



Jeudi 03 Décembre 2020

BIENVENUE!

10h00 à 13h00

ORDRE DU JOUR

➤ La REFORME du FINANCEMENT SSR

Éric NOEL, Délégué Général et Véronique ROUSSET, Déléguée aux affaires juridiques, FHP SSR

➤ CONSÉQUENCES DE L'ANNULATION PARTIELLE DU DÉCRET SUR LA FONCTION DIM ET L'ACCÈS AUX DONNÉES ?

Dr Gilles HEBBRECHT, DGOS

➤ La REFORME du FINANCEMENT des URGENCES

Thierry BECHU, Délégué Général, FHP-MCO

➤ POINT d'ACTUALITÉ MCO :

- Campagne tarifaire 2020
- Campagne tarifaire 2021
- Réforme des autorisations
- Financement COVID

Thierry BECHU, Délégué Général, Dr Matthieu DERANCOURT, Médecin Conseil, et Laure DUBOIS, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité, FHP-MCO

- **Questionnaire de satisfaction :**
 - ✓ **Envoi par mail à venir**
 - ✓ **Merci d'avance de nous le retourner**



REFORME DU FINANCEMENT SSR

Intervention de

*Éric NOEL, Délégué Général
et*

*Véronique ROUSSET, Déléguée aux affaires juridiques,
FHP SSR*

La parole est à vous

**QUELLES CONSEQUENCES DE L'ANNULATION PARTIELLE
DU DECRET SUR LA FONCTION DIM
ET L'ACCES AUX DONNEES ?**

Intervention de

Dr Gilles HEBBRECHT,

Adjoint à la cheffe de bureau

Chef de programme SIMPHONIE et des projets de facturation hospitalière (FIDES, ROC, Diapason...)

*Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins*

DGOS

La parole est à vous

LA REFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES

Intervention de

Thierry BECHU, Délégué Général

FHP MCO

Ne pas confondre le message et le messenger

Merci !

Pacte des urgences présenté le 9 Septembre 2019

MESURE 10 | REFORMER LE FINANCEMENT DES URGENCES

Ce qui pose problème...

Parce qu'il est directement lié au nombre de passages enregistré, sans prise en compte de la complexité des soins réalisés, le financement actuel n'incite pas les services à se recentrer sur l'activité que nul autre acteur ne peut offrir : l'accueil et la prise en charge des patient relevant de la médecine d'urgence. De fait, à modèle de financement inchangé, le fait d'accueillir moins de cas légers – ceux-ci pouvant être pris en charge en ville – entraîne une baisse du financement de ces structures.

C'est pourquoi une réforme du financement actuel est indispensable pour recentrer les urgences sur l'accueil des cas lourds, relevant plus spécifiquement de la médecine d'urgence.

et ce qui permettra de le résoudre

1) Octroyer une « dotation populationnelle de financement » aux services d'urgence

En remplacement des enveloppes actuelles alignées sur l'activité, les services d'urgence se verront financés majoritairement par une enveloppe forfaitaire dépendant d'une part de l'importance de la population qu'ils couvrent et de ses caractéristiques socio-économiques et d'autre part, de la densité médicale libérale dans leur territoire.

2) Ajuster la facturation à l'activité

A titre minoritaire, une part de financement continuera de dépendre de l'activité effective, en **tenant mieux compte qu'aujourd'hui de la lourdeur des prises en charge** et du volume d'activité des services.

En parallèle, dans le cadre du programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ), **des indicateurs seront intégrés pour attribuer des financements complémentaires aux hôpitaux dont les services d'urgence se montrent les plus vertueux en la matière.**

Pour mémoire : Article 36 - LFSS 2020

I. L'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« Art. L. 162-22-8-2. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311- 2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :

*« **1o Une dotation populationnelle**, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé. « L'Etat fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;*

*« **2o Des recettes liées à l'activité** et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1o de l'article L. 162-22-6 ;*

*« **3o Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité** et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en oeuvre de cette dotation complémentaire. « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »*

II. – A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, les mots : « , ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162- 22-6, » sont supprimés.

III. – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1o Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22- 8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-2, » ; 2o Après le cinquième alinéa, dans sa rédaction résultant des articles 34 et 35 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le montant de la dotation mentionnée au 1o de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2021.

Changer de paradigme de financement sans économie
sur l'enveloppe « urgences »

en

Passant d'un financement des moyens

à

un financement régional des besoins de la
population

Régions : Financement SU-SMUR par habitant

Région	Financement SU /hab	Financement SMUR / hab	Financement SU+SMUR /hab
La réunion	38	11	49
Pays de la Loire	45	8	54
Occitanie	45	15	61
Bretagne	49	12	61
Ile-de-France	54	9	63
Martinique	45	18	64
Auvergne-Rhône-Alpes	53	12	65
Nouvelle Aquitaine	53	15	68
Grand-Est	54	14	68
Centre-Val de Loire	56	17	73
Guyane	48	27	75
Guadeloupe	51	25	76
Provence-Alpes-Côte d'Azur	62	14	76
Hauts-de-France	63	15	78
Bourgogne-Franche-Comté	61	21	82
Normandie	68	16	84
Corse	47	48	94
Moyenne nationale	54,5	13,4	67,9

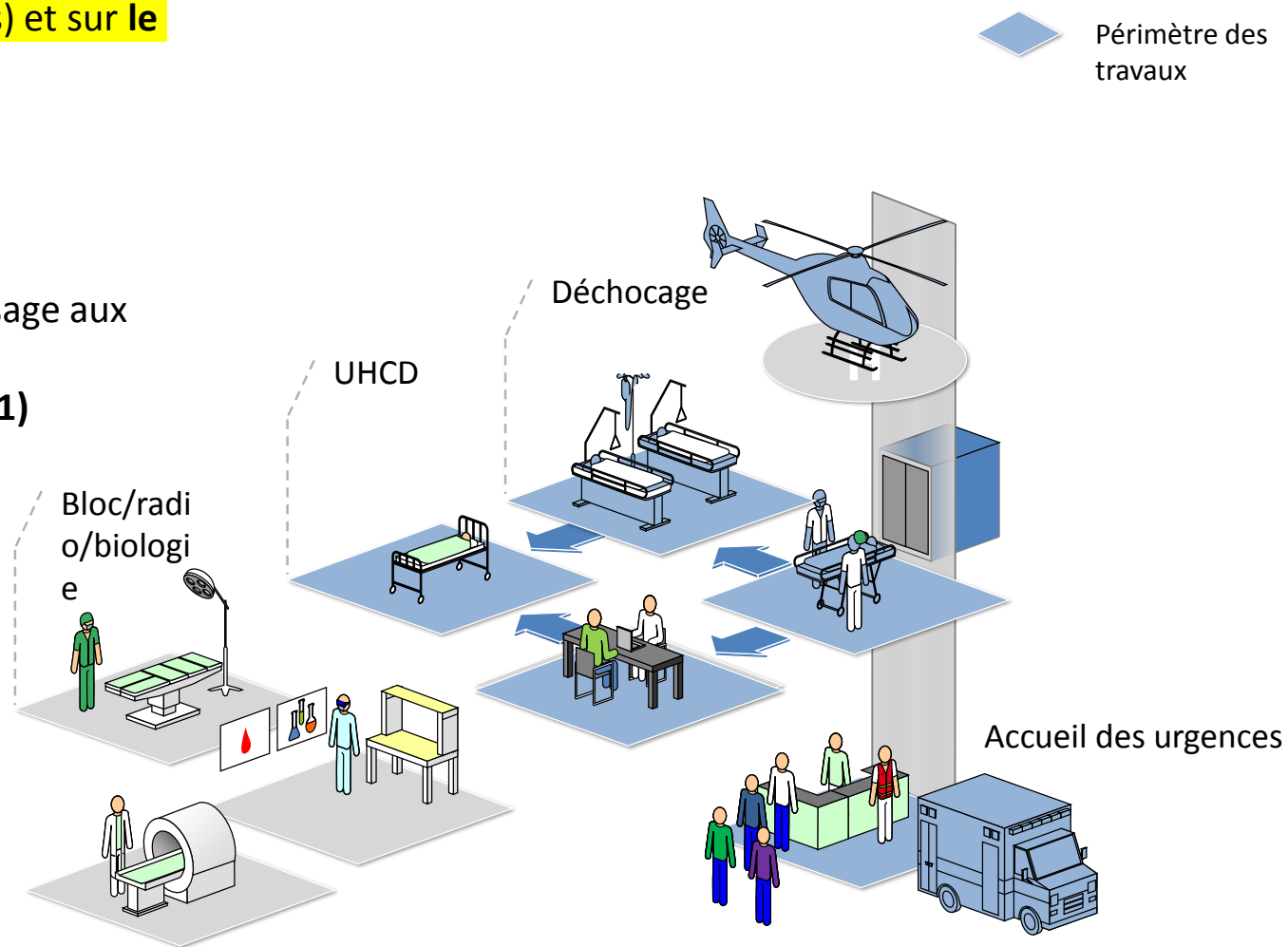
Périmètre :
De quoi parle-t-on ?

RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES ET SMUR : PÉRIMÈTRE

les travaux portent sur le financement des Structures des Urgences (UHCD inclus) et sur le SMUR (tous modes).

Sont exclus de nos travaux :

- Centre 15
- Plateaux techniques
- Séjours hospitaliers suite à un passage aux urgences
- **ATU Gynéco en maternité (en 2021)**



ATU gynéco

Un statut fragile

Le statut des ATU pour urgences gynécologiques est fragile car il s'appuie uniquement sur une circulaire de 2008 (cf encadré ci-dessous)

Maintien temporaire

Poursuite des facturations d'ATU gynéco + actes en 2021 et intégration de ces derniers dans la réflexion sur un forfait maternité (2022)

La FHP rappelle qu'aujourd'hui tous les établissements ne peuvent pas facturer des ATU gynéco

Il est précisé que le montant de l'ATU Gynéco dans la période intermédiaire sera inchangé

Rappel concernant les ATU gynéco :

Ce forfait ATU est facturable dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient par la structure des urgences de l'établissement de santé. Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales.

Source : CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

Recap financement 2018 et répartition

Données 2018	Ex DG	Ex OQN
ACE urgentistes (BR)	583	128
FAU	1 129	103
Mono RUM UHCD	601	46
Mutation sans RUM UHCD	440	21
Realloc Multi RUM	337	6
AC urgences + FAIU	10	0
TOTAL SU avec coef geo	3 461	367
SMUR (inclus TM et coef geo)	830	
Helismur	79	
MIG milieux perilleux	3	
TOTAL	912	0
TOTAL	4 373	367
Total SU + SMUR (hors evasan)	4 740	
Total (hors coef geo)	4 652	



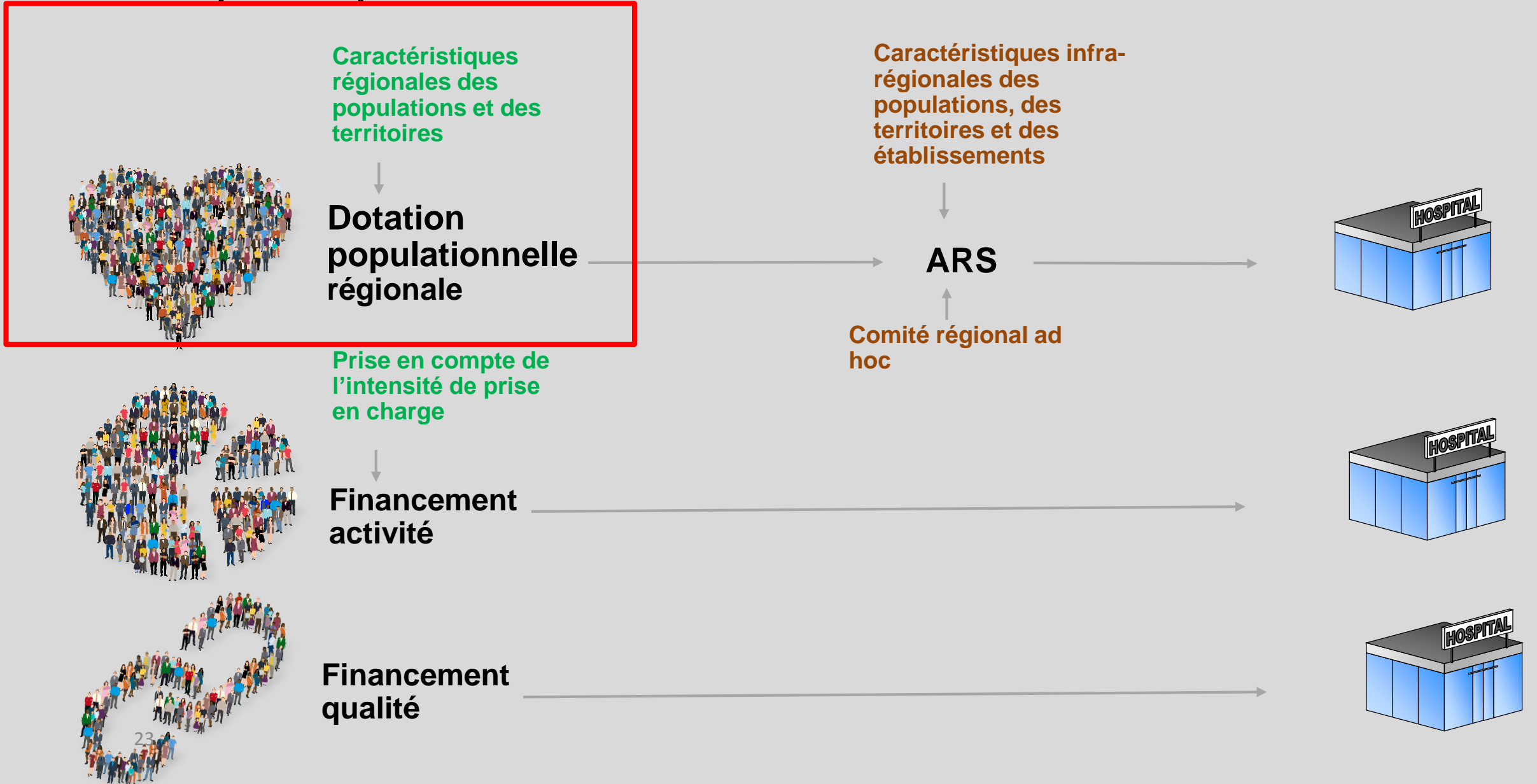
Données 2018 (hors coef geo)	En m Euros	En %
Financement total	4 652	100%
Part Activité	1 867	40%
Part Qualité	93	2%
Part Dotation populationnelle	2 692	58%
dont volet SU	1 797	39%
dont volet SMUR	816	18%
dont volet Helismur	79	2%

L'application de la réforme a été simulée sur l'année 2018 de la manière suivante :

- Simulation en 2018 des recettes liées à l'activité SU correspondant à la réforme. Avec cette première simulation temporaire les recettes liées à l'activité représenteraient 40% du financement SU-SMUR, un peu au dessus de notre cible.
- Simulation en complément de la DP et de la DQ. La DP représenterait 58% du financement SU-SMUR, un peu en dessous de notre cible. **Le volet SU de la dot pop « base 2018 » représenterait moins de 50% du financement total SU hors coef géo en 2018 (1797 m€ versus 3 756 millions d'euros pour le total SU).**

Les éléments du nouveau dispositif de
financement :
De quoi parle-t-on ?

Les principes de fonctionnement du nouveau modèle



❑ Dotation populationnelle

- Prise en compte de variables reflétant les différences de besoin des population pour améliorer l'équité de financement entre régions
- Assurer la stabilité du financement des structures des urgences indépendamment du nombre de cas pris en charge (notamment les cas légers)
- Dotation populationnelle régionale : convergence par rattrapage dans le cadre de la hausse de la dotation, pas d'effets revenus négatifs par région
- Dotation répartie au niveau de chaque établissement par les ARS selon des principes qui seront définis conjointement avec les acteurs

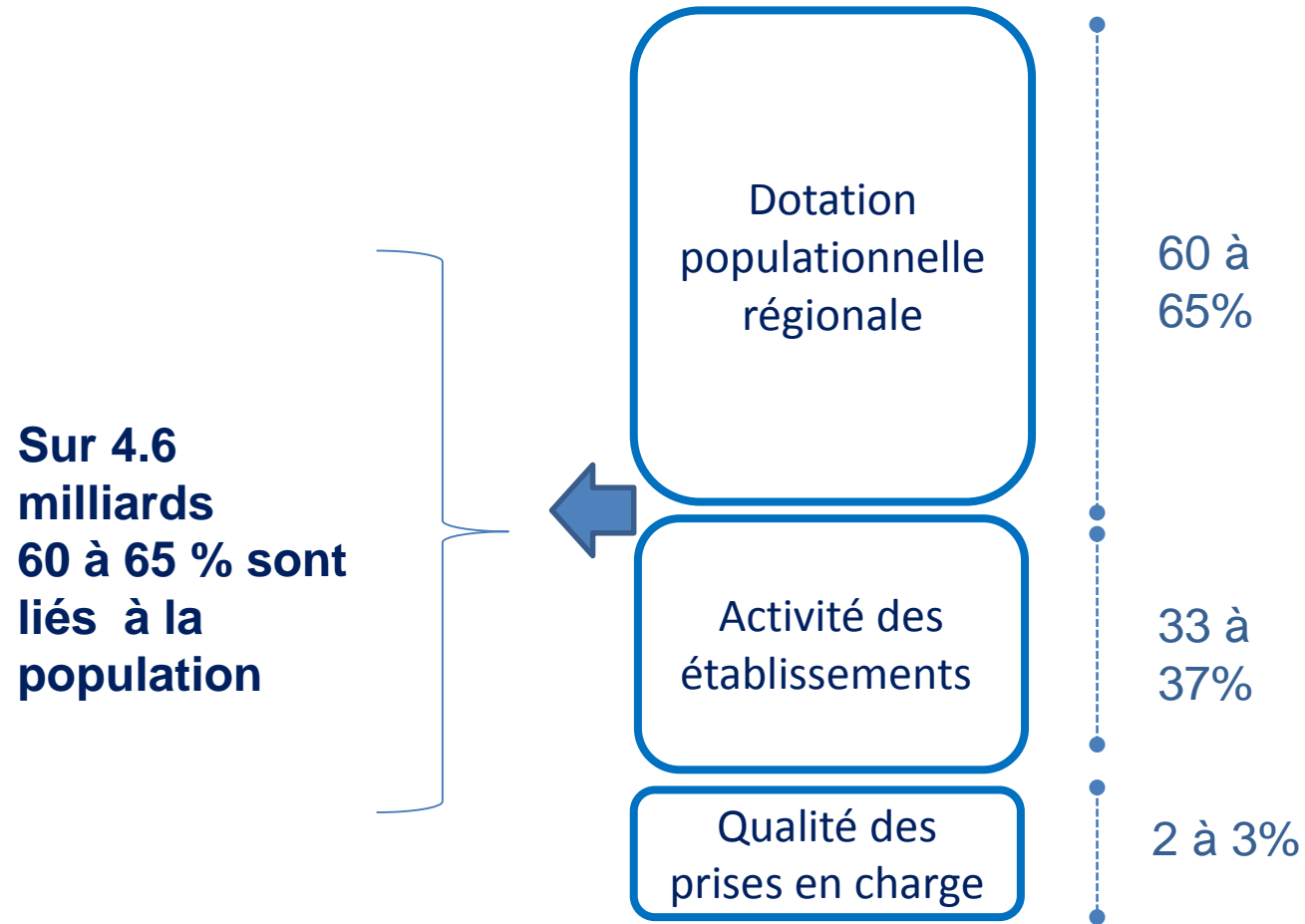
❑ Recettes liées à l'activité

- Prise en compte des différences de case-mix des SU afin de rééquilibrer les financements liés à l'activité en tenant compte de l'intensité de la prise en charge et de la gravité des patients
- **Mise en place d'un FPU (forfait au passage aux urgences) à la charge du patient (ou sa complémentaire), seul élément de rémunération à l'activité pour les établissements de santé privés.**
- Simplification du dispositif de facturation, notamment pour les établissements ex-DG, permettant d'alléger la gestion administrative et d'améliorer le recouvrement

❑ Dotation complémentaire qualité

- Associer une incitation financière à des indicateurs qualité propres aux structures des urgences et à moyen terme à l'activité SMUR

Les principes de la réforme



Périmètre : financement des établissements, hors honoraires des médecins pour le secteur ex-OQN

Le RAC des patients / complémentaire :
Comment cela fonctionne ?

PLFSS 2021 : Focus sur le Forfait Patient Urgences (FPU)

Suppression du mécanisme du Ticket Modérateur

- **Ce que dit aujourd'hui l'article 28 concernant la facturation du FPU:**
 - Exonérations : les cas de crise sanitaire ou de terrorisme et les mineurs victimes de sévices
 - FPU minoré : patients ALD (avec ou sans lien avec le recours), Maternité, invalides au sens du CSS, ATMP et invalides du code des pensions militaires
- **Le calibrage final du FPU se fera :**
 - En fonction des amendements éventuellement votés
 - De manière à reproduire les montants de reste-à charge constatés
- **Le FPU sera pris en charge par les complémentaires** (via le I de l'article L. 160-13 CSS)
- **Le Forfait Patient Urgences n'a pas pour but de faire baisser le recours aux urgences.** Ce sont les efforts de structuration de l'offre de soins non programmés qui viseront à faire baisser le recours aux urgences.
- Le FPU est d'abord une simplification mais aussi une **mise en cohérence de la facturation au patients avec ces efforts de structuration de l'offre de soins non programmés.** En effet aujourd'hui le ticket modérateur est plus faible pour un patient avec une simple consultation et un retour domicile et plus élevé pour un cas plus lourd. Demain, ils devront s'acquitter du même forfait (normal ou minoré) quel que soit le niveau de gravité.

De la Dotation Populationnelle (région)
à la Dotation socle (établissement)
De quoi parle-t-on ?

Dotation populationnelle

- ✓ **Périmètre des montants qui seraient intégrés dans la dotation populationnelle :**
 - FAU, FAI U
 - MIG SMUR, TM SMUR, MIG aide médicale urgente en milieu périlleux
 - AC fléchée pour le financement des primes urgences
 - X% des financements ATU + actes
 - 50% des financements GHS mono RUM UHCD

- ✓ **Calcul de la dotation populationnelle cible :** 2 calculs distincts SU et SMUR sont nécessaires car les paramètres d'ajustement de la dotation populationnelle retenus pour ces deux activités sont différents

- ✓ **Estimation l'enveloppe de référence SU-SMUR de chaque région :**
 - Estimation pour chaque région à partir du périmètre ci-dessus par consolidation d'une approche par département

- ✓ **Répartition de la dotation populationnelle en 2021 :** au prorata des masses économiques constatés selon le périmètre défini ci-dessus

Travaux de modélisation de la dotation populationnelle cible

- Les échanges avec les membres du GT et les rencontres ARS nous ont amené à approfondir les sujets suivants :
 - Amélioration des données concernant les passages de non résidents (touristes, AME...) et les passages des résidents dans un autre département
 - Recherche de l'influence de l'offre de soins sur le taux de recours aux urgences : prise en compte de l'offre de spécialiste et de MG de manière combinée
 - Recherche de l'influence de variables complémentaires SMUR (commune de montagne, zone à couvrir)
 - Explorer les enjeux liés à différents types de régressions (pondérées ou non notamment)
- Travaux réalisés avec le bureau R5 de la DGOS durant l'été:
 - Traitement des données SNDS concernant les données de passages 2018 de non résidents et taux de fuite
 - Réalisation d'une classification des communes en fonction de l'offre de soins et calcul du % de population de chaque département correspondant à ces classes

Modélisations Taux recours aux urgences –résultats octobre 2020

Variable expliquée : Nombre de passages aux urgences pour 1000 hab		
Méthode : Régression linéaire non pondérée		
Observations : Tous les départements y compris Corse et DOM	100	
R2 ajusté	0,786	
<i>Résultats</i>		
	▼ Coefficient▼	▼ Probabilité▼
Constante	293,11	2,74E-48
Nombre de passages non résidents par 1000 habitants : AME-SU = 100% non résidents - Valeur brute	1,11	4,78E-26
Taux de fuite passages SU par 1000 habitants - AME-SU 100% non résidents - Valeur Brute	- 0,46	8,24E-04
% de la population en ALD du département (variable centrée réduite)	22,69	2,18E-06
Taux de mortalité standardisé du département (variable centrée réduite)	8,97	3,96E-02
% de la population du département Distance_SU<10min (variable centrée réduite)	22,17	1,70E-05
% de la population du département Distance_SU>30min (variable centrée réduite)	- 22,46	3,21E-06
% de la population résidant dans une commune de Classe_4 (variable centrée réduite)	- 10,56	3,74E-02
% de la population résidant dans une commune de Classe 1 ou 2 (variable centrée réduite)	13,36	5,36E-03

Pour la régression, toutes les variables sont centrées-réduites sauf les variables « Passages non résidents (notamment AME / SU) » et « taux de fuite ».

Pour le calcul des taux de recours aux urgences cibles de chaque département, les variables % de la population à moins de 10 minutes ou plus de 30 d'une SU sont neutralisées. (en raison des implantations différentes – même score sur la moyenne nationale)

Variables « population », « Besoin », « offre »

Mise à jour de classification des communes en fonction de l'offre de soins (MG, spécialistes et autres professionnels)

Compilation de données d'APL et de temps d'accès aux différents professionnels de santé par commune puis classification des communes en fonction des ces données en 5 classes (analyse en composantes principales puis classification ascendante hiérarchique)

Offre de soins	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
APL infirmier 2017	+/-	-	+/-	++	+/-
APL Médecin Généraliste 2018	+	-	+/-	+	+/-
APL Kinésithérapeute 2017	+/-	-	+/-	++	+/-
tps accès cardio 2019	--	+/-	+	+	-
tps accès gynéco 2019	--	+/-	+	+	-
tps accès biologie 2019	--	+/-	+	+	-
tps accès ophtalmologue 2019	--	+/-	+	+	-
tps accès pédiatre 2019	--	+/-	+	+	-
Pourcentage de la population en 2019	1%	10%	48%	34%	6%

Résultat	Correspondance par rapport à la moyenne
--	Moyenne du groupe inférieure à (moyenne - 1,5 écart type)
-	Moyenne du groupe comprise entre (moyenne - 0,5 écart type) et (moyenne - 1,5 écart type)
+/-	Moyenne du groupe comprise entre + ou - 0,5 écart type autour de la moyenne
+	Moyenne du groupe comprise entre (moyenne + 0,5 écart type) et (moyenne +1,5 écart type)
++	Moyenne du groupe supérieure à (moyenne + 1,5 écart type)

Dotation populationnelle cible et rattrapage : Résultats 2019 en cours de finalisation

Nombre d'années de rattrapage	5	Croissance DP en %	1,80%	Croissance DP en €		46 236 771 €
Région	DP SU-SMUR base 2019 , y compris coef géo	DP SU-SMUR modélisée, y compris coef géo	Rattrapage à réaliser	Rattrapage DP par an	Croissance DP hors rattrapage	Croissance DP sur X ans
Auvergne-Rhône-Alpes	285 372 583	290 433 033	5 060 450	1 012 090	2 868 435 €	1,4%
Bourgogne-Franche-Comté	132 079 154	136 351 739	4 272 585	854 517	1 327 599 €	1,7%
Bretagne	109 448 527	122 981 691	13 533 164	2 706 633	1 100 127 €	3,5%
Centre-Val de Loire	104 399 531	112 659 482	8 259 951	1 651 990	1 049 377 €	2,6%
Corse	25 132 566	20 916 154	-	-	252 621 €	1,0%
Grand-Est	214 266 371	229 855 461	15 589 090	3 117 818	2 153 708 €	2,5%
Guadeloupe	25 038 101	22 013 413	-	-	251 672 €	1,0%
Guyane	17 184 915	18 002 847	817 932	163 586	172 735 €	2,0%
Hauts-de-France	245 893 944	224 366 394	-	-	2 471 614 €	1,0%
Ile-de-France	455 035 281	412 421 099	-	-	4 573 807 €	1,0%
La réunion	32 810 608	34 301 057	1 490 449	298 090	329 797 €	1,9%
Martinique	18 049 445	13 297 158	-	-	181 425 €	1,0%
Normandie	152 096 717	154 364 819	2 268 102	453 620	1 528 807 €	1,3%
Nouvelle Aquitaine	228 053 410	250 805 668	22 752 258	4 550 452	2 292 289 €	3,0%
Occitanie	210 046 861	203 274 422	-	-	2 111 295 €	1,0%
Pays de la Loire	101 229 792	129 272 181	28 042 389	5 608 478	1 017 516 €	6,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	212 571 697	193 392 886	-	-	2 136 674 €	1,0%
Total général	2 568 709 505	2 568 709 505	102 086 369	20 417 274	25 819 497	1,8%
			% croissance	0,79%	1,01%	

Ces résultats sont amenés à évoluer à la marge. Ils intègrent dans la DP de base le transfert d'une part des GHS Mono-RUM UHCD et des ATU.

La suppression du TM SMUR est également intégré dans la dotation populationnelle de base et modélisée.

Restent également à intégrer pour 2019 le FAIU et les AC primes de risque SU SMUR.

La croissance annuelle de la DP sur 5 ans est une hypothèse de travail à confirmer dans la construction finale de l'Ondam.

Outillage ARS : travaux 2020-2021

L'année 2021 sera une année de transition dont l'objectif principal sera la mise en œuvre des nouvelles enveloppes de financement et des nouveaux circuits de facturation. Un autre objectif sera d'assurer la stabilité du financement SU-SMUR des établissements au cours de cette année charnière. Un premier outil ARS sera donc développé pour qu'en 2021 la dotation populationnelle soit allouée de manière à limiter les effets revenus pour les établissements.

➤ **Répartition de la dotation populationnelle en 2021 : au prorata des masses économiques constatés selon le périmètre défini ci-dessus**

A l'horizon 2022 , il sera nécessaire de doter les ARS de plusieurs outils leur permettant de fonder les décisions d'allocation de la DP sur des données objectivées (concertation dans le cadre du CTRU). Plusieurs outils sont envisagés :

- Outil d'analyse des taux recours SU dont l'objectif sera de cibler les efforts de structuration de l'offre de soins non programmés
- Outil qui décline l'estimation des besoins populationnels par département voire infra-départemental (sur base des variables identifiées dans les travaux de calibrage des dotations populationnelles cibles)
- Référentiel de moyens de financement des établissements en fonction de l'activité SU-SMUR prenant en compte les lourdeurs de prise en charge
- Outil d'organisation territoriale du SMUR (Primaires, secondaires, Helismur)

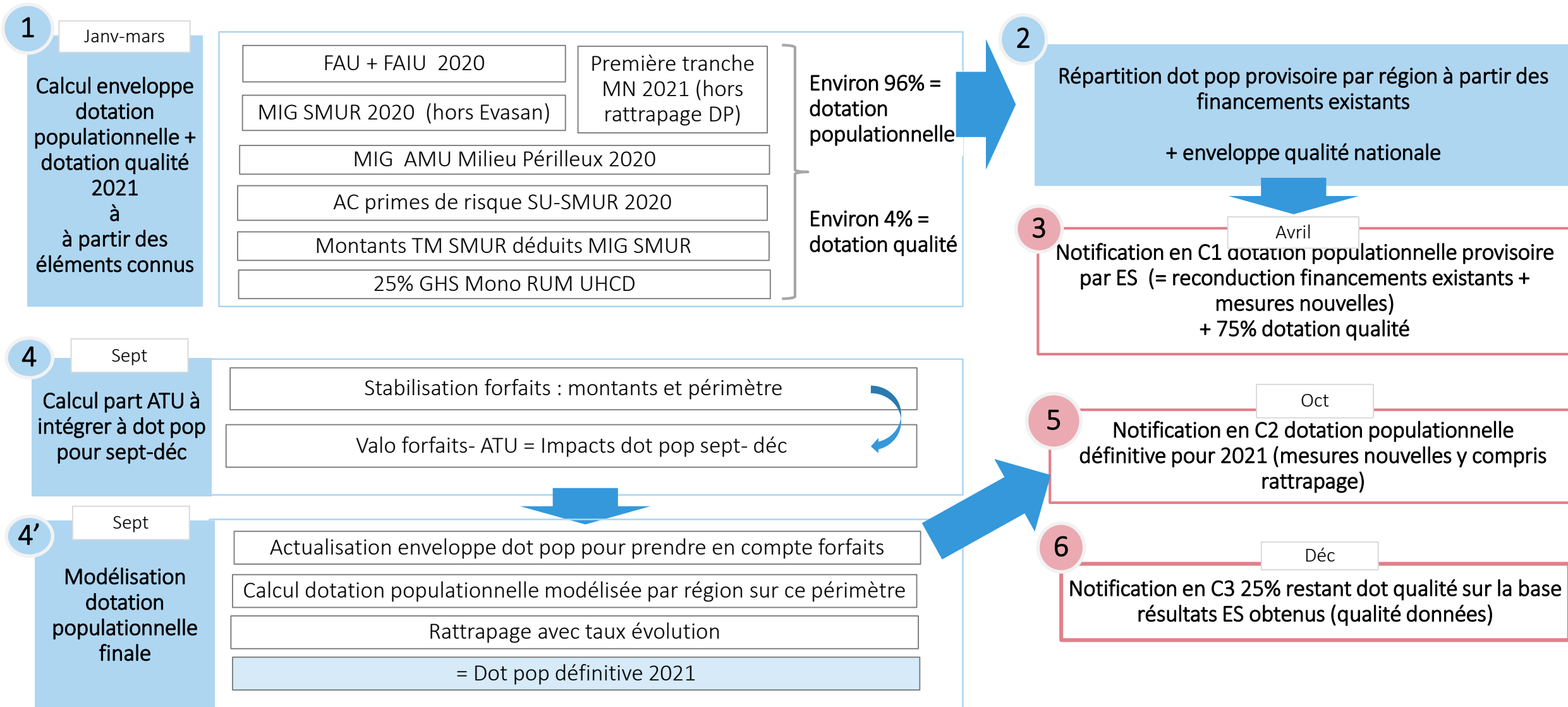
Composition comité de concertation

Représentations des fédérations

- Scénario proposé :
 - Socle minimal est de 2 par fédérations dès lors que le total des passages aux urgences est supérieur à 50 000 par fédération dans une région
 - Lorsque les trois fédérations sont représentés le nombre de membre du comité est égal à 10, lorsqu'il y en a deux ce nombre passe à 6 puis à 3 si une seule fédération est représentée.
 - Au delà du socle, les sièges restants sont attribués proportionnellement à l'activité des établissements de chaque fédération.

Nb passages	EX DG		EX OQN	Total	socle minimal			reste à allouer	allocation supp			allocation finale			Total
	ES publics	EBNL	EX OQN		FHF	FEHAP	FHP		FHF	FEHAP	FHP	FHF	FEHAP	FHP	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 504 899	83 391	416 580	2 004 870	2	2	2	4	3.0	0.2	0.8	5.0	2.0	3.0	10
Bourgogne-Franche-Comté	675 722	25 069	27 431	728 222	2	1	1	6	5.6	0.2	0.2	8.0	1.0	1.0	10
Bretagne	593 696	8 216	83 638	685 550	2	1	2	5	4.3	0.1	0.6	6.0	1.0	3.0	10
Centre-Val de Loire	597 373		89 051	686 424	2	0	2	2	1.7	0.0	0.3	4.0	0.0	2.0	6
Corse	58 899		13 694	72 593	2	0	2	2	1.6	0.0	0.4	4.0	0.0	2.0	6
Grand-Est	1 126 296	42 560	107 439	1 276 295	2	1	2	5	4.4	0.2	0.4	7.0	1.0	2.0	10
Guadeloupe	75 606		21 826	97 432	2	0	1	3	2.3	0.0	0.7	4.0	0.0	2.0	6
Guyane	28 641	5 722		34 363	2	1	0	3	2.5	0.5	0.0	5.0	1.0	0.0	6
Hauts-de-France	1 311 207	128 396	92 673	1 532 276	2	2	2	4	3.4	0.3	0.2	6.0	2.0	2.0	10
Ile-de-France	2 548 307	242 928	658 039	3 449 274	2	2	2	4	3.0	0.3	0.8	5.0	2.0	3.0	10
La réunion	131 325			131 325	2	0	0	1	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	3
Martinique	80 677			80 677	2	0	0	1	1.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	3
Normandie	833 309	13 946	165 669	1 012 924	2	1	2	5	4.1	0.1	0.8	6.0	1.0	3.0	10
Nouvelle Aquitaine	1 029 443	43 707	157 757	1 230 907	2	1	2	5	4.2	0.2	0.6	6.0	1.0	3.0	10
Occitanie	939 695	23 420	432 000	1 395 115	2	1	2	5	3.4	0.1	1.5	5.0	1.0	4.0	10
Pays de la Loire	639 859		95 546	735 405	2	0	2	2	1.7	0.0	0.3	4.0	0.0	2.0	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 158 839	138 770	154 068	1 451 677	2	2	2	4	3.2	0.4	0.4	6.0	2.0	2.0	10
Total	13 333 793	756 125	2 515 411	16 605 329											

Etales calcul dotation populationnelle + dotation qualité 2021



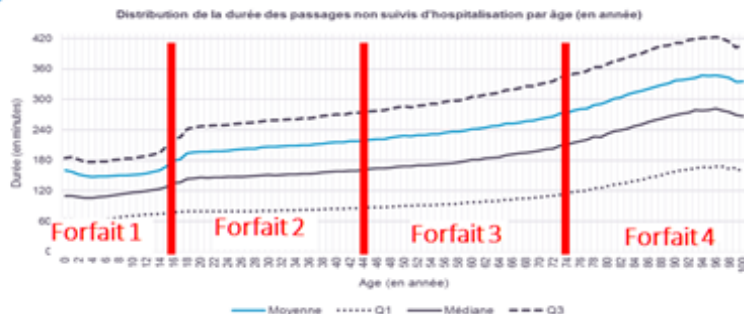
Rémunération à l'activité :
Comment cela fonctionne ?

Facturation des passages SU non suivis d'hospitalisation

Préfiguration Cible 2022



A- forfaits liés à l'âge



B- suppléments liés aux caractéristiques du patient



Arrivée du patient par ambulance ou pompiers



Type d'urgence : toxicologie



Etat du patient : CCMU 3-4-5

Inopérants en 2021, introduits en 2022



C- suppléments liés au plateau technique



Radiologie



Biologie

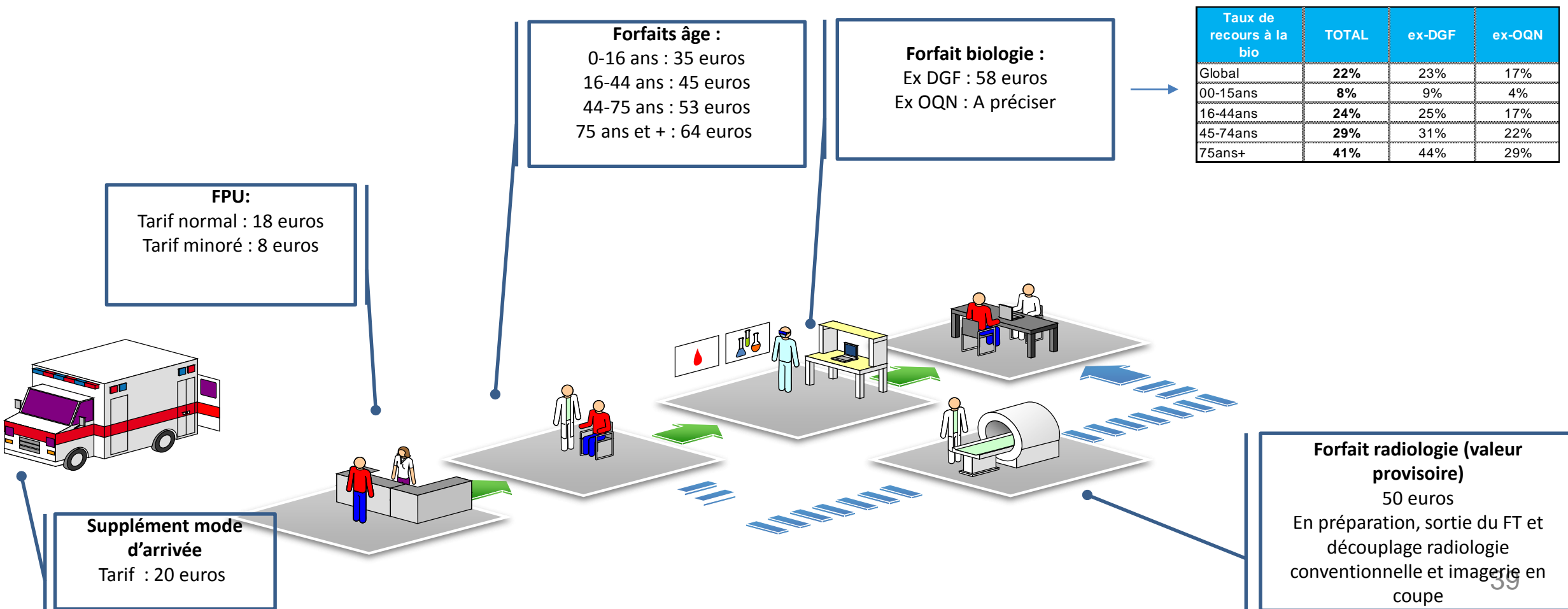


D – Forfait Participation Patients Urgences (FPU)

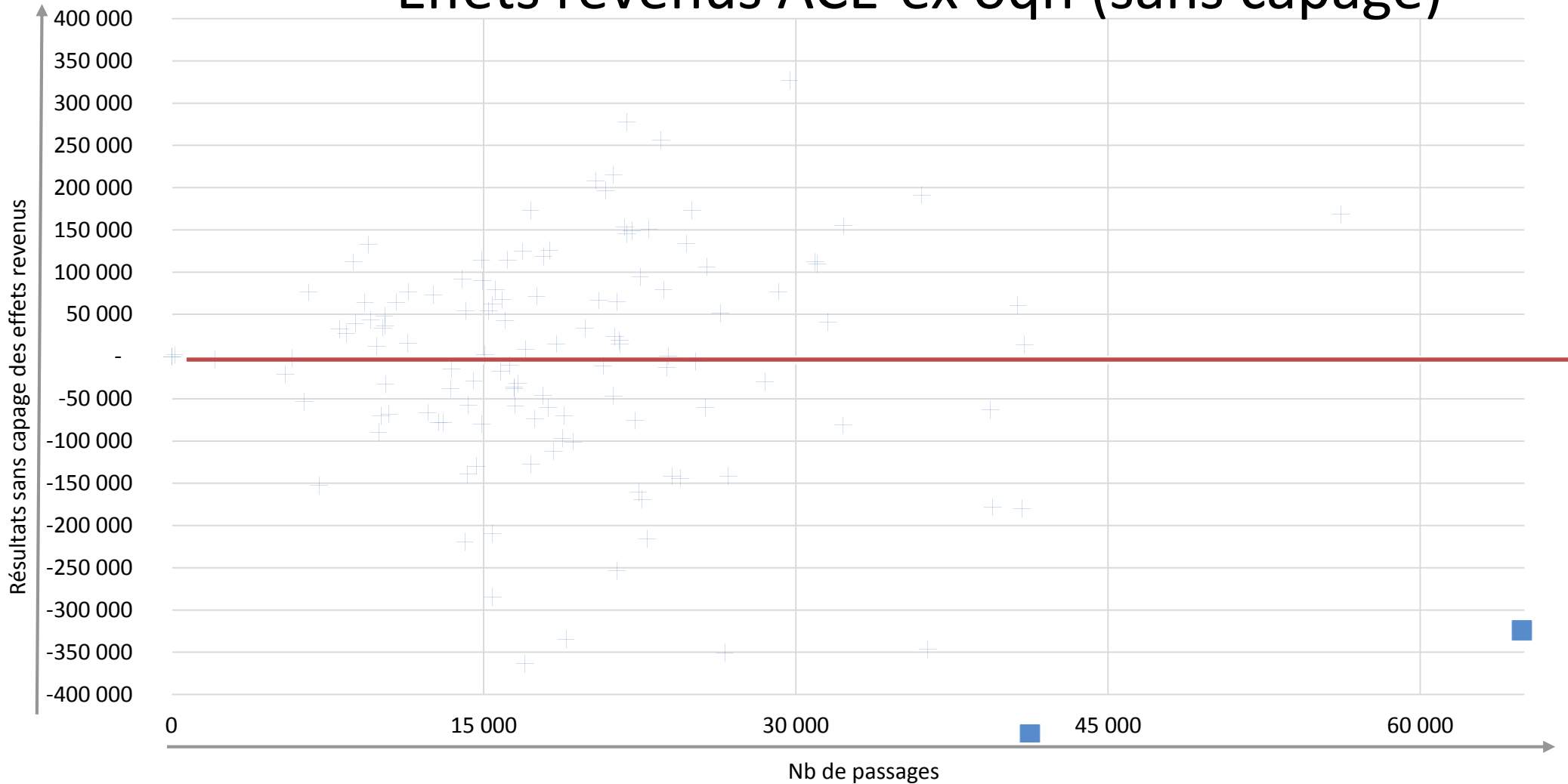
Cette proposition sera complétée une fois réalisés des travaux plus approfondis sur base d'un premier chainage RPU-PMSI. La question de la création de forfaits pour les passages non suivis d'hospitalisation correspondant aujourd'hui aux « ATU non facturables » (ressortissants étrangers sus convention ou non, bénéficiaires AME/SU, résidents sans droits sociaux ouverts...) pourrait se poser.

Les valeurs pour les forfaits 2021

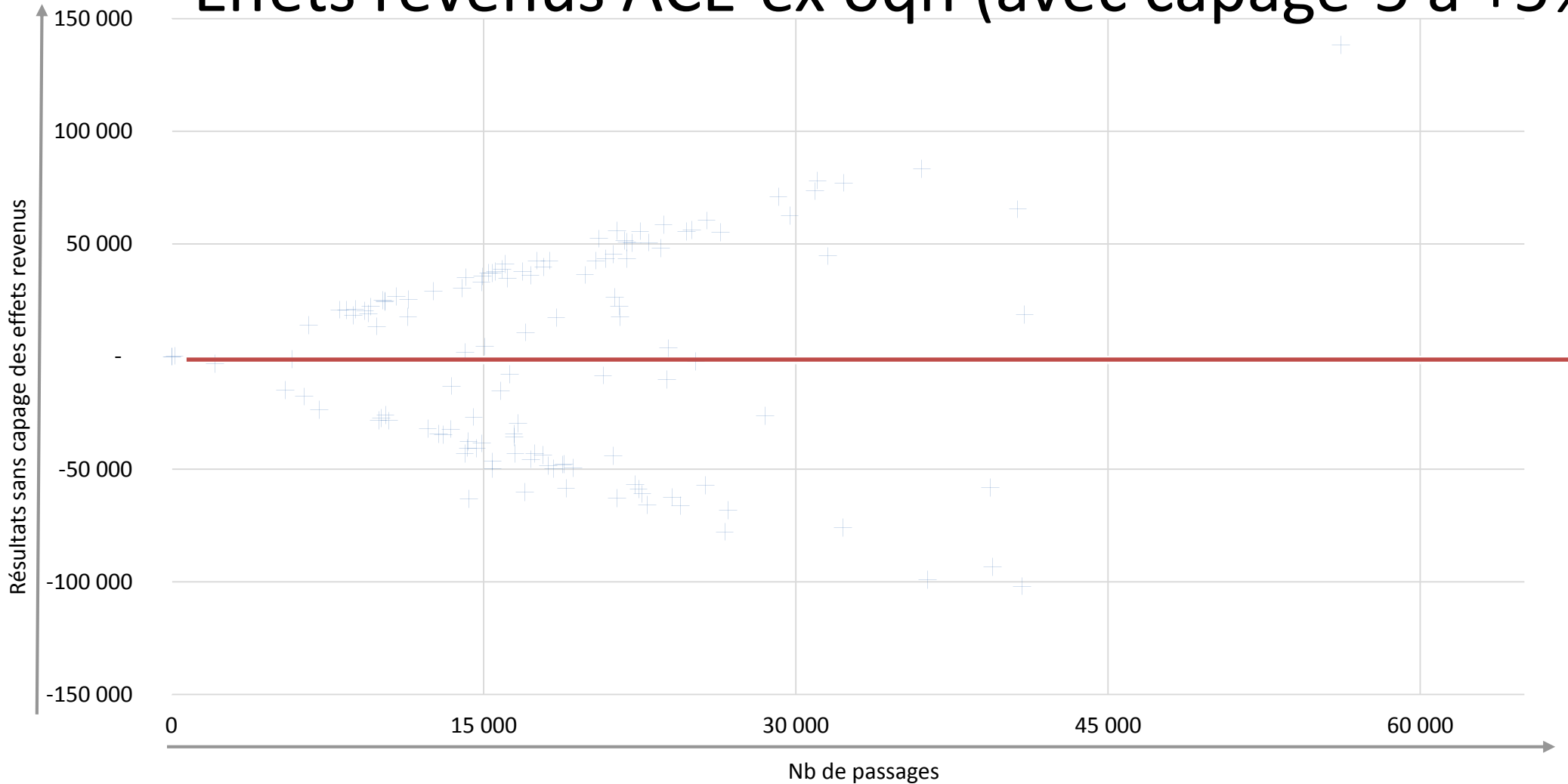
Les valeurs sont **indicatives** au 16 septembre 2021



Effets revenus ACE-ex oqn (sans capage)



Effets revenus ACE-ex oqn (avec capage-5 à +5%)



Rémunération à la qualité :
Comment cela fonctionne ?

Dotation Qualité (2% de l'enveloppe globale)

Le travail de spécification des indicateurs est en cours.

Les principes de rémunération des établissements sont les suivants :

A- l'établissement est rémunéré à hauteur de 25% si les données transmises sont fiables et exhaustives

B- sur les indicateurs l'établissement est comparé avec lui-même

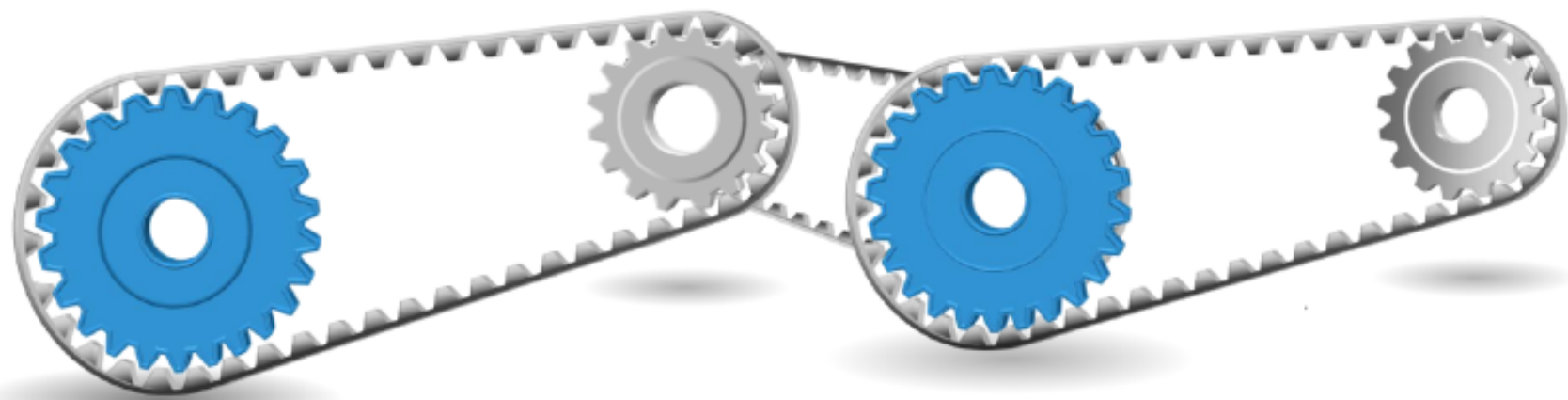
C- au delà d'un seuil de résultats à définir, l'établissement perçoit 100% de l'indicateur

D- toute progression donne lieu à rémunération (entre 50 et 100% de la rémunération de l'indicateur)

E- seule la baisse des résultats d'une année sur l'autre n'est pas rémunérée

2022- valorisation des indicateurs 2021 et introduction en recueil

- 1- Délai de prise en charge médicale pour les AVC ,AIT,ST+
- 2- Délai attente accueil et 1er contact médical ou IAO pour les patients lourds



2021- recueil sans valorisation et avec diffusion

- 1- Atteindre plus de 80% des patients de plus de 75 ans hospitalisés (=quittent les urgences) en 8 hrs maximum
- 2- Taux de perdus de vue (patients qui repartent sans avoir eu de consultation)
- 3- Taux heures ouvertures réelles SMUR/ heures ouvertures prévues

2023 valorisation des indicateurs 2021 et 2022 et introduction

- 1- questionnaire de satisfaction

RAPPELS: principe de valorisation

- **1- Enveloppe d'environ 2% du financement dédié au modèle**
- **2- Valorisation du recueil et de la transmission de données valides = 25% de l'enveloppe**
- **3- Pour les trois premières années de valorisation des indicateurs de qualité (2022 à 2025), l'établissement est comparé à lui-même:**
 - **Un établissement qui atteint la cible** bénéficie d'une rémunération complète sur l'indicateur
 - **Un établissement qui n'atteint pas la cible mais qui enregistre une progression par rapport à l'année précédente** bénéficie également d'une rémunération

	Indicateur	Définition +/- formule de calcul	État d'avancement des travaux/réflexions
INDICATEUR DE QUALITÉ DES DONNÉES	Indicateur de bonne complétion du DP	Taux de RPU avec un DP rempli et valide (ie code CIM10 valide)	Indicateur stabilisé : 95% de DP valides
	Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU	Analyse en fin de période, pour chaque jour de la période, du nombre de RPU datés du jour. Identification du nombre de jour avec activité RPU anormalement basse (ou nulle) <u>Calcul activité anormale basse = nombre de RPU < seuil à déterminer</u>	Indicateur en cours de développement : Résultat attendu de 0 jours avec nombre anormalement bas de RPU datés du jour (NAB)
INDICATEUR DE QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE	Indicateur des sorties non convenues	Analyse des Taux de « sorties non convenues » <u>Calcul</u> $= \frac{\text{nombre de patients avec destination "PSA+ fugue+SCAM"}}{\text{Nombre total de passages}}$	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de s'exclure du biais d'adaptation de codage (bascule des « PSA » en « fugue ») → Evolution vers un indicateur « Sorties non convenues » : = cumul (fugue + PSA + sortie contre avis médical) : proxy de l'expérience patient
	Indicateur de durée de passage aux urgences des personnes âgées	Durée de passages des patients de plus de 75 ans suivis d'hospitalisation (incluant les orientations vers UHCD)	<ul style="list-style-type: none"> Biais liés à l'orientation UHCD Indicateur sur les passages non suivis d'hospit non pertinent car masquant la problématique de gestion de l'aval → Orientation des travaux vers des indicateurs relatifs en complément/remplacement de l'indicateur initialement envisagé
	Indicateur de qualité des SMUR	Travaux en cours : Indicateur équipage SMUR & Indicateur indisponibilité structurelle du SMUR	

Présentation des mécanismes de versements de l'enveloppe qualité SU SMUR

Année de versement (C3)	Indicateurs pris en compte pour la rémunération	Année(s) utilisée(s) pour le calcul des indicateurs	Source des données
<i>Année 2021</i>	Indicateurs de qualité des données	données janvier- juin 2021 vs données janvier-juin 2019	Données « brutes » de l'ATIH disponibles mensuellement en cumul, et après phase de contrôle ATIH
<i>Année 2022</i>	Indicateurs de qualité des données et des prises en charge	données 2021 vs données 2019	Bases scellées de l'ATIH mises à disposition en juillet 2022 pour l'année 2021 + sources complémentaires ad'hoc SMUR
<i>Année 2023</i>	Indicateurs de qualité des données et des prises en charge	données 2022 vs données 2021	Bases scellées de l'ATIH mises à disposition en juillet 2023 pour l'année 2022 + sources complémentaires ad'hoc SMUR

Présentation par indicateur : première année de calcul des indicateurs et année de premier versement

		1ere année de valorisation des indicateurs	Année de premier versement pour l'indicateur (C3)
Indicateur de bonne complétion du DP		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU		2021 (janv-juin) vs 2019 (janv-juin)	2021
Indicateur des sorties non convenues		2021 vs 2019	2022
Indicateur de durée de passage aux urgences des personnes âgées		2021 vs 2019	2022
Indicateur équipage SMUR	Via données SAE	2021 vs 2020	2022
	Via RPIS	2023 vs 2022	2024
Indicateur indisponibilité structurelle du SMUR		2022 (mars-dec) vs 2021 (mars-dec)	2023

ORDRE DU JOUR

- 1- Synthèse de l'état d'avancement des travaux sur les indicateurs
- 2- Validation des seuils de haute qualité pour les indicateurs de qualité des données
- 3- Proposition d'indicateurs SMUR pour validation et feuille de route associée
- 4- Mécanismes de versement
- ➔ • 5- Modèle de rémunération : présentation des grands principes

pour rappel

- Pour les trois premières années de valorisation des indicateurs de qualité (2022 à 2025), **l'établissement est comparé à lui-même:**
 - Un établissement **qui enregistre une progression par rapport à l'année précédente** bénéficie d'une rémunération de 50 à 100% de l'indicateur fonction de l'intensité de l'amélioration
 - Un établissement **qui est à un niveau de qualité élevé** bénéficie d'une rémunération à 100% sur l'indicateur quelque soit sa progression
- Valorisation du recueil et de la transmission de données valides = 25% de l'enveloppe
- Valorisation de la qualité des prises en charge SU et SMUR = 75% de l'enveloppe

Enveloppe Qualité SU SMUR – 100M€

Rémunération de la qualité de la donnée disponible

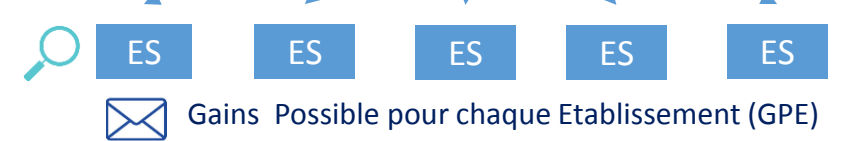
25%

Répartition au prorata de la valorisation économique de l'ES/de la SU +/- SMUR servant de base à la répartition de l'enveloppe potentielle par ES :
Orientation vers une valorisation économique de l'activité de la SU + de l'activité SMUR ?



Rémunération de la qualité des prises en charge (PEC)

75%



Zoom sur un ES

GPE

Répartition du GPE entre les indicateurs (même poids)

Indicateur 1
Exhaustivité calendaire recueil RPU

Indicateur 2
Bonne complétion du DP (valide)

Amélioration vs N-1 : 50% à 100% du GPE pour cet indicateur

Cible non atteinte et pas de progression : 0% du GPE pour cet indicateur

Seuil de haute qualité atteint : 100% du GPE pour cet indicateur

Zoom sur un ES

Modalités de fonctionnement identiques à celles décrites pour les indicateurs de qualité des données

Poids des indicateurs identiques +/- possibilité de pondération de certains indicateurs

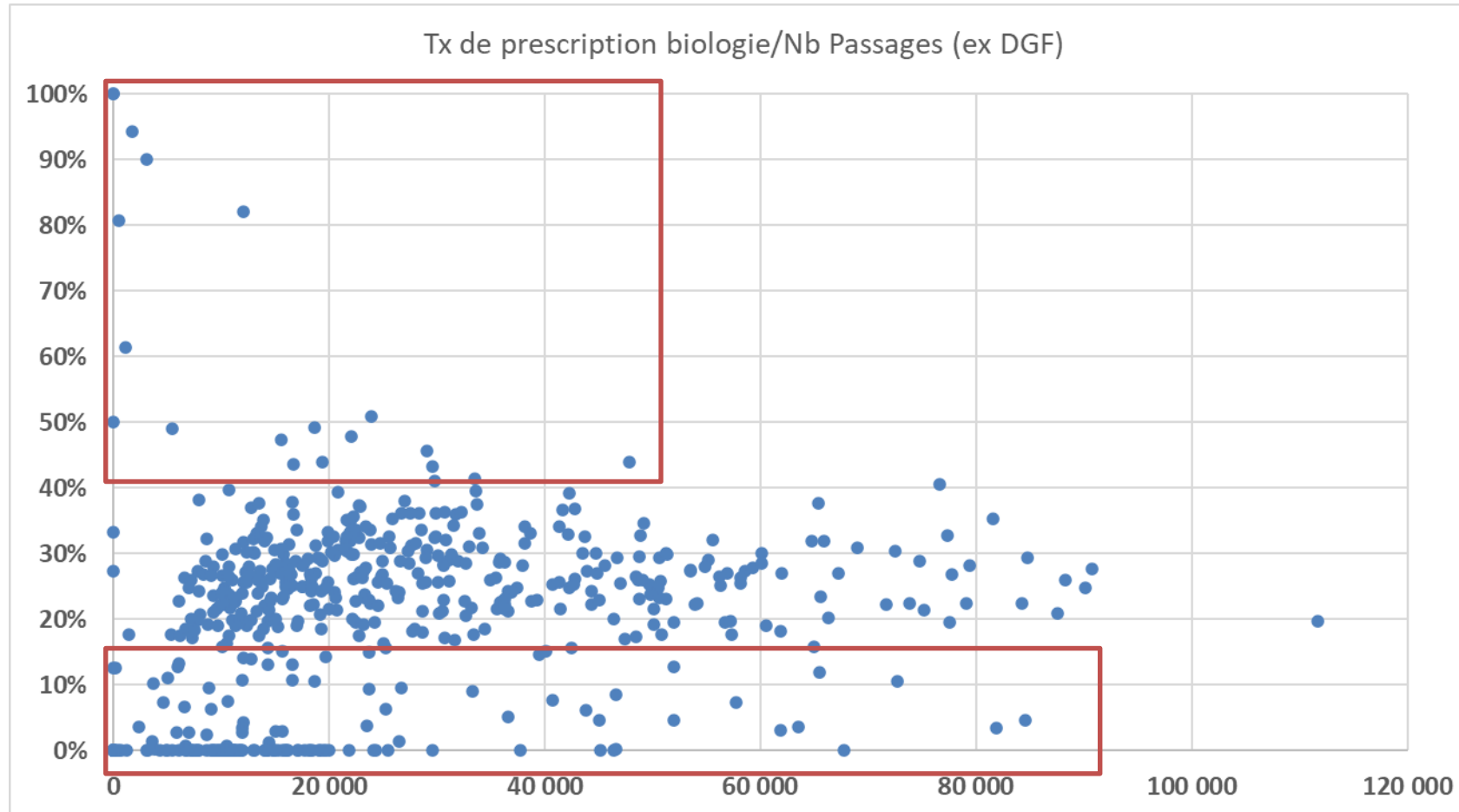
Rémunération qualité de la données = somme des rem par indicateur
(Répartition du reliquat de l'enveloppe entre les gagnants au prorata de ce qu'ils ont touché)

Rémunération qualité des PEC = somme des rem par indicateur
(Répartition du reliquat de l'enveloppe entre les gagnants au prorata de ce qu'ils ont touché)

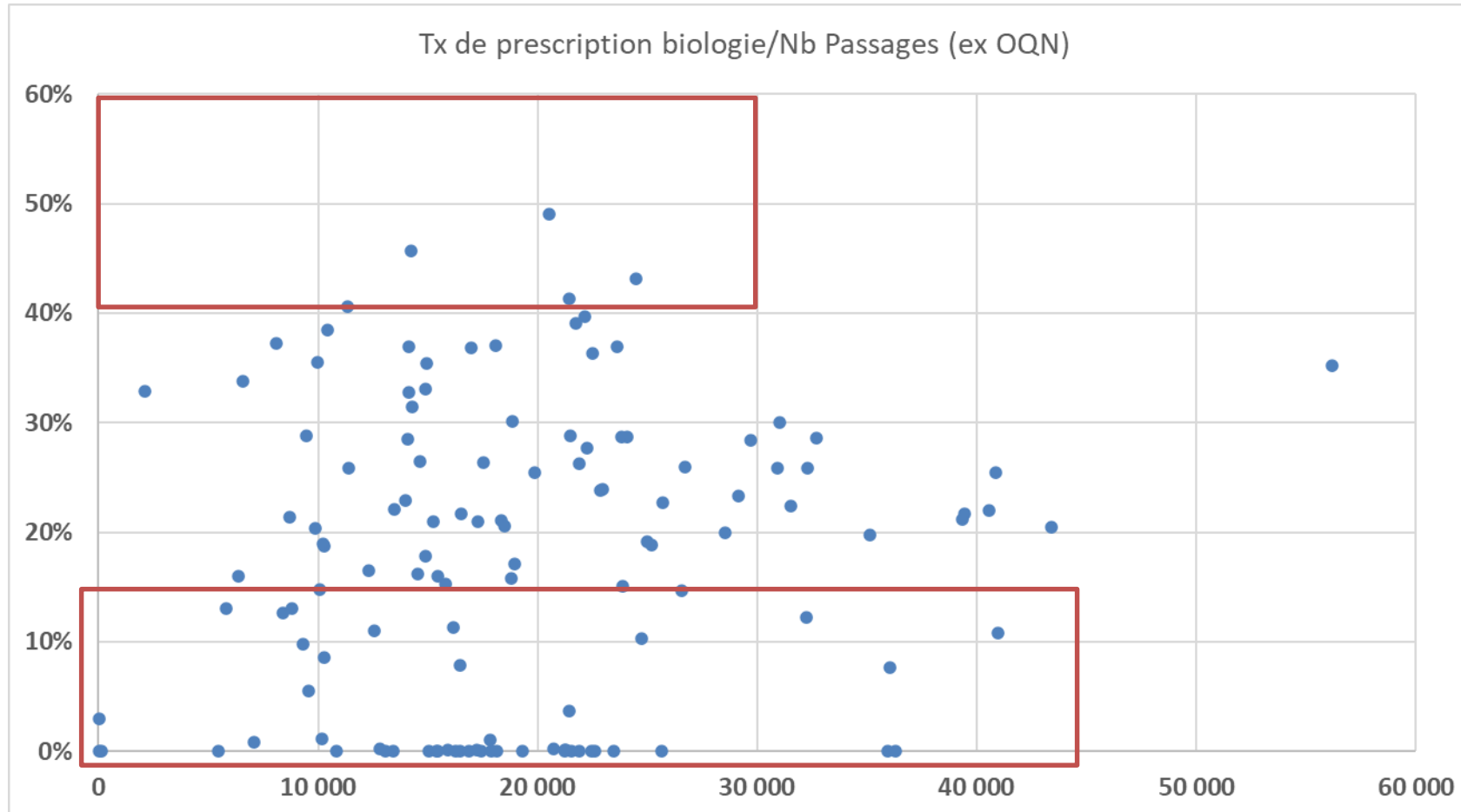
Dotation Qualité Urgences de l'Etablissement

réforme reportée de quelques mois
Quelles sont les raisons ?

Des données lacunaires et parfois étonnantes pour la prescription de biologie



Des données lacunaires et parfois étonnantes pour la prescription de biologie

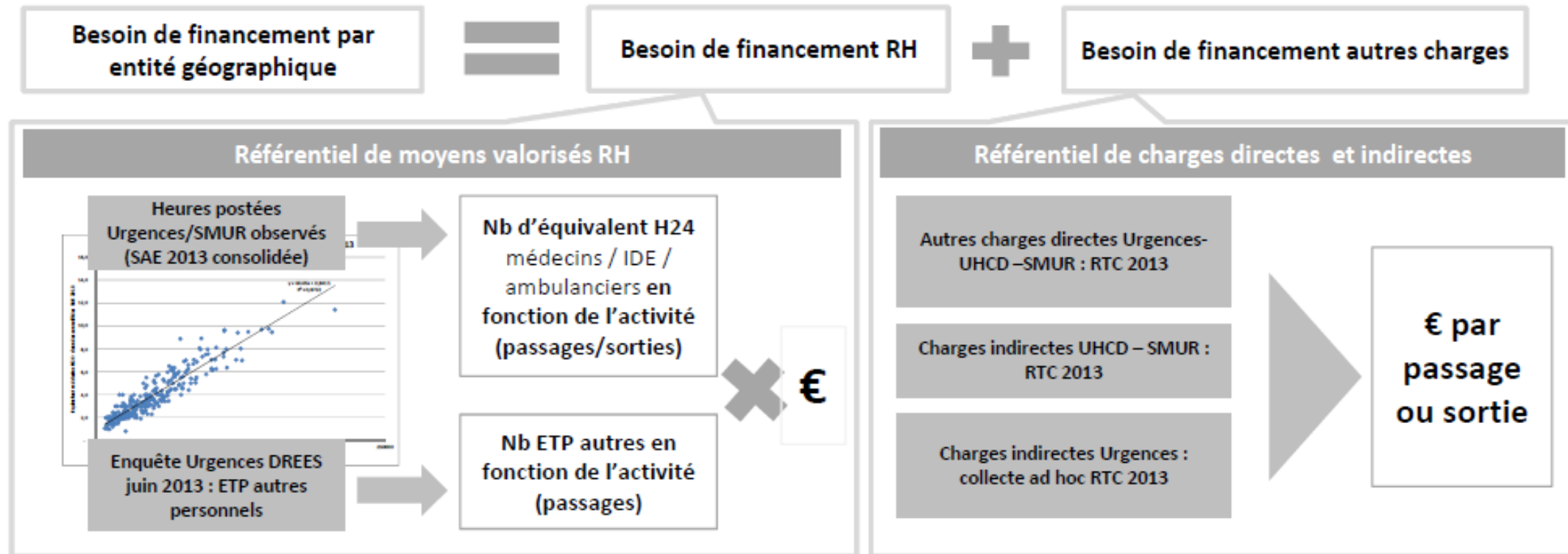


En synthèse :

- 1) Pas d'économie sur les enveloppes existantes, soit 4,6 milliards
- 2) Pas d'impacts sur les honoraires de la biologie et de l'imagerie (pas la cible de la réforme) : garantie des ressources.... Encore que...
- 3) Aucune dotation populationnelle régionale ne baisse et l'enveloppe croit avec le taux de croissance de la population. Les régions « sous dotées » voient leur dotation croître de manière plus importante pendant 5 ans.
- 4) Une répartition de l'enveloppe régionale « populationnelle » en « dotation socle » par établissement selon le poids historique des allocations de ressources en 2021 puis, les années suivantes, des modulations selon un modèle économique modulé des critères préconisés par le comité régional qui est par ailleurs destinataire des dotations allouées aux établissements de santé.
- 5) Des effets revenus pour les praticiens urgentistes
- 6) Report au 1^{er} septembre 2021 de la mise en œuvre de la « part activité » de la réforme

Exemple de travaux
sur le modèle de moyens dans les années passées

1 Calcul du besoin de financement Urgences/SMUR pour chaque établissement en fonction de son activité :



Référentiel RH ex-DG : résultats de la modélisation

Activité de l'Entité Géographique	Catégorie RH	Modélisation RH Ex DG
Urgences	EH 24 médecin	Minimum 1 EH24 ou $EH\ 24 = (58.6 + 0,01 \times \text{Passages})/168$
	EH 24 Infirmier	Minimum 1 EH24 ou $EH24 = (0,0225 \times \text{Passages})/168$
	ETP aide-soignant / brancardier	$ETP = 5.64 \times 10^{-4} \times \text{Passages}$
	ETP cadre de santé	$ETP = 0.38 + 4 \times 10^{-5} \times \text{Passages}$
	ETP interne	$ETP = -0.95 + 1.7 \times 10^{-4} \times \text{Passages}$ (minimum 0)
Urgences et SMUR	EH 24 médecin	Minimum 2 EH24 ou $EH24 = (127.8 + 0.0107 \times \text{Passages} + 0,06997 \times \text{sorties}) / 168$
	EH 24 Infirmier	Minimum 2 EH24 ou $EH24 = (73,3+0,019 \times \text{Passages}+ 0,125 \times \text{sorties})/168$
	EH 24 ambulancier	EH 24 = 1 jusqu'à 1749 sorties + 1/3 EH24 par tranche de 750 sorties
	ETP aide-soignant / brancardier	$ETP = 5.64 \times 10^{-4} \times \text{Passages}$
	ETP cadre de santé	$ETP = 0.38 + 4 \times 10^{-5} \times \text{Passages} + 0.125 * EH24 \text{ ambulanciers}$
	ETP interne	$-0.95 + 1.7 \times 10^{-4} \times \text{Passages}$, minimum 0 ETP
SMUR *	EH 24 médecin	EH 24 = 1 jusqu'à 1749 sorties + 1/3 EH24 par tranche de 750 sorties
	EH 24 Infirmier	EH 24 = 1 jusqu'à 1749 sorties + 1/3 EH24 par tranche de 750 sorties
	EH 24 ambulancier	EH 24 = 1 jusqu'à 1749 sorties + 1/3 EH24 par tranche de 750 sorties
	Cadre de santé SMUR	$ETP = 0.125 * EH24 \text{ ambulanciers}$



• Pour la grande majorité des établissements avec activité SMUR seule, une seule ligne est nécessaire au vu du niveau d'activité. Seuls deux établissements ont une activité justifiant des moyens au-delà de la première ligne : l'ARS devra alors estimer au cas par cas le besoin de financement réel.

La parole est à vous

POINT D'ACTUALITÉ MCO

Intervention de

Thierry BECHU, Délégué Général

Dr Matthieu DERANCOURT, Médecin Conseil,

Laure DUBOIS, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité,

FHP MCO

POINT D'ACTUALITÉ MCO :

- **Campagne tarifaire 2020**
- **Campagne tarifaire 2021**
- **Réforme des autorisations**
- **Financement COVID**

POINT D'ACTUALITÉ MCO :

➤ **Campagne tarifaire 2020**

- Le Coefficient Prudentiel 2020
- Protocole pluri-annualité et Restitution de la sous-exécution
- RIHN
- Dotation IFAQ
- Instruction gradation
- Forfait MRC

Coefficient Prudentiel 2020

- Procédure Dégel Coefficient prudentiel
 - 1° 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.
 - 2ème Etape : Saisine officielle du Comité Economique de l'Hospitalisation Publique et Privée
 - Suite à la publication de l'avis du comité d'alerte, saisine officielle des membres du CEHPP. 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 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).
 - ⇒ Sollicitation par mail, le 30 octobre
 - 3° étape : 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

- Les Mises en Réserve prudentielles 2020 sur l'ONDAM ES s'élève à + 426M€ :
 - **310M€ au titre du coefficient prudentiel MCO**
 - 89M€ au titre des mises en réserve sur la DAF (PSY et SSR)
 - 21M€ au titre de la dotation prudentielle OQN (SSR et PSY) fixée à 0,7%
 - 6 M€ au titre du coefficient prudentiel imputé sur la DMA SSR fixé à 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, 2019 et 2020.
- ⇒ Annonce du dégel de l'intégralité des crédits hospitaliers mis en réserve pour 2020
- ⇒ Arrêté du 18/11/2020

- ◉ « La répartition entre les régions est effectuée au prorata de l'activité des établissements mesurée notamment à partir des données (Données PMSI) mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » :
 - Cette année, l'activité a été arrêtée à M9.
 - L'allocation de ressources de ce coefficient prudentiel devrait intervenir en décembre 2020.
- ◉ Prise en compte du mécanisme de garantie de financement 2020 :
 - pour les ES ex-OQN : restitution des mises en réserve prudentielle sous la forme d'un arrêté de dégel (66,4M€ pour le MCO)
 - pour les ES ex-DG: la restitution des mises en réserve prudentielles est d'ores et déjà intégrée dans le mécanisme de garantie de financement des ES. La mise en œuvre de cette restitution sera régularisée dans le cadre des arrêtés de garantie des établissements de santé à M9.

Restitution de la sous exécution ONDAM 2020

- ◉ Le protocole de pluriannualité :
 - le versement de la sous exécution entre dans le cadre de l'accord de pluri annualité
 - le Ministère a annoncé honorer cet engagement.
- ◉ Le comité économique de l'hospitalisation publique et privée a projeté une sous-exécution de l'ONDAM 2020 :
 - de 675 M€ sur la part tarif MCO ex DG, 50M€ sur la part tarif MCO ex OQN et de 70 M€ pour les SSR et PSY privés
- ◉ Le secteur ex DG a bénéficié d'un versement partiel
- ◉ reversement de la sous-exécution finale en début d'année 2021 (quatrième circulaire budgétaire)
- ◉ Une demande de versement d'une provision dès décembre a été faite à l'appui des dernières données d'activité remontées

RIHN

- ◉ **Arbitrages - complément de la MERRI G03 relative aux actes hors nomenclatures de biologie médicale et d'anatomopathologie – RIHN - délégué en 3ème circulaire 2020.**

« En effet, compte tenu du contexte lié à la crise sanitaire, nous n'avons pas pu organiser la déclaration définitive d'activité 2019.

Ainsi, il a été décidé que le calcul du total de la dotation 2020 se ferait à partir des données d'activité entre notre possession à ce jour tout en poursuivant l'objectif de tendre vers une délégation proche de l'activité réelle (avec un décalage de facto d'un an).

L'enveloppe globale est donc répartit comme suit :

- ◉ *70% répartis au prorata de l'activité 2018*
- ◉ *30% répartis au prorata de l'activité 2017*

La dotation qui sera déléguée en 3ème circulaire 2020 correspond donc à la dotation ainsi calculée retranchée de l'avance versée en première circulaire 2020 (et calibrée sur la base de 100% à l'activité 2018).

- ⊙ **Arbitrages - complément de la MERRI G03 relative aux actes hors nomenclatures de biologie médicale et d'anatomopathologie – RIHN - délégué en 3ème circulaire 2020.**

« Concernant la remontée définitive de l'activité 2019, nous reviendrons vers vous afin de voir à quelle date elle pourrait être envisagée. Pour la délégation 2021, de la même façon, nous vous informerons des modalités envisagées. »

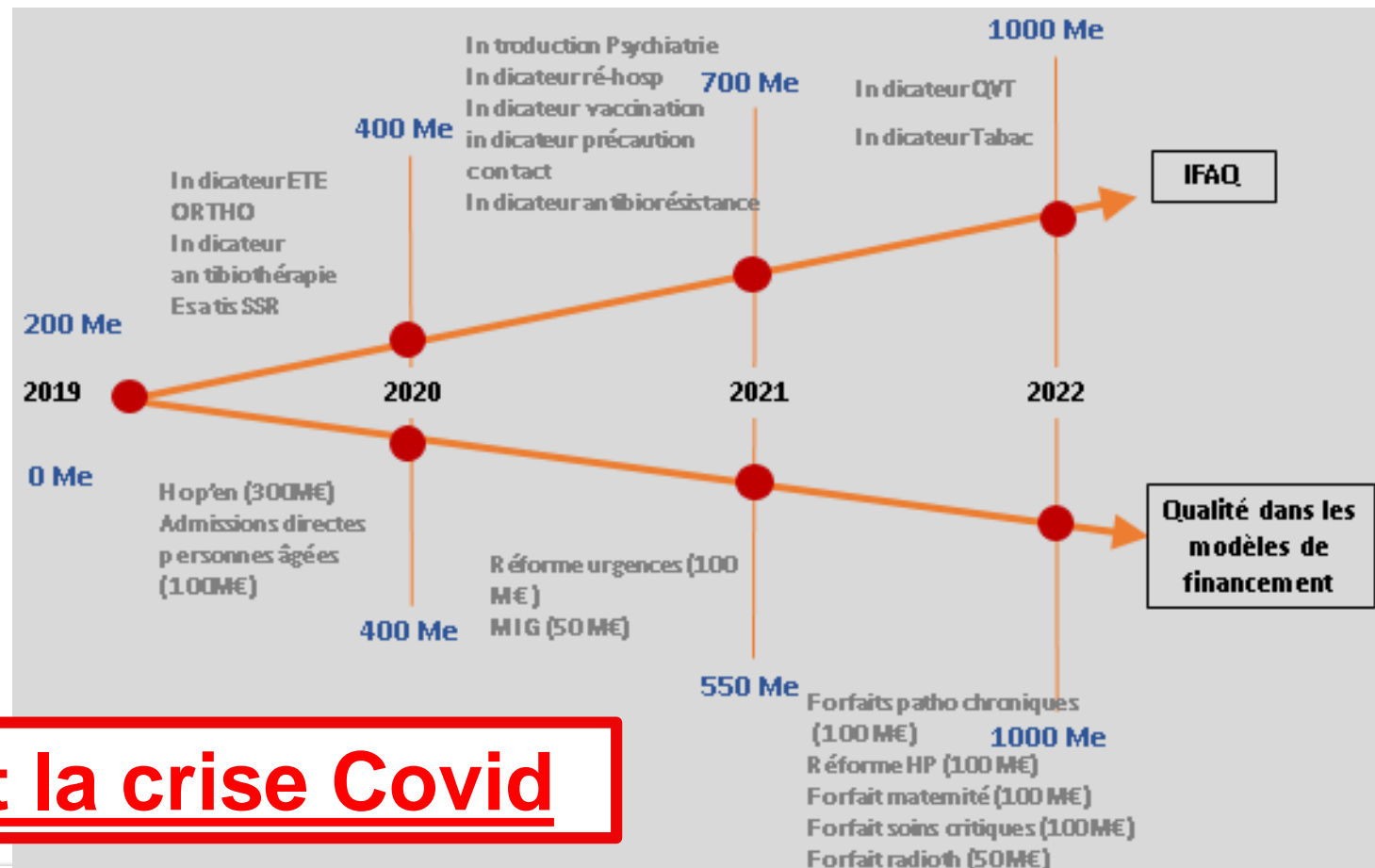
⇒ **A noter qu'à aucun moment, l'avis des fédérations n'a été sollicité.**

IFAQ 2020

- La qualité dans le système de financement :
 - un compartiment qualité
 - en modulation dans les forfaits et paiements groupés

⇒ IFAQ une rémunération sur des aspects transverses, complémentaire avec les autres dispositifs (forfait pathologie chronique, art 51, ...).

- Montée en charge des financements à la qualité



Avant la crise Covid

- Impact de la crise sur le dispositif : Gel du dispositif en 2020
 - Le recueil des indicateurs du dossier patient a été rendu impossible avec la crise sanitaire. Or la majorité des indicateurs pris en compte dans le modèle IFAQ 2019 sont des indicateurs recueillis à partir du dossier patient. Les autres indicateurs du modèle 2019, non issus des dossiers patients, ont eux aussi été impacté par la crise ou sont destinés à être remplacés à court terme.
 - ⇒ La crise a révélé la nécessité d'accélérer un travail sur la collecte des données de manière plus automatique et sur le type d'indicateurs.
 - L'enveloppe IFAQ 2020 de 400 M€ (le double de l'enveloppe IFAQ 2019) a été répartie selon la ventilation suivante :
 - 50% de l'enveloppe répartie au prorata de la rémunération 2019 des ES
 - 50% de l'enveloppe répartis au prorata de la valorisation économique des ES.
 - ⇒ Pour 2021, la DGOS souhaite éviter de geler à nouveau le dispositif

Instruction Gradation

Instruction Gradation: cf. Présentation DGOS club des Médecins DIM du 18/09/2020

La suite des travaux

- **Des mesures portées en PLFSS pour 2021 :**
 - Pour donner une base légale au rescrit tarifaire, prévu à ce stade uniquement par l'instruction
 - Pour simplifier le dispositif des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) : ce dispositif qui permet d'encadrer et de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM d'un médicament commercialisé dans une indication non homologuée dans différentes situations (absence d'alternative thérapeutique, besoin non couvert pour certains patients, maladies rares...) est assez peu mobilisé en raison de la lourdeur de la procédure et du temps d'instruction. La mesure vise à notamment revoir en profondeur l'organisation et la formalisation des saisines afin de rendre le dispositif plus souple et plus mobilisable.
- **Organisation du dispositif de rescrit et la gestion du stock**
 - **Relance des groupes de travail sur la gestion du stock prévue sur le 3^e trimestre 2020 :** nécessite de la part des acteurs de lister les situations qui apparaissent comme étant toujours mal identifiées dans l'instruction malgré les nouvelles règles proposées pour identifier la typologie et la volumétrie de ces situations et les traiter dans le cadre du rescrit tarifaire
 - Mise en place effective de **l'instance chargée de gérer les demandes de rescrit** sous la responsabilité du ministère des solidarités et de la santé, en lien avec les services compétents du ministère et de l'assurance maladie et avec une expertise médicale assurée.



Instruction Gradation: cf. Présentation DGOS club des Médecins DIM du 18/09/2020

Aujourd'hui, nous revenons vers vous suite à nos débats et échanges notamment sur la question des articles 8 et 12 de l'arrêté prestation. En effet, comme évoqué avec les participants, nos adhérents nous relancent sur un éventuel retour de votre part sur :

l'article 8 (modifiant l'article 11) et l'article 10 (modifiant l'article 12) : faut-il comprendre que toutes les conditions de l'article 11 s'appliquent aux UHCD ?

le sujet de « liste noire » (rejets des caisses pour incompatibilité CCAM / GHS)

« la comptabilisation » d'un bilan sanguin dans le cadre d'une prise en charge en urgence.

La « gestion » des contre-indications : patient prévu en HDJ mais le jour J une contre-indication fait différer l'intervention. Mais cette contre-indication est prise en charge.

Ces questions figurent parmi la liste que nous vous avons adressé en amont et que vous retrouverez ci-jointe.

Enfin, concernant le rescrit tarifaire (et la gestion du stock), nous restons dans l'attente d'un modèle de document pour vous transmettre le « stock » et de la programmation d'une réunion concernant cette gestion.

Forfait MRC

Forfait Pathologie Chronique: forfait MRC

⊙ Les textes encadrant le dispositif :

- 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
- [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 du 17/09/2019 relative à la mise en œuvre des paiements au suivi pour la MRC au 1^{er} oct. 2019
- [Note d'information du 25/10/2019](#) relative au recueil de données pour l'année 2019 lié aux forfaits MRC
- [Notice technique n° ATIH-505-7-2019](#) du 1er octobre

Forfait Pathologie Chronique: forfait MRC

⊙ 6 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 : compléments d'information
- [Dépêche Expert N°518](#) – Forfait Pathologie Chronique – Maladie Rénale Chronique : Précisions sur le contenu de l'arrêté et de ses annexes, actualisation de la liste des établissements retenus pour cette prise en charge et outil d'aide au recueil
- [Dépêche Expert N°523](#) – Forfait Pathologie Chronique – MRC : Transmission Des Données
- [Dépêche Expert N°579](#) – Forfait Pathologie Chronique – MRC : Nouvelles consignes pour le recueil des données et le calendrier de transmission 2020.



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 : reporté
 - 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, ...)

○ Le forfait MRC :

- Les patients concernés : critère d'inclusion/d'exclusion des patients

MRC : stade 4 et 5 (DFG<30ml-formule CKD EPI), adultes

- Périmètre des prises en charge : ce qui est inclus dans le forfait et ce qui reste facturable en sus

- Eligibilité des établissements :

Au moins 220 patients adultes /an + Dérogation au seuil de 220 pour des raisons d'accessibilité territoriale

- Conditions de versement de la rémunération : prestations minimales exigées pour le versement de l'intégralité du forfait

3 actions « minimales » doivent être réalisées pour chaque patient annuellement : 1 consultation de néphrologue, 1 séance avec l'IDE et 1 séance avec le diététicien

- Modalités de versement : une dotation annuelle et un versement mensuel par douzième

- Montant du forfait

Dotation annuelle MRC = nbre de pax de la file active * valeurs annuelles des forfaits

	Stade 4	Stade 5
Ex-DG	375 euros	575 euros
Ex-OQN	270 euros	370 euros

- L'évolution du modèle de financement pour tenir compte des caractéristique patients et la qualité

Le recueil de données :

➤ Les objectifs et les variables pour la MRC

Données administratives	<ul style="list-style-type: none"> - Identification de l'établissement et du patient - Données calendaires pour le déclenchement/arrêt du forfait 	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 – N° d'enquete – N°de fichier
Caractéristiques patients	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les patients relèvent du forfait - Moduler le forfait selon les caractéristiques du patient 	Etiologie - Stade MRC 1 ^{er} semestre - DFG au 1 ^{er} sem. - Date DFG au 1 ^{er} sem. - Test protéinurie des 24h ou test «spot» sur protéinurie /créatininurie au 1 ^{er} sem. - Stade MRC au 2 ^{ème} sem. - DFG au 2 ^{ème} sem. - Date DFG au 2 ^{ème} sem. - Test protéinurie des 24h ou test «spot» au 2e sem. - Liste de complicat° et comorbidités à cocher - Mobilité ABM.
Activité	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les conditions min. sont remplies - Suivi de la montée en charge du forfait / données pour l'évaluation de ce nouveau mode de tarification 	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"> - Financement à la qualité / selon les résultats obtenus (dont expérience patients) 	Evaluation de faisabilité de la transplantation - Envoi d'une lettre de synthèse - Statut de la transmission de l'email du patient

- ◉ Quid année 2020 et Impacts de la crise sanitaire 2020
 - Nouvelles consignes pour le recueil des données
 - Report du travail sur la construction des indicateurs de modulation du forfait, selon des données 2019 et 2020 fiables
 - Question de l'abattement (le versement de la totalité du forfait étant conditionné par la réalisation de 3 consultations dont obligatoirement celle avec un néphrologue) qui doit intervenir dès 2020
 - Nouveaux calendriers à définir sur le déploiement du forfait ainsi que sur les travaux relatifs au forfait dialyse

POINT D'ACTUALITÉ MCO :

➤ **Campagne tarifaire 2021**

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil,
- Mise en place du codage intra GHS DMI
- PLFSS 2021
- Campagne Tarifaire 2021 : ONDAM 2021, Evolution tarifaire, Liste en sus, IFAQ 2021

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



Classification V2021 ? :

Révision de la CMD 09

Travaux démarrés en 2017

Deux réunions de travail en octobre 2020

Synthèse faite par l'ATIH (cf. diapos ci-après)

Pas d'arbitrage à ce jour

Révision de la CMD 09 – Synthèse ATIH des réunions d'octobre 1/3

1. Racines de chirurgie du « sein » :

Vous souhaitez que la complexité des prises en charge soit mieux prise en compte, en évaluant l'impact des situations suivantes lorsqu'elles sont concomitantes du geste de tumorectomie/mastectomie :

- Reconstruction du volume du sein : prothétique (QEMA006) ou par lipo-injection (lipostructure : QEEB152 et QEEB317)
- Pose de repère dans le sein sous imagerie (QELJ001 et QELH001)

- Vous souhaitez que des listes spécifiques d'actes soient produites en fonction du caractère malin ou non de la chirurgie sénologique

2. Racine « chirurgie plastique »

- Deux situations devraient être différenciées
 - Distinguer fentes et dermolipéctomie
 - Distinguer adulte / enfant

3. Racine « Autres intervention majeure de la CMD09 »

- Vous nous avez alertés sur le fait qu'un certain nombre d'actes ne concernaient pas la peau, mais plutôt des CMD de digestif, d'orthopédie, voire de néonatalogie.

4. Actes dont la lourdeur dépend de la taille de la lésion traitée

- Ces actes sont identifiés dans les racines suivantes :
 - « Exérèse de lésion des tissus mous » : PDFA001 *Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux*
 - « Intervention intermédiaire d'exérèse et de greffe » : QZEA006 *Autogreffe de peau totale sur plusieurs localisations*
 - « Chirurgie plastique »
 - « Autres intervention majeure de la CMD09 » : QBFA014 *Excision d'une fasciite nécrosante périnéofessière*

Révision de la CMD 09 – Synthèse ATIH des réunions d'octobre 2/3

5. Actes dont la lourdeur ne semble pas correspondre à la racine dans laquelle ils orientent :

- Racine « chirurgie plastique » : 14 actes paraissent trop lourds, dont
 - CAEA003 : *Réimplantation de tout ou partie de l'auricule avec anastomoses vasculaires*
- Racine « Autre intervention d'exérèse ou de greffe » : 2 actes paraissent trop lourds
 - QZEA028 : *Transfert libre de complexe unguéomatriciel avec anastomoses vasculaires*
 - QZMA010 : *Réfection des anastomoses vasculaires d'un lambeau libre pour ischémie*
- Racine « Intervention intermédiaire d'exérèse et de greffe » : 4 actes paraissent trop lourds
 - QZFA027 : *Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm²*
 - QZMA003 : *Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané ou musculocutané, à pédicule transitoire*
 - QZMA007 : *Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot*
 - QZMA009 : *Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané, musculaire, musculocutané ou ostéo-musculo-cutané, à pédicule définitif*
- Racine « Exérèse de lésion des tissus mous » : 2 actes ci-dessous sont considérés comme lourds
 - LCFA011 : *Exérèse d'une lipomatose cervicale [de Launois-Bensaude]*
 - PDFA002 : *Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, avec dissection de gros tronc vasculaire et/ou nerveux*

6. Actes qui pourraient être dédoublés en fonction du DP

- Racine « Autre intervention d'exérèse ou de greffe » : 7 actes pour lesquels il faudrait différencier la prise en charge de fistules, d'une autre prise en charge.
Par ex :
 - LCFA003 : *Exérèse d'une fistule ou d'un kyste de la première fente branchiale, sans dissection du nerf facial*

Révision de la CMD 09 – Synthèse ATIH des réunions d'octobre 3/3

7. Problématiques liées au codage du DP

- Séjours pour curage ganglionnaire seraient orientés dans des racines différentes (CMD 09 ou 17) en fonction de l'analyse anatomopathologique des ganglions (positifs ou négatifs).

8. Chirurgie de la peau

- Vous attirez notre attention sur l'importance de distinguer les cancers des affections non malignes.

Classification V2021 ? :

Travaux ATIH sur la création de racines en K dans la CMD 08

○ Contexte:

Parmi les demandes d'évolution présentées lors du CT MCO plénier 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

- Proposition de l'ATIH d'orienter les 4 actes de spondyloplastie du rachis avec expansion vers la racine 08C27, pour les actes sans expansion : pas de modification, refus de les orienter dans une racine en C
- Suggestion des FD lors du CT MCO plénier : Regarder la création de racine en K pour la cimento et la spondyloplastie sans expansion

Classification V2021 ? :

Travaux ATIH sur la création de racines en K dans la CMD 08

- Premiers résultats statistiques encourageants :
 - Un groupe homogène ressort :
 - ✓ Localisation : rachis
 - ✓ Durée de prise en charge : 0 nuit et 1 nuit
 - ✓ Présence d'un geste d'anesthésie complémentaire
- Méthode pour la Suite des travaux :
 - Poursuite des travaux ATIH : confirmer la pertinence de ce groupe et son impact sur les racines M et K
 - Mise en place d'un groupe technique avec des cliniciens (chirurgiens ortho, radiologues interventionnels, ...) des fédérations.
 - ✓ Prévoir 1 à 2 réunions
 - ✓ Calendrier : fin 2020 et 1^{er} trimestre 2021

Classification V2021 :

La RAAC

- Rappel:
 - Lors de la CT 2019, une mesure d'incitation au développement de la RAAC est mise en œuvre. Elle consiste pour les séjours identifiés RAAC, pour une liste de 17 racines de GHM donnée, à ne pas tenir compte des bornes classificatoires pour la détermination du GHS
 - Mise en place d'une variable RAAC dans le PMSI en 2019 (qui peut être codée pour toutes les activités)

- Ajustement pour 2021
 - Suppression du contrôle bloquant pour les modes de sortie «décès» et «transfert MCO».
 - Ces séjours seront valorisés avec le GHS sans RAAC
 - Si mode de sortie est «transfert» ou «décès», la Fonction Groupage se comporte comme si la variable RAAC était égale à 0 («non cochée») même si elle est égale à 1 («cochée»). Le GHM et le GHS seront ceux obtenus sans RAAC.

Classification V2021 ? :

Autres Travaux ATIH

- ◉ Modification de la hiérarchisation des racines de la CMD 17 :
 - Suite à une alerte d'UNICANCER

- ◉ Prise en compte de la sévérité dans la classification (médecine)
 - Travaux ATIH commencés en 2019 (cf. intervention ATIH lors du 16^{ème} club des médecins DIM mars 2019), présentation de l'état d'avancement des travaux aux FD lors de chaque CT MCO plénier

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

- ⊙ Admission directe non programmée des patients de 75 ans et plus: « ADNP75 »
« ADNP »
 - Mise en place d'une nouvelle variable au 1^{er} janvier 2021 ?
 - ⊙ Hôtels hospitaliers
 - Via un FICHCOMP en cours d'élaboration
 - ⊙ Engagement Maternité
 - Travaux en cours
 - ⊙ Forfait MRC
 - arbitrages à venir sur les variables obligatoires
- ⇒ ATIH - Session Actualités PMSI 2021 :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3924/session_dim_cimmf_dim_2020_vf.pdf

Evolutions de recueil pour 2021

⊙ **Admission directe non programmée 75 ans et plus: « ADNP75 »**

- Contexte: Mesure 5 du pacte de refondation des urgences : «Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences» (mesure Ségur de la santé)
 - Objectifs:
 - ✓ Inciter les établissements à augmenter le nombre de patients âgés en admission directe non programmée afin de diminuer les urgences évitables notamment chez les personnes âgées
 - ✓ Diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences
 - Modalités de recueil explorées : discussions en cours
 - ✓ Variable générique «programmé/non programmé»
 - ✓ Repérage des séjours répondant à la définition d'ADNP par un code CIM-10 en DAS du 1erRUM
 - ✓ FICHCOMP ADNP (O/N)
- ⇒ Mise en place d'une nouvelle variable au 1^{er} janvier 2021?

Evolutions de recueil pour 2021

○ Hôtels hospitaliers

- Hébergement non médicalisé à proximité des établissements de santé
- En amont ou en aval d'une prise en charge hospitalière
- Historique: 41 ES autorisés pour une durée de 3 ans dont 29 ont effectivement démarré l'activité
- Périmètre : MCO (toutes formes d'hospitalisation, toutes les séances) et SSR
- Vecteur de financement : MIGAC, à partir du 1er janvier 2021 sur 3 ans, Pas de visibilité au-delà des 3 ans
- Modalités du recueil explorées (CT MCO Octobre)
 - ✓ Recueil global par ES du nb de nuitées en hôtel hospitalier ? Recueil par séjour ?
 - ✓ Nouvelles modalités provenance / destination pour repérer ces séjours ?

⇒ **Session Actualités PMSI 2021**

- ✓ Via FICHCOMP en cours d'élaboration

Nomenclature:

- CIM-10 à usage PMSI
 - ✓ Introduction d'extensions de code d'atteintes médullaires qui ne portera que sur les codes tétraplégie et paraplégie (G82.-)

 - Evolutions des consignes de codage du sepsis
 - Refonte du fascicule « maladies infectieuses »
- } Travaux ATIH :
- ✓ suite à une saisine de la mission de recherche de la DGS (rapport Sepsis 2019)
 - ✓ Besoin de suivi épidémiologique

Mise en place du codage intra GHS DMI

Rappel du contexte

Enjeu majeur du suivi et de la bonne connaissance des pratiques de prescription des DM pour analyser leur usage en vie réelle et favoriser leur juste prescription.

« Depuis 2011, certains dispositifs médicaux bénéficient d'une prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation, liée à l'inscription sur une liste, dite « intra GHS », mentionnée à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale (CSS). Au courant de l'année 2020, ces produits doivent faire l'objet d'un codage par les établissements de santé. Ce recueil est au format DATEXP et intègre les éléments suivants : numéro FINESS PMSI de l'établissement, numéro administratif de séjour, numéro de recueil DATEXP : N9905, numéro de fichier DATEXP : 1, date de pose (ou à défaut date d'utilisation), code intra GHS du dispositif médical, nombre d'unités implantées, code IUD-ID (Identifiant Unique des Dispositifs propre à un modèle de dispositif) prévu par le règlement européen 2017/745 du dispositif médical. »

Aujourd'hui, le suivi de l'usage des DM est assuré dans le PMSI pour les seuls DM inscrits sur la LPP et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

⇒ **Enjeux de sécurité sanitaire relatifs à certains dispositifs médicament, notamment implantables.**

Introduction dans la Loi OTSS promulguée en juillet 2019 à l'article L.162-17-1-2 du CSS des modalités de prise en charge suivantes pour les DM inscrits sur la liste intra GHS définie au L 165 11 du CSS

Non-respect de ces obligations : possibilité de donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu.

Liste consolidée des produits de santé inscrits sur la liste « intra GHS » disponible sur le site internet du ministère : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>

Intégration d'un « code intra GHS » spécifique.

Ce code devra être transmis par l'établissement de santé au moment de la facturation

Discussion lors de la dernière réunion, sur le type de fichier pour les envois. Un FICHCOMP a été évoqué par certains membres du GT.

Ajustement du calendrier

Historique : lors des travaux de fin 2019 sur ce sujet, la FHP MCO avait obtenu un report de la mise en oeuvre de ce recueil au 1er juin 2020 (à la place du 1er janvier 2020).

La FHP MCO propose un report au 1er septembre 2021. Aucune autre proposition des membres du GT. La DSS prend note de la demande de la FHP MCO et reviendra vers le GT pour lui indiquer l'arbitrage.

PLFSS 2021

Après s'être limité à 1,5 Md€ en 2019,
le déficit de la branche maladie du régime général devrait atteindre
33,7 Md€ en 2020, et serait toujours de 23,7 Md€ en 2021

L'Ondam 2020 a été corrigé à la hausse pour atteindre désormais 218,9 Md€ (+9,2%) et intègre une dotation exceptionnelle de 4,8 Md€ pour Santé publique France (au lieu de 150 millions d'euros initialement) pour des achats de masques, équipements de protection, respirateurs, réactifs pour les tests PCR, dont 1,5 Md€ au titre des futurs vaccins.

Pour 2021, l'Ondam a été fixé à 225,4 Md€, ce qui correspond à une hausse évaluée à 2,9% (2,5% sans tenir compte du Ségur ni des mesures liées au Covid-19), et s'appuie sur 3,995 Md€ d'économies.

Mesures du texte :

- Financement des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé, dont 3,4 Md€ en 2020 et 7,4 Md€ en 2021.
- Dispositif d'aide au remboursement des emprunts des établissements de santé inscrit dans les lois relatives à la dette sociale et à l'autonomie en août 2020 qualifié jusqu'alors de "reprise de dette" des hôpitaux. Le versement des aides à « l'investissement » serait toujours d'un montant maximum de 13 Md€.
- Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) cédera la place à un Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) plus transversal afin de financer le plan pluriannuel de 6 Md€ de soutien à l'investissement en santé.

- Mise en oeuvre d'un forfait pour les passages aux urgences à compter de septembre 2021
- Accompagnement renforcé des hôpitaux de proximité vers le nouveau modèle de financement
- Création d'une mission d'intérêt général (MIG) pour financer la prise en charge des femmes victimes de violences
- Report au 1er janvier 2022 de la réforme des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

- Report au 1er janvier 2022 de la réforme du financement des activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la réforme du ticket modérateur pour le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
- Modification de la transition de la réforme de la participation des usagers à l'hôpital
- Développement des hôtels hospitaliers.

- Modalités expérimentales de financement des activités de médecine en établissement pour 5 ans.
- Principe de "rescrit tarifaire" pour clarifier le financement des hôpitaux de jour.
- Refonte du système d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations ou de recommandations temporaires d'utilisation (ATU/RTU), en l'articulant autour des notions d'accès "précoce" et "compassionnel"

- Pérennisation et développement des maisons de naissance
- Expérimentation du financement par les ARS d'un parcours d'accompagnement des diabétiques de type 2
- Expérimentation territoriale du financement d'une consultation longue sur la santé sexuelle réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme.

⊙ Amendement LREM :

➤ **article relatif à l'Incitation à l'auto-D et dialyse à domicile dans le dispositif IFAQ :**

La LFSS 2019 a introduit un système de bonus-malus dans le dispositif IFAQ. Pour certains indicateurs, si un ES n'atteint pas, pendant 3 années consécutives et pour un même indicateur, un seuil minimal, il s'expose à une pénalité financière.

L'amendement consiste à faire figurer des indicateurs relatifs au dvt de l'auto-D et de la dialyse à domicile parmi les indicateurs IFAQ (dimension incitative et au titre de seuils minimaux à atteindre)

- ⇒ L'Assemblée nationale a adopté définitivement lundi le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.
- ⇒ Le texte compte désormais 111 articles, contre 51 dans le texte initial déposé par le gouvernement. Il pourrait encore évoluer en cas de saisine du Conseil constitutionnel.

Campagne tarifaire 2021

Construction de l'ONDAM hospitalier en PLFSS

Construction initiale de l'ONDAM hospitalier (avant amendement)

ONDAM hospitalier
2020 en PLFSS 2021:
87,7 Md€

LFSS 2020
84,4 Md€

Rectification
Scanners / IRMN
+0,1 Md€

Sous-exécution
Liste en sus
-0,6 Md€

Moindres
économies ACE
+0,1 Md€

Dépenses COVID
(primes et
surcoûts crise)
+2,9 Md€

1^{ère} tranche Ségur
de la santé
+0,8 Md€

84,0 Md€

+4,6 Md€

+2,0 Md€

- 2,6 Md€

+5,2 Md€

ONDAM hospitalier
2021 en PLFSS 2021:
92,3 Md€

Construction du protocole à 2,4 %
86,0 Md€

Dépenses COVID
+0,3 Md€

1^{ère} tranche Ségur
de la santé
6,0 Md€

Construction de l'ONDAM hospitalier à l'assemblée nationale

Construction initiale de l'ONDAM hospitalier (après amendement)

ONDAM hospitalier
2020 en PLFSS 2021:
89,9 Md€

LFSS 2020
84,4 Md€

Rectification
Scanners / IRMN
+0,1 Md€

Sous-exécution
Liste en sus
-0,6 Md€

Moindres
économies ACE
+0,1 Md€

Dépenses COVID
(primes et
surcoûts crise)
+4,8 Md€

1^{ère} tranche Ségur
de la santé
+1,1 Md€

84,0 Md€

+3,1 Md€

+2,0 Md€

- 4,5 Md€

+5,6 Md€

ONDAM hospitalier
2021 à l'AN:
92,9 Md€

Construction du protocole à 2,4 %
86,0 Md€

Dépenses COVID
+0,3 Md€

1^{ère} tranche Ségur
de la santé
6,7 Md€

○ Le protocole de pluriannualité : Trajectoires du champ MCO

➤ Evolution tarifaire :

	2020	2021	2022
Evolution minimale des financements alloués aux activités MCO : évolution tarifaire et progression du financement à la qualité	+0,2%	+0,2%	+0,2%

➤ prévisions d'évolution du volume d'activité sous-jacentes à la définition de cette trajectoire minimale

	2020	2021	2022
Evolution de volume corrigée des jours ouvrés	1,6%	1,6%	1,6%
Effet lié la structure calendaire de chaque exercice	0,5%	0,0%	-0,2%
Evolution de volume brute	2,1%	1,6%	1,4%

En dehors
de toute
mesure
COVID

IFAQ 2021

- Pour 2021, la DGOS souhaite éviter de geler à nouveau le dispositif, et les difficultés liées à la crise COVID sont de deux ordres:
 - La difficulté de travailler des données de 2020 au regard du contexte COVID et conséquence sur le modèle rémunérant la progression des résultats
 - La question de la faisabilité d'un recueil de données en 2021

⇒ La DGOS propose différents scénarios concernant la répartition de l'enveloppe :



SCENARIO IFAQ ALLEGE :

Répartition de l'enveloppe :

- X% sur base du maintien du dispositif sous une forme allégée (partie minoritaire de l'enveloppe)
- Y% au prorata de la valorisation économique des ES 2019 (2020 difficilement envisageable)

SCENARIO RECONDUCTION DU GEL 2020 :

Répartition de l'enveloppe :

- 50% au prorata de la rémunération IFAQ 2019 des ES
- 50% au prorata de la valorisation économique des ES 2019 (2020 difficilement envisageable)

SCENARIO GEL PRORATA DE LA VALORISATION ECONOMIQUE

Répartition de l'enveloppe :
100% au prorata de la valorisation économique des ES 2019 (2020 difficilement envisageable)

Perspectives IFAQ 2021 :

Les indicateurs

Identification d'indicateurs disponibles qui pourraient être utilisés sans nécessiter de travail de recueil des ES dans les dossiers patients

En cours de construction

	MCO	SSR	HAD	DIALYSE
Certification - sur base des derniers résultats disponibles (v2014) ?	X	X	X	X
Questionnaires de satisfaction patients e-satis hospitalisation MCO >48h ?	X			
Questionnaires de satisfaction patients e-satis chirurgie ambulatoire ?	X			
Indicateurs issus d'Hop'en (cf slide suivante)	X	X	X	X
Indicateur de résultats : Mesure des évènements thrombo-emboliques après PTH/PTG ?	X			
Indicateur de résultats : Mesure des infections sur site opératoires après PTH/PTG?	X			

Concernant la rémunération:

- La gradation : Différenciation de rémunération entre « les meilleurs » et les « moins bons » au sein des ES rémunérés
- Modalité de versement : la mensualisation
- La place de la certification : pondération et la question de la rémunération des ES certifiés en C
- Répartition entre le niveau atteint et l'évolution

Le dispositif de sanction

○ Position FHP

- Enveloppe IFAQ 2021 : maintenir le principe d'une croissance de l'enveloppe en 2021 tel qu'envisagé avant la crise sanitaire de la COVID 19.
- Répartition de l'enveloppe : proposition d'un scénario alternatif pour conserver une rémunération incitative à la qualité. La rémunération au poids économique est antinomique avec le déploiement du modèle IFAQ :
 - 50% selon un modèle IFAQ allégé
 - 50% selon la liste des ES ayant bénéficié de l'allocation IFAQ en 2019.
- Evolutions envisagées concernant les Paramètres du modèle

Evolutions proposées	FHP
Gradation	favorable
Dispositif de sanction	sur très peu d'indicateurs
Niveau Atteint /Evolution	60/40
Pondération de la certification	1,33
Rémunération des ES certifiés C	défavorable

Listes en sus Médicaments : Les évolutions possibles

Travaux radiation de certains médicaments ou indications thérapeutiques de la LES

Éléments de contexte Anti-TNF-alpha « élargi »

Ces classes pharmacologiques sont représentées par de nombreuses substances actives et spécialités qui disposent pour certaines de biosimilaires

La plupart de ces médicaments sont disponibles en ville et à l'hôpital

Certains médicaments sont pris en charge au sein des GHS, d'autres sont inscrits sur la liste en sus pour une ou plusieurs indications

Les indications thérapeutiques concernées sont principalement :

- Les maladies inflammatoires de l'intestin
- La polyarthrite rhumatoïde et la spondyle arthrite ankylosante
- Les différentes formes de psoriasis

La radiation est envisagée pour **utilisation non majoritaire à l'hôpital** :

- ORENCIA présentations sous cutanées
- HUMIRA AMGEVITA HULIO HYRIMOZ IMRALDI IDACIO
- CIMZIA
- ENBREL BENEPALI ERELZI
- SIMPONI
- TREMFYA
- COSENTYX
- STELARA présentations sous cutanées
- ROACTEMRA présentations sous cutanées

Les spécialités non concernées par la radiation sont :

- Celles réservées à l'usage hospitalier
- Celles administrées en IV exclusivement agréées aux collectivités

- Entrée en vigueur au 01 mars 2021
- Avec réintégration totale dans les tarifs sur la base des montants remboursés en 2019

POINT D'ACTUALITÉ MCO :

- **Réforme des autorisations**

POINT D'ACTUALITÉ MCO :

➤ **Financement COVID:**

- Des mesures exceptionnelles de Financement dans le cadre de la crise de la Covid-19: La FHP-MCO s'est mobilisée auprès de la FHP pour des demandes financières couvrant 4 vecteurs de financement des ES:



1/

Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires : avances de trésorerie et garantie de financement (recettes 2019 multipliées par 0,2 % pour le MCO)



2/

Dotation pour compenser les surcoûts Covid



3/

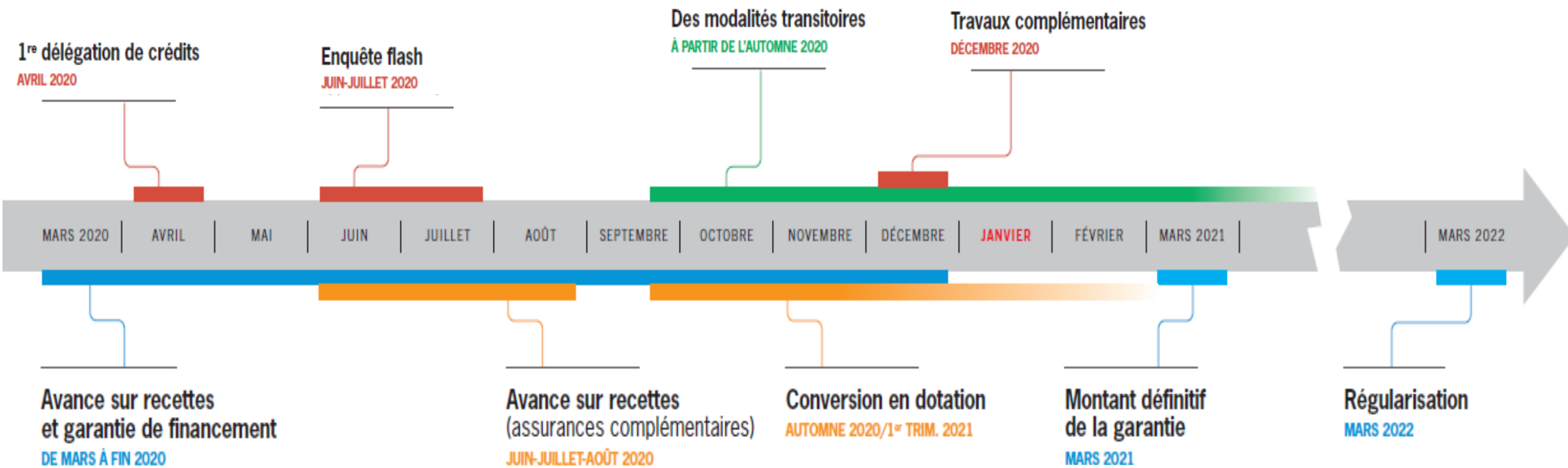
Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires : avances de trésorerie et garantie de financement (conversion en dotation des avances)



4/

Apprécier et valoriser les effets rebonds potentiels post crise

○ une mise en œuvre progressive



○ Focus 2^{ème} circulaire de campagne - Surcoût Covid

➤ Surcoûts Covid vague 1

- Résultats enquête ATIH : Il y aurait environ 144 M€ correspondant à la déclaration des surcoûts bruts. La FHP a demandé confirmation de ce montant. La DGOS n'a pas été en mesure de le faire puisqu'il y a encore des validations en cours dans les régions.
- La délégation aux établissements se fera en défalquant les aides déjà reçues au titre des surcoûts covid. (cf. 1^{ère} circulaire de campagne)
- Un bilan en fin d'exercice sera réalisé.

➤ Surcoûts vague 2

- une enveloppe surcoûts de 500 M€ est provisionnée avec une répartition entre les régions sur 2 critères : 50% sur la base AMO / 50% sur le nombre de cas Covid fin octobre.
- Délégation à la main des ARS sans aucun cadrage national. Seul un reporting est sollicité par la DGOS sur les critères d'allocation et les enveloppes déléguées. Celles-ci pourront intervenir dès le 20 novembre étant précisé que l'enveloppe régionale pourra être distribuée que partiellement en novembre et permettre une délégation fin décembre pour tenir compte de l'évolution de la pandémie.

◉ Focus Compensation des pertes AMC (FJ et TM) 2^{ème} circulaire de campagne

« La compensation des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier (AC NR) :

380 M€ sont délégués au titre de la couverture des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier des établissements de santé sur le champ MCO.

Ces compensations ont été calculées en tenant compte de l'activité réalisée et remontée via le PMSI pour la période de la première vague épidémique, soit de mars à juin 2020, en comparaison à celle de 2019. »

- Cette allocation de ressources « AMC » va faire l'objet d'un versement sous forme d'AC par les ARS qui devraient se rapprocher des ES. Ces montants ont été calculés sur la base des données PMSI transmises en M7 et donc portent bien sur la période de mars à juin 2020.
- Les avances de trésorerie dont ont bénéficié les ES jusqu'en août 2020 feront l'objet d'une reprise par les CPAM.
- PSY et SSR : La compensation des pertes (FJ et TM) sur la période de mars à juin 2020 devrait apparaître en troisième circulaire budgétaire, et fera l'objet d'une délégation via le FIR.

○ Garantie de financement

- Il était prévu que la CNAM adresse à l'automne (novembre) des données actualisées (intégrant la mise à jour des bases pour une meilleure exhaustivité des données facturées en 2019).
- La CNAM a reporté la transmission de nouvelles données relatives aux montants de la garantie de financement des ES. Elle poursuit notamment ses travaux avec quelques adhérents. De plus, elle souhaite intégrer les effets de l'article 8.

La parole est à vous

- **Questionnaire de satisfaction :**
 - ✓ **Envoi par mail à venir**
 - ✓ **Merci d'avance de nous le retourner**



Merci pour votre
participation !



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