



Jeudi 29 Novembre 2018

BIENVENUE!

10h00 à 16h30

ORDRE DU JOUR

Matinée

Matinée : 10h00 à 13h00

➤ **Point d'étape sur le modèle de financement SSR**

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

➤ **La Réforme du financement HAD**

En présence de Nicolas NOIRIEL, Délégué National - FNEHAD

➤ **Table Ronde « Codage automatique, apports du machine learning pour le codage »**

En présence des Drs Caroline VANGHELUWE et Jadwiga KOHLER, médecins DIM Régional – Groupe Elsan et Dr Stéphanie GATHION, médecin DIM - Responsable de production (MCO-SSR-PSY-HAD) – Groupe Ramsay Générale de Santé

13h00 - 14h00 : Déjeuner

ORDRE DU JOUR

Après-midi

Matinée : 14h00 à 16h30

➤ **Quelle Réforme du Financement ?**

En présence de Sandrine BILLET et Didier GUIDONI membres de la TASK FORCE

➤ **Point d'actualité sur les campagnes tarifaires 2018 et 2019 :**

Réforme du financement des transports, RIHN, Coefficient prudentiel, Evolutions envisagées pour la campagne tarifaire 2019: PLFSS 2019, Classification v2019, recueil PMSI, ...

Équipe de la FHP-MCO : Thierry BECHU – Délégué Général, Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil, et Laure DUBOIS – Economiste

ACTUALITÉS SUR LE MODÈLE DE FINANCEMENT SSR

Intervention d'Eric NOEL

Délégué Général de la FHP-SSR

La parole est à vous

LA RÉFORME DU FINANCEMENT HAD

Intervention de Nicolas NOIRIEL

Délégué National - FNEHAD

La parole est à vous

Table Ronde
« Codage automatique,
apports du machine learning pour le codage »

Intervention de

*Dr Caroline VANGHELUWE et Dr Jadwiga KOHLER,
médecins DIM Régional – Groupe ELSAN*

&

*Dr Stéphanie GATHION,
Médecin DIM - Responsable de production (MCO-SSR-PSY-
HAD) – Groupe Ramsay Générale de Santé*

La parole est à vous

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



DÉJEUNER

Quelle Réforme du Financement ?

Intervention de Sandrine BILLET et Didier GUIDONI

membres de la TASK FORCE

La parole est à vous

**POINT D'ACTUALITÉ SUR LES CAMPAGNES TARIFAIRES
2018 ET 2019**

Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2018 et 2019

**Thierry BECHU – Délégué Général FHP-MCO,
Dr Michèle BRAMI – Médecin Conseil FHP-MCO,
Laure DUBOIS – Economiste FHP-MCO**

Campagne Tarifaire 2018 et 2019

➤ **La Campagne Tarifaire 2018:**

- Le Coefficient Prudentiel 2018: dégel ?
- Intégration des transports dans les tarifs

➤ **La Campagne Tarifaire 2019:**

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil,
- PLFSS 2019 et campagne tarifaire 2019
- Les 15 Propositions FHP-MCO

➤ **Point de situation :** IFAQ, RIHN, la réforme des autorisations, codage de l'indication, les contrôles T2A

Coefficient Prudentiel 2018

- Les Mises en Réserve prudentielles 2018 sur l'ONDAM ES s'élève à + 415M€ :
 - **302M€ au titre du coefficient prudentiel MCO**
 - 88M€ au titre des mises en réserve sur la DAF dont :
 - 59M€ sur la DAF PSY et 29M€ sur la DAF SSR ;
 - 25M€ au titre de la dotation prudentielle OQN et du coefficient prudentiel DMA SSR, soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,7% .
- Rappel valeur du Coefficient prudentiel MCO:
 - à 0,35 % des tarifs 2013, 2014, 2015
 - puis à 0,50 % en 2016
 - et 0,70 % en 2017 et 2018.

- Dégel Coefficient prudentiel ?
 - Fait générateur de la décision de dégel : Avis du comité d'alerte sur les prévisions d'exécution de l'ONDAM de l'année N.
 - Si pas de risque de dépassement de l'ONDAM, la question d'un dégel de tout ou partie des crédits mis en réserve via le coefficient prudentiel MCO et la dotation prudentielle OQN est posée et soumise à l'arbitrage politique.
 - ⇒ Le comité d'alerte a pris position le 15 octobre. (cf.diapo suivante)
 - 2ème Etape : l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée afin de recueillir l'avis des fédérations
 - ⇒ Réunion du 7 Novembre 2018 avec à l'ODJ « Consultation de l'observatoire conformément aux articles R.162-33-8, R. 162-31-11 et R. 162-34-7 du CSS sur le montant des crédits pouvant être versés aux établissements » (cf.diapo suivante)
 - Décision politique de dégel ou non

- Le comité d'alerte a pris position le 15 octobre :

Extraits :

« Pour faire face à ce risque, le PLFSS pour 2019 prévoit, dans sa partie rectificative, l'annulation de crédits mis en réserve à due concurrence des risques de dépassement aujourd'hui identifiés. Elle porte sur des crédits destinés aux établissements de santé (200 M€), aux établissements médico-sociaux (200 M€), au FIR (45 M€) et aux opérateurs (10 M€). Ces annulations sont nettement supérieures à celles réalisées en 2017 pour garantir le respect de l'ONDAM, en raison du dépassement important des dépenses de soins de ville. »

.../...

« Le Comité d'alerte estime que cette prévision est réaliste, tout en considérant prudent de maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers (crédits mis en réserve au titre du coefficient prudentiel ou crédits non encore délégués) pour faire face à un éventuel dérapage en fin d'année.

- Retour sur la réunion de l'Observatoire Economique du 7 novembre 2018

1^{er} point : fait suite à une question FHP-MCO de compréhension concernant la réalité du montant du coefficient prudentiel au regard de la phrase suivante qui figurait sur un slide : « *Point d'attention : sur ce total de 415M€ de mises en réserve, 200 M€ de crédits sont proposés pour prélèvement en partie rectificative 2018 du PLFSS pour 2019 afin de couvrir une partie du dépassement de l'ONDAM 2018 estimée au global à 455 M€ lors de la dernière CCSS. »*

Réponse orale de la DGOS : cette phrase est une erreur.... Surprise ... mais bonne surprise... sachant qu'une phrase similaire avait été écrite l'an dernier et avait été confirmée « *A noter que le PLFSS 2018 prévoit que les mises en réserves de l'ONDAM établissements de santé sont mobilisées à hauteur de 65 M€ pour contribuer à la couverture de ce dépassement de l'ONDAM global. »*

A noter que dans la version PPT adressée à la suite de la réunion, la phrase a effectivement disparu ! **et 200 millions de retour dans les réserves prudentielles (contrairement à l'an dernier) permettant d'avoir la cible de 415 millions d'euros.**

Le 2^{ème} point est l'annonce d'une **sous-exécution de -105 millions d'euros de l'ONDAM Hospitalier.....**

A la question « avant ou après dégel ? », Réponse de la DGOS : c'est si on dégele 100%, soit 415 millions !

Dit autrement, même en nous rendant 415 millions, l'ONDAM Hospitalier sera sous-exécuté de -105 millions d'euros.

Le 3^{ème} point porte sur la question des volumes prévisionnels à venir... l'historique se répète et la bataille va être difficile... volume tendanciel annoncé à 1,8% en MCO, 3,4% en SSR, et 3,5% en Psy ! On nous promet des réunions explicatives....

Intégration des transports dans les tarifs au 1er octobre 2018

Réforme Financement des Transports :

- ⊙ **La réforme du financement des transports, dite de l'article 80 de la LFSS 2017:**
 - Entrée en vigueur au 1er octobre 2018.
 - confie aux seuls ES la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement.
- ⊙ **Principe général simple:**
 - tout transport d'un patient déjà hospitalisé n'est plus facturable à l'Assurance maladie
 - mais pris en charge par l'établissement prescripteur,
 - ⇒ **Mais la mise en œuvre s'avère complexe.**
- ⊙ **Pour le MCO:**
 - En partie intégration dans les GHS
 - Création de 2 nouveaux suppléments sont créés (article 7 de l'[arrêté « forfaits » consolidé au 01 octobre 2018](#)) :

○ Facturation de suppléments en sus de GHS

- Création de 2 suppléments au séjour concernant les transports de patients hospitalisés lors d'un transfert entre deux établissements de santé :
 - Le supplément « **transport définitif** » (TDE) facturable par l'ES depuis lequel le patient est transféré, en sus d'un GHS ou d'un forfait D, dans le cadre d'un transfert entre 2 ES d'une durée > à 2 jours
 - Le supplément « **transport séance** » (TSE), dans le cadre d'un transfert entre 2 ES d'une durée < à 2 jours :
 - ✓ ce forfait est facturable par l'ES prestataire, en sus d'un GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie ;
 - ✓ ce forfait est facturable par l'ES prestataire, en sus d'un forfait D, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une dialyse en UDM, à domicile ou en autodialyse
 - ✓ ce forfait est facturable par l'ES demandeur, en sus d'un GHS, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une dialyse en UDM, à domicile ou en autodialyse (forfait D).

⇒ Ces suppléments sont **applicables à partir du 1er octobre 2018.**

⊙ Documents utiles :

- [une page](#) du site du ministère est dédiée à cette réforme des transports:
 - Note d'information
 - Outil excel
 - FAQ
 - PPT,
- Tableaux FHP-MCO

Lecture du tableau :

« Cas de figure » : fait référence aux numéros des cas de figure dans l'Annexe n°1 de la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19/03/2018

- Les transferts se font de l'Établissement de Santé (ES) A vers l'ES B (ou autre structure)
- Sauf indication contraire, l'ES A est un établissement MCO
- Les ES A et B sont des entités géographiques distinctes mais peuvent être ou non de la même entité juridique sans que cela ne modifie la règle de facturation des transports.
- Le supplément, TSE ou TDE, lorsqu'il est prévu, est facturable par l'établissement payant le transporteur. Le supplément TSE couvre le transport Aller et Retour.

Intégration des transports dans les tarifs

Cas de figure	Situation	Etablissement prescripteur	Etablissement Accueillant	Paieement du transporteur par	Facturation supplément (TSE TDE)
	Transport « définitif » (+48 h) vers un autre ES (ES B)				
1.1 et 2.2	Depuis un service d'hospitalisation y compris une UHCD (ES A)	A	B	A	TDE
2.2	Depuis un service d'urgence (hors UHCD) (ES A)	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
	Transport provisoire (-48 h) pour une séance (ES B)				
1.6	Pour séance de chimiothérapie (ES B)	B	B	B	TSE
	Pour séance de radiothérapie (ES B)				
1.4	Radiothérapie dans une structure libérale	Hors art 80 - paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
1.6	Radiothérapie dans un établissement de santé	B	B	B	TSE
	Pour séance de dialyse (ES B)				
1.6	En centre	B	B	B	TSE
1.5	Hors centre	A	B	A	TSE ①
1.5	Hors centre et l'ES A relève du champ SSR/PSY (PIA)	B	B	B	TSE
	Pour séance de caisson hyperbare (ES B)	A	B	A	Non

Intégration des transports dans les tarifs

Cas de figure	Situation	Etablissement prescripteur	Etablissement Accueillant	Paiement du transporteur par	Facturation supplément (TSE TDE)
	Transport provisoire (-48h) vers une autre structure (ES B)				
1.4	Vers une structure libérale ou centre de santé (B)	A	B	A	NON
1.2	Vers un ES de même champ d'activité (ES B MCO ⇒ PIE)	A	B	A	NON
1.7	Vers un ES d'un autre champ d'activité (ES B SSR ou PSY ⇒ PIA Séjour)	B	B	B	NON
1.7	Depuis un ES SSR ou PSY (ES A) vers un ES MCO (ES B) ⇒ PIA Séjour	B	B	B	NON
1.8	Depuis un ES SSR ou PSY (ES A) vers un ES MCO (ES B) ⇒ PIA Externe	A	B	A	NON
	Transport inter établissement avec recours à un bateau / avion : Cas des transports terrestres en amont ou en aval				
2.1	Transport de patient médicalisé par un SMUR	Hors Art 80 – Dotation MIG			
2.1	Transport de patient médicalisé, hors SMUR, régulé par le « SAMU – centre 15 »	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
2.1	NON médicalisé, régulé par le « SAMU – centre 15 »	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
2.1	NON médicalisé, NON régulé par le « SAMU – centre 15 »	A	B	A	TDE
1.3	Permission de sortie à visée thérapeutique ou liée à une organisation propre à l'ES : Transport provisoire vers le domicile ou EHPAD (B)	A	Domicile	A	NON
	Permission de sortie à la demande du patient, sans fondement médical	A	Domicile	Patient	NON

Intégration des transports dans les tarifs

Cas de figure	Situation	Etablissement prescripteur	Etablissement Accueillant	Paiement du transporteur par	Facturation supplément (TSE TDE)
	Transport provisoire (-48h) prescrit par une structure d'hospitalisation à domicile (ES A)				
2.7	Pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie (en ES) ou de dialyse en centre	B	B	B	TSE
2.7	Pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre	A	B	Assurance Maladie	NON
	Autres situations sans changement				
2.3	Transport sanitaire entre deux établissements effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente	Hors Art 80 – si SAMU paiement par l'Assurance Maladie, si SMUR par MIG			
2.5	Transport depuis ou vers un EHPAD (hors permission de sortie)	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
2.6	Transport depuis ou vers une USLD	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
	Transport d'un patient non hospitalisé vers un ES pour admission en hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - Depuis le domicile - Depuis un autre ES (ACE, SE, FFM, ATU ...) puis transfert vers un autre ES pour une hospitalisation 	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			
	Retour à domicile d'un patient hospitalisé	Hors Art 80 – paiement transporteur par l'Assurance Maladie			

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 :

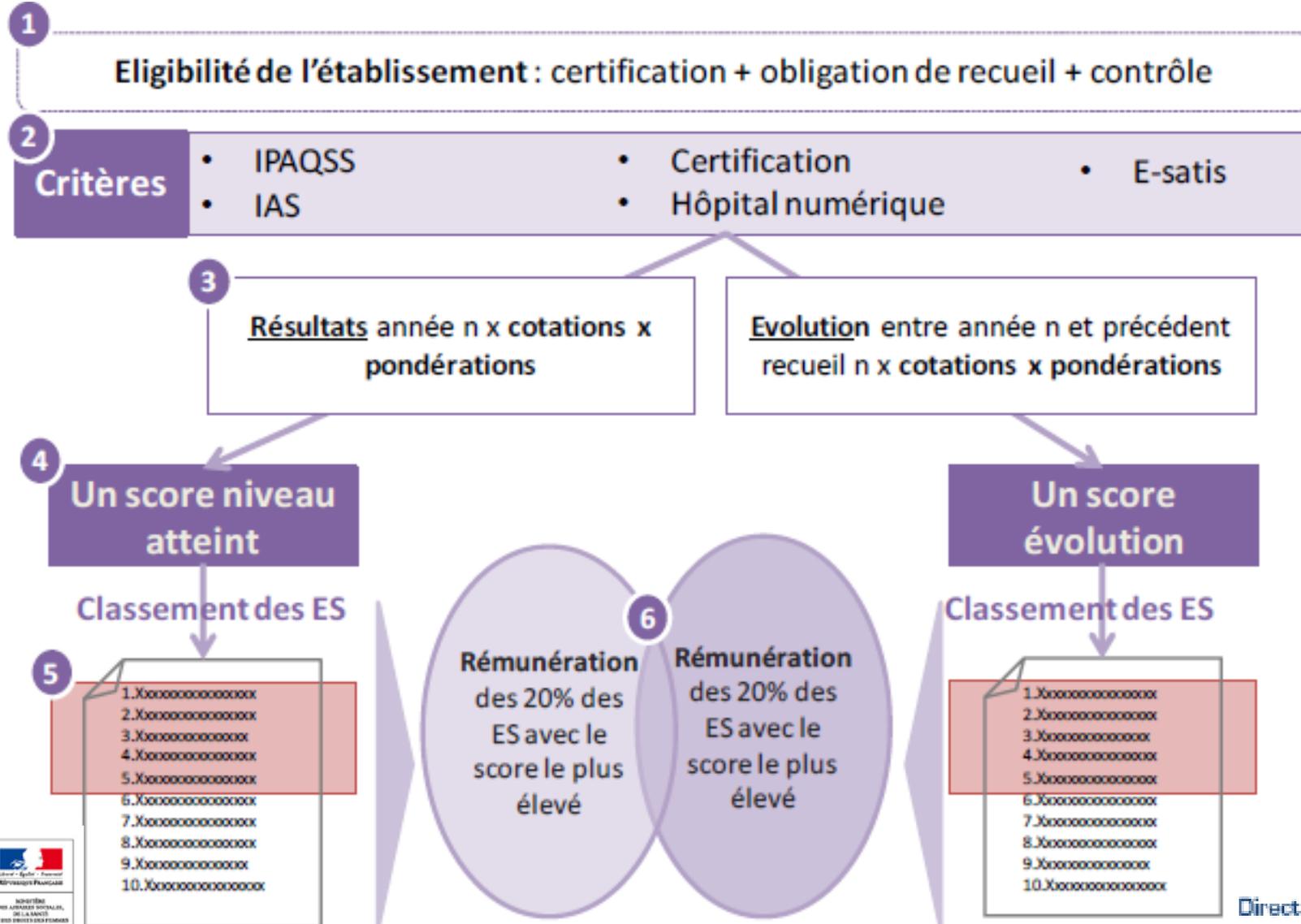
Modalité et circuit de facturation identiques pour toutes les modalités de séance en dialyse sur la base de l'existant pour le centre.

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.

IFAQ 2018

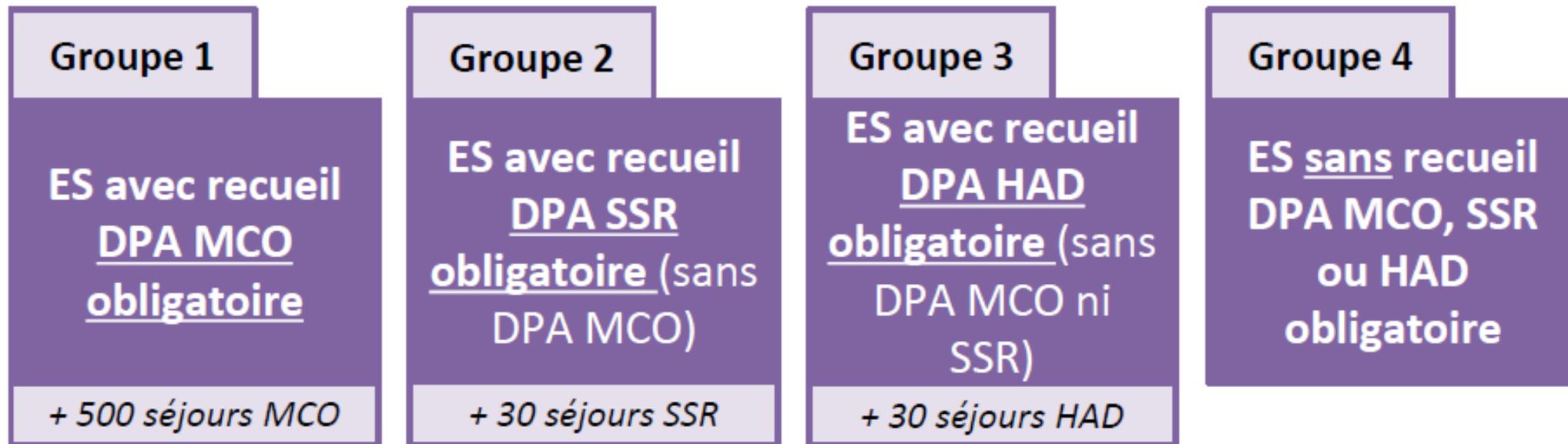


Modèle 2016 - 2018

- Principe :
 1. Transforme les résultats des indicateurs en nombre de points
 2. Agrège les résultats pour obtenir un « score établissement »
 3. Convertit ces points en paiement

Rappel 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 :



⇒ 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.

Les Principes de la Valorisation:

- ⊙ **Exclusion du financement** : Critères d'éligibilité liés
 - Au niveau de la certification
 - A l'obligation de recueil
 - Au contrôle qualité
- ⊙ Le montant de la rémunération est fonction du score établissement:
 - Classement en fonction du score agrégé (performance relative)
 - Nbre restreint d'établissement pouvant bénéficier d'un financement: Sélection des 20% meilleurs
- ⊙ La rémunération est encadrée : existence d'un plancher (3% de la valo éco de l'activité de l'ES, 15K€) et d'un plafond (500K€)
- ⊙ La rémunération est un pourcentage du budget Assurance Maladie (« Base MCO » hors MIG/MO/DM) avec 3 tranches de rémunération :
 - 1er tiers des rémunérés : entre 0,3 % et 0,6 %
 - 2ème tiers des rémunérés : entre 0,2 % et 0,5 %
 - 3ème tiers des rémunérés : entre 0,1 % et 0,4 %

- L'arrêté du 28 février 2018 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
 - l'arrêté « unique » publié le 04/03/2018

- Il fixe la liste des indicateurs obligatoires par champs d'activité (MCO, HAD, SRR, PSY, SLD), et en distinguant pour le MCO, l'HAD et le SSR, si ces indicateurs sont obligatoires pour la diffusion publique et/ou pour le calcul de la dotation complémentaire IFAQ.

4 mars 2018 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 18 sur 104

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 28 février 2018 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

NOR : SSAH18058444

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1, L. 6161-2-2 et D. 6111-23 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 161-37, L. 162-23-15 et R. 162-36,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La liste des indicateurs obligatoires mentionnée à l'article R. 162-36 du code de la sécurité sociale, identifiant ceux dont les résultats doivent être mis à disposition du public en application des articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du code de la santé publique, et ceux retenus pour le calcul du montant de la dotation complémentaire prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, figure en annexe 1 du présent arrêté.

Les établissements de santé recueillent les données nécessaires au calcul des indicateurs susmentionnés, *via* les outils informatiques mis à leur disposition par la Haute Autorité de santé et le ministère chargé de la santé.

Art. 2. – Les résultats des indicateurs mis à la disposition du public sont publiés chaque année sur le site internet d'information des usagers sur la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements de santé, Scope Santé (www.scopesante.fr). La liste de ces indicateurs figure en annexe 2.

Dans un délai de deux mois à compter de la date de publication, l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant.

Art. 3. – I. – Les résultats des indicateurs, que chaque établissement de santé met à la disposition du public, sont récapitulés dans sa fiche de publication disponible sur Scope Santé.

Lorsque l'établissement de santé choisit d'utiliser un autre support que la fiche mentionnée à l'alinéa précédent, le support de diffusion qu'il utilise reprend les informations dans leur intégralité, et de manière claire et compréhensible pour les usagers et leurs représentants. Ces résultats sont distingués d'autres types d'information.

II. – Dès l'entrée dans l'établissement de santé, les usagers peuvent prendre connaissance des résultats des indicateurs mentionnés à l'article 2. Ils sont diffusés *a minima* par :

1^o Un affichage dans les principaux lieux de passage, notamment dans les lieux d'accueil ;
2^o L'insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil ou la remise au patient d'un document dédié ;
3^o La mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé, s'il dispose d'un site.

Art. 4. – L'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 est abrogé.

Art. 5. – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 février 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
C. COURBÈGES*

IFAQ 2018:

Les Indicateurs

THÈME	Indicateurs
DPA MCO	QLS - Qualité Lettre de sortie
	DTN - Dépistage des troubles nutritionnels
DAN	DAN - TDA - Tenue du Dossier anesthésique
	DAN - TRD - Traçabilité de la douleur
IAS (TBIN)	ICSHA.3
	ICATB.2
	ICALIN.2
	ICA-LISO
e-Satis	e-Satis +48h MCO
	e-Satis CA
RCP	RCP2 - Revue de concertation pluridisciplinaire
AVC	ENV
	EPR 1 - Evaluation par un professionnel de la rééducation
	AVC-TDP - Tenue du dossier patient
	PCA
PP-HPP	DEL 1 - Prévention de l'hémorragie de la délivrance après accouchement
	SURMIN - Surveillance clinique min en salle de naissance après un accouchement
	PECI HPPI - PEC initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat

IFAQ 2018 : Les Indicateurs

THÈME	Indicateurs
DIA	ASE
	NUT
	SPH - Suivi des patients hémodialysés (agrégation de 4 indicateurs)
	AAT
DPA HAD	DTN HAD
	TRE HAD
	COORD HAD
DPA SSR	DOC - Délai d'envoi des courriers à 0j
	DTN - Dépistage des troubles nutritionnels
Chirurgie Ambulatoire	CA ELIG
	CA DLR
	CA EPSS
Sécurité du PAX	ETE - ORTHO
Certification	Certification
Hôpital numérique	P1 / Identités - mouvement
	P2 / Fiabilité, disponibilité
	P3/ Confidentialité
	D2/DPII (Dpa informatisé et interopérable) et communication extérieure
	D3/Prescription électronique alimentant le plan de soins

IFAQ 2018 – Les Pondérations

On s'oriente vers les pondérations suivantes (nouveaux indicateurs et modifications proposées) :

THÈME	Indicateurs	Pondération
DPA MCO	QLS - Qualité Lettre de liaison à la sortie	1
	DTN 2 - Dépistage des troubles nutritionnels	2
DAN	DAN - TDA - Tenue du Dossier anesthésique	2
	DAN - TRD - Traçabilité de la douleur	1
IAS (TBIN)	ICSHA.3	0,5
e-Satis	e-Satis +48h MCO	2
	e-Satis CA	0,5
DPA HAD	COORD HAD - Coordination de la prise en charge en HAD	0,5
DPA SSR	DOC - Document de sortie	1
	DTN 2- Dépistage des troubles nutritionnels	2
Chirurgie Ambulatoire	CA ELIG - Evaluation de l'éligibilité à l'admission	0,5
	CA DLR - Anticipation de la prise en charge de la douleur	0,5
	CA EPSS - Evaluation du patient pour la sortie de la structure	0,5

Attente de l'arrêté

IFAQ 2018 : Les Cotations

- Cotation de l'évolution pour les thèmes IAS, e-satis +48h MCO :
 - Proposition: abandon de la matrice avec les classes pour passer à l'utilisation des flèches

Niveau atteint lors du précédent recueil	Niveau atteint lors du recueil 2017	Points 2017
A	A	6
A	B	2,5
A	C,D	0
B	A	7,5
B	B	5
B	C,D	2,5
C,D,E	A	10
C,D,E	B	7,5
C,D,E	C,D	5
A,B,C,D,E, NR	NA	NA
A,B,C,D,E	E	-30
NR,NA	A,B,C,D,E	NA



Evolution entre le précédent recueil et le recueil année N	Points
Positive (\nearrow)	10
Stable en A (\rightarrow)	8
Stable (\rightarrow)	5
Négative (\searrow)	0
NA	NA

Attente de l'arrêté

IFAQ 2018 : Les Cotations

- ⊙ Introduction de Malus au score global IFAQ :
 - **Pour le thème IAS :**
 - pour les ES en E à l'un des indicateurs IAS:
 - Malus de – 3 points
 - Aux scores Niveau Atteint et Evolution
 - Rappel en 2017: malus de -30 à la cotation de l'indicateur si E
 - **Pour le thème ETE- ORTHO:** Nouvel indicateur
 - Cotation sous forme de malus pour les ES ayant un ratio $> +3DS$,
 - L'objectif est de limiter la rémunération/classement des ES en alerte
 - Si un résultat est $>$ à $+3DS$ à ETE-ORTHO : malus de -1 point aux scores globaux IFAQ niveau atteint et évolution

Attente de l'arrêté

IFAQ 2019

- Le modèle 2019 est issu des travaux de la Task Force:
 - Changement de Modèle
 - Changement de pilotage total du groupe IFAQ.

Indicateurs pris en compte en 2019 :

Indicateurs	Champ concerné	Commentaire/source	1ère année de recueil pour le MCO/SSR/HAD
Certification	MCO - SSR - HAD	Dernière décision applicable, modalité de prise en compte à définir	-
Qualité Lettre de liaison	MCO - SSR	Source HAS	MCO 2017 / SSR 2017-2019
Qualité Lettre de liaison chirurgie ambulatoire	MCO	Source HAS	MCO 2018
e-Satis +48h MCO	MCO	Source HAS	MCO 2016
e-Satis CA	MCO	Source HAS	MCO 2018
D3.1 taux de séjour disposant de prescription de médicament informatisé	MCO - SSR - HAD	Source Osis (HN)	MCO 2012 / SSR 2012
IP DMS	MCO	Indice de performance de la durée moyenne de séjour	-
Prise en charge de la douleur	MCO - SSR	Source HAS	MCO 2019 / SSR 2019
Taux d'absentéisme	MCO	Source DADS	-
ICSHA.3	MCO - SSR - HAD	Source HAS	MCO 2018 / SSR 2018 / HAD 2018
Projet de soin projet de vie	SSR	Source HAS	SSR 2018
Tenue du dossier patient 2	HAD	Source HAS	HAD 2018
Suivi du poids	HAD	Source HAS	HAD 2014
Traçabilité du risque d'escarre	HAD	Source HAS	HAD 2014
Coordination en HAD	HAD	Source HAS	HAD 2018

○ Indicateurs (suite) :



Annonce par la TASK FORCE :

Modification dans le recueil des indicateurs :

- **Recueil annuel** des indicateurs (les indicateurs du dossier patients sont recueillis à nouveau en 2019)
- Recueil au niveau géographique

3° Evolution et comparaison des modèles

Paramètre	IFAQ 2012-2018	IFAQ 2019 et années suivantes
Modèle de financement : Incitation / sanction	<p>Modèle incitatif sans sanction financière</p> <p>Le volet coercitif est créé en même temps que la généralisation IFAQ : il s'agit du CAPES</p>	<p>Système de Bonus / Malus – tous les indicateurs ne sont pas concernés par un système de malus.</p> <p>Un malus sur un indicateur peut être compensé par un bonus sur un autre indicateur.</p> <p>Marge d'appréciation du DG ARS de déclencher ou pas le malus.</p> <p>L'opportunité du maintien du CAPES est posé.</p>
Prise en compte de l'excellence et de l'effort	Excellence + Effort	Excellence + Effort
Système de rémunération	Rémunération sur un score global.	Rémunération à l'indicateur avec une rémunération sur le niveau atteint et une sur l'évolution.
Score global ou par indicateurs / un score pour l'évolution et un score pour le niveau atteint	Le décret permet les 2 scénarios pour 2016-2017 et 2018 : 2 scores (excellence/effort)	Pas de rémunération sur un score global.

3° Evolution et comparaison des modèles (suite 1)

<p>Prise en compte de la patientèle ou du case mix</p>	<p>Une possibilité de correction du score en fonction du case mix ou de la patientèle a été discuté mais écarté du décret finalement publié.</p> <p>Identification de différents groupes en fonction du « DPA Obligatoire »</p>	<p>Mise en place de 10 à 15 catégories d'établissements de santé prenant en compte les paramètres de taille et gamme.</p> <p>Le seuil de déclenchement du financement qualité sera différent d'un groupe à l'autre.</p>
<p>Méthode de comparaison des établissements de santé</p>	<p>2 groupes en 2016, 4 depuis 2017 selon l'obligation de recueil aux indicateurs (DPA)</p>	<p>10 à 15 groupes d'établissements de santé en fonction de la taille et la gamme.</p>
<p>Pondération des indicateurs</p>	<p>Les indicateurs n'ont pas tous le même poids dans le modèle qui aboutit à un score global.</p>	<p>Plus de pondération des indicateurs car rémunération à l'indicateur et non sur un score global.</p>

3° Evolution et comparaison des modèles (suite 2)

Prise en compte des indicateurs Utilisation des résultats qualitatifs (classes A, B, C, ...) ou quantitatifs	La classe est prise en compte.	Le score est pris en compte, et non la classe
Indicateurs à prendre en compte.	Les plus d'indicateurs possibles	Maximum 10 indicateurs par activité MCO, SSR, HAD et PSY. Indicateurs de résultats à développer (PROM - Patient Reported Outcome, PREMs Patient-Reported Experience Measures)
Nombre d'établissements rémunérés	30% des établissements rémunérés	60% à 90% des établissements rémunérés

RIHN : point de situation

Un Principe retenu

- « Le Prescripteur est financé par la MERRI » et « l'Effecteur adresse une facture au Prescripteur »

Cette instruction clarifie les circuits de financement et de facturation **mais elle ne règle pas l'ensemble des problématiques, et, en particulier, 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.

Cependant, et dans l'attente de régler la question du dimensionnement de l'enveloppe limitative, cette instruction rappelle aussi un point important :

« Conformément aux dispositions de l'article R. 162-17 du code de la sécurité sociale (CSS), en cas de transmission d'échantillons biologiques entre deux laboratoires, le laboratoire effecteur transmet au laboratoire prescripteur le tarif de chacun des examens effectués.

Ces tarifs sont fixés sur la base des valorisations indicatives des listes publiées sur le site du ministère chargé de la santé, en tenant compte des phases de l'analyse réalisées dans le laboratoire effecteur (pré-analytique, analytique et/ou post-analytique). »

Le dispositif transitoire

La délégation en 2018 au titre de l'activité 2017

La délégation de la dotation 2018 au titre de l'activité assurée en 2017 sera établie à l'aide des données d'activité remontées via le logiciel FICHSUP en début d'année 2018, après les contrôles de cohérence.

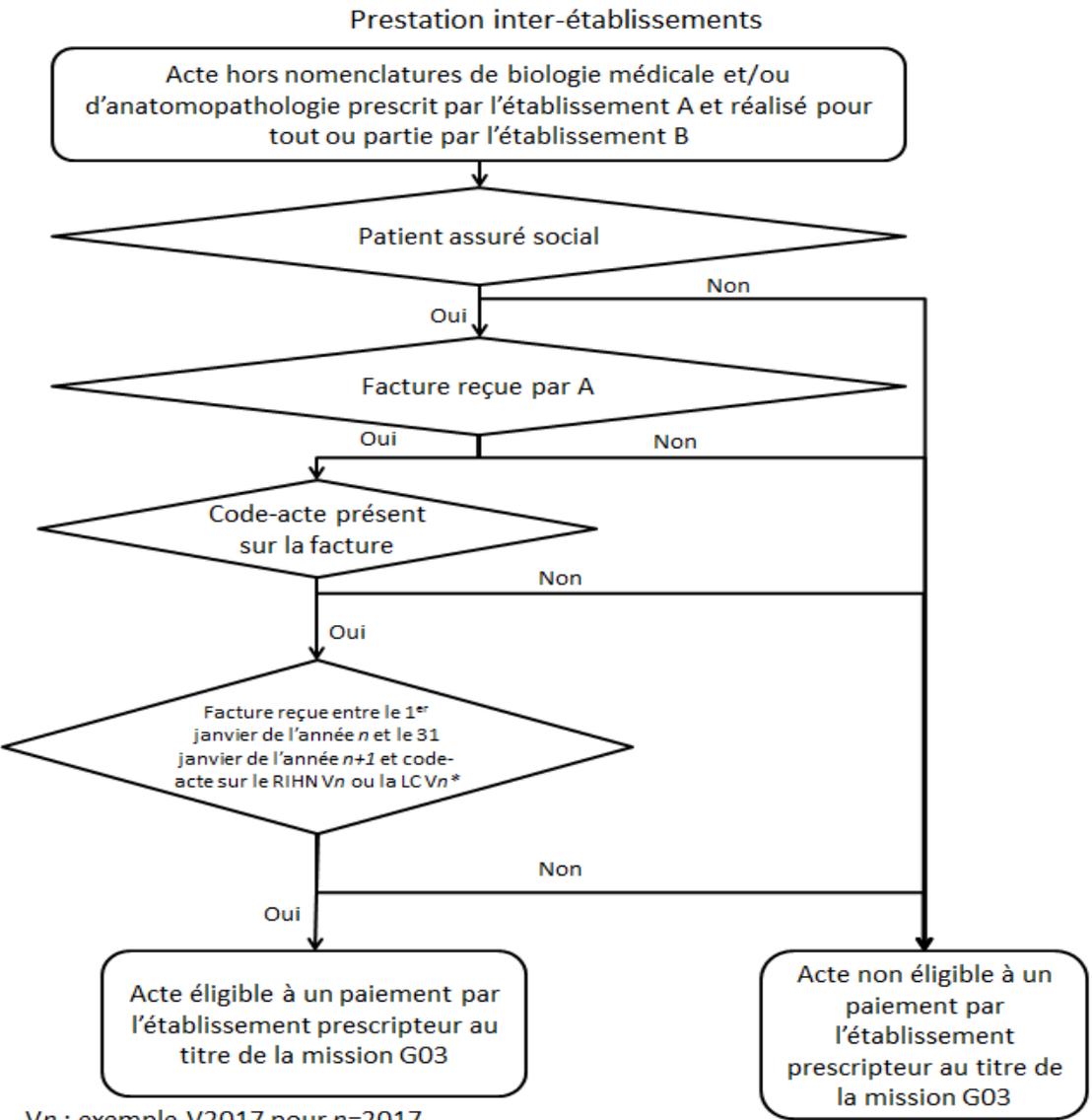
Les calculs de répartition de cette dotation prendront en compte les données du tableau G51 de FICHSUP avec, pour la partie de la dotation déléguée à l'activité, une délégation aux établissements de santé effecteurs.

La délégation en 2019 au titre de l'activité 2018 et les délégations à partir de 2020

La délégation de la dotation 2019 au titre de l'activité assurée en 2018 sera établie à l'aide des données d'activité remontées via le nouveau logiciel dédié, après les contrôles de cohérence ?

Les calculs de répartition de cette dotation prendront en compte l'ensemble des données remontées à l'aide de ce nouveau logiciel afin d'appliquer effectivement la règle du prescripteur – délégation de la dotation au prescripteur et facturation par l'effecteur.

Les délégations à partir de 2020 suivront le même schéma que la dotation 2019. Dans ce nouveau schéma, l'intégralité du reste à charge, le cas échéant, repose sur l'établissement de santé prescripteur.



Vn : exemple V2017 pour n=2017

« Annexe IV : Innovation, recherche et référence (2^{ième} Circulaire Budgétaire) Financement de l'innovation

*La dotation totale de la MERRI relative aux actes hors nomenclatures (G03) s'élève cette année à 380,10 M€. 25 % de cette dotation ont été délégués dans le cadre de la circulaire N°DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé. Dans le cadre de la présente circulaire, les 75 % restants, soit **284,21 M€**, sont délégués aux établissements de santé.*

Cette année, l'ensemble de la dotation est déléguée selon une nouvelle règle de financement : celle du financement au prescripteur et non plus celle du financement à l'effecteur. Cette nouvelle règle a pour conséquence que, pour la première fois, l'ensemble de la dotation est déléguée à l'activité et non plus en majeure partie à l'historique. »

Pour mémoire, nous rappelons que nous avons été informés de la délégation effective de **la dotation au titre de la MIG « Actes HN » ou « RIHN » suivant un taux de couverture de 53.5%, égal, pour le RIHN (ou liste principale) et pour la Liste Complémentaire** (en référence aux tarifs publiés sur le site du Ministère qui demeurent des tarifs indicatifs non opposables.) Dans le cadre de la répartition de l'enveloppe MERRI G03 relative aux actes de biologie médicale et d'anatomopathologie hors nomenclatures et à la suite de la fenêtre de déclaration ad hoc qui a été ouverte aux établissements prescripteurs pour leur permettre de préciser les déclarations initialement réalisées sous le code '9999', lesdits établissements concernés ont pu procéder à des corrections.

Il s'agit d'un nouveau financement pour les cliniques et hôpitaux privés estimé à ce stade à 5 785 453 millions d'euros.

Plus globalement, et malgré **cette nouvelle avancée notable**, ce dossier nous interpelle toujours 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, politique poursuivie en 2018 avec un taux de 53.5%, égal, pour le RIHN (ou liste principale) et pour la Liste Complémentaire) **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 des dites innovations dans des délais « raisonnables ». **Il convient donc de poursuivre les actions communes sur la question du dimensionnement de l'enveloppe avec les autres fédérations hospitalières afin de clôturer ce dossier RIHN dans les meilleurs délais.**

RIHN 2018 :

Nous avons été informés ce jour par les services de la DGOS de **la décision relative aux modalités de déclaration RIHN de l'activité 2018 à réaliser fin 2018 et début 2019.**

« Je vous informe que le choix a été arrêté sur l'option 2 - Une déclaration d'activité en M12 avec un temps de contrôle de cohérence entre février et mai (fenêtre à préciser). La déclaration de la MERRI G03 2019 se fera sous forme d'avance en 1^{ère} circulaire de 25 % de la dotation basée sur l'historique, les 75% restant seront délégués en 2^{ème} circulaire au regard des données d'activité recueillies.

Cette solution devrait permettre aux établissements de consolider leur données d'activités et ainsi de procéder in fine à une délégation plus cohérente vis-à-vis de l'activité réelle tout en apportant un support de trésorerie dès la 1^{ère} circulaire. »

Campagne Tarifaire 2018 et 2019

➤ La Campagne Tarifaire 2019:

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil,
- PLFSS 2019 et campagne tarifaire 2019
- Les 15 Propositions FHP-MCO

Classification MCO : Les évolutions possibles

- ⊙ Retour d'expériences 2018 sur les « Anomalies » de groupage et/ou tarification :
 - Constitué grâce à vos retours
 - Transmis à l'ATIH et à la DGOS en juillet 2018
 - ⊙ 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**



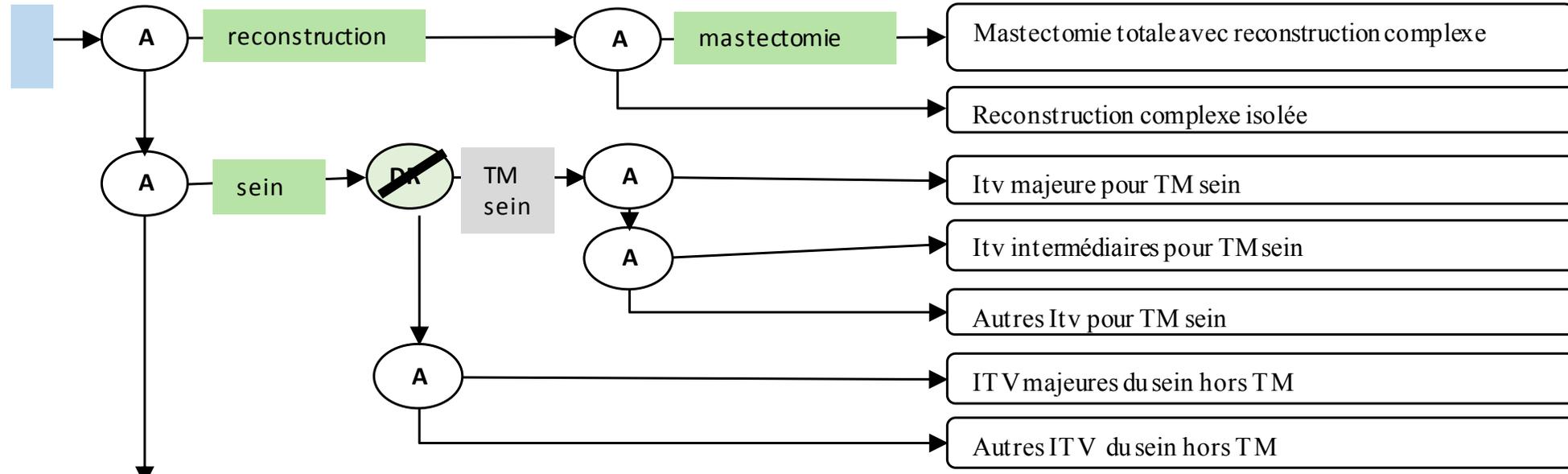
Classification : les travaux ATIH en cours

- ⊙ **L'ATIH a identifié des chantiers lourds qui nécessitent un programme pluri annuel pour étaler les travaux dans le temps:**
 - Améliorer la description des séjours ambulatoires
 - ✓ mieux utiliser les variables existantes et/ou identifier les nouvelles variables à recueillir.
 - ✓ travail sur la lourdeur des actes et les actes multiples pour diminuer l'hétérogénéité.
 - ✓ 1^{ère} CMD à l'étude : CMD 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.
 - ✓ Ordre de traitement des autres CMD
 - Améliorer la méthodologie de détermination des CMA
 - ✓ Les regroupements ont été revus en 2017
 - ✓ Prochaine révision des CMA pour la V2019
 - ✓ Travaux pluri-annuels en cours: exclusions, modulation, CMA multiples

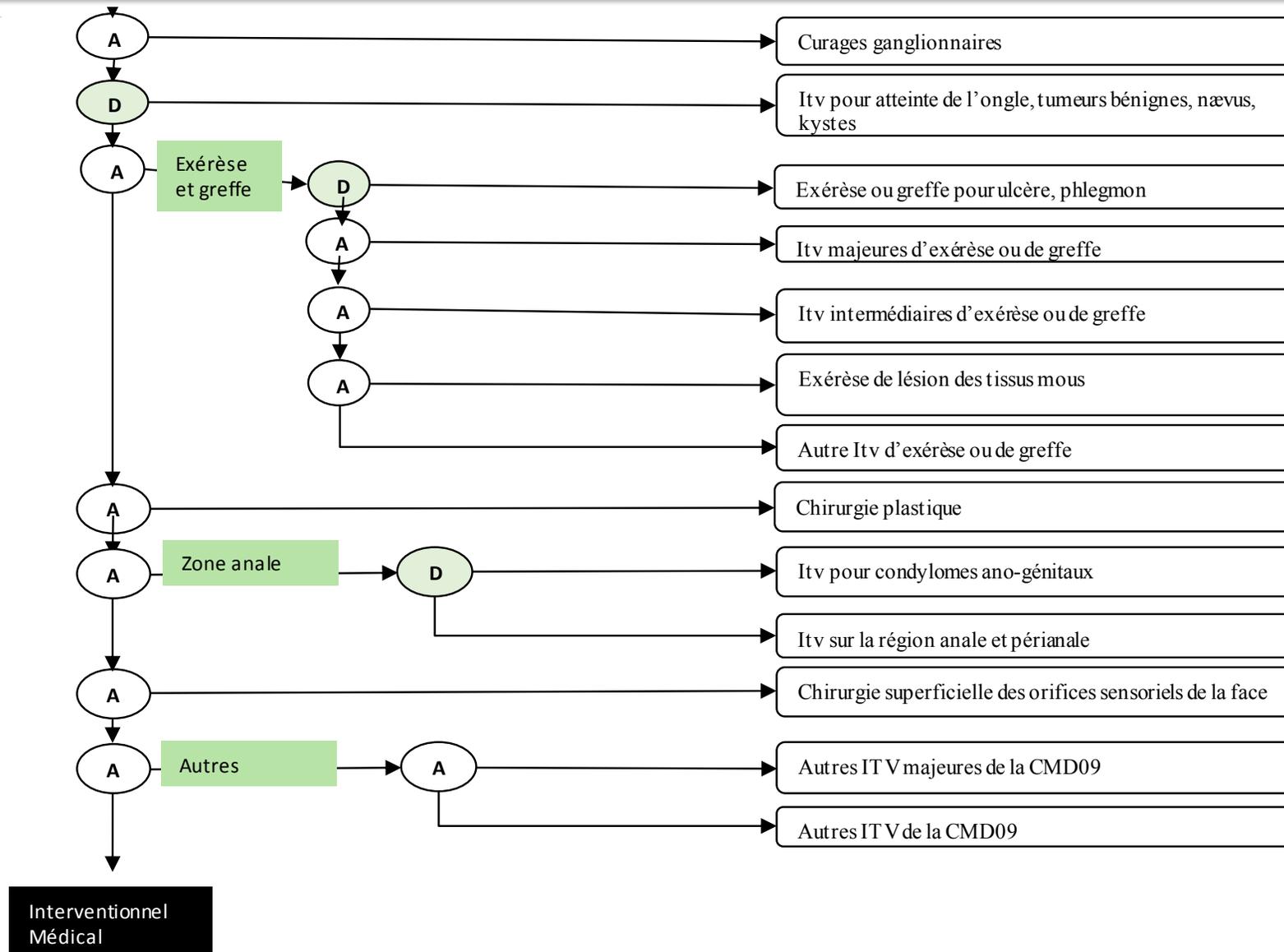
Classification V2019: la CMD 09

- Améliorer la description des séjours ambulatoires
 - ✓ 1^{ère} CMD à l'étude : CMD 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.
 - ⇒ **Mise en œuvre avec la V2019**
 - Début des travaux en 2017,
 - Présentation régulière de l'état d'avancement au comité technique

- ⇒ les Evolutions :
 - 19 racines au lieu de 14 actuellement
 - dont 7 racines lourdes sans GHM courts.
 - 4 racines avec un effet âge
 - Le nombre de GHM de la partie chirurgicale passe de 68 à 86.



Classification MCO : Les évolutions possibles



Classification V2019: les CMA

- La règle : révision des listes de CMA tous les 2 ans => impact sur la V2019.
- Les travaux d'actualisation des listes à méthodologie constante :
 - ✓ Révision classique des CMA tous les 2 ans : « effet isolé »
 - ✓ Et révision « effet âge »
 - ✓ Et relecture médicale
- Le code qui induirait le plus de variation est le code R26.30 « Etat Grabataire », qui devrait passer de niveau 3 à niveau 2.
- Mais devant le refus du Comité technique, et en raison du caractère médicalement incohérent de cette mesure, l'ATIH renonce à modifier la liste des CMA pour 2019.
 - ⇒ En conclusion, l'ATIH considère que les travaux réalisés ne permettent pas de proposer de modifications des listes de CMA pour la classification 2019.

Information Médicale - Recueil :
Les évolutions possibles

Evolution du mode d'entrée : conversion de prise en charge en HC :

- Sujet lié aux IPAQSS du thème « Chirurgie Ambulatoire »:
L'indicateur, calculé à partir du PMSI, sur les conversions en hospitalisation complète n'a pas pu être généralisé : les ES ne codent pas tous les conversions avec un 1^{er} RUM en HP suivi d'un 2^{ème} RUM dans l'unité médicale où le patient est transféré.
- Demande HAS à l'ATIH: pouvoir comptabiliser les conversions de CA en séjour d'HC
- Chirurgiens et Anesthésiste: identifier les motifs des conversions

- ⇒ Proposition ATIH:
 - englober toutes les conversions HP -> HC
 - Chir Ambu, mais aussi les séances, et les hospitalisations programmées d'HDJ (médecine et interventionnel)

- ⇒ Nouvelle variable dans le RSS: « Conversion HP-HC »

Evolution du mode d'entrée : conversion de prise en charge en HC :



Périmètre

- **Séjours initialement prévus en HP :**
 - pour lesquels le patient est secondairement admis en hospitalisation complète
- En incluant également
 - les **PIE** pour l'établissement prestataire
 - les admissions en **HP après passage aux urgences**
- **Hors activité ambulatoire foraine**
 - Séjours de 0 jour en UM HC

Evolution du mode d'entrée : conversion de prise en charge en HC :

- **Variable «conversion HP-HC»** au sein du RSS :
 - Un caractère
 - Deux valeurs envisagées :
 - Conversion
 - Pas de conversion
 - La valeur «vide» sera aussi acceptée dans les autres RUMs du séjour
- **Selon les pratiques** des établissements :
 - RSS Multirums avec 1^{er} RUM HP : variable à coder dans le 1^{er} RUM après mutation en provenance de l'HP
 - Écrasement du RUM HP : dans le premier RUM HC
 - SIH ou facturation DMT
 - variable à coder dans le premier RUM

Evolution du mode d'entrée : conversion de prise en charge en HC :

○ Variable déclarative

- Sans impact classificatoire ou financier

○ Codes erreurs

- Codes erreurs non bloquants en fonction

- des situations (mono ou multiRums)
- et des saisies ou absences de saisies de la variable

○ Des **tableaux OVALIDE** seront mis en place



Au CT MCO: possibilité d'un codage automatisé par la fonction groupage des ES pour les multiRUMs HP-HC

Demande de la DREES: Suppression de l'UM IVG:

- La DREES a demandé de supprimer de la liste des unités médicales fonctionnelles le code UM 72 « IVG » et de le remplacer par le code UM 73 « gynécologie obstétrique indifférenciée ».
 - Des raisons de confidentialité justifient cette demande.
 - L'ATIH a instruit cette demande et les IVG devront être enregistrées dans d'autres UM :
 - ✓ En priorité : selon leurs caractéristique médicales : en gynécologie médicale ou en obstétrique,
 - ✓ À défaut : chirurgie indifférenciée (UM 53),
 - ✓ À défaut : médecine indifférenciée (UM 29),
 - ✓ A défaut dans une UM existante

Demande de la DREES: enregistrement des nouveaux nés :

- ⊙ **Pour répondre à une prochaine obligation européenne de recensement du nombre de nouveau-nés auprès de leur mère**
 - Création d'un nouveau mode d'entrée :
 - ✓ Entrée naissance: valeur N
 - Enregistrement des BB auprès de leur mère
 - ✓ Règles à rappeler afin de récupérer cette information (ES ex DG: variable déclarative, ES ex OQN: calculée à partir d'élément de facturation)
 - ✓ Création tableaux OVALIDE dans la rubrique périnatalité
 - Transfert en provenance des maisons de naissance:
 - ✓ Demande de la DREES: intégrer l'activité des maisons de naissance au PMSI
 - ✓ ATIH: non, structure juridique distincte
 - ✓ En attendant la fin de l'expérimentation: activation de la variable « TOP maison de naissance » dans les RSA + FICHCOMP dédié (pas présenté au CT MCO)

Nomenclature:

CIM 10 :

- Evolution de code CIM-10 OMS :
 - ✓ 2019 année d'évolutions nombreuses et majeures
- Evolution de code CIM-10 nationales : Sujets en discussion l'année dernière mais qui n'avait pas abouti :
 - ✓ Avortement médical O04 :
Subdivisions pour distinguer les IVG, IMG, ITG pour cause embryonnaire, pour cause maternelle, pour association de causes maternelle et fœtale
 - ✓ mort fœtale de cause non précisées P95.
Subdivisions pour distinguer la mort fœtale suite à une IMG des autres morts fœtales (in utero, per partum, ...)

Nomenclature:

CIM 10 :

- Evolution de code CIM-10 nationales : Insuffisance cardiaque
 - ✓ Identification de 3 stades de sévérités:
 - -0: avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≥ 50
 - -1: avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < 50 et ≥ 40
 - -2: avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < 40
 - -9: avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée
 - ✓ Portant sur les codes
 - I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
 - I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
 - I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
 - I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
 - I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

Nomenclature:

CCAM descriptive :

- Demande du groupe mortalité :
 - ✓ Décliner les 4 libellés de césarienne de la CCAM comme ceux des accouchements par voie naturelle : accouchement unique / multiple, chez une primipare/multipare.

- Demande de la CNAM :
 - ✓ Décliner les 2 libellés de bypass gastrique pour obésité morbide selon le type d'anse réalisé (en Y ou en oméga) pour en assurer un meilleur suivi en accord avec la société savante concernée, introduit dans la CCAM descriptive à usage PMSI V5 2018

PLFSS 2019 & Campagne Tarifaire 2019

Rappel : 30 amendements proposés aux députés

Les deux-tiers cosignés avec une ou plusieurs fédérations hospitalières

Très majoritairement déposés par les députés (en dépit de l'interprétation restrictive du service de la séance cette année au titre de l'article 40 et des cavaliers législatifs)

La première lecture à l'Assemblée Nationale

Deux amendements ont été adoptés en Commission des affaires sociales

- L'avancée d'un an, de 2012 à 2020, de l'entrée de la psychiatrie dans le dispositif IFAQ
- L'accompagnement des établissements de santé sur l'entrée en vigueur de la directive « sérialisation » au titre des aides à la contractualisation

En séance publique

- Amendement psychiatrie adopté assorti d'une année de recueil à blanc des indicateurs
- L'amendement sérialisation qui avait fait consensus en commission a été repoussé par la Gouvernement sans explication

Autres éléments à noter post séance publique à l'Assemblée Nationale :

- Le forfait de réorientation des urgences vers la ville est devenu par amendement gouvernemental une expérimentation
- Des amendements gouvernementaux sont venus en séance publique décliner « Ma santé 2022 » sur des sujets tels que la pertinence et l'exercice coordonné

L'examen au Sénat

Examen du rapport en Commission des affaires sociales le 7 novembre

Première lecture au Sénat du lundi 12 au samedi 17 novembre (vote solennel le 20 novembre)

30 amendements proposés aux sénateurs - Les deux-tiers cosignés avec une ou plusieurs fédérations hospitalières

Parmi lesquels, autour de quatre grandes thématiques :

Encourager les efforts des établissements de santé

- Rééquilibrage de l'effort entre la ville et l'hôpital : nous prônons un mécanisme de régulation de l'enveloppe hospitalière qui soit réellement respecté et qui puisse ainsi encourager les efforts vertueux des établissements de santé, qui une fois de plus en 2018 ont sous-réalisé leur objectif de dépenses (-105 millions d'euros), et qui puisse dès 2019 être étendu à l'enveloppe de ville afin que chacun soit responsable du respect de ses objectifs
- Mise en place d'une avance de trésorerie pour remédier aux retards réitérés dans la publication des tarifs
- Application d'un mécanisme de coefficient prudentiel pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie, en substitution de l'actuelle réserve prudentielle
- Remise d'un rapport destiné à évaluer la pertinence de l'intégration aux tarifs nationaux des établissements de santé SSR et de psychiatrie d'un mécanisme de coefficient prudentiel
- Instauration d'une seule échelle de pondération pour les établissements SSR, qu'ils soient publics ou privés

Remédier aux dysfonctionnements de la réforme des transports

Abrogation de cette réforme / ou des mesures fortes telles que :

- l'indispensable visibilité dans les tarifs et dotations des établissements de santé de la part représentée par le financement des transports, avec la mise en place d'un coefficient géographique en fonction de la situation territoriale de chaque établissement
- la possibilité pour les établissements de santé de développer leur propre capacité de transport

Accompagner les réformes en santé et soutenir les établissements

- L'encouragement significatif donné au financement à la qualité est un signe positif. Nous souhaitons l'encadrement du dispositif de sanctions prévu (article 27), avec deux propositions : la prononciation de la pénalité après l'avis d'une commission intégrant les fédérations ; la suppression du volet sanction du CAQES.
- Accessibilité au financement article 51 (LFSS 2018) pour les projets d'expérimentations des fédérations hospitalières, avec une demande de reconnaissance d'un véritable rôle d'accompagnement
- Demande d'un rapport sur la création d'un fonds d'aide à la restructuration et à l'investissement pour les établissements de tous statuts
- Compensation du surcoût induit par l'obligation de mise en œuvre du Règlement européen sur la « sérialisation » des médicaments
- Exonération de l'obligation d'un pharmacien DES au sein des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) des établissements SSR et de psychiatrie

Favoriser la représentation des fédérations dans un certain nombre d'instances et encourager la transparence

- Association des fédérations hospitalières à la commission de la télémédecine
- Participation des fédérations représentatives des établissements privés de tous statuts aux négociations de la convention nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et assurance maladie
- Représentation paritaire au sein des commissions consultatives d'arbitrage des contrôles T2A**
- Attribution selon le principe d'égalité de traitement des dotations MIGAC entre les différents établissements de santé, quel que soit leur statut juridique
- Transparence des ARS en matière de publication des attributions FIR et MIGAC

Les 16 Propositions de la FHP-MCO pour la Campagne Tarifaire 2019

*« 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. Des Hypothèses de construction à confirmer.

- a) Fixer une cible du volume prévisionnel 2019 pertinente en lien 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 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)

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

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'efficiencia 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.

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

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

a) 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.

b) 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)

c) 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.

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 porté au moins à 70%.

d) 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.

e) 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.

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

f) 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, ou 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 nombreuses 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.

g) 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 les ressources liés au GHS du séjour pris en charge.

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 ATIH).

II. Des mesures structurelles à développer

- a) 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.

- b) 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.

Proposition n°14 :

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

c) 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.

d) 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.

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.

les Contrôles T2A

Dans le cadre de la Révision du guide de contrôle T2A

⊙ Modifications apportées suite aux remarques FHP-MCO:

- Le choix est laissé à la direction de l'ES de participer ou non aux nouvelles modalités. Le nouveau guide comportera les 2 versions des modalités de contrôle (2012 et 2018)
 - Recommandation que le DGARS présente le programme régional de contrôle aux fédérations régionales
 - Rééquilibrage des parties sur les situations d'obstacle à contrôle
 - Remise d'un document pédagogique aux équipes de l'ES sur le codage
- ⇒ **Les modifications opérées reprennent en grande partie les demandes portées par la fédération quand elles sont des compétences de la CNAM**

Rappel :

⊙ **Nomenclature des actes et actes innovants**

- Les FD font part des difficultés persistantes sur la nomenclature des actes notamment pour les actes « innovants » qui sont codés par assimilation
- La CNAM demande aux FD de lister les actes qui posent problème afin de faire un recensement des pratiques « innovantes » et de prévoir « une souplesse »
- Est envisagée la Création d'un groupe technique Contrôles T2A pour répondre à cette problématique

⊙ **La mise en place du Rescrit et de l'observatoire reste en suspens en attente de la révision de la circulaire frontière**

Moratoire HDJ

- Réunion de présentation de la campagne tarifaire 2018 MCO:

la DGOS annonce une mise en œuvre d'un moratoire sur les contrôles T2A :

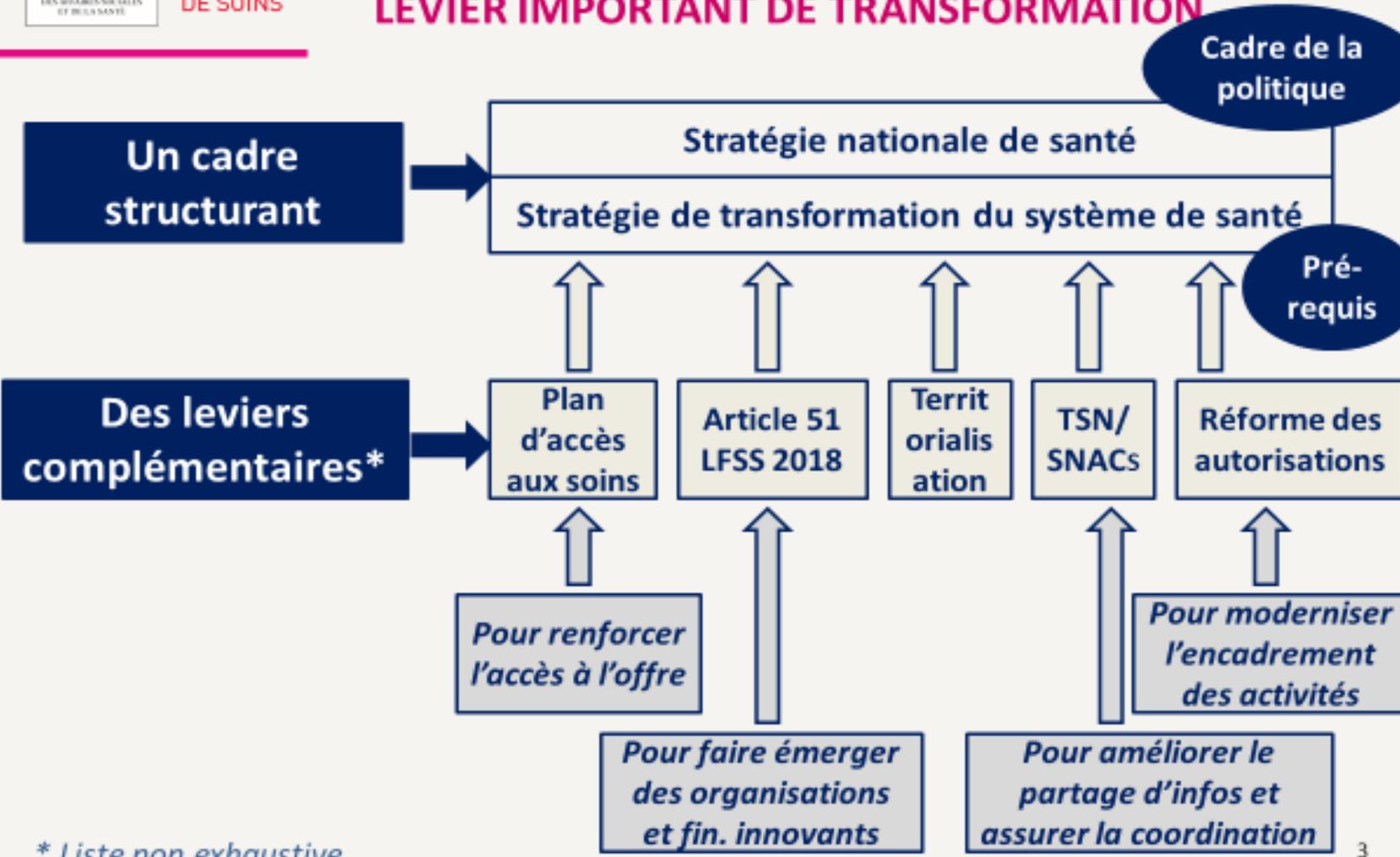
- **Portant sur l'activité 2017 et l'activité 2018**
 - **Sur un périmètre restreint aux HDJ de médecine.**
 - **Les contrôles continueront de s'appliquer sur les HDJ non médicales, selon les critères de la circulaire frontière 2010.**
- Circulaire Frontière ????

La réforme des Autorisations



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

LA REFORME DES AUTORISATIONS EST UN LEVIER IMPORTANT DE TRANSFORMATION



Comité de Concertation des autorisations

Vague 1 T1 2018 – Début 2019	Vague 2 T2 2018 – Mi 2019	Vague 3 T3 2018 – Fin 2019	Vague 4 T4 2018 – Mi 2020
Groupe transversal Territoire (Mars 2018 - ?)			
Imagerie (interventionnelle et non interventionnelle)	Périnatalité	Soins Critiques Réanimation	AMP
Groupe transversal Anesthésie (Octobre 2018 - ?)			
Médecine Nucléaire	Cancer	Dialyse	Génétique
Groupe transversal HAD (Octobre 2018 - ?)			
Urgences	Chirurgie + SSR	Médecine / Long Séjour + Santé Mentale	Greffes / prélèvements + Brulés

Rappel de la position FHP-MCO en 9 points :

- Définir et délivrer les autorisations d'activité de soins par site géographique (seuils notamment)
- Centrer le régime des autorisations sur les activités de soins et non sur les techniques
- Promouvoir une organisation territoriale s'appuyant sur des structures de proximité et des structures de recours concentrées sur les prises en charges complexes et refuser tout autre gradation des soins.
- Proportionner les exigences réglementaires (soins critiques, permanence de soins, ...) en fonction des prises en charge.
- Reconnaître les compétences acquises par l'expérience des médecins
- Ne pas empêcher la réalisation d'actes urgences ou secondaires
- Plaider pour un régime d'autorisation basé sur des compétences et une approche qualitative en lieu et place d'une approche avec des normes de moyens
- Exiger la réalisation d'étude impacts afin de garantir l'accessibilité aux soins
- Veiller à la conformité des PRS par rapport à la réglementation nationale et empêcher la création de normes régionales.

De plus, il est nécessaire de porter le fait que les critères de compétences médicales des médecins doivent être différenciés des exigences supportées par le droit des autorisations, et donc, des établissements de santé et, de facto, traités en dehors de la réforme des autorisations.

- **Référentiel Liste En Sus / Codage de l'indication**

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

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

*Intérêt de Santé Publique

- ⇒ il faut distinguer :
 - Les Radiations d'indications thérapeutiques de spécialités (dites « radiations partielles »)
 - Et les Radiations complètes (toutes les indications d'une seule spécialité)
- ⇒ La facturation à l'AM ne peut se faire que dans les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation.
- Afin de s'assurer que le médicament administré au cours d'un séjour l'a bien été pour l'une des indications retenues, le ministère souhaite mettre en place un dispositif permettant de **préciser cette indication**, par un **codage complémentaire**.
- ⇒ La DSS a élaboré un référentiel à intégrer dans les logiciels d'aide à la prescription (LAP) et à la dispensation (LAD) utilisés dans les établissements. A terme, ce référentiel aura vocation à intégrer toutes les informations utiles relatives à chaque médicament.

- Caractéristiques du Référentiel LES:
 - Consultable sur le site du ministère des solidarités et de la santé [[lien](#)]
 - Recense les spécialités pharmaceutiques dont au moins l'une des indications est inscrite sur la liste en sus
 - introduit un code propre à chaque indication de chaque médicament.
 - Reprend les informations publiées au JO
 - Est complété d'une notice explicative précisant les informations disponibles dans le référentiel
 - Les fédérations représentées ont regretté le caractère incomplet du fichier qui doit faire l'objet d'une jointure avec les informations contenues dans le fichier ATIH.

- Mise en œuvre:
 - Le « code indication » fait l'objet d'un enregistrement dans FICHCOMP dans le secteur ex DGF, via les RSF-H pour le secteur ex OQN
 - La mise en œuvre effective du dispositif se fera au 1er mars 2018, mais il n'y aura pas d'incidence sur la facturation



La parole est à vous

QUESTIONS DIVERSES



A vos agendas !

16^{ème} Club des Médecins DIM

Fin mars / début avril 2019

2^{ème} Journée Métiers – FHP-MCO

28 Mars 2019

À Paris !

- **Questionnaire de satisfaction :**

- ✓ **Merci de le remplir
et**

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



Merci pour votre
participation !



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