



Jeudi 30 mars 2017

BIENVENUE!

10h00 à 16h30

En partenariat avec :



ORDRE DU JOUR

Matinée

Matinée : 10h00 à 13h00

➤ **PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE MCO ET SSR 2017**

✓ **NOUVEAUTÉS LIÉES À L'INFORMATION MÉDICALE EN MCO**

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

✓ **LA CAMPAGNE TARIFAIRE MCO**

En présence de l'équipe de la FHP-MCO : Thierry BECHU – Délégué Général, Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil, Dr Marie-Paule CHARLOT – Médecin Partenaire, et Laure DUBOIS – Economiste

✓ **NOUVEAUTÉS LIÉES À L'INFORMATION MÉDICALE EN SSR**

En présence du Dr DUBOIS, Chef de Service Classifications, Information Médicale et Modèles de financement de l'ATIH

✓ **LA CAMPAGNE TARIFAIRE SSR**

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

13h00 - 14h15 : Déjeuner



ORDRE DU JOUR

Après-midi

Après-Midi : 14h15 – 16h30

- **POINT D'ACTUALITÉ: DÉPLOIEMENT DE LA LETTRE DE LIAISON**
- **FOCUS SUR LES EVOLUTIONS LIÉES AU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE AMBULATOIRE**
 - ✓ **NOUVELLE PRESTATION INTERMÉDIAIRE**
 - ✓ **ADMINISTRATION DES PRODUITS DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE**
 - ✓ **RÉVISION DE LA CIRCULAIRE FRONTIÈRE**
 - ✓ **DESCRIPTION DU MÉCANISME DE RESCRIT**

En présence de l'équipe de la FHP-MCO : Fatiha ATOUF – Juriste, Thierry BECHU – Délégué Général, Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil, Dr Marie-Paule CHARLOT – Médecin Partenaire, et Laure DUBOIS – Economiste

En partenariat avec :



Nous remercions nos partenaires :



**PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE
MCO ET SSR
2017**

NOUVEAUTES LIEES A L'INFORMATION MEDICALE : CLASSIFICATION V2017, GUIDE METHODOLOGIQUE, RECUEIL, ...

Intervention du Dr Eric EKONG

*Responsable du pôle MCO/HAD au sein du service Classifications,
Information Médicale et Modèles de financement de l'ATIH*

La parole est à vous

LA CAMPAGNE TARIFAIRE MCO

Intervention de

Thierry BECHU – Délégué Général FHP-MCO,

Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,

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

Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO

- ⊙ 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**



- **Mesures sur les prestations**
- **Taux d'évolution des tarifs**
- **Principes de la construction tarifaire 2017**
- **La Dégressivité Tarifaire**
- **IFAQ 2017**

Mesure sur les prestations :

- ⊙ **Extrême Bas** : Minoration du GHS lorsque la DS < à la BB
 - Suppression du « forfait EXB » pour les niveaux 2/ 3/ 4
 - Généralisation du « tarif EXB » pour tous les niveaux

- ⊙ **Réadmission le même jour :**

Ajout d'une exception à la règle générale selon laquelle « lorsque le patient sort d'un établissement et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à facturation d'un seul GHS ».

« A titre exceptionnel, dans le cas du retour d'un patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement ou à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, l'établissement est autorisé, pour chacune de ces prise en charge, à facturer un GHS.

Mesure sur les prestations (suite):

- **Liste des exceptions selon lesquelles à un GHM correspond plusieurs GHS**
 - La suppression du GHS minoré pour les prises en charge donnant lieu à l'injection d'AVASTIN® dans le cadre de la DMLA ;
 - ⇒ Cette suppression fait suite aux évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière.
 - L'élargissement de la liste des actes permettant la facturation du GHS majoré pour les prises en charges en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte.
 - ⇒ Pour rappel, ce GHS majoré a été créé à notre demande lors de la campagne 2016. Désormais, 6 actes supplémentaires permettent sa facturation dont celui **demandé par la FHP-MCO par le biais des retours d'expérience de la campagne 2016.**

Mesure sur les prestations (suite):

⊙ Facturation de suppléments en sus de GHS

- Création d'un supplément au séjour pour la situation de pose d'un défibrillateur au décours d'une chirurgie cardiaque, nommé « Supplément défibrillateur cardiaque (SDC) »
⇒ fait suite à une **alerte de la FHP-MCO, répétée depuis plusieurs années dans le cadre des retours d'expérience**, le financement de ces séjours avec pose de défibrillateur au décours de la chirurgie cardiaque n'étant pas adapté aux moyens et ressources mis en œuvre par les établissements.

⊙ Alternatives à la dialyse en centre :

- Autorisation du cumul de facturation d'un forfait D12 Forfait d'autodialyse simple ou D13 Forfait d'autodialyse assistée en sus d'un GHS dans des conditions restant cependant très restrictives

Mesure sur les prestations (suite):

○ Forfait Sécurité Environnement SE

- Création d'un nouveau SE, le SE 5 pour 3 actes d'injection de toxine botulique (PCLB002, PCLB003, BALB001). Le GHS 197 - GHM 01K04J « Injection de toxine botulique en ambulatoire » est maintenu.

Cette création fait suite aux évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière.

- Modification de la Liste des actes permettant la facturation d'un forfait SE (Annexe 11)
 - ✓ Liste SE1 : Suppression de l'acte GBQA002 « Sinusoscopie maxillaire, par voie méatale inférieure et/ou par abord de la fosse canine [abord vestibulaire] »
 - ✓ Liste SE2 : Suppression de l'acte EGFA007 « Excision d'une thrombose hémorroïdaire » et des actes d'exérèse de lésions sous cutanées (QZFA001, QZFA002, QZFA005 et QZFA007) et Ajout de l'acte FDHB002 « biopsies ostéo-médullaires transcutanées »
 - ✓ Liste SE3 : Ajout des actes JQEP001 « manœuvres version fœtus pendant la grossesse » et FGRD003 « test de provocation ingestion 1 allergène à concentration croissante »

Mesure sur les prestations (suite):

- ⊙ Forfait “administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier”
- ⊙ Prestation Intermédiaire
- ⊙ Hospitalisation de jour
- ⊙ Cumul de facturation GHS, forfait D, forfait SE, forfait FPI
 - L’arrêté prestation permet sous conditions (motif d’hospitalisation ou de réalisation des prestations distinct et dans un temps différent) :
 - ✓ Le cumul de facturation GHS ou forfait D avec un forfait SE ou le nouveau forfait FPI
 - ✓ Le cumul de facturation d’un GHS avec un forfait D
 - ⇒ La possibilité de cumuler ces prestations répondent à une **demande répétée de la FHP-MCO/FHP Dialyse** d’autoriser la facturation d’un GHS et de toutes les modalités de prises en charge en dialyse (centre, UDM, auto dialyse).

Taux d'évolution des tarifs

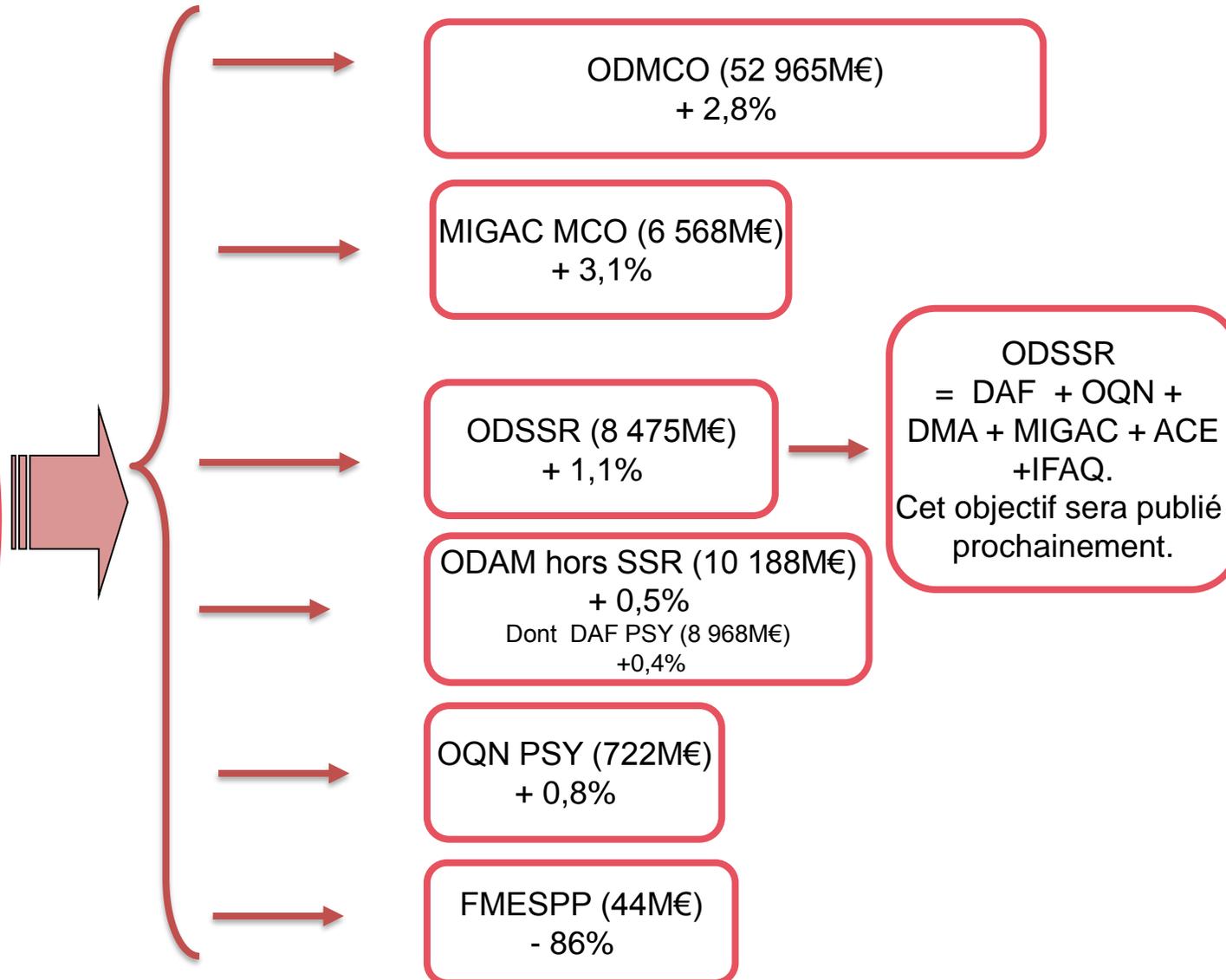
1/ ONDAM 2017:

- ⊙ Evolutions fixées pour l'ONDAM 2017 : De quel argent « nouveau » disposons-nous pour 2017 ?
- ⊙ ONDAM hospitalier : + 2% soit une enveloppe de 79,2Md€
- ⊙ Le taux de l'ONDAM établissements de santé a été relevé (1,75 % en 2016) mais le taux de progression reste faible en tendance
- ⊙ Mesures d'économie estimés à 1,1 milliard d'euros :
 - Le développement de la chirurgie ambulatoire pour 160 millions d'euros
 - Optimisation des dépenses (projet Symphonie) pour 80 millions d'euros
 - Optimisation des Achats (projet Phare) pour 505 millions d'euros
 - La réduction des Inadéquations hospitalières: dvt des alternatives à l'HC pour 144 millions en MCO, 51 millions en SSR, 55 millions en Psychiatrie.

PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE ET DE LA CLASSIFICATION MCO 2017 : LE VOLET « CAMPAGNE TARIFAIRE »



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



2/ Exécution 2016 (dernières données disponibles):

- Prise en compte dans la construction tarifaire 2017 de la Sur-exécution de l'ODMCO 2016 dans les conditions suivantes :
 - ODMCO ex OQN : une sur exécution de 13,4 M€, qui se décompose ainsi :
 - Sous-exécution liste en sus : -31 millions € ;
 - Sur-exécution part tarifs : +47 millions € ;
 - Sur-exécution des forfaits annuels : -3 millions €.

 - ODMCO ex DG : une sur-exécution comprise entre +170M€ et +202M€ :
 - Sur-exécution liste en sus : entre -25 et -23 millions
 - Sur-exécution part tarifs : entre + 168 et +198 millions ;
 - Sur-exécution forfaits annuels : +27 millions

3/ Prévision d'évolution de l'activité :

- Prévision de volume d'activité dissociée pour les 2 secteurs ex-DG et ex-OQN, estimée à :
 - + 2.8% pour le secteur ex-DG
 - + 1,9 % pour le secteur ex-OQN.

⇒ **l'évolution des tarifs pour la campagne MCO 2017 est :**

- Une baisse tarifaire de -0,9% pour les 2 secteurs.
- Une baisse supplémentaire de -0,5 % pour le secteur ex-OQN au titre de la compensation des avantages tirés du CICE et du pacte de responsabilité

Taux d'évolution des tarifs

⇒ La baisse de pour le secteur ex-OQN :

- 0,9% de baisse tarifaire
- 0.4% au titre du CICE
- 0.1 % au titre du pacte de responsabilité

Les établissements à but non lucratifs ex OQN percevront une compensation en AC.

Conditions de régulation: uniquement régulation prix-volume, pas d'abondement de l'enveloppe MCO vers le secteur SSR

Mise en Réserves Prudentielles (en attente arbitrage définitif) :

- ⊙ Des mise en réserves sont prévues réparti comme suit pour ce qui est arbitré :
 - 280M€ générés par le coefficient prudentiel MCO,
 - 20M€ mis en réserve par la poursuite de la dotation prudentielle OQN
 - 96 M€ sur les bases régionales DAF (PSY et SSR), mais la DGOS ne fait pas état de la répartition PSY/SSR.
 - Ne sont pas arbitrées : les mises en réserve sur les crédits du FMESPP, du FIR, le médico-social. Il n'y a pas de gel des MIGAC.

Coefficient Prudentiel :

- ⊙ Augmentation du coefficient à 0,7% pour les 2 secteurs Ex-DGF et Ex-OQN.

Principes de la construction tarifaire

- ◉ dans la continuité des campagnes précédentes, basée sur :
 - La poursuite de l'application du principe de la neutralité tarifaire (Utilisation des TIC, Tarifs Issus des Coûts, depuis la CT 2012)
 - La poursuite de la mise en œuvre du plan triennal d'économies (3^{ème} et dernière tranche)
- ◉ En 2 étapes :
 - la maintenance du modèle de financement - le changement de périmètre du tarif :
 - classification v2017
 - réintégration dans les GHS de molécules onéreuses et DM radiés de la liste en sus
 - La révision des bornes et le séjours bas de niveau 2, 3 et 4
 - la modulation tarifaire:
 - 3^{ème} tranche du plan triennal d'économie
 - Autres modulations tarifaires : réduction des écarts de financements extrêmes, mesure incitative au développement de la chirurgie ambulatoire, soutien à l'obstétrique, etc.

Principes de la construction tarifaire

- **Réintégration dans les GHS de dispositifs médicaux radiés de la liste en sus :**
 - Aucun DM réintégré
- **La réintégration dans les GHS de molécules onéreuses radiées de la liste en sus :**
 - Réintégration de l'HEXVIX dans les tarifs des GHS – suppression de la LES
 - Racine 11C13 Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques
 - Pour rappel:
 - ✓ Fev. 2012 : radiation d'HEXVIX de la Liste en sus (LES)
 - ✓ Janv. 2014 : Réintégration de l'HEXVIX dans la LES suite à la décision du Conseil d'Etat.

Principes de la construction tarifaire

Economies Ciblées – Chirurgie :

- 171 M € d'économies au titre de la chirurgie :
 - Il s'agit d'économies nettes c'est-à-dire que ces sommes ne seront pas redistribuées en faveur d'autres activités.
 - Mise en œuvre d'un scénario mixte:
 - ✓ 85,5M€ selon un scénario basé sur l'utilisation des TIC et fonction du schéma cible IGAS/IGF (scénario 2)
 - Répartition de l'effort :
 - 50% sur la CA / 50% sur la chirurgie conventionnelle
 - 37% pour le secteur ex-DG / 63% pour le secteur ex-OQN
 - ✓ 85,5M€ répartis au prorata des bases de chirurgie de chaque secteur (scénario 3)
 - Répartition de l'effort :
 - 70% pour le secteur ex-DG / 30% pour le secteur ex-OQN

Principes de la construction tarifaire 2017

Economies Ciblées – Chirurgie :

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

	Ex DGF	Ex OQN	Total
Scénario 2 chirurgie ambulatoire	12	31	43
Scénario 2 chirurgie conventionnelle	20	22	42
Scénario 3	60	26	86
TOTAL	92	79	171

➤ 54% sur le secteur ex DG et 46% sur le secteur ex OQN.

Principes de la construction tarifaire 2017

Economies Ciblées – Dialyse :

- 3ème tranche du plan ONDAM 2015-2017 : 31 millions d'économies attendues sur 12 mois
 - Ex-DG : Sur financement de 5,3%, soit une économie de 2 M€,
 - Ex-OQN : Sur financement de 15,7%, soit une économie de 29 M€,
- Les économies uniquement réalisées sur le GHS 9605 hémodialyse en centre
- Il n'y a pas d'économies sur le hors centre afin d'inciter au développement de ces prises en charge.

- ⇒ En conséquence, la contribution est très majoritairement Ex-OQN:
 - - 94% des économies supportées par le secteur Ex-OQN, et 6% par le secteur ex DGF.
 - sur-financement historique de ce secteur

Principes de la construction tarifaire 2017

Les économies non ciblées :

- 94M€ d'économies réparties sur 12 mois selon les modalités suivantes :
 - Répartition du quantum d'économies de manière non ciblée sur toutes les activités hors celles ciblées par des mesures d'économies spécifiques citées ci-dessus.
 - Cette répartition a été effectuée au prorata des masses des secteurs, soit :
 - 83 millions pour le secteur Ex-DGF (87%)
 - 11 millions pour le secteur Ex-OQN (13%)
- ⇒ Cette mesure se traduit par une baisse de 0,42% pour les deux secteurs.

Principes de la construction tarifaire 2017

Soutien exceptionnel à l'activité d'Obstétrique :

- ◉ Revalorisation de 2,5% comme en 2016,
 - ◉ Mais uniquement sur les AVB qui sont sous financés.
 - ◉ Et uniquement le secteur ex OQN, car seul concerné par un sous-financement de ces GHM ;
 - ◉ avec des conséquences sur la césarienne pour garder une cohérence de tarification.
- ⇒ Soit un montant de 6,6 millions financés par une baisse des autres tarifs des ES Ex-OQN.

Soins palliatifs :

- ◉ Rappel: parmi les propositions du rapport VÉRAN: Supprimer les bornes basses et haute pour les soins palliatifs et instaurer une dotation modulée à l'activité pour les EMSP
- ◉ Les évolutions envisagées restent sans suite pour la CT 2017 face à l'opposition des FD.
- ◉ Cependant, la réflexion va être poursuivie de manière à concrétiser des mesures pour la campagne tarifaire 2018.

Principes de la construction tarifaire 2017

Financement des Urgences :

⇒ La DGOS confirme la suppression des pratiques de facturation des transports SMUR secondaires entre établissements à partir du 1^{er} mars 2017.

- Un abondement de la MIG SMUR correspondant en année pleine à 60,3 M€, réalisé via :
 - Un transfert depuis l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe ES (correspondant aux facturations de SMUR secondaires pour le secteur ex-OQN, soit 15,2M€ en année pleine)
 - Une baisse des tarifs du secteur ex-DG (correspondant aux facturations de SMUR secondaires pour le secteur ex-DG, soit 45,1M€ en année pleine).

La FHP-MCO sollicite la DGOS pour lancer un GT sur la question de la gestion du passé.
La DGOS prend acte de la demande et propose de se revoir dans quelques semaines.

- Poursuite de la mise en œuvre du recalibrage du FAU (2^{ème} année de lissage des effets revenus)

Principes de la construction tarifaire

La réduction des financements dits « extrêmes » (sous et sur financement)

- Modulations dans la continuité des campagnes précédentes:
 - Objectif: réduire les écarts aux TICs
 - Prise en compte de l'indicateur de fiabilité des TICs (pas de modulation des TIC mauvais ou faible, %age du chemin vers le TIC différent selon IF bon ou correct)
 - Prise en compte des activités non modulées dans le cadre des économies ciblées
- Les seuils :
 - activités sous financées à plus de – 16,6 %
 - TIC bon : 30% du chemin vers la référence / TIC correct : 20% du chemin vers la référence
 - activités sur financées à plus de + 25%
 - TIC bon : 50% du chemin vers la référence / TIC correct : 30% du chemin vers la référence
 - activités « spécifiques » sur financées à plus de + 30% (Activités lourdes, cancer)
 - Activités spécifiques : référence = TIC +30%
 - Spécificité Radiothérapie : 10% du chemin uniquement vers la référence TIC +30% et seulement si IF Bon ou Correct

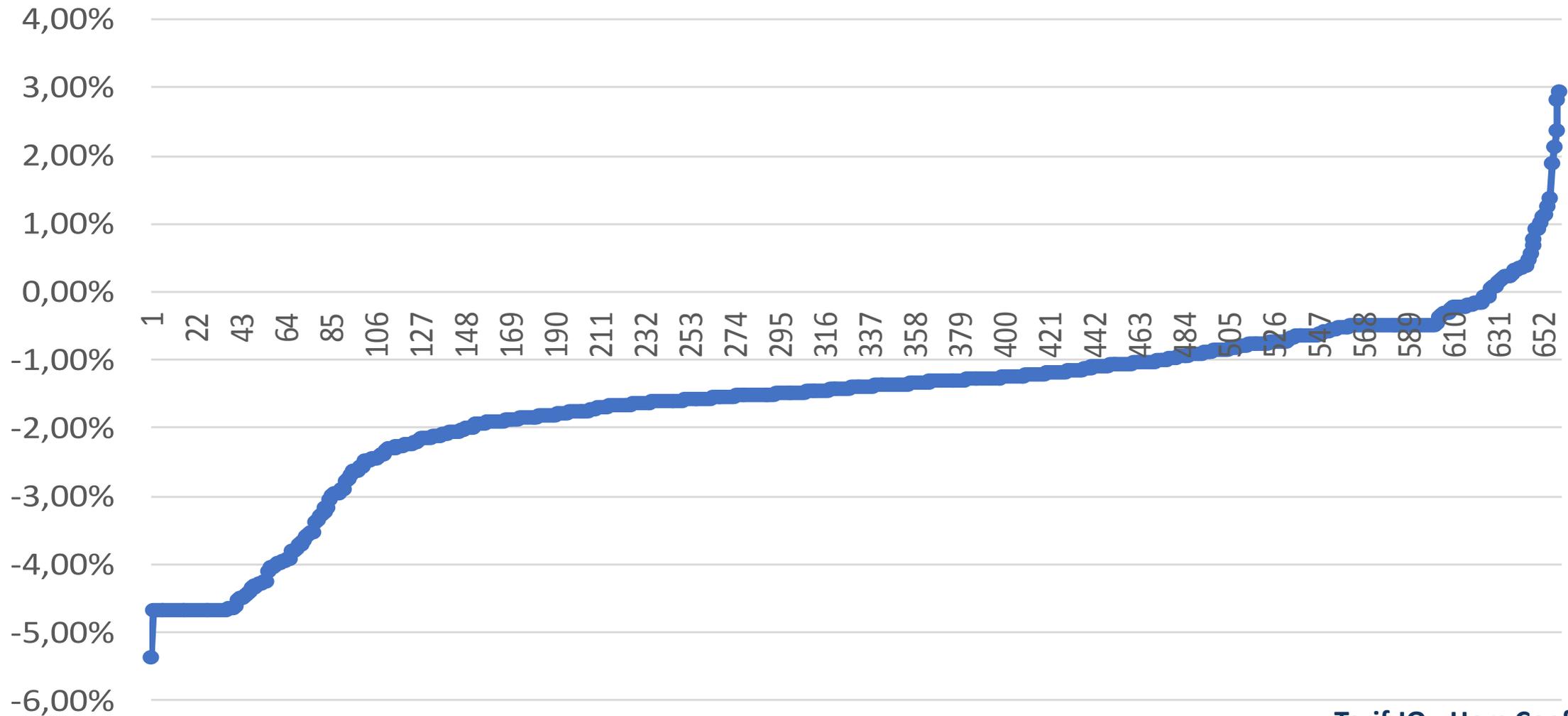
⇒ Synthèse sur les éléments de construction de la campagne 2017:

	Avant CICE et pacte		Avec CICE et Pacte	
	EX DG	EX OQN	EX DGF	EX OQN
Total GHS	-1,1	-1,2	-1,1	-1,7
Dont GHS dialyse en centre	-0,7	-4	-0,7	-4,5
Dont GHS hors dialyse en centre	-1,1	-1	-1,1	-1,5
Suppléments Réa, SRC, SI	0,4	0,4	0,4	-0,1
SE-ATU-FFM	0	0	0	-0,5
HAD	0,7	0,7	0,7	0,2
Dialyse hors centre	0	0	0	-0,5
TOTAL	-0,9	-0,9	-0,9	-1,4

Traduction en chiffres !

Les études d'impacts

Impacts de la campagne tarifaire 2017



Tarif JO - Hors Coef. Prudentiel

Les impacts en « nature » de GHM....

CAS_v11h	Nb_sejrs_2015	CA_2016	CA_2017	Différence	Variation
C	3 155 909	4 003 884 900,10	3 925 224 010,80	- 78 660 889,30	-1,96%
K	1 907 698	1 058 171 815,60	1 050 662 440,80	- 7 509 374,80	-0,71%
M	1 080 990	1 053 681 328,00	1 054 207 728,80	526 400,80	0,05%
Z	3 447 473	1 235 253 419,70	1 212 009 513,90	- 23 243 905,80	-1,88%

Les impacts en Classification ASO....

ASO	Nb_2015	CA_2016	CA_2017	Différence	%
M	5 879 405	2 919 255 149	2 886 109 701	-33 145 448	-1,14%
C	3 459 331	4 111 980 071	4 031 342 938	-80 637 133	-1,96%
O	253 334	319 756 243	324 651 055	4 894 812	1,53%
TOTAL	9 592 070	7 350 991 463	7 242 103 694	-108 887 769	-1,481%

Les impacts par niveau de sévérité....

Sévérité	Nb_sejrs_2015	CA_2016	CA_2017	Variation
1	1 454 380	2 044 429 032,10	2 004 563 609,80	-1,95%
2	363 569	972 800 074,67	963 503 234,23	-0,96%
3	159 377	561 635 983,35	557 946 427,90	-0,66%
4	47 480	268 846 412,47	267 646 464,83	-0,45%
A	332 195	371 062 766,55	375 606 797,81	1,22%
B	59 869	62 508 424,49	62 370 438,37	-0,22%
C	4 413	9 670 937,88	9 728 723,15	0,60%
D	531	1 153 624,64	1 141 593,03	-1,04%
E	2 436	1 180 976,34	1 173 446,28	-0,64%
J	2 954 072	1 597 653 370,30	1 568 735 575,50	-1,81%
T	354 807	135 133 266,92	134 405 195,62	-0,54%
Z	3 858 941	1 324 916 593,70	1 295 282 187,80	-2,24%

Les impacts par CMD

CMD_v11h	Nb_sejrs_2015	CA_2016	CA_2017	Variation
1	195 693	169 489 272,14	168 342 666,27	-0,68%
2	680 594	501 130 599,49	495 688 977,60	-1,09%
3	515 378	288 852 322,93	281 872 076,66	-2,42%
4	112 940	176 742 824,13	176 806 751,57	0,04%
5	541 843	908 389 754,88	900 897 227,29	-0,82%
6	1 500 546	979 960 272,58	969 287 237,62	-1,09%
7	124 161	176 035 179,25	172 856 790,57	-1,81%
8	915 799	1 360 557 305,60	1 330 453 681,00	-2,21%
9	279 868	201 934 586,35	195 994 544,84	-2,94%
10	86 882	186 903 396,46	180 384 102,16	-3,49%
11	237 994	266 537 942,12	265 047 693,52	-0,56%
12	183 417	185 599 599,98	182 623 797,94	-1,60%
13	221 128	216 332 382,42	214 329 871,68	-0,93%

Les impacts par CMD (suite)

CMD_v11h	Nb_sejrs_2015	CA_2016	CA_2017	Variation
14	253 334	319 756 243,34	324 651 055,48	1,53%
15	194 962	146 551 749,07	145 702 107,69	-0,58%
16	36 385	46 725 032,35	46 416 601,90	-0,66%
17	32 419	43 873 374,17	43 234 637,01	-1,46%
18	8 817	14 463 848,04	14 536 946,54	0,51%
19	8 569	9 518 531,55	9 366 816,21	-1,59%
20	15 685	11 559 581,01	12 163 088,10	5,22%
21	28 198	35 057 355,08	34 527 011,66	-1,51%
22	254	371 754,49	368 398,16	-0,90%
23	176 224	198 036 148,46	197 171 488,14	-0,44%
25	142	359 758,89	358 181,41	-0,44%
26	196	1 233 751,36	1 235 368,38	0,13%
28	3 240 642	905 018 897,27	877 786 574,95	-3,01%

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

- 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

- Rappel des éléments du dispositif de dégressivité :
 - 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)
 - 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

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

- ⊙ Les évolutions portées par la FHP-MCO :
 - 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)

- La DGOS annonce des modulations pour juin 2017 (application sur les données 2016 vs 2015):
 - Introduction de deux nouvelles règles d'exclusion dès la campagne 2016 :
 - ✓ pour la gestion des faibles volumes :
fixation d'un seuil exprimé en nombre de séjours, qui pourra être différencié par racines si nécessaire, en deçà duquel la minoration tarifaire ne sera pas appliquée ;
 - ✓ pour le démarrage ou le développement d'activités :
lorsque la hausse d'activité constatée est le résultat d'un engagement contractuel, l'ARS sera en capacité d'exclure les prestations concernées.
- ⇒ Décret en Conseil d'Etat nécessaire (avant T3 2017)

- La DGOS annonce le schéma suivant pour juin 2018 – (sur les données 2017 vs 2016)
 - Scénario retenu : **stabilité des paramètres** :
 - ✓ maintien du ciblage des racines prioritaires dans le cadre de la politique d'amélioration de la pertinence des soins ;
 - ✓ coefficient de minoration à 20%.
 - Mais **Ajustement technique** :
 - ✓ Les seuils : actualisation des données
 - ✓ Ajustement par racine : regroupement de certaines racines pour apprécier le dépassement des seuils, permettant d'aboutir à un raisonnement par activité.
 - ✓ Seuil de déclenchement minimal fixé à 3%

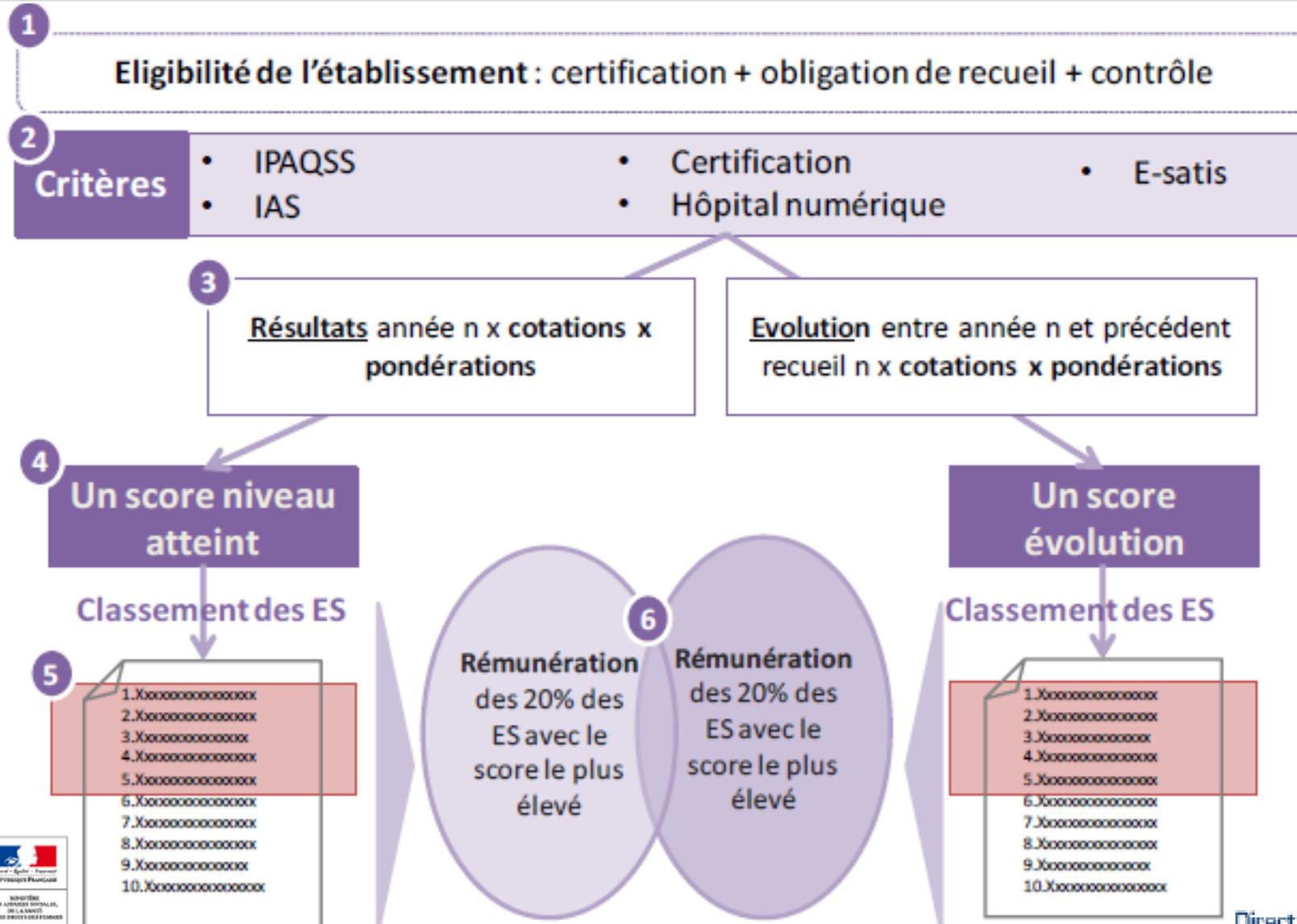
La Dégressivité Tarifaire – Campagne 2017

Racine de GHM	LIBELLE	Valeur du seuil 2016	Projet Valeur du seuil 2017	Projet Valeur du seuil 2017
01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien	13%	7%	7%
01C15	Libérations du médian au canal carpien	14%		
02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	12%	11%	11%
03C10+03 C27	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans et interventions sur les amygdales en ambulatoire	5%	0%	3%
03C14	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	5%	5%	5%
03K02	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	12%	12%	12%
05C17	Ligatures de veines et éveinage	10%	9%	9%
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	18%	10%	10%
06C09	Appendicectomies non compliquées	5%	11%	11%
06K05	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie	21%	12%	12%
07C13	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës	9%	6%	6%
07C14	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës	14%		

La Dégressivité Tarifaire – Campagne 2017

Racine de GHM	LIBELLE	Valeur du seuil 2016	Projet Valeur du seuil 2017	Projet Valeur du seuil 2017
08C24	Prothèses de genou	16%	12%	12%
08C27	Autres interventions sur le rachis	14%	14%	14%
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	17%		
08C40	Arthroscopies d'autres localisations	33%	27%	27%
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	13%	6%	6%
10C09	Gastroplasties pour obésité	5%	25%	25%
10C13	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	53%		
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	24%	14%	14%
11C12	injection de toxine botulique dans l'appareil urinaire	36%		
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	17%		
11K08	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire	10%	1%	3%
14C08	Césariennes pour grossesse unique	5%	1%	3%

IFAQ 2017



IFAQ 2017:

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

IFAQ 2017 – Extension aux ETS SSR

- Pas de création d'un modèle IFAQ SSR à part. Comme pour l'HAD, intégration des établissements SSR dans le modèle IFAQ existant en faisant évoluer les paramètres du modèle.
- Impact sur la définition des groupes d'établissements :
 - ⇒ la proposition de la DGOS est d'ajouter un 3ème groupe d'établissements pour les établissements SSR autonomes.
 - ⇒ 3 groupes d'établissements sont envisagés sont :
 - Groupe avec Recueil DPA MCO obligatoire
 - Groupe avec Recueil DPA MCO et DPA SSR non obligatoires
 - Groupe avec Recueil DPA MCO non obligatoire et recueil DPA SSR obligatoire
- ⇒ pour un établissement ayant une activité MCO et SSR, ses scores « niveau atteint » et « évolution » tiendront compte de ses résultats à l'ensemble des indicateurs qu'il recueille.

IFAQ 2017

- La DGOS fait le choix d'une stabilité du modèle pour 2017 : enjeu fort de lisibilité pour les établissements :
 - Indicateurs pris en compte définis dans l'arrêté unique publié le 09/03/2017
[Arrêté du 10 février 2017](#) fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé
 - Pondérations et cotations à venir dans l'arrêté IFAQ 2017
- Nous attirons votre attention sur :
 - non-inclusion dans IFAQ de l'indicateur BN-SARM bien qu'il soit soumis à DP (comme en 2016)
 - maintien dans IFAQ de DEC à 8 j, non soumis à DP, alors que DOC est en DP (comme en 2016)
 - maintien dans le modèle IFAQ de DTN 3 (en MCO et en SSR) bien qu'il ne soit pas soumis à DP
 - évolutions liées au recueil des indicateurs obligatoire : suspension du recueil IDM en 2017 et évolution des périmètres des thèmes DIA et AVC.
 - **Attention au bon remplissage de la plateforme Osis: les données HN prises en compte dans IFAQ sont extraites de l'oSIS.**

La parole est à vous

NOUVEAUTES LIEES A L'INFORMATION MEDICALE : CLASSIFICATION V2017, GUIDE METHODOLOGIQUE,...

Intervention du Dr Joëlle DUBOIS

*Chef de Service Classifications, Information Médicale et Modèles de
financement, ATIH*

La parole est à vous

LA CAMPAGNE TARIFAIRE SSR

Intervention d'Éric NOEL

Délégué Général de la FHP-SSR

La parole est à vous



A vos agendas !

13^{ème} Club des Médecins DIM

Mardi 5 décembre 2017 (sous réserve)

1^{er} Congrès des syndicats de spécialités

Les 8 & 9 juin 2017

À Strasbourg !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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





Attention Déjeuner à l'espace Cléry : 17 rue de Cléry

Métro Sentier

DÉJEUNER

POINT D'ACTUALITÉ: DÉPLOIEMENT DE LA LETTRE DE LIAISON

Point d'Actualité: Déploiement de La Lettre de Liaison

Intervention de Fatiha ATOUF
Juriste, FHP-MCO

Textes de référence du nouveau dispositif :

- Article 95 de la LMSS du 26 janvier 2016 insère un II à l'art. L.1112-1 du CSP
- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 définit les modalités de mise en œuvre aux :
art. R. 1112-1-1 du CSP (LDL d'entrée en ES) et **R. 1112-1-2 du CSP** (LDL de sortie d'ES)

→ **entré en vigueur le 1er janvier 2017**

Objectif : *Garantir la transmission de l'information nécessaire pour sécuriser le parcours du patient en assurant la continuité de ses soins entre la ville et l'hôpital...*

Moyens :

- ... en contenant les informations pertinentes et nécessaires...
- ... transmises entre praticiens de ville et hospitaliers à l'entrée du patient en établissement de santé (ES) et le jour de sa sortie d'ES,
- ... par messagerie sécurisée (MSSanté) ou, en leur absence, par tout autre moyen garantissant la transmission dans le respect de la confidentialité.

→ **Chacune des lettres est versée au DMP s'il a été créé**

Article R.1112-1-2 du CSP synthétise « *les informations nécessaires à la prise en charge du patient dès le jour de sa sortie de l'ES, par les professionnels de santé en ville* »

Contenu a minima de la LDL :

- **identifications** : du patient ; du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur ; du médecin de l'ES qui a pris en charge le patient, rédacteur de la LDL
 - **dates et modalités d'entrée et sortie d'ES**
 - **motif** d'hospitalisation
 - **synthèse médicale du séjour** précisant : événements indésirables, identification des BMR ou BHRé, transfusion, pose d'un dispositif médical implantable
 - **traitements** : **prescrits** à la sortie, ceux **arrêtés** durant le séjour avec le motif d'arrêt ou de remplacement, posologie et durée des traitements médicamenteux
 - informations **complémentaires à venir** (ex. résultats d'examens)
 - **Suite à donner** : actes prévus, à programmer ; recommandations et surveillances particulières, y compris d'ordre médico-social
- ➔ **Transmise le jour de la sortie d'hospitalisation du patient au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient**
- ➔ **Remise et expliquée au patient par un médecin de l'ES qui l'a pris en charge ou par un membre de l'équipe de soins**

LA LDL DEVIENT L'OUTIL D'INFORMATION ENTRE PROFESSIONNELS POUR LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL

Dispositifs précédents la LMSS	Remplacés par ...
La lettre du médecin qui est à l'origine de l'admission du patient en ES	Lettre de liaison à l'entrée en ES
Le certificat médical circonstancié (soins psychiatriques sans consentement)	
Le compte rendu d'hospitalisation	Lettre de liaison à la sortie d'ES
La lettre rédigée à l'occasion de la sortie	
Le bulletin de sortie de structure alternative à l'hospitalisation complète	

Points d'informations complémentaires

Pour soutenir progressivement le dispositif, l'indicateur HAS de qualité et de sécurité des soins « Délai d'envoi du courrier » (DEC) devient « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS)

Conséquences du dispositif :

→ **Le compte rendu d'hospitalisation étant la référence pour les TIM et DIM lors du codage** cela emporte des conséquences sur les pratiques de codage

- ⊙ *Bien que le codage doive se faire à la lumière du dossier médical, sur le terrain les professionnels se servent essentiellement du compte rendu d'hospitalisation*

→ **Certification** : 1^{er} janv 2018 fin de l'indicateur DEC au profit de l'indicateur QLS (qualité de la LDL à la sortie). L'indicateur QLS est déjà en expérimentation

Question : comment sera évaluée la qualité d'une LDL ?

Des difficultés de déploiement de la LDL sur le terrain ...

- remise à jour 0 ne garantit pas une LDL de qualité,
- Questionnement sur son opportunité en ambulatoire et lors de séances (chimio, dialyse): *une LDL à chaque passage ?*

Perspectives :

- Constitution d'un groupe de travail à la DGOS en vue de produire :
- ⊙ Un mode d'emploi pour la mise en place de la LDL
- ⊙ Une LDL type
- ⊙ Une FAQ (demander aux participants d'envoyer leurs questions par email)

La parole est à vous

**FOCUS SUR
LES ÉVOLUTIONS LIÉES AU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS
DE MÉDECINE AMBULATOIRE**

- **FOCUS SUR LES ÉVOLUTIONS LIÉES AU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE AMBULATOIRE**
 - ✓ **NOUVELLE PRESTATION INTERMÉDIAIRE**
 - ✓ **ADMINISTRATION DES PRODUITS DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE**
 - ✓ **RÉVISION DE LA CIRCULAIRE FRONTIÈRE**
 - ✓ **DESCRIPTION DU MÉCANISME DE RESCRIT**

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

[...]

8° Réécrire la circulaire frontière pour sortir de contentieux stériles

9° Instaurer un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles

11° Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous avec une vraie instance d'arbitrage

- **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.**
- ⇒ **Mise en œuvre = évolutions réglementaires : DCE + évolution de l'arrêté prestation pour définir les conditions de facturation dès 2017.**

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

Position FHP-MCO:

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

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

Définition de l'HDJ :

- La DGOS distingue 3 types de Prises en charge en HDJ (art.11 de l'Arrêté Prestation):

③ Rattachement à l'un des cas suivants:

③① Réalisation d'un acte CCAM nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie

OU

③② Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle

OU

③③ Prise en charge du patient dont l'état de santé présente un terrain à risque

Définition de l'HDJ :

- le 1er type : PEC dans un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie
 - ⇒ Précision dans l'instruction frontière:
 - ✓ Comme dans la précédente instruction
 - ✓ Les prises en charge donnant lieu à un acte CCAM acceptant le code activité 4 et réalisées sous AG/ALR
 - ✓ Les prises en charge donnant lieu à un acte CCAM acceptant le code activité 4, réalisées sans AG/ALR mais requérant la proximité d'un anesthésiste ou d'un milieu stérile
 - ✓ Actes n'acceptant pas le code activité 4 mais réalisés, à titre exceptionnel, sous AG/ALR (ex : actes diagnostiques chez de jeunes enfants)

Définition de l'HDJ :

➤ le 2^{ème} type : PEC par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle.

⇒ Dans l'arrêté prestation: ce type d'HDJ doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- La mobilisation d'au moins 1 professionnel médical et d'au moins 2 autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs;
- ET** ○ La réalisation d'au moins 2 actes mentionnés à l'article L. 162-1-7 du CSS relevant de 2 techniques différentes. Ne sont pas comptabilisés à ce titre les AMI, les acte de biologie ainsi que l'ECG (DEQP003). Relèvent d'une seule et même technique l'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne
- ET** ○ Coordination assurée par 1 professionnel médical et qui donne lieu à la rédaction d'un CRH ou de la LDL

- le 2^{ème} type : PEC par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle.

2^e critère: Réalisation de deux actes relevant de techniques de spécialités différentes (1/2)

- Ce critère (ancien critère lié à la mobilisation de plateaux techniques différents) renvoie à une logique de **mobilisation de moyens de nature différente.**

- **L'utilisation de deux techniques de spécialités différentes correspond:**

- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, de **deux actes CCAM de paragraphes différents de la CCAM** (*3^e niveau de subdivision de la CCAM*)
- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, de **deux actes CCAM du même paragraphe mais relevant, au sein de ce paragraphe, de deux sous-paragraphes différents** (*4^e niveau de subdivision de la CCAM, lorsqu'il existe*)
- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, **d'un acte CCAM et d'un acte technique de la NGAP** (exclut les consultations et les AMI mais pas les AMK par exemple). Ces actes n'étant pas codés, il importe qu'ils soient tracés dans le dossier.



- le 2^{ème} type : PEC par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle.

2^e critère: Réalisation de deux actes relevant de techniques de spécialités différentes (2/2)

- Actes non comptabilisés au titre de ce critère:
 - Les actes médico-infirmiers (AMI)
 - Les actes de biologie
 - L'acte d'électrocardiogramme DEQP003 (« Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations »)
 - L'acte de monitoring JNQD001 (« Monitoring électronique des contractions de l'utérus gravide et/ou du rythme cardiaque du fœtus, par voie utérine »)
- Par ailleurs, sont regardés comme relevant d'une seule et même technique (un seul acte comptabilisé) le couple constitué par un acte technique de la CCAM et l'acte de guidage qui l'accompagne.



Définition de l'HDJ :

➤ le 3^{ème} type : PEC du patient présentant un « terrain à risque ».

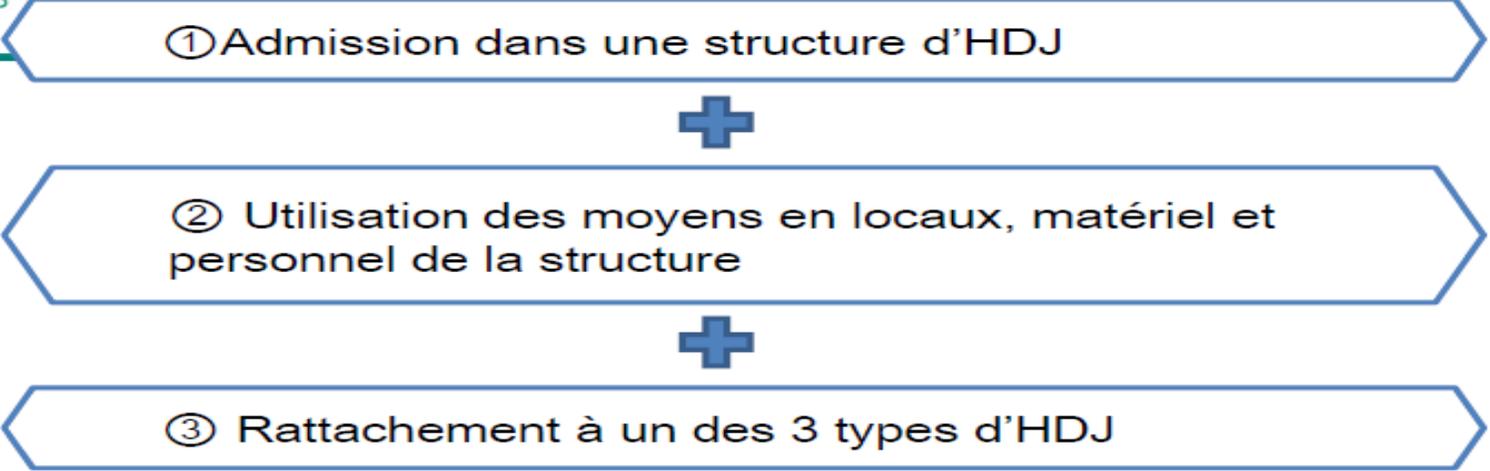
⇒ Précision dans l'instruction frontière:

- ✓ Du fait du terrain à risque, ces prises en charge justifient la facturation d'un GHS alors qu'elles relèveraient d'une facturation externe chez un patient « habituel ».
- ✓ prises en charge pour lesquelles des moyens supplémentaires sont mis en œuvre
- ✓ Dans les situations de polyhandicap, d'état grabataire ou de pathologies psychiatriques pour lesquelles doivent être prises en compte la nature de la dépendance ou du handicap, les difficultés de coopération du patient ou son incapacité à s'exprimer (polyhandicap physique ou handicap mental) sont des situations mobilisant des moyens supplémentaires justifiant le recours à l'hospitalisation de jour.



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

SYNTHÈSE – GHS EN HDJ



③ (a) Environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie

③ (b) HDJ « pluridisciplinaire »:

- Intervention de 3 professionnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs (dont au moins un professionnel médical)
- +
- Réalisation de deux actes relevant de techniques de spécialités différentes
- +
- Rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation ou d'une lettre de liaison

③ (c) Terrain à risque du patient (retracé dans le dossier patient et le CRH)

Le rescrit tarifaire, un outil complémentaire

Position FHP-MCO

- ⊙ **Trois situations importantes qu'il convient de traiter la plus clairement afin d'éviter toute situation conflictuelle lors des contrôles T2A et des situations contradictoires avec les objectifs du virage ambulatoire :**
 - **La question du GHM 28Z17Z : « Chimiothérapie pour affection non tumorale »**
Ce GHM doit faire partie des exclusions au respect des conditions de l'article 11 de l'arrêté prestation
 - **La question des soins palliatifs**
Permettre la facturation d'HDJ de soins palliatifs
 - **Les prises en charge pour pose de KT et Picc lines**
Doit continuer de relever d'un HDJ

La Prestation intermédiaire :

- entre l'HDJ et les ACE pour financer les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles
- Mesure présentée dans le PLFSS 2017, mais mise en œuvre progressive.
- Le périmètre pour 2017 est le suivant :
 - Diabète type I et II (au sens de l'ALD n°8) et Diabète gestationnel
 - Insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5),
 - Spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26),
 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21),
- Prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation dont la facturation reste dans le champ des prises en charges externes réalisée en ES ;

La Prestation intermédiaire :

- ⊙ un forfait facturé à chaque venue du patient = 111€ / 108,33€
- ⊙ un tarif identique quelle que soit la prise en charge
- ⊙ La facturation de ce forfait en complément de la facturation des consultations et actes réalisés au cours de la prise en charge.
- ⊙ Cumul de Facturation GHT / forfait PI
- ⊙ Il sera conditionné au respect de plusieurs critères comme la Pluri professionnalité et l'Existence d'une synthèse médicale :
 - Intervention de 3 professionnels médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, dont un médecin au moins;
 - Réalisation d'une synthèse médicale de la prise en charge.

➤ **Calibrage** : une logique de moyens mis en œuvre dans le cadre de cette prise en charge :

- ☞ **du temps médical** en plus de la consultation elle-même, afin de valoriser le temps de la coordination et de formalisation de la synthèse réalisée par le médecin référent de cette prise en charge ;
- ☞ **du temps non médical** (soignant et/ou socio-éducatif) afin de valoriser la prise en charge de professionnels dont les interventions ne sont pas valorisées par ailleurs.

	Salaire annuel moyen chargé	Temps de prise ne charge	Coût de la prise en charge
personnel médical	128 231 €	1h, incluant la consultation, le temps de coordination et la synthèse	80 €
Personnel paramédical / socio éducatif n°1	50 714 €	30mn d'intervention	16 €
Personnel paramédical / socio éducatif n°2	50 714 €	30mn d'intervention	16 €
Total des charges de personnel			111 €
Coûts de structure (hypothèse 20% des charges directes)			22 €
Total coût de la prise en charge			134 €
	<i>dont il faut soustraire le tarif de la consultation, facturable en sus</i>		- 23 €
Tarif de la prestation intermédiaire			111 €

✓ Calcul du surcoût théorique estimé de la mobilisation de temps de travail supplémentaire de personnel hospitalier (médical et non médical) pour la prestation intermédiaire par rapport à une consultation classique.

✓ Basé sur l'hypothèse d'un temps d'environ une demi-heure par professionnel pour chaque patient en plus du temps de consultation médicale à proprement parlé

Frontière entre forfait PI et hospitalisation de jour:

- Un forfait PI qui **ne se substitue pas à l'HDJ pour les pathologies ciblées**. Les PEC remplissant sur ces champs, les critères de l'instruction frontière continuent à justifier la facturation d'un GHS.
- L'articulation entre forfait PI tient au fait que la facturation du forfait PI:
 - **N'implique pas que soit démontrée l'occupation d'un lit ou d'une place ou l'admission dans une structure individualisée** disposant de locaux et de matériels (il n'est ainsi pas exigé que l'ES dispose d'une autorisation d'hospitalisation de jour)
 - **N'implique pas la réalisation d'actes techniques**. S'ils existent, ces derniers sont facturés en sus du forfait.
- Le forfait PI vient **donc sécuriser la facturation de prises en charge qui ne rempliraient pas les critères de l'HDJ**, notamment pour les prises en charge pour lesquelles un seul acte CCAM est réalisé ou pour lesquelles deux actes sont réalisés mais relèvent du même paragraphe de la CCAM

Produit de la réserve hospitalière (RH): contexte

- ⊙ Les médicaments RH « sont prescrits, dispensés et administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation». Cependant, pour le ministère, dans certains cas, leur utilisation ne nécessiterait qu'une simple surveillance du patient, sans hospitalisation formelle.
 - ⊙ Ces hospitalisations font l'objet de contrôle externe T2A et les prises en charge en HDJ dont l'objet se limite à la seule administration d'un de ces produits ne répondent pas aux conditions de la circulaire frontière. Tous les contrôles actuels aboutissent à des indus
- ⇒ Les établissements de santé sont aujourd'hui placés dans une situation d'insécurité juridique : un Arrêt de la cour de cassation (C. Cass. civ. 2, 18 juin 2015) rejette l'idée selon laquelle le classement du produit dans la RH conduit automatiquement à ce que les conditions de facturation d'une HDJ soient remplies.
- ⇒ Injonction contradictoire entre le droit de la santé publique et le droit de la sécurité sociale.

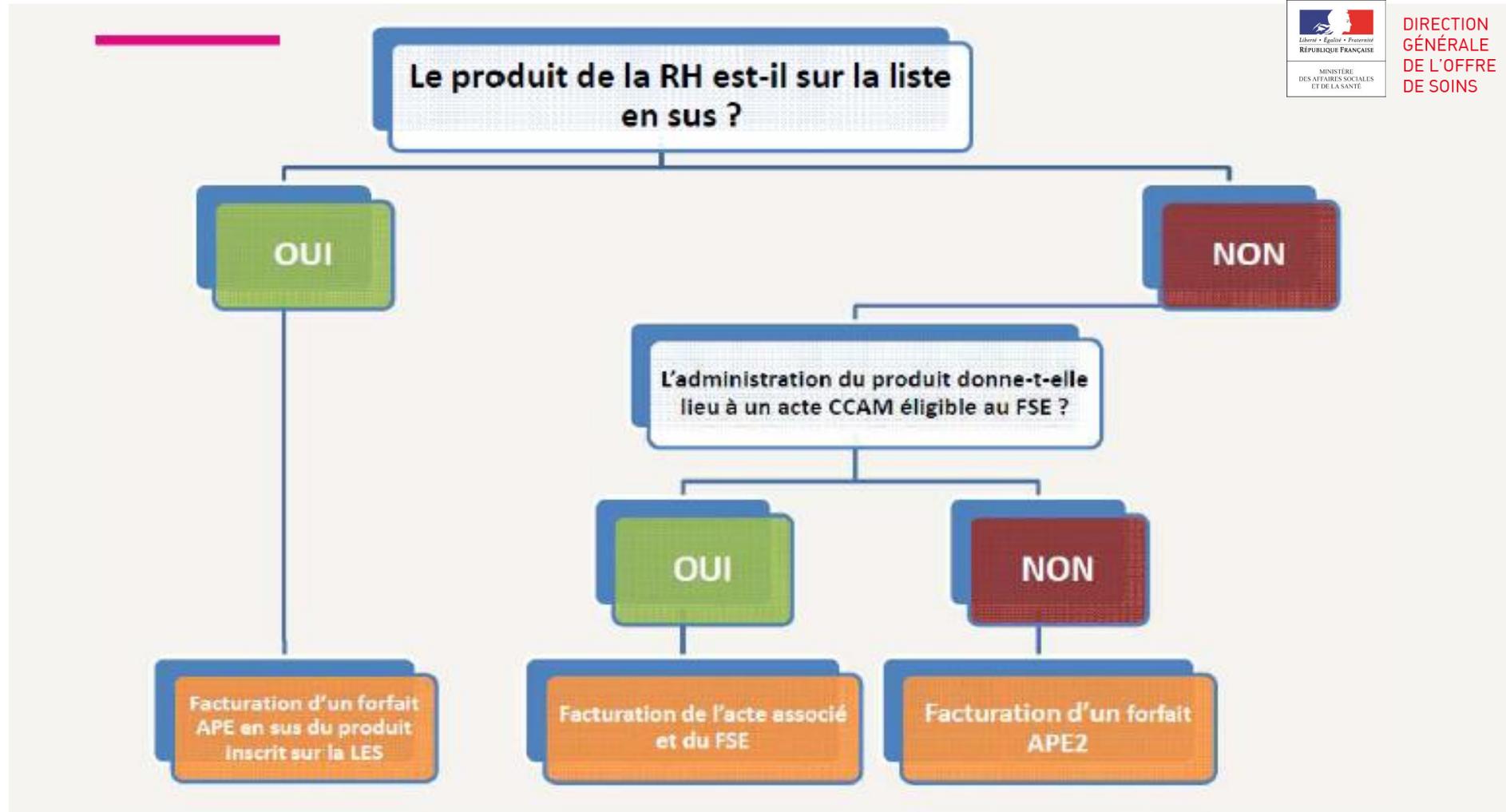
Produit de la réserve hospitalière (RH):

- Le ministère distingue 3 cas de figure
 - Des produits de la RH inscrits sur la liste en sus : cas de l'Avastin dans la DMLA
 - Des produits de la RH hors liste en sus mais associés à un acte CCAM d'injection : cas de la toxine botulique.
 - Des produits de la RH hors liste en sus et sans acte CCAM associé : cas du fer injectable
- Principe retenu : Privilégier l'utilisation des vecteurs existants
- 3 vecteurs de facturation sont actés :
 - Ouvrir le forfait APE aux MO : facturation du forfait APE en sus du produit
 - Facturation d'un SE : Administration de médicament de la RH hors liste en sus et donnant lieu à un acte éligible à un SE : création du Forfait SE 5
 - Création d'un forfait APE 2

Produit de la réserve hospitalière (RH)



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



Ex: Avastin® dans la DMLA

SE 5 Toxine Botulique

Ex: Fer injectable

Produit de la réserve hospitalière (RH):

- ⊙ Création d'un forfait AP2
 - Ce forfait finance les frais d'administration et de surveillance en environnement hospitalier et inclut en outre le coût moyen d'achat des produits concernés.
 - les spécialités à base de fer injectable (Venofer et Ferinject) ont été identifiées comme les principales spécialités pharmaceutiques pouvant relever de cet AP2.
 - Soit un AP2 valorisé à 39,04€ (auquel s'ajoutera la facturation d'une consultation)

- ⊙ Valorisation du SE 5
 - Le cas de la toxine botulique : problématique de niveau de valorisation, les SE existants ne suffisant pas à couvrir le seul coût de la molécule, d'où la création d'un SE 5
 - Le tarif du forfait SE5 est fixé: 175,67€

- ⊙ Valorisation du forfait APE (LES DM et LES Médicaments) :
 - Le forfait APE est fixé à 12,20€

Position FHP-MCO – Produit de la RH

- Un constat : inversion de paradigme « Admin° d'1 produit de la RH = hospit° et GHS » vers « Admin° d'1 produit de la RH = hors hospit°, en environnement hospitalier ».
- Nos demandes :
 - Sécuriser la possibilité d'une hospitalisation :
Un séjour de 0 j avec admin° d'un produit de la RH doit donner lieu à la facturation d'un GHS ou d'un forfait selon le produit et le patient.
 - Restriction aux seules spécialités ciblées:
 - ✓ fer, avastin en ophtalmologie, et toxine botulique
 - ✓ indication dans l'arrêté afin de ne pas laisser de prise à des contrôles T2A pour des HDJ ou des séances concernant un autre produit.
 - ⇒ **Autrement dit, que tous les autres produits de la RH continuent de relever de la facturation d'un GHS.**

Une gradation tarifaire assise sur l'intensité des moyens dédiés

Actes
externes

CS

- Un professionnel médical, éventuellement assisté d'une IDE ou AS
- Une durée « standard » de 20 à 40mn

Environnement
hospitalier

Forfait prestation
intermédiaire

- Une consultation médicale (au moins un professionnel médical)
- Caractère pluriprofessionnel : recours à au moins 2 autres personnels médicaux, paramédicaux et/ou socio-éducatifs
- Une prise en charge coordonnée et une synthèse médicale formalisée

Hospitalisation

HDJ

- Une consultation médicale (au moins un professionnel médical)
- Caractère pluriprofessionnel recours à au moins 2 autres personnels médicaux, paramédicaux et/ou socio-éducatifs
- Admission dans une structure d'HdJ
- La réalisation d'actes techniques : au moins 2 actes CCAM
- Une prise en charge coordonnée et une synthèse médicale formalisée

Position FHP-MCO – Mise en œuvre:

- ⊙ Afin d'atteindre les objectifs de clarification, il nous semble important de prévoir :
 - un logigramme reprenant le mécanisme de tarification
 - un récapitulatif pragmatique des cumuls autorisés ou non
 - une Liste positive de facturation autorisée de GHS en annexe de l'instruction ?
- ⊙ La publication de la CCAM clinique serait la bienvenue tant pour les professionnels de santé que pour les médecins conseils en charge des contrôles T2A.
- ⊙ Aide à la mise en œuvre : il n'existe pas de liste facilement accessible et à jour des produits de la RH.

Position FHP-MCO – Mise en œuvre:

- un récapitulatif pragmatique des cumuls autorisés ou non

Document
de travail

	GHS (1° art R162-32)	GHT (1° art R162-32)	Forfait D (1° art R162-32)	SE (5° art R162-32)	AP2 / APE (6° art R162-32)	FPI (7° art R162-32)	ATU (2° art R162-32)	FFM (4° art R162-32)
GHS	Oui Sous condition	oui	Oui Sous condition	Non / oui sous condition	non	Non / oui sous condition	non	non
GHT	oui	non	Oui (D11, D12, D13, D14, D15, D16) sous condition	oui	non	oui	non	non
Forfait D	Oui Sous condition	Oui (D11, D12, D13, D14, D15, D16) sous condition	non	Non / oui sous condition	non	Non / oui sous condition	non	non
SE	Non / oui sous condition	oui	Non / oui sous condition	non	non	oui	non	Non
AP2/APE	non	non	non	non	non	oui	non	non
FPI	Non / oui sous condition	oui	Non / oui sous condition	oui	Oui	non	non	non
ATU	non	non	non	non	Non	non	non	non
FFM	non	non	non	non	Non	non	non	non

Position FHP-MCO – Les Contrôles

- Demande de moratoire des contrôles externes T2A sur ce champ.
 - modifications complexes : laisser le temps à la totalité des acteurs de s'approprier les nouveaux principes de facturation des prestations nouvelles ou anciennes.
 - Concrètement :
 - ✓ pour les établissements de santé, il faut laisser le temps aux DIM d'assimiler ces évolutions et de les diffuser au sein de leur établissement.
 - ✓ Des sessions de formation commune DIM/médecins contrôleurs pour s'assurer que chacun ait la même compréhension des textes seraient les bienvenues.
 - ✓ alerte : nous assistons parfois sur le terrain à des incompréhensions entre médecins DIM et médecins Conseils sur les interprétations de ce qu'est un terrain à risque.

Mécanisme de RESCRIT TARIFAIRE

- ⊙ Principe :
 - Permettre à tout ES d'obtenir une prise de position formelle de l'assurance maladie et de l'Etat sur l'éligibilité à l'HDJ d'un protocole de soins précis et opposable à ces derniers.
- ⊙ Objectif:
 - Harmonisation des interprétations des règles de facturation des GHS pour les prises en charge de moins d'une journée
 - Possibilité à travers ce rescrit d'apporter une réponse à des situations spécifiques (notamment certains actes non encore répertoriés à la nomenclature)
- ⊙ Mise en place dès 2017
- ⊙ Présentation du dispositif dans l'instruction frontière

Mécanisme de RESCRIT TARIFAIRE

- Objet et conditions de la demande
 - Demande formulée par écrit par le représentant légal d'un ES, ***d'une FD ou d'une société savante***
 - Objet de la demande : l'application à un type précis de situation médicale des règles de facturation de l'HDJ. La demande de rescrit précise les dispositions dont l'interprétation est sollicitée.
 - Présentation complète et précise du protocole de soins envisagé avec description des actes et examens auxquels la prise en charge renvoie ainsi que le nombre d'intervenants mobilisés.
 - Pas de demande de rescrit possible lorsqu'un contrôle en rapport avec la demande a été engagé (avis de contrôle notifié) ou lorsqu'un contentieux local ou national est en cours ⇒ pas de demande sur un séjour en cours de contrôle

Mécanisme de RESCRIT TARIFAIRE

- ⊙ Examen et réponse à la demande
 - Le dossier transmis à l'UCR, mais examiné par les services de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)
 - Lorsque la demande est complète :
 - ✓ l'UCR saisit les services de l'Assurance maladie et du Ministère qui établissent une doctrine nationale conjointe sur l'éligibilité à l'HDJ du protocole de soins présenté
 - ✓ La réponse est notifiée à l'ES **dans les 3 mois** suivant la réception de la demande par l'UCR et fait en outre l'objet d'une publication sur Internet.
 - Lorsque la question posée a déjà fait l'objet d'une réponse publiée sur Internet, les services de l'Assurance maladie et du Ministère retransmettent la réponse à l'établissement

Demande d'un interlocuteur national pour les demandes portées par les FD ou les sociétés savantes

Quel recours si classement sans suite ?
Nécessité d'une motivation de la récusation

Mécanisme de RESCRIT TARIFAIRE

- Opposabilité de la réponse
 - La réponse est opposable par l'ES à l'origine du rescrit et engage les services de l'Etat et de l'assurance maladie à ne pas revenir sur cette position en cas de contrôle ultérieur et portant sur une prise en charge identique.
 - L'ES doit toutefois être de bonne foi et suivre effectivement la position et les indications communiquées par l'administration
 - Cette garantie prend fin lorsque la situation de fait ou la réglementation évolue
 - Dès lors qu'elle a été publiée, la réponse est également opposable, selon les mêmes modalités, par les autres ES, à condition que leur situation soit bien strictement identique à celle exposée dans le rescrit
 - La réponse est rétroactive

Mécanisme de RESCRIT TARIFAIRE

○ MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE

- Parallèlement à la mise en place de ce mécanisme de rescrit
- un observatoire pourrait être instauré.
- réunissant l'assurance maladie, la DGOS, la DSS, les fédérations et les conférences/collèges concernés,
- réunion annuelle
- but:
 - ✓ bilan de la mise en œuvre des évolutions de la circulaire frontière
 - ✓ s'assurer que les réponses formulées dans le cadre du rescrit soient compatibles avec l'esprit de la circulaire et répondent aux problématiques identifiées sur le terrain.

La parole est à vous

QUESTIONS DIVERSES

Questionnaire de satisfaction :

- ✓ **Merci de le remplir**
- et**
- ✓ **de nous le remettre à la sortie**



Nous remercions nos partenaires :



Merci pour votre participation !



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