

Campagne Tarifaire 2019

16 Propositions

*« Pour la mise en œuvre d'une politique de financement
prenant en comptes les réalités de terrain
et apportant une visibilité aux établissements de santé »*

I.	<u>Des Hypothèses de construction à confirmer</u>	3
	a) Fixer une cible du volume prévisionnel 2019 pertinente en lien notamment avec les réalisations constatées	
	b) Pérenniser les actions sur l'Obstétrique et soutenir la création du forfait accueil urgences gynécologiques	
	c) Adopter un plan d'économies cohérent	
	d) Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement	
II.	<u>Des mesures à mettre en œuvre pour adapter le financement aux évolutions nécessaires</u>	5
	e) Un financement IFAQ cohérent et garantissant une certaine continuité du modèle	
	f) Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2018	
	g) Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs	
	h) Supprimer les bornes basses pour les GHM en K.	
	i) RIHN : Définir des règles de financement claires et équitables.	
	j) Financement des transports : pas d'inclusion dans les tarifs, et des aménagements du dispositif mis en place sont nécessaires.	
	k) Prestation Inter-établissements (PIE-PIA) de moins de 48 heures : mettre fin à l'absence de règles de facturation.	
III.	<u>Des mesures structurelles à développer</u>	8
	l) Envisager une approche pluriannuelle des éléments tarifaires correspondants	
	m) Soutenir les expérimentations du financement au parcours de soins notamment dans le cadre de l'article 51.	
	n) Prendre le temps de la réflexion pour une réforme du financement des soins critiques	
	o) Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing	
IV.	<u>Annexe</u>	10

Annexe : Retour d'expériences

I. **Des Hypothèses de construction à confirmer.**

- a) Fixer une cible du volume prévisionnel 2019 pertinente en lien notamment avec les réalisations constatées.

Les chiffres démontrent que **l'activité de notre secteur ex-OQN a augmenté de 1,2% (0,8 % sur les seuls GHS) en 2017** quand la prévision retenue s'élevait à 1,9 %.

Au sein du dernier rapport de l'observatoire, sur la période janvier-juin 2018, l'évolution brute de la part tarif est nulle ; elle se décompose par un effet tarif et changement de champ de -1,1% et **un effet volume de +1,1%**

Proposition n°1 :

Retenir un volume prévisionnel 2019 en cohérence avec notamment la réalité des activités constatées en 2017 et au début de l'exercice 2018.

- b) Pérenniser les actions tarifaires sur l'Obstétrique et soutenir la création du forfait accueil urgences gynécologiques

Proposition n°2 :

Nous proposons de poursuivre les actions tarifaires en faveur de l'Obstétrique en fixant au niveau des T.I.C.S des 6 GHS ciblés (GHS 5326, 5490, 5491, 5495, 5496, 5904). Dans ce cadre, les ressources manquantes correspondantes à la sous-évaluation tarifaire des césariennes doivent être affectées aux ressources des autres GHS de la maternité. Une MIG allaitement pourrait être par ailleurs attribuée sur la base d'un indicateur à définir.

Par ailleurs, nous soutenons la démarche de création du forfait accueil urgences gynécologiques.

La situation concernant les urgences gynécologiques :

- Les ATU Gynéco sont facturés par des établissements de santé disposant d'un service d'urgences autorisé et où pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales.

Les conditions de mises en œuvre du financement des urgences gynécologiques :

Première étape en 2019 :

- Création du forfait Accueil Urgences Gynécologiques (AUG) dans les secteurs ex- DG et ex-OQN, au même tarif que les ATU. Ce forfait pourra être facturé par tous les établissements disposant d'une autorisation Gynéco Obstétrique.
- Pas de modification du calcul du FAU (calcul sur base du nombre d'ATU 2018, grilles FAU inchangées, application de 70% des effets revenus du recalibrage).

Deuxième étape en 2020 :

- Valorisation des AUG à 41€/42€ en complément des facturations d'ACE
- Revalorisation de la valeur du palier de 2500 ATU au-delà du socle fixe

c) Adopter un plan d'économies cohérent

Depuis l'année 2012, la chirurgie ambulatoire a supporté plus de 543 millions d'euros affichés. Alors que la volonté gouvernementale et des professionnels de santé est de poursuivre son développement, de telles mesures constituent des injonctions contradictoires.

Par ailleurs, le secteur Ex-OQN a porté plus que de raison les efforts d'économies les années passées et en particulier ces trois dernières années, à savoir :

- Evolution de l'enveloppe 2014 / 2018 Ex-DGF : + 10,35%
- Evolution de l'enveloppe 2014 / 2018 Ex-OQN : + 2,72%

Proposition n°3 :

La répartition des économies annoncées de l'ordre de 210 millions ne doit plus être effectuée au détriment ni du développement de la chirurgie ambulatoire, ni du secteur Ex-OQN dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Poursuivre sur les orientations passées risque de mettre en danger de nombreuses structures du secteur Ex-OQN.

d) Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement :

- a. l'exemple des MERRI « Recherche Clinique ».

Proposition n°4 :

Nous demandons que toute évolution de ce modèle de financement MERRI « Recherche Clinique », comme d'autres en la matière, fasse l'objet de véritables débats en toute transparence, dans le respect de l'ensemble des acteurs parties prenantes et, en veillant à une équité de traitement desdits acteurs.

En l'espèce, la mécanique actuelle du modèle de financement MERRI « Recherche Clinique » a fait l'objet d'un large consensus qu'il convient de ne pas remettre en cause dans ces grands principes.

Ceci n'exclut en rien la nécessité de poursuivre les échanges actuellement engagés. Nous sommes notamment favorables à toutes discussions et échanges dans le cadre notamment du Groupe de travail qui a été mise en place à cette fin avec la désignation d'Experts.

- b. Revenir sur la mise en place des nouvelles prestations de financement : AP2 et FPI

Proposition n°5 :

- Actualiser et définir le contenu de la nouvelle version de la circulaire frontière.
- Adapter le système de tarification notamment sur la prestation « AP2 » : gérer différemment le Venofer et Ferinject.

II. Des mesures à mettre en œuvre pour adapter le financement aux évolutions nécessaires

- e) Un financement IFAQ cohérent et garantissant une certaine continuité du modèle

Nous nous félicitons des récentes décisions prises en matière de revalorisation de l'enveloppe IFAQ. Cependant, ce dispositif ne doit pas être punitif et ne pas s'opérer au détriment des évolutions tarifaires des prestations de soins (GHS).

Proposition n°6 :

Garantir un modèle de financement à la qualité ne créant pas de rupture dans le temps et l'espace. L'alimentation de cette enveloppe ne peut s'opérer que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.

- f) Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2018

Proposition n°7 :

Procéder aux corrections de classification GHM / problèmes de tarification présentés dans le cadre des retours d'expériences. (Cf. annexe)

- g) Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs

Nous renouvelons notre demande sur la question du financement des soins palliatifs, et, en particulier des Unités de Soins Palliatifs.

Lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à la production du GHM de soins palliatifs, avec ou sans acte (23Z02Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- Le GHS 7994 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- Le GHS 7993 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- Le GHS 7992 dans les autres cas.

Tableau n°4
Liste des GHS relatifs aux Soins Palliatifs

GHS	GHM	Libellé
7991	23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée
7992	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (autres cas)
7993	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (LISP)
7994	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (USP)

Le taux de 50% pour le GHS 7994 majoré n'est pas suffisant pour couvrir les charges découlant des exigences de cahier des charges des ARS, à savoir :

- « L'USP fonctionne avec les personnels suivants pour 10 lits : 1.5 ETP de médecin de plein exercice, 1 ETP de cadre de santé, 8 ETP d'IDE, 7 ETP d'aide-soignant(e)s, 2 ETP d'ASH, 0.5 ETP de secrétaire, 1 ETP de psychologue, 0.5 ETP de kinésithérapeute et 0.5 ETP d'assistante social. »

Proposition n°8 :

Afin de prendre en compte le juste coût, la majoration du GHS Majoré 7994 (Soins Palliatifs en Unité de Soins Palliatifs) doit être portée au moins à 70%.

- h) Supprimer les bornes basses pour les GHM en K.

Proposition n°9 :

Afin de faciliter le développement des pratiques ambulatoires, il faut supprimer les bornes basses pour les GHM en K.

- i) RIHN : Traiter la question du financement des actes de la liste principale et de la liste complémentaire en traitant les questions :
 - des actes qui ne sont plus innovants mais qui sont maintenus dans le dispositif
 - du dimensionnement de l'enveloppe.

Au regard des arguments présentés par les fédérations hospitalières, l'Etat a entendu et a décidé de changer le dispositif de financement initialement prévu dans l'instruction du 23 février 2018 par la publication d'une nouvelle instruction le 16 Avril 2018. Ainsi, le financement est au prescripteur dès 2018 sur l'activité 2017.

Nous rappelons que cette instruction du 18 avril 2018 clarifie les circuits de financement et de facturation (et nous nous en félicitons) **mais elle ne règle pas l'ensemble des problématiques, et, en particulier, pas la question de la dimension de l'enveloppe.** Cette instruction le rappelle en précisant que « *Cette dotation est une enveloppe de crédits limitative. La répartition de cette dotation entre les établissements de santé participant à cette mission d'intérêt général est calculée à l'aide des données d'activité remontées par les établissements* » .../... *Dans ce nouveau schéma, l'intégralité du reste à charge, le cas échéant, repose sur l'établissement de santé prescripteur.* »

Plus globalement, ce dossier nous interpelle car nous sommes face à une situation jamais connue à ce jour. **L'Etat acte qu'il finance de façon très partielle (un taux de financement de 30% des actes de la liste complémentaire en 2017 après un taux à 74% en 2016)** des frais de prise en charge des soins sans possibilité de faire intervenir d'autres acteurs. **Facteur aggravant, l'Etat pénalise un dispositif de financement relatif à la prise en charge de l'innovation** laquelle peut être source de prises en charge plus ciblées et donc plus pertinentes. Il conviendrait donc d'avoir une approche plus systémique de la gestion de cette enveloppe relative à l'innovation qui est une source d'efficacité médico-économique de notre système de santé. Envisager une croissance de cette enveloppe peut être considérée comme un investissement.

On ne peut demander aux établissements de santé de financer le reste à charge de ces procédures innovantes parce que notre système organisationnel ne permet pas de procéder à la validation desdites innovations dans des délais « raisonnables ».

Proposition n°10 : Traiter la question du financement des actes de la liste principale et de la liste complémentaire en traitant les questions :

- **des actes qui ne sont plus innovants mais qui sont maintenus dans le dispositif RIHN**
- **du dimensionnement de l'enveloppe RIHN**

j) Financement des transports : Financement des transports : pas d'inclusion dans les tarifs, et des aménagements du dispositif mis en place sont nécessaires.

Proposition n°11 :

Nous demandons une adaptation du dispositif.

Outre la question des transports pour séance, le dispositif actuel est contre incitatif pour les prestations de soins de moins de 48h00. Il conviendrait d'adopter un financement similaire aux transports pour séances pour l'ensemble des PIA et PIE de moins de 48h00. Très concrètement :

- **Modalité et circuit de facturation identiques pour toutes les modalités de séance en dialyse sur la base de l'existant pour le centre.**
- **Modalité et circuit de facturation identiques pour toutes les prestations de moins de 48h00 (séance, y compris séance de caisson hyperbare, et autres prestations donnant lieu à GHS ou facturation de forfaits techniques et honoraires d'Equipements Matériels Lourds, ...), à savoir, facturation d'un TSE.**
- **Véritable exclusion des séjours HAD, les séjours en exception devenant plus nombreux que les séjours HAD exclus du dispositif.**

Par ailleurs, il est des situations médicales où le parcours du patient, notamment insuffisant rénal, ne se fait pas seulement entre deux établissements de santé mais fait aussi intervenir d'autres acteurs (consultation de médecine de ville dans le prolongement d'une séance de dialyse, passage en établissements de santé MCO pour débouchage d'une fistule...). Même si la FAQ contient des éléments sur cette situation, les éléments de réponse ne sont pas satisfaisants.

k) Prestation Inter-établissements (PIE-PIA) de moins de 48 heures : mettre fin à l'absence de règles de facturation.

Depuis la mise en place de la T2A, assez étonnamment, la question des règles de facturation pour des PIE-PIA a toujours été renvoyé à un accord entre les acteurs de terrain. Dans les faits, lorsqu'un établissement de santé privé est en situation de demande face à une autre structure monopolistique, il se voit imposer une facturation s'appuyant sur la valeur des TJP. Bien souvent, les montants facturés viennent obérer, et souvent dépassent, les ressources liées au GHS du séjour pris en charge.

Extrait de la pratique de facturation actuelle.

« Si le transfert a une durée inférieure à 2 jours

Le séjour du malade n'est pas interrompu, dans ce cas il n'y a qu'un support de facturation (S 3404) émis par A et contenant un seul GHS incluant la prestation de B. L'établissement A indique E (pour échanges de plateaux techniques) ainsi que le n° de l'établissement prestataire (1 ou 2). Il appartient à A de payer la prestation de B qui sera fixée contractuellement entre eux. »

.../...

Cas de transfert de plus de 2 jours avec retour dans A :

Dans ce cas, un troisième épisode est effectué par A qui indique T (transfert) et le N° de l'établissement destinataire (1 ou 2) au départ du malade et R (pour retour) et le N° de l'établissement qui a réalisé le retour (1 ou 2).

L'établissement B indique T (transfert) ainsi que le N° de l'établissement d'origine pour indiquer le transfert vers A.

Pour le troisième épisode de soins (retour dans le GHS de A) le tarif perçu par A sera minoré. La facturation de ce troisième épisode de soins, peut être effectué soit sur le bordereau du 1er épisode (GHS de A minoré) soit sur un bordereau différent. »

Par ailleurs, il est nécessaire de simplifier l'**article 4 bis de l'arrêté prestation**.

« Lorsqu'un patient hospitalisé en établissement de santé est pris en charge, pour une durée inférieure à deux jours, dans un autre établissement relevant du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire sont facturées par l'établissement d'origine. Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine.

Par exception aux dispositions du premier alinéa, lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z, chaque établissement facture sa prestation. »

Nous demandons que chaque établissement puisse facturer sa prestation. Dit autrement, que l'exception décrite devienne la règle. Cette mesure vise à simplifier les circuits de facturation aujourd'hui complexe notamment pour les centres de dialyse qui peuvent, en fonction des modalités, soit facturer un GHS, soit un forfait en D.

Proposition n°12 :

Apporter des réponses au financement des prestations inter-établissements (et PIA) de moins de 48 heures comme cela a été le cas pour les prestations de plus de 48h00.

La solution la plus simple à mettre en œuvre consiste à faire à ce que chaque établissement adresse une facture (ou valorisation) à l'assurance maladie (ou l'ATIH).

Chaque établissement facture sa prestation. Cette mesure vise à simplifier les circuits de facturation aujourd'hui complexe notamment pour les centres de dialyse qui peuvent, en fonction des modalités, soit facturer un GHS, soit un forfait en D.

III. Des mesures structurelles à développer

- l) Envisager une approche pluriannuelle des éléments tarifaires correspondants

Proposition n°13 :

- **Prévoir une planification pluriannuelle des modalités de financement des établissements de santé et notamment des modalités de fixation des éléments tarifaires.**
- **Une telle démarche serait cohérente avec les engagements que la France prend dans le cadre du Pacte de Stabilité avec les institutions européennes.**

- m) Soutenir les expérimentations du financement au parcours de soins notamment dans le cadre de l'article 51

La FHP-MCO a soutenu l'Appel à Manifestation d'Intérêt clôturé le 31 juillet 2018.

54 candidatures ont été retenues par le Ministère chargé de la santé et l'Assurance Maladie parmi les 180 reçues cet été pour participer aux travaux de co-construction de trois modèles de financement innovant visant à financer des épisodes de soins chirurgicaux, définir un intéressement collectif pour un groupement ou encore forfaitiser la prise en charge en structure d'exercice coordonné. L'objectif est d'établir les cahiers des charges de ces expérimentations d'ici la fin de l'année pour qu'elles puissent être mises en œuvre début 2019.

*Après un examen conjoint par le Ministère, les Agences Régionales de Santé et l'Assurance Maladie, 54 candidatures ont été retenues pour participer aux travaux : **25 établissements de santé pour épisode de soins (dont 7 cliniques),***

Proposition n°14 :

Soutenir les expérimentations dans le cadre de l'article 51 tant celles issues des AMI que des projets locaux et régionaux.

- n) Prendre le temps de la réflexion pour une réforme du financement des soins critiques

Proposition n°15 :

Nous partageons les objectifs des travaux envisagés par la DGOS sur l'évolution du financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) par la DGOS dans les conditions suivantes :

- **Prendre le temps de la réflexion pendant deux années.**
- **Application du nouveau schéma de financement au plus tôt le 1^{er} mars 2020 en lien avec le nouveau régime d'autorisation.**

o) Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing

Nous renouvelons notre demande relative au fait d'octroyer des marges de manœuvre supplémentaires aux établissements de santé dans un environnement économique contraint.

Le « Reprocessing » (ou « Retraitement des dispositifs médicaux » en français) consiste à désinfecter, nettoyer, remettre en état / refabriquer, tester fonctionnellement, emballer, stériliser des dispositifs médicaux réputés usage unique, conformément aux standards internationaux. Il répond à une démarche industrialisée de qualité, nécessitant l'éventuel changement de composants dans le but de satisfaire les tests fonctionnels. C'est un métier à valeur ajoutée réalisé par des entreprises spécialisées.

A l'étranger, le Reprocessing :

- Existe depuis plus de 20 ans aux Etats-Unis notamment,
- Est réalisé sur des dispositifs médicaux ou chirurgicaux,
- Est pratiqué à grande échelle aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suède...
- Répond à des exigences de fabrication au moins égales à celles des fabricants d'origine,
- A reçu l'avis favorable de la FDA et du GAO aux Etats-Unis après analyse des événements indésirables recensés,
- Permet de réduire les dépenses de santé de façon significative,
- Contribue activement au développement durable en limitant la production de déchets et le bilan carbone des DM consommés.

En France, le Reprocessing :

- N'est pas autorisé à ce jour, ni au sein des établissements de santé ni en externalisation
- Permettrait de réaliser des économies substantielles pour les établissements publics et privés qui le souhaitent (économie d'environ 50% sur le prix neuf) en créant une compétition sur des marchés trop souvent en monopole,
- Donnerait un plus large accès à des matériels innovants aux patients du fait des économies générées,
- Serait générateur d'emplois en France,
- Réduirait le volume de déchets non revalorisés des établissements de santé.

Proposition n°16 :

Prévoir une modification législative et réglementaire afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental autorisation la mise en œuvre de reprocessing.

ANNEXE

RETOUR D'EXPERIENCES CAMPAGNE 2018

RETOURS D'EXPERIENCE 2018

Anomalies de Groupage et/ou Tarification

Nous vous transmettons dans ce document ce qui nous apparait être des anomalies de groupage et/ou des problèmes de tarification.

Indépendamment des modifications proposées pour la CMD09, qui nécessitent des expertises toujours en cours, nous souhaitons attirer votre attention sur 4 points de classification, et une question de valorisation, apparus cette année, et vous rappeler nos demandes antérieures.

A. Les nouvelles demandes

Arthroscopie de l'épaule

Les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissu mous de l'épaule sous arthroscopie, tels que MJEC002 : « Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie », sont affectés à la liste d'actes A 279 « Arthroscopies : autres localisations » groupant en racine de GHM 08C40 « arthroscopies d'autres localisations ».

Pourquoi ne sont-ils pas affectés à la liste A358, groupant en racine de GHM 08C58 « arthroscopie de l'épaule », plus spécifique et mieux valorisée (du moins pour les niveaux J/1, les plus fréquents) ?

Artérite digestive avec acte endovasculaire.

Dans le cas d'un trouble vasculaire aigu de l'intestin (thrombose de l'artère mésentérique : code CIM K55.0) traité par dilatation d'artère digestive avec pose d'endoprothèse (acte CCAM EDAF005) le groupage se fait dans une racine en M de la CMD 06. L'acte endovasculaire est ignoré, et non pris en compte dans la valorisation.

Alors que si on code en diagnostic principal I74.8 moins précis (embolie ou thrombose d'autres artères), le groupage mène bien en racine 05K, plus conforme avec une description précise de l'activité produite. Mais utiliser ce codage contrevient aux instructions de la CIM.

Il nous semble que deux pistes peuvent être étudiées :

- Modifier le guide de production, en citant cet exemple, pour ne pas tenir compte de la mention « à l'exclusion de ... » de la CIM
- ou ajouter le code K55.0 dans les diagnostics d'entrée de la CMD 05, indépendamment de son rôle dans la CMD 06

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps, au cours du même séjour.

Il peut arriver qu'un séjour donne lieu dans un premier temps à l'ablation de calculs intra biliaires par voie endoscopique, suivie dans un second temps d'une cholécystectomie. L'acte chirurgical étant prioritaire sur l'acte endoscopique, le groupage aboutit à la racine 07C14 : « cholécystectomie sans exploration de la Voie Biliaire principale ... », alors qu'il serait plus cohérent pour décrire la mobilisation de ressources engagées que le groupage se fasse dans la racine 07C12 : « autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées ».

Le groupeur ne pourrait-il pas tester l'acte endoscopique après l'acte chirurgical ? Cette question rejoint la problématique connue du pouvoir de CMA d'un acte CCAM.

Pose d'une prothèse sphinctérienne urinaire péri urétrale pénienne ou bulbo membraneuse [bulbo membraneuse], par abord direct

Nous constatons une discordance de groupage pour l'acte JELA002 en fonction du DP. Ce code acte est utilisé par les urologues pour la pose de bandelette chez l'homme :

- Si le DP est N39.4 « Autre forme d'Incontinence urinaire précisée », le séjour est groupé dans la racine 11C10 « Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales », dont le GHS est d'une valeur de 1 455€ en ambulatoire en secteur privé

- Si le DP est N39.3 « incontinence urinaire d'effort », le séjour est groupé dans la racine 12C10 « Autres interventions pour affections non malignes de l'appareil génital masculin », dont le GHS est d'une valeur de 810 € en ambulatoire en secteur privé.

En effet, N39.3 « incontinence urinaire d'effort » est un diagnostic d'entrée dans la CMD 12 Affections de l'appareil génital masculin, alors que N39.4 « autre incontinence urinaire précisée » est un diagnostic d'entrée dans la CMD 11 Affections du rein et des voies urinaires.

A noter que la racine 11C10 respecte une parité presque idéale : 52% d'hommes et 48% de femmes.

Angioplasties coronaires en hôpital de jour

Lors de son apparition dans l'arsenal thérapeutique l'angioplastie coronaire, même sans infarctus, devait être réservée aux seuls établissements développant une activité de chirurgie cardiaque sous CEC. Progressivement cette contrainte a été levée, et les autorisations ont été attribuées à des structures avec unité de soins intensifs. Actuellement les professionnels estiment inutile, en l'absence d'infarctus, la surveillance prolongée post interventionnelle, et entendent développer « l'angioplastie coronaire ambulatoire ».

Mais ils redoutent que la valorisation de tels séjours ne couvre pas la mobilisation de ressources nécessaire. En effet les angioplasties coronaires réalisées dans un contexte « froid » c'est-à-dire « hors infarctus » sont groupées dans la racine 05K06, qui accueillent l'ensemble des actes endovasculaires à la fois sur le cœur et sur le réseau périphérique.

Cette racine propose un GHM en T pour les séjours avec 0 ou 1 nuitée, et des GHM pour chacun des 4 niveaux classiques. En théorie donc, la valorisation du séjour n'est pas un frein au développement de l'ambulatoire puisque dès à présent les séjours avec 0 nuitée sont valorisés à l'identique des séjours avec 1 nuitée.

Mais c'est le hiatus entre la valorisation du séjour de niveau 1 avec le niveau T qui interpelle. Dans la grille tarifaire 2018, les valeurs des GHS correspondant à la racine 05K06 (sans tenir compte du dédoublement de GHM pour la mesure du flux de réserve coronarien) sont les suivantes :

	Public	Privé
05K06T	1 734	1 337
05K061	2 443	1 875
Différentiel	709	538

La DMS du niveau 1 est de 2,49 jours et 76% des séjours de niveau 1 n'ont passé que 2 nuitées dans l'établissement. L'acte ayant été réalisé dans les deux cas, on peut considérer que la totalité de l'effort de soin a été produit dès la première journée d'hospitalisation, et que la seconde nuitée ne correspond qu'à des prestations d'hôtellerie, dont la valeur paraît alors très excessive. D'autant plus qu'en cas de nécessité de surveillance étroite, le malade est placé en unité de soins intensifs, qui fait l'objet d'un financement par un supplément à la journée.

Indépendamment d'un rapprochement avec le coût réel constaté de production, ou les données de l'ENC, le différentiel observé interpelle.

Cette observation rappelle la problématique fréquente de la concentration de la plus grande partie de l'effort de soins en début de séjour.

Par ailleurs, peut-être aussi serait-il souhaitable de s'assurer que la description dans la même racine de GHM des activités portant sur les coronaires, et de celles portant sur la totalité du réseau vasculaire périphérique n'introduit pas une perte d'homogénéité de la racine.

B. Les questions formulées en 2017

Ces demandes ont déjà été transmises et/ou expliquées en réunion du comité technique MCO.

Abcès du sein : prise en charge pour évacuation chirurgicale d'un abcès du sein

Deux situations peuvent se présenter selon que l'on est dans un contexte puerpéral ou non :

- Diagnostic principal : N61 Affections inflammatoires du sein

Ce code appartient à la liste des codes d'entrée dans la CMD 09

Acte CCAM : QEJA001 Évacuation de collection de la glande mammaire, par abord direct ; code que la CCAM considère comme « généralement » réalisé sous anesthésie (code activité 4). Ce code

qui était classant opératoire en V9, n'est pas sur la liste des actes classant 2017, mais Scansanté en donne la fréquence -théoriquement réservée aux seuls actes classants.

L'association N61 + QEJA001 groupe dans un GHM Médical : 09M09

- Diagnostic principal O91.1 Abscès du sein lié à l'accouchement

Ce code appartient à la liste des codes d'entrée dans la CMD14. Là encore l'acte QEJA001 n'est pas classant.

Nous observons avec regret que dans les premiers documents qui nous ont été communiqués relatifs à la réorganisation de la CMD 09, l'acte QEJA001 n'est toujours pas classant opératoire. Cette situation avait pourtant été signalée. Nous demandons qu'à l'occasion de la refonte de la CMD 09, le caractère « non classant » opératoire de l'acte QEJA001 soit réévalué. Pour mémoire, la CCAM le considère comme « généralement » réalisé sous anesthésie (code activité 4).

Pose de stimulateur cardiaque au cours d'un séjour avec réalisation d'un acte « lourd » de cardiologie interventionnelle

L'acte de pose de stimulateur cardiaque étant « classant opératoire », il écrase le groupage de l'acte de cardiologie interventionnelle qui aurait conduit le séjour dans un GHM généralement mieux rémunéré.

Par exemple :

Un patient entre le 29/03 pour traitement d'une fibrillation auriculaire : il bénéficie le 30/03 de l'interruption des circuits arythmogènes : DEPF033, DEPF014 et DENF018. Les suites se compliquent d'une fraction d'éjection < 40% qui nécessite la pose le 06/04 d'un stimulateur cardiaque : DELF005.

Du fait de la réalisation de l'acte DELF005, le séjour groupe dans le GHM 05C141 à 1 533.21€

Si cet acte n'avait pas été réalisé le séjour grouperait en 05K191 à 5 666.93€ soit un delta de 4 133.72€

Ces situations ne sont pas exceptionnelles comme en témoigne le recensement suivant :

	Racine 05C15	Racine 05C14
Nombre total de séjours	40 989	8 484
Nombre d'actes DEPFxxx	641	559
Nombre d'acte DENFxxx	50	11
Nombre d'actes DDAFxxx	361	593

Nous vous remercions de bien vouloir étudier cette situation.

Rendre l'acte HCGA003 classant dans le GHM 03C24 Intervention sur les glandes salivaires

L'acte HCGA003 Ablation de calcul du bassinet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal, n'est pas classant. Or c'est un acte très proche des actes de la liste A-287, qui classent dans la racine GHM 03C24 Intervention sur les glandes salivaires (voie d'abord, durée, ICR ...).

Serait-il possible de le rendre classant dans cette racine ?

C. Les questions formulées en 2016

L'acte DDQF202 : Mesure du flux de réserve coronarienne (FFR) au cours d'une artériographie coronaire

Cet acte a été introduit à la CCAM V41 de novembre 2015 et un GHS majoré a été créé dans la grille tarifaire 2016 pour prendre en compte le surcoût lié à l'utilisation de consommable.

Mais ce GHS majoré n'est déclenché qu'en cas d'association de l'acte DDQF202 avec un acte de coronarographie simple ou un acte de dilatation coronaire avec pose de stent.

Il est indispensable de déclencher également le GHS majoré lorsque la procédure FFR est réalisée à l'occasion d'une dilation sans pose de stent : DDAF001 et DDAF010. Cela serait plus logique, dans la mesure où l'intérêt de la mesure FFR est justement de préciser l'indication du stent, et nous ne comprenons pas la réponse donnée à l'occasion du Comité Technique du 04/10/2017, qui évoque des travaux dont nous n'avons pas eu connaissance.

La destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser

Après de nombreuses années d'attente, l'acte de destruction d'une l'hypertrophie de la prostate par laser (JGNE171) a été enfin introduit à la CCAM, version 42.50. La classification PMSI V2016 affecte les séjours correspondant à la racine de GHM 12C04.

L'utilisation du laser green light suppose celle d'une fibre optique à usage unique majorant de plusieurs centaines d'€ (entre 500 et 800) le coût de réalisation de l'intervention chirurgicale.

Ainsi, s'il paraît logique d'affecter ces séjours à la racine 12C04, il paraît tout aussi indispensable de les valoriser équitablement, soit en créant un GHS spécifique, soit, puisque le titre V de la LPPr a été créé, en y inscrivant ce consommable.

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 04/10/2017 que l'expertise était en cours. Nous vous remercions d'avoir pris note de cette problématique, et nous sommes dans l'attente des résultats.

Les actes d'escarrotomie de décharge

Pourquoi les actes QZPA003 et QZPA007 sont-ils classant en CMD 17 ?

Tous les actes d'escarrotomies QZPA001 à QZPA007 (« escarrotomie de décharge sur x sites », x étant de 1 à 6) sont, très logiquement, classant dans la CMD 22. Parmi eux, les actes QZPA003 (6 sites) et QZPA007 (4 sites) sont classant à la fois en CMD22 et en CMD17.

Quelle en est la raison ?

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 05/10/2016 que l'expertise été réalisée et nous vous en remercions. Nous restons toutefois dans l'attente des raisons de ce classement dans la CMD 17.

L'acte PAMH001 : Cimentoplastie intraosseuse extrarachidienne, par voie transcutanée avec guidage radiologique.

Cet acte n'est pas considéré comme classant par la classification PMSI (pas même « non opératoire »). C'est un acte assez peu fréquent (1 214 occurrences dans la base nationale 2016) codé le plus souvent au cours de séjours d'hospitalisation complète, de DMS très variable, réalisé pour la prise en charge de fractures pathologiques et requérant un plateau technique radiologique qui en fait un acte de radiologie interventionnelle.

Son caractère non classant est regrettable car il induit une charge en soins bien différente de celle des séjours médicaux avec lesquels il est confondu (racine 08M25).

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 05/10/2016 que l'expertise était en cours et lors du comité technique du 04/10/2017, vous avez précisé être en attente des travaux sur l'interventionnel. Pendant ce temps, la fréquence d'utilisation de cette technique présente une croissance très importante, puisqu'en 2017 on en était à 1 503 occurrences enregistrées. Il serait judicieux d'apporter une réponse sans perdre encore plus de temps.

L'acte YYYY082 : « Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose »

C'est un acte appartenant au Chapitre 19 de la CCAM, dit « transitoire », et à ce titre, non classant.

Il est pourtant assez fréquent : (6 874 occurrences en 2016) et sa réalisation sous-entend que c'est au moins le même effort de soins (sinon plus) qui a été déployé, que pour une angioplastie parvenue à son terme.

Une analyse des situations au cours desquelles il est codé devrait permettre de trouver une solution pour que le groupage de ces séjours soit cohérent avec la charge en soins engagée.

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 04/10/2017 que les actes du chapitre 19 de la CCAM ne pouvaient pas être classant, et qu'aucune exception n'était possible. Pourtant cette situation est de plus en plus fréquente et en augmentation (7 072 occurrences en 2017).

Les actes ouvrant droit à la prise en charge en surveillance continue et au supplément SRC

L'acte CCAM HAFA027 « Pelvi glossectomie de langue mobile, par abord cervico-facial » figure sur la liste des actes éligibles à la facturation du supplément SRC.

Mais l'acte CCAM HAFA026 « Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord cervico-facial », pourtant plus lourd (honoraire CCAM plus élevé, DMS associée plus longue) ne figure pas sur cette même liste.

Il est vrai que ce sont des actes relativement rares puisque les bases PMSI en recensent en 2016 :

- HAFA026 : 127 réalisations en secteur public, 48 en secteur privé
- HAFA027 : 229 réalisations en secteur public, 64 en secteur privé.

Ces chiffres sont à peu près stables depuis plusieurs années. Il serait néanmoins opportun de corriger cette anomalie, dans l'attente de la refonte des conditions de financement de la surveillance continue.

Radiofréquence Veineuse – Financement des séjours avec réalisation des Actes EJSF008 et EJSF032 d'occlusion de la grande veine saphène

Nous vous rappelons cette demande qui vous a déjà été adressée à plusieurs reprises.

« L'acte « EJSF901 » a été considéré comme classant et classait dans la racine de GHM 05C17 depuis la version 2014 de la classification.

Les nouveaux actes EJSF008 et EJSF0032 ont subi un sort différent :

L'acte EJSF008 « purement » interventionnel groupe dans la racine « interventionnelle » 05K26 « actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire » (90% des séjours comportant cet acte sont groupés dans les GHM de cette racine).

L'acte EJSF032 qui associe un geste interventionnel et un geste chirurgical « sanglant » groupe très logiquement dans la racine chirurgicale 05C17, comme toutes les autres techniques de chirurgie de varices. (99% des séjours comportant cet acte sont groupés dans les GHM de cette racine).

Impact tarifaire

	Public 2016	Privé 2016
GHM 05C17 1 ou J (tarif unique)	1 310,96 €	609,14 €
GHM 05K26J	1 593,45 €	1 004,26 €
GHM 05K261	1 750,49 €	1 100,30 €

Les GHM d'interventionnel, du fait de la diversité des situations regroupées, sont mieux rémunérés que ceux de chirurgie, plus homogènes médicalement.

Or, cette technique nécessite une sonde à usage unique et l'emploi d'un générateur de radiofréquence qui majore le coût de l'intervention de 200 à 250 € par rapport à une intervention classique. **Et cette particularité n'est pas prise en compte par la tarification actuelle.**

Les données PMSI sont les suivantes

	EJSF008		EJSF032	
	2015	2016	2015	2016
Public	1 439	2694	2 302	3100
Privé	3 173	8317	3 677	4687
Total	4 612	11 011	5 979	7787

Ces chiffres témoignent d'une progression très importante de l'activité de 2015 à 2016, surtout pour l'acte EJSF008.

Le financement de cette technique de traitement des varices a été longtemps source de difficultés, principalement en raison du retard mis par la HAS à donner un avis favorable à sa prise en charge par l'assurance maladie.

Aujourd'hui encore, malgré la reconnaissance dont elle a bénéficié, son intégration dans le système de tarification reste perfectible à notre sens.

D'autre part, la consommation de ressources supplémentaires liées à l'utilisation du dispositif de radiofréquence devrait apparaître dans les coûts constatés par l'ENC, ce qui ne semble pas le cas notamment sur la prise en charge ambulatoire. Le tableau "TICs 2017" transmis par l'ATIH fait apparaître un sous financement des GHM 05C171 (-22,6%), et 05C17J (-2,6%), alors que la technique nécessite une sonde à usage unique et l'emploi d'un générateur de radiofréquence qui majore le coût de l'intervention de 200 à 250 € par rapport à une intervention classique.

Notre demande :

- Procéder à un rapprochement tarifaire entre les GHM 05C17 et GHM 05K26 dont les prises en charge sont in fine proches, seule la technique diffère sans conséquence sur les coûts de prises en charge. »
- A défaut, il est possible d'envisager un GHS Majoré du 05C17 (1 et J) lorsque l'acte EJSF032 est réalisé.

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 04/10/2017 que cette demande était « en attente des résultats des travaux interventionnels ». La création d'un GHS majoré permettrait de résoudre la difficulté sans attendre encore plus, et n'engage pas l'avenir puisqu'il ne sera pas difficile de le supprimer lorsqu'une réponse globale sera apportée.

D. Sujets dont l'expertise était à programmer :

Pour les problématiques suivantes, qui sont anciennes, vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 05/10/2016 que l'expertise était à programmer :

- Bilan (par ex : Bilan Préopératoire au cours duquel une exploration polysomnographique est également réalisée).
- Les séjours pour Infarctus myocardique, avec, Angioplastie, et/ou Stent
- Digestif : occlusion sur brides (K56.5) et hiérarchisation des actes
- Prééminence d'actes "mous" sur des actes osseux.

Nous vous remercions d'avoir pris note de ces problématiques et de les inclure dans votre programme de travail dès que possible.

E. Les questions plus générales

Redondance Acte/Diagnostic

Nous profitons de ce document pour revenir sur cette problématique dont nous vous avons déjà fait part à de multiples reprises.

Dans sa partie sur l'emploi des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (V.2.), le guide méthodologique généralise la règle de ne pas coder en DAS une prise en charge qui serait présente dans les actes CCAM, au motif d'une "redondance". Les codes des catégories concernées, en plus du Z51, sont donc Z43, Z45, Z93, Z95 et Z96.

« Lorsqu'un code des catégories Z43 ou Z45 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z43.- ou Z45.- en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée »

« Lorsqu'un code de la catégorie Z51 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z51.- en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. »

« Lorsqu'un code des catégories Z93, Z95 ou Z96 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z93.-, Z95.- ou Z96.- en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. »

Si nous comprenons que ces ajouts permettent d'apporter une cohérence par rapport aux réponses apportées dans AGORA à ces sujets, il nous semble que cela crée également de l'incompréhension : certains de ces codes étant également des CMA, cela conduit à se demander pourquoi ces codes sont des CMA si on ne peut pas les coder en DAS ?

Par ailleurs, cette généralisation nous pose problème pour la valorisation des séjours. Lors d'un séjour avec une prise en charge multiple, si la présence de l'acte CCAM implique de ne pas coder le code CIM correspondant, comment avoir accès au niveau de sévérité ? Par exemple, les établissements doivent pouvoir être rémunérés lors de la pose d'une chambre implantable (CIP), ou lors de la réalisation de chimiothérapie au cours d'une autre prise en charge. Dans l'attente des travaux sur les actes CMA, il nous apparaît important de permettre le codage des actes et des diagnostics.

Enfin, au niveau descriptif, à notre sens, il s'agit plus de cohérence que de redondance

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 04/10/2017 que l'expertise était en cours. Nous vous remercions d'avoir pris note de cette problématique, et nous sommes dans l'attente des résultats.

Les listes de CMA

En complément des travaux en cours à l'ATIH sur la révision de ces listes, la FHP MCO souhaite :

- **Une plus grande transparence de la méthode d'élaboration des listes d'exclusion (DAS / DP) et une meilleure lisibilité de l'information sur ce sujet dans le manuel de groupage.**

Nous vous remercions vivement de la création de l'observatoire et restons dans l'attente de sa mise en œuvre.

- **Remettre à l'ordre du jour la question du code acte CCAM ayant un pouvoir de CMA.**

Sur ce dernier point, il serait utile de disposer d'une analyse de l'effet case mix des GHM multi interventionnels, pour la raison suivante :

On peut comprendre que pour des situations chirurgicales générant très fréquemment deux, voire plus, interventions au cours d'un même séjour, le tarif du GHS soit réputé couvrir l'ensemble de la prise en charge quel que soit le nombre de passages au bloc opératoire.

Encore faut-il s'assurer qu'il en est de même dans tous les établissements et qu'il n'existe pas des situations défavorisant certains établissements, liées à un effet case mix.

Nous vous serions obligés de procéder à cette analyse et de nous faire part des résultats.

A titre d'exemple, cette prise en charge multiple au cours d'un même séjour pour vasculaires lourd :

DEUX Angioplasties des membres inf n'ayant finalement pas pu empêcher l'amputation. L'acte d'amputation (opératoire chir) emporte le groupage final : 05C13* (amputation d'orteils) qui est bien moins tarifé (coûteux donc) que le GHM 05K06* d'Endoprothèses hors infarctus

- **Ré-examiner le pouvoir CMA des codes en « _9 »**

Par exemple en cas de pneumopathie il est fréquent de ne pas pouvoir identifier le germe. Pourtant la prise en charge n'en est pas moins lourde.

Or, le code J15.9 groupe en niveau 2, alors que le code J15.8 groupe en niveau 3.

Cette question suppose aussi de redéfinir le codage des « suspicions de maladie »

Questions portant sur les consignes de codage et le guide méthodologique

19

Règles de codage du DP en réa : Si on code toujours la défaillance en DP, le case mix de la réanimation ne comporte plus qu'un seul ou deux GHM.

De plus, si on code en DP la pathologie motivant le séjour et la défaillance en DAS, on a plus de chance d'être dans un niveau de sévérité plus élevé, ce qui n'est pas le cas dans le cas contraire.

L'échange Agora n° # 128523 illustre cette problématique. La réponse nous laissait espérer une version 2017 du guide intégrant cette correction, ce qui ne fut pas le cas.

Nous vous rappelons notre mail du 08/11/2017 dans lequel nous vous donnions des exemples précis de situations ayant donné lieu à divergence, lors de contrôles.