



***Mardi 29 Novembre 2016***

**BIENVENUE!**

***10h00 à 16h30***

En partenariat avec :



# ORDRE DU JOUR

## *Matinée*

### **Matinée : 10h00 à 12h30**

➤ **ACTUALITÉS SUR LE MODÈLE DE FINANCEMENT SSR**

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

➤ **POINT D'ACTUALITÉS SUR LES CAMPAGNES TARIFAIRES 2016 ET 2017 :**

**Poursuite des travaux de la commission VÉRAN, PLFSS 2017, Coefficient Prudentiel, Retour sur la mise en œuvre de la Dégressivité Tarifaire, CT 2017: les évolutions possibles de la Classification, du Recueil, des listes en sus**

*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

## *Après-midi*

**Après-Midi : 14h00 – 16h30**

- **POINT D'ACTUALITÉ SUR LES CONTRÔLES T2A : BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION, AVANT UNE GÉNÉRALISATION ?**  
*En présence du Dr Valérie-Jeanne BARDOU – DACCRF - CNAMTS*
- **SAE : PRÉSENTATION ET IMPORT PMSI**  
*En présence de Gaëlle GATEAUD – Responsable du pôle SAE, Fabien TOUTLEMONDE – Chef du bureau Établissements de santé – DREES*
- **POINT D'ACTUALITÉS SUR LES CAMPAGNES TARIFAIRES 2016 ET 2017 :  
Mise en œuvre des Radiations Partielles de la liste en sus, CT 2017: Focus sur la Médecine ambulatoire, IFAQ**  
*Equipe de la FHP-MCO (Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil, Dr Marie-Paule CHARLOT – Médecin Partenaire, et Laure DUBOIS – Economiste)*

**Nous remercions notre partenaire :**



# ACTUALITES SUR LE MODELE DE FINANCEMENT SSR

***Intervention d'Eric NOEL***

*Délégué Général de la FHP-SSR*

**La parole est à vous**

# Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2016 et 2017

# **Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2016 et 2017**

**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 2016 et 2017

- **Évolution de la T2A et Travaux de la commission VERAN**
- **PLFSS 2017 et campagne tarifaire 2017**
- **Le Coefficient Prudentiel 2016**
- **Mise en œuvre de La Dégressivité Tarifaire**
- **Mise en œuvre des Radiations Partielles de la liste en sus**
- **CT 2017: les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, des listes en sus**
- **CT 2017: Focus sur la Médecine ambulatoire, IFAQ**

**Évolution de la T2A  
&  
Travaux de la commission VERAN**

- Mission O. VERAN sur la réforme de la T2A
    - Novembre 2015: lettre de mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé
    - T2A (RE)CONFORTEE RAPIDEMENT
    - Fin mai 2016 : Rapport d'étape qui
      - ✓ reconnaît Des effets positifs historiques de la T2A
      - ✓ Mais pointe des effets pervers sur des aspects majeurs
- ⇒ 13 propositions



Paris, le 5 novembre 2015

## COMMUNIQUE DE PRESSE

**Marisol TOURAINE confie à Olivier VERAN la présidence du Comité chargé de proposer de nouvelles pistes de financement pour les établissements de santé**

Pour corriger les effets négatifs de la tarification à l'activité (T2A), Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a souhaité réformer en profondeur le mode de financement des établissements de santé. Engagée par la ministre dès 2012, cette réforme a permis de mieux prendre en compte les parcours des patients, l'isolement de certaines activités et la qualité des soins prodigués dans le calcul des ressources attribuées aux hôpitaux. Elle doit maintenant être amplifiée. C'est le sens de la mission confiée aujourd'hui à Olivier VERAN, praticien hospitalier au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble et ancien député de l'Isère.

### *Pour mémoire : 7 propositions avaient été adressées par la FHP-MCO*

Proposition n°1 : Une référence tarifaire à revoir pour donner une véritable place à l'innovation !

Proposition n°2 : Et la question de la visibilité ?

Proposition n°3 : Oui aux aménagements de la T2A...

Proposition n°4 : Une dose de qualité à développer !

Proposition n°5 : La Proximité ne se définit pas par discipline d'activité ...

**Proposition n°6 : Vers un dispositif assurant un socle de financement pour certaines activités**

Proposition n°7 : Le parcours en question ?

## Rapport d'étape d'Olivier VERAN qui comporte 13 propositions:

- 1° Mettre en place une dotation modulée à l'activité pour les Hôpitaux et les SSR de proximité
- 2° Instaurer un financement par dotation modulée à l'activité pour les unités de soins critiques
- 3° Supprimer les bornes basses et haute pour les soins palliatifs et instaurer une dotation modulée à l'activité pour les EMSP
- 4° Accompagner la modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité
- 5° Faire évoluer le financement des Urgences pour développer les liens avec des centres de soins non programmés
- 6° Adapter la T2A à la nécessité de coopération entre acteurs
- 7° Introduire une modulation du financement à la qualité
- 8° Réécrire la circulaire frontière pour sortir de contentieux stériles
- 9° Instaurer un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles
- 10° Lancer la réflexion sur la définition de forfaits pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales
- 11° Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous avec une vraie instance d'arbitrage
- 12° Rechercher la simplification de la facturation
- 13° Affirmer le principe de la neutralité tarifaire, privilégier pour les politiques de santé publique des financements « starter » (AC et FIR) ou par MIG, et normer le plus possible les financements MIG

### ⇒ Les 13 propositions formulées dans ce rapport sont de trois ordres :

- Celles qui ne sont pas réellement novatrices dans leur conception mais qui confirment la nécessité de leur donner une priorité :  
financement à la qualité, sérénité dans les contrôles T2A, amélioration de la circulaire frontière, financement des consultations longues ou pluri-professionnelles, question du financement du parcours des pathologies chroniques, ...
- Celles qui donnent un écho aux propositions de la FHP-MCO relatives au financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), des activités fortement mobilisatrices de moyens quel que soit le niveau de l'activité ou bien encore des soins palliatifs.
- Celles qui suscitent des interrogations, ou des inquiétudes, à l'instar d'une proposition qui souligne la nécessité de privilégier les AC, FIR et MIG, ou d'une autre qui vise à complexifier le dispositif d'organisation et de financement des urgences.

⇒ **1<sup>ères</sup>** mises en œuvre dans le cadre du PLFSS 2017 :

**l'article 44 prévoit notamment une disposition sur les soins critiques, et une sur les situations intermédiaires,**

- Un prochain rapport : notamment sur
  - ✓ les modalités de financement de l'investissement, de l'innovation et de la recherche,
  - ✓ le financement des soins de santé mentale,
  - ✓ le financement de l'hospitalisation à domicile,
  - ✓ les problématiques liées à l'utilisation de la liste en sus,
  - ✓ les problèmes spécifiques rencontrés dans les territoires Outre-Mer.
  
- Rapport définitif : début 2017

### ○ Le calendrier des travaux de la Commission O VERAN est le suivant :

- 20 septembre 2016 – 14h00 / Investissement
- 12 octobre 2016 – 14h00 / Santé Mentale
- 8 novembre 2016 – 14h00 / Parcours
- 9 novembre 2016 – 9h00 / Télémédecine
- 30 novembre 2016 / Liste en sus
- 1er Décembre 2016 / HAD
- 6 décembre 2016 – 14h00 / Recherche clinique
- 7 décembre 2016 / Organisation territoriale avec les grands Experts ayant innovés.
- 10 janvier 2017 / Innovation Organisationnelle et activités de pointes

# PLFSS 2017 & Campagne Tarifaire 2017

- Un rendez-vous le 14 octobre 2016 Ministère (F.VARNIER, A.MOLLARD, S.BILLET) FHP-MCO (Ségolène BENHAMOU, Thierry BECHU).
- Objet du rendez-vous : 17 propositions pour la campagne tarifaire 2017

### ➤ 7 points principaux abordés la campagne 2017 :

- Effet volume
- Plan d'économies et virage ambulatoire
- Forfait 40€00
- Financement à l'épisode de soins
- Poursuite des actions en maternité
- Dégressivité tarifaire
- Simplification normative et IBODE.

## PLFSS 2017

**Dans le PLFSS, l'article 44 prévoit une disposition sur les soins critiques, les situations intermédiaires, et l'HAD post Chirurgie.**

### ○ Calendrier :

**05 octobre** : examen en Conseil des Ministres

**Semaine du 17 octobre** : examen du PLFSS 2017 en Commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale

**Du 25 au 28 octobre** : examen en séance publique à l'Assemblée Nationale

**02 novembre** : vote solennel à l'AN

**Semaine du 14 novembre** : examen en séance publique au Sénat (donc vraisemblablement la semaine précédente en Commission)

**22 novembre** : vote solennel au Sénat

**5 décembre** : lecture définitive

## Nos amendements :

- Mettre fin à un dispositif injuste, inéquitable et sans effet positif pour le système de santé : Forfait 40€ sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale.
- Envisager une approche pluriannuelle de la LFSS et des éléments tarifaires correspondants
- Expérimenter une tarification au Parcours... pour les patients en chirurgie ambulatoire
- Entamer une réforme du financement des soins critiques
- Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing

## Le PLFSS 2017 : A l'assemblée nationale ...

Sur notre amendement « Episode de soins » : Refus MAIS projet PREPS à venir (obtenu lors du rendez-vous du 14 octobre avec Frédéric VARNIER)

*La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 620.*

**M. Francis Vercamer**. *Cet amendement vise à expérimenter la mise en place d'un parcours de soins pour le patient pris en charge en chirurgie ambulatoire. L'objectif serait de mieux coordonner les différentes étapes de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire et d'optimiser les parcours de soins du patient, en assurant une qualité de soins optimale et une plus grande efficacité de la dépense d'assurance maladie. Cette expérimentation permettrait notamment de déterminer l'ensemble des coûts médicaux liés à une intervention, qu'il s'agisse de ceux relevant des dépenses d'hôpital ou des coûts relatifs à la dépense de ville.*

*L'idée est d'identifier les différents acteurs qui participent, dans ce cas précis de la chirurgie ambulatoire, à la prise en charge du patient et l'ensemble des coûts payés par l'assurance maladie pour une intervention donnée et directement liés à cette intervention. Cette expérimentation permettrait d'améliorer l'articulation entre ville et hôpital et de mieux organiser le parcours de soins des patients.*

**M. le président**. *Quel est l'avis de la commission ?*

**Mme Michèle Delaunay**, rapporteure. *Il ne me semble pas pertinent de remettre en question les consultations pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires dont j'avais au contraire demandé, dès l'an dernier, qu'elles soient prises en considération, car c'est un bonus considérable pour les malades.*

*En revanche, l'expérimentation visant à établir un cadre générique pour tous les épisodes de soins appelés à être pris en charge dans un contexte ambulatoire est intéressante. Je me suis rapprochée du ministère pour savoir si cette idée pourrait être creusée, et celle-ci a été accueillie plutôt favorablement. Toutefois, le ministère envisage plutôt un appel à projets, dans le cadre d'un programme de recherche sur la performance du système de soins. Dans ces conditions positives, je vous invite à retirer vos amendements.*

## Le PLFSS 2017 : A l'assemblée nationale ...

### Un amendement adopté en séance publique - Article 44 bis - donne lieu à deux propositions que nous émettrons au Sénat, en lien avec la Fehap :

*« I. – Après l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-2 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-21-2. – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé, sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-1, au 1° de l'article L. 162-22-6, à l'article L. 162-23-1, ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. ».*

*II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018. »*

L'exclusion du dispositif des transports réalisés par les structures mobiles d'urgence et de réanimation et ceux relatifs aux transferts de moins de 48h,

Une période d'expérimentation de six mois sur au moins 3 régions volontaires.

**Retour de l'Observatoire économique  
de l'hospitalisation publique et privée  
& Coefficient Prudentiel 2016**

## 1° Examen du projet de rapport semestriel 2016 :

### Secteur Ex-DGF (Public et Ex-PSPH) :

En date de soins, évolution du volume +4,5% (+2,9% en 2015) PCAP :

+4,3% (+2,7% en 2015) sur les séjours et séances (hors dialyses)

+2,9% (+5,1% en 2015) sur les séances et forfaits de dialyses

+6,6% (+3,6% en 2015) sur les consultations et actes externes

+5,9% (+5,9% en 2015) sur l'HAD

+2,0% sur la prestation Hôpitaux de Proximité (n'existe pas en 2015 : représente 230 millions pour les 6 premiers mois 2016)

En date de soins, APRES CORRECTION des jours ouvrés, évolution du volume +3,2% en PCAP.

## 1° Examen du projet de rapport semestriel 2016 :

### Secteur Ex-OQN & OQN :

En date de remboursement, pour le régime général en France métropolitaine, l'ODMCO progresse de 1,3% (0,0% en 2015) en cjo-cvs sur les 8 premiers mois de l'année 2016. Les dépenses des postes PSY et SSR augmentent respectivement de 4,4% (1,3% en 2015) et 0,9% (3,9% en 2015).

En date de soins, pour le régime général en France métropolitaine sur le premier semestre de l'année 2016, l'ODMCO évolue de 1,7% (0,0% en 2015) en cjo-cvs. Les dépenses des postes PSY et SSR augmentent respectivement de 2,7% (2,2% en 2015) et 3,4% (3,8% en 2015).

## 1° Examen du projet de rapport semestriel 2016 :

### Secteur Ex-OQN & OQN :

Evolution des volumes d'activité 2011-2016						
Date de soins - Remboursement corrigé des effets tarifs et effets champs (DMI, MO) - effet Volume						
Année	Chirurgie	Médecine	Dialyse	Obstétrique	Liste en sus	Forfait
2011	3,10%	-0,40%	3,10%	-4,20%	4,70%	2,70%
2012	1,10%	1,70%	4,00%	-3,40%	4,80%	5,80%
2013	0,10%	0,30%	3,90%	-5,50%	5,60%	4,00%
2014	1,70%	1,80%	5,50%	-2,30%	5,90%	2,10%
2015	0,80%	2,30%	3,00%	-5,20%	5,00%	6,30%
2016 (PCAP Janv-Juin) *	4,30%	5,80%	4,60%	-8,70%	7,50%	5,40%
<b>* soit un total MCO en part tarif de 4,2% en effet volume (effet global avec effet tarif et champ à 2,2%)</b>						
Source CNAMTS						

## 1° Examen du projet de rapport semestriel 2016 :

Secteur Ex-OQN & OQN : Concernant le détail de la liste en sus des Ex-OQN MCO :

	Montants remboursés en 2015	Evolution 2015	Montants remboursés à fin août	Evolution 2016
Liste en sus	1 111 784	2,0%	755 000	3,6%
DMI	661 634	0,8%	295 000	0,0%
Médicaments en sus	450 150	3,8%	460 000	6,2%

*La Présidente de l'observatoire a proposé qu'un travail soit réalisé pour une prochaine séance. Nous assistons alors à une situation pour le moins étonnante : la CNAMTS souligne qu'elle n'a pas les éléments pour effectuer les prévisions.... Ni la DGOS... la Direction de la Sécurité Sociale semble être la plus à même de récupérer les informations auprès du CEPS.*

## 2° Consultation de l'observatoire conformément aux articles R. 162-42-1-2 et R. 162-42-1-10 sur le montant des crédits pouvant être versés aux établissements (Coefficient Prudentiel)

### Rappel sur la procédure de dégel des crédits liés à l'application du coefficient prudentiel MCO et de la dotation prudentielle OQN

**Fait générateur de la décision de dégel** : Avis du comité d'alerte sur les prévisions d'exécution de l'ONDAM de l'année N. **Si pas de risque de dépassement de l'ONDAM**, la question d'un dégel de tout ou partie des crédits mis en réserve via le coefficient prudentiel MCO et la dotation prudentielle OQN est posée et soumise à l'arbitrage politique.

Conformément au premier alinéa de l'article R 162-42-1-2 du code de la sécurité sociale **pour le coefficient prudentiel MCO** et de l'article R 162-42-1-10 du code de la sécurité sociale **pour la dotation prudentielle OQN** :

« A compter de l'avis du comité d'alerte (...), les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, le cas échéant, avant le 31 décembre de l'année en cours et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le montant des crédits à verser aux établissements (...) ».

## 2° Consultation de l'observatoire conformément aux articles R. 162-42-1-2 et R. 162-42-1-10 sur le montant des crédits pouvant être versés aux établissements (Coefficient Prudentiel)

### Comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM

La prévision de respect de l'ONDAM repose sur l'annulation de crédits mis en réserve en début d'année (558 M€) et de crédits disponibles d'ici la fin de l'année 2016 pour couvrir les dépassements attendus de 245 M€ sur les soins de ville et de 500 M€ (hors crédits mis en réserve) pour l'ONDAM hospitalier. (Liste en sus, ATU/post ATU...) ../...

Le Comité d'alerte estime que cette prévision reste sujette à des aléas significatifs compte tenu du fort dynamisme des dépenses. ....

Dès lors, pour assurer le respect de l'objectif, il estime prudent de maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers (crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel ou crédits non encore délégués) pour faire face à un éventuel dérapage en fin d'année.

## 2° Consultation de l'observatoire conformément aux articles R. 162-42-1-2 et R. 162-42-1-10 sur le montant des crédits pouvant être versés aux établissements (Coefficient Prudentiel)

### Une première cette année !!!

La présentation diffère des années passées, en ce sens qu'aucun écart, de sous ou sur-exécution, n'est présenté.

## Mise en œuvre de La Dégressivité Tarifaire

## La Dégressivité Tarifaire :

- ◉ Nouveau mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé
- ◉ 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 :
  - 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
  - [Note DGOS-ATIH de juillet 2016 - Mise en œuvre du mécanisme de dégressivité tarifaire 2015](#)
  - L'arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du CSS

## La Dégressivité Tarifaire :

- Les dépêches FHP-MCO consacrées à la dégressivité tarifaire :
  - Dépêche du 19 janvier 2015 : publication du décret « Dégressivité Tarifaire »
  - Dépêche du 12 mars 2015 : publication de l'arrêté fixant les paramètres d'application pour 2015.
  - Dépêche du 26 août 2015 : publication de l'arrêté fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées.
  - Dépêche du 23 octobre 2015 : publication de la notice technique ATIH
  - Dépêche N°344 du 11 mai 2016 (rappel le 06/07/2016) : **Note d'Information FHP-MCO**
  - Dépêche N°264 du 22 juillet 2016 (rappel le 08/08/2016) : Publication de la note DGOS – ATIH à destination des ARS
  - Dépêche N°285 du 26 octobre 2016: Recours sur la dégressivité tarifaire

## La Dégressivité Tarifaire :

- Rappel des éléments du dispositif de dégressivité :
  - Seuil de déclenchement : dépend de la racine, exprimé en taux d'évolution pour chaque racine de GHM concernée. Il varie de 5% (ex: la racine 03C14 «Drains transtympaniques, âge < à 18 ans ») à 53% (pour la racine 10C13 «Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité »).
  - Taux de minoration du tarif : 20% - minoration de 20% du tarif sera appliquée sur l'activité produite au-delà du seuil.
  - Plancher de récupération : 15 000 €
  - Plafond à 1% des recettes globales assurance maladie de l'établissement
  - 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)

⇒ **Pas de changement de ces éléments entre 2015 et 2016**

Les activités  
ciblées  
avec leur seuil  
pour 2015  
Et pour 2016

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>transcathodiques</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.

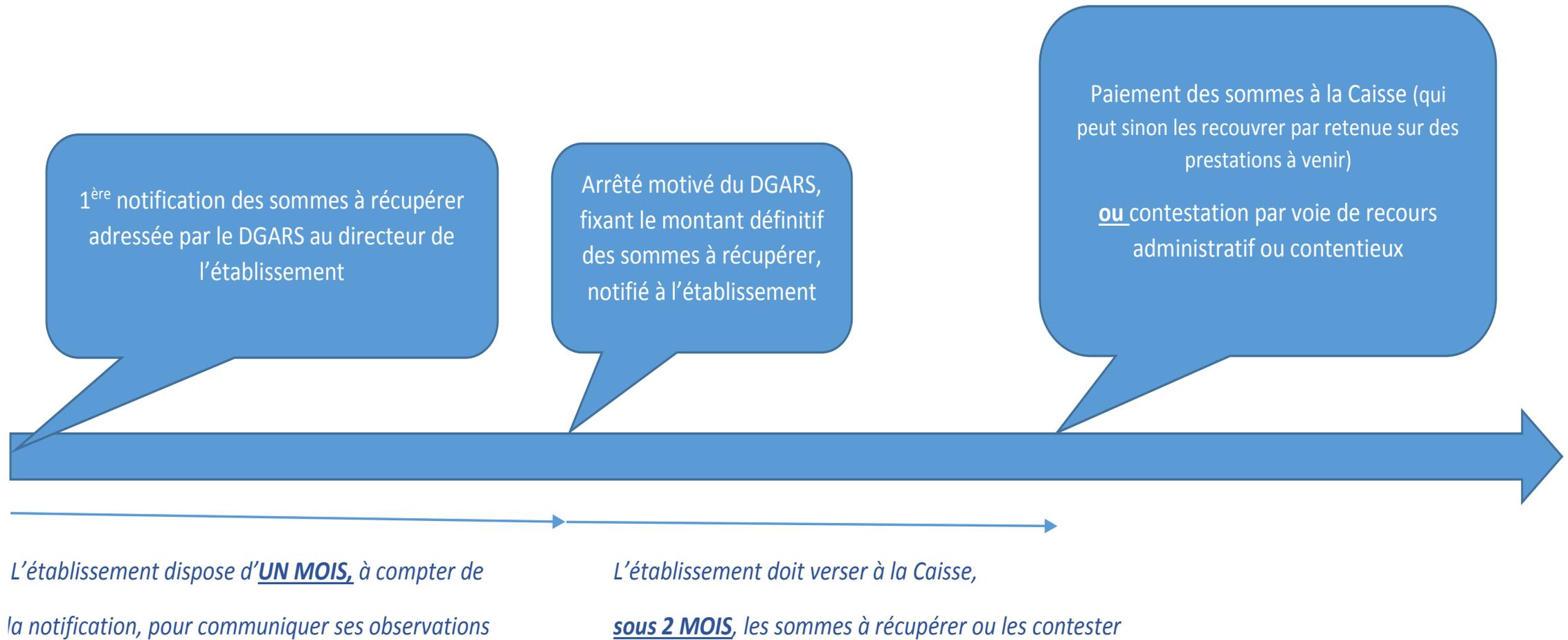
## La Dégressivité Tarifaire :

- 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 2015/2016 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 pas été retenue pour l'application de l'année 2015 et de l'année 2016.
    - ⇒ le décret permet tout ...
- ⇒ Quelle procédure pour contester le montant récupéré ?

# Mise en œuvre de La Dégressivité Tarifaire



## La Dégressivité Tarifaire : Quelle procédure pour contester le montant ?

- Versement - Les Voies de recours pour contester :
  - Les établissements qui souhaitent contester le montant des sommes à récupérer au titre de la dégressivité tarifaire peuvent contester l'arrêté du DGARS.
  - Ils disposent pour ce faire de plusieurs possibilités :
    - ✓ Recours gracieux auprès du DGARS
    - ✓ Recours hiérarchique auprès de la Ministre de la Santé
    - ✓ Recours contentieux

## La Dégressivité Tarifaire : Quelle procédure pour contester le montant ?

### ○ Versement – Les Voies de recours pour contester : Quelle juridiction compétente ?

#### ➤ Recours Contentieux :

- ✓ Analyse FHP-MCO : Recours contentieux devant le Tribunal administratif - délai de deux mois
- ✓ Mais les arrêtés notifiés mentionnent un recours auprès du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) - délai d'un mois
- ✓ Un précédent : les recours contre des décisions du FIR, le Ministère était revenu sur la compétence du TITSS pour reconnaître celle du tribunal administratif
- ⇒ par précaution Recommandation FHP-MCO : saisir SOUS UN MOIS les deux juridictions en leur demandant de confirmer, ou non, leur compétence sur le litige.

## La Dégressivité Tarifaire : Bilan 2016 sur l'activité 2015

- Arguments portés/envisagés par les établissements pdt la période contradictoire:
  - Désaccord sur les chiffres
  - Problématique des faibles volumes :
    - ✓ Augmentations ou volumes non significatifs (ex : de 0 à 1 séjour)
    - ✓ Volume réduit entraine des variations importantes en amplitude
    - ✓ Augmentations ne permettant pas d'économie d'échelle
  - Les spécificités du territoire et des Flux territoriaux de patients :
    - ✓ Hausse d'activité qui répond à un besoin croissant de la population du territoire ou des environs,
    - ✓ Transfert activités d'autres établissements,
    - ✓ Recrutement de praticiens pour lutter contre le taux de fuite du territoire, meilleure accessibilité du territoire

## La Dégressivité Tarifaire : Bilan 2016 sur l'activité 2015

- ⊙ Arguments portés/envisagés par les établissements pdt la période contradictoire:
  - Arrivée/Départ des praticiens qui impactent sensiblement l'activité :
    - ✓ Arrivée et Départ de praticiens de spécialités différentes mais sans augmentation de l'activité globale de l'établissement, Arrivée/Départ des praticiens d'un établissement à l'autre sans que l'enveloppe régionale varie
    - ✓ Contexte restructuration – regroupement
  - Lien avec le CPOM – injonction contradictoire ARS/Dégressivité :
    - ✓ Augmentation ou création d'activité dans le cadre de négociation CPOM: ≠ nouvelles autorisations, mais actée dans le CPOM, Demande de l'ARS d'étoffer les prises en charges et plateaux techniques
  - Modification de la pratique de codage
    - + Alerte sur Chevauchement possible entre la procédure des contrôles T2A et la dégressivité tarifaire

## La Dégressivité Tarifaire : Bilan 2016 sur l'activité 2015

- L'année 2016 : 1<sup>ère</sup> année d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire
- Bilan provisoire en fonction des retours de nos adhérents
  - Nombre d'établissements impactés: 72 établissements
  - Montants en jeu:

Près de 3 Millions € sur les 14 Millions annoncés pour la mesure  
de 15 500€  à 135 000 €

Montant moyen : 38 000 € / établissement

⇒ Réunion au ministère ce jour sur le bilan et les perspectives

## La Dégressivité Tarifaire : Bilan 2016 sur l'activité 2015

- Les évolutions portées par la FHP-MCO ⇒ **Proposition n°12 :**
  - Un retrait ou un aménagement du dispositif.
  - Amendements proposés : prise en compte de « garde-fous » complémentaires :
    - ✓ Prendre en compte la dimension « territoriale » permettant de vérifier l'évolution de l'activité au niveau du territoire,
    - ✓ Prendre en compte les politiques sanitaires visant à lutter contre les fuites des patients sur un territoire allant jusqu'à se traduire par un engagement de croissance d'activité figurant dans le CPOM
    - ✓ Prendre en compte les objectifs de développement de projets médicaux notamment inscrit au sein du CPOM
  - + Prise en compte des volumes d'activités / nouvelles activités (≠ autorisation)

## Campagne Tarifaire 2017

- Les évolutions possibles de la classification
- Les évolutions possibles du recueil
- Les évolutions possibles des listes en sus
- Focus sur la Médecine Ambulatoire
- Focus sur IFAQ

## Classification MCO : Les évolutions possibles

- Retour d'expériences 2016 sur les « Anomalies » de groupage et/ou tarification :
  - Constitué grâce à vos retours
  - Transmis à l'ATIH et à la DGOS en juillet 2016
- 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)**



- ⊙ **L'ATIH a identifié des chantiers lourds (ambulatoire, CMA, interventionnel, bilan) qui nécessitent un programme pluri annuel pour étaler les travaux dans le temps.**
- ⊙ **Les évolutions envisagées de la Classification V2017:**
  - Révision des CMA
  - Chirurgie Ambulatoire
    - ✓ Création de GHM court
    - ✓ Racine avec un J et une durée de séjour de niveau 1 élevée
  - Autres Points
    - ✓ Les infections ostéo articulaires (IOA)
    - ✓ GEU : révision de la liste des actes
    - ✓ Demande des FD

## Classification V2017

### ⊙ La Révision des CMA:

- Mise à jour de la liste des CMA tous les 2 ans
  - ⇒ MAJ de la liste des CMA avec la V2017.
- Même méthodologie que les révisions précédentes: mesure l'impact des codes DA sur la durée de séjour (effet brut, effet isolé et effet isolé de type Fetter).
- Mais Actualisation sur la base des nouveaux regroupements
- L'ATIH a entamé des travaux d'amélioration dans la méthodologie de détermination des CMA dont la **Révision des regroupements de certains codes**
  - ⇒ Révision des regroupements: Les 22 fichiers de la CIM 10 ont été traités : 25% des groupes modifiés et 18% de codes changés de groupe

## Classification V2017

### ○ La Révision des CMA: Les principaux résultats :

#### ➤ Evaluation de l'impact sur les diagnostics:

niveau	v2016	v2017	var	var Nb
1	64,94%	65,43%	+	0,75%
2	25,44%	25,51%	+	0,26%
3	6,06%	5,27%	-	-13,05%
4	3,56%	3,80%	+	6,72%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		

- 4,8% de diag changent de niveau,  
 ↘ du nombre de diag de niveau 3  
 et ↗ du nombre de diag de niveau 2 et 4.

Nb diags	v2017					% lignes	%					% changement
	v2016	1	2	3	4		Total	1	2	3	4	
1	8 806	133	9	6	8 954	1	98,35%	1,49%	0,10%	0,07%	100%	1,65%
2	210	3 221	60	17	3508	2	5,99%	91,82%	1,71%	0,48%	100%	8,18%
3	4	160	638	33	835	3	0,48%	19,16%	76,41%	3,95%	100%	23,59%
4	1	3	19	468	491	4	0,20%	0,61%	3,87%	95,32%	100%	4,68%
<b>Total</b>	<b>9 021</b>	<b>3 517</b>	<b>726</b>	<b>524</b>	<b>13 788</b>	<b>Total</b>	-	-	-	-	-	<b>4,75%</b>

## Classification V2017

### ○ La Révision des CMA: Les principaux résultats :

#### ➤ Evaluation de l'impact sur les séjours :

niveau	ex-DGF + ex-OQN
1	3 740
2	-7 777
3	-1 100
4	5 137

- 0,61% des séjours changent de niveau (Ex-DG et Ex –OQN confondus)  
 du nombre de séjours de niveau 2 et 3  
 et du nombre de séjours de niveau 1 et 4.

v2016	v2017					% lignes	%					% change ment
	1	2	3	4	Total		1	2	3	4	Total	
1	4 322 111	4 140	229	6	4 326 486	1	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%	100%	0,10%
2	7551	1 604 254	14436	188	1 626 429	2	0,5%	98,6%	0,9%	0,0%	100%	1,36%
3	543	10 120	1 143 631	6 901	1 161 195	3	0,0%	0,9%	98,5%	0,6%	100%	1,51%
4	21	138	1799	394 015	395 973	4	0,0%	0,0%	0,5%	99,5%	100%	0,49%
<b>Total</b>	4 330 226	1 618 652	1 160 095	401 110	7 510 083	<b>Total</b>	-	-	-	-	-	<b>0,61%</b>

## Classification V2017

### ○ La Révision des CMA: Les principaux résultats :

#### ➤ Evaluation de l'impact sur les séjours :

niveau	ex-OQN
1	731
2	-1 188
3	23
4	434

- 0,29 % des séjours Ex –OQN changent de niveau
  - ↘ du nbre de séjours de niveau 2
  - ↗ du nbre de séjours de niveau 1, 3 et 4.

Changement moins marqué que pour le secteur public

v2016	v2017					% lignes	%					% change ment
	1	2	3	4	Total		1	2	3	4	Total	
1	1 484 949	527	70		1 485 546	1	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,04%
2	1196	361 752	1894	14	364 856	2	0,3%	99,1%	0,5%	0,0%	100%	0,85%
3	132	1 375	157 698	555	159 760	3	0,1%	0,9%	98,7%	0,3%	100%	1,29%
4		14	121	47 497	47 632	4	0,0%	0,0%	0,3%	99,7%	100%	0,28%
<b>Total</b>	1 486 277	363 668	159 783	48 066	2 057 794	<b>Total</b>	-	-	-	-	-	<b>0,29%</b>

## Classification V2017

### ⊙ La Révision des CMA: Bilan « ATIH »

- Les regroupements ont été modifiés à bon escient
- Poursuivre les travaux d'actualisation des différents paramètres utilisés
- Poursuivre les travaux prospectifs sur des évolutions de méthode :
  - Utilisation de l'effet isolé « local » : la modulation des CMA
  - CMA multiples
  - Etc

⇒ Travaux consommateur de temps et de ressource, tout ne sera pas fait d'ici 2 ans

## Classification V2017

### ○ **Chirurgie Ambulatoire**

- **Création de GHM court**
- Racine avec un J et une durée de séjour de niveau 1 élevée

### Création de GHM court :

Rappel: en 2015, suite à une commande de la DGOS, l'ATIH avait procédé à des analyses qui ont abouti à la création/suppression de GHM en J et à la transformation d'1 GHM en T en J

Pour 3 racines étudiées, la conclusion était surveillance et révision des travaux pour la V2017:

- 08C34 Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie
- 09C06 Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale
- 13C09 Laparoscopies ou coélioscopies diagnostiques

## Point 1 : Classification V2017

### ⊙ **Chirurgie Ambulatoire** : Création de GHM court :

- **08C34** Itv° sur les ligaments croisés sous arthroscopie : **création d'un GHM en J ?**

↗ des séjours de 0 j, meilleure PVE après création d'un GHM en J

Avis FHP-MCO: favorable

- **09C06** Itv° sur le sein pr des affect° non malignes autres que les actes de biopsie et d'excis° locale : **Transformer le GHM T1 en J ?**

Distribution des durées de séjours stable, la problématique est toujours la différence de tarif entre le T et le Niv 1

Avis FHP-MCO: pas opposée

- **13C09** Laparoscopies ou cœlioscopies diagnostiques : **Transformer le GHM T1 en J ?**

↗ des séjours de 0 j, mais prise en charge médicale spécifique des 0 j est inconnue et les étb ont une PVE dégradée avec la création d'un GHM en J

Avis FHP-MCO: pas opposée

⇒ **L'avis des Fédérations a été demandé**

## Classification V2017

### ○ Chirurgie Ambulatoire

- Création de GHM court
- **Racine avec un J et une durée de séjour de niveau 1 élevée**

Racine avec un J et une durée de séjour de niveau 1 élevée:

Travaux sur 10 racines en C disposant d'un J, et en Tarif Unique avec une DMS  $>$  ou  $=$  4 jours pour les niveaux 1.

Mise à part une racine (la racine 08C54 Interventions sur le genou pour des affections autres que traumatiques), la majorité des séjours sont réalisés dans le secteur ex-DG.

Demande de la FHF qui souhaite une sortie du tarif unique pour ces activités dont la DMS du niveau 1 est supérieure à 4 jours.

## Classification V2017

- **Chirurgie Ambulatoire** : Racine avec un J et une durée de séjour de niveau 1 élevée:
  - L'ATIH a mené plusieurs séries d'analyse:
    - analyse standard des DP et des actes,
    - et analyse spécifique, avec 2 axes de travail : est ce qu'il manque un effet âge ou un effet CMA sur ces racines
  - ⇒ Sur le plan de la classification, il n'existe pas de piste d'évolution susceptibles d'être mises en œuvre en V2017
  - ⇒ Mais des pistes à plus long terme :
    - travail sur les paramètre de CMA,
    - sur les codes CIM-10 portant sur plusieurs pathologies,
    - explorer la segmentation des séjours chirurgicaux moins sur l'activité médicale que sur la lourdeur des actes opératoires

## Classification V2017

### ⊙ Autres Points

- **Les infections ostéo articulaires (IOA) :**

L'ATIH a testé la pertinence des évolutions proposées par le GT ad hoc mis en place en 2015

Modifications des listes conduisant dans les racines chir (ajout de diag et d'acte) et dans la racine d'Ostéomyélites aiguës (ajout de diag )

⇒ Les modifications demandées par le GT sont proposées pour la V2017

- **GEU : révision de la liste des actes**

Signalement de nombreux actes non pertinents dans cette nouvelle liste (cf.AGORA)

Certains actes ont été gardés (spécifique d'une GEU, ...) et d'autres ont été exclus

⇒ Les Modifications sont proposées pour la V2017

- **Demande des FD**

## Classification V2017

### Autres Points / Demande des FD

<b>Expertise réalisée</b>	Modification des caractéristiques DASS074 pour une racine plus lourde
	Raison de la présence de QZPA003 dans CMD17
	Analyse des racines 02C03, 09C03, 09C14, 13C09 sur l'hétérogénéité des diagnostics (TM vs pathologie bénigne)
	CMA > exclusions codes de dénutrition
<b>Expertise en cours</b>	Valorisation acte PAMH001 (cimentoplastie intra osseuse)
	Valorisation acte YYYY082 (Tentative d'angioplastie)
	Pose de défibrillateur au décours de la chirurgie cardiaque
<b>Expertise à programmer</b>	Valorisation des bilans avec actes classants (endoscopie, coronarographie)
	Groupage des IDM aigu avec angioplastie sans stent
	Hierarchie des actes pour occlusion sur bride
	Hierarchie des actes mous et des actes osseux
	Redondance acte diagnostic

Retour  
d'Expérience  
FHP-MCO

## Recueil : Les évolutions possibles

## Evolution du recueil



## Recueil

---

- **Mise en place d'un FICHCOMP spécifique IVG**
  - Nb d'IVG antérieures / Année de l'IVG précédente / Nb de naissances vivantes antérieures
  - Suppression de ces variables du format du RUM / RSS
- **Détenus : Nouveau recueil FICHSUP en M12 2016**
  - Médicaments délivrés par les Unités Sanitaires (ex UCSA)
- **Cs Ext Spécifiques: Extension du recueil au secteur Ex-OQN**
  - Création d'un FICHSUP
- **RSF-ACE**
  - Suppression de la modalité CDAG
    - Financement ne relève plus d'une MIG

## Evolution du recueil

- ⊙ **Nomenclature :**
  - Evolution de code CIM-10 OMS et nationales : re-description des codes E66 Obésité
  - Evolution de la CCAM descriptive :
    - Obligatoire à partir de 2017
    - subdivision des actes d'urologie, re-description de libellés de photochimiothérapie extracorporelle (avis HAS 17/03/2010), chirurgie orthopédique
  
- ⊙ **Evolution du guide méthodologique :**
  - Reformulation ou modification de l'organisation des diag associés
  - Échanges par mail sur une version provisoire avec les FD avant sa publication

## Listes en sus : Les évolutions possibles

- Les Dispositifs Médicaux:

- 4 classes de DM sont à l'étude pour une réintégration dans les GHS en 2017 :
  - Les Implants trachéaux - 3 codes LPP
  - Les Endoprothèses œsophagiennes - 1 seul DM
  - Les Implants de traitement du reflux vésico-rénal - 3 codes LPP
  - Les Implants d'embolisation artérielle (hors PIPELINE et SURPASS)

⇒ **Les analyses sur ces DMI doivent être poursuivies**

- Ils doivent ensuite répondre aux critères d'inscription et de radiation des DM de la liste en sus :
  - La fréquence de poses suffisamment est concentrées au sein des GHM,
  - le prix d'achat moyen constaté par séjour ou le montant moyen facturé par séjour des DM rapporté au tarif des GHS concernés par la pose est inférieur à 30%
  - service rendu considéré comme insuffisant,
  - réévaluation de l'ASA à la baisse par la CNEDIMTS,
  - l'arrêt de commercialisation du DM,
  
- Critères de gestion de la liste en sus :
  - Nouvelle procédure d'inscription et de radiation sur la liste en sus : 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
  
- La liste « intra GHS » :
  - Evaluation des DM intra-GHS : Art.37 de la loi n° 2011-2012 du 29/12/2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.
  - Prévoit notamment pour certaines catégories homogènes de produits de santé (financés dans les GHS et autres que les médicaments) la limitation de l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé aux seuls produits de cette catégorie inscrits sur une liste positive, définie par arrêtés, après avis de la CNEDIMTS.

⇒ **Prochaine Réunion du GT : décembre 2016 ?**

- ⊙ Les Molécules Onéreuses: radiations partielles / radiations complètes
  - Travaux en cours pour une possible radiation en 2017 :
    - ALFALASTIN
      - ✓ *SMR faible et ASMR V => Saisine de la HAS pour réévaluation avis CT (avis CT 5/2006)*
    - HEXVIX
      - ✓ *ASMR IV dans la stratégie thérapeutique sans ISP attendu (avis CT 12/2015)*
      - ✓ *Analyse des consommations à faire (vérifier si coût moyen de traitement <30% des tarifs des GHS)*
    - MYOCET
      - ✓ *ASMR III par rapport aux spécialités à base de Doxorubicine (El cardiaques moindres), ASMR V par rapport à Epirubicine => Saisine de la HAS pour réévaluation avis CT (avis CT 9/2001)*
    - DIFICLIR
      - ✓ *ASMR III*
      - ✓ *Analyse des consommations à faire (vérifier si coût moyen de traitement <30% des tarifs des GHS)*

## Financement des activités de Médecine Ambulatoire

- **Retour sur la Réunion du 19/10/2016 concernant le financement des activités de médecine ambulatoire**
  - Il s'agit d'une réunion de concertation sur les évolutions liées au financement des activités de médecine ambulatoire, **dans le cadre de la préparation du PLFSS 2017 et de la campagne tarifaire 2017**
  - **Objectif poursuivi: lever les obstacles au développement de l'ambulatoire en médecine**

- **L'article 44 du PLFSS 2017 contient notamment les mesures suivantes :**
    - La création d'une **prestation intermédiaire** entre l'Hospitalisation de Jour (HDJ) et les actes et consultations externes (ACE) **pour financer les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles.**
    - La Sécurisation de l'administration des produits de la Réserve Hospitalière (RH) en environnement hospitalier. Il s'agit de mettre en place un cadre permettant **l'administration et la facturation en externe de certains produits de la réserve hospitalière.**
- ⇒ **La mise en œuvre nécessite des évolutions réglementaires : DCE + évolution de l'arrêté prestation pour définir les conditions de facturation dès 2017.**

- **Prestation intermédiaire entre l'HDJ et les ACE pour financer les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles :**
  - La facturation de ce forfait viendrait en complément de la facturation des consultations et actes réalisés.
  - Il sera conditionné au respect de plusieurs critères comme la Pluri professionnalité et l'Existence d'une synthèse médicale.
  - Mesure présentée dans le PLFSS 2017, mais mise en œuvre progressive.
  - Le périmètre pressenti pour 2017 est le suivant :
    - ✓ Diabète type I et II,
    - ✓ Diabète gestationnel,
    - ✓ Insuffisance cardiaque grave,
    - ✓ Spondylarthrite grave,
    - ✓ Polyarthrite rhumatoïde évolutive

## ⊙ **Produit de la réserve hospitalière (RH):**

- Le ministère distingue 2 étapes :
  - ✓ Déverrouiller le régime juridique de la RH: ouvrir une possibilité d'administration en environnement hospitalier, sauf mention contraire de l'AMM. Ceci nécessite une évolution réglementaire.
  - ✓ Mettre en œuvre un vecteur de facturation adapté pour ces produits dans le cadre d'une prise en charge dans un environnement hospitalier type SE ou APE
- Objectif : Mise en œuvre dès la campagne 2017
- Travaux en cours :
  - ✓ Identification des produits de la RH qui pourrait être administré en environnement hospitalier
  - ✓ Identification des coûts associés à ces prises en charge (temps de surveillance, coût des produits, consultation médicale...)
  - ✓ Définition du vecteur de financement et le niveau de valorisation adapté

- **En complément de ces mesures, le ministère souhaite clarifier la circulaire frontière (juin 2010).**
  - fait suite aux recommandations du rapport « VERAN »,
  - Objectif : Les modifications envisagées ne visent pas à bouger la frontière mais à la clarifier.
  - Echéance: dès la campagne tarifaire 2017

- **La DGOS a la volonté de faire évoluer le corpus juridique décrivant les règles de facturation des séjours de 0 jour :**

- **En apportant des précisions à l'arrêté prestation :**

Il s'agit de compléter l'arrêté des éléments de la circulaire frontière (terrain à risque, Sortie contre avis médical...) mais aussi de distinguer plus clairement 3 types de prises en charge, afin de mettre un terme aux incohérences actuelles

- **En apportant des précisions à la circulaire frontière** (instruction du 15 juin 2010) : Préciser la notion de plateau technique, la notion de pluridisciplinarité /pluri professionnalité et la délimitation du terrain à risque.

- **Et en mettant en place un mécanisme de « rescrit » en matière d'HDJ :**

Ce dispositif consisterait à amener l'AM et l'Etat à se prononcer, à la demande d'un ES, sur l'éligibilité d'une situation précise à l'HDJ.

⇒ doctrine nationale qui serait diffusée à l'ensemble des établissements.

## Financement à la Qualité : IFAQ

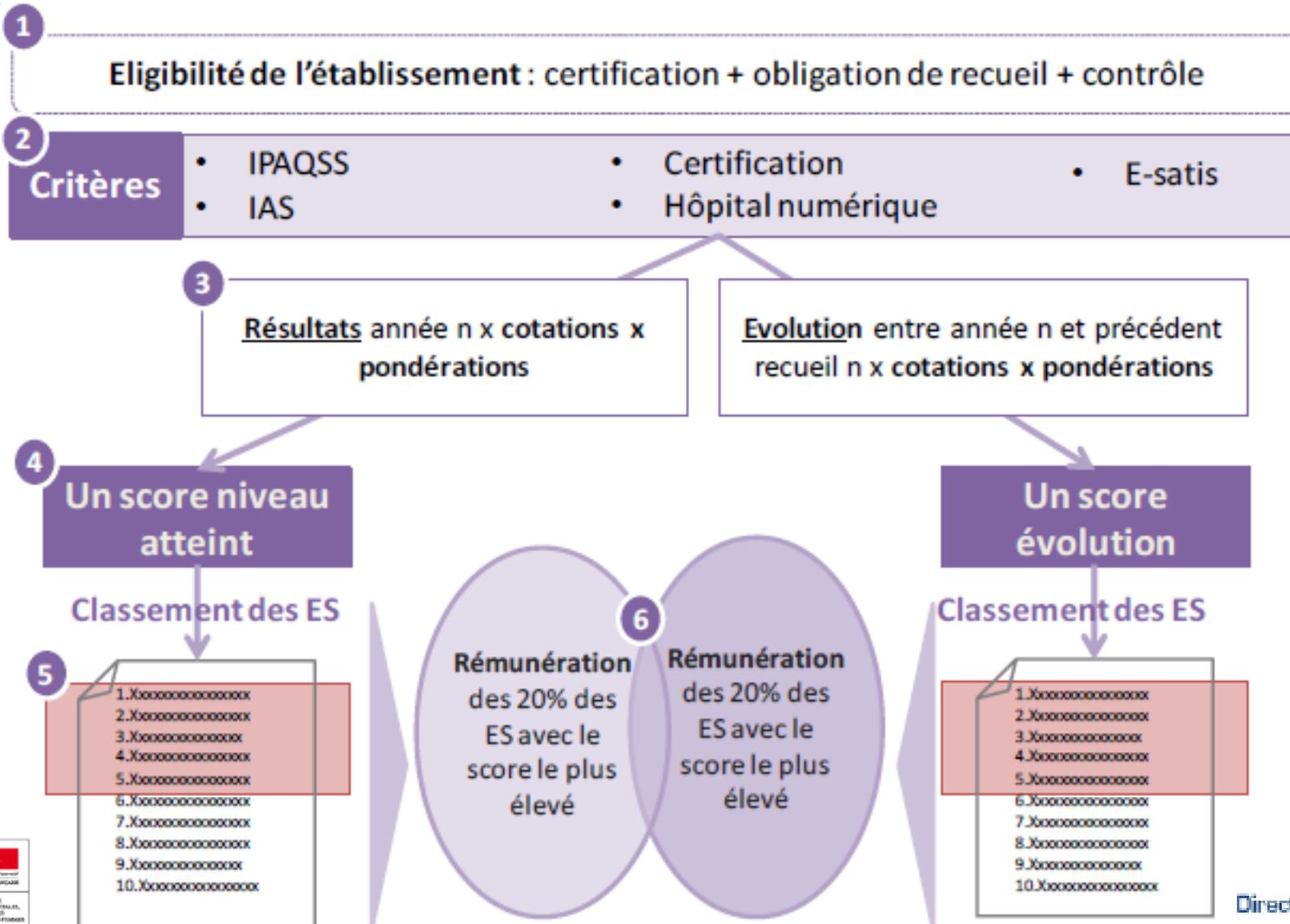
## Le programme IFAQ :

- ⊙ Prise en compte de la qualité des prises en charge dans le mode de financement des ES
- ⊙ 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
- ⊙ Prise en compte du niveau atteint (l'excellence) et de l'effort (l'évolution entre deux périodes de recueil), afin de permettre au modèle d'être incitatif.

- Démarche opérationnelle, pragmatique, qui passe par une expérimentation:
  - IFAQ 1ère phase: expérimentation juillet 2012- déc 2014
  - IFAQ 2<sup>ème</sup> phase : juillet 2014 - décembre 2015
- Pérennisation du dispositif IFAQ : inscription dans la LFSS 2015 (art. 51, création de l'Art. L.162-22-20 au CSS), la généralisation aux établissements MCO et HAD est actée pour l'année 2016
  - Pas d'expérimentation pour l'HAD
  - Arrêté forfaits 2016 : création d'une « dotation IFAQ » (IFQ).
- Puis dans la LFSS 2016 (14° de l'article 78) : IFAQ est ouvert aux établissements SSR (à partir de 2017)
  - Pas d'expérimentation pour le SSR
  - Les travaux en cours : IFAQ 2017 généralisation au SSR
- Les décisions prises pour IFAQ 1 et 2 ne préjugent pas du modèle pour la généralisation



IFAQ 1 ≠ IFAQ 2 ≠ La généralisation



- ⊙ Textes encadrant le programme IFAQ :
  - L'article L.162-22-20 du CSS
  - Un décret qui fixe les grands principes
    - ⇒ [Décret n°2015-1866 du 30 déc 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins](#)
  - Des arrêtés :
    - ✓ Un arrêté relatif à l'obligation de recueil des indicateurs (IPAQSS, TBIN, IFAQ), à paraître avant le 1er décembre précédant l'année civile considérée (n-1)
    - ✓ Un arrêté fixant les paramètres du modèle IFAQ à paraître avant le 31 décembre précédant l'année civile considérée (n-1). Cet arrêté pourra être pluriannuel.
      - ⇒ [Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé](#)
      - ⇒ [Arrêté du 5 août 2016 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-22-20](#)
  - ✓ et l'arrêté du DG ARS fixant le montant de la dotation.

## Dispositif IFAQ dans LFSS 2015 : Article 51

### ○ Article 51 de la LFSS 2015:

- Un volet incitatif: IFAQ : Création d'un financement spécifique dont l'objectif est d'inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements de santé financés à l'activité.
  - ✓ « *Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L.162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.* » (Article L.162-22-20 du CSS)
  
- Un volet coercitif: le CAPES, Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissement de Santé: dispositif de contractualisation entre les établissements et les ARS destiné à engager les établissements de santé dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins lorsque celles-ci sont insuffisantes.
  - ✓ « *Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé* ». (Art. L. 162-30-3. – I)

- Proposition FHP-MCO :
  - Une démarche « promotionnelle » qui s'attache à la valorisation de l'excellence.
  - Un modèle dynamique de financement assurant une lisibilité et une continuité dans le temps, sans surcharge de travail pour les établissements de santé.
  - Garantir la simplicité et la lisibilité du modèle pour les établissements de santé.
  - La part de la rémunération à la qualité ne peut se limiter à 0,3%, 0,4% ou 0,5%. Cependant, l'alimentation de cette enveloppe IFAQ ne peut s'opérer que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.
  - Concernant la généralisation:
    - ✓ Prise en compte tous les ans des IQSS transversaux et de pratique clinique
    - ✓ Méthode avec un score unique
    - ✓ Pas de possibilité de correction du score
    - ✓ Evaluation

**Mise en œuvre  
des radiations partielles de la liste en sus  
-  
cas de l'AVASTIN®**

- **Gestion de la liste en sus « Médicament » par indication thérapeutique:**
  - Avant la LFSS 2014, un médicament était inscrit ou non sur la liste en sus pour l'ensemble de ces indications.
  - article 51 de la LFSS 2014 => la liste en sus précise systématiquement les indications prise en charge
- ⇒ Chaque indication peut-être individuellement inscrite sur la liste ou être financée dans le GHS, indépendamment du traitement des autres indications du même médicament.
- **Les modalités d'inscription sur la liste en sus en fonction des niveaux SMR et ASMR sont :**
  - Un Service Médical Rendu Majeur ou Important => inscription sur la liste en sus
  - Un SMR Modéré, Faible ou Insuffisant ne donne pas lieu à inscription.
  - Et pour l'ASMR :

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

\*Intérêt de Santé Publique

- ⇒ il faut distinguer :
  - Les Radiations d'indications thérapeutiques de spécialités (dites « radiations partielles »)
  - Et les Radiations complètes (toutes les indications d'une seule spécialité)
- ⇒ La facturation à l'AM ne peut se faire que dans les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation.
- ⊙ **Les modalités de radiation sont :**
  - Les conditions de niveau de SMR ou d'ASMR ne sont pas remplies
  - Un rapport < 30% entre le cout moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée et les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée
  - Pour chacune des prestations d'hospitalisation qui en cumul représente 80 % des administrations de la spécialité dans l'indication considérée, la spécialité est administrée dans au moins 80% des hospitalisations donnant lieu à une prestation
  - La ou les indications de la spécialité pharmaceutique entraînent des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie

⇒ La DGOS étudie les opportunités de radiation des indications ne présentant aucune amélioration de service médical rendu (ASMR V) ET dont les comparateurs sont financés dans les tarifs des GHS.

## Contexte

L'article L.162-22-7 du CSS modifié par l'article 51 de la LFSS pour 2014 précise que la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation est établie par indication thérapeutique

Mise à jour de la recommandation de principe du Conseil de l'Hospitalisation relative aux inscriptions et aux radiations des médicaments facturés en sus des GHS.

## Objectif



Etudier les opportunités de radiation des indications ASMR V et IV dont les comparateurs sont financés dans les tarifs des prestations.

## Méthodologie

Balayage de l'ensemble des spécialités inscrites sur la liste en sus (hors médicaments dérivés du sang)

Identification pour chaque indication des SMR/ASMR/ et du mode de financement des comparateurs

- Radiation été 2016 :
  - Radiations Complètes – pour toutes les indications :
    - Radiations sur la base du critère du coût du traitement < 30% du GHS :
      - ✓ FLOLAN & les génériques correspondants (215 K€)
      - ✓ REMODULIN : comparateur de FLOLAN.
      - ✓ ZAVEDOS & les génériques correspondants (905K€)
    - Radiations sur la base du critère SMR modéré ou faible et ASMR V :
      - ✓ JAVLOR (radié en 2012 puis annulation de cette radiation par le Conseil d'Etat en juin 2015)
      - ✓ INDUCTOS
  - Radiations Partielles – pour certaines indications uniquement:
    - Radiations mises en œuvre pour SMR insuffisant, faible, ASMR V et comparateur financés dans les tarifs :
      - ✓ CAELIX
      - ✓ VELCADE
      - ✓ HERCEPTIN
      - ✓ AVASTIN

- Réintégration dans les tarifs et date de radiation :
  - Selon les motifs de radiation, les dépenses observées correspondantes sont réintégréées ou non dans les tarifs des GHS.
  - La position de la FHP-MCO est que les dépenses constatées soient réintégréées dans les tarifs quel que soit le motif de radiation
  - Motif de radiation : niveau de SMR ou d'ASMR (suite à une réévaluation par la HAS)
    - Pas de réintégration dans les GHS
    - Radiation peut intervenir en cours d'année
  - Motif de radiation : rapport entre le cout du médicament et le tarif
    - Réintégration dans les GHS
    - Radiation au 1<sup>er</sup> mars
  - Motif de radiation : concentration dans une racine de GHM
    - Réintégration dans les GHS
    - Radiation au 1<sup>er</sup> mars
  - Motif de radiation : dépenses injustifiées pour l'Assurance Maladie
    - Pas de réintégration dans les GHS
    - Radiation peut intervenir en cours d'année

Sous Réserve

## Cas de l'AVASTIN

- ⊙ Les indications thérapeutiques radiées sont les suivantes :
  - Cancer du sein métastatique en première ligne en association au paclitaxel
    - ⇒ Motif de la radiation : SMR faible
  - Cancer du sein métastatique en première ligne en association à la capécitabine
    - ⇒ Motif de la radiation : SMR insuffisant
  - En association à l'interféron alfa-2a dans le traitement de première ligne du cancer du rein avancé et/ou métastatique
    - ⇒ Motif de la radiation : ASMR V (pas d'amélioration du service médical rendu) par rapport aux comparateurs financés dans les tarifs de prestation
- ⇒ Règle générale : L'utilisation d'AVASTIN® bevacizumab dans les indications suivantes ne doit plus faire l'objet d'une facturation à l'Assurance maladie à compter du 1er septembre 2016
- ⇒ à l'exception de .... CAS particulier de l'AVASTIN qui bénéficie de mesure d'accompagnement

## Cas de l'AVASTIN

- 2 mesures d'accompagnement financier sont mises en place afin d'assurer :
  - **la continuité de traitement** des patients pour lesquels une prise en charge de leur **cancer du sein (en association au paclitaxel) ou du rein** a été initiée avec AVASTIN® avant cette radiation,
  - la prise en charge de patients présentant un **cancer du sein « triple négatif »** (HER2 négatif et récepteurs hormonaux négatifs)
  
- ⇒ Pour assurer la poursuite du remboursement de l'AVASTIN® dans ses autres utilisations autorisées par l'AMM, et dans le cadre des mesures d'accompagnement décidées par la DGOS:  
l'ATIH met en place une procédure associant modification de la fonction groupage (afin de pouvoir identifier les séjours concernés par la radiation via un « flag »), utilisation du fichier complémentaire (FICHCOMP) et traitements a posteriori des données transmises (OVALIDE).

## Cas de l'AVASTIN

### ⊙ Reste pris en charge, l'AVASTIN® :

- Dans le cancer du sein ou du rein dans la continuité d'un traitement mis en œuvre en juillet ou août 2016. Et prolongé au-delà du 1er septembre 2016.
  - ⇒ La disposition transitoire (puisque ces situations devraient disparaître avec la fin des protocoles en cours) consiste à facturer « normalement » via les bordereaux de facturation. Un contrôle de cohérence sera réalisé dans OVALIDE entre les données PMSI et ce qui a été facturé et donc présent dans les RSF.
- Dans le cas de l'existence d'un autre cancer simultanément avec un cancer du sein ou du rein.
  - ⇒ Pour assurer la prise en charge de l'AVASTIN® pour les cancers associés (autre localisation de l'AMM), il reste possible de facturer « normalement » l'AVASTIN via les bordereaux de facturation.
- Dans le cas d'un cancer du sein « triple négatif » (HER2 et RH négatif)
  - ⇒ Le dispositif mis en place consiste à facturer « normalement » l'AVASTIN via les bordereaux de facturation, associé à un enregistrement dans FICHCOMP ATU (pour assurer le suivi)

## Cas de l'AVASTIN

### ⊙ Les « contrôles » s'effectueront :

➤ Dès le groupage pour le repérage des situations de cancer du sein ou du rein « isolé » (flag AVASTIN = 1)

➤ Après traitement des données PMSI

- en utilisant le chainage pour identifier une administration d'AVASTIN® antérieure au 1er septembre
- ou l'association avec FICHCOMP ATU

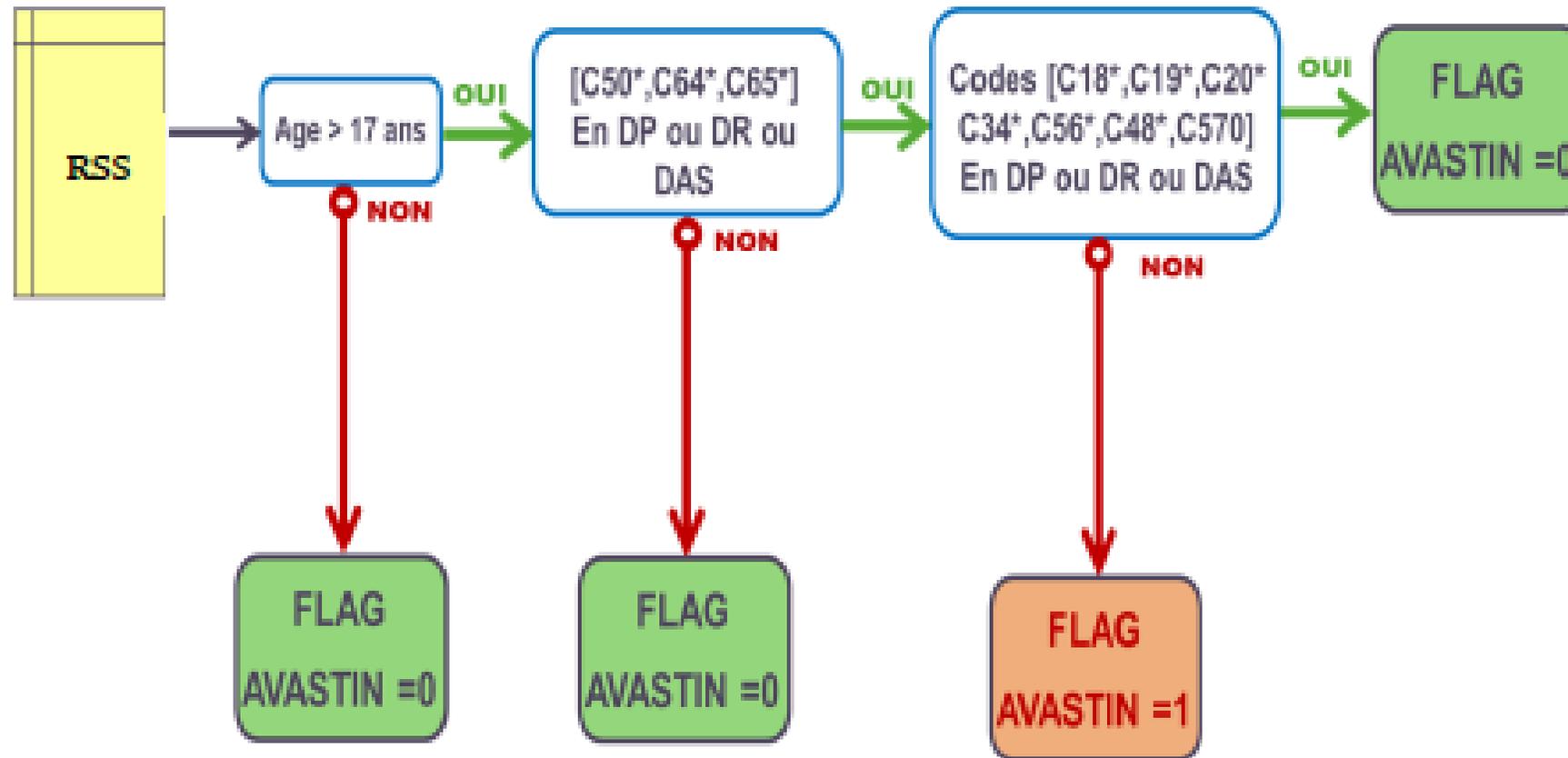
⇒ Les remboursements Assurance Maladie qui seraient intervenus en contradiction avec ces dispositions feront l'objet d'un signalement « en discordance » dans OVALIDE, avec la possibilité pour l'assurance maladie de demander le remboursement de l'indu.

## Cas de l'AVASTIN

- **Evolution de la fonction de groupage :**
  - La fonction de groupage identifie les séjours « incompatibles » avec la valorisation d'AVASTIN®.
  - à l'aide d'un flag (FLAG AVASTIN = 1).
  - Les critères de sélections sont cumulatifs : chaque séjour ou séance sélectionné doit répondre à l'ensemble des conditions suivantes :
    - Condition 1 : les indications ne concernent que les patients adultes (Age > 17 ans)
    - Condition 2 : Présence en DP ou DR ou DAS d'un code CIM-10 concernant les indications radiées  
Soit un code de cancer du rein : C64 ou C65  
Soit un code de cancer du sein : C500 ou C501 ou C502 ou C503 ou C504 ou C505 ou C506 ou C508 ou C509
    - Condition 3 : Absence en DP et DR et DAS d'un code CIM-10 d'une localisation non ciblée par la radiation partielle

## Cas de l'AVASTIN

- Algorithme de la fonction de groupage :



## Mise en place d'un Comité Facturation Médicament de la liste en sus

- ◉ 1ère réunion à l'ATIH en novembre
- ◉ **Objectif: proposition pour la mise en œuvre technique des inscriptions et radiation de la liste en sus**
- ◉ **Hypothèses envisagées à ce jour:**
  - Codage détaillé des indications dans le PMSI
  - Évolution de la fonction de groupage
  - Codes UCD
  - Algorithme décisionnel AVASTIN
  - **Logiciels d'aide à la prescription => FICHCOMP / S3404**
    - ✓ Caractérisation des indications thérapeutiques Liste en sus/GHS
    - ✓ Intégration de cette information dans les flux de prescription
    - ✓ Prise en compte de cette information dans la filière : facturation (AM) / valorisation (ATIH)

**La parole est à vous**



## A vos agendas !

Journée d'Information FHP-MCO / FHP-SSR  
sur le programme IFAQ

**Jeudi 26 Janvier 2017**

12<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM

**Jeudi 30 mars 2017** (sous réserve)

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir  
et**

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



DÉJEUNER

**Point d'actualité sur les contrôles T2A :  
Bilan de l'expérimentation, avant une généralisation ?**

*Intervention du Dr Valérie-Jeanne BARDOU*

*DACCRF - CNAMTS*

**Dr Patrick RAGOT**  
**MEDIPOLE PARTENAIRES**

**La parole est à vous**

## SAE : Présentation et Import PMSI

**Intervention de Gaëlle GATEAUD**

*Responsable du pôle SAE, Bureau des Établissements de santé –  
DREES*

**La parole est à vous**

# Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2016 et 2017

# **Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2016 et 2017**

**Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,**

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

**Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO**

## QUESTIONS DIVERSES

- **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