



***Mardi 03 Décembre 2019***

**BIENVENUE!**

***10h00 à 16h30***

# ORDRE DU JOUR

## *Matinée*

### **Matinée : 10h00 à 12h45**

- **Travaux relatifs à l’instruction frontière ou Instruction gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé**

*En présence de Céline FAYE, et de Stéphanie PIERRET, - Sous-direction de la régulation de l’offre de soins - DGOS*

- **« Liste en sus Médicaments et DM, ATU » : retour d’expérience en région, exploitations des données (...)**

*En présence de Julien PETIT - OMEDIT « Hauts de France »*

- **Point sur la réforme des Autorisations**

*Equipe de la FHP-MCO : Thierry BECHU – Délégué Général, Dr Matthieu DERANCOURT – Médecin Conseil)*

### **12h45 - 14h00 : Déjeuner**



# ORDRE DU JOUR

## *Après-midi*

**Après Midi : 14h00 à 16h30**

- **Table Ronde Retour d'expérience « Codage automatique, apports du machine learning pour le codage et conséquence sur le métier de TIM»**

*En présence du Dr Laure COMAR - Groupe ELSAN et des Drs Stéphanie GATHION, Eric BISMUTH, Valérie GARNAULT et Stéphane SAID - Groupe RAMSAY SANTÉ*

- **Point d'actualité sur les campagnes tarifaires 2019 et 2020 :**  
Décret du 8 juillet, Coefficient prudentiel, Forfait pathologie chronique, Réforme financement des transports, Evolutions envisagées pour la campagne tarifaire 2020 (PLFSS 2020, classification V2020, recueil) etc.

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



**Nous remercions notre partenaire :**



**TRAVAUX SUR L'INSTRUCTION FRONTIÈRE OU GRADATION  
DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES EN ES**

## *Intervention de*

*Celine FAYE, adjointe au sous-directeur,*

*Stéphanie PIERRET, adjointe au chef de bureau Synthèse  
organisationnelle et financière*

*Sous-direction de la régulation de l'offre de soins,  
DGOS*

**La parole est à vous**

**« Liste en sus Médicaments et DM, ATU » :  
retour d'expérience en région, exploitations des  
données**

## *Intervention de*

*Julien PETIT - OMEDIT « Hauts de France »*

**La parole est à vous**

# Point sur la réforme des Autorisations

- I. **Point d'avancement sur les travaux « RÉFORME DES AUTORISATIONS »**
- II. Autorisation CANCÉROLOGIE
- III. Autorisation CHIRURGIE
- IV. Autorisation SOINS CRITIQUES
- V. Autorisation MEDECINE
- VI. Autorisation PERINATALITE
- VII. Autorisation IRCT
- VIII. Autorisation CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

# I. Point d'avancement sur les travaux « RÉFORME DES AUTORISATIONS »

## 9 PRINCIPES DEFENDUS PAR LA FHP-MCO

**Neuf points constituent notre feuille de route empreinte de pragmatisme et réalisme :**

- 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 spécialisées et des structures de recours concentrées sur les prises en charges complexes
- 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
- Réaliser des études d'impacts afin de garantir l'accessibilité aux soins
- Veiller à la conformité des PRS par rapport à la réglementation nationale et interdire la création de normes régionales.

**Ces éléments ont été validés dans le cadre du séminaire du COMEX  
pour en constituer la base des propositions FHP.**

## Etat de la situation

### Vague 1 :

- Réception des textes sur la neuroradiologie interventionnelle et la cardiologie interventionnelle : groupe de travail organisé le 21 et 22 novembre prochain
- Regroupement à venir des groupes imagerie non interventionnelle et interventionnelle à venir.
  - Éléments explicatif du retard pris :
    - Les radiologues portent une autorisation de type GHT libérale
    - Les radiologues interventionnels et chirurgiens sont en conflit majeur
  - Urgences : Attente du rapport MESNIER / CARLI qui s'inscrit dans le cadre du Pacte des Urgences.
    - Sujet majeur : Statut des Antennes de Médecine d'Urgences et équipes territoriales.

## Vague 2 :

- Chirurgie, cancer, périnatalité, Médecine prévu pour Janvier / Février 2020

## Vague 3 :

- AMP – Génétique : démarrage fin décembre 2019 / janvier 2020.

## Position DGOS :

- A l'écoute de nos remarques sur les études d'impacts notamment en cancérologie.
- Point sensible : les soins critiques avec la présence médicale sur site.
- Liste d'actes : aide à l'organisation des territoires SRS-PRS mais peut-être pas dans les textes

- **Questionnaire de satisfaction :**

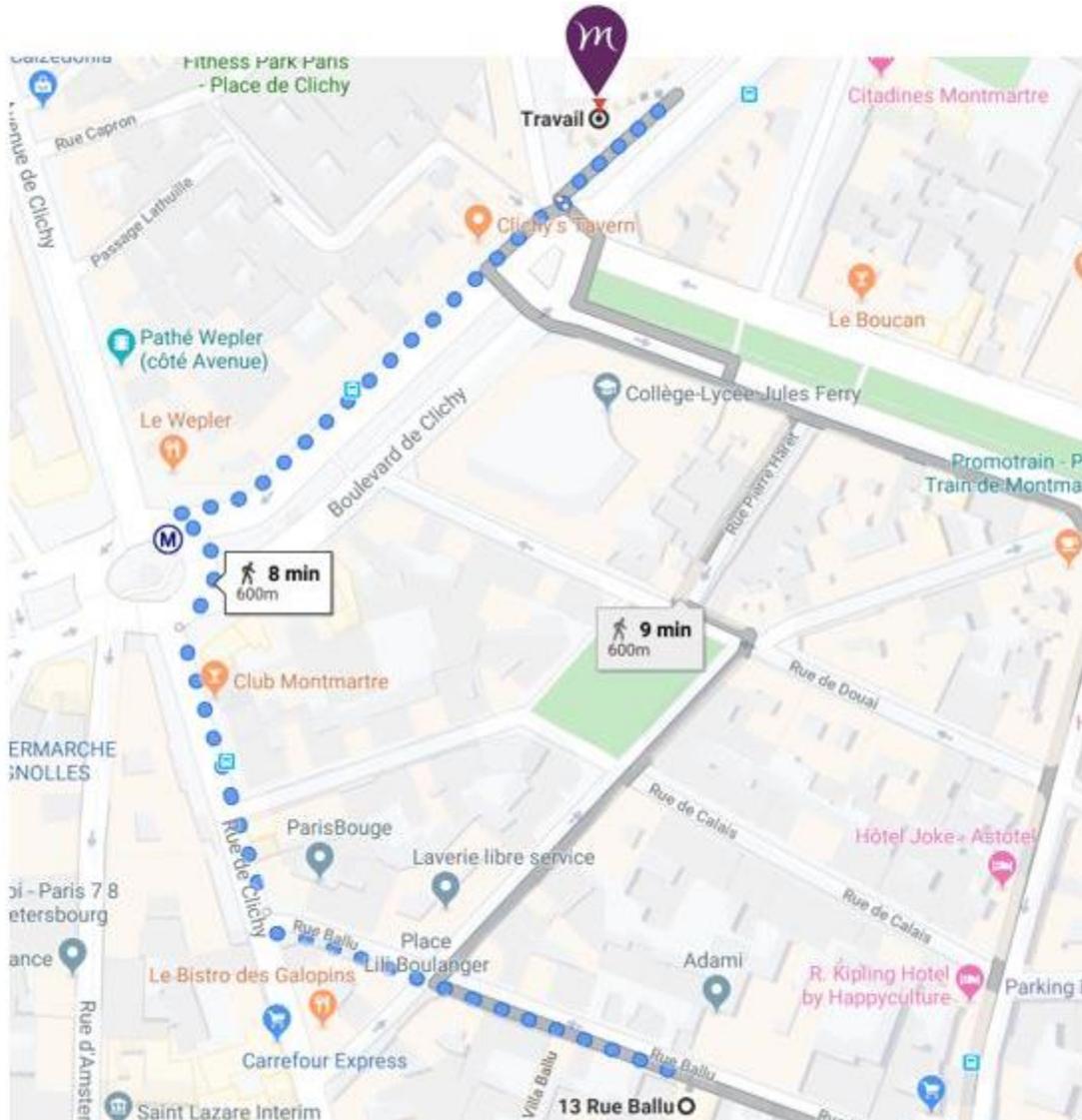
- ✓ **Merci de le remplir  
et**

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



**Nous remercions notre partenaire :**





**Attention**

**Déjeuner à l'Hôtel  
Mercure:**

**3 rue Caulaincourt**

**Bar le 18-75**

**Au 1<sup>er</sup> étage**

DÉJEUNER

**Table Ronde Retour d'expérience  
«Codage automatique,  
apports du machine learning pour le codage et conséquence  
sur le métier de TIM»**

*Intervention de*

*Dr Laure COMAR – Groupe ELSAN*

*&*

*Dr Stéphanie GATHION, Dr Eric BISMUTH, Dr Valérie  
GARNAULT et Dr Stéphane SAID - Groupe RAMSAY SANTÉ*

**La parole est à vous**

**POINT D'ACTUALITÉ SUR LES CAMPAGNES TARIFAIRES  
2019 ET 2020**

# **Point d'actualité sur les Campagnes Tarifaires 2019 et 2020**

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

## Campagne Tarifaire 2019 et 2020

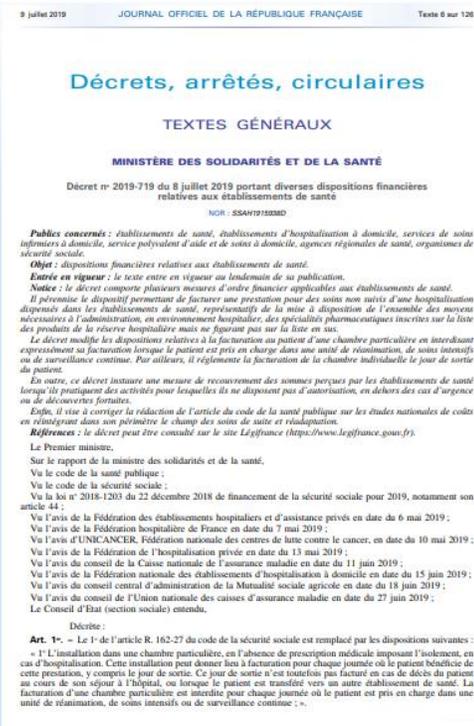
- **La Campagne Tarifaire 2019:**
  - Décret du 08 juillet : lien Autorisation – financement, chambre particulière
  - Le Coefficient Prudentiel 2019
- **La Campagne Tarifaire 2020:**
  - les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil,
  - PLFSS 2020 et Campagne Tarifaire 2020: Pluri annualité, les Propositions FHP-MCO
- **Point de situation :** les forfaits pathologies chroniques, IFAQ, Intégration des transports dans les tarifs, DMI

## Campagne Tarifaire 2019 et 2020

### ➤ La Campagne Tarifaire 2019:

- Décret du 08 juillet : lien Autorisation – financement, chambre particulière
- Le Coefficient Prudentiel 2019

## Le décret du 8 juillet 2019



## Décret n°2019-719 du 8 juillet 2019 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé

- Contrôle sur les activités non autorisées
  - Ce décret instaure une mesure de recouvrement des sommes perçues par les établissements de santé lorsqu'ils pratiquent des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation, en dehors des cas d'urgence ou de découvertes fortuites
  - Nous ne connaissons pas encore toutes les modalités d'application de ce dispositif :  
La DGOS nous avait indiqué qu'une instruction était à venir ainsi qu'une réunion en septembre...
- Précisions sur les conditions de facturation de la chambre particulière (art 1)
  - Ce décret interdit la facturation au patient d'une chambre particulière lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réa, de soins intensifs ou de surveillance continue
  - il réglemente la facturation de la chambre individuelle le jour de sortie du patient :
    - facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie
    - Le jour de sortie n'est pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre ES

## Coefficient Prudentiel 2019

## Retour sur les principale étapes du dégel des crédits mis en réserve en 2018



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

**Fin 2018:** la décision politique d'un dégel total de **415 M€** sur l'ensemble des enveloppes hospitalières ayant contribué à l'effort de mise réserve en 2018 dont **302 M€** sur le champ MCO, **20 M€** sur les champs OQN SSR/PSY, **88 M€** sur les enveloppes de dotation SSR et PSY et **5 M€** au titre de la DMA SSR.

### Calendrier du dégel de fin 2018:

- Publication de l'avis du comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM 2018 : **15 octobre 2018**
- Consultation des membres de l'observatoire sur le montant des crédits pouvant être versés aux établissements de santé : **07 novembre 2018**
- Publication de l'arrêté national de versement des crédits gagés par le coefficient prudentiel MCO et par la dotation prudentielle OQN: **05 décembre 2018**
- Versement des crédits par les caisses d'assurance maladie aux établissements de santé : **20 décembre 2018 pour les établissements ex DG et avant le 31 décembre 2018 pour les établissements ex OQN et OQN.**

**Début mars 2019:** arbitrage politique d'opérer un versement complémentaire de **300 M€ de crédits 2018 de dotation assurance maladie aux établissements de santé** sur la base des dernières données d'exécution ONDAM 2018 communiquées fin février 2019 dont **235 M€** ventilés sur l'ensemble des établissements de santé MCO en fonction des dernières données d'activité et **65 M€** pour des mesures ciblées.

## ○ Procédure 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.
  - ⇒ Le comité d'alerte a pris position le 15 octobre. (cf.diapo suivante)
- 2ème Etape : l'Observatoire Économique de l'Hospitalisation Publique et Privée
  - Suite à la publication de l'avis du comité d'alerte, saisine officielle des membres de l'Observatoire. Cette consultation est indépendante de la décision politique du dégel. La décision politique d'un dégel ou d'une absence de dégel, de tout ou partie du montant mis en réserve ne pourra être prise qu'après cette consultation. (Consultation de l'observatoire conformément aux art. R.162-33-8, R. 162-31-11 et R. 162-34-7 du css sur le montant des crédits pouvant être versés aux ES).
    - ⇒ Pas de réunion de l'Observatoire, Sollicitation par mail, retour pour le 27 novembre
- Décision politique de dégel ou non
  - Si pas de risque de dépassement de l'ONDAM ou si ces risques peuvent être contenus, la question d'un dégel de tout ou partie des crédits mis en réserve est posée et soumise à l'arbitrage politique

## **Pour mémoire :**

**Avis du comité d'alerte du 15 octobre 2019**, Acte 1 vers une décision du dégel du coefficient prudentiel 2019.

*« Le Comité d'alerte estime que ces prévisions sont réalistes et doivent conduire à envisager le dégel d'une partie des crédits de l'ONDAM mis en réserve, afin d'éviter de renouveler en 2020 la pratique de dotations complémentaires versées en mars aux établissements de santé, comme tel a été le cas en 2018 et 2019. »*

- Les Mises en Réserve prudentielles 2019 sur l'ONDAM ES s'élève à + 415M€ :
    - **305M€ au titre du coefficient prudentiel MCO**
    - 84M€ au titre des mises en réserve sur la DAF
    - 26M€ 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, 2018 et 2019.
- ⇒ **Annonce le 20/11/2019 du Dégel intégral des 415 M€ mis en réserve**

## Campagne Tarifaire 2019 et 2020

### ➤ **La Campagne Tarifaire 2020:**

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil,
- PLFSS 2020 et Campagne Tarifaire 2020: Pluri annualité, les Propositions FHP-MCO

## Classification MCO : Les évolutions possibles

### ○ Retour d'expériences :

- Les travaux classificatoire seront applicables à l'année n+1 si terminés en septembre de l'année n
- Tous les ans, la FHP-MCO produit un document « Retour d'expériences « Anomalies » de groupage et/ou tarification » :
  - Constitué grâce à vos retours
  - Transmis à l'ATIH et à la DGOS

⇒ **Avez-vous constaté d'autres anomalies de groupage ?**

⇒ **une «Fiche retour d'expériences» est dans vos dossiers**

⇒ **Transmettez les nous à l'adresse :**

**[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)**



## Classification V2020

### Révision de la CMD 09

- 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.
  - ✓ 1ère 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

#### ⇒ **Pas de mise en œuvre avec la V2020 :**

***« Les échanges qui sont encore à prévoir ne nous permettent pas de proposer une mise en œuvre de la nouvelle CMD09 pour 2020. »*** (CT MCO du 22/10/2019)

## Classification V2020



## Evolution de la classification MCO en Campagne 2020

### Evolution

Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) [*Arthroscopies : autre localisation*] à 08C58 (A-358) [*Arthroscopies de l'épaule*]

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps (HMGE002, HMGH001), au cours du même séjour

Retour  
d'Expérience  
FHP-MCO

## Classification V2020

Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) [*Arthroscopies : autre localisation*] à 08C58 (A-358) [*Arthroscopies de l'épaule*]

- ⊙ **Demande :**
  - Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) à 08C58 (A-358).
- ⊙ **Éléments de contexte :**
  - La 08C58 a été créée dans la version 11<sup>e</sup> de la classification. Elle regroupe, en partie, les séjours pour arthroscopies de l'épaule auparavant classés dans la racine 08C40.
- ⊙ **Caractéristiques des listes :**
  - Liste A-279 (Arthroscopies : autres localisations): 26 actes d'explorations et/ou de traitement des articulations suivantes : épaule (6 actes), coude, poignet, hanche, cheville.
  - Liste A-358 (Arthroscopies de l'épaule): 9 actes thérapeutiques sur l'épaule.

## Classification V2020

Passer les actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 (A-279) [Arthroscopies : autre localisation] à 08C58 (A-358) [Arthroscopies de l'épaule]

⇒ **Conclusion :** « *Nous proposons de déplacer les 6 actes d'arthroscopie de l'épaule de la liste A-279 à la liste A-358 c'est-à-dire qu'ils deviennent classant dans la racine 08C58 plutôt que dans la 08C40.* »

- MEQC001 : Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie
- MEQC002 : Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie
- MJDC001 : Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie
- MJEC001 : Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
- MJEC002 : Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
- MJFC001 : Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

## Classification V2020

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps (HMGE002, HMGH001), au cours du même séjour

### ⊙ **Demande :**

- Passer les séjours associant un acte endoscopique thérapeutique et une cholécystectomie des racines 07C13 et 07C14 (cholécystectomie isolée) à 07C12 (autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées).

### ⊙ **Caractéristiques des listes :**

- 19 actes d'endoscopie biliaire thérapeutique testés (détail ci-après).
- Sur les 115846 séjours des racines 07C13 et 07C14 en 2018, 2453 ont au moins un des 19 actes testés. Les plus fréquents sont:
  - ✓ HMGE002 (Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par OGD): 1927séj.
  - ✓ HMLE002 (Pose d'une endoprothèse biliaire, par OGD): 418séj.
  - ✓ HMPE001 (Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique, par OGD): 386séj.
  - ✓ HNLE001 (Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par oe OGD): 96séj.

## Classification V2020

Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps (HMGE002, HMGH001), au cours du même séjour

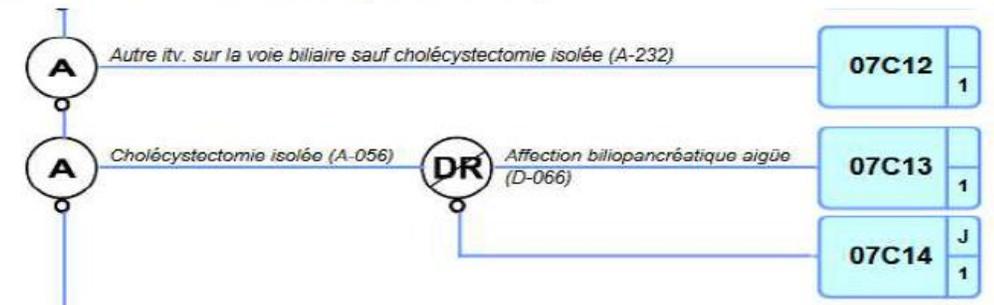
Acte	Libellé
HMAE002	Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMAE001	Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie
HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodéoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMLE003	Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMLH001	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMGE001	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HMKE001	Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodéoscopie
HMKE002	Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMGE002	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie
HMGH001	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodéoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMNE001	Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodéoscopie
HMNE002	Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie rétrograde
HNAE001	Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNLE001	Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNKE001	Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNGE001	Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodéoscopie
HNCE001	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
HNCJ001	Anastomose entre une cavité collectée du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie avec guidage échoendoscopique

## Classification V2020

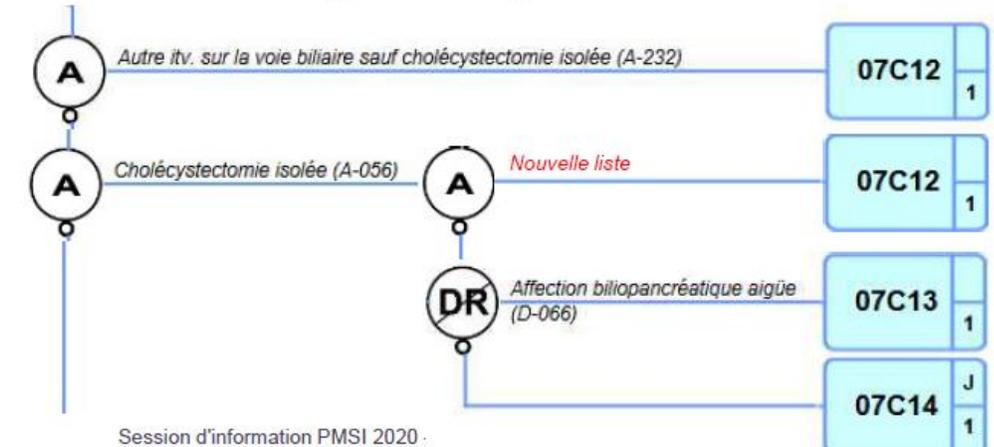
Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps (HMGE002, HMGH001), au cours du même séjour

⇒ **Conclusion :** « Nous proposons d'orienter vers la racine 07C12 les séjours au cours desquels une cholécystectomie et une ablation de lithiases par voie endoscopique sont réalisées en deux temps. »

### ○ Arbre actuel (V2019)



### ○ Futur arbre (V2020)



Session d'information PMSI 2020

## Classification V2020

### Les autres demandes d'évolution présentées lors du CT MCO du 22/10/2019

Retour  
d'Expérience  
FHP-MCO

Rendre classant l'acte PAMH001 (cimentoplastie intra osseuse)

Rendre classant les actes de spondyloplastie du rachis

Transférer le rattachement du diagnostic N39.3 Incontinence urinaire d'effort de la CMD12 à la CMD11 pour que le tarif de l'acte JELA002 Pose d'une prothèse sphinctérienne urinaire périurétrale pénienne ou bulbomembranacée [bulbomembraneuse], par abord direct soit plus adapté

Donner un caractère classant à YYYY082 *Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, d'une artère subclavière, viscérale ou périphérique, en cas de non franchissement de la sténose*

#### **Travaux en cours**

Transférer les actes DENF015, DENF017, DENF021, DEPF025 de la 05K20 à la 05K19 car ils nécessitent l'utilisation du système de cartographie et traitent des tr du rythme cardiaque complexes

Rendre l'acte HAFA026 *Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord cervico-facial* éligible à un supplément SRC

**Information Médicale - Recueil :**  
**Les évolutions possibles**

- ⊙ Transport
  - Prise en compte de la distance (FICHCOMP pour les ex-DG, RSF pour les privés ? )
- ⊙ Identification individuelle des DM en lignes génériques
  - Fichcomp inchangé, modification du référentiel
- ⊙ DM inscrits sur la liste intra-GHS
  - Datexp
- ⊙ Forfaits pathologie chronique : MRC
  - Datexp
- ⊙ Instruction gradation

## Nomenclature:

### CIM 10 :

- Evolution de code CIM-10 OMS :
  - ✓ Introduction par OMS du code U07.0 Affection liée au vapotage
    - Utilisable depuis le 24 septembre 2019
    - À coder en DAS
- Pas d'Evolution de code CIM-10 nationales

### CIM 11 :

- ATIH: traduction de la CIM 11

## Nomenclature:

### CCAM :



## CCAM



### ○ **CCAM V58 mise en œuvre 14 juillet 2019**

- Introduction en CCAM descriptive à usage PMSI V4 2019 de codes pour décrire la chirurgie robotique d'actes de chirurgie ORL, thoracique, colique, de l'obésité, des curages ganglionnaires, urologique et gynécologique
  - Codes fils autorisés à partir de la date de la mise en œuvre de la version 4 de la CCAM descriptive à usage PMSI
  - Codes pères autorisés jusqu'au 29 février 2020

### ○ **CCAM V60 mise en œuvre 18 octobre 2019**

- Codes pour le dentaire
- Introduction en CCAM descriptive à usage PMSI V5 2019 de codes pour indiquer la pose, ou non, d'implant prothétique dans la chirurgie de l'incontinence
  - Codes fils autorisés à partir de la date de la mise en œuvre de la version 5 de la CCAM descriptive à usage PMSI
  - Codes pères autorisés jusqu'au 29 février 2020

## Nomenclature:

CCAM :



## CCAM



- Avis HAS sur bypass gastrique avec anse en oméga (HFCC003-xx, HFCA001-xx)
  - Non admissible au remboursement
  - Autorisé dans un cadre de recherche avec anse < 150 cm
  - Retrait de la CCAM descriptive à usage PMSI en discussion avec CNAM
- Versions CCAM Assurance maladie prévues pour le 1er janvier et courant février

# PLFSS 2020 & Campagne Tarifaire 2020

## Situation au Sénat :

### **PLFSS 2020 : le Sénat rejette l'ensemble du texte**

Le rejet de l'ensemble du texte est intervenu après que le Sénat n'a pas adopté la troisième partie du PLFSS pour 2020, relative aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2020 (articles 7 à 23), par 281 voix contre et 0 voix pour (consulter le scrutin public). Les sénateurs ont manifesté ainsi leur colère après que le président de la République a annoncé des mesures sur l'hôpital.

Le PLFSS doit maintenant revenir en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale avant d'être à nouveau examiné par le Sénat le samedi 30 novembre et le dimanche 1er décembre. Les mêmes amendements que ceux examinés en première lecture pourraient à nouveau être présentés.

**20 et 25 novembre : retour à l'AN en nouvelle lecture**, sur la base du texte voté en première lecture après l'échec de la Commission Mixte Paritaire

**Adoption des amendements traduisant les annonces gouvernementales du 20 novembre et le plan de soutien à l'hôpital, à savoir :**

- Révision à la hausse de l'ONDAM 2020: de 205,3 milliards à 205,6 milliards d'euros
- Sous-objectif « établissements de santé » à 84,4 milliards d'euros (+ 200 millions d'euros) et sous-objectif « établissements et services pour personnes âgées » à 10 milliards (+ 100 millions d'euros)

Evolution de l'ONDAM à 2,45

Evolution de l'ONDAM hospitalier à 2,4

27 – 30 novembre : nouvelle lecture au Sénat

2 décembre : vote solennel définitif à l'Assemblée Nationale

## La Pluriannualité (1<sup>ère</sup> réunion le 28/11/2019):

- Précisions sur le taux d'évolution à 0,2% qui intègre la montée en charge du financement à la qualité !
- Financement à la qualité revu à la hausse de un à deux milliards en 2022
- SSR et PSY : le protocole fixerait une trajectoire globale pour ces activités (ODSSR et ODPSY)
- Présentation des hypothèses d'évolution des volumes pour le MCO : 2,1% en 2020, 1,6% en 2021, 1,4% en 2022
- Type d'engagements proposés par le ministère : réforme financement (qualité, forfaitisation...), amélioration de la pertinence, propositions d'indicateurs de qualité, engagements RH/rémunérations/QVT
- Calendrier proposé : 3 et 11 déc., pour une concrétisation du protocole avant la fin de l'année

### ➤ **Position FHP :**

**Poursuite de ce processus d'engagements sur des bases tarifaires clairement positives et faisant consensus – avec prise en compte de l'IFAQ en plus - Le protocole porte une ambition politique qui doit être traduite dans les faits, à savoir une trajectoire tarifaire positive et rendue possible par un ONDAM ES à 2.4.**

**Aucun protocole ne sera signé si ces conditions ne sont pas réunies.**

## Article 24 - Réforme du financement des hôpitaux de proximité

Deux vecteurs de financement :

- D'une part une garantie de financement pluriannuelle pour prémunir de toute baisse, sur un cycle donné, le niveau de financement des activités hospitalières obligatoires (l'activité de médecine), financées en tout ou partie à l'activité. Le niveau de cette garantie sera fixé en prenant en compte le volume d'activité et les recettes antérieurement perçues par l'établissement ainsi que les besoins de santé du territoire et la qualité des prises en charge.

- D'autre part une dotation de responsabilité territoriale, au titre des missions complémentaires et partagées des hôpitaux de proximité, dont les modalités d'allocation devront être basées sur une contractualisation avec les acteurs du territoire et les tutelles et des exigences de qualité de prises en charge.

Cette dotation a notamment vocation à accompagner financièrement des activités socles des hôpitaux de proximité comme la mise en place d'un plateau de consultations de spécialités et l'accès à des plateaux techniques et de télésanté. Elle permettra également d'indemniser les professionnels libéraux pour l'exercice des missions de l'établissement, et plus largement à mettre en place des actions coordonnées pour répondre aux besoins en soins de proximité (prévention, permanence des soins, coordination des parcours).

## **Article 42 - Evolution du contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité**

Il est désormais nécessaire, en s'appuyant sur les travaux d'un groupe de travail et de deux enquêtes qualitatives réalisées par la CNAM qui ont mobilisés des représentants des ARS, du réseau assurance maladie, des OMEDIT et des établissements de santé, de recentrer le contrat sur un nombre de priorités limitées d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins et de rénover le dispositif d'intéressement/sanctions pour mieux mobiliser les prescripteurs des établissements de santé sur les enjeux d'efficience et de pertinence.

Des modifications législatives sont nécessaires pour :

- supprimer le caractère obligatoire, pour l'ensemble des établissements, de la contractualisation d'un volet relatif au bon usage des produits de santé ;
- adapter les dispositions relatives à l'intéressement ;
- supprimer les sanctions en cas de non atteinte des résultats ;
- permettre au directeur général de l'ARS, d'une part, de fixer des volumes d'activités plafonds pour certains actes, prestations et prescriptions et, d'autre part, de déroger aux tarifs nationaux afférents.

A ce stade, il pourrait être envisagé d'appliquer ce dispositif aux actes suivants :

- Cataracte
- Endoscopie digestive
- Coloscopie
- Appendicectomie
- Césarienne
- Amygdalectomie
- Prostatectomie
- Angioplastie
- Chirurgie bariatrique
- Pose de prothèse de genou
- Pose de prothèse de hanche hors traumatisme
- Arthroscopie
- Chirurgie des varices
- Cholécystectomie
- Libération du canal carpien

- ***Adaptation du dispositif de financement à la qualité***

La mesure proposée prévoit que lorsqu'un établissement ne recueille pas un indicateur pour lequel il est éligible, sauf circonstance particulière, ou qu'il a fait l'objet d'un contrôle invalidant sur le recueil d'un indicateur, ce non recueil ou ce contrôle invalidant sont considérés comme une non atteinte du seuil minimal de résultats requis, et peuvent donc être décomptés à ce titre dans les trois années nécessaires pour déclencher la possibilité d'une pénalité financière.

Par ailleurs, l'article adapte le cadre juridique des dispositifs de contrôle nécessaires portés sur les dossiers des patients, en attendant la généralisation d'indicateurs directement accessibles dans les bases nationales d'information. La mesure propose d'élargir le contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins aux pharmaciens inspecteurs exerçant en agence régionale de santé, d'une part, et de faciliter le recours à l'expertise des médecins et pharmaciens conseils des organismes d'assurance maladie.

## Article 26 - Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

**Le reste à charge** – Nécessité de concertation approfondie et d'études d'impact / Exclusion des SSR et psy privés du dispositif : leurs modèles de financement ne sont pas consolidés / Incohérence et précipitation de la démarche / nous deviendrions l'exception alors même que nos établissements sont les seuls à appliquer la règle commune.

## **Article 37 - Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités**

La mesure proposée consiste à consolider l'offre d'accompagnement et de prise en charge des femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité. Seront pris en charge sous conditions pour ces femmes des prestations d'hébergement non médicalisé à proximité d'une maternité en amont du terme prévu de la grossesse ainsi que le transport entre le domicile et la maternité.

Cette mesure s'inscrit, par ailleurs, dans un cadre plus large de nouveaux services d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la naissance, en particulier pour les femmes éloignées d'une maternité. Cet « engagement maternité » comprend également :

- ***un renforcement de l'accompagnement et du suivi en proximité en amont et en aval de l'accouchement ;***
- ***une organisation spécifique pour les situations d'urgence et les accouchements inopinés.***

## Article 40 - Mise en place d'un parcours global post traitement aigu d'un cancer

La création d'un parcours d'accompagnement vers l'après-cancer permettra de fluidifier les soins et de renforcer l'effectivité des interventions précoces. Un tel parcours est en particulier destiné à favoriser le recours aux soins de supports délivrés par des professionnels compétents pour offrir des conseils en activité physique adaptée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...), nutritionnels (diététiciens...) et psychologiques, notamment en cas de chirurgie dans le cadre d'un traitement du cancer du sein.

Cette mesure permettra ainsi de mettre l'accent sur la prévention tertiaire pour les patients atteints d'un cancer. L'intégration d'un bilan d'activité physique dans le programme personnalisé de soins pour les patients souffrant de cancer pourrait notamment être systématisée. La prise en charge du parcours sera soumise à une prescription médicale. Elle contribue à l'objectif de qualité des prises en charge et de pertinence des soins en offrant un parcours complet et le plus adapté aux pathologies. Une attention particulière sera d'ailleurs portée aux résultats de cette mesure.

Les ARS financeront des organismes sélectionnés afin qu'ils organisent un parcours composé, en fonction de ce qui apparaît le plus pertinent au médecin prescripteur :

- d'un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique pour lever les freins à la pratique de l'activité physique ;
- d'un bilan psychologique, d'un bilan nutritionnel, et des consultations de suivi afférentes.

## Article 44 - Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018

- *Renforcer les moyens d'organisation du secteur des transports de patients pour en améliorer la performance*
- *Permettre le développement de projets expérimentaux*
- *Inciter au transport partagé en accompagnant les acteurs*

## **+ Amendement sur la réforme du financement des urgences.**

### **Urgences : vers un nouveau modèle de financement**

Un amendement au PLFSS, issu des travaux menés par la mission parlementaire sur les urgences et soutenu par le gouvernement, propose une refonte globale du modèle de financement des services d'urgences.

Ces derniers seront financés majoritairement par une enveloppe forfaitaire qui dépendra, d'une part de l'importance de la population couverte par chaque service et de ses caractéristiques socio-économiques, et d'autre part de la densité médicale libérale du territoire. Ce nouveau dispositif, déjà annoncé en septembre dans le Pacte des urgences, viendra remplacer le financement actuel, qui est défini en fonction de l'activité de chaque service et repose sur un forfait annuel (FAU) et sur un tarif par passage (ATU). Une part minoritaire de financement à l'activité perdurera, éventuellement pondérée en fonction de la lourdeur des patients pris en charge, tandis qu'une part de financement à la qualité sera introduite via IFAQ.

# Les Propositions de la FHP-MCO pour la Campagne Tarifaire 2020

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

## Campagne tarifaire 2020

### I. Des Hypothèses de construction à confirmer

- a) Fixer une cible du volume prévisionnel 2019 pertinente en lien notamment avec les réalisations constatées
- b) Pérenniser les actions sur l'Obstétrique et soutenir la création du forfait accueil urgences gynécologiques mais aussi réallouer les ressources manquantes dues à la sous-évaluation tarifaire de la césarienne.
- c) Adopter un plan d'économies cohérent : pas d'économies ciblées sur la chirurgie ambulatoire (cf. rapport & charges de la CNAMTS de juin 2019)
- d) Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement

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

- a) Un financement IFAQ cohérent, mensualisé, garantissant une certaine continuité du modèle
- b) Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2018
- c) Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs
- d) RIHN : accélérer la mise à jour des listes d'actes afin d'assurer un financement à 100%
- e) Financement des transports : des aménagements du dispositif mis en place sont nécessaires : moins de 48 heures et longues distances.
- f) Prestation Inter-établissements (PIE) de moins de 48 heures .

## **II. Des mesures structurelles à développer**

- a) Envisager une approche pluriannuelle des éléments tarifaires correspondants
- b) Soutenir les expérimentations du financement au parcours de soins notamment dans le cadre de l'article 51.
- c) Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing

## Campagne Tarifaire 2019 et 2020

### ➤ Point de situation :

- ✓ les forfaits pathologies chroniques,
- ✓ IFAQ,
- ✓ Intégration des transports dans les tarifs,

**Mesures portées par la Task Force Réforme du  
financement :  
Les Forfaits Pathologies Chroniques**



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ



## Paiement au suivi :

Une stratégie de transformation de la prise en charge du patient chronique

### Objectifs :

- Inciter à la prévention, à l'accompagnement et au suivi au long cours du patient
- Adapter le financement aux caractéristiques des patients et valorisant les résultats de santé obtenus ainsi que l'expérience patient
- Améliorer le lien avec le patient en mettant en place des infirmières de parcours, du télé suivi, de la surveillance d'objets connectés...
  - ⇒ **Le paiement au suivi, nouveau mode de financement, en vue de permettre :**
    - **une prise en charge par une équipe pluri-professionnelle,**
    - **qui suit le patient dans la durée (coordination, différents modes de contact...),**
    - **dans le but d'améliorer en continu la qualité de la prise en charge et les résultats obtenus.**

- Les grandes étapes :
  - La 1ère étape 2019 ne concerne que les établissements de santé :  
Mise en place d'un forfait de transformation de la prise en charge pour la maladie rénale chronique au stade 4 et 5 et le diabète  
  
⇒ MRC : au 1er Octobre 2019      Diabète : report à 2020
  - La 2nd étape concernera :
    - ✓ Les ES avec la mise en place de forfaits pour les autres pathologies chroniques
    - ✓ Les professionnels libéraux (profession médicales et paramédicales) avec la création de forfaits « en miroir » en favoriser la coordination et l'alignement des acteurs.
    - ✓ En parallèle sont expérimentés des forfaits globaux versés à l'ensemble des acteurs : expérimentation des forfaits pluri-professionnels dans le cadre de l'article 51 (PEP, IPEP, ...)

# Calendrier et Méthode



- Les patients concernés :  
MRC : stade 4 et 5 (DFG<30ml-formule CKD EPI), adultes  
*Diabète : Exclusion des séjours diabète gestationnel, des prises en charge spécifiques liées au pied diabétique, au coma acido-cétosique, et au remplissage des pompes implantées*
- Périmètre des prises en charge : ce qui est inclus dans le forfait et ce qui reste facturable en sus
- Eligibilité des établissements :  
*Cible Diabète : 300 patients / an, avec pour débiter en 2019 - 2020 : 500 patients adultes ou 150 enfants /an*  
Cible MRC : 160 patients /an, avec pour débiter en 2019/2020 : 220 patients /an
- Conditions de versement de la rémunération : prestations minimales exigées pour le versement de l'intégralité du forfait
- Modalités de versement : une dotation annuelle et un versement mensuel par douzième
- Montant du forfait
- L'évolution du modèle de financement pour tenir compte des caractéristique patients et la qualité

- ⊙ Les textes encadrant le dispositif sont parus :
  - Article 38 de la LFSS 2019 qui a créé l'article [L.162-22-6-2 du CSS](#)
  - Le [décret n°2019-977 du 23/09/2019](#) relatif à la rémunération forfaitaire des ES pour certaines pathologies chroniques prévue par l'article L.162-22-6-2 du CSS
- ⊙ Et pour la MRC:
  - [Arrêté du 25/09/2019](#) relatif aux forfaits alloués aux ES dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de MRC en application de l'article L.162-22-6-2 du CSS
  - [Arrêté du 27/09/2019](#) fixant la liste des établissements éligibles aux forfaits alloués aux ES dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de MRC
  - Instruction relative à la mise en œuvre des paiements au suivi pour la MRC au 1<sup>er</sup> oct. 2019
  - Notice Technique ATIH – 505-7-2019
  - Note d'information aux ARS du 25/10/2019: recueil allégé pour 2019
- ⊙ 2 Dépêches FHP-MCO:
  - Dépêche Expert N°505 - Forfait Pathologie Chronique - Maladie Rénale Chronique
  - Dépêche Expert N°506 - Forfait Pathologie Chronique - Maladie Rénale Chronique : Parution des textes
  - Dépêche Expert N°513 - Forfait Pathologie Chronique - Maladie Rénale Chronique : complément d'info

## Le recueil de données :

### ➤ Les objectifs et les variables pour la MRC

Données administratives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de l'établissement et du patient</li> <li>- Données calendaires pour le déclenchement/arrêt du forfait</li> </ul>	FINESS juridique – FINESS géographique – IPP – Date de naissance – Sexe – Date de début de la pec dans le parcours – Date de fin la pec dans le parcours – Mode de sortie du patient du parcours – Patient bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS
Caractéristiques patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les patients relèvent du forfait</li> <li>- Moduler le forfait selon les caractéristiques du patient</li> </ul>	Etiologie - Stade MRC 1 <sup>er</sup> semestre - DFG au 1 <sup>er</sup> sem. - Date DFG au 1 <sup>er</sup> sem. - Test protéinurie des 24h ou test «spot» sur protéinurie /créatininurie au 1 <sup>er</sup> sem. - Stade MRC au 2 <sup>ème</sup> sem. - DFG au 2 <sup>ème</sup> sem. - Date DFG au 2 <sup>ème</sup> sem. - Test protéinurie des 24h ou test «spot» au 2e sem. - Liste de complicat <sup>o</sup> et comorbidités à cocher - Mobilité ABM.
Activité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les conditions min. sont remplies</li> <li>- Suivi de la montée en charge du forfait / données pour l'évaluation de ce nouveau mode de tarification</li> </ul>	Nbre de consultations de néphrologue – Nbre de séances avec un diététicien – Nbre de séances avec un IDE pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie – Nbre d'entretiens avec une assistance sociale – Nbre de séances avec un psychologue
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement à la qualité / selon les résultats obtenus (dont expérience patients)</li> </ul>	<i>A Venir : Réponse questionnaire patient, Réunion pluri-professionnelle pour le patient, Envoi lettre au médecin traitant, Evolution de la maladie rénale ...</i>

## ⊙ Le recueil de données :

- Il est intitulé « résumé de parcours » et doit être rempli et transmis 2 fois/ an. Le résumé est anonymisé avant transfert à l'ATIH
  - ✓ Remontée M6 et M12,
  - ✓ GENRSA ou AGRAF
  - ✓ Format du recueil : DATEXP
- Il peut être collecté sur l'outil de saisie mis à disposition par l'ATIH ou sur un outil élaboré localement
- l'outil de recueil ATIH :
  - ✓ Il s'agit d'un logiciel à télécharger et importer en local. Il nécessitera donc une saisie centralisée (un seul poste informatique à partir duquel la saisie des données dans cet outil sera possible).
  - ✓ Il permet l'import et l'export des données dans le format adapté à la transmission
  - ✓ Ne permet pas la gestion de la file active des patients
- AGORA: un thème « Forfait pathologie chronique : MRC » a été créé

## IFAQ 2019

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

- IFAQ 2019: Modèle rénové issu des travaux de la Task Force Réforme du financement
- La qualité dans le système de financement :
  - un compartiment qualité
  - en modulation dans les forfaits et paiements groupés
  - ⇒ IFAQ a vocation à être une rémunération sur des aspects transverses afin d'être complémentaire avec les autres dispositifs (art 51, forfait pathologie chronique, ...).
- Enveloppe:
  - pour les ES: ce mode de financement représentera 2 à 3 % des recettes assurance maladie des ES en 2022 soit 2 Md €. (Cible rapport Aubert)
  - passage d'une enveloppe de 50 Millions € à 200 Millions € pour 2019 (pris sur la masse tarifaire)
- Modèle :
  - On passe d'un score global à une **Rémunération à l'indicateur**

## ○ Principes :

- L'objectif est de rémunérer plus d'établissements.
- Indicateurs: nbre resserré d'indicateurs transversaux (pas plus de 10 par champ d'activité)
- Le principe du « niveau atteint » et de « l'amélioration » est maintenu.
  - ⇒ Une rémunération à l'indicateur (tous ont le même poids) sur le niveau atteint et l'évolution
- Le principe de comparaison des établissements est maintenu mais élargi et modifié.
  - Passage de 4 groupes d'établissements à 12
  - Ils sont définis sur la base de critère de champ d'activité, taille et degré de spécialisation du case-mix.
- Transparence sur les résultats
- Introduction d'un dispositif de **malus/sanction** (2020)
- Intégration de la psychiatrie (2021)

## Principes de rémunération retenus pour 2019:

1

L'enveloppe globale est répartie entre les douze groupes de comparaison au prorata de la valorisation économique des EG composant le groupe de comparaison

Groupes de comparaison	Part de valorisation	Répartition de l'enveloppe
MCO - 1. <15GA	4.5%	13 563 753
MCO - 2. [15-35]GA	15.9%	47 760 129
MCO - 3. >=35GA - <20Ksej	10.8%	32 519 416
MCO - 4. >=35GA - >=20Ksej	46.3%	138 815 565
SSR - 1. <20GN - <759sej	2.5%	7 595 475
SSR - 2. <20GN - >=759sej	4.5%	13 647 649
SSR - 3. >=20GN - <759sej	4.2%	12 732 228
SSR - 4. >=20GN - >=759sej	5.0%	14 961 691
HAD - 1. HAD	2.0%	5 954 799
DIA - 1. DIA - <7969seances	0.9%	2 574 871
DIA - 2. DIA - >=7969seances	2.9%	8 686 958
MCO - 1. MCO <=500	0.4%	1 187 468

2

Classement des EG par indicateur sur le **niveau atteint et l'évolution**  
Rémunération des **7 premiers déciles** (70% des ES par indicateurs) sans discrimination en fonction du niveau de qualité  
Le niveau atteint pèse pour 60% et l'évolution pour 40%

Illustration du principe pour le score atteint et le score évolution (à l'exception de la certification)



3

La **dotation** touchée par l'établissement dépend de :

- son groupe de comparaison ;
- de la valorisation économique de son activité ;
- du nombre d'indicateurs pour lesquels il est « gagnant »

**Une exception : indicateur de certification**

- ✓ rémunération entière pour les ES en A
- ✓ 2/3 de la rémunérations pour les ES en B

- Les textes encadrant IFAQ évoluent :
  - Révision de l'article L.162-23-15 dans la LFSS 2019 (art 37) pour :
    - introduire de la possibilité de sanction et Etendre le dispositif à la psychiatrie.
  - Un nouveau décret IFAQ pour définir :
    - Les catégories d'indicateurs intégrés au modèle
    - Les modalités de détermination de la dotation complémentaire (et de la sanction)
      - ⇒ Le [décret n° 2019-121 du 21 février 2019](#)
    - Les principes de fixation des seuils de sanction pour les indicateurs
  - Un arrêté unique annuel avec
    - La liste des indicateurs : intégré au modèle IFAQ et diffusés publiquement
    - Les paramètres du modèle
    - Les seuils de sanction pour chaque indicateur
      - ⇒ Cet arrêté devra paraître avant le 31/12/ de l'année N-1.
      - ⇒ Pour IFAQ 2019: [Arrêté 18 juin 2019](#)

## IFAQ 2019 – Les Indicateurs

Modification dans le  
 recueil des  
 indicateurs :

- Recueil annuel des indicateurs
- Recueil au niveau géo

Indicateurs		Niveau Atteint	Évolution
MCO	qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	
MCO-chirurgie ambulatoire	qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire	X	
MCO	Evaluation et prise en charge de la douleur	X	
ICSHA.3		X	
satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO		X	X
satisfaction et expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire		X	X
En HAD	Tenue du dossier du patient	X	
	Coordination	X	X
	Dépistage des troubles nutritionnels	X	X
	Evaluation des risques d'escarre	X	X
En SSR	Qualité de la lettre de liaison	X	
	Projet de soin-Projet de vie	X	X
	Evaluation et prise en charge de la douleur	X	
Certification		X	
Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées - HN D3.1		X	

## Perspectives IFAQ 2020:

- ⊙ Concernant les indicateurs:
  - **L'objectif est de tendre vers plus d'indicateurs de résultats.**
  - Indicateurs de résultats et d'expérience patient: Étendre e-satis au SSR, à l'HAD, réflexion sur les PROMs, ré-hospitalisation évitable, taux de mortalité
  - Indicateur de psychiatrie : expérimentation de nouveaux indicateurs dossier patient (2019), recueil généralisé (2020), intégration dans IFAQ en 2021 ?
  - Indicateur de QVT: Questionnaire mesure de la satisfaction au travail et développer de nouveaux indicateurs
- ⊙ Concernant la rémunération:
  - Différenciation de rémunération entre « les meilleurs » et les « moins bons » au sein des ES rémunérés
  - Modalité de versement
- ⊙ Le dispositif de sanction

Catégories	Indicateurs	MCO	SSR	HAD	Dia
Qualité des prises en charge perçue par les patients	Satisfaction&expérience des patients hospitalisés +48H en MCO	X			
	Satisfaction&expérience des patients hospitalisés pour chirurgie ambulatoire	X			
	Satisfaction&expérience des patients hospitalisés en SSR <b>Nouvel indicateur</b>		X		
Qualité des prises en charge cliniques	Evaluation et prise en charge de la douleur <b>Nouvel indicateur HAD</b>	X	X	X	
	Projet de soins et projet de vie		X		
	Tenue du dossier patient			X	
	Evaluation du risque d'escarre			X	
	Dépistage des troubles nutritionnels			X	
	Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées	X	X	X	X
	<i>Événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture - ou de genou (indicateur de résultat) (?)</i>	X			
Qualité des pratiques dans la prévention des IAS	<i>Consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (?)</i>	X	X	X	X
	Vaccination antigrippale des professionnels* (?) <b>Nouvel indicateur</b>	X	X	X	
	Précautions contacts complémentaires* (?) <b>Nouvel indicateur</b>	X			
	Antibiothérapie pour infection respiratoire basse* (?) <b>Nouvel indicateur</b>	X			
Qualité de la coordination des prises en charge	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	X		
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire	X			
	Coordination en HAD			X	
Certification	Niveau de certification V2014	X	X	X	X

## Perspectives

## Indicateurs

## IFAQ 2021 2022

Thématique	Indicateur envisagé	Avancement général	Intégration dans IFAQ
Prévention	Consommation totale d'antibiotiques en Doses Définies Journalières	A l'étude	2021
	Proportion de bactériémies diagnostiquées plus de 48h après l'admission (= nosocomiales)	A l'étude	2021
	% des patients tabagiques auxquels l'ES a proposé un suivi / accompagnement	Cadrage fait	2021
Urgences	Part de passages longs aux urgences	A l'étude	2021
Réhosp	Ré hospitalisations graves potentiellement évitables	A l'étude	2022 (?)
Performance	Ratio normalisé d'ambulatoire	Recueil à blanc en 2020 (?)	2021 (?)
Psychiatrie	Prise en charge somatique en temps plein	Recueil à blanc en 2020	2021
	Evaluation et prise en charge de la douleur	Recueil à blanc en 2020	2021
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	Recueil à blanc en 2020	2021
	Lien entre l'hôpital et la médecine de ville	Expérimentation 2020	2022
	Prise en charge somatique en ambulatoire	Expérimentation 2020	2022
	% patients connus d'un établissement psychiatrique qui passent aux urgences MCO pour un motif psy	A l'étude	2021
	% de rdv concrétisé à la sortie du patient d'une hospit. avec tous PS remboursés ou EPS (ambulatoire) dans un délai de 2 mois	A l'étude	2021
	Taux de dossiers comportant une évaluation du risque suicidaire	A l'étude	2021

## Le Ratio normalisé ambulatoire :



## Restitution

---

- Indicateurs sur la base des données 2018
  - Un indicateur pour chaque groupe de racines
- Restitution aux établissements en même temps que la restitution des indicateurs IFAQ 2019
  - Etablissement avec au moins 10 séjours
  - Résultat de l'établissement et distribution de l'indicateur au niveau du groupe de comparaison
  - Plateforme E-PMSI
  - Début d'année 2020

## Sanction :

### ➤ Ce que dit l'Article L162-23-15 (art 37 de la LFSS 2019) : Rappel du cadre légal

II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des ES concernés. Lorsqu'un ES mentionné au même I n'atteint pas, pendant 3 années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'ES concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le DG ARS, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le DG ARS peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'ES concerné.

Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nb d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Lorsque, pour une année donnée, un ES n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le DG ARS qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant 3 années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.

L'ES faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.

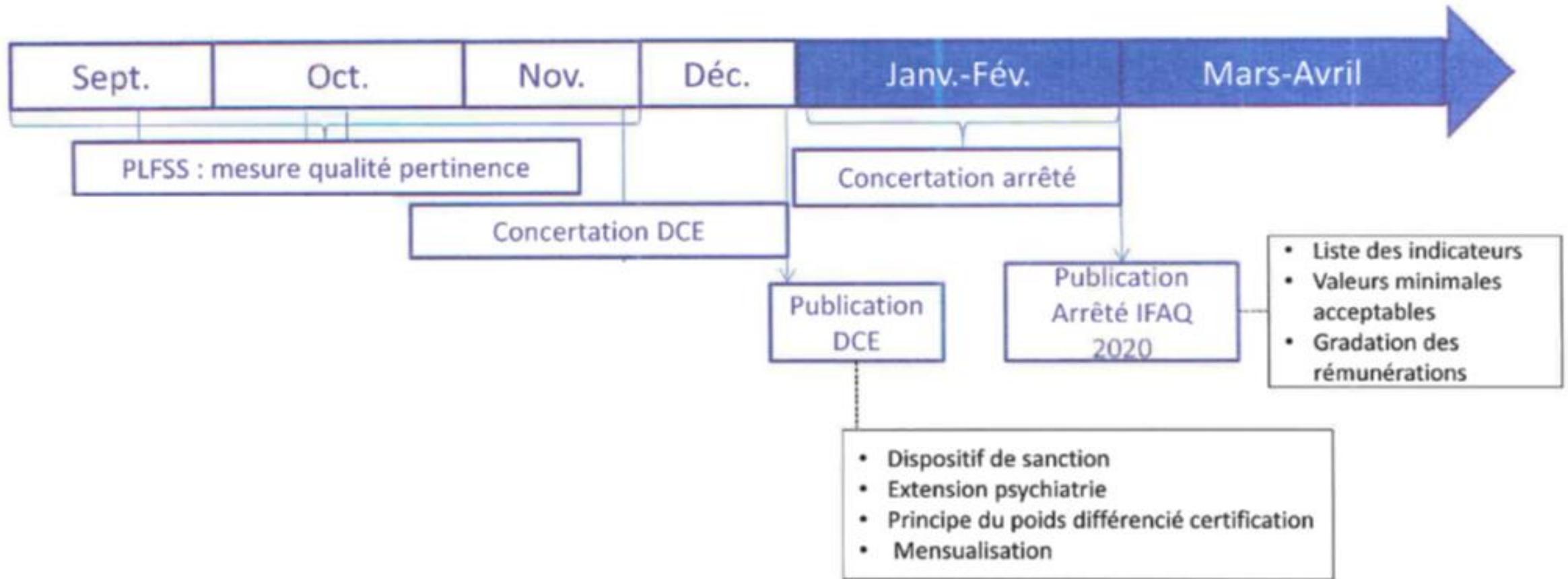
## Sanction :

- « Garanties » liées au dispositif de sanction :
  - Le malus issu d'un indicateur peut être compensé par un bonus issu d'un autre indicateur.
  - Seuls certains indicateurs seront concernés par le dispositif de sanction : e satis, QLS et la certification sont annoncés.
  - Les seuils de sanction seront fixés par indicateur en fonction de la distribution observée des scores des établissements.
  - Pas de sanction dès la 1ere année : les 2 1ères années où un ES obtient un score inférieur au seuil de sanction, il est informé par le DGARS. La sanction ne s'applique qu'après 3 années consécutives (soit 2023) de non atteinte du seuil pour un même indicateur.
  - Plafond de la sanction : il est fixé un niveau législatif, il limite le montant global de la sanction à 0.5% des recettes Assurance Maladie de l'établissement.
  - Une marge d'appréciation sera laissée au DGARS qui pourra ne pas appliquer la sanction en cas de « conditions particulières propres à un établissement ».

## Sanction et PLFSS 2020 :

- Article 42 - Evolution du contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité:
  - Sécurisation du dispositif de sanction pour éviter les stratégies de contournement:
  - nécessaire de dissuader les comportements de non-recueil d'indicateurs de qualité ou de surcotations qui pourraient être adoptés par certains ES afin d'échapper au dispositif.
  - La rédaction actuelle de la loi (pénalité financière à l'issue de 3 années consécutives de non atteinte d'un seuil minimal de résultats pour certains des indicateurs) pourrait permettre à un ES d'échapper au dispositif, en ne recueillant pas un indicateur pour lequel il anticipe un mauvais résultat ou en effectuant un recueil inexact.
- ⇒ Le non recueil d'un indicateur obligatoire équivaut à un résultat en dessous du seuil minimal
- ⇒ L'invalidation d'un indicateur lors du contrôle équivaut à un résultat en dessous du seuil minimal

## Calendrier 2019 – 2020 :



# 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 (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 **TDE = 121,69 €**
  - Le supplément « **transport séance** » (TSE), dans le cadre d'un transfert entre 2 ES d'une durée < à 2 jours : **TSE = 144,20 €**
    - ✓ 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 ...

## ➤ Tableaux FHP-MCO



**Facturation des Frais de Transport**  
**Tableau Récapitulatif des situations concernant**  
**un établissement de santé MCO**

Cas de figure	Situation	Etablissement prescripteur	Etablissement Accueillant	Paiement du transporteur par	Facturation supplément (TSE TDE)
<b>Transport « définitif » (+48 h) vers un autre ES (ES B)</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			
<b>Transport provisoire (-48 h) pour une séance (ES B)</b>					
1.6	<b>Pour séance de chimiothérapie (ES B)</b>	B	B	B	TSE
<b>Pour séance de radiothérapie (ES B)</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
<b>Pour séance de dialyse (ES B)</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
	<b>Pour séance de caisson hyperbare (ES B)</b>	A	B	A	Non

Ministère des Solidarités et de la Santé

Rechercher

Actualités/Presse Grands dossiers Ministère Métiers et concours **Professionnels** Études et statistiques

Affaires sociales Prévention en santé Santé et environnement Soins et maladies Système de santé et médico-social

Accueil > Professionnels > Gérer un établissement de santé / médico-social > Prise en charge des dépenses de transport par les établissements de (...)

### Prise en charge des dépenses de transport par les établissements de santé

publié le : 16.07.18 - mise à jour : 03.04.19

Par décret n° 2018-354 du 15 mai 2018, les modalités de prise en charge des dépenses de transports de patients hospitalisés ou en permission de sortie par les établissements de santé ont changé. Jusqu'alors limité, le périmètre des dépenses de transports à la charge des établissements de santé évolue à compter du 1er octobre 2018.

**Faire un signalement**

Le ministère de la Santé met à votre disposition un **formulaire** destiné à recueillir et transmettre les signalements en lien avec la mise en œuvre de la réforme.

**Mieux comprendre la portée réglementaire de la réforme**

Le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie mettent à votre disposition un ensemble de documents relatifs à cette nouvelle réglementation :

- La note d'information relative à la mise en œuvre de ce chantier ;
- Les deux documents annexés à la note d'information, à savoir :
  - une illustration du périmètre des dépenses de transports incluses dans la réforme ;
  - une proposition de cahier des clauses administratives particulières et de cahier des clauses techniques particulières à destination des établissements de santé.
- Une foire aux questions commune au Ministère de la santé et à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en réponse aux principales demandes des acteurs :

## ○ Nouveautés 2019 : suppléments SSR et PSY

- Création de 3 suppléments transports : [arrêté classif SSR et Psychiatrie du 16 avril 2019](#)
  - « **ST1** ». Il est facturé par l'ES d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre ES pour une durée > à 2 jours (càd un aller simple, il s'agit d'une sortie définitive du patient > 48h)
    - ✓ Il s'agit de l'équivalent du TDE pour les ES MCO **SSR : 106 € / PSY : 100€**
  - « **ST2** ». Il est facturé par l'ES d'origine pour chaque transfert provisoire du patient relatif à une PIA de moins de 48h vers le MCO pour un ACE « acte ou une consultation externe ». Il s'agit d'un transport aller-retour. **SSR : 191 € / PSY : 110€**
    - ✓ (Dans le cas où il s'agit d'une PIA Séjour, avec réalisation d'un GHS par l'établissement MCO, le coût du transport est par dérogation à la charge de ce dernier).
  - « **ST3** ». Il est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie thérapeutique. Il s'agit d'un transport aller-retour. **SSR : 191 € / PSY : 110€**

⇒ Ces suppléments **applicables à partir du 1er mai 2019.**

## ○ Suivi de la réforme :

- Comité de suivi et GT adhoc (plateforme, parcours)
  - Mécanisme « Stop-loss » :
    - Principe : permettre aux établissements impactés financièrement au-delà de -0,1 % de leur CA AM de pouvoir bénéficier d'une aide sous la forme de « AC », afin de ne pas être perdants avec la mise en œuvre de cette réforme article 80
    - En 2018, application aux ES MCO, 2019 élargie aux ES SSR et PSY
    - travaux ATIH en cours, dernière circulaire 2019
  - Evolution prévue pour 2020 :
    - Prise en compte de la distance : Travaux en cours (pas de date ni de visibilité sur ces travaux)
    - Demande portée par la FHP-MCO: élargissement du TSE à toutes les PIE
- ⇒ Info ATIH : évolution du recueil (*FICHSUP* → *FICHOMP*, et format du RSF pour le secteur ex-OQN avec l'ajout du code postal du lieu de résidence du patient)



## Evolution des recueils interchamps Transports – Article 80 (LFSS 2017)

- En campagne 2020 (1er mars)
  - Affinement des suppléments en fonction de classes de distance (en km)
  - Cet affinement est sous condition de la mise en place d'un recueil au séjour
  - FICHCOMP (secteur ex DG/DAF)
  
- Nouvelle variable à recueillir :
  - La distance selon des modalités qui restent encore à définir
    - Modalité 1 : [0 - X km]
    - Modalité 2 : [X km – Y km]
    - Modalité 3 : [+ de Y km]



## Evolution des recueils interchamps Transports – Article 80 (LFSS 2017)

### ○ Mesures d'accompagnement

- Production d'une annexe à la notice Transport de juillet détaillant les situations cliniques autorisant la facturation des suppléments (validation en cours)
- Restitutions de données agrégées en MCO sur les modes de sortie en regard des suppléments facturés
  - Utilisation du chaînage
- Autres ?

## Pour mémoire, plateforme campagne tarifaire 2019

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.

**La parole est à vous**

## QUESTIONS DIVERSES



# A vos agendas !

**Au  
CHATEAUFORM  
LE  
METROPOLITAN**

**Paris 17<sup>ème</sup>**

## **3<sup>ème</sup> Journée Métiers – FHP-MCO**

**Jeudi 26 Mars 2020**

MATIN	REFORME DES AUTORISATIONS	PRESIDENTS DE CME	CLUB PHARMACIE	
APRES MIDI	QUALITÉ Indicateurs/certification Financement	ATELIER REIN FHP-REIN	ATELIER CANCEROLOGIE AFC-UNHPC	ATELIER NAISSANCE

## **18<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM**

**Vendredi 27 Mars 2020**

**Nous remercions notre partenaire :**



- **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