2014), en lien avec la décélération de l'ONDAM global.
- Effort d'économie estimés à 730 millions d'euros, > à celui de 2014 et 2013 :
 - Actions d'efficience : 312 M€ répartis sur ODMCO, MIGAC et ODAM Public
 - Maîtrise des médicaments de la liste en sus : 105 millions d'euros.
 - Pertinence des prises en charge : 15 M€ sont attendus sur l'ODMCO
 - Virage ambulatoire : 170 M€ d'économies réparties en 80 M€ sur la chirurgie ambulatoire, 25 sur l'IRC et 65 sur le SSR et PSY

Evolution des objectifs hospitaliers



2/ Exécution 2014 (dernières données disponibles):

- Sous-exécution de l'ONDAM hospitalier 2014 :
 - ODMCO ex OQN : une sous exécution de -60 M€
 - ODMCO ex DG : une sur-exécution comprise entre +91 et +155 M€
 - sur-exécution SSR/PSY OQN de 14 M€
 - Sous exécution SSR/PSY sous DAF de -243M€
 - Non délégation de crédit MIGAC de 186M€ ayant servi à financer le dépassement de l'enveloppe de ville du à l'hépatite C

3/ Prévision d'évolution de l'activité :

- Prévision de volume d'activité dissociée pour les 2 secteurs ex-DG et ex-OQN, et identique à celle de la construction tarifaire 2014 :
 - + 2.8% pour le secteur ex-DG
 - + 2 % pour le secteur ex-OQN.

⇒ **l'évolution des tarifs pour la campagne MCO 2015 est marquée par :**

- Une baisse tarifaire de -0,65% pour les 2 secteurs.
- Une baisse supplémentaire de -1,5 % pour le secteur ex-OQN au titre de la compensation des avantages tirés du CICE et du pacte de responsabilité

Taux d'évolution des tarifs

⇒ **une baisse de 2,15 % pour le secteur ex-OQN:**

- 0,65% de baisse tarifaire
- 0.94% au titre du CICE, soit 4/8ème de l'impact global. Donc 7/8 récupéré au 1er mars 2015 (2/8 en 2014 et 1/8 en 2013), il reste 1/8 à récupérer selon « la logique de la DGOS ». Les établissements à but non lucratifs ex OQN percevront une compensation en AC.
- 0.56 % au titre du pacte de responsabilité, soit l'équivalent des exonérations de charges pour l'année 2015.

Mise en Réserves Prudentielles (en attente arbitrage définitif) :

- Des mise en réserves 415M€ réparti comme suit :
 - 118 M€ générés par le coefficient prudentiel MCO 2015
 - 23 M€ générés par le coefficient prudentiel MCO 2014
 - DAF hors USLD : le montant non communiqué mais devrait être à minima équivalent à celui de la campagne 2014 (179 M€ gelés)
 - FMESPP: le montant n'a pas encore été arbitré mais s'appuie sur la déchéance des crédits.
 - 75 M€ gelés sur le FIR (montant non arbitré)
 - la dotation prudentielle OQN est fixée à 8,6 M€ soit l'équivalent d'une baisse tarifaire de 0.35%

Coefficient Prudentiel :

- Maintien du coefficient actuel : 0,35% pour les 2 secteurs Ex-DGF et Ex-OQN.

Principes de la construction tarifaire 2015

- ⊙ **Dans la continuité des campagnes 2013 et 2014, donc basée sur :**
 - L'incitation à la chirurgie ambulatoire (virage ambulatoire)
 - La poursuite de l'application du principe de la neutralité tarifaire (Utilisation des TIC, et de l'indicateur de fiabilité des TIC)
- ⊙ **Mais s'ajoute la mise en œuvre du plan triennal d'économies**
- ⊙ **Les 2 étapes de la construction:**
 - le changement de périmètre du tarif :
 - Classification v11g
 - Réintégration dans les GHS de médicaments et DM radiés de la liste en sus
 - Création de GHS majorés
 - les modulations tarifaires

Principes de la construction tarifaire 2015

⊙ Réintégration dans les GHS de dispositifs médicaux radiés de la liste en sus :

- 4 classes de DM sont réintégrées :
 - Implants digestifs pour gastroplastie (7 Codes LPP concernés) : 5,7 millions sur le GHM 10C09
 - Anneaux valvulaires cardiaques (3 Codes LPP concernés) : 4,4 millions sur les GHM 05C02, 05C03 et 05C06.
 - Clips artériels (1 Code LPP concerné) : 255 KE sur le GHM 01C04
 - Implants ORL pour la chirurgie de l'oreille interne (11 Codes LPP concernés) : 1,3 million sur le GHM 03C09 et 03C20
- Les racines ciblées ont correspondu à 90% de la dépense
- Réintégration sur la base des dépenses constatées remboursées en 2014 hors ETI

○ La réintégration dans les GHS de molécules onéreuses radiées de la liste en sus :

➤ 10 médicaments ont été radiés pour la campagne 2015:

- BEROMUN
 - DAUNOXOME
 - METASTRON
 - PHOTOFRIN
 - PROLEUKIN
 - QUADRAMET
 - la spécialité médicale « CAELYX » radiée dans l'indication sarcome de Kaposi,
 - ETHYOL
 - MUPHORAN
 - TOMUDEX
- } Ces 3 spécialités n'ont pas fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs

➤ Ces réintégrations impactent peu de séjour dans notre secteur

➤ Réintégration sur la base des dépenses remboursées constatées en 2014 hors EMI

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire – Chirurgie :

- L'ONDAM Hospitalier 2015 intègre 80 M d'€ de mesures d'économies au titre de la chirurgie :
 - Il s'agit d'économies nettes c'est-à-dire que ces sommes ne seront pas redistribuées en faveur d'autres activités.
 - 1ère tranche du plan triennal représentant 400M€ sur 3 ans
 - Répartition 50/50 entre les tarifs uniques de chirurgie ambulatoire et les tarifs de chirurgie conventionnelle
- Mais étant donné que la construction des tarifs débute au 1^{er} mars et génère 80M€ d'économies pour l'ONDAM 2015, il faut souligner que l'économie en année pleine est de 91M€ d'économies

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire – Chirurgie :

- Nécessité de prendre en compte le rapport IGS/IGF sur le développement de la chirurgie ambulatoire avec 2 principes
 - Incitation à la chirurgie ambulatoire, qui s'est traduit en 2014 par :
 - Suppression des bornes basses pour les GHM de chirurgie (GHM en C) de niveau 1
 - Généralisation du tarif unique entre GHM de niveau 1 et de niveau J d'une même racine
 - Rapprochement vers les tarifs issus des coûts afin de réaliser les économies attendues pour le système de santé.

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire – Chirurgie :

- Chirurgie ambulatoire - scénario retenu :
 - Poursuite de la même politique incitative : Maintien de la suppression des bornes basses et du tarif unique entre niveau 1 et J
 - Le Tarif unique est modulé sur le taux constaté de Chirurgie Ambulatoire (CA).
 - poursuivre le chemin vers la neutralité de façon différenciée au regard du taux de CA.
 - Cible les efforts d'économie sur les classes de GHM correspondant aux activités les plus matures en terme de développement de la CA:
 - Les activités avec un taux de CA à moins de 10%
 - Les activités avec un taux de CA compris entre 10% et 50%
- } Pas de modulation tarifaire

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire – Chirurgie :

○ Chirurgie ambulatoire - scénario retenu :

- Les activités avec un taux de CA compris entre 50% et 80% :

Nombre de GHM impacté : 35 (au lieu 34 en 2014) pour le secteur ex-OQN, 24 (inchangé) pour le secteur ex-DG

Application du Tarif Issus des Coûts pondéré (J+1) du taux de chirurgie ambulatoire observé (et non plus le taux cible comme en 2014)

- Les activités avec un taux de CA au-dessus de 80% :

Nombre de GHM impacté : 30 (au lieu 26 en 2014) pour le secteur ex-OQN, 13 (au lieu 12 en 2014) pour le secteur ex-DG

Application du Tarif Issus des Coûts moyen pondéré (J+1) actualisé du taux observé si supérieur au taux tendanciel fixé en 2014. (bornage à la baisse à -15%)

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire - Chirurgie :

- ⊙ Chirurgie conventionnelle :
 - Niveaux 4 de chirurgie préservés de l'effort d'économie
 - les niveaux 2, 3 sont ciblés mais effort atténué pour les niveaux 3
 - GHM de niveaux 2 et 3 qui ont un « sur-financement » de plus de 5% entre les tarifs actuels et les TICs (hors activité spécifiques) et dont le TIC est « bon » ou « correct ».
 - L'application de ce nouveau scénario conduit à opérer une économie de 44,7 millions d'euros dont 33,4 pour le secteur Ex DGF et de 11,3 dans le secteur ex-OQN.

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire - Chirurgie :

○ Chirurgie conventionnelle :

➤ Pour les GHM de niveau 2 :

- GHM avec un score TIC « BON » : 90% du chemin vers les TIC est effectué
- GHM avec un score TIC « CORRECT » : 70% du chemin vers les TIC est effectué

➤ Pour les GHM de niveau 2 :

- GHM avec un score TIC « BON » : 80% du chemin vers les TIC est effectué
- GHM avec un score TIC « CORRECT » : 60% du chemin vers les TIC est effectué

Principes de la construction tarifaire 2015

Modulation tarifaire - Chirurgie :

Impact :

Economies sur la chirurgie de 91,2 M€ répartis entre les 2 secteurs.

Economies en M€	ex DG	ex OQN	Total
Chirurgie Ambulatoire	21,7	24,8	46,5
<i>Classe 1</i>	2,5	5,1	7,6
<i>Classe 2</i>	19,2	19,7	38,9
Chirurgie niveaux 2 et 3	33,4	11,3	44,7
<i>Niveau 2</i>	9,2	9,3	18,5
<i>Niveau 3</i>	24,2	2	26,2
Economies totales sur la chirurgie	55,1	36,1	91,2

Principes de la construction tarifaire 2015

La réduction des financements dits « extrêmes »

- Activités dites « extrêmes » : sous et sur financement
- Méthodologie appliquée est identique à celle de 2014 mais avec une utilisation du score de fiabilité des TICs.
- Les GHM ciblés sont ceux dont l'écart entre tarif publié et le Tarif Issu des Coûts est comme suit :
 - Les activités sous financées à plus de - 20%
 - Les activités sur financées à plus de + 25%
 - Les activités « spécifiques » sur financées à plus de + 30% (Activités lourdes, cancer)

Principes de la construction tarifaire 2015

La réduction des financements dits « extrêmes »

- Des GHM sont exclus de ce dispositif :
GHM concernés par le tarif unique, GHM de césariennes, GHS majorés, GHM séances de radiothérapie, GHM séances de chimio, GHM d'autres curiethérapies (17K06), GHM de surveillance et exploration pour autre motif (23M19Z), et GHM de dialyse (28Z04Z, 28Z01Z, 28Z02Z).
- Effort spécifique en faveur de la chirurgie conventionnelle des niveaux 2,3 et 4 :
 - Intégration des GHM de chirurgie de niveau 4 dans les extrêmes;
 - Intégration des GHM de chirurgie des niveaux 2 et 3 pour ce qui est des sous financements uniquement (sur-financements pris en compte au titre des économies ciblées de chirurgie.

Principes de la construction tarifaire 2015

La réduction des financements dits « extrêmes »

- Utilisation de l'indicateur de fiabilité dans le chemin à parcourir vers le TIC
- Pas de modulation sur TIC mauvais et faible
- Activités sous financées :
 - Pour les GHM ayant un TIC « bon » : faire 30% du chemin vers le TIC
 - Pour les GHM ayant un TIC « correct » : 20% du chemin vers le TIC
- Activités sur financées :
 - Pour les GHM ayant un TIC « bon » :
 - ✓ Faire 30% du chemin vers le TIC
 - ✓ Faire 30% du chemin vers +30% du TIC pour les activités spécifiques
 - Pour les GHM ayant un TIC « correct » :
 - ✓ Faire 20% du chemin vers le TIC
 - ✓ Faire 20% du chemin vers +30% du TIC pour les activités spécifiques

Principes de la construction tarifaire 2015

La réduction des financements dits « extrêmes »

- Impact : Cette mesure nécessite un besoin de financement de 10 millions d'euros répartis entre les deux secteurs.

Réduction des sur ou sous financements extrêmes	Nombre de GHS		Impact en M€	
	ex DG	ex OQN	ex DG	ex OQN
Extrêmes hauts	32	0	-15.2	0
Extrêmes bas	43	23	19.4	6.2
TOTAL	75	23	4.2	6.2

Principes de la construction tarifaire 2015

Cas de la Dialyse

- 1^{ère} tranche du plan ONDAM 2015-2017 : 25 M€ d'économies ciblées sur la dialyse
- Réparties entre le centre et le hors centre au prorata des bases :
 - Dialyse en centre : 19,3 M€ soit 64% des économies avec une ventilation des économies en fonction de l'écart aux TIC => La totalité est supportée par le secteur Ex-OQN car les tarifs du secteur ex-DG sont déjà au niveau des TIC
 - Dialyse hors centre : ventilation des économies entre secteur Ex-DG et Ex-OQN au prorata des bases (pas de coûts disponibles) pour un montant de 10,3 M€ pour le secteur ex-OQN et 423k€ le secteur ex-DG

Principes de la construction tarifaire 2015

Dispositif « 40 euros » liste en sus sur la chimiothérapie :

- Introduit par l'article 63 de la LFSS 2015 : permet une minoration des tarifs des GHS en cas de prescription de médicaments de la liste en sus.
- Pour la campagne tarifaire 2015 :
 - 2 GHS concernés : le GHS 9606 « chimiothérapie pour tumeurs en séances » (GHM 28Z07Z) et le GHS « chimiothérapie pour affection non tumorale, tumeurs en séances » (GHM 28Z17Z)
 - la minoration est fixée à 40 €.
- Mesure neutre au plan macro-économique c'est-à-dire le montant en jeu doit être réintégré dans les tarifs concernés dans le but d'inciter les établissements à modifier leur comportement par rapport à leur pratique de prescription. La DGOS a estimé cette mesure à 54,8M€ sur 12 mois, qui ont donc été réintégrés dans les tarifs de ces GHS.

Campagne tarifaire 2015

	Avant CICE et pacte		Avec CICE et Pacte	Avec CICE et Pacte Coefficient Prudentiel	
	EX DG	EX OQN	EX OQN	EX DG	EX OQN
GHS	-0,86%	-0,86%	-2,36%	-1,21%	-2,70%
dont dialyse en centre	-0,68%	-2,89%	-4,39%	-1,03%	-4,72%
Suppléments Réa, SRC, SI	-0,57%	-0,57%	-2,06%	-0,92%	-2,41%
SE-ATU-FFM	0%	0%	-1,50%	-0,35%	-1,84%
HAD	0,4%	0,4%	-1,10%	0,05%	-1,44%
Dialyse hors centre	-1,49%	-1,49%	-2,98%	-1,83%	-3,32%
Evolution avant revalorisation des tarifs pour les opérations liste en sus et dégressivité	-0,82%	-0,82%	-2,32%	-1,16%	-2,66%
Evolution après revalorisation des tarifs pour les opérations liste en sus et dégressivité	-0,65%	-0,65%	-2,15%	-1,00%	-2,50%

MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

Attention.... Au plan triennal 2015-2017 !!!

Des objectifs pour notre système de santé affichés pour 2017

- 100% des établissements éligibles engagés dans un GHT
- 57% de taux de chirurgie ambulatoire en moyenne sur l'ensemble des actes
- 11 000 réhospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque évitées (-30%)
- 45% de part de marché du répertoire (génériques + princeps) (40% ce jour)
- - 15% d'examens IRM ostéo-articulaires
- Et Maintien de la bonne santé financière des établissements permettant le financement de l'investissement courant

Attention.... Au plan triennal 2015-2017 !!!

- 10 milliards d'économies sur la santé...
- ONDAM 2015 à 2,1%, 2016 à 2% et 2017 à 1,9%

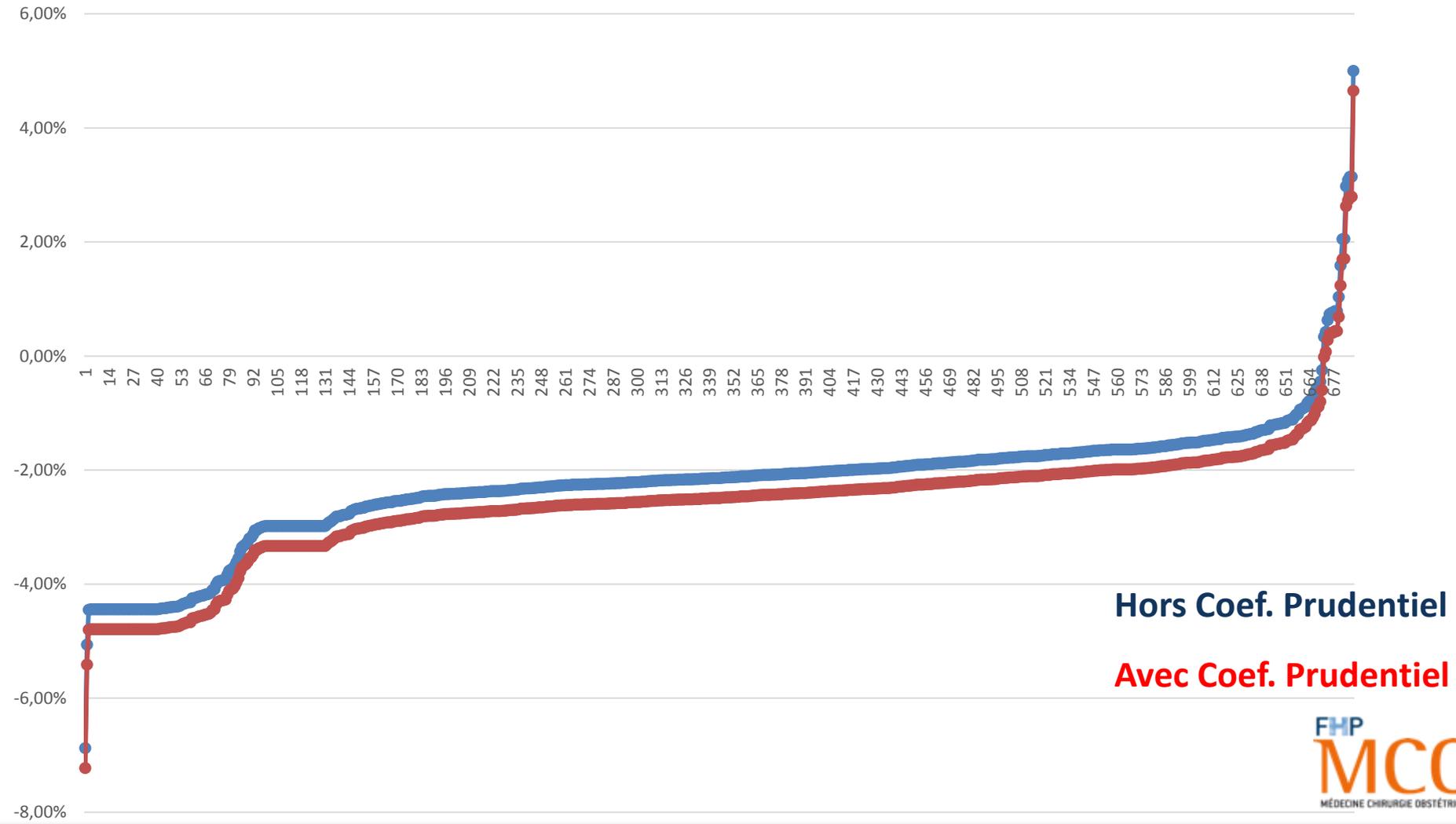
Très concrètement... en argent ...

- 400 millions sur la chirurgie ambulatoire.... (voir chirurgie hospitalière complète) dont 91 millions en 2015
- Liste en sus : 350 millions
- Baisse des prix du CEPS et des DMI à 1,850 milliard.
- Actions sur les génériques et les biosimilaires à 1,300 milliard
- Ajustement des tarifs à 450 millions.
- Pertinence ou Bonnes pratiques à 1,450 milliard

Traduction en chiffres !

Les études d'impacts

Evolution du Chiffre d'Affaires des établissements MCO



Hors Coef. Prudentiel

Avec Coef. Prudentiel



Les impacts

ASO	Nb séjours 2013	CA 2014	CA 2015	CA Corrige 2015	Différence 2014/15	% Évolution
M	5 622 662	2 849 392 385,46	2 802 713 357,28	2 802 713 357,28	-46 679 028,18	-1,64%
C	3 436 969	4 272 785 232,56	4 178 558 975,04	4 166 903 975,06	-105 881 257,50	-2,48%
O	274 438	344 348 082,78	338 789 013,68	338 789 013,68	-5 559 069,10	-1,61%
<u>TOTAL</u>	<u>9 334 069</u>	<u>7 466 525 700,80</u>	<u>7 320 061 346,00</u>	<u>7 308 406 346,02</u>	<u>-158 119 354,78</u>	<u>-2,12%</u>

Les impacts par « nature » de GHM

CAS V11f	Nb séjours 2013	CA 2014	CA 2015	CA corrige 2015	Différence 2014/15	% Évolution
C	3139241	4 168 257 205,06	4 075 261 091,60	4 063 606 091,60	-104 651 113,46	-2,57%
K	1845583	1 020 207 445,26	1 005 165 656,90	1 005 165 656,90	-15 041 788,36	-1,50%
M	1088741	1 042 982 585,03	1 030 021 897,10	1 030 021 897,10	-12 960 687,93	-1,26%
Z	3260504	1 235 078 465,43	1 209 612 700,20	1 209 612 700,20	-25 465 765,23	-2,11%
<u>TOTAL</u>	<u>9 334 069</u>	<u>7 466 525 700,78</u>	<u>7 320 061 345,80</u>	<u>7 308 406 345,80</u>	<u>-158 119 354,98</u>	<u>-2,12%</u>

Les impacts par niveau

CMD v11f	Nbre sejours2013	CA 2014	CA 2015	CA Corrige_2015	Différence 2014/15	% Évolution
1	1 590 364	2 216 513 044,09	2 179 310 725,10	2 172 260 612,50	-44 252 431,59	-2,00%
2	379 657	1 033 373 937,41	1 010 552 752,40	1 007 740 079,10	-25 633 858,31	-2,48%
3	150 682	546 483 151,07	536 884 277,38	535 988 358,90	-10 494 792,17	-1,92%
4	43 371	257 466 831,57	253 418 510,25	252 888 140,32	-4 578 691,25	-1,78%
A	360 216	402 225 862,85	395 644 547,27	395 644 547,27	-6 581 315,58	-1,64%
B	61 414	64 359 669,76	63 305 619,47	63 305 619,47	-1 054 050,29	-1,64%
C	4 390	9 920 223,32	9 758 392,81	9 758 392,81	-161 830,51	-1,63%
D	541	1 186 221,82	1 166 814,34	1 166 814,34	-19 407,48	-1,64%
E	2 400	1 205 469,01	1 185 699,20	1 185 699,20	-19 769,81	-1,64%
J	2 757 329	1 505 168 969,45	1 466 539 311,70	1 466 173 386,00	-38 995 583,45	-2,59%
T	350 694	132 618 587,31	131 696 021,81	131 696 021,81	-922 565,50	-0,70%
Z	3 633 011	1 296 003 733,18	1 270 598 674,20	1 270 598 674,20	-25 405 058,98	-1,96%

Les impacts par supplément

	Nb jours REA	Nbre jours rea SI	Nbre STF	Nbre SRC	Nb NN1	Nb NN2	Nb NN3	TOTAL
Volume 2013	1 515 062	188 323	1 864 910	1 518 750	761 289	361 572	210 328	<u>6 420 234</u>
Tarif 2014	648,23	324,11	324,11	259,29	255,46	383,95	758,79	
Tarif 2015	634,88	317,43	317,43	253,95	250,2	376,04	743,16	
% Évolution	-2,06%	-2,06%	-2,06%	-2,06%	-2,06%	-2,06%	-2,06%	
CA 2014	982 108 640	61 037 368	604 435 980	393 796 688	194 478 888	138 825 569	159 594 783	2 534 277 916
CA 2015	961 882 563	59 779 370	591 978 381	385 686 563	190 474 508	135 965 535	156 307 356	2 482 074 275
Différence	<u>-20 226 078</u>	<u>-1 257 998</u>	<u>-12 457 599</u>	<u>-8 110 125</u>	<u>-4 004 380</u>	<u>-2 860 035</u>	<u>-3 287 427</u>	<u>-52 203 640</u>

Dégressivité tarifaire

- ◉ Introduit par la LFSS 2014 (art.41)
- ◉ Les textes encadrant ce dispositif :
 - L'article L162-22-9-2 et les articles R162-42-1-4 à R162-42-1-8 du code de la sécurité sociale
 - Le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire applicable aux établissements de santé prévue à l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale
 - L'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale

Dégressivité tarifaire:

- Un nouveau mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé appelé mécanisme de dégressivité tarifaire.
- Rappel des éléments du dispositif de dégressivité :
 - Seuil de déclenchement dépend de la racine
 - Taux de minoration à 20% au-dessus du seuil de déclenchement
 - Plancher de récupération : en attente de l'arrêté
 - Plafond à 1% des recettes globales assurance maladie de l'établissement
 - Un périmètre s'appuyant sur une liste d'activités/actes

Dégressivité tarifaire:

- ⊙ Les éléments fixés par l'arrêté:
 - Le seuil de déclenchement : la valeur de ce seuil est exprimée en taux d'évolution pour chaque racine de GHM concernée. Il varie de 5% (ex: la racine 03C14 «Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans ») à 53% (pour la racine 10C13 «Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité »).
 - La valeur du taux de minoration du tarif fixé à 20% : Cette minoration de 20% du tarif sera appliquée sur l'activité produite au-delà du seuil.
 - Le périmètre des activités concernées : 25 racines de GHM. Souhait de la DGOS de cibler des activités en lien avec la pertinence des soins (existence de recommandation HAS)

Les activités
ciblées avec leur
seuil pour 2015

RACINE de GHM	LIBELLÉ	VALEUR du seuil
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	13 %
01C15	Libérations du médian au canal carpien	14 %
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans <u>vitrectomie</u> .	12 %
03C10 + 03C27 (*)	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, et interventions sur les amygdales, en ambulatoire	5 %
03C14	Drains <u>trans tympaniques</u> , âge inférieur à 18 ans	5 %
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	12 %
05C17	Ligatures de veines et éveinages	10 %
05K06	<u>Endoprothèses</u> vasculaires sans infarctus du myocarde	18 %
06C09	Appendicectomies non compliquées	5 %
06K05	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	21 %
07C13	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	9 %
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	14 %
08C24	Prothèses de genou	16 %
08C27	Autres interventions sur le rachis	14 %
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	33 %
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	13 %
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	17 %
10C09	Gastroplasties pour obésité	5 %
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	53 %
11C11	Interventions par voie <u>transurétrale</u> ou transcutanée pour lithiases urinaires	24 %
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire	36 %
11C13	Interventions par voie <u>transurétrale</u> ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	17 %
11K08	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire	10 %
14C08	Césariennes pour grossesse unique	5 %
(*) L'activité, à laquelle est appliqué le seuil, est mesurée en additionnant l'activité produite pour chacune de ces deux racines.		

Dégressivité tarifaire:

- Rappel : Une date d'application en mai 2016 sur les données 2015 / 2014
- La première application de ce dispositif concerne l'activité des établissements de santé effectuée au cours de l'année 2015. Toutefois, l'activité des établissements de santé au titre d'années antérieures est prise en compte.
- Les montants des sommes dues par établissement résultant de l'application des coefficients de minoration sont déterminés sur la base des données disponibles au 15 mai de l'année suivant l'année civile considérée, soit pour la première année d'application les données 2015 au 15 mai 2016.
- En attente d'un arrêté sur le plancher d'intervention

Dégressivité tarifaire:

- Ce qui n'a pas été retenu pour 2015 mais dont la possibilité existe dans les textes:
 - L'article L.162-22-9-2 du CSS permet une minoration des tarifs des établissements de santé lorsque l'activité produite par ces établissements dépasse un seuil dont la valeur est exprimée en taux d'évolution ou en volume d'activité.
 - La possibilité de fixer des seuils différents par région n'a donc pas été retenue pour l'application de l'année 2015.

⇒ le décret permet tout ...

Activités isolées (LFSS 2014)

- Principe : financement dérogatoire pour les activités n'atteignant pas les volumes d'équilibre économique mais indispensables à l'accès aux soins, en raison de l'éloignement géographique
- En 2014 : enveloppe de 20 M€ en AC
- Textes réglementaires :
 - Décret du 17 février 2015
 - Arrêté activité isolées du 11 mars 2015
 - Arrêté tarifaire du 11 mars 2015

⊙ Le décret définit :

1. **Les établissements isolés** sur 2 critères présents simultanément

- distance > 45 minutes de l'établissement le plus proche pour la même activité

- densité géographique de la zone de recrutement (< 80 hab/km²)

2. **Les activités isolées**

Notion de seuil d'activité (points morts) tel que les recettes équilibrent les charges

↳ Un établissement peut être isolé au titre d'une ou plusieurs activités.

⊙ Le décret prévoit :

- un financement composé :

- d'une part fixe : forfaits nationaux annuels par activité

- d'une part variable : dotation FIR, laissée à la discrétion du DGARS

- que la liste des établissements éligibles est fixée par la ministre pour une durée de 5 ans , révisable tous les ans

L'arrêté du 11 mars 2015 précise les conditions de financement

1. Isolement géographique

Activité isolée si établissement isolé et si la distance à un autre établissement exerçant la même activité est supérieure ou égale à :

60 minutes pour une unité de médecine, ou de chirurgie

45 minutes pour une unité d'obstétrique (avec une part de marché > 40%)

30 minutes pour une unité d'urgences

2. Seuils d'activité : points morts

1 800 séjours pour l'activité de médecine

2 000 séjours pour l'activité de chirurgie

1 200 accouchements pour l'activité de soins d'obstétrique

11 000 passages non suivis d'hospitalisation pour l'activité d'urgences

- **Et fixe la liste des établissements identifiés (sans préciser les activités isolées au sein de ces établissements) :**

60 établissements ex DGF

3 établissements ex OQN (1 en Corse et 2 en Languedoc Roussillon)

L'arrêté tarifaire fixe les rémunérations (forfaits nationaux annuels) :
Par tranche de 100 séjours annuels pour la médecine, et la chirurgie et
Par tranche de 1 000 passages pour l'activité urgences, un montant de :

	Public (ex DGF)	Privé (ex OQN)
Médecine	35 000 €	28 000 €
Chirurgie	70 000 €	56 000 €
Urgences	50 000 €	40 000 €

Pour l'obstétrique, par tranche de 100 accouchements annuels :

	Public (ex DGF)	Privé (ex OQN)
Entre 40 et 60% de part de marché dans le territoire	60 000 €	48 000 €
Entre 60 et 80%	90 000 €	72 000 €
Au-delà de 80%	120 000 €	96 000 €

Evolutions MIG-MERRI pour 2015

La DGOS annonce la poursuite des opérations de « nettoyage » des MIGAC / MERRI dans le cadre de la justification au premier euro.

- MIG « Prélèvement de sang placentaires (création)
- MIG « Assistance Médicale à la Procréation
- MIG « centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson
- MIG « Centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages
- MIG « Centre de référence pour l'infection ostéo-articulaires »
- **MIG « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en oncologie (calcul de la file active)**
- MERRI « rémunération des internes nommé maintenant financement des études médicales » (revalorisation de l'indemnité de sujétion des internes de 1^{ère} et 2^{ème} années, création d'une prime de stage pour le stage en soins primaires
- MERRI par fusion des « centres de ressources biologiques et des tumorothèques ».
- MERRI « financement des emplois de techniciens et d'assistants de recherche clinique »
- MERRI « thérapies cellulaires et tissulaire »
- MERRI « maladie rares »
- MERRI « centre de ressources sur les maladies professionnelles.

La DGOS souligne que la justification au premier euro n'est pas une fin en soi. La question de l'efficience devra être posée. Chaque mission doit faire l'objet d'une allocation de financement pertinente, rationalisée et équitable.

Réforme du financement des urgences : information DGOS sur les travaux

- Le champ de la réforme est celui du financement des services d'Urgences (y compris UHCD) et des SMUR.
- Les financements des secteurs Ex-DGF et Ex-OQN seront considérés séparément : une logique similaire serait appliquée séparément aux enveloppes respectives des deux secteurs et de manière adaptée à leurs spécificités.
- Le nouveau modèle de financement consistera en un financement mixte, combinant facturations et MIG, avec un socle de base garanti pour les établissements à faible activité :
- Le socle de base pourrait être l'équivalent d'une ligne pour les Services d'Urgences (SU) ou SMUR seuls, équivalent de deux lignes pour les SU-SMUR.

Une réforme du financement centrée sur les établissements Ex-DGF.

Deux types de financements seraient combinés : des facturations à l'activité, en complément desquelles serait versée une allocation MIG SU-SMUR.

Les recettes liées à l'activité seraient :

- ⊙ Forfaits ATU
- ⊙ Forfaits Actes et Consultations aux urgences
- ⊙ Forfaits « participation du patient » aux urgences (remplacement du Ticket Modérateur)
- ⊙ Facturation GHS UHCD et ticket modérateur
- ⊙ Forfaits SMUR facturés à l'assurance maladie pour chaque sortie. Suppression des autres facturations (SMUR secondaires, Ticket Modérateur)

Le calibrage de la MIG Urgences-SMUR serait calibré de la façon suivante :

- ⊙ L'Estimation du besoin de financement serait calculée à partir de données d'activité appliquées à un référentiel de moyens valorisés.
- ⊙ MIG SU SMUR :
Besoin de financement estimés (activité n-1) – recettes activité (n-1)

Une réforme du financement à la marge pour les établissements Ex-OQN.

- Pas de changement pour les médecins des services d'urgences de nos établissements : actes, consultations et PDSES.
- Le financement serait constitué de recettes à l'activité complétées d'une MIG calibrée sur la base de l'activité n-1.
- Activités : ATU, GHS UHCD, Tickets Modérateurs
- Financement MIG : le besoin de financement des établissements Ex-OQN serait estimé à partir du financement actuel FAU (activité n-1).

Questions Diverses



A vos agendas !

9^{ème} Club des Médecins DIM

Proposition

Jeudi 26 Novembre 2015

(sous réserve)

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



Merci pour votre
participation !



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

www.fhpmco.fr