



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Rencontre club des médecins DIM FHP MCO

Vendredi 29 mars 2019

Intervention DGOS

- **La Campagne Tarifaire MCO 2019**
- **Point d'étape sur les travaux relatifs à l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé**

1. La campagne tarifaire MCO 2019

Point sur l'exécution de l'ONDAM établissements de santé 2018

- ✓ Les prévisions de dépenses de l'ONDAM ES 2018 établies fin février 2019 étaient en deçà de **0,3Md€** par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2019.
- ✓ Cette sous-consommation est principalement liée à une évolution de l'activité des établissements de santé plus faible qu'anticipée ainsi qu'à un niveau de remises sur les médicaments de la liste en sus plus important que celui retenu en construction ONDAM 2018.
- ✓ Les dernières données d'exécution ONDAM 2018 communiquées dans le cadre du groupe de suivi statistique ONDAM de fin février 2019 ont ainsi permis d'acter, au début du mois de mars, **le reversement de 300 M€ de crédits de dotations aux établissements de santé** au titre de l'exercice 2018.

Une délégation complémentaire de 300M€ pour les établissements de santé

Le reversement de ces crédits est réalisé de la manière suivante :

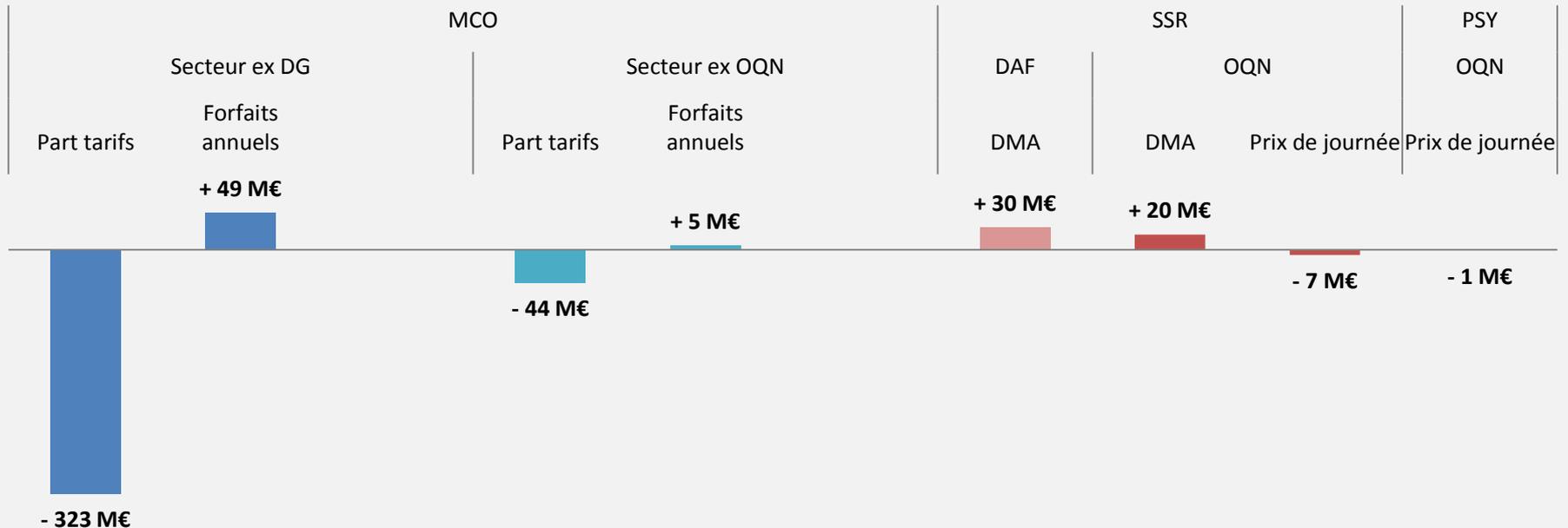
- ✓ Le reversement est intégralement effectué via l'allocation de crédits de **dotations MIGAC et DAF**. L'arrêté fixant les dotations régionales rectifiées pour 2018 sera publié dans les prochains jours. Les notifications des ARS devraient être réalisées d'ici la fin du mois de mars. Les versements interviendront fin mars / début avril.
- ✓ La majeure partie de ces crédits, correspondant à la sous-exécution liée à l'activité des établissements MCO, soit **235M€, est reversée aux établissements MCO ex DG et ex OQN en fonction de leur activité 2018.**
 - ↳ *La répartition de ces crédits entre le secteur ex-DG (206M€) et le secteur ex-OQN (29M€) a été réalisée en tenant compte de la sous exécution constatée dans chaque secteur.*

Une délégation complémentaire de 300M€ pour les établissements de santé

- ✓ En complément, **65M€** sont reversés de manière ciblée :
 - Pour **accompagner des établissements** de santé en difficulté financière ;
 - Pour **accélérer le financement de mesures prioritaires** telles que l'intensification des actions de prévention et de dépistage pour lutter contre l'hépatite C (renforcement des services experts de lutte contre les hépatites virales) et la généralisation du dispositif Vigilans, dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire.
 - Cette délégation permet également **d'accélérer les versements correspondant à la couverture de charges engagées par les établissements en 2018** tels que les crédits alloués au titre des PHRC.

La prise en compte de l'exécution 2018 dans la campagne 2019

- ✓ La campagne 2019 tient compte de l'intégralité de la sous-exécution liée à l'activité hospitalière estimée à fin février 2019 (hors dépassement du champ non régulé), soit **270M€**.
- ✓ Le tableau ci-après présente la répartition de la sous exécution par enveloppe de financement :



- ✓ Parallèlement, **les prévisions d'évolution du volume d'activité pour 2019 ont été revues à la baisse** sur le champ MCO pour tenir compte de la décélération d'évolution du volume d'activité observé sur ce champ.
- ✓ Plus précisément, **les prévisions de volume retenues** pour les enveloppes ouvertes en 2019 sont les suivantes :
 - + **2,0%** pour la part tarif ex-DG (vs +2,6% en 2018)
 - + **1,4%** pour la part tarif ex-OQN (vs +1,6% en 2018)

Une première étape de diversification des modes de financement des établissements de santé

- ✓ La campagne 2019 est marquée par la première étape de mise en œuvre du **chantier de réforme de la tarification** des soins et de la régulation des dépenses de santé initié par la taskforce de Jean-Marc Aubert qui conduit à **substituer à la tarification à l'activité de nouvelles modalités de financement pour une part croissante des ressources allouées aux établissements de santé.**
- ✓ En 2019, deux évolutions principales sont engagées en la matière :
 - Le modèle de **financement à la qualité** est sensiblement revu et son enveloppe multipliée par 4 pour s'établir à **200 M€.**
 - Les premiers **forfaits de prise en charge pour les patients atteints de maladies chroniques seront créés** pour les patients atteints de maladies rénales chroniques et de diabète.

Evolution des ressources allouées aux établissements MCO en 2019

- ✓ A périmètre identique par rapport à 2018, l'enveloppe de financement des établissements MCO, **incluant les tarifs, le financement à la qualité et la forfaitisation du financement de certaines pathologies chroniques, progresse en 2019 de +0,5%**.
- ✓ **Le taux d'évolution des tarifs hospitaliers MCO 2019 s'élève à +0,2%** avant prise en compte des allègements fiscaux et sociaux et mises en réserve prudentielles.
 - ↪ Ce **taux est identique pour toutes les catégories d'établissements** avant prise en compte des allègements fiscaux et sociaux
- ✓ En 2019, l'enveloppe des **forfaits annuels** (FAU, FAG, IFAQ, FAI) progresse de **+2,3%**. Cette progression tient compte notamment :
 - De l'évolution du périmètre du **forfait annuel greffes** (FAG) qui intègre désormais un nouveau compartiment pour la réhabilitation de greffon pulmonaire
 - De la dynamique de volume anticipée sur **le forfait annuel urgences** (FAU).

La progression 2019 des différentes enveloppes de financement

Le tableau ci-dessous présente la déclinaison des objectifs 2019 des différentes enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé :

	Niveau de dépenses par enveloppe de financement (Md€)	Taux de progression 2019/2018
ODMCO	54,8	2,4%
MIGAC	7,0	2,4%
ODAM	10,4	1,4%
<i>Dont DAF PSY</i>	<i>9,1</i>	<i>1,6%</i>
ODSSR	8,8	1,7%
<i>Dont DAF SSR</i>	<i>5,6</i>	<i>1,3%</i>
<i>Dont OQN SSR</i>	<i>2,1</i>	<i>2%</i>
OQN PSY	0,7	2,7%
FMESPP	0,6	44,3%

NB : Les taux d'évolution ci-dessus n'intègrent pas les mises en réserves prudentielles 2019.

Précisions sur le niveau des mises en réserves prudentielles sur l'ONDAM ES 2019

La loi de programmation des finances publiques précise que le montant minimum des mises en réserve doit représenter au moins **0,3% de l'ONDAM**.

Les éléments d'ores et déjà arbitrés sont :

- ✓ **Le valeur du coefficient prudentiel MCO, stable à 0,7% pour les 2 secteurs,** correspondant à **305 M€** de mises en réserve dont 240M€ pour le secteur MCO ex DG et 65M€ pour le secteur ex OQN ;
- ✓ **Le coefficient prudentiel sur la DMA SSR et la dotation prudentielle OQN (SSR et PSY) sont également stables à un niveau équivalent au coefficient prudentiel MCO,** soit **0,7%**, correspondant à **26 M€** de mises en réserve dont:
 - *14,8M€ pour la dotation prudentielle OQN SSR*
 - *5,4M€ pour la dotation prudentielle OQN PSY*
 - *1,8M€ pour le coefficient prudentiel DMA OQN*
 - *4,4M€ pour le coefficient prudentiel DMA DAF*

Au global, le montant des mises en réserve sur l'ONDAM ES devrait être stable en 2019 par rapport à 2018, pour un montant de **415M€**. Sous cette hypothèse, **les mises en réserve sur la DAF s'élèveraient à 84M€** (vs 88M€ en 2018) dont 54M€ sur la DAF psychiatrie et 30M€ sur la DAF SSR.

Présentation des modalités de reprise des allègements fiscaux et sociaux en 2019

- ✓ Les modalités de reprise de ces allègements fiscaux et sociaux au sein de l'ONDAM établissements de santé sont différenciées entre champs d'activité (coefficient de reprise sur le champ MCO, reprise de dotation pour les établissements sous DAF notamment) et la valeur de ces reprises est différenciée entre catégories d'établissement et fonction de l'éligibilité de ces établissements à ces dispositifs d'allègements.
- ✓ Les dispositifs fiscaux et sociaux concernés par ces reprises sont le crédit d'impôt compétitivité et emploi (CICE), le pacte de responsabilité et le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS).
- ✓ **Niveau des reprises en 2019** : les effets du pacte de responsabilité et du CICE ayant été intégralement repris, le niveau supplémentaire de reprise pour 2019 serait uniquement impacté par **la reprise du CITS** dont les effets pour les établissements privés à but non lucratif ont été à ce stade neutralisés à hauteur de 30% en construction tarifaire 2018.
- ✓ Pour 2019, une **reprise supplémentaire de 20% des effets du CITS** est réalisée pour les EBNL (soit 50% sur la période).

Présentation des modalités de reprise des allègements fiscaux et sociaux en 2019

Précisions sur le champ MCO :

	Coefficients 2018	Coefficients 2019
Etablissements publics de santé	0%	0%
Etablissements privés à but non lucratif	-1,48%	-1,77%
Etablissements privés à but lucratif	-2,95%	-2,89%

- ✓ Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- ✓ Le coefficient de reprise est fixée à **-2,89%** pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2018 (coefficient fixé à -2,95%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.
- ✓ Le coefficient de reprise est fixé à **-1,77%** pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en hausse de 0,3% par rapport à 2018, ce qui correspond à la reprise supplémentaire à hauteur de 20% des effets du CITS.

Principes identiques à ceux des campagnes précédentes :

✓ 2 étapes pour la fixation des tarifs

1. Prise en compte de la maintenance du modèle de financement et des mesures modifiant le périmètre des tarifs par rapport à ceux de 2018
2. Modulations tarifaires :
 - ➔ Soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie, interventionnel et médecine
 - ➔ Soutien en faveur de l'obstétrique dans le secteur ex-OQN
 - ➔ Diminution des tarifs de dialyse pour financer la création du forfait MRC

La politique tarifaire MCO en soutien au développement de l'ambulatoire

En chirurgie :

✓ Revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées

A la demande des fédérations, revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous-financées. Cette revalorisation est couverte, dans le cadre de la politique tarifaire engagée en chirurgie ambulatoire depuis plusieurs années, par la prise en compte des taux de chirurgie ambulatoire actualisés sur la base des données 2018 pour fixer les tarifs uniques.

- Pour le secteur ex-OQN, revalorisation de 9M€ des 15 couples de GHS sous financés.

✓ Suppression des bornes basses tarifaires sur la chirurgie de niveaux 2 et 3

Afin d'accompagner et soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours chirurgicaux, suppression des bornes basses tarifaires des séjours de chirurgie de niveaux 2 et 3.

Maintien du tarif facial du GHS. Couverture du besoin de financement par une reprise sur l'ensemble de la masse GHS.

- Reprise sur la masse totale des GHS ex-OQN de 0,05%, soit 4,2M€

En chirurgie :

- ✓ **Soutien aux prises en charge de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**
- **Mise en œuvre sur une liste restreinte de 17 activités en 2019**, issues de la concertation avec les acteurs.
- Mise en œuvre **sans modifier la classification à ce stade** :
 - Dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour.
- **La variable créée dans le recueil 2019 s'applique cependant à l'ensemble des activités** (et non aux seules activités ciblées par la mesure) et doit permettre de mieux identifier les prises en charge en RAAC dans la perspective d'un éventuel élargissement de la mesure à compter de 2020.

17 racines concernées par la mesure RAAC

atih



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

- 04C04 : Interventions sous thoracoscopie
- 06C03 : Résections rectales
- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C07 : Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C16 : Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans
- 07C09 : Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
- 10C13 : Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité
- 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale
- 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

17 racines concernées par la mesure RAAC

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

- 08C24 : Prothèses de genou
- 08C25 : Prothèses d'épaule
- 08C27 : Autres interventions sur le rachis
- 08C48 : Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
- 08C52 : Autres interventions majeures sur le rachis
- 13C03 : Hystérectomies
- 13C14 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
- 13C15 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

✓ Mise en place d'une variable RAAC : Quelles consignes de codage?

Définition de la RAAC – source HAS :

La RAAC est :

- une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie;
- elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Le patient a un rôle actif dans cette approche;
- un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

✓ Mise en place d'une variable RAAC : Quelles consignes de codage?

- Le codage de la variable RAAC pourrait être conditionné à l'existence d'un cahier des charges décrivant la procédure RAAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement
- Pas d'obligation de posséder un label RAAC
- Traçabilité dans le dossier de la prise en charge en RAAC (prise en charge conforme au cahier des charges)

✓ Perspectives d'élargissement de la mesure ?

- La variable RAAC devrait permettre de mieux tracer cette activité dans le PMSI
- Des indicateurs spécifiques pourraient être suivis pour s'assurer du maintien de la qualité des prises en charge, dans la perspective, notamment d'un élargissement de la mesure : **évolution du taux de ré hospitalisation à 10 jours ou 30 jours pour les racines ciblées par la mesure 2019**

En interventionnel :

- ✓ **Etendre à l'interventionnel la politique tarifaire menée en chirurgie depuis 2014**

Transposition de la politique tarifaire menée depuis plusieurs années en chirurgie aux activités interventionnelles, à savoir :

- La mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T avec les séjours de niveau 1 (TU fixés sur la base du tarif moyen tenant compte du taux de très courte durée observé)
- La suppression des bornes basses tarifaires pour les séjours de niveaux 1, 2 et 3

Le besoin de financement lié à la suppression des bornes basses tarifaires à tarif facial constant est couvert par une reprise sur l'ensemble de la masse tarifs de chaque secteur, soit :

- une reprise de 0,004% de la masse totale des GHS ex OQN, soit un montant de 0,3M€

En médecine :

✓ Mise en place des tarifs uniques pour certaines activités de médecine

Transposition des mesures mises en œuvre en chirurgie aux activités de médecine pour permettre aux acteurs de disposer de signaux tarifaires visibles incitant à s'engager plus franchement dans le virage ambulatoire.

Une liste de 26 racines retenues pour la mise en place de tarifs uniques en médecine, suite à la concertation avec les acteurs. Tarif unique fixé sur la base du tarif moyen tenant compte du taux de très courte durée observé.

✓ Poursuite de la revalorisation des séjours courts de médecine sous-financés

Poursuite de la revalorisation des séjours courts de médecine sous financés engagée en 2018. Ces activités sont ramenées à -5% de sous-financement, soit une revalorisation de 35,9M€.

Le besoin de financement est couvert de la manière suivante

- Pour le secteur ex-OQN, le besoin de financement de 3,7M€ est couvert par une baisse uniforme des tarifs de médecine, soit une baisse de 0,36% de la masse des tarifs de médecine.

Comme lors des campagnes précédentes, il a été procédé à une **revalorisation des tarifs d'obstétrique pour le secteur ex-OQN.**

Scénario retenu :

- ✓ Revalorisation des 6 GHS ciblés à hauteur de +2,5%, soit une masse de **8,5M€**.
- ✓ Les racines concernées sont les suivantes : 14C08A, 14Z13A, 14Z13B, 14Z14A, 14Z14B, 15M05B

Pour mémoire, concernant le GHS 5326 « Césarienne » : pour mémoire, il existe une règle tarifaire qui lie les tarifs d'AVB (14Z13A et 14Z14A) et l'accouchement par césarienne sans complication (14C08A)
- ✓ Un financement, via une reprise globale sur la masse tarifaire ex-OQN, hors ces 6 GHS, soit une baisse -0,11%.

- ✓ Comme lors des campagnes précédentes, il est procédé à une baisse des tarifs d'hémodialyse en centre au regard du sur-financement constaté.
- ✓ Toutefois, contrairement aux années antérieures, cette baisse ne sera pas une économie nette mais doit permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique » à compter du 1^{er} juillet 2019, pour un montant estimé à **26,6M€**.
- ✓ Ciblage des tarifs des GHS d'hémodialyse en centre :
 - ✓ qui présentent un sur financement de +8,9% pour le secteur ex OQN,
 - ✓ Le pourcentage de chemin vers le TIC est de 23,3%.
- ✓ Comme en 2018, le tarif du forfait D11 du secteur ex-OQN a également été diminué afin de maintenir l'écart de tarifs entre les prises en charge en UDM et en centre.
- ✓ **Ceci se traduit par une évolution de l'ordre de -2% des tarifs d'hémodialyse et du forfait D11 dans le secteur ex-OQN**

	ex DG (hors mouvements de périmètre)	ex DG (y compris mouvements de périmètre)	ex OQN (hors mouvements de périmètre)	ex OQN (y compris mouvements de périmètre)
Total GHS	0,50%	0,16%	0,62%	0,24%
<i>dont GHS hors obstétrique et dialyse</i>	0,52%	0,20%	0,54%	0,32%
<i>dont GHS obstétrique</i>				2,50%
<i>dont GHS dialyse</i>		-2,30%		-2,09%
Suppléments (hors supp. Transports)	0,52%	0,16%	0,52%	0,16%
Suppléments transports	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Dialyse (hors centre)	0,52%	0,16%	0,35%	-0,87%
<i>dont D11</i>				-2,14%
SE/PO/ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0,16%	0,16%	0,16%	0,16%
HAD	1,32%	0,96%	1,32%	0,96%
Evolution globale moyenne	0,52%	0,19%	0,63%	0,18%

- ✓ Les mouvements de périmètre impactant les tarifs MCO des établissements de santé en 2019 sont les suivants :
 - L'extension année pleine des dépenses de transport inter-établissements au titre de **l'article 80 de la LFSS** pour 2017.
 - L'augmentation de l'enveloppe dédiée au **financement à la qualité**.
 - La création du **forfait « pathologie chronique » sur l'IRC** : cette mesure sera intégralement financée par une baisse des tarifs de dialyse et n'a donc pas d'impact tarifaire sur le reste des activités.
- Les impacts moyens sur les tarifs sont les suivants:

	MCO	<i>Dont MCO ex DG</i>	<i>Dont MCO ex OQN</i>
Impact moyen des effets périmètres sur les tarifs MCO	- 0,36%	-0,34%	-0,44%
dont effet transports	+ 0,06%	+0,05%	+0,11%
dont effet IFAQ	- 0,35%	-0,35%	-0,35%
dont effet IRC	- 0,07%	-0,04%	-0,20%

Précisions sur les impacts moyens des dépenses de transports sur les tarifs MCO

- ✓ Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein du financement des établissements de santé MCO a été estimé en année pleine à **194M€**.

En 2018 :

- ✓ Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de la masse tarifaire MCO (ex-DG et ex-OQN) soit 48,6M€ dont 41,3M€ pour les suppléments TDE et TSE et 7,3M€ de crédits intégrés dans les GHS.
- ✓ Pour générer 7,3M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements MCO ont dû être rehaussés de 8,8M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).

En 2019 :

- ✓ Neuf mois de dépenses ont été réintégrés au sein de la masse tarifaire MCO soit 145,8M€ dont 123,9M€ au titre des suppléments et 21,9M€ au titres des GHS .
- ✓ Les tarifs MCO hors suppléments pour 2019 doivent ainsi permettre de couvrir 12 mois de dépenses de transports en sachant que les tarifs MCO 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 8,8M€ (7,3M€ au titre de 2018 et 1,5M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs MCO 2019 doivent donc être rehaussés de 20,5M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs MCO de **+0,06%** au 1^{er} mars 2019.

Les évolutions portées par l'arrêté prestations MCO

- **Clarification des règles de facturation des prestations inter activités (PIA) pour les actes et consultations externes** en permettant une facturation directe à l'assurance maladie par l'établissement prestataire ;
- **Suppression des GHS majorés concernant la fraction du flux de réserve (FFR)** des racines 05K06 et 05K10 ;
- Ouverture de la possibilité de **cumuler la facturation d'un séjour d'HAD avec un forfait d'entraînement** à la dialyse péritonéale automatisée, à la dialyse péritonéale continue ambulatoire ou à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- Ouverture de la possibilité de **cumuler la facturation SE/APE** dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab® dans le cadre de la DMLA, afin de mieux valoriser ces prises en charge et d'inciter à leur développement en substitution à d'autres spécialités plus coûteuses ;
- **Incitation au développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)** en permettant aux séjours identifiés RAAC d'être classés dans les GHM desquels ils relèvent, quelle que soit leur durée.

3. Point sur le chantier gradation des soins ambulatoires en établissements de santé

- ✓ **Pour mémoire, l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 JUIN 2010 dite « circulaire frontière » avait déjà fait l'objet de travaux de clarification en 2017 mais qui n'avaient pas abouti faute de consensus sur les critères permettant de définir ce qui doit relever d'une hospitalisation de jour de médecine.**
- ✓ Un moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine réalisés en 2017 et en 2018 avait d'ailleurs été annoncé de façon à pouvoir engager une réflexion plus approfondie sur ces prises en charge.
- ✓ C'est sous un angle rénové que la clarification de ce texte est réengagée cette année, au sein d'une instruction au périmètre élargi à l'ensemble des prises en charge ambulatoires et dans le cadre d'une démarche ambitieuse et structurée de co-construction avec les acteurs hospitaliers pilotée par la DGOS, en lien avec la CNAM, la DSS et l'ATIH.
- ✓ Afin de mener ces travaux dans de bonnes conditions, **le moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine est prolongé jusqu'au 1er mars 2020.**

Un corps de texte resserré qui présente :

- ✓ Le contexte
 - L'amplification du virage ambulatoire
 - La gradation des soins et moyens mobilisés autour du patient
- ✓ La mise en place d'un rescrit tarifaire

5 annexes détaillent les conditions de facturation à l'assurance maladie par les établissements de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein :

1. Actes et consultations externes
2. Prestations hospitalières sans hospitalisation
3. Prises en charges de moins de 24h en UHCD
4. Prises en charges hospitalières de moins d'une journée en dehors des UHCD
5. Cas des pathologies chroniques facturées dans le cadre d'un forfait annuel

L'annexe 6 présente le dispositif de rescrit tarifaire.

Chantier de refonte de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires

- Plusieurs thématiques spécifiques ont été identifiées avec les acteurs comme devant faire l'objet d'une réflexion approfondie avant de pouvoir se traduire dans la rédaction de l'instruction.
- L'objectif fixé à ce stade des travaux est celui d'une publication de l'instruction à l'automne 2019 pour permettre d'anticiper au mieux la levée du moratoire au 1^{er} mars 2020.

- ✓ **Problématique** : Poursuite des travaux sur l'HDJ de médecine notamment sur les prises en charge avec une forte densité de prestations intellectuelles, mobilisant différents types d'intervenants de façon coordonnée mais sans nécessiter la réalisation d'actes techniques.
- ✓ **Enjeux du chantier** : Il s'agit notamment, en articulation avec la réflexion sur la prestation intermédiaire, de préciser, pour ces prises en charge sans acte technique :
 - Leur positionnement dans le champ externe ou de l'hospitalisation ?
 - Les modalités de discrimination entre différents niveaux de prises en charge et donc de tarification (recueil, codage, tarification)
- ✓ **Calendrier** :
 - 1^{er} GT le 28 mars 2019
 - Objectif de stabilisation de l'annexe septembre 2019

DES CHANTIERS THÉMATIQUES À MENER L'ADMINISTRATION DE PRODUITS DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE

- ✓ **Problématique** : Les médicaments de la réserve hospitalière (RH) doivent être administrés en environnement hospitalier, sans que cela préjuge du besoin d'hospitaliser le patient. Or selon les produits administrés, cette hospitalisation peut être nécessaire ou au contraire ne pas se justifier.

- ✓ **Enjeu du chantier** : Déterminer les critères qui doivent conduire à hospitaliser un patient dans le cadre de l'administration d'un produit de la RH ou à le prendre en charge dans un environnement externe.
 - Comment s'appuyer sur les recommandations existantes ? Et lesquelles le cas échéant ?
 - Prise en compte du patient à risque dans une logique de gradation des prises en charge
 - Question de la valorisation de l'AP2 si un plus grand nombre de produits est susceptible d'être financé à terme par ce vecteur

- ✓ **Groupe de travail** à mettre en place pour mener ces travaux → en lien avec la DGS

- ✓ **Calendrier** :
 - 1^{er} GT prévu le 14 mai 2019
 - Objectif de stabilisation de l'annexe septembre 2019

Des chantiers thématiques à mener

Impacts de la nouvelle instruction

- ✓ **Problématique** : comment estimer l'impact sur les recettes des établissements des nouvelles règles définies dans l'instruction, sachant que
 - Le « T0 » est incertain et hétérogène, notamment en raison du moratoire sur l'activité 2017 et 2018
 - Les systèmes d'information ne véhiculent pas les éléments nécessaires pour appréhender de façon certaine le contenu des prises en charge réalisées en HDJ, notamment le nombre et la qualité des intervenants ou les données qualitatives explicitant la fragilité ou le terrain à risque
- ✓ **Enjeu du chantier** : évaluer l'impact sur les établissements des évolutions proposées, à partir d'une analyse « micro » de ces impacts pour un échantillon d'établissements de santé.
- ✓ **Groupe de travail** à mettre en place pour mener ces travaux → associant, notamment, les médecins DIM et les DAF des établissements concernés
- ✓ **Calendrier** : Démarrage des travaux dès stabilisation des annexes de l'instruction, soit à l'automne 2019

Des chantiers thématiques à mener

Rescrit tarifaire : gestion du stock

- ✓ **Problématique** : La problématique de gestion des stocks doit être traitée en amont de la mise en œuvre effective de la procédure de rescrit tarifaire au fil de l'eau afin de stabiliser autant que possible les situations qui posent problème à ce jour.
- ✓ **Enjeu** : Recenser et examiner l'ensemble des situations problématiques d'ores et déjà connues sur la base des nouvelles règles qui seront arrêtées, en amont de la mise en œuvre effective du rescrit.
- ✓ **Une réunion technique** est à prévoir pour mener cette analyse dès lors que les règles seront stabilisées mais en amont de la levée du moratoire au 1^{er} mars 2020.
- ✓ **Calendrier** : Automne 2019.

