



*Jeudi 26 Novembre 2015*

**BIENVENUE!**

*10h00 à 16h30*

En partenariat avec :

# ORDRE DU JOUR

## *Matinée*

### **Matinée : 10h à 12h**

- **« Trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2012 » : discussions / débats autour des résultats et des pratiques de codage**

*En présence de:*

*Anne MALLET, Secrétaire Nationale, AFC UNHPC*

*Monsieur Philippe-Jean BOUSQUET et du Dr Christine LE BIHAN, Pôle Santé Publique et Soins, Département Observation, Veille, Evaluation, INCa*

- **Point d'actualité sur les campagnes tarifaires 2015 et 2016**

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

### **12h30 - 14h00 : Déjeuner**



# ORDRE DU JOUR

## *Matinée*

### **Après-Midi: 14h – 16h30**

- **Accès aux données de santé : nouvelles conditions dans le cadre du projet de la Loi Santé et dispositif transitoire mis en place dans l'attente de ces nouvelles dispositions.**

*En présence de:*

*Monsieur André LOTH, Mission d'accès aux données de santé, DREES*

*Dr Max BENSADON, Directeur General Adjoint, ATIH*

- **Point d'actualité sur les contrôles T2A : Bilan de l'expérimentation et perspectives**

*En présence de :*

*Dr Valérie-Jeanne BARDOU – Médecin Conseil CNAMTS*

**Nous remercions notre partenaire :**



# Trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2012

« Trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2012 : discussions / débats autour des résultats et des pratiques de codage »

Anne MALLET, Secrétaire Nationale, AFC UNHPC

Dr Philippe-Jean BOUSQUET et

Dr Christine LE BIHAN, Pôle Santé Publique et Soins,  
Département Observation, Veille, Evaluation, INCa

# La parole est à vous

# Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2015 et 2016

# **Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2015 et 2016**

**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**

## Campagne Tarifaire 2015

- **Le Coefficient Prudentiel**
- **Mesure des 40 € (liste en sus)**
- **La Dégressivité Tarifaire**

Un ONDAM Hospitalier à 1,75% au même niveau que l'ONDAM général

**Mais** des mesures d'économies annoncées d'un montant de 3,4 milliards !

## **Efficacité de la dépense hospitalière 690 millions**

- Optimisation des dépenses des établissements 65 millions
- Optimisation des achats et fonctions logistiques 420 millions
- Liste en sus (dont radiations partielles) 205 millions

## **Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement 465 millions**

- Développement de la chirurgie ambulatoire 160 millions
- Réduction des inadéquations hospitalières 145 millions
- Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD 160 millions

## Produits de santé et promotion des génériques 1,045 milliard

- Baisse de prix des médicaments 550 millions
- Promotion et développement des génériques 395 millions
- Tarifs des dispositifs médicaux 70 millions
- Biosimilaires 30 millions

## **Pertinence et bon usage des soins 1,210 milliard**

- Baisse des tarifs des professionnels libéraux 125 millions
- Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments 400 millions
- Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses 100 millions
- Maîtrise médicalisée hors médicament 315 millions
- Réforme des cotisations des professionnels de santé 270 millions

**TOTAL 3,410 milliards**

## Le PLFSS 2016 : Espoir et désespoir

Au-delà de l'article 48 sur la réforme de financement du SSR, quelques articles nous concernent :

- Article 42 sur l'expérimentation de l'obésité de l'enfant.
- Article 49 sur la fusion du contrat de bon usage du médicament (CBUM), contrat d'amélioration des pratiques, pertinence.
- Article 50 sur l'obligation de l'ENC.
- Plus un TJP reporté à 2020.

## Et la construction de la campagne tarifaire ?

- Faire porter les économies en chirurgie sur l'hospitalisation complète.
- Discussion sur l'effet volume... et sur ce sujet ... les comptes de la sécurité sociale de septembre sont difficiles
  - « *Les dernières données disponibles permettent de revoir les réalisations à la hausse d'environ 60 M€ dans le champ des cliniques privées, au titre également de la sous-estimation des provisions. Ainsi, les cliniques privées ne contribuent plus que pour environ 40 M€ à la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier.* »
  - « *les dépenses des cliniques privées seraient supérieures de 25 M€ à l'objectif.* » 2015

# Point de situation sur le coefficient prudentiel 2015, présentation du PLFSS 2016

			Taux d'évolution (objectif 2014 / base 2014)	Objectifs 2014
<b>ONDAM établissements de santé (hors non régulé)</b>			2,29%	75 222,4
<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>			<b>2,64%</b>	<b>55 583,8</b>
	<b>ODMCO</b>		<b>2,68%</b>	<b>49 444,1</b>
		<b>ODMCO ex-DG</b>	2,95%	38 952,3
		activité	2,95%	34 722,2
		médicaments et DMI	3,23%	3 135,5
		forfaits annuels	2,00%	1 094,7
		<b>ODMCO ex-OQN</b>	<b>1,69%</b>	<b>10 491,7</b>
		activité	1,47%	9 067,7
		médicaments et DMI	3,19%	1 325,8
		forfaits annuels	2,00%	98,2
	<b>MIGAC</b>		<b>2,36%</b>	<b>6 139,7</b>

# Point de situation sur le coefficient prudentiel 2015, présentation du PLFSS 2016

			Objectifs 2015 (données octobre 2015)	Objectifs 2014 (données mars 2014)	
<b>Total champ (hors non régulé)</b>			76 547	75 222	
<b>établissements de santé tarifés à l'activité</b>			56 817	55 584	2,22%
	ODMCO		50 518	49 444	2,17%
		ODMCO ex-DG	40 059	38 952	2,84%
		Activité	35 464	34 722	2,14%
		médicaments et DMI	3 451	3 136	10,07%
		forfaits annuels	1 144	1 095	4,49%
		ODMCO ex-OQN	10 459	10 492	-0,31%
		Activité	9 032	9 068	-0,39%
		médicaments et DMI	1 334	1 326	0,65%
		forfaits annuels	93	98	-5,40%
	MIGAC		6 298	6 140	2,58%

	Analyse de la situation	
	2014	2015
<u>Comité d'alerte n°3 sur le respect de l'ONDAM</u>	Annonce d'un dépassement potentiel de 112 à 201 millions (dont -45 millions pour les Cliniques privée MCO et +43 millions pour les cliniques SSR et Psy) en cas de restitution du Coefficient Prudentiel	Annonce d'un dépassement potentiel de 125 millions (dont +35 millions pour les Cliniques privées) en cas de restitution du Coefficient Prudentiel

## Situation présentée à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

<p><u>Situation présentée à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée</u></p>	<p><u>Secteur MCO ex-DG (source ATIH) :</u> Activité : écart à l'objectif compris entre -148M€ et -69M€; Liste en sus : écart à l'objectif compris entre +157M€ et 167M€; Forfaits annuels : écart à l'objectif de -4M€. Soit un écart global à l'objectif ODMCO ex DG compris entre +5M€ et +95M€.</p> <p><u>Secteur MCO ex-OQN (source CNAMTS) :</u> Activité : écart à l'objectif de -113M€; Liste en sus : écart à l'objectif de +17M€; Forfaits annuels : écart à l'objectif de -10M€. Soit un écart global à l'objectif ODMCO ex OQN de -106M€.</p> <p><u>Secteur OQN (source CNAMTS) :</u> OQN SSR : écart à l'objectif de +29M€ OQN PSY : écart à l'objectif de +19M€ Soit un écart global à l'objectif OQN de +48M€.</p>	<p><u>Sur l'ODMCO ex-DG</u> : exécution moyenne de -12M€ (entre -58M€ et +35M€) sans dégel du coefficient prudentiel MCO (+100M€ (entre +53M€ et +146M€) avec dégel intégral) ; Une exécution de la part tarifs comprise entre -29M€ et +63M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO, et entre +82M€ et +174M€ avec dégel ; Une sous-exécution de la liste en sus de -28M€ ; Une exécution conforme sur les forfaits annuels.</p> <p><u>Sur l'ODMCO ex-OQN</u> : exécution de -7M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO (+25M€ avec dégel intégral) Une sous exécution de la part tarifs estimée à -42M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO et à -10M€ avec dégel ; Une sur-exécution de la liste en sus de +35M€ ; Une exécution conforme sur les forfaits annuels.</p> <p><u>Sur l'OQN</u> : Une exécution estimée à +1,4M€ (+3,5M€ SSR ; -2,1M€ PSY) sans dégel de la dotation prudentielle OQN et à +10M€ avec dégel intégral (+10M€ SSR ; 0M€ PSY).</p>
---	---	--

## Situation présentée à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

### Secteur MCO ex-DG (source ATIH) :

**Activité :** écart à l'objectif compris entre -148M€ et -69M€;

**Liste en sus :** écart à l'objectif compris entre +157M€ et 167M€;

**Forfaits annuels :** écart à l'objectif de -4M€.

⇒ un écart global à l'objectif ODMCO ex DG compris entre +5M€ et +95M€.

### Secteur MCO ex-OQN (source CNAMTS) :

**Activité :** écart à l'objectif de -113M€;

**Liste en sus :** écart à l'objectif de +17M€;

**Forfaits annuels :** écart à l'objectif de -10M€.

⇒ un écart global à l'objectif ODMCO ex OQN de -106M€.

### Secteur OQN (source CNAMTS) :

**OQN SSR :** écart à l'objectif de +29M€

**OQN PSY :** écart à l'objectif de +19M€

⇒ un écart global à l'objectif OQN de +48M€.

Sur l'ODMCO ex-DG : exécution moyenne de -12M€ (entre -58M€ et +35M€) sans dégel du coefficient prudentiel MCO (+100M€ (entre +53M€ et +146M€) avec dégel intégral) ;

Une exécution de la part tarifs comprise entre -29M€ et +63M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO, et entre +82M€ et +174M€ avec dégel ;

Une sous-exécution de la liste en sus de -28M€ ;  
Une exécution conforme sur les forfaits annuels.

Sur l'ODMCO ex-OQN : exécution de -7M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO (+25M€ avec dégel intégral)  
Une sous exécution de la part tarifs estimée à -42M€ sans dégel du coefficient prudentiel MCO et à -10M€ avec dégel ;

Une sur-exécution de la liste en sus de +35M€ ;  
Une exécution conforme sur les forfaits annuels.

Sur l'OQN : Une exécution estimée à +1,4M€ (+3,5M€ SSR ; -2,1M€ PSY) sans dégel de la dotation prudentielle OQN et à +10M€ avec dégel intégral (+10M€ SSR ; 0M€ PSY).

## Etat des mises en réserves

Le niveau de ces mises en réserve est identique à celui de 2013, soit 415 M€, dont 75 M€ sur le FIR et 340 M€ sur l'ONDAM Etab Santé répartis comme suit :

- 118 M€ via le coefficient prudentiel MCO applicable au 1er mars 2014;
- 23 M€ via le report de deux mois (janvier-février 2014) de l'application du coefficient prudentiel MCO 2013 ;
- 20 M€ relatifs aux crédits issus de la déchéance du FMESPP;
- 60 M€ sur la marge nationale;
- 119 M€ sur les bases régionales DAF.

Mises en réserves existantes revues à la baisse à 372 millions au lieu de 547 millions en début de campagne en raison du programme de stabilité qui a fixé un niveau d'économies supplémentaires 2015 sur l'ONDAM global à 425M€ dont 175M€ concernent les mises en réserve 2015.

Sur ces 425M€ d'économies, 257M€ portent sur l'ONDAM Hospitalier dont 154M€ sur ses mises en réserve (124M€ DAF ; 30M€ FMESPP). **Ainsi, l'ensemble des mises en réserve restantes sur l'ONDAM hospitalier s'élève désormais à 248M€ (contre 401,8M€ initialement).**

## Commentaires

Après dégel du coefficient prudentiel, demeure une marge de manœuvre de 297 millions d'euros ayant conduit à une NON délégation définitive de 186 millions de crédits MIGAC pour couverture du dépassement de l'ONDAM de ville lié au traitement du VHC.

Après dégel du coefficient prudentiel, demeure une marge de manœuvre de 104,8 millions d'euros.

## 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.

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

- Evaluation de l'impact de cette mesure dans les établissements :  
Evaluation des pertes financières sur le tarif des GHS du fait des médicaments en SUS en pourcentage du montant total des GHS de chimio :
  - 28Z07Z - Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 5%
  - 28Z17Z - Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances : 13%
  
- Quel est votre retour ? Avez-vous constaté des changements de pratique ?

## La Dégressivité Tarifaire :

- La décision de la mise en place de la dégressivité tarifaire repose sur trois points majeurs :
  - La justification des économies d'échelle n'est pas l'élément premier de la justification de la mesure.
  - La motivation première est de disposer d'un outil supplémentaire de niveau micro-économique pour réguler les volumes.
  - La décision est donc avant tout une décision politique visant à rechercher des sources d'économies potentielles.
  
- Introduit par la LFSS 2014 (art.41)

## La Dégressivité Tarifaire :

- Les textes encadrant le dispositif sont parus :
  - Les articles L162-22-9-2 et R162-42-1-4 à R162-42-1-8 du CSS
  - Le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014
  - 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 CSS
  - L'arrêté du 11 août 2015 fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées
  - La Notice technique n° CIM-MF- 1055-6-2015 du 20 octobre 2015

## La 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 : 15 000 €
  - Plafond à 1% des recettes globales assurance maladie de l'établissement
  - Un périmètre s'appuyant sur une liste d'activités/actes

## La 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 <del>vitrectomie</del>	12 %
03C10 + 03C27 (*)	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, et interventions sur les amygdales, en ambulatoire	5 %
03C14	Drains <del>transmyringiens</del> , 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	<del>Endoprothèses</del> 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 <del>transurétrale</del> ou transcutanée pour lithiases urinaires	24 %
11C12	Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire	36 %
11C13	Interventions par voie <del>transurétrale</del> 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.		

## La Dégressivité Tarifaire :

- 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.

## La 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 ...

⇒ Quelle procédure pour contester le montant récupéré ?

## Campagne Tarifaire 2016

- Les évolutions possibles de la classification
- Les évolutions possibles du recueil
- Les évolutions possibles des listes en sus
- Réforme en cours : les Urgences, IFAQ, ....

## Classification MCO : Les évolutions possibles

- Retour d'expériences 2015 sur les « Anomalies » de groupage et/ou tarification :
  - Constitué grâce à vos retours
  - Transmis à l'ATIH et à la DGOS en juillet 2015
- 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](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)**

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

## Programme de Travail du Comité Technique MCO :

### ⊙ **Deux chantiers prioritaires en 2015 :**

- les travaux sur l'ambulatoire
  - Les CMA
    - révision des regroupements de CMA
    - analyse de l'effet global (effet sur l'ensemble de la base) et de l'effet local CMA (effet sur certaines racines seulement)
- ⇒ Mise en œuvre des résultats pour la campagne 2017

### ⊙ **Les travaux identifiés à lancer en 2015 ou 2016**

- La place de l'interventionnel
- Le codage des bilans / explorations/ surveillance
- Polyhandicap lourd
- Harmonisation, révision des guides
- Simplification de la classification

## ⊙ Deux chantiers prioritaires en 2015 :

➤ les travaux sur l'ambulatorio (chirurgie, mais aussi médecine et interventionnel) avec :

- **Axe 1 : Quelle est la traduction en terme qualitatif et quantitatif de ce virage ambulatorio ?**

- ✓ un bilan sur les bases de données pmsi des années 2009 à 2014 pour analyser l'évolution des modes de prise en charge et l'activité réellement déployée

- **Axe 2 : Comment améliorer la description des séjours ambulatorio ?**

- ✓ une analyse de l'homogénéité des GHM, de la description des séjours (revue de la littérature, entretien avec des experts...), et analyse des coûts ENC

- **Axe 3 : Quelles évolutions de la classification ?**

- ✓ une étude des solutions possibles

⇒ Mise en œuvre des résultats à une date indéterminée

## ○ Chirurgie Ambulatoire : Etat d'avancement des travaux

- Rappel du Contexte : dans le cadre du « Virage ambulatoire » la DGOS et certaines sociétés savantes ont souhaité une amélioration de la classification rendant plus lisible l'activité de chirurgie ambulatoire.
- 25 racines de GHM ont été examinées :
  - Pour 9 racines, l'ATIH a estimé qu'il n'était pas légitime d'envisager d'évolution
  - Les 16 autres ont fait l'objet d'une analyse détaillée avec recherche de l'impact d'une éventuelle mesure (part de variance expliquée dans la base, ou par établissement).

⇒ Tableau de Synthèse des propositions de l'ATIH

## Chir Ambulatoire : Tableau de Synthèse des propositions de l'ATIH

racine	libellé	demande	Pistes explorées	PROPOSITION ATIH CAMPAGNE 2016
03C07	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, > 17 ans	homogénéité	regroupement avec la racine 03C06	Pas d'évolution
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire	ATIH	supprimer le J	supprimer le J
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	homogénéité	<b>Avis FHP-MCO: défavorable</b>	Suppression des racines Racines 07C13 et 14 Création de 3 racines - Cholécystectomie aigue par cœlioscopie - Cholécystectomie non aiguë par cœlioscopie (avec J) - Cholécystectomie aiguë ou non par laparotomie
08C34	Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	GHM en J	créer un J	Pas d'évolution
08C42	Interventions non mineures sur les tissus mous	homogénéité	les actes les plus mineurs de 08C42 sont transférés dans 08c46	Pas d'évolution
08C46	Autres interventions sur les tissus mous	homogénéité	réception d'actes de la 08C42	Pas d'évolution
09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision local	GHM T en J	pas de GHM en J mais scinder la racine sur les actes : exérèse vs reconstruction	Pas d'évolution
09C07	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	homogénéité	transfert d'un acte dans une des racines créée en 09C06	Pas d'évolution

## Chirurgie Ambulatoire : Etat d'avancement des travaux

### Tableau de Synthèse des propositions de l'ATIH

racine	libellé	demande	Pistes explorées	PROPOSITION ATIH CAMPAGNE 2016
09C09	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	homogénéité	transfert des dermolipectomies vers la 10C10	transfert des dermolipectomies vers la 10C10
09C10	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins	homogénéité	scinder la racine sur les actes de chirurgie superficielle	Pas d'évolution
10C10	Autres interventions pour obésité	G	<b>Avis FHP-MCO: défavorable</b>	transfert de l'acte HFMC008 (Repositionnement ou ablation d'un anneau ajustable périgastrique, par coelioscopie) dans la racine 10C09
12C13	Stérilisation et vasoplastie	AT	<b>Avis FHP-MCO: oui mais</b>	créer un J
13C09	Laparoscopies ou coelioscopes diagnostiques	GHM T en J	créer un J ou un T2, avec option de créer un GHM Z	Pas d'évolution
13C10	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	GHM T en J	créer un J	créer un J
13C13	Autres interventions sur l'appareil génital féminin	GHM T en J	pas de création de J mais transfert d'un acte ambulatoire	Pas d'évolution
13C17	Cervicocystopexie	GHM en J	créer un J	créer un J

- ⊙ **IOA :**
  - Pour harmoniser le codage de certaines situations, un GT ad hoc a été mis en place. La FHP MCO n'était pas informée de ce GT, car il n'a réuni que les représentants des centres de référence IOA (uniquement CHU)
  - Ce GT a fait des propositions de modifications d'actes pour les racines chirurgicales, et de consignes de codage, qui sont actuellement à l'étude
  - ⇒ il n'y aura pas de modification de la classification en 2016
  
- ⊙ **GHM 28Z25Z « Autres techniques d'irradiation externe, en séances » :**
  - Demande de suppression
  - Le CT MCO propose de solliciter l'INCa et la SFRO, et reste dans l'attente des décisions DGOS à venir sur la radiothérapie
  - ⇒ L'ATIH propose de préciser les consignes de codage

- **le polyhandicap**
  - L'analyse des bases 2013 et 2014 a montré une utilisation très modeste de ce codage
  - ⇒ Un rappel visant à inciter à un meilleur codage dans la notice PMSI 2016 est proposé
- **Questions diverses :**
  - la FHP MCO a attiré l'attention sur une pratique ophtalmologique en plein développement qui associe chirurgie de la cataracte et de la rétine
- **A partir de 2016 les versions sont millésimées : V11g ⇒ V2016**

## Recueil : Les évolutions possibles

## ⊙ Travaux Nomenclature : la CIM 10

- CT MCO : Les propositions de modifications nationales sont en attente de l'avis de la FSM et portent sur l'obésité et la dénutrition
- Notice technique Recueil PMSI SSR et PSY 2016 :
  - Modifications OMS : subdivisions de la catégorie X34 victime d'un tremblement de terre
  - Modifications nationales :
    - ✓ Suppression du code I20.0+0 Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
    - ✓ Fascicule de consigne de codage des syndromes coronariens aigus à venir

## ○ Travaux Nomenclature : La CCAM descriptive à usage PMSI

### ➤ Format 2016 :

- échanges avec les éditeurs de logiciel
- 1 variable «Code CCAM» sur 7 caractères et 1 variable «extension PMSI» sur 3 caractères pour les codes subdivisés ou créés (un tiret et 2 chiffres)
- en 2016 : l'«extension PMSI» reste facultative Mais signalement si existence d'une extension et non renseignée (erreur non bloquante)
- à partir de 2017 : utilisation Obligatoire de l'extension pour les codes subdivisés ou créés avec Groupage en erreur si non renseignée

### ➤ Modifications 2016 : Précisions pour permettre le codage des PICC line, et ajout de nouveaux codes de chirurgie vasculaire par cœlioscopie (19 nouveaux codes).

⇒ la FHP MCO a exprimé sa grande réserve à la mise en œuvre de la « CCAM descriptive »

## ○ Recueil :

- modifications envisagées liées au recueil de l'activité « urgences » (réforme du financement des Urgences) :
- modifications portant sur FICHSUP pour enregistrer l'activité des SAMU et SMUR et de l'intégration du FINESS géographique dans les RSF-ACE C (ex-DGF) et RSF C pour permettre l'identification des ATU « gynécologiques ».

## ○ Evolution du guide méthodologique :

- Reformulation de certaines parties du guide pour améliorer :
  - l'identification des interventions prophylactiques,
  - des traitements chirurgicaux en 2 temps,
  - et des infections ostéo articulaires.

## Listes en sus : Les évolutions possibles

## ○ Les Dispositifs Médicaux:

- 5 classes de DM sont à l'étude pour une réintégration dans les GHS en 2016 :
  - les conduits valvés (15 codes LPP)
  - les implants pénienis (4 codes LPP)
  - les implants tendineux (5 codes LPP)
  - les implants exovasculaire de gainage (1 code LPP)
  - les Implants exovasculaire de fermeture de malformation congénitale (1 code LPP)

⇒ **soient potentiellement environ 26 codes LPP**

- Mais ils doivent ensuite répondre aux recommandations du Conseil de l'Hospitalisation :
  - poses suffisamment concentrées au sein des GHM,
  - service rendu considéré comme insuffisant,
  - réévaluation de l'ASA à la baisse par la CNEDIMTS,
  - l'arrêt de commercialisation du DM,
  - le prix d'achat / tarif des DM rapporté au tarif de chacun des GHS concernés par la pose est inférieur à 30%.

- Critères de gestion de la liste en sus :
    - Travaux de révision de la Recommandation n° 2011-31 du 14 décembre 2011 relative à la liste des produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation de cette recommandation :
      - ⇒ Ajout des honoraires des praticiens dans le secteur ex-OQN lors de l'analyse des radiations : opposition de la FHP-MCO
  - Création d'un titre V sur la LPP :
    - cibler les consommables, ces consommables étant pour le moment plus ou moins dans les tarifs. Il s'agit de pallier à l'absence de prise en charge pour une certaine catégorie de DM non implantables à usage individuel
- ⇒ **Prochaine Réunion du GT : le 16 décembre 2015**

- Les Molécules Onéreuses:
  - Travaux en cours pour une possible radiation en 2016 :
    - Yondelis, Cancer des ovaires récidivant sensible au platine, en association à la doxorubicine liposomale pégylée (DLP),
    - Yervoy, Mélanome avancé (non résécable ou métastatique) chez les patients adultes
    - et les Génériques de Flolan et Zavedos.
  - Mise en œuvre de radiations partielles :
    - GO Médicament : la DGOS étudie les opportunités de radiation des indications ne présentant aucune amélioration de service médical rendu (ASMR V) dont les comparateurs sont financés dans les tarifs des prestations.

## ○ Les Molécules Onéreuses:

### ➤ Mise en œuvre de radiations partielles :

- GT Radiation partielle : DGOS – CNAMTS – DSS – ATIH – SOFIME

- ✓ Algorithmes pour identifier les situations via les codes CIM 10

- Présentation aux éditeurs :

- ✓ Possible Flag par la FG des séjours sur la présence de certains diagnostics

- ✓ Objectif : Pas de financement de certaines molécules de la liste en sus (Avastin et Alimta) pour des indications avec un ASMR IV ou V

- ✓ Ex-DG : si flag : pas de facturation possible de la MO

- ✓ Ex-OQN : si flag : pas de présentation de la facture de la MO

- ✓ Possibilité de rendre bloquante l'absence de DR quand DP de séance de chimiothérapie pour tumeur (Z51.1)

⇒ **Prochaine Réunion du GT : le vendredi 18 décembre 2015**

## **Réforme en cours :** **les Urgences, Les hôpitaux de proximité, la Radiologie interventionnelle, IFAQ, ....**

## Bordereau des organismes complémentaires

Nouveau Mode Opérateur des Organismes Complémentaires intégrant le contrat d'accès aux soins

## Réforme du financement des urgences

La réforme est envisagée en deux phases :

- **Une phase transitoire**, à vecteurs de financements constants, avec mise en œuvre des éléments à compter du **1<sup>er</sup> mars 2016**.

Il s'agit d'un recalibrage progressif sur trois ans du FAU et de la MIG SMUR sur la base d'une estimation du besoin de financement. Ainsi, **les effets revenus seraient lissés sur trois ans : 20% de l'écart en 2016, 40% de l'écart en 2017, et 40% en 2018.**

**Au 1<sup>er</sup> mars 2016 :**

**la facturation des SMUR secondaires serait supprimée avec abondement dans la MIG SMUR.**

Détermination du montant des FAU par entité géographique et non plus juridique  
Sous financement des urgences-SMUR à faible activité.

En 2016, les travaux de concertation sur le modèle cible se poursuivront.

## Réforme du financement des urgences

La réforme est envisagée en deux phases :

- **Une phase à horizon 2018** mettant en place un mécanisme de financement porteur des évolutions suivantes :
  - Disponibilité des données d'activité SMUR via FICHSUP et des ATU par entité géographique dès 2017
  - Modélisation EVASAN et HelisMUR
  - Amélioration du dialogue de Gestion des ARS
  - Modification des vecteurs de financement, notamment FAU et MIG SMUR pour tendre vers un seul support MIG (Pour les établissements ayant un SMUR, la nouvelle MIG aurait un périmètre complet de FAU et MIG SMUR)  
Ce dernier point n'emporte pas l'adhésion de SAMU Urgences de France qui privilégie un financement distinct des urgences et des SMUR

## Réforme du financement des urgences

Recalibrage FAU ex OQN	FAU actuel	FAU recalibré
Mode de calcul	Par entité Géographique	Par entité Géographique
Socle	350 943 jusqu'à 7500 ATU	328 187 jusqu'à 6000 ATU
Forfait par tranche de 2500 ATU	81 029	76 620

## Point de situation : expérimentation IRC

- Publication par arrêté des orientations nationales (novembre 2015)
- Elaboration du cahier des charges d'appel à projet par les ARS et transmission au ministère pour publication (arrêté) fin d'année 2015 (NDLA : ce délai est pour le moins surprenant)
- Lancement des appels à projets par les ARS et sélection des candidatures début 2016
- Publication par arrêté de la charte type des professionnels (après consultation notamment des Ordres)
- Signature des conventions (ARS-AM-expérimentateurs) : 1<sup>er</sup> trimestre 2016, délégation des crédits aux ARS
- Démarrage des expérimentations pour une durée de 2/4 ans : fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2016

## Hôpitaux de proximité :

- Les critères d'éligibilité :
  - ✓ autorisation de médecine sans autorisation de chirurgie ni d'obstétrique,
  - ✓ présence de caractères spécifiques (part de patients âgés de plus de 75 ans, part de patients pauvres, densité de population, et densité d'omnipraticiens dans la zone),
  - ✓ ou à défaut être la seule structure offrant un hébergement de médecine dans le territoire.
  
- La procédure d'inscription sur une liste par le DG ARS (un refus de l'ARS doit être motivé, l'établissement peut refuser son inscription sur la liste, la liste doit être révisée tous les 2 ans)

## Hôpitaux de proximité :

- Les missions de l'hôpital de proximité : coopération avec les professionnels de 1er recours, les EHPAD, USLD et SSR, coordination du parcours de soins dans le cadre des GHT, contractualisation avec les Etablissements de santé les plus proches
- L'ATIH a réalisé une première étude qui fait apparaître que 24 établissements privés seraient éligibles à ce nouveau mode de financement
- Un décret relatif au modèle de financement de ces structures doit être présenté à la prochaine réunion

## Radiologie interventionnelle

En prévision de la réforme du droit des autorisations d'activité de soins, à l'échéance de mai 2017, la DGOS souhaite construire un cadre réglementaire pour les activités de radiologie (ou imagerie ?) interventionnelle, en maintenant les textes actuels pour la neuroradiologie et la cardiologie interventionnelle.

Elle souhaite que le groupe de travail affine la stratification des actes de radiologie et propose les paramètres d'une organisation de l'offre de soins.

La question des conditions de financement n'est pas encore abordée, mais devra l'être dans une étape ultérieure.

Ces travaux doivent aboutir à la définition d'une réglementation pour les activités d'imagerie interventionnelle, et donc à un cadre plus contraignant pour le développement de cette activité de soins.

## Indicateur en chirurgie ambulatoire

L'ANAP et l'ATIH ont élaboré conjointement un outil de calcul d'un indicateur de performance en matière de chirurgie ambulatoire

Cet outil :

- Tente de répondre aux critiques adressées au taux global de Chirurgie Ambulatoire
- Essaie de prendre en compte tous les paramètres pertinents en matière de Chirurgie Ambulatoire (dispersion de l'activité sur différentes disciplines, mise en regard de l'activité totale de l'établissement, intégration de la notion de Chirurgie Ambulatoire « innovante »)
- Est particulièrement complexe et d'une lecture délicate

## Le programme IFAQ :

- Prise en compte de la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé.
- Une incitation à l'amélioration de la qualité pour faire progresser le niveau de qualité souhaité, et en établir les standards futurs
- Construction du score IFAQ et rémunération :
  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
- Dans le cadre des campagnes nationales habituelles ou de la procédure de certification
- Le score prend en compte le niveau atteint (l'excellence) et l'effort (l'évolution entre deux périodes de recueil), afin de permettre au modèle d'être incitatif.

## Le programme IFAQ :

⇒ Quelle Généralisation du modèle ?

- Modèle IFAQ généralisé MCO
  - Inscription dans la LFSS 2015 (art. 51, créat° de l'Art. L.162-22-20 au CSS)
  - Dès 2016 et Texte d'application à venir
- Les décisions prises pour IFAQ 1 et 2 ne préjugent pas du modèle pour la généralisation



IFAQ 1 ≠ IFAQ 2 ≠ La généralisation

- La Généralisation : pour les établissements MCO + HAD
  - Pas d'expérimentation pour l'HAD
- Quel Développement pour les autres champs
  - Travaux à mener pour SSR, nécessité d'avoir des indicateurs qualités spécifiques

## Le programme IFAQ :

- ⊙ Textes encadrant le programme IFAQ :
  - un décret : fixe les grands principes
  - des arrêtés :
    - ✓ Un arrêté relatif à l'obligation de recueil des indicateurs, Souhait de la DGOS : mettre en place un arrêté unique qui fixerait les recueils d'indicateurs obligatoires (IPAQSS, TBIN, IFAQ)
    - ✓ Un arrêté fixant les paramètres du modèle (à terme, cet arrêté n'a pas vocation à être un arrêté annuel)
    - ✓ et l'arrêté du DG ARS fixant le montant de la dotation.
- ⊙ Les fédérations restent dans l'attente du projet de décret
- ⊙ Champs : MCO, HAD, Dialyse



**A vos agendas !**

**Journée d'Information FHP-MCO  
sur le programme IFAQ**

**Jeudi 28 Janvier 2016**

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir  
et**

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



Déjeuner

## Accès aux données de santé

# Accès aux données de santé : nouvelles conditions dans le cadre du projet de la Loi Santé

Monsieur André LOTH, Mission d'accès aux données de  
santé, DREES

# Accès aux données de santé : dispositif transitoire mis en place par l'ATIH

**Dr Max BENSADON, Directeur Général Adjoint, ATIH**

# La parole est à vous

## Point d'actualité sur les contrôles T2A

## Point d'actualité sur les contrôles T2A

**Dr Valérie-Jeanne BARDOU – Médecin Conseil, CNAMTS**

**La parole est à vous**

## Questions Diverses



**A vos agendas !**

# **10<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM**

**Proposition**

**Jeudi 31 Mars 2016**

**(sous réserve)**



**A vos agendas !**

# **11<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM**

**Proposition**

**Mardi 29 Novembre 2016**

**(sous réserve)**

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir  
et**

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



**Nous remercions notre partenaire :**



# Merci pour votre participation !



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