



# 21<sup>ème</sup> Club des Médecins DIM

---

Mercredi 24 novembre 2021

# ORDRE DU JOUR

## MATINÉE : 10H00 À 12H45

### ➤ Point d'actualité MCO

**Thierry BECHU**, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée Aux Affaires Médico-économiques et à la Qualité, **FHP-MCO**

### ➤ Point d'avancement DRUIDES Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des données des ES

**Dr Anis ELLINI**, Chef de projet, Service CIM-MF, **ATIH**

### ➤ Management de la qualité du circuit des DMI et DM intra GHS

**Guillaume DESCOTES**, Bureau « Accès aux produits de santé et sécurité des soins » (PF2), **Gilles HEBBRECHT** et **Patrick DESMET**, Bureau « Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins » (PF5), Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, **DGOS**

## 12H45 - 14H00 : DÉJEUNER



# ORDRE DU JOUR

## APRÈS MIDI : 14H00 À 16H30

### ➤ Réforme du financement SSR :

**Eric NOEL**, Délégué Général – **FHP – SSR**

### ➤ Réforme du financement PSY :

**David CASTILLO**, Délégué Général – **FHP – PSY**

### ➤ Point d'actualité MCO

**Thierry BECHU**, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée Aux Affaires Médico-économiques et à la Qualité, **FHP-MCO**





## Point d'actualité MCO

**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

- **Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences**
- **Réforme des autorisations**
- **IFAQ**
- **Campagne tarifaire 2021**
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2022**
- **Le dispositif de rescrit**

## Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences

*Document mis à jour novembre 2021  
en fonction de l'évolution des travaux*

- I. Propos introductifs*
- II. Périmètre*
- III. Les éléments du nouveau dispositif de financement*
- IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*
- V. La mise en œuvre des comités régionaux*
- VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*
- VII. Rémunération à la qualité*
- En synthèse*

**I. *Propos introductifs***

*II. Périmètre*

*III. Les éléments du nouveau dispositif de financement*

*IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*

*V. La mise en œuvre des comités régionaux*

*VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*

*VII. Rémunération à la qualité*

*En synthèse*

# 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 œuvre 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
<b>Moyenne nationale</b>	<b>54,5</b>	<b>13,4</b>	<b>67,9</b>

*I. Propos introductifs*

***II. Périmètre***

*III. Les éléments du nouveau dispositif de financement*

*IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*

*V. La mise en œuvre des comités régionaux*

*VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*

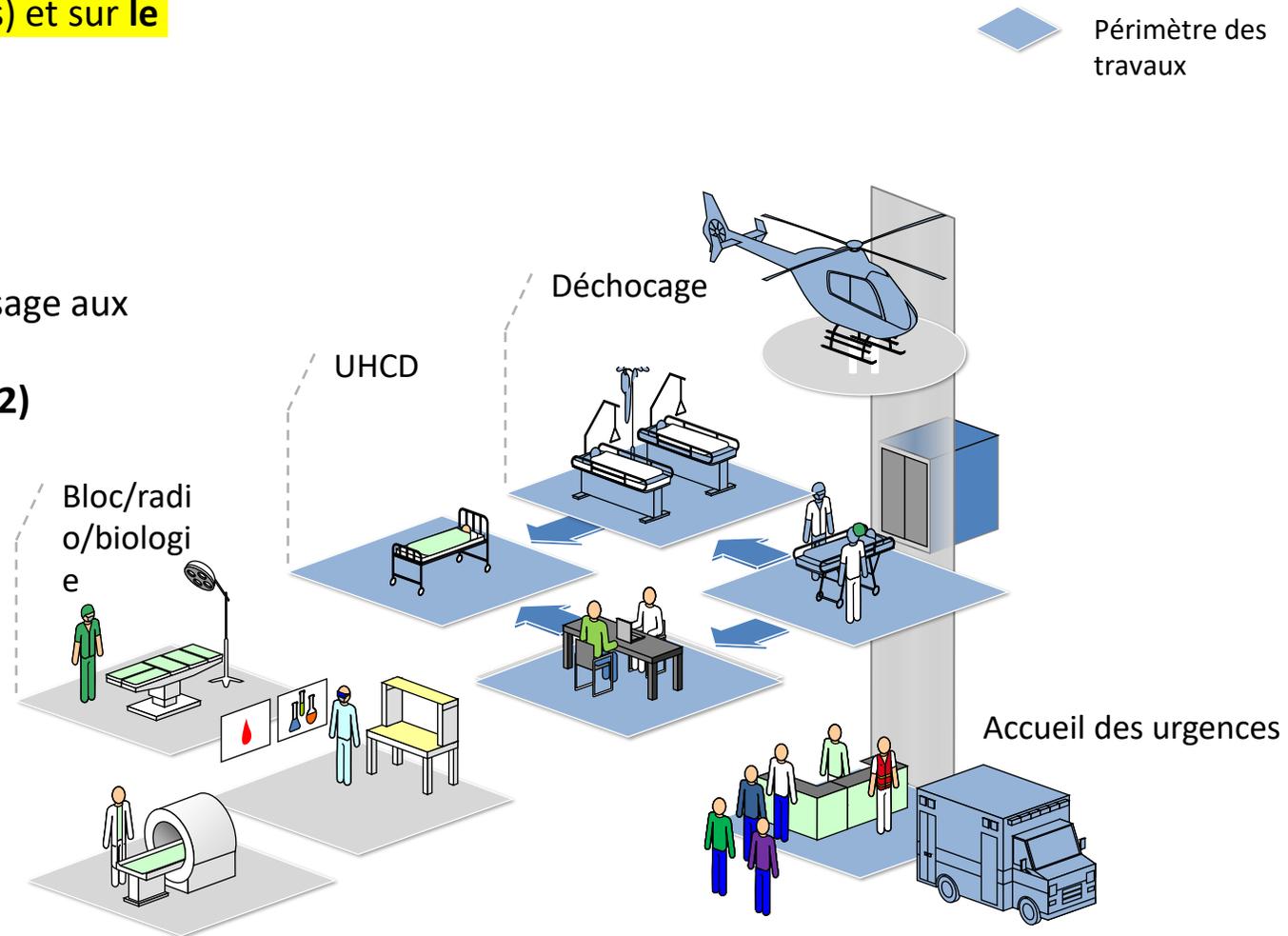
*VII. Rémunération à la qualité*

*En synthèse*

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 2022)**



# 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-MCO rappelle qu'aujourd'hui tous les établissements ne peuvent pas facturer des ATU gyneco

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.

I. *Propos introductifs*

II. *Périmètre*

**III. *Les éléments du nouveau dispositif de financement***

IV. *De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*

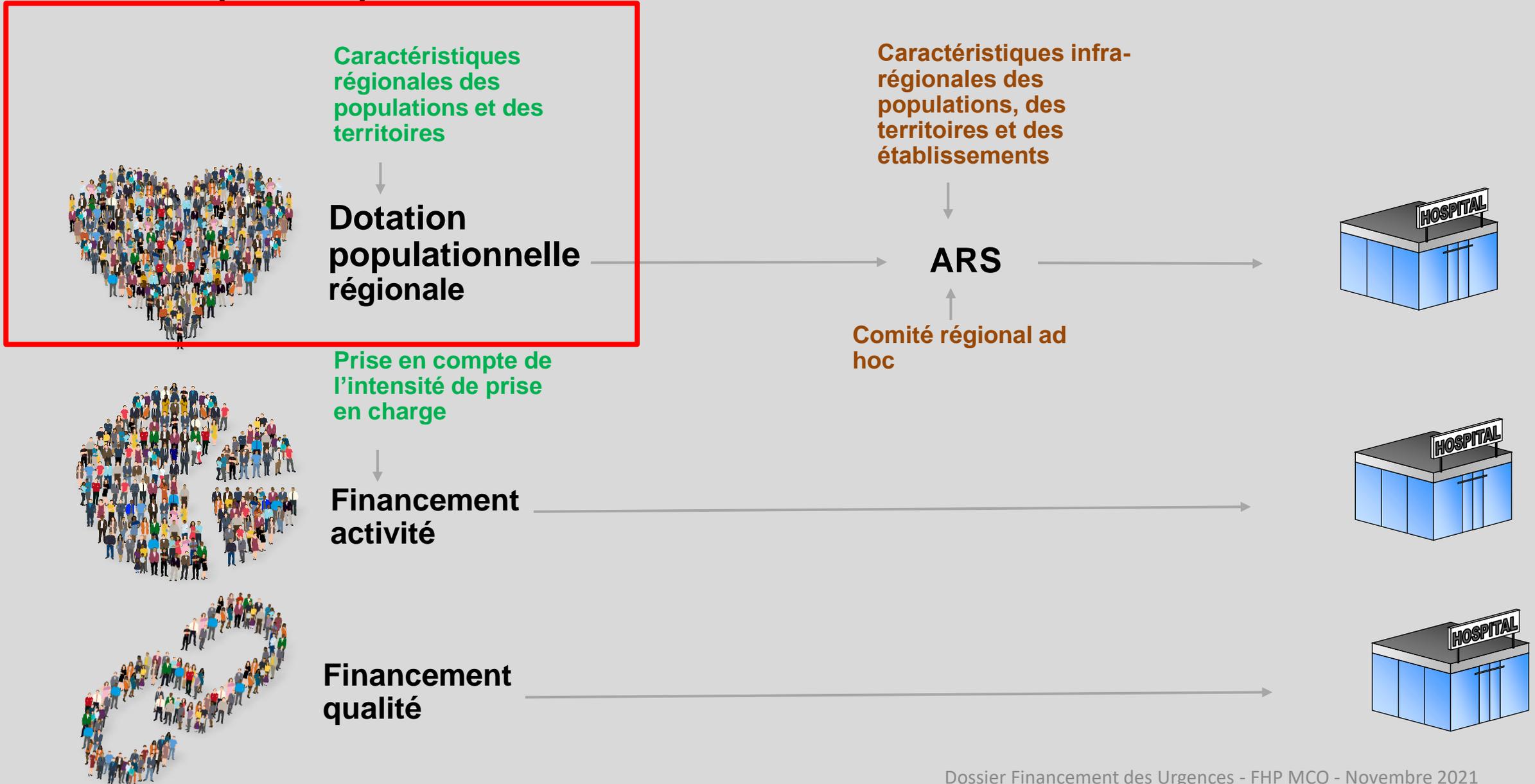
V. *La mise en œuvre des comités régionaux*

VI. *Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*

VII. *Rémunération à la qualité*

*En synthèse*

# 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

- I. *Propos introductifs*
- II. *Périmètre*
- III. *Les éléments du nouveau dispositif de financement*
- IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)**
- V. *La mise en œuvre des comités régionaux*
- VI. *Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*
- VII. *Rémunération à la qualité*
- En synthèse*

# Dotation populationnelle-socle 2021

- ✓ **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 (reporté au 1<sup>er</sup> Janvier 2022)
  - 50% des financements GHS mono RUM UHCD en 2022 - (25% en 2021 car année de transition)
  
- ✓ **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

# Modélisations Taux recours aux urgences – résultats octobre 2020

<b>Variable expliquée : Nombre de passages aux urgences pour 1000 hab</b>		
<b>Méthode : Régression linéaire non pondérée</b>		
<b>Observations : Tous les départements y compris Corse et DOM</b>	<b>100</b>	
<b>R2 ajusté</b>	<b>0,786</b>	
<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	--	+/-	+	+	-
<b>Pourcentage de la population en 2019</b>	<b>1%</b>	<b>10%</b>	<b>48%</b>	<b>34%</b>	<b>6%</b>

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)

# Délégation de la dotation populationnelle et dotation complémentaires en première circulaire (1)

## ○ Rappel du contexte

- **L'année 2021 est une année de transition dont l'objectif principal est la mise en œuvre des nouvelles enveloppes de financement et des nouveaux circuits de facturation, tout en assurant la stabilité du financement des établissements au cours de cette année charnière. La construction de l'allocation des dotations issues de la dotation populationnelle et des dotations complémentaires qualité seront menée de manière à assurer cette stabilité.**
- **La dotation populationnelle provisoire déléguée en première circulaire intègre les revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé et correspondant au financement de l'activité d'urgence, selon une méthodologie arrêtée au niveau national pour chaque catégorie d'établissements (EPS, EBL, EBNL). Les montants arrêtés pour chaque catégorie d'établissement ont ensuite été réparti entre régions au prorata des volumes économiques correspondant :**
  - **90% des financements relatifs aux revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé sont délégués dans dotation populationnelle en C1. En parallèle les ATU ont bénéficié en campagne 2021 des revalorisations Ségur (27,05 €). Les ACE en revanche ne sont pas revalorisés car prestations non spécifiques ES et tarifs établis via les conventions médicales**
  - **A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021, le reliquat de la masse tarifaire liées aux mesures Ségur sera pris en compte dans la dotation populationnelle, après soustraction de celle transférées aux établissements via les ATU jusqu'au 31 août.**
  - **En 2022 l'intégralité de la masse tarifaire liées aux mesures Ségur sera dans la dotation populationnelle.**

# Délégation de la dotation populationnelle et dotation complémentaires en première circulaire (2)

## Principes de délégation

- 2021 est une année de transition de mise en œuvre réforme durant laquelle il est nécessaire de stabiliser le financement des établissements : il est demandé en 2021 de reconduire par établissement les financements antérieurs constitutifs des dotations socles (issues de la dotation populationnelle) et dotations complémentaires qualité provisoires.
- Les montants correspondant au transfert d'une part des recettes de GHS Mono-RUM UHCD doivent également être traités dans cet objectif de reconduction des financements antérieurs, ainsi que le cas échéant les mesures de compensation de pertes de ticket modérateurs UHCD correspondantes.
- Les montants AC au titre des primes de risque individuelles SU-SMUR effectivement alloués aux établissements en 2020 correspondent aux montants délégués aux ARS pour l'année 2020. Ces montants devront notamment être délégués par les ARS dans la logique de reconduction des financements antérieurs effectivement alloués aux établissements.
- Les montants de compensation de recettes liées à la suppression du Ticket Modérateur SMUR doivent être alloués aux seuls établissements sièges de SMUR, en cohérence avec le mode de calcul de l'allocation de MIG SMUR 2020, selon une ventilation à la main des ARS.
- Les éventuels reliquats résultants d'évolutions par rapport à l'année des données de référence (fermeture d'une structure des urgences, réduction amplitude horaire antenne de SMUR...), restent à la main de l'ARS.

# Délégation de la dotation populationnelle et dotation complémentaires en première circulaire (3)

- **Éléments constitutifs des dotations populationnelles et complémentaires qualité C1**
- **Les dotations provisoires populationnelles et complémentaires qui sont déléguées dans le cadre de première circulaire sont assises et se substituent aux financements antérieurs suivants :**
  - **Montants 2020 des Forfaits Annuels Urgences (FAU)**
  - **Montants 2020 des Forfaits Activité Isolée Urgences (FAI U)**
  - **Montants 2020 MIG SMUR (y compris helismur) hors Evasan**
  - **Montants 2020 MIG Milieux Périlleux**
  - **Montants AC 2020 alloués aux ARS correspondant aux primes individuelles de risque SU-SMUR**
  - **Montants de compensation de recettes liées à la suppression du Ticket Modérateur SMUR**
  - **Transfert d'une part des recettes Assurance Maladie correspondant aux séjours Mono-RUM UHCD**
  - **Montants de compensation de recettes correspondant aux pertes de Ticket Modérateur sur les séjours Mono-RUM UHCD consécutives à la baisse de tarif pour les établissements ex OQN**

# Délégation de la dotation populationnelle et dotation complémentaires qualité en première circulaire (4)

## ○ Montants par vecteur de financement à la C1

Vecteur	Montants	
FAU 2020	1 275 273 180 €	
FAI U 2020	6 080 000 €	
MIG SMUR 2020 hors evasan	828 565 112 €	
MIG Milieu Périlleux 2020	3 163 450 €	
AC Prime de risque	65 524 381 €	
Compensation TM_SMUR	78 247 172 €	
Compensation TM_UHCD ex OQN	1 235 344 €	
Transfert Mono RUM_UHCD retenu par l'ARS	109 353 046 €	
Réintégration SEGUR ( 90% de 217 770 000 €)	195 993 000 €	
<b>Total</b>	<b>2 563 434 684 €</b>	
Dotation Populationnelle SU-SMUR provisoire C1 2021		2 463 434 684 €
Dotation Complémentaire provisoire C1 2021	2 563 434 684 €	75 000 000 €
Masse pour dotation complémentaire C3		25 000 000 €
<b>DOT Socle provisoire C1 2021 hors SSA</b>	<b>2 448 249 732 €</b>	
<b>Dotation Complémentaire provisoire C1 2021 hors SSA</b>	<b>74 538 460 €</b>	

# Délégation de la dotation populationnelle et dotation complémentaires en première circulaire (2)

## ◉ Quelques précisions sur les calculs

### ➤ Calcul transfert GHS mono RUM UHCD :

- ✓ Sélection GHS :  $\text{Nb RUM UHCD} = \text{Nb RUM RSA} + \text{Mode entrée} = \text{Mode de sortie} = \text{Domicile (8)}$
- ✓ Cf slide suivant ATIH déjà présenté
- ✓ Montants AMO 2019 + 0,2 %
- ✓ Transfert de 25% x 10/12 du montant

### ➤ Compensation perte TM UHCD ex OQN :

- ✓ Calcul de la Base de remboursement et du montant AMO +0,2% sur la même sélection de GHS
- ✓ Compensation de 25% du Ticket Modérateur correspondant

### ➤ Poids de la Dotation Complémentaire qualité provisoire : 100 m€ soit 4, 22% de la masse avant Ségur

### ➤ Montant transféré Ségur en C1: 196 m€ soit 90 % de 218 m€

# Délégation en C3 des dotations populationnelles et qualité

## Rappel des principales caractéristiques

- Les montants des crédits complémentaires 2021 de la dotation populationnelle vont être alloués en dans le cadre de la 3ème circulaire budgétaire 2021 afin de permettre aux ARS afin de permettre aux ARS de consulter les Comités d'Allocation de Ressources Urgences en amont. A cette fin les montants quasi-définitifs des crédits qui seront alloués en C3 leur ont été communiqués.
- Ainsi les montants de délégation de la dotation populationnelle en C3 seront composés :
  - ✓ du montant de la C1 telle que notifiée en juillet
  - ✓ du reliquat du financement de 10% du Ségur via la Dotation Populationnelle (idem modalités C1)
  - ✓ de la finalisation des mesures de reconduction (montants pouvant encore évoluer à la marge) ;
  - ✓ du rattrapage régional à la main de l'ARS (modélisation basée sur les données 2019, cf travaux du GT, appliquées aux bases de financement 2021)
  - ✓ de la croissance de base de la DP à la main des ARS
- Concernant l'allocation en C3 de la dotation complémentaire qualité, elle est composée :
  - ✓ Du montant de la DCQ de la C1 telle que notifiée en juillet
  - ✓ D'un montant de 15 millions d'euros qui seront alloués en fonction des résultats des 2 indicateurs RPU mis en œuvre dès cette année

## Délégation en C3 des dotations populationnelles et qualité

Région	DP C1 rectif (logique de reconduction)	Compléments Séjour	Compléments reconduction financement	Rattrapage DP 2021 à la main de l'ARS (y compris HIA de chaque région)	Croissance de base DP à la main de l'ARS (y compris HIA de chaque région)	Délégation DP 2021	Délégation DCQ 2021 (logique de reconduction)	Délégation DCQ 2021 (indicateurs RPU)	
Auvergne-Rhône-Alpes	273 732 250	2 414 239	1 293 366	1 257 819	2 822 995	281 520 669	5 173 841	<b>15 136 050</b>	
Bourgogne-Franche-Comté	132 376 262	1 197 760	772 335	728 622	1 366 996	136 441 975	1 960 229		
Bretagne	104 161 876	928 175	528 764	2 626 077	1 074 688	109 319 580	1 828 090		
Centre-Val de Loire	104 498 505	940 155	524 940	1 641 592	1 078 197	108 683 390	1 782 623		
Corse	26 675 352	218 179	200 009	-	275 681	27 369 221	219 195		
Grand-Est	200 206 211	1 797 905	1 054 043	3 020 015	2 066 149	208 144 324	3 430 173		
Guadeloupe	26 107 556	186 875	150 943	-	269 086	26 714 460	392 106		
Guyane	18 269 660	132 419	96 439	186 945	188 225	18 873 688	271 052		
Hauts-de-France	236 147 038	2 115 555	1 195 652	-	2 436 526	241 894 771	4 168 142		
Ile-de-France	434 189 167	3 602 845	1 506 118	-	4 469 929	443 768 059	9 533 576		
La réunion	30 531 589	217 615	179 470	301 666	314 704	31 545 044	521 640		
Martinique	18 649 966	136 516	103 632	-	192 210	19 082 325	278 416		
Normandie	144 552 395	1 297 300	720 671	845 841	1 491 377	148 907 584	2 628 802		
Nouvelle Aquitaine	216 515 401	1 923 753	1 266 285	4 350 819	2 235 538	226 291 796	3 577 986		
Occitanie	211 382 357	1 854 252	1 118 027	-	2 181 093	216 535 729	3 466 078		
Pays de la Loire	97 965 182	877 546	432 572	5 222 954	1 010 142	105 508 397	1 944 681		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	202 215 809	1 798 298	930 584	-	2 085 345	207 030 037	3 769 980		
<b>Total délégation ARS</b>	<b>2 478 176 578</b>	<b>21 639 387</b>	<b>12 073 852</b>	<b>20 182 349</b>	<b>25 558 884</b>	<b>2 557 631 049</b>	<b>44 946 611</b>		
<b>Délégation SSA</b>	<b>15 184 953</b>	<b>136 825</b>	<b>18 394</b>	<b>L'ARS doit déterminer la part de la croissance qui doit être délégué au HIA</b>		<b>A calculer sur base du retour ARS</b>	<b>461 540</b>		

## Focus sur le calcul du rattrapage par région

Région	DP SU-SMUR base 2021 , hors Ségur y compris coef géo	DP SU-SMUR modélisée, hors Ségur y compris coef géo	Rattrapage à réaliser hors Ségur	Rattrapage à réaliser y compris Ségur	Rattrapage DP 2021
Auvergne-Rhône-Alpes	254 591 911	260 339 098	5 747 187	6 289 095	1 257 819
Bourgogne-Franche-Comté	122 368 754	125 697 951	3 329 197	3 643 110	728 622
Bretagne	97 748 252	109 747 239	11 998 986	13 130 383	2 626 077
Centre-Val de Loire	96 562 048	104 062 757	7 500 709	8 207 959	1 641 592
Corse	24 911 751	20 234 075	-	-	-
Grand-Est	187 250 914	201 049 871	13 798 957	15 100 075	3 020 015
Guadeloupe	24 576 627	21 771 745	-	-	-
Guyane	17 174 330	18 028 511	854 182	934 724	186 945
Hauts-de-France	218 302 694	198 475 585	-	-	-
Ile-de-France	406 719 331	368 925 447	-	-	-
La réunion	28 752 524	30 130 887	1 378 363	1 508 331	301 666
Martinique	17 524 952	12 639 519	-	-	-
Normandie	131 676 873	135 541 663	3 864 790	4 229 205	845 841
Nouvelle Aquitaine	202 339 307	222 218 931	19 879 624	21 754 094	4 350 819
Occitanie	195 812 119	189 279 514	-	-	-
Pays de la Loire	92 420 331	116 284 888	23 864 557	26 114 771	5 222 954
Provence-Alpes-Côte d'Azur	190 735 151	175 040 188	-	-	-
<b>Total général</b>	<b>2 309 467 868</b>	<b>2 309 467 868</b>	<b>92 216 551</b>	<b>100 911 746</b>	<b>20 182 349</b>

# 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 des comités régionaux). 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)

# Évolutions tarifaires 2021 liées à la mise en œuvre du modèle des urgences

## Séгур RH : Focus sur le modèle de financement des urgences

- ❑ La progression des dotations populationnelle et qualité est fixée pour 2021 à +11% après prise en compte des éléments suivants :
    - ❖ **Évolution de l'ensemble (dotation populationnelle + dotation qualité) avant prise en compte des revalorisations Séгур de +1,9%**
      - ❖ Évolution transversale de la dotation populationnelle + mise en œuvre du rattrapage entre régions + mesures d'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme
    - ❖ **Évolution de l'ensemble (dotation populationnelle + dotation qualité) liée à la prise en compte des mesures de revalorisation +9,1% (218 m€)**
      - ❖ Principe du portage des mesures de revalorisation par la dotation populationnelle
      - ❖ Délégation des enveloppes Séгур par région au prorata des volumes économiques de la dotation populationnelle de base
  
  - ❑ **Les forfaits activités mis en place au 1<sup>er</sup> Janvier 2022 ne porteront pas les mesures de revalorisations Séгур**
    - ❖ Les forfaits activités seront mis en place au 1<sup>er</sup> Janvier 2022, sur la base d'un calibrage assis sur les ATU et les ACE.
    - ❖ Les ATU auront bien bénéficié en campagne 2021 des revalorisations Séгур, les ACE en revanche ne sont pas revalorisés car prestations non spécifiques ES et tarifs établis via les conventions médicales
    - ❖ A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2021, la masse tarifaire liées aux mesures de revalorisations sera intégralement prise en compte dans la dotation populationnelle
-

# GHS MONO RUM UHCD

## Fonction groupage

---

- Au 1<sup>er</sup> Mars 2021, création de nouveaux GHS
  - Un nouveau GHS par racine
  - Modification de la fonction groupage (FG)
  
- Pour 2021, la FG reprend les conditions de la décote de financement en 0 jour des séjours de plus d'une nuitée
  1. Nb RUM UHCD = Nb RUM RSA
  2. Mode entrée = Mode de sortie = Domicile (8)
  
- Pour 2021, par rapport au calendrier de la campagne tarifaire, il n'a pas été possible de supprimer la condition (2)
  - Modification et diffusion des sources de la FG aux éditeurs de logiciels
  - Cette suppression sera effective au 1<sup>er</sup> Mars 2022

- I. *Propos introductifs*
- II. *Périmètre*
- III. *Les éléments du nouveau dispositif de financement*
- IV. *De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*
- V. *La mise en œuvre des comités régionaux***
- VI. *Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*
- VII. *Rémunération à la qualité*
- En synthèse*

## Le comité régional est consulté

par le directeur général de l'agence régionale de santé sur :

- 1° Les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé pour les structures de médecine d'urgence autorisées
- 2° Les objectifs de transformation de l'offre de soins et des parcours, concernant l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence et le recours à ces structures.

Le comité régional se réunit au moins deux fois par an.

**Le comité régional doit être réuni**  
**pour la première fois avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021**

# Est précisé dans l'arrêté

Focus : évolutions concernant la composition de la section urgences du comité (Art 3 du DCE)

- Le nombre de membres de la section urgences du comité d'allocation de ressources dépendra de la population de la région, et ce pour chaque catégorie de représentants :

<b>Composition comité</b>				
<b>Population de la région (INSEE)</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Urgentistes</b>	<b>Usagers</b>	<b>Total</b>
Moins de 2 millions habitants	4	2	1	<b>7</b>
Entre 2 et 4 millions habitants	8	4	2	<b>14</b>
Entre 4 et 8 millions habitants	10	5	2	<b>17</b>
Plus de 8 millions d'habitants	12	6	3	<b>21</b>

# Répartition des représentants des établissements

Répartition des représentants des établissements, données Passages SU 2019				
Régions	FHF	FEHAP	FHP	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	7	2	3	12
Bourgogne-Franche-Comté	6	1	1	8
Bretagne	5	1	2	8
Centre-Val de Loire	6	0	2	8
Corse	3	0	1	4
Grand-Est	7	1	2	10
Guadeloupe	3	0	1	4
Guyane	3	1	0	4
Hauts-de-France	6	2	2	10
Ile-de-France	7	2	3	12
La réunion	4	0	0	4
Martinique	4	0	0	4
Normandie	5	1	2	8
Nouvelle Aquitaine	6	1	3	10
Occitanie	6	1	3	10
Pays de la Loire	6	0	2	8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6	2	2	10

# **Outillage des ARS : mise à jour du référentiel de moyens valorisés SU-SMUR**

# Outillage des ARS : Mise à jour du référentiel de moyens valorisés

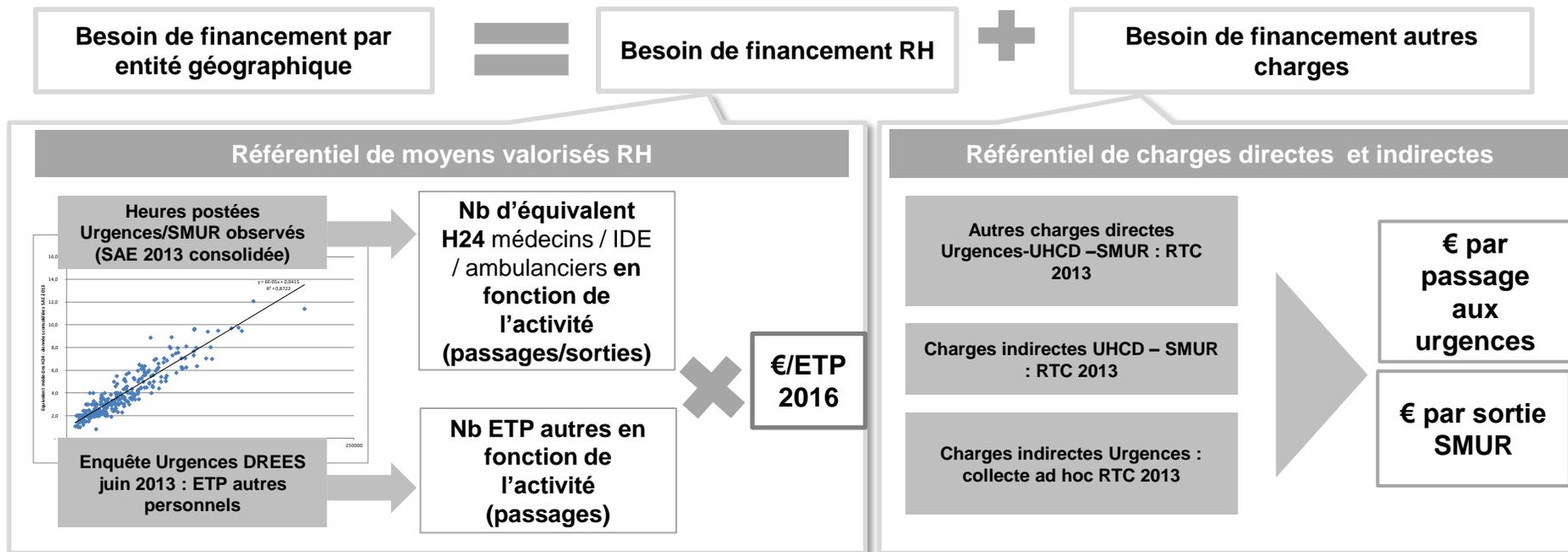
## Présentation de la démarche

- Le référentiel de moyens valorisés SU-SMUR a pour but d'estimer le besoin de financement d'un établissement par entité géographique en fonction de son activité. Il s'agit d'une estimation moyenne basée sur des coûts construits à partir des données disponibles, et non pas d'une estimation des charges de chaque établissement.
- Le référentiel de moyens SU-SMUR élaboré en 2015 et largement concerté avec les acteurs a servi de base au recalibrage du FAU par entité géographique et à la modélisation de la MIG SMUR mise en œuvre à partir de 2016.
- Dans le cadre de la réforme du financement des SU-SMUR, ce référentiel de moyens va être mis à jour et amélioré afin de permettre aux ARS de disposer d'une estimation objectivée du besoin de financement des établissements, en amont de la détermination des critères régionaux de versement de la dotation populationnelle aux établissements.
- La première étape de la mise à jour du référentiel de 2015 va consister en une prise en compte de l'évolution des coûts par ETP dans les établissements des personnels des SU-SMUR depuis 2015, ainsi qu'une prise en compte de l'évolution des recettes moyennes dans le cadre de la réforme (cf slides suivants). Dans un premier temps, le référentiel ex OQN sera déduit du référentiel ex DG en lui appliquant l'écart ex OQN-Ex DG du financement 2019, à l'instar de ce qui a été fait en 2015 pour le calibrage du FAU Ex OQN.
- Éléments de calendrier du chantier « Référentiel de moyens » :
  - ✓ T4 2021 : Première mise à jour du RMV (coûts par ETP ES publics 2021 + estimation recettes SU)
  - ✓ Identification et organisation des travaux avec les ARS contributrices en concertation avec les acteurs
  - ✓ Fin juin 2022 : Mise à jour des coûts par ETP publics 2022 + premier ensemble d'améliorations
  - ✓ Fin juin 2023 : RMV entièrement mis à jour Ex DG et ex OQN

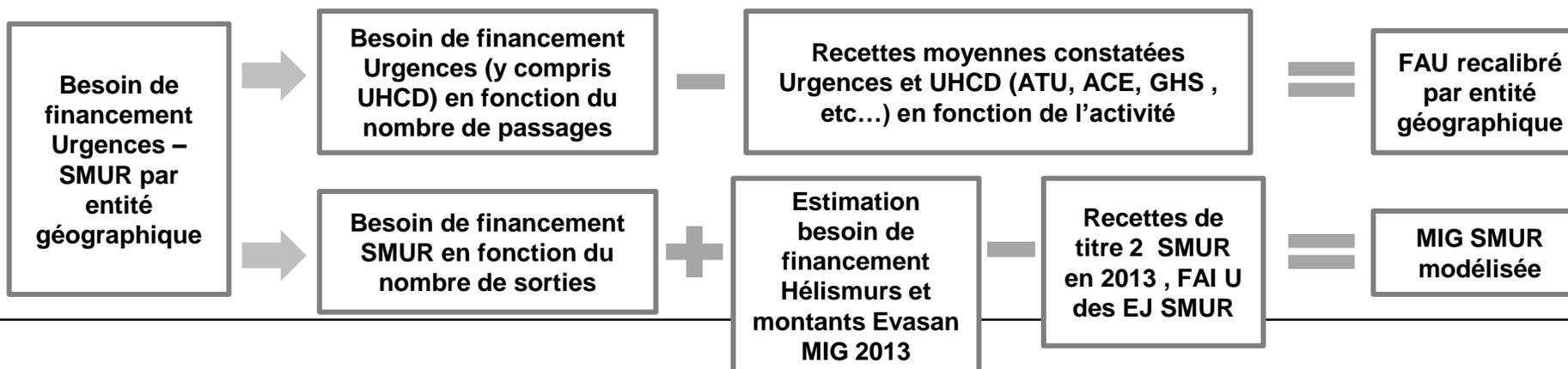
# Recalibrage FAU / MIG SMUR 2016

Avant réforme 2021

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



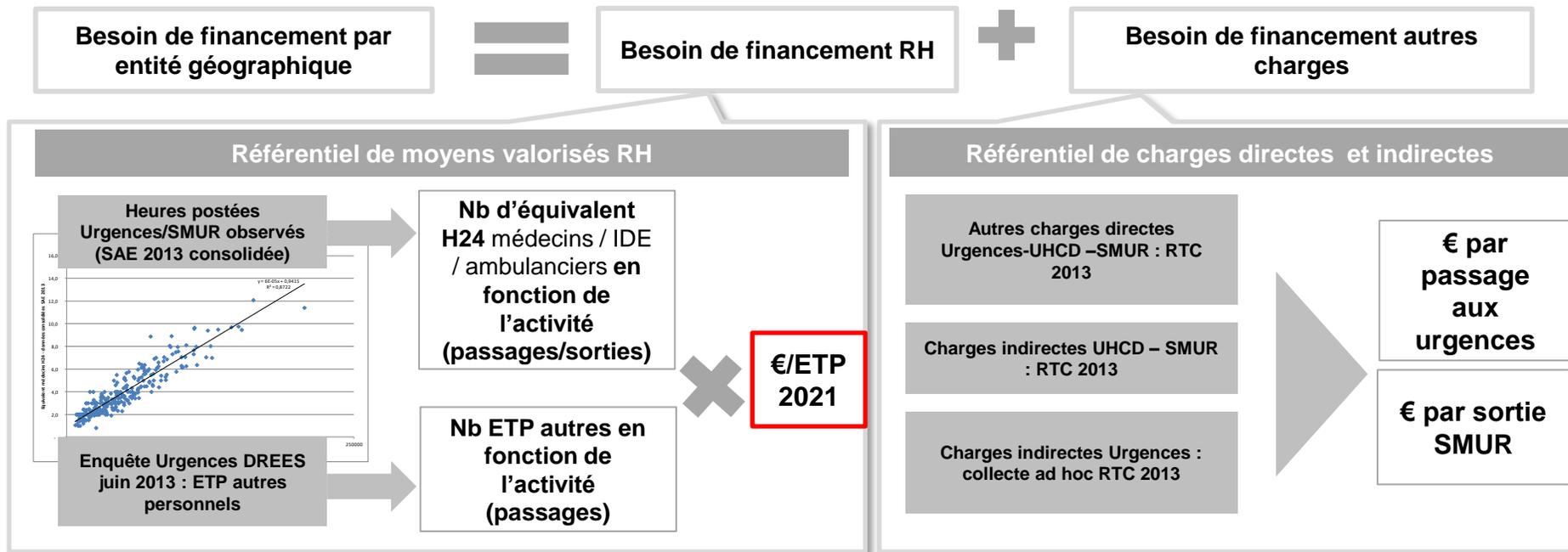
## 2 Recalibrage du FAU et de la MIG SMUR



# Référentiel de moyens MAJ T4 2021

Après réforme 2021

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



## 2 Estimation du besoin en dotation socle SU/SMUR



- I. *Propos introductifs*
- II. *Périmètre*
- III. *Les éléments du nouveau dispositif de financement*
- IV. *De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*
- V. *La mise en œuvre des comités régionaux*
- VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022**
- VII. *Rémunération à la qualité*
- En synthèse*

○ **Synthèse des évolutions portées dans l'article 26**

- **Concernant la rémunération des passages non programmés non suivis d'hospitalisation des médecins libéraux dans les établissements ex OQN :**
  - ✓ Il est précisé que cette activité sera rémunérée par les forfaits et suppléments de la réforme des urgences qui se substitueront aux honoraires actuellement perçus par les professionnels de santé libéraux concernés. Cela permettra notamment de répondre à la demande des acteurs concernés de maintien des modalités de facturation en partie dite « basse » du bordereau de facturation cerfa S3404.
  - ✓ Il est prévu une participation de l'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires issus des forfaits et suppléments perçus dans le cadre de leur activité de médecine d'urgence au même titre que pour les autres revenus conventionnés.
- **Concernant le Forfait Patient Urgences, cet article :**
  - ✓ Prévoit l'applicabilité du nouveau forfait et des tarifs afférents au 1er janvier 2022 au lieu du 1er septembre 2021
  - ✓ Ajuste et clarifie les conditions d'exonération et de minoration du FPU (cf tableau slide suivante)

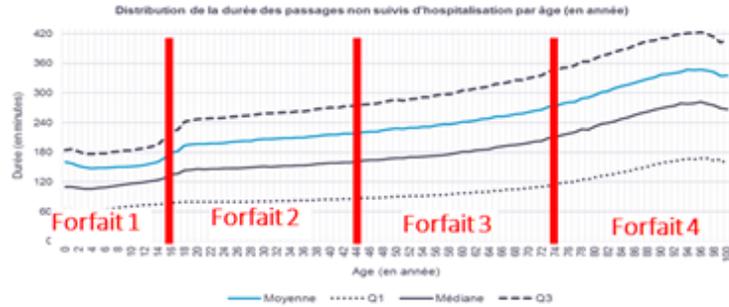
## PLFSS 2022 : Tableau récapitulatif des conditions d'exonération /minoration du FPU

	<b>Article 51 LFSS pour 2021</b>	<b>Article 26 PLFSS 2022</b>
<b>Assurance maternité</b>	Exonération de FPU	Exonération de FPU
<b>Nouveaux nés dans les 30 jours suivant la naissance</b>	Exonération de FPU	Exonération de FPU
<b>Soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes de violence sexuelle</b>	Exonération de FPU	Exonération de FPU
<b>Donneurs</b>	Exonération de FPU pour les passages en lien	Exonération de FPU pour les passages en lien
<b>Victimes d'actes de terrorisme</b>	Exonération de FPU pour les soins résultant de l'acte de terrorisme	Exonération de FPU pour les soins résultant de l'acte de terrorisme
<b>Crise sanitaire</b>	Exonération de FPU dans des conditions définies par décret le cas échéant	Exonération de FPU dans des conditions définies par décret le cas échéant
<b>ALD</b>	FPU minoré	FPU minoré
<b>Invalides</b>	FPU minoré	Exonération de FPU
<b>Bénéficiaires du régime ATMP présentant une incapacité au moins égale à 2/3</b>	FPU minoré	Exonération de FPU
<b>Bénéficiaires du régime ATMP présentant une incapacité inférieure à 2/3</b>	FPU plein	FPU minoré
<b>Invalides de guerre</b>	FPU minoré	Exonération de FPU

# Facturation des passages SU non suivis d'hospitalisation

honos

## A- forfaits liés à l'âge



honos

## 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



honos

## C- suppléments liés au plateau technique



Radiologie



Biologie

Etablissement



D – Forfait Participation Patients Urgences (FPU)

# Forfaits Urgences Externes envisagés au 1<sup>er</sup> Janvier 2022

- **Forfaits âge** : Facturé par patient et par passage en fonction de sa tranche d'âge
  - 0-15 ans
  - 16-44 ans
  - 45-74 ans
  - 75 ans et plus
- **Suppléments correspondant à la lourdeur de prise en charge** : chaque supplément peut être facturé en sus du forfait âge
  - Patient CCMU 3-4-5
  - Patient CCMU 2 + : CCMU 2 et liste limitative d'actes (ex: réduction luxation, plaie profondes...) en cours d'élaboration
  - Patient arrivé en Ambulance (VSAV, transport sanitaire urgent, SMUR)
  - Avis spécialiste à la demande de l'urgentiste

# Forfaits Urgences envisagés au 1<sup>er</sup> Janvier 2022 (suite)

- **Supplément Biologie** : Facturé par patient et par passage uniquement avec biologie, en fonction de sa tranche d'âge. (tranches d'âge à finaliser)
  - 0-15 ans
  - 16-44 ans
  - 45 ans et +
- **Suppléments Imagerie** : un seul supplément peut être facturé par patient et par passage avec imagerie (le plus élevé si il y a réalisation des deux types d'acte au cours du même passage)
  - **Supplément 1 : imagerie standard ou échographie**
    - Ne peut pas être facturé si l'échographie est réalisée par l'urgentiste, ce financement est alors inclus dans les forfaits âge et supplément Ambulance /CCMU3-4-5/CCMU 2+
  - **Supplément 2 : imagerie en coupe avec ou sans imagerie standard/échographie**
    - Un ou plusieurs forfaits techniques peuvent être facturés en lien avec ce supplément

## Forfaits Urgences envisagés au 1<sup>er</sup> Janvier 2022 (suite)

- **Suppléments de permanence des soins** : peuvent être facturés en sus des forfaits âge, supplément avis spécialisé, supplément biologie, supplément imagerie.
  - Supplément Nuit et Férié des forfaits âges : correspondent à l'activité des urgentistes, un seul par forfait âge
  - Supplément Nuit et Férié des suppléments Imagerie, Biologie, Avis spécialiste (même tarif) : un seul supplément par supplément Imagerie, Biologie, Avis spécialiste
- **Forfait « Complément FPU minoré »** :
  - Pour que la situation médico administrative du patient n'entraîne pas d'effet sur le niveau des recettes des établissements, un « complément de forfait patient urgence » doit pouvoir être facturé par l'établissement l'Assurance Maladie dans les cas d'application d'une participation assurée minorée.
  - Le montant de ce complément correspondant à la différence de montant entre le montant nominal de la participation assurée et le montant minoré de cette participation.

## LFSS 2021 : Rappel sur le Forfait Patient Urgences - 1<sup>er</sup> Janvier 2022 (FPU)

- **Règle générale** : La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences autorisée d'un établissement de santé est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de ce forfait est estimé de manière provisoire à 18€.
- **Exonérations** :
  - Pour tous les passages: femmes enceintes (maternité) et nouveaux nés
  - Les passages en lien avec les circonstances suivantes : les mineurs victimes de sévices,, donneurs d'organes de leur vivant, les cas de crise sanitaire (suppose un décret) ou de terrorisme
- **Tarif minoré** (estimation provisoire : 8€) : patients ALD (tous les passages), invalides au sens du CSS, ATMP et invalides du code des pensions militaires
- **Le FPU sera pris en charge par les contrats responsables des complémentaires** (via le I de l'article L. 160-13 CSS) pour les patients en disposant. Il sera pris en charge par l'Assurance Maladie pour les patients AME/SU.

# Forfaits et suppléments

FPU	Valeur
Forfait plein	19,61 €
Forfait minoré	8,49 €

Nouveau

FPU

CFU	Valeur
Forfait	11,12 €

Nouveau

## Urgentistes

Forfait urgences	Métropole	DOM
Forfait 0-15 ans	28,01 €	32,77 €
Forfait 16-44 ans	35,83 €	41,92 €
Forfait 45-74 ans	41,84 €	48,94 €
Forfait 75 ans et plus	50,15 €	58,66 €
Supplément ambulance	12,88 €	14,96 €
Supplément CCMU 345	19,72 €	22,91 €
Supplément CCMU 2+	14,79 €	17,18 €
Supplément nuit profonde (22h-8h)	40,00 €	48,74 €
Supplément férié/dimanche/samedi après-midi /soirée (20h-22h)	10,60 €	12,92 €

## Avis spécialiste

	France Métropolitaine + DOM	France métropolitaine	DOM
<b>Avis spécialiste</b>		25,00 €	27,60 €
Nuit	25,15 €		
Férié	19,06 €		

Identique au 25 juin



## Biologie

Suppléments biologie		0-15 ans	16-44 ans	45 ans et plus
Nombre de B	Ex DG	163	196	205
	EX OQN	179	245	264
Valeur métropole (*0,27€)	Ex DG	44 €	53 €	55 €
	EX OQN	48 €	66 €	71 €
Valeur Antilles (*0,31€)	Ex DG	51 €	61 €	64 €
	EX OQN	55 €	76 €	82 €
Valeur Guyane / Réunion (*0,33€)	Ex DG	54 €	65 €	68 €
	EX OQN	59 €	81 €	87 €

Identique au 25 juin

## Imagerie

Suppléments imagerie	Ex DG	EX OQN
Conventionnelle	34,59 €	38,42 €
Coupe	54,43 €	57,01 €
Nuit	25,15 €	25,15 €
Férié	19,06 €	19,06 €

Identique au 25 juin

# Forfait urgence

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION



- Forfaits et suppléments identiques quelque soit le secteur de financement
- Tarifs spécifiques pour les DOM
- Changement suppléments nuit et férié:
  - Nuit (20h - 8h) => Nuit profonde (22h - 8h)
  - Férié / dimanche => Férié, dimanche, samedi après-midi (14h-22h), soirée (20h-22h)

Forfait urgences	Métropole	DOM
Forfait 0-15 ans	28,01 €	32,77 €
Forfait 16-44 ans	35,83 €	41,92 €
Forfait 45-74 ans	41,84 €	48,94 €
Forfait 75 ans et plus	50,15 €	58,66 €
Supplément ambulance	12,88 €	14,96 €
Supplément CCMU 345	19,72 €	22,91 €
Supplément CCMU 2+	14,79 €	17,18 €
Supplément nuit profonde (22h-8h)	40,00 €	48,74 €
Supplément férié/dimanche/samedi après-midi /soirée (20h-22h)	10,60 €	12,92 €

Dossier Financement des  
Urgences - FHP MCO -  
Novembre 2021



<b>Nuit profonde</b> (22h-8h)	Calibrage sur un montant défini
<b>Férié, dimanche, samedi après-midi</b> (14h-22h), <b>soirée</b> (20h-22h)	25% de majoration par rapport au montant moyen (42,35€) par passage hors nuit/férié du secteur ex-OQN en métropole



- Forfaits identiques quelque soit le secteur de financement
- Tarif identique métropole et DOM
- Nouvelle prise en compte invalides et AT-MP

<b>FPU</b>	Valeur
Forfait plein	19,61 €
Forfait minoré	8,49 €

<b>CFU</b>	
Forfait	11,12 €

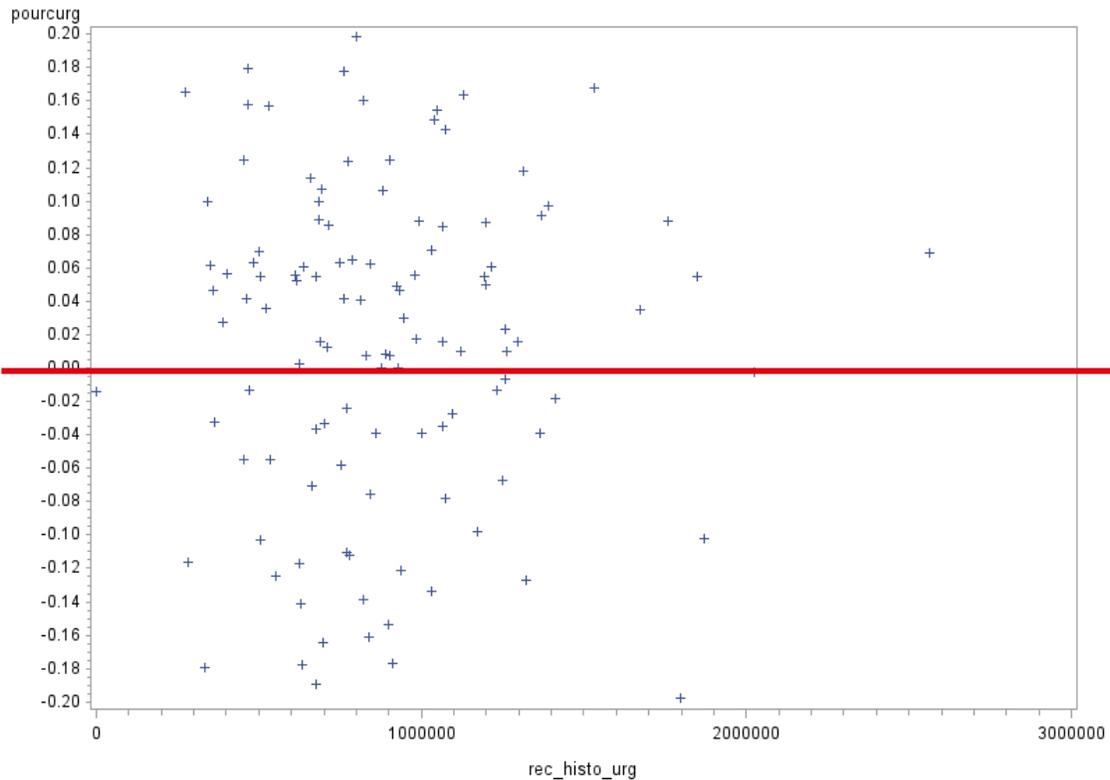
# Impact du nouveau modèle de financement

## Résultats secteur ex-OQN

# Effet impact nouveau modèle Urgentiste

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

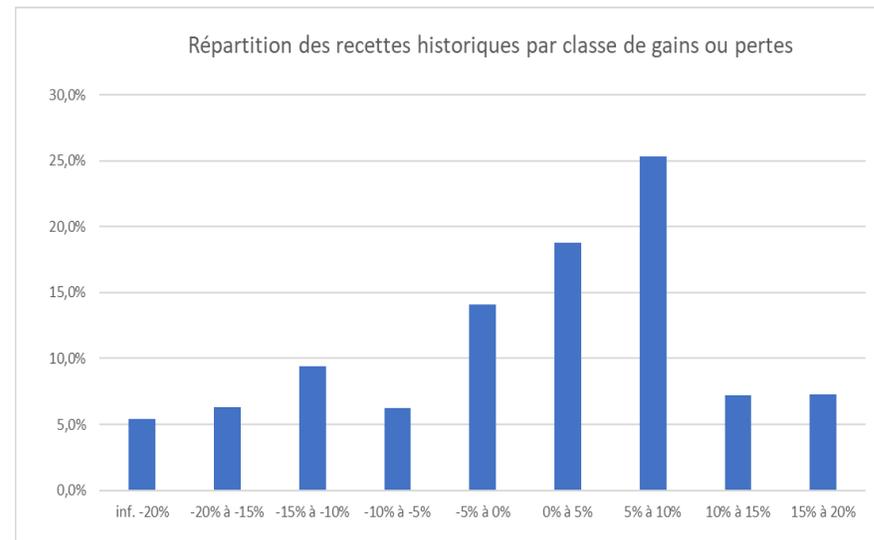
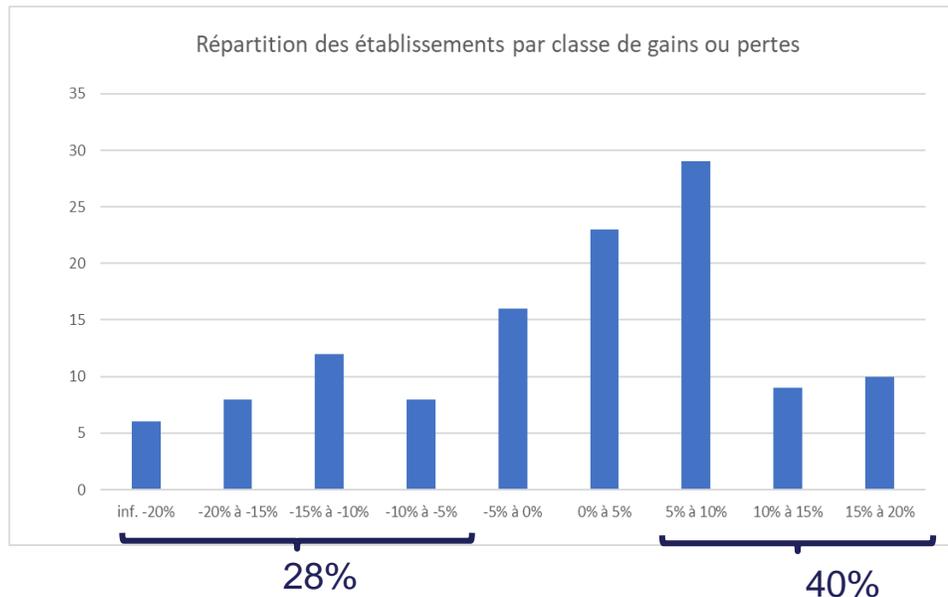


Des gagnants et  
des perdants  
quelque soit le  
niveau des  
recettes

# Effet impact nouveau modèle Urgentiste

atih

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION



Un tiers des établissements ont un impact du modèle compris entre -5% et +5% (ils représentent un tiers des recettes historiques)

Nombre d'établissements	Moyenne	Q1	médiane	Q3
121	0,0%	-8.2%	1.7%	7.2%

# Mécanisme de compensation des pertes

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

Les établissements avec  $-X\%$  de perte percevront un montant de compensation de la perte à hauteur de  $-X\%$

Pour permettre cette compensation les tarifs seront abaissés de  $Y\%$

Cette baisse de tarifs entrainera des établissements perdants de plus de  $X\%$

Parmi ces établissements, les établissements perdants de plus de  $X\%$  au final peuvent être repérés

- les établissements perdants de plus de  $5\%$  au final peuvent être repérés également

# Effet impact nouveau modèle

## Urgentiste

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

34 établissements (28%) en dessous de -5% de perte

➔ masse Nécessaire pour compensation= -3,0M€

➔ 2,7% de baisse sur les forfaits et suppléments

1<sup>ère</sup> étape : Compensation à hauteur de  
-X%

Par exemple: un établissement en  
dessous de -X% sera compenser pour  
avoir une perte de -X%

Baisse prise en compte	Nombre d'établissements	Masse nécessaire en M€	Baisse des tarifs associées	Nombre d'établissements restants en dessous de -5% (sauf ceux compenser dans la 1ère étape)	Masses supplémentaires nécessaires pour que tous les établissements soient compensés à hauteur de -5%
-5%	34	-3,0	-2,7%	9	85 534
-4%	34	-3,3	-3,0%	9	106 360
-3%	41	-3,6	-3,3%	3	17 592
-2%	43	-4,0	-3,7%	1	6 263

*I. Propos introductifs*

*II. Périmètre*

*III. Les éléments du nouveau dispositif de financement*

*IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*

*V. La mise en œuvre des comités régionaux*

*VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*

***VII. Rémunération à la qualité***

*En synthèse*

# 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

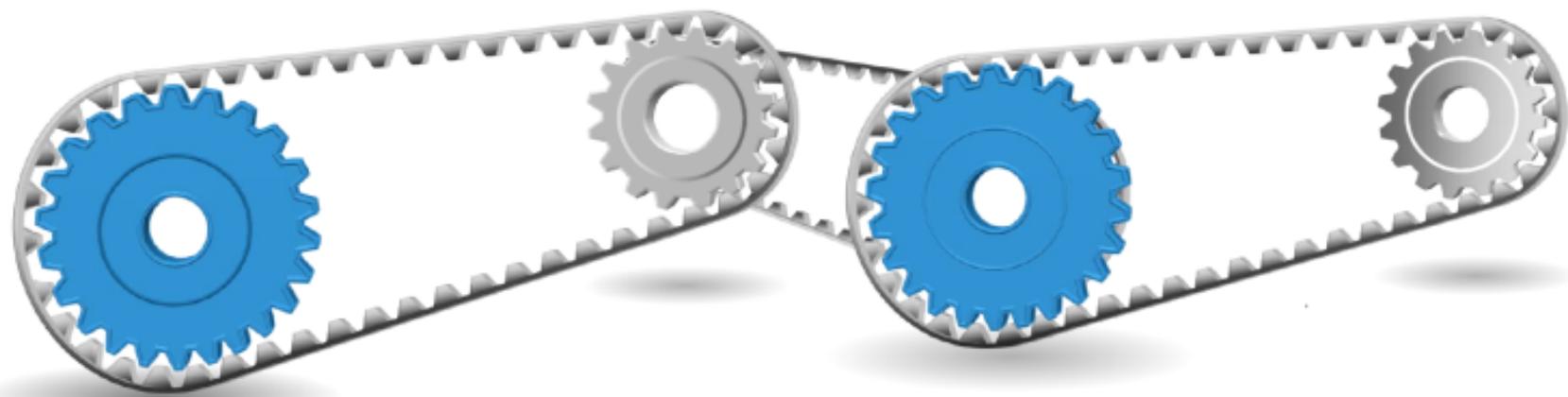
D- toute progression donne lieu à rémunération (entre 50 et 100% de la rémunération de l'indicateur)

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

## 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

# Compartiment Qualité

## Calcul de la DQ 2021 sur base des 2 indicateurs de qualité des données RPU

- **Juridique**

Arrêté Qualité :

- Définition des modalités de valorisation et de versement de la DQ 2021 pour les 25% de l'enveloppe consacrés à la qualité des données, sur base des 2 indicateurs :
  - Indicateur d'exploitabilité du DP
  - Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU
- Prochaine étape : saisine des caisses cette semaine dans l'objectif d'une publication courant décembre et d'un versement de la DQ 2021 adossé à la C3

- **Calcul :**

- Travaux d'analyse et de contrôle des données, de calcul des résultats aux indicateurs et de la dotation qualité en cours depuis mi-septembre

## Rappel du planning d'intégration progressive des indicateurs au modèle de rémunération

		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		Remplacement en cours	
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		2023 vs 2022	2024

MAJ du calendrier pour cet indicateur au vu des dev SI à prévoir

# Compartiment Qualité

## DQ 2022 et au-delà : rappel synthèse avancement indicateurs

		Indicateur	Méthode de calcul	NMG	SHQ	État d'avancement
INDICATEUR DE QUALITÉ DES DONNÉES		Indicateur de bonne complétion du DP		 0%	 95%	
		Indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU		 0%	 0 jour	
INDICATEUR DE QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE ET DES ORGANISATIONS	Indicateurs personnes âgées	Indicateur durée de passage <75 ans non hospitalisés	À confirmer et à définir			
		Durée de passage des PA non hospitalisées		A valider	A valider	Calcul à blanc de l'ensemble de ces indicateurs en 2022 sur base des données de l'année 2021
		Durée de passage des PA hospitalisées		A valider post année à blanc	A valider post année à blanc	
		Durée de passage des PA hospitalisées selon la variabilité de l'activité		A valider post année à blanc	A valider post année à blanc	
		Part de l'UHCD dans les passages aux urgences des PA suivis d'hospitalisation		A valider post année à blanc	A valider post année à blanc	
Indicateur Equipage SMUR		A valider	 168h			
		Indicateur indisponibilité SMUR		A venir	A venir	

# Compartiment Qualité

## DQ 2022 et au-delà : travaux prioritaires pour les prochains mois



- Poursuite des travaux en cours sur l'indicateur **indisponibilité SMUR**
  - ✓ Identification de modalités opérationnelles déjà existantes permettant de suivre des premiers motifs principaux d'indisponibilités dont le suivi semble prioritaire en terme de qualité
  - ✓ Poursuite des travaux pour opérationnalisation du processus de recueil des données dans les SI SAMU et construction de l'indicateur
- Stabilisation de l'indicateur de suivi de la **durée de passage pour les moins de 75 ans** :
  - ✓ Réflexions en cours pour contourner le risque évoqué de valoriser des passages courts qui tendraient à relever de la médecine de ville , en se concentrant sur un sous ensemble de diagnostic , sur lesquels il y a un corpus homogène de prise en charge
- Indicateurs PA hospitalisées :
  - ✓ Calcul à blanc des indicateurs durées de passage PAH en 2022 (données 2021 versus 2019)
  - ✓ Analyse des résultats +/-ajustement éventuel des indicateurs
  - ✓ Prise en compte des indicateurs finalisés dans le calcul de la dotation complémentaire 2023
- Sujet spécifique des indicateurs pédiatriques

→ Date d'un prochain GT sur décembre ou janvier vous sera communiquée prochainement

- 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 : 0% 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

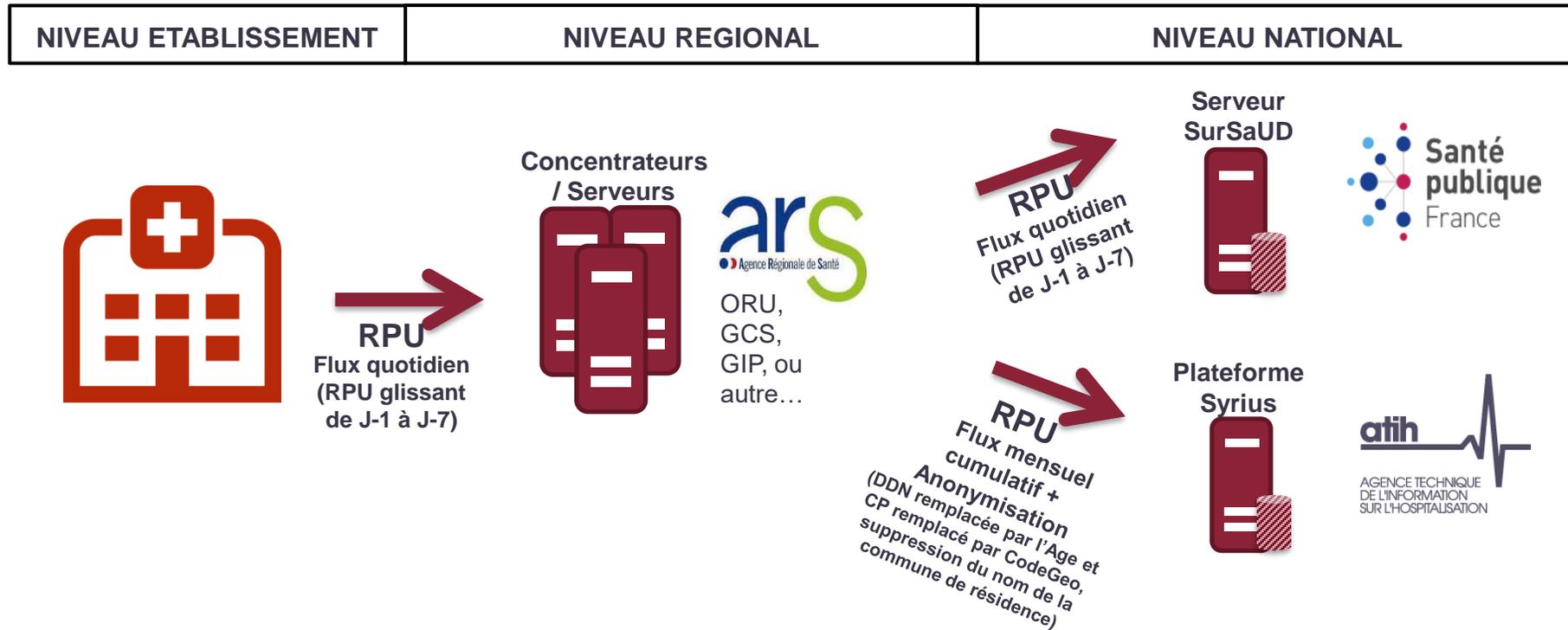
**Rémunération qualité de la données = somme des rem par indicateur**  
*(Répartition du reliquat de l'enveloppe entre les gagnants au prorata de ce qu'ils ont touché)*

**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**

# RPU : Schéma de transmission

Note : les organisations régionales peuvent varier



ORU : Observatoire Régional des Urgences

SurSaUD : Surveillance syndromique des urgences et des décès

Syrius : Système de recueil de l'information des urgences

# Plateforme Syrius – Demande d'accès

- Demande d'accès à la plateforme **Syrius** :
  - S'adresser à l'**Administrateur Plage** de l'établissement ou de la région (en ARS)
  - Demander des habilitations au **domaine Syrius** dans Plage
    - En tant que **Gestionnaire des Fichiers** pour transmettre (concentrateurs régionaux)
    - En tant que **Lecteur** pour voir les résultats (établissement de santé)
    - En tant que **Valideur** pour valider (ARS ou ORU)
  - L'accès à Syrius se fait via **e-PMSI** (avec le même identifiant)

*I. Propos introductifs*

*II. Périmètre*

*III. Les éléments du nouveau dispositif de financement*

*IV. De la Dotation Populationnelle (région)  
à la Dotation socle (établissement)*

*V. La mise en œuvre des comités régionaux*

*VI. Rémunération à l'activité à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2022*

*VII. Rémunération à la qualité*

***En synthèse***

---

- 1) Pas d'économie sur les enveloppes existantes, soit 4,6 milliards
- 2) Aucune dotation populationnelle régionale ne baisse et l'enveloppe croît avec le taux de croissance de la population. Les régions « sous dotées » voient leur dotation croître de manière plus importante pendant 5 ans.
- 3) 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.
- 4) Des effets revenus pour les praticiens urgentistes, biologistes et radiologues.
- 5) Report au 1<sup>er</sup> Janvier 2022 de la mise en œuvre de la « part activité » de la réforme

SUJETS	POSITIONS FHP-MCO	REponses DGOS
<b>Dotation populationnelle allouée en région par les ARS</b>	Demande de mise en place d'un dispositif assurant la transparence des critères et des décisions d'allocation de ressources et assurer une représentation de tous les professionnels des urgences.	<p>Mise en place d'un comité régional dédié à ce processus d'allocation de ressources permettant la représentation de tous les acteurs. En 2021, ce comité doit se réunir avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021.</p> <p>Règle de composition de comité défini par les textes nationaux avec un nombre a minima par profession. Les critères d'allocation de ressources entre les régions font l'objet d'une publication par arrêté.</p> <p>Un outillage des ARS sera constitué. Des ARS référentes devraient être désignées pour être ressources en interne. Notamment, il sera procédé au recours du modèle d'allocation de ressources des FAU qui a permis entre 2016 et 2019 une actualisation des montants FAU.</p>

# Réforme du Financement des Services des Urgences

<b>Dotation qualité</b>	<p>Pas de surcharge de travail supplémentaire pour les établissements de santé et rémunération de l'effort mais aussi du niveau atteint.</p> <p>Rémunération du niveau atteint et de l'effort. Cependant, concernant l'effort, il doit prendre en compte le niveau atteint pour éviter qu'un établissements qui passe d'un taux de 90% à 94% soit moins rémunéré qu'un établissement qui passe de 30% à 50%.</p>	<p>Utilisation du RPU et rémunération selon les deux sujets efforts et niveau atteint. Suivi de l'établissement de ses données via l'accès à la plateforme Syrius.</p> <p>Construction d'un modèle de financement à a qualité prenant une cible (Niveau atteint – SHQ – Seuil de Haute Qualité) et l'effort en fonction du niveau observé du taux.</p>
<b>Forfait Passage au Urgences à la charge des patients</b>	<p>Un montant identique pour les tous les passages.</p>	<p>Le forfait minoré sera compensé par un différentiel pris en charge par l'AMO.</p>

<b>Dotation Populationnelle 2021</b>	Demande de prise en compte des vecteurs de financement existants (FAU 2020 et non 2021, AC urgence, Baisse des GHS au 1 <sup>er</sup> mars 2021 avec valorisation 2019 et non 2020, % d'ATU) au niveau de l'établissement + prise en compte des effets revenus sur le TM en raison de la baisse des GHS et des impacts des impayés.	Dotation populationnelle 2021 calée sur les vecteurs de financement existants intégrant y compris les éléments du Ségur les effets TM et impayés. Seul le complément de financement 2021 (impact ONDAM 2021) est à la main des ARS.  Pas d'effet revenus pour les établissements de santé Ex-QON car la dotation socle est le résultat de vecteurs de financement existants.
<b>Honoraires sur le Bordereau S3404</b>	Les honoraires doivent figurer sur la partie basse du Bordereau de facturation S3404.	Après annonce en partie haute de la part de la DGOS, les honoraires figureront in fine en partie basse du S3404.



## Financement des urgences

Rappel des éléments des  
travaux 2015  
mise en œuvre 2016-2019



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# **ANNEXES : PARAMÈTRES DU REFERENTIEL DE MOYENS SU-SMUR 2016**

# Elaboration du référentiel de moyens RH Urgences-SMUR ex DG

Référentiel SU-SMUR 2016

## 1. Personnels inclus dans le référentiel de moyens RH

- Médecins, infirmiers, ambulanciers (données heures postées de la SAE 2013 consolidées)
- Autres personnels Urgences-UHCD : Aides-soignants, brancardiers, cadres de santé, internes (données ETP physiques au 31/12/2012 de l'enquête Urgences DREES de juin 2013)
- Personnels des fonctions logistiques et administratives : inclus dans le périmètre des charges indirectes

## 2. Traitements statistiques des données

- Concernant les données Heures Postées de la SAE, seules les données validées par les ARS sont retenues
- Le nombre de passage a été agrégé par entité géographique (passages = adultes + pédiatriques)
- Pour les médecins et infirmiers, les données des Heures Postées de la SAE ont été agrégées par entité géographique (Heures postées : Heures postées Urgences Adultes + Heures postées Urgences pédiatriques + Heures postées Urgences SMUR)
- Des traitements statistiques ont permis :
  - d'identifier et d'exclure les points pouvant fausser les régressions (données non remplies de l'enquête DREES, points atypiques identifiées par écart de plus de deux écarts-types au résultat d'une première régression linéaire)
  - d'identifier, pour les médecins et les infirmiers, des seuils d'activité à partir desquels les effectifs augmentent avec l'activité (les établissements aux activités inférieures à ces seuils ont été exclus des régressions)

## 3. Régressions linéaires

- Pour les médecins, les infirmiers :
  - Entité Géographique avec Urgences : Heures Postées =  $a \times (\text{passages}) + \text{constante}$
  - Entité Géographique avec Urgences et SMUR : Heures Postées =  $a \times (\text{passages}) + b \times (\text{sorties SMUR}) + \text{constante}$
  - Entité Géographique avec SMUR seuls : Non modélisable (seulement 2 entités géographiques avec plus d'une équipe H24), approximation par les travaux sur les entités géographiques Urgences+SMUR
- Pour les ambulanciers : Heures postées =  $a \times (\text{sorties SMUR}) + \text{constante}$
- Pour les autres personnels : ETP =  $a \times (\text{passages}) + \text{constante}$

## 4. Cas particuliers

- Le résultat de la régression concernant les ambulanciers a été discrétisé, de manière à mieux représenter les effets de seuil et de pouvoir mieux déterminer les besoins en véhicules.
- Pour les cadres de santé SMUR, l'estimation a été réalisée à dire d'expert sur la base d'une hypothèse de synergie Urgences-SMUR quand cela était possible.

# Elaboration du référentiel de moyens RH Urgences-SMUR ex DG

Référentiel SU-SMUR 2016

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 = $0.38 + 4 \times 10^{-5} \times \text{Passages} + 0.125 * \text{EH24 ambulanciers}$
	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 = $0.125 * \text{EH24 ambulanciers}$

• 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.

# Focus sur la modulation de la valorisation de l'équivalent médecin H24 en fonction de l'activité

Référentiel SU-SMUR 2016

Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence : « *Le présent référentiel ne s'applique dans les structures de médecine d'urgence à faible activité que lorsqu'elles sont intégrées dans une équipe médicale de territoire.* »

Modulation de la valorisation de l'équivalent médecin H24 en fonction de l'activité :

- 660 k€ par médecin EH24 dans les structures à faible activité
- 710 k€ dans les structures à plus forte activité

En termes de financement, sont considérées comme des structures à faible activité :

Type d'établissement ex-DG	Critère de faible activité	Etablissements concernés
EG avec activité Urgences seule	< 12 000 passages (équivalent 9000 ATU)	24 EG représentant 1.4% des EH 24 modélisés
EG avec activité SMUR seule	< 3000 sorties *	48 EG représentant 2.8 % des EH 24 modélisés
EG avec activité Urgences et SMUR	Passages + 7 x sorties SMUR < (2x 12000)	136 EG représentant 15.7% des EH 24 modélisés

- Un établissement ayant une activité de 17 000 passages aux urgences et 300 sorties SMUR est considéré comme étant à faible activité.
- Un établissement ayant une activité de 17 000 passages aux urgences mais pas de SMUR n'est pas considéré comme étant à faible activité. De même si cet établissement avait un SMUR réalisant 1200 sorties.

\* Les 48 SMUR seuls réalisant moins de 3000 sorties correspondent à :

- 46 SMUR réalisant moins de 1750 sorties
- 2 SMUR opérés par les SDIS en zone urbaine dense réalisant plus de 2000 sorties et pour lesquels le référentiel temps de travail ne s'applique pas.

# Besoin de financement Urgences/UHCD ex-DG – méthodologie

Référentiel SU-SMUR 2016

Catégorie RH	Valorisation ex DG	Remarque
EH 24 médecin dans les établissements à faible activité	660 000 €	Y compris fonction chefferie de service, indemnités de sujétions et charges patronales
EH 24 médecin dans les établissements hors ceux à faible activité	710 000 €	Y compris quote-part d'activités non postées, fonction chefferie de service, indemnités de sujétions et charges patronales
EH 24 Infirmier	296 645 €	6 ETP par EH24
ETP aide-soignant / brancardier	42 196 €	Les aides-soignants peuvent cumuler les deux fonctions
ETP cadre de santé	71 756 €	-
ETP interne	26 229 €	Après déduction de la quote-part financée par MIG

Catégorie de charges	Valorisation ex DG	Remarque
Urgences-UHCD : Charges directes hors RH	9.9 € par passage	Charges de T2-T3-T4, estimations ATIH et DGOS à partir du RTC 2013
Urgences -UHCD : Charges indirectes	43.2 € par passages	Charges Logistique Médicale, LGG, STR, estimation ATIH et DGOS à partir du recueil ad hoc urgences 2013 et du RTC 2013 pour l'UHCD

# Besoin de financement Urgences/UHCD ex-DG – méthodologie

Référentiel SU-SMUR 2016

Nombre de sorties SMUR	Forfait VHL	Charges directes par sortie	Charges indirectes par sortie	Charges indirectes majorées par sortie
< 1750	1	11.8 €	-	-
Entre 1750 et 4000	2	11.8 €	69.6 €	-
4000 et +	3 et plus	11.8 €	69.6 €	123.4 €

Catégorie de charges SMUR	Valorisation ex DG	Remarque
Forfait véhicule terrestre + équipement, s'applique à toutes les EG avec SMUR	42 000 € par an, Nombre de forfait = Nombre d'EH 24 ambulanciers arrondi à l'entier supérieur	Estimation couvrant le coût annuel d'une UMH équipée (y compris informatique et communication) + 0.5 VLM équipée + coûts de fonctionnement/maintenance correspondants
Autres charges directes SMUR, s'applique à toutes les EG avec SMUR	11.8 € par sortie	Charges annuelles de matériel médical, consommables
Charges indirectes SMUR, s'applique aux EG >1750 sorties	69.6 € par sortie (s'ajoute aux 11.8 € par sortie)	Contribution Logistique Médicale et LGG (hors contribution à l'administration générale). Source RTC 2013
Majoration des charges indirectes SMUR pour EG avec activité > 4000 sorties	123.4 € par sortie (s'ajoute aux 11.8 et 69.6 € par sortie)	Contribution administration générale et charges de structure + majoration SMUR forte activité (charges spécifiques, rôle territorial)

Catégorie RH	Valorisation ex DG	Remarque
Médecins, infirmiers, cadres de santé	Idem Urgences	Idem Urgences
EH 24 ambulancier	273 850 €	6 ETP par EH24

# Besoin de financement Urgences/UHCD ex-DG – méthodologie

Référentiel SU-SMUR 2016

## La majoration des charges indirectes pour les SMUR à forte activité couvre les charges liées aux :

- Spécificités SMUR à forte activité : véhicules et équipements spécifiques (ex: véhicules et remorques de transport de matériel, véhicules PC pour régulation déportée...), emploi IADE, charges spécifiques ECMO pour le SMUR...
- Organisations locales et territoriales spécifiques : support des antennes de SMUR, véhicules de remplacement pour le territoire, organisation transports secondaires néo-nat/pédiatrique avec des personnels non SMUR...
- Dispositifs Prévisionnels de Secours et exercices de gestion de crise : Exercices conjoints SDIS/préfecture, Prestations grands rassemblements n'ayant pas pu être facturées à l'organisateur ou au demandeur (qu'ils soient publics ou privés) et qui ne sont ni financées par le niveau national ni par l'ARS (ex : JO Londres 2012, commémoration débarquement, Euro 2016,...).

Pour l'AP- HP, un forfait spécifique a été estimé de manière à couvrir les charges correspondant à une sollicitation plus importante que la moyenne en termes de contributions aux dispositifs prévisionnels de secours et de rôle institutionnel au niveau national.

Dans le cadre de la modélisation, cette majoration a été répartie entre les SMUR à forte activité, qui sont fréquemment en charge de ces missions. La délégation de la MIG SMUR étant réalisée de manière indicative, l'ARS pourra sans contrainte redistribuer plus précisément cette majoration en fonction de la réalité des organisations et des dispositifs mis en œuvre.

### Décôtes organisations SMUR spécifiques :

Certaines implantations SMUR (entités géographiques) ne nécessitent pas un financement aussi important que les autres . Il s'agit notamment de :

- SMUR diurne (minoration de 50%)
- SMUR saisonniers (minoration au prorata)
- SMUR dont une partie des moyens est financée par la Sécurité Civile, le SSM ou le SSA sans financement hospitalier (minoration en proportion)
- SMUR pédiatrique / Néonate de faible activité de type transport secondaire, en grande partie T2IH. Il est logique que cette activité soit réalisée avec des médecins/infirmiers des services concernés. 5 SMUR sont concernés au total, tous rattachés à des CHU-CHR. Ces implantations sont financées indirectement par la majoration des charges indirectes dont bénéficient les établissements à forte activité.

# Recalibrage FAU : prise en compte des recettes moyennes T2A

Référentiel SU-SMUR 2016

- Pour chaque entité géographique Urgences ex-DG nous avons calculé les recettes moyennes générées par la T2A en fonction du type de passage :

Type de passage	Pourcentage moyen des passages Urgences-UHCD	Valorisation par passage (avant coef géo)
ATU facturables	69.9 %	64.75 €
ATU non facturables	5.2 %	-
Hospitalisation 100% UHCD	5.1 %	538.58 €
Hospitalisations multi RUM UHCD	3.5 %	494.11 €
Hospitalisation MCO depuis les urgences	14.4 %	177.94 €
Reconvocations	1.9%	23€

- **Le besoin de financement du FAU est estimé en déduisant ces recettes du besoin de financement hors SMUR**
  - Calibrage du nouveau FAU : **730 000 euros jusqu'à 9000 ATU**, puis 166100 par tranche de 2500 avec une majoration de 50 000 € pour la tranche de 9000 à 11 500 ATU correspondant au passage à la valorisation de 710 k€ par ligne au lieu de 600 k€
- **Prise en compte des ATU gynéco : moindre besoin de financement de 50.01 € par passage**
  - Atténuation de la valeur de la tranche de 2500 passages avec une estimation de 2.25% ATU Gynéco au-delà du socle fixe : **163 292.18 euros par tranche de 2500 ATU**
- **Pour les régions concernées, le coefficient géographique est ensuite appliqué au FAU recalibré, de manière inchangée.**

## Recalibrage FAU ex OQN : méthodologie

Référentiel SU-SMUR 2016

- **A partir de la modélisation SU ex-DG**, nous avons simulé le champ du besoin de financement ex-OQN en neutralisant le besoin de financement correspondant aux médecins.
- Ensuite pour estimer les **recettes de la T2A du secteur ex OQN** nous avons utilisé les taux d'hospitalisations et recettes moyennes du secteur ex OQN.
- L'écart entre le besoin de financement et les recettes T2A estimés correspond au champ du FAU ex – OQN et fait apparaître un **besoin de financement socle jusqu'à 6000 ATU**. Ceci semble cohérent avec les résultats des analyses du lien entre activité et le besoin en RH IDE réalisés avec la SAE consolidée 2013 pour le secteur ex OQN.
- Après avoir déterminé ainsi le niveau d'activité correspondant au socle du FAU ex-OQN, nous avons calibré le forfait par tranche de 2500 **ATU en partant du montant correspondant du FAU ex-DG recalibré** et en lui appliquant l'écart Ex OQN -Ex DG du financement actuel.
- Enfin **le montant du socle a été calibré en complément** de manière à rester dans le même montant que celui du FAU actuel appliqué à l'activité 2013.
- **Résultat** : 327 134 euros jusqu'à 6000 ATU, puis 77 088 euros par tranche de 2500 ATU.

# Méthodologie : données utilisées

Référentiel SU-SMUR 2016

L'objectif de la consolidation des données était de **disposer simultanément des données les plus fiables possibles pour mener les travaux techniques sur une même année**, en l'occurrence 2013. Cette consolidation a été complétée de certaines mises à jour pour permettre une mise en œuvre en 2016.

Catégorie de données	Données	Source
Offre de soins	Etablissements (Entité Géographique) et leur activité Urgences – SMUR	SAE 2013 consolidée avec les ARS + mise à jour 2015 pour les SMUR (Instruction Finess SMUR)
Effectifs urgences- UHCD-SMUR	Heures Postées médecins, infirmiers et ambulanciers, données agrégées par EG	SAE 2013 consolidée avec les ARS
Effectifs Urgences -UHCD	ETP par catégorie de personnel (effectifs physiques au 31/12/2012), données agrégées par EG	Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013, questionnaire structure
Charges Urgences-UHCD-SMUR	Coûts moyens par ETP par catégorie de personnel (ex DG)	CNAV / DADS 2013 / rapport CNG 2013 + estimations et mises à jour DGOS
Charges Urgences-UHCD-SMUR	Charges directes hors RH (ex DG)	Données RTC 2013, estimations DGOS
Charges Urgences-UHCD-SMUR	Charges indirectes (ex DG)	Données RTC 2013 (LGG,LM, STR), collecte ad hoc RTC 2013 pour les urgences
Charges SMUR	Estimation des charges Helismur	Estimation UNIHA ( Helismurs 2016) + estimation des ARS concernant la mise en œuvre de la réglementation européenne
Financement Urgences UHCD	ATU, FAU, ACE, GHS, AC ...	Données PMSI 2013 (montants et nombre de facturations), estimations DGOS
Financement SMUR	MIG SMUR	Données Hapi 2015 ou Arbust 2013 MIGAC+mesures nouvelles
Financement SMUR	Recettes de titre 2 SMUR	Données RTC 2013 consolidées

## Réforme des Autorisations:

### Point de situation et calendrier

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

<b>Vague 1</b>	NRI	juin-21 CNOSS Avril et Septembre Publication Novembre	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Cardiologie Interventionnelle	juillet-21 CNOSS Septembre Publication Novembre	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Médecine nucléaire	juillet-21 CNOSS Septembre Publication Novembre	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	SMR ( ex SSR )	juin-21	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

<b>Vague 2</b>	Urgences	octobre-21 CNOSS Septembre Publication Novembre	Révision partielle des PRS pour octobre 2022
	HAD	octobre-21 CNOSS Septembre Publication Novembre	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Grands Brûlés	octobre-21	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

<b>Vague 3</b>	Médecine	janvier-22 Projet de texte à venir	En application immédiate à la publication des textes car peu de modification
	Périnatalité	janvier-22	En cours d'arbitrage : Application immédiate à la publication des textes car peu de modification
	Soins Critiques	janvier-22 Réunion 8 novembre reportée	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Traitement du cancer	janvier-22 Réunion 18 novembre 2021	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Imagerie diagnostique et interventionnelle	janvier-22 Réunion 4 novembre 2021	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Psychiatrie	janvier-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Chirurgie	janvier-22 Réunion 10 novembre 2021	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

<b>Vague 4</b>	IRC - Dialyse	avril-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Soins de longue durée	avril-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Greffe	avril-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	AMP	avril-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028
	Génétique	avril-22	Mise en œuvre nouvelle autorisation Juin 2023 - PRS 2023-2028

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Médecine

- Une seule autorisation pour « hospitalisation complète » et « hospitalisation à temps partiel ».
- Pas de mécanisme d'une gradation des soins. MAIS des dispositions spécifiques liés à l'âge (enfants et adolescents) et à l'accès aux compétences gériatriques seront précisés dans les textes.
- Pas d'intégration des unités de soins renforcés (USC actuelles) dans le régime d'autorisation de médecine
- Pas d'intégration des endoscopies dans le régime d'autorisation de médecine
- Il s'agissait de la dernière réunion portant sur la réforme des autorisations des activités de médecine. Les premiers projets rédactionnels des textes figurent au sein de la fiche réflexe ci-jointe. La saisine officielle est à venir cet automne.
- Un délai de deux ans de mise en conformité des nouveaux textes qui doivent passer en Conseil d'Etat en Janvier 2022 pour une publication à suivre, une délivrance des nouvelles autorisations fin 2022, et une opposabilité de ces nouveaux textes en janvier 2024.

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Soins Critiques

### Organisation possible des soins critiques adultes

à arbitrer

Sur site avec la réanimation	Sur site avec ou sans la réanimation	Sur site sans la réanimation
<p>Mention d'autorisation « soins critiques »</p> <p>Unité de réanimation +</p> <p>Unité de soins intensifs polyvalents accolée ou intégrée (USIP : ex USC)</p> <p>+</p> <p>autres unités de soins intensifs dédiées aux patients de spécialités (néphro., pneumo, HGE...)</p>	<p>Mentions d'autorisation « USIC », « USINV », « USIH »</p> <p>Unité de soins intensifs de cardiologie</p> <p>Unité de soins intensifs neuro-vasculaires</p> <p>Unité de soins intensifs d'hématologie</p>	<p>Mention d'autorisation « dérogatoire USIP » Proposition à débattre</p> <p>Unité de soins intensifs polyvalents (ex USI ou ex USC)</p> <p>Par dérogation : justification éloignement / activité sous réserve du respect des normes CTF USIP</p>

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

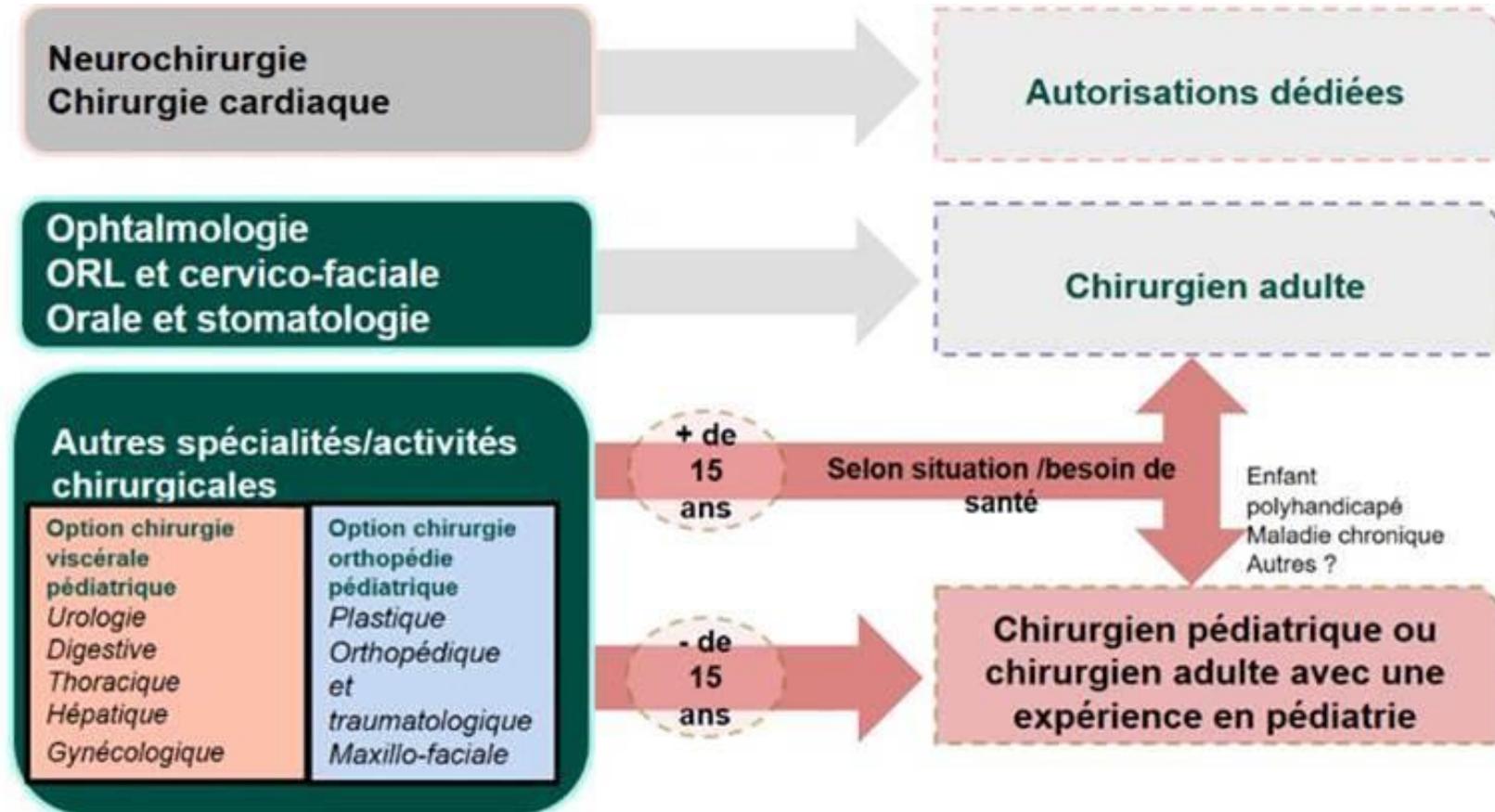
## Soins Critiques : Report sans nouvelle date de réunion

### Quand le nouveau dispositif sera acté ...

- Une autorisation USR (actuelle USC), et non une reconnaissance contractuelle, non incluse dans la filière soins critiques mais un lien fort sera prévu (réseau, convention,...)
- USIP : Autorisation possible avec des MAR en astreinte si présence des urgentistes au sein de l'établissement

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Chirurgie Pédiatrique



## Chirurgie Bariatrique

### Définition de l'activité

**Enjeu** : Garder une souplesse dans la définition de l'activité pour permettre une prise en compte agile de l'évolution des indications et des nouvelles pratiques.

XXXXX - L'activité de soins de chirurgie bariatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité. Elle comprend les interventions chirurgicales définies par arrêté du ministre en charge de la santé.

Déclinaison des interventions chirurgicales

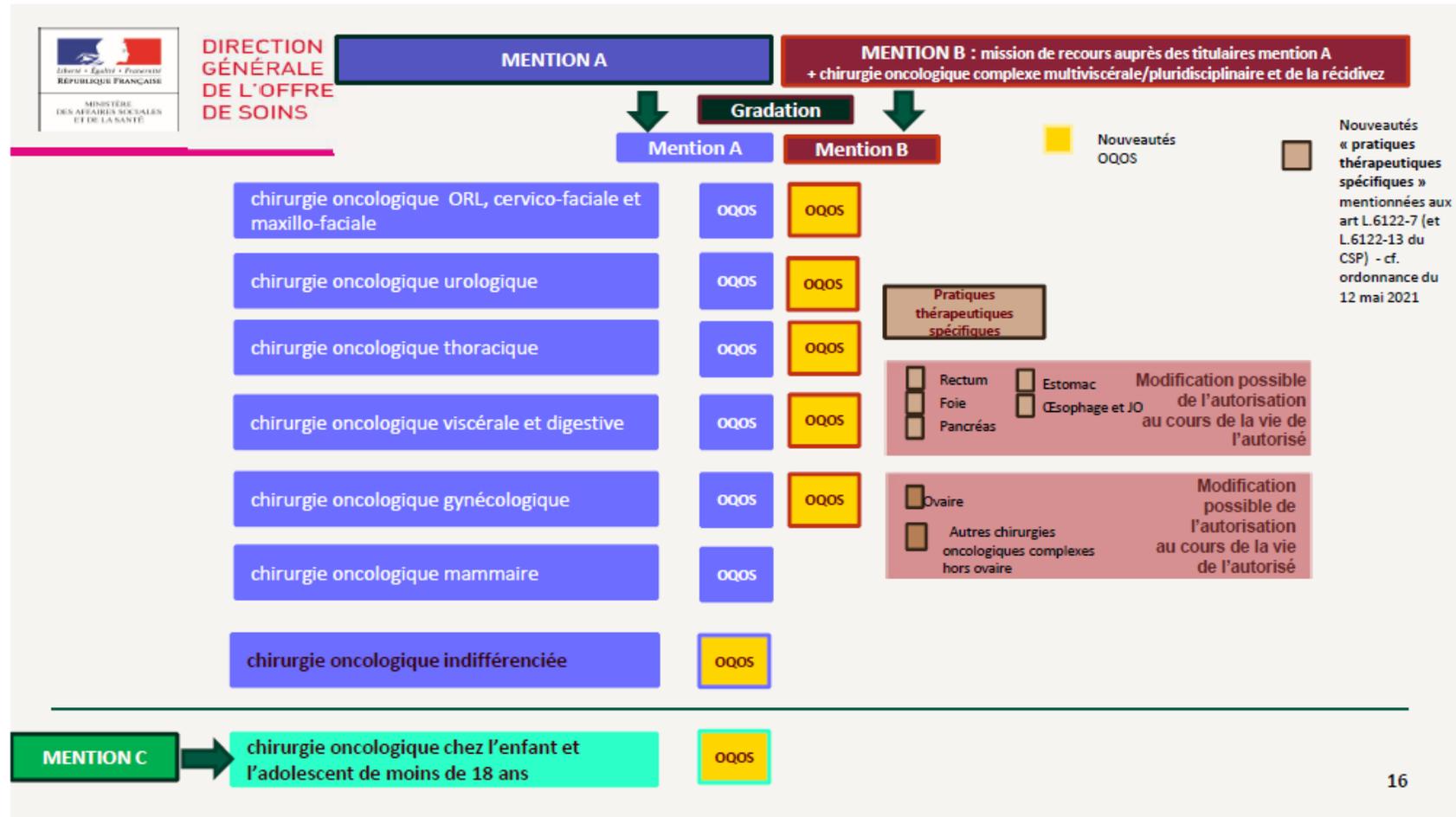
- l'anneau ajustable,
- le by-pass,
- la gastrectomie longitudinale en manchon,
- la gastroplastie verticale calibrée
- le court-circuit biliopancréatique ou intestinal.

**Enjeux : notamment la détermination du seuil à 30 actes ou 50 actes**

**sachant que certains CSO (CHU notamment) n'atteignent pas le nombre de 50.**

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Chirurgie du Cancer



16

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Chirurgie du Cancer

- Titulaire autorisation réalisant au moins 80% des seuils instaurés par le décret ? *reconduction des dispositions transitoires du décret cancer 2007*
  - Nouveau seuil renforcé chir oncologique mammaire (de 30 à 70) : 56 exèrèses tumeurs mammaires ?
  - Nouveau seuil renforcé chir oncologique thoracique (de 30 à 40) : 32 exèrèses tumeurs thoraciques ?
  - Seuil maintenu chir oncologique digestive (30) : 24 exèrèses tumeurs digestives ?
  - Seuil maintenu chir oncologique urologique (30) : 24 exèrèses tumeurs digestives ?
  - Seuil maintenu chir oncologique ORL/ maxillo-faciale (20) : 16 exèrèses tumeurs ORL-MF ?
  - Seuil maintenu chir oncologique gynécologique (20) : 16 exèrèses tumeurs gynécologiques ?
  
- Excepté les sites avec mention A dérogatoires pour exception géographique :
  - ✓ Site dérogatoire pour exception géographique prévu par OQOS dans le SRS PRS ;
  - ✓ Devient un ES «en coopération obligatoire» avec un autre titulaire d'autorisation de chirurgie oncologique mammaire respectant le nouveau seuil au moment de l'octroi de la nouvelle autorisation (pas de coopération avec 1 autre centre « fragiles ») ;
  - ✓ Pas d'obligation de respect du seuil de chirurgie oncologique pour le site dérogatoire.
  
- Titulaire autorisation chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe mention B :  
**100% ? 80% ? des seuils précités instaurés par le futur arrêté parmi lequel au moins 80% des seuils de l'un ou plusieurs organes suivants ? :**
  - Nouveau seuil – œsophage JGO (5) 4 exèrèses tumeurs œsophage JGO ?
  - Nouveau seuil – estomac (5) 4 exèrèses tumeurs estomac ?
  - Nouveau seuil – pancréas (5) 4 exèrèses tumeurs pancréas ?
  - Nouveau seuil – foie (5) 4 exèrèses tumeurs foie ?
  - Nouveau seuil – rectum (5) 4 exèrèses tumeurs rectum ?
  
- Titulaire autorisation chirurgie oncologique gynécologique complexe mention B :  
**100% ? 80% ? du seuil précité instauré par le futur arrêté en sus duquel 80% du seuil de l'ovaire ? :**  
Nouveau seuil - ovaire (chir résection complète du cancer avancé) (20) 16 chirurgies de résection complète du cancer avancé de l'ovaire ?

cf. en lien avec discussions sur les diapositives 34, 35 et 36

**Calcul des seuils : Prise en compte par l'ARS de l'activité annuelle la plus favorable entre 2021 et 2022 ?** cf. 2020 ne peut pas être une année de référence pour l'activité de chirurgie des cancers (cf. crise épidémique du covid 19 et déprogrammation massive).

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Imagerie diagnostique et interventionnelle



### Choix du scenario 2

*Ambitions de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins conservées*

#### Instauration de conditions d'implantation

Conformément au L.6123-1 → « *les conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds mentionnés au L.6122-1 sont fixées par décret en conseil d'état.* »

+

#### Instauration de conditions techniques de fonctionnement

L'article L.6124-1 du CSP modifié par l'ordonnance du 12 mai 2021, dispose que des conditions techniques de fonctionnement peuvent s'appliquer aux EML

- Exigences de qualité
- Exigences en termes de RH : personnels médical et paramédical



### Scenario 2

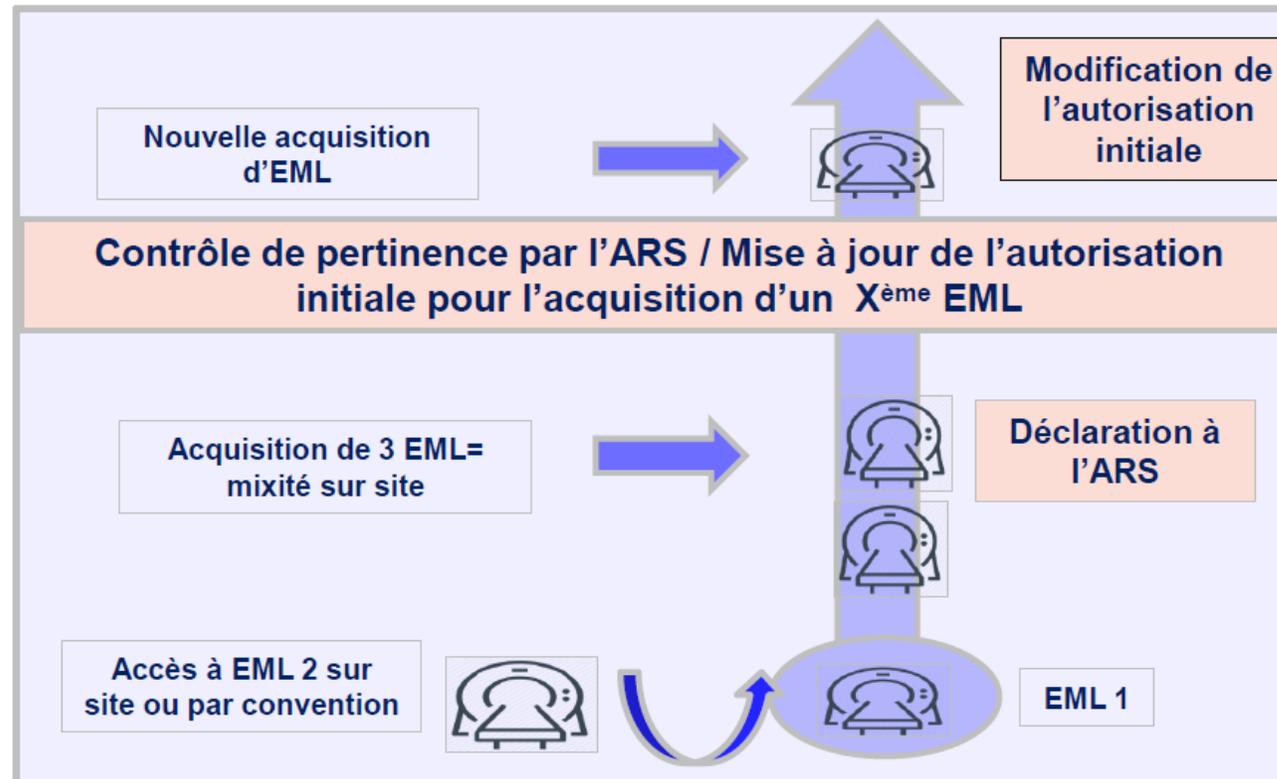
Autorisation par EML pour la radiologie diagnostique  
Autorisation d'activité de soins pour la radiologie interventionnelle

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Imagerie diagnostique et interventionnelle



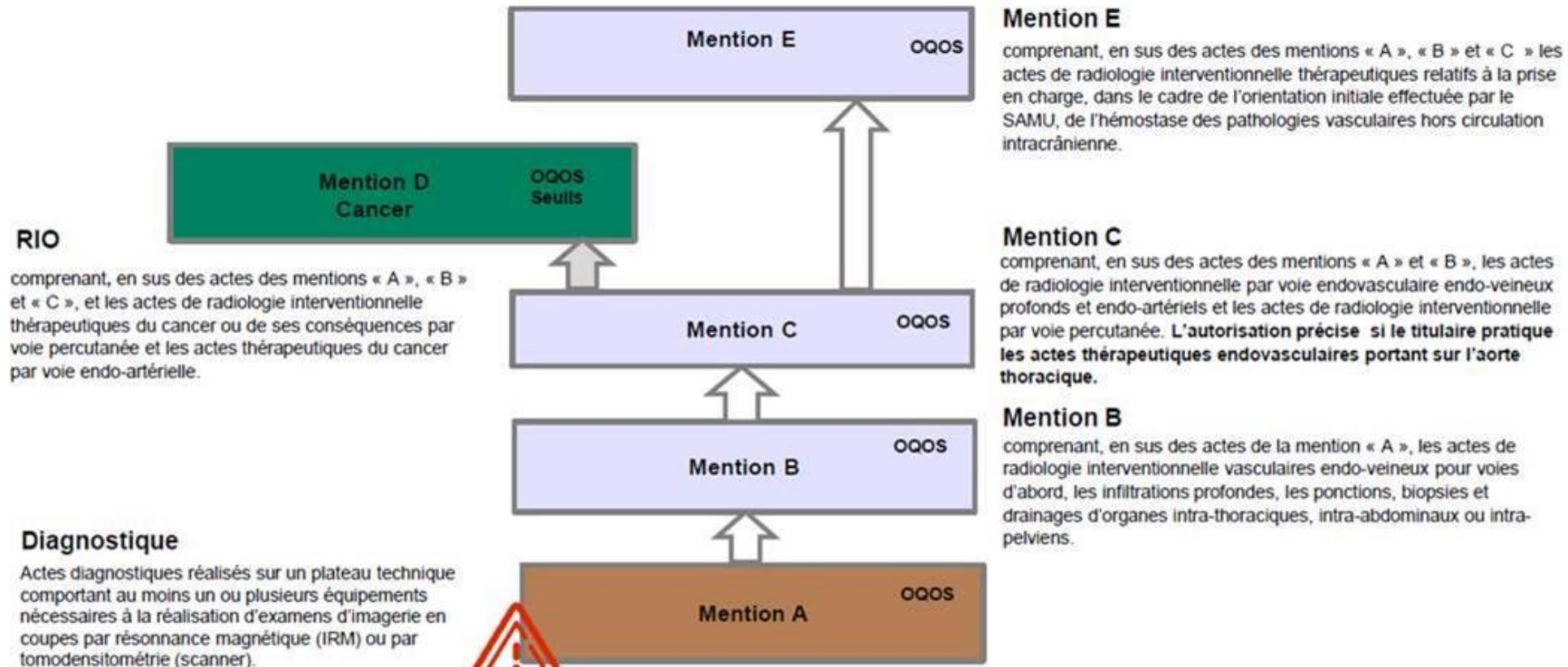
### CONDITIONS D'IMPLANTATION *Organisation-Simplification (2/3)* Plateau socle et notion de seuil maximal



# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## Imagerie diagnostique et interventionnelle

### PROPOSITION D'UNE NOUVELLE GRADATION DE L'ACTIVITE – Scénario 1



Sous réserve des arbitrages

# Point 5 : Réforme des autorisations : point de situation et calendrier

## En synthèse, à ce jour :

1° Publications des textes attendues en novembre 2021 :

- Urgences
- Médecine Nucléaire
- HAD
- Cardiologie Interventionnelle
- Neuro radiologie Interventionnelle.

2° Projets de texte Médecine à venir pour consultation en novembre 2021

3° Relance des travaux en imagerie diagnostique et interventionnelle (4 novembre 2021), Soins Critiques (8 novembre 2021 - Reportée) Chirurgie (10 novembre 2021), Cancérologie (18 novembre 2021).

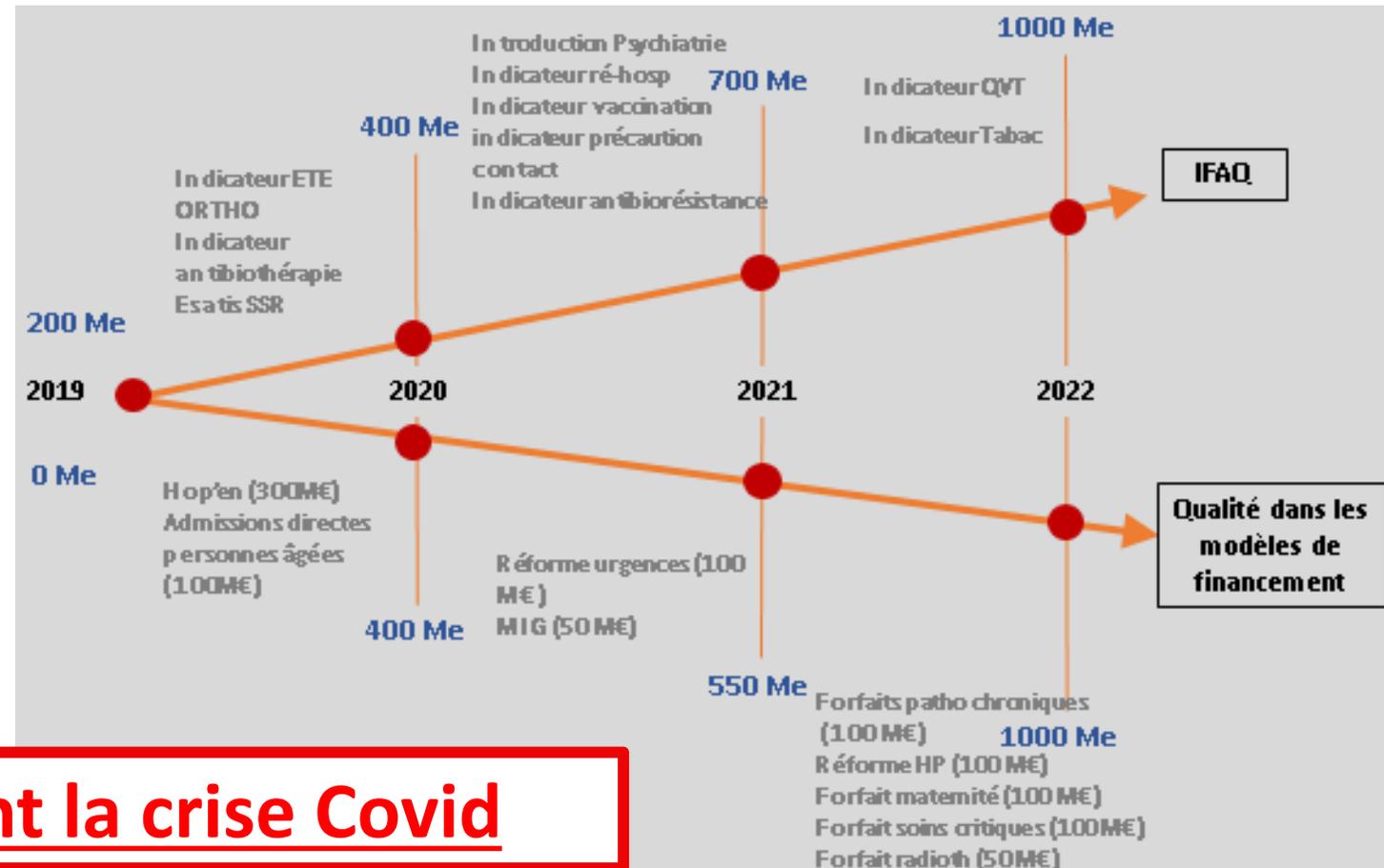
## IFAQ

# Point d'actualité: IFAQ

- La qualité dans le système de financement :
  - un compartiment qualité : IFAQ
  - prise en compte de la qualité dans les modèles de financement de l'activité (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**

# Point d'actualité: IFAQ

## ○ La qualité dans le système de financement :

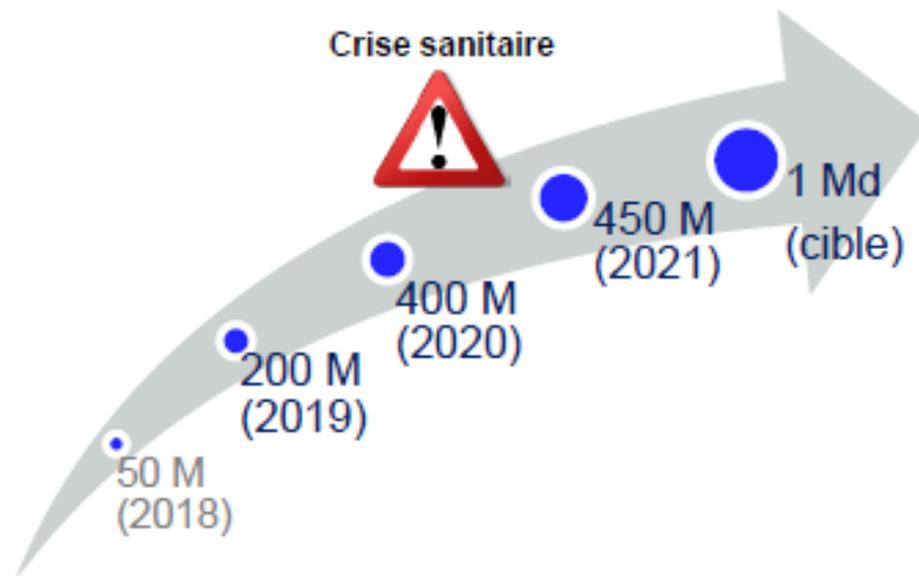
		Objectifs	Indicateurs (en cible)
Prise en compte de la qualité dans IFAQ	MCO	Inciter à l'amélioration de la qualité au niveau d'un établissement dans son ensemble	<b>Indicateurs transversaux</b> qui dans la mesure du possible se réfèrent à des procédures et résultats larges au sein de l'établissement, par exemple : <ul style="list-style-type: none"><li>• Certification</li><li>• Numérique</li><li>• Qualité de vie au travail</li><li>• Dossier patient</li><li>• Esatis</li></ul>
	HAD		
	Dialyse		
	SSR		
	PSY		
Prise en compte de la qualité dans le modèle de financement de l'activité	Urgences	Inciter à l'amélioration de la qualité sur une prise en charge ou une modalité d'organisation spécifique  <i>Prérequis : existence d'un modèle de financement spécifique</i>	<b>Indicateurs ciblés</b> relatifs au résultat d'une prise en charge ou à une organisation spécifique. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"><li>• Durée de passage aux urgences</li><li>• Indicateurs MRC</li></ul>
	Hprox		
	Forfaits MRC		
	EDS ? Soins critiques ?		
	MIGAC		

Direction générale de l'offre de soins

# Point d'actualité: IFAQ

- Les Principes du modèle rénové en 2019 :

## Une surface financière élargie



## Un modèle rénové en 2019

- Un nombre resserré d'indicateurs qualité transversaux (pas plus de 10 par champ d'activité) renouvelés tous les 3 à 5 ans et dont les catégories sont fixées par DCE
- 12 groupes de comparaison homogènes et au niveau de l'entité géographique, afin de tenir compte de la taille et du case mix des établissements
- Une rémunération à l'indicateur sur le niveau atteint et l'évolution

# Point d'actualité: IFAQ

## IFAQ 2021:

- ⊙ Impact de la crise sur le dispositif : un dispositif IFAQ allégé 2021
  - ⇒ Pour 2021, la DGOS souhaite éviter de geler à nouveau le dispositif
  - Concernant les indicateurs 2021: les difficultés liées à la crise COVID sont de deux ordres:
    - La question de la faisabilité d'un recueil de données en 2021
    - La difficulté de travailler des données de 2020 au regard du contexte COVID et conséquence sur le modèle rémunérant la progression des résultats
  - Caractéristiques du scénario à retenir aux regard des enjeux
    - Montée en charge de l'enveloppe reportée car conditionnée à une pleine réactivation du dispositif (notamment en termes d'indicateurs)
    - Stabilisation de l'enveloppe pour une part largement majoritaire
    - Limitation du poids de la valorisation économique dans une logique de paiement sur des critères de qualité

# Point d'actualité: IFAQ

## IFAQ 2021: montant et répartition de l'enveloppe

Taille de  
l'enveloppe

400M€

450 M€



50M€ mesures nouvelles

Répartition de  
l'enveloppe

**Modalités de ventilation de l'enveloppe de 450 M€  
prenant en compte la réactivation d'un IFAQ allégé sur 2021**

- 33,5% (100M€ initialement prévus + 50M supplémentaires) basé sur des indicateurs IFAQ 2021 dispositif allégé
- 44,5% (200 M€) basé sur les indicateurs IFAQ 2019
- 22% (100 M€) basé sur la valorisation économique des établissements 2019

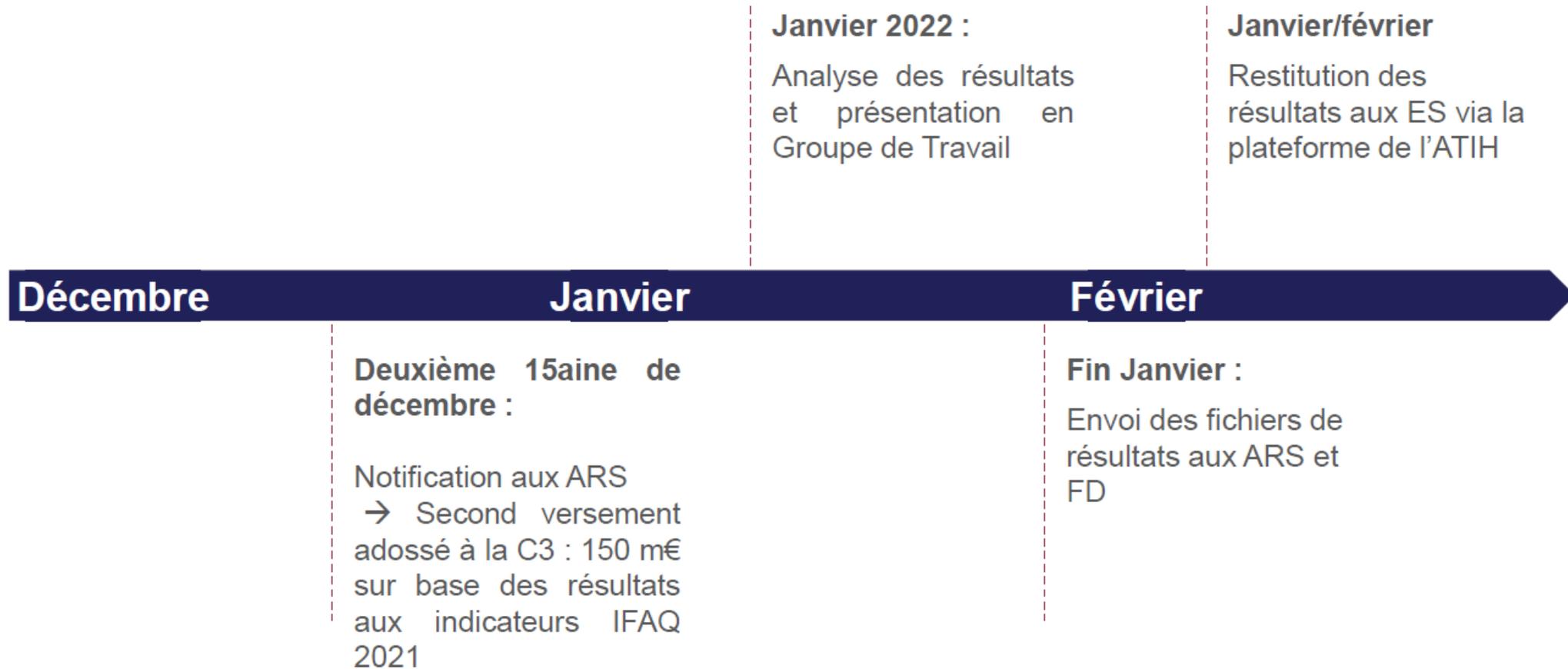
# Point d'actualité: IFAQ

## IFAQ 2021: les Modalités de versement

- Un versement en 2 fois de l'enveloppe de 450M€ :
  - Une part de l'enveloppe est a été versé aux ES dans le cadre de la C1:
    - 200 M€ au prorata de la dotation IFAQ 2019 des ES
    - 100 M€ au prorata de la valorisation économique des ES 2019
  - La part de l'enveloppe restant selon le calendrier de la circulaire C3 2021:
    - Cette partie de l'enveloppe dépend des résultats des ES aux indicateurs pris en compte dans le modèle 2021, et sera donc versée en fin d'année : 150M€ basé sur un IFAQ 2021 allégé

# Point d'actualité: IFAQ

## Point campagne IFAQ 2021 - Planning de versement et de partage des résultats



# Point d'actualité: IFAQ

## IFAQ 2021 : les indicateurs

Catégorie (DCE)	Indicateur	MCO	Poids de l'indicateur dans le champ MCO	SSR	HAD	DIA	Poids de l'indicateur dans les champs SSR HAD DIA
Démarche de certification	Niveau de Certification v2014	X	1	X	X	X	1
Qualité des prises en charge perçue par les patients	e satis MCO + 48h	X	1				
	e satis chirurgie ambulatoire	X	1				
Qualités des prises en charge cliniques	Taux de CR d'imagerie structurés, produits lors d'un ACE ou lors du séjour du patient, consultables sous forme électronique directement depuis les services de soins et médico techniques concernés (D1.1)	X	1	X		X	1/3
	Taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les CR (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie, les résultats de biologie et la lettre de liaison de sortie (D2.3)	X	1	X	X	X	1/3
	Taux de séjours disposant d'un plan de soins unique informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions (D3.5)	X	1	X	X	X	1/3
	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP au moment de leur admission (D6.1)					X	1/3
	Mesure des évènements thrombo emboliques après PTH/PTG (ÉTÉ ORTHO)	X	0,5				
Qualité des pratiques dans la prévention des IAS	Mesure des infections sur site opératoire après PTH/PTG (ISO ORTHO)	X	0,5				

# Point d'actualité: IFAQ

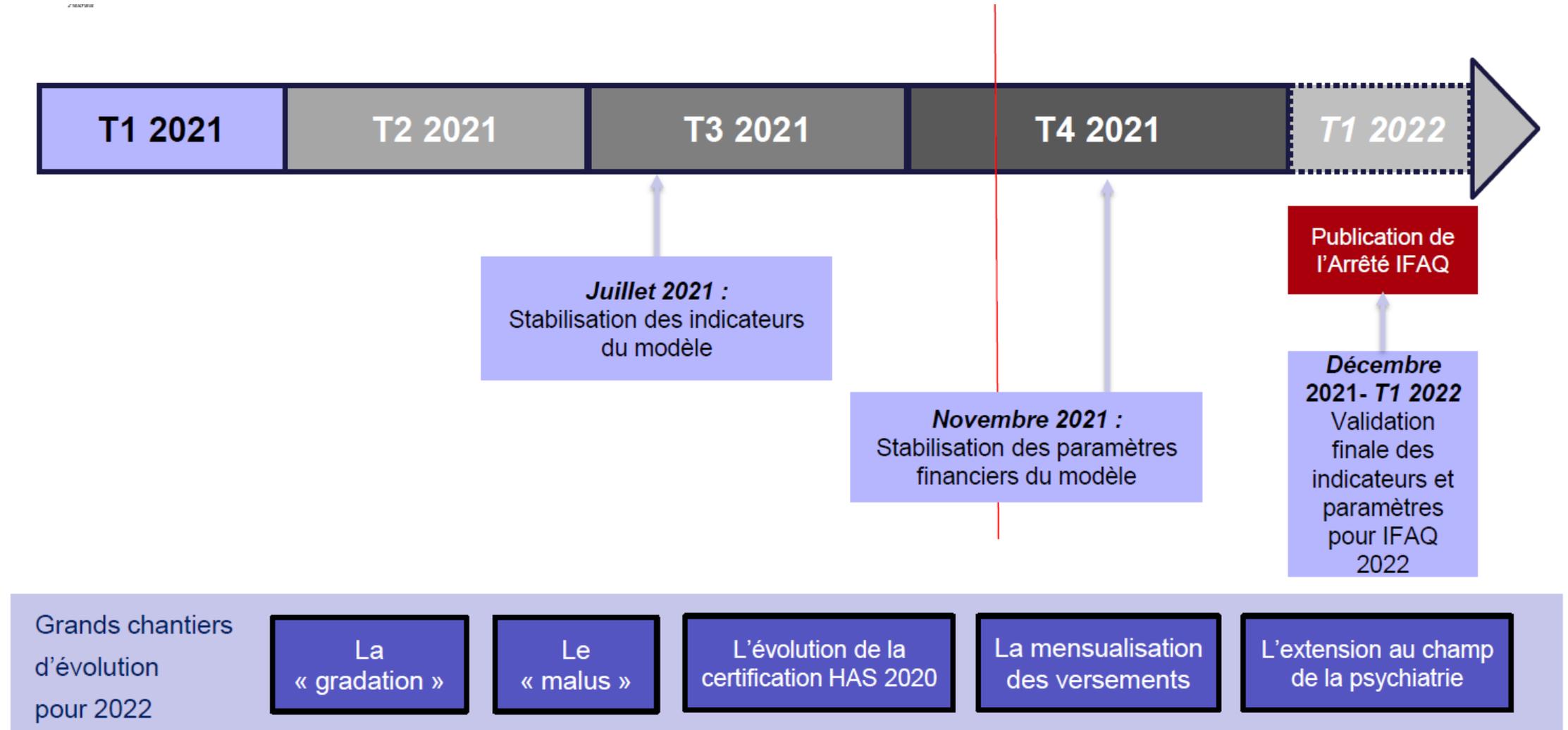
## Perspectives IFAQ : avant la crise COVID

- Les Evolutions envisagées concernant les paramètres du modèle
  - 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

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

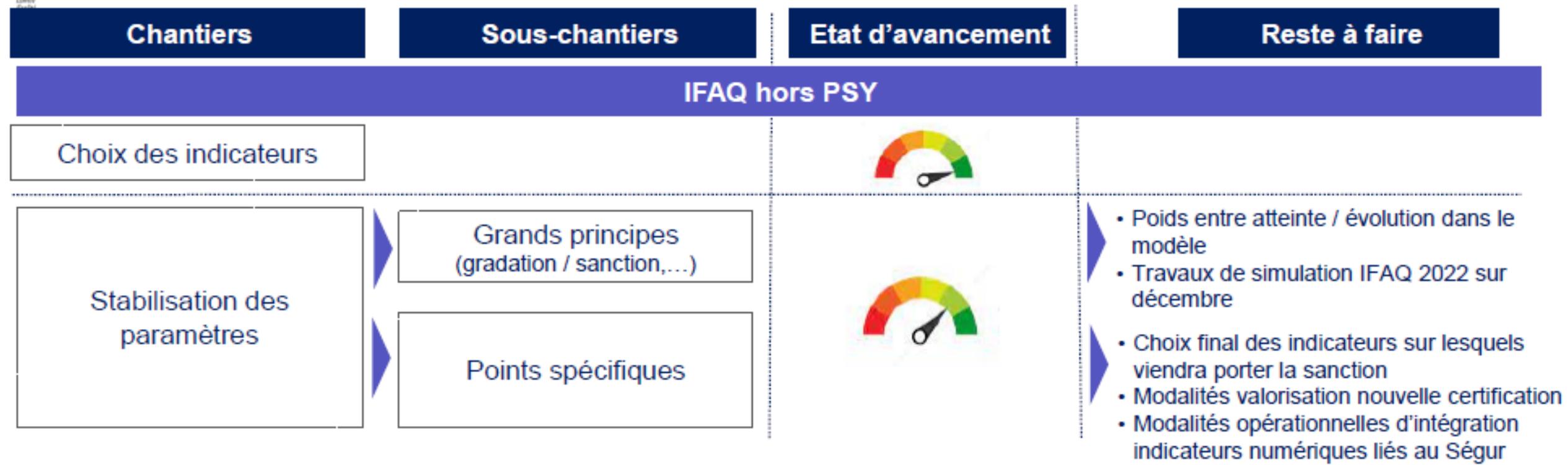
# Point d'actualité: IFAQ

## Feuille de route IFAQ 2022



# Point d'actualité: IFAQ

**Feuille de route IFAQ 2022 :** Etat d'avancement de la feuille de route des travaux IFAQ 2022



# Point d'actualité: IFAQ

**Feuille de route IFAQ 2022** : Etat d'avancement de la feuille de route des travaux IFAQ 2022

## Extension au champ de la psychiatrie – GT qualité PSY 05/11



# Point d'actualité: IFAQ



## IFAQ 2022 - Liste des indicateurs IFAQ 2022 – hors PSY (sera arrêtée définitivement fin 2021)

Direction générale de l'offre de soins

Catégories	Indicateurs	MCO	SSR	HAD	DIA
Qualité des prises en charge perçue par les patients	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO	X			
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire	X			
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SSR <b>new</b>		X		
Qualité des prises en charge cliniques	Evaluation et prise en charge de la douleur <b>new en HAD</b>	X	X	X	
	Tenue du dossier patient			X	
	Evaluation du risque d'escarres			X	
	Projet de soins projet de vie		X		
	Mesure des événements thrombo-emboliques après pose de PTH-hors fracture ou de PTG	X			
Performance de l'organisation des soins	Ratio normalisé d'ambulatoire <b>new</b>	X			
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins	Mesure des infections sur site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche hors fracture ou de genou	X			
	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact <b>new</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 en chirurgie ambulatoire	X			
	Coordination en HAD			X	
	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission	X	X	X	X
	Usage d'un service de Messagerie Sécurisée intégré à l'espace de confiance MS Santé <b>new</b>	X	X	X	X
	Taux de séjours pour lesquels l'ES a ouvert un canal de communication numérique sécurisée via la messagerie citoyenne	X	X	X	X
Démarche de certification	Niveau de certification V2014 ou V2020	X	X	X	X <sup>1</sup>

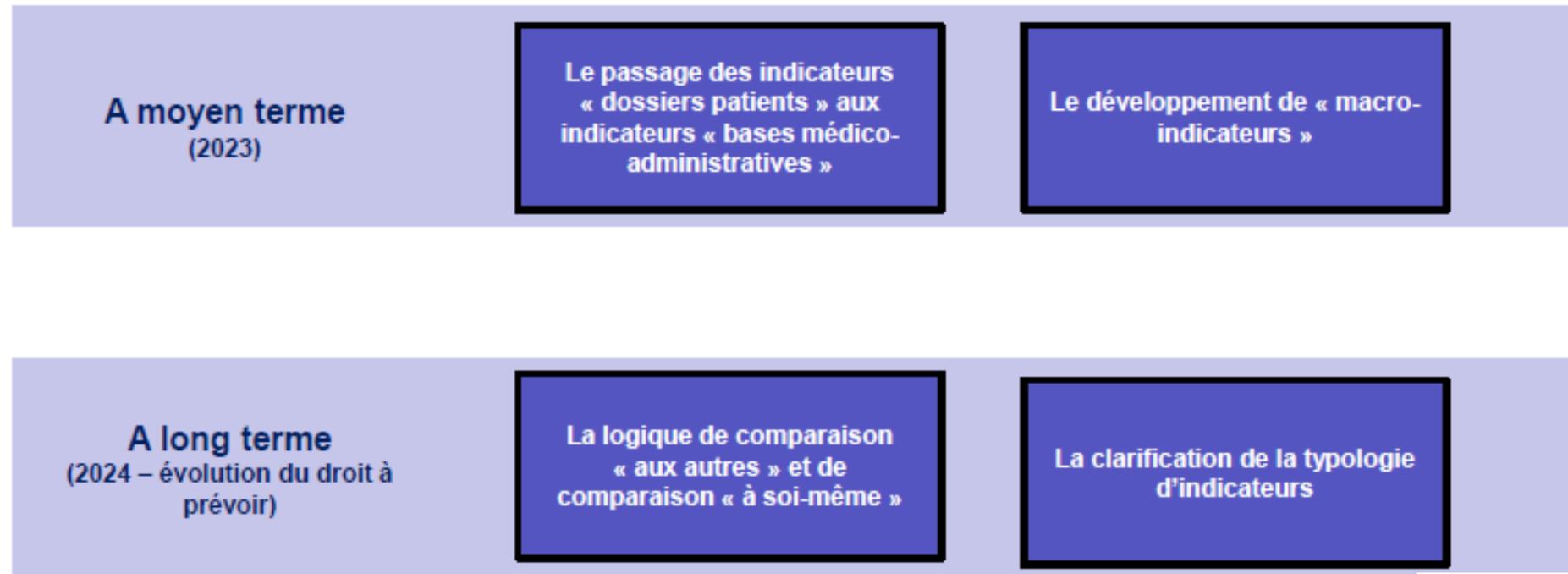
Indicateurs en lien avec les enjeux du Ségur numérique

# Point d'actualité: IFAQ

## ○ Perspectives :

### Les 4 chantiers d'évolution d'IFAQ au-delà de 2022

Dès 2021 seront engagés des travaux les années à venir, portant sur 7 chantiers d'évolution du modèle

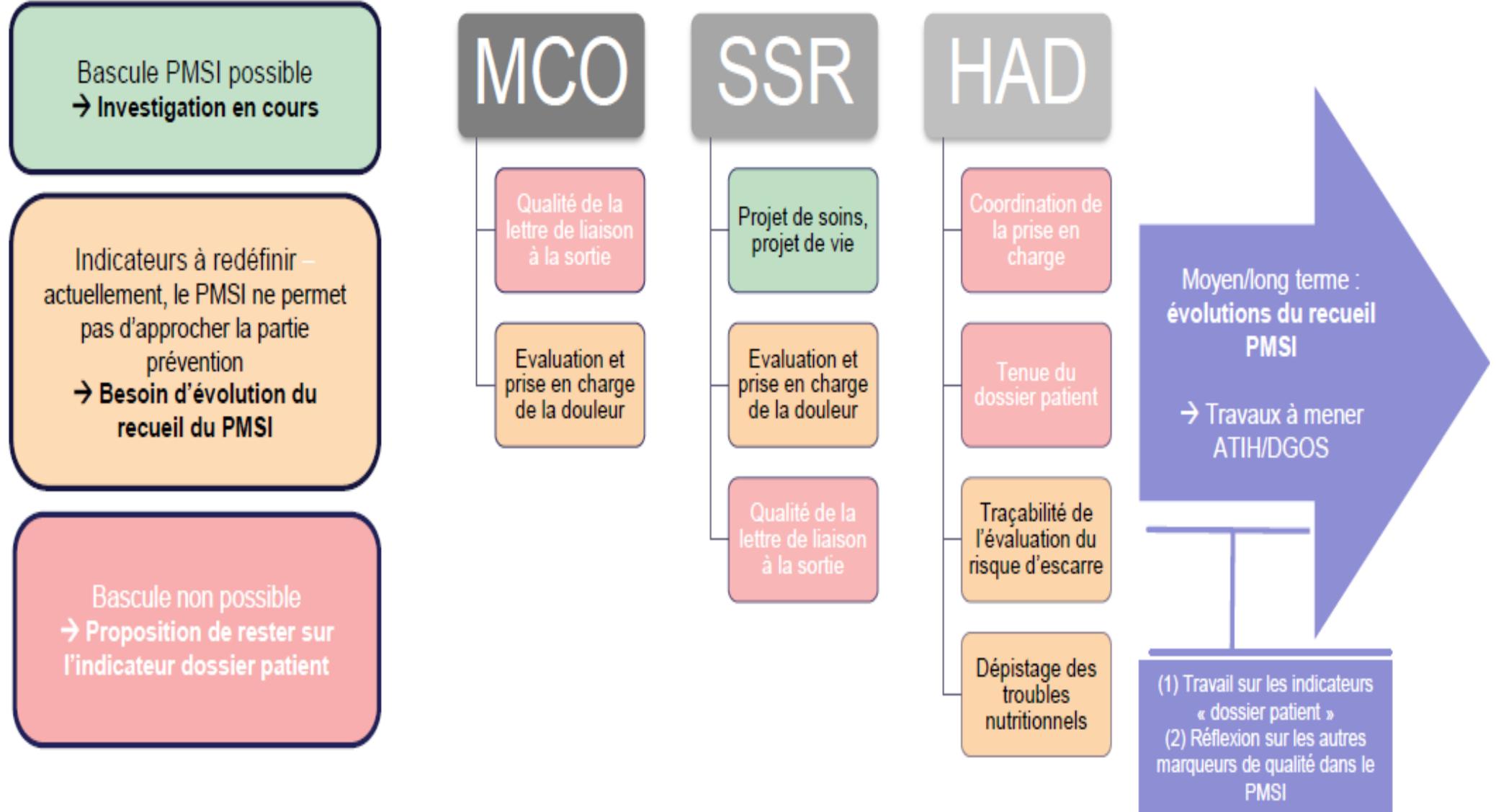


# Point d'actualité: IFAQ

## Focus sur le chantier « passage des indicateurs «dossiers patients» aux indicateurs «bases médico-administratives» » :

- ⊙ La DGOS a identifié 7 chantiers d'évolution du modèle de financement IFAQ dont celui du passage des indicateurs «dossiers patients» aux indicateurs «bases médico-administratives»:
  - Indicateurs de processus avec retour au dossier patient très impactés par la COVID, nécessité de pouvoir s'appuyer sur des indicateurs plus facilement automatisables
  - Volonté de diversification des sources de données
  - ⇒ Chantier à moyen terme: Horizon 2023 et au-delà
  - Point d'étape en GT IFAQ sur les travaux de bascule :
    - ✓ 4 réunions interne DGOS-ATIH
    - ✓ recherche d'indicateurs potentiels en substitution du dossier-patient
    - ✓ Objectif de voir ce qui est automatisable à CT /MT
    - ✓ ATIH fera le lien avec la SOFIME

# Point d'actualité: IFAQ





La parole est à vous



## Point d'avancement DRUIDES

**Dr Anis ELLINI,**  
Chef de projet, Service CIM-MF  
**ATIH**



La parole est à vous



## Management de la qualité du circuit des DMI et DM intra GHS

**Dr Gilles HEBBRECHT,  
Guillaume DESCOTES & Patrick DESMET**  
Sous-direction du pilotage de la  
performance des acteurs de l'offre de soins,  
**DGOS**



La parole est à vous



## Questionnaire de satisfaction

**N'oubliez pas de le remplir et de nous le remettre à la sortie**



DÉJEUNER

Reprise à 14h

# ORDRE DU JOUR

## APRÈS MIDI : 14H00 À 16H30

### ➤ Réforme du financement SSR :

**Eric NOEL**, Délégué Général – **FHP – SSR**

### ➤ Réforme du financement PSY :

**David CASTILLO**, Délégué Général – **FHP – PSY**

### ➤ Point d'actualité MCO

**Thierry BECHU**, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée Aux Affaires Médico-économiques et à la Qualité, **FHP-MCO**





## Réforme du financement SSR

**Éric NOEL,**  
Délégué Général  
**FHP – SSR**



La parole est à vous



## Réforme du financement PSY

**David CASTILLO,**  
Délégué Général  
**FHP – PSY**



La parole est à vous



## Point d'actualité MCO

**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

- **Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences**
- **Réforme des autorisations**
- **IFAQ**
- **Campagne tarifaire 2021**
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2022**
- **Le dispositif de rescrit**

- **Campagne tarifaire 2021**
  - RIHN
  - Coefficient Prudentiel 2021
  - Financement COVID
  - Forfait MRC
  - Dématérialisation du S3404

La deuxième circulaire relative à la campagne budgétaire 2021 des établissements de santé sera diffusée en novembre.

**Elle intégrera notamment la dotation MERRI relative aux actes hors nomenclatures (215,8 millions d'euros en C2) versée sur 100% de l'activité 2019 (2020 est une année non prise en compte en raison de la pandémie). Pour mémoire, une part de cette dotation (190 millions d'euros) a été déléguée en C1. Le montant total pour 2021 est donc de 406 millions d'euros. (382 millions d'euros en 2020).**

**Le taux de couverture 2021 annoncé est de 51%.**

**En 2022, la répartition de l'enveloppe se fera sur 100% de l'activité 2021. Le montant de l'enveloppe 2022 n'est pas arrêté à ce jour.**

Rappel du calendrier de remontées de données :

- 1<sup>ère</sup> remontée de l'activité 2021 : M12 2021
- Remontée consolidée activité 2021 : M4 2022
- 1<sup>ère</sup> remontée de l'activité 2022 : M12 2022

# Point de situation RIHN

Par ailleurs, il est confirmé que dans la continuité des annonces du CSIS 2021 et du discours du Président de la République du 29 juin 2021 « *faire de la France la 1<sup>ère</sup> nation européenne innovante et souveraine en santé* », une réflexion est en cours (information à venir) sur les actes +/- precrits et sur la dynamisation du modèle RIHN.

<https://www.gouvernement.fr/la-france-championne-europeenne-en-sante-d-ici-a-2030>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-du-conseil-strategique-des-industries-de-sante-2021-csis>

En particulier, annonce sur RIHN du 29 juin 2021 :

**→ Accès simplifié aux actes innovants : réforme du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) pour offrir un dispositif de soutien dynamique et fluide à la biologie médicale et à l'anatomopathologie innovantes**

La DGOS a confirmé des mesures à venir avec une probable croissance (à nouveau) de l'enveloppe RIHN en 2022 et une rénovation profonde du dispositif pour le rendre plus dynamique notamment sur le contenu des listes. Dans l'attente de cette refonte, aucun acte supplémentaire ne sera ajouté. Par ailleurs, la cible poursuivie en terme de financement est un taux de couverture proche de 100%.

Pour mémoire, nous dénonçons depuis plusieurs années que « ***l'Etat pénalise un dispositif de financement relatif à la prise en charge de l'innovation*** laquelle peut être source de prises en charge plus ciblées et donc plus pertinentes. Il conviendrait donc d'avoir une approche plus systémique de la gestion de cette enveloppe relative à l'innovation qui est une source d'efficience médico-économique de notre système de santé. Envisager une croissance de cette enveloppe peut être considérée comme un investissement. »

FHP  
MCO  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

## Coefficient Prudentiel 2021

# Coefficient Prudentiel 2021

## ◉ 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.
- 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).
- 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

# Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2021

**Restitution de la sous exécution ONDAM 2021 ?**

## Financement COVID

# 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:

## Quatre vecteurs de financement

### VECTEUR 1

Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires (AMO)

### VECTEUR 2

Dotation pour compenser les surcoûts Covid et assurer la pérennité des établissements de santé

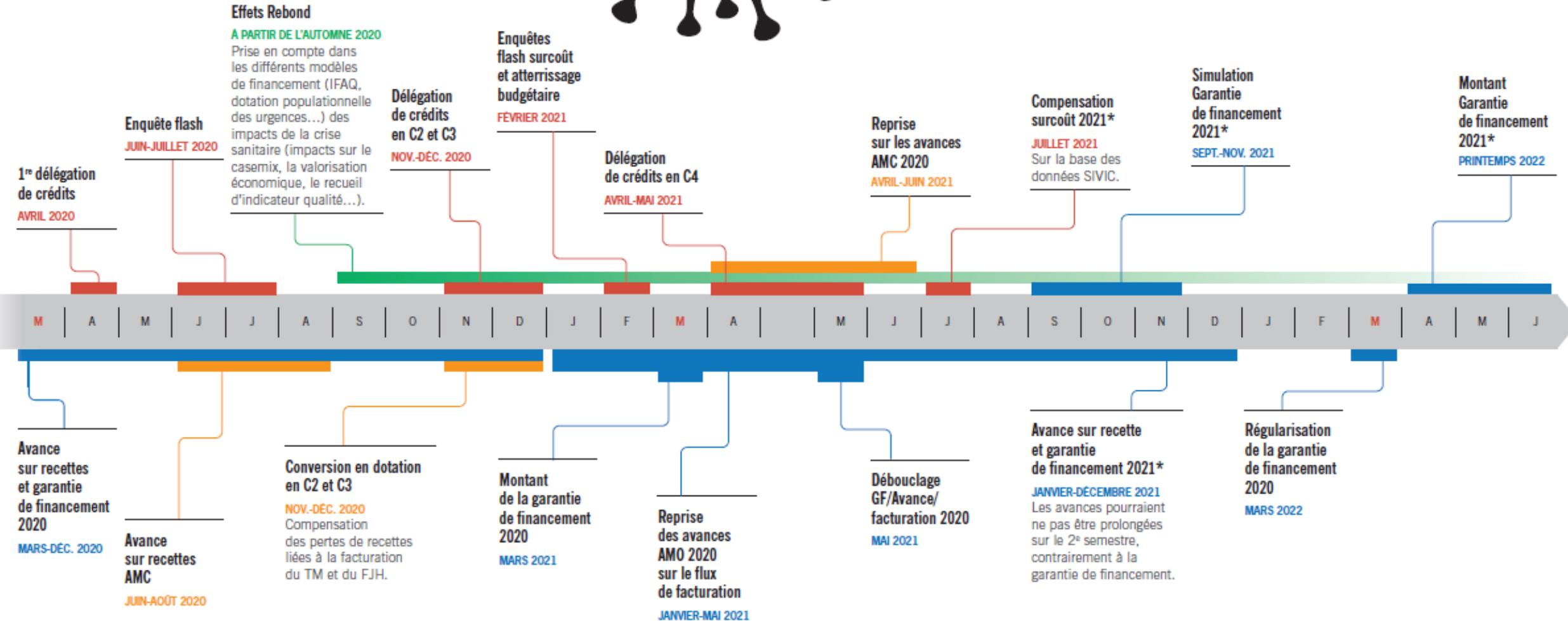
### VECTEUR 3

Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires (AMC)

### VECTEUR 4

Apprécier et valoriser les effets rebond potentiels post crise

# Point d'actualité MCO : Financement COVID



# Point d'actualité MCO : Financement COVID

## ○ Garantie de financement 2021

- consiste à garantir un plancher de ressources aux ES entre le 1er Janv. et le 31 déc. 2021.
- L'arrêté du 17 août 2021 modifiant l'arrêté du 13 avril 2021 relatif à la garantie de financement 2021 a permis son prolongement jusqu'au 31 décembre.
- La GF 2021 est calculée sur la base des recettes 2020, intégrant, le cas échéant, la régularisation au titre de la garantie 2020.
- Les prestations prises en compte sont inchangées par rapport à 2020
- prend en compte les revalorisations tarifaires au 1er mars 2021.
- Le périmètre de la garantie

Evolution de l'établissement	Effet sur le calcul de la GF21
Fermeture d'Et. en 2020	Pas de garantie 2021
Ouverture d'Et. en 2020	Projection en année pleine
Fermeture d'Et. en 2021	Garantie proratisée sur le nombre de mois de fonctionnement
Ouverture d'Et. en 2021	Calcul sur la base des prévisions de recettes AM, validées par l'ARS au regard de la date d'ouverture et du capacitaire effectif

# Point d'actualité MCO : Financement COVID

## Garantie de Financement 2021

Pour mémoire, celle-ci interviendra au plus tard le 5 mai 2022 et pas avant le 5 mars 2022.

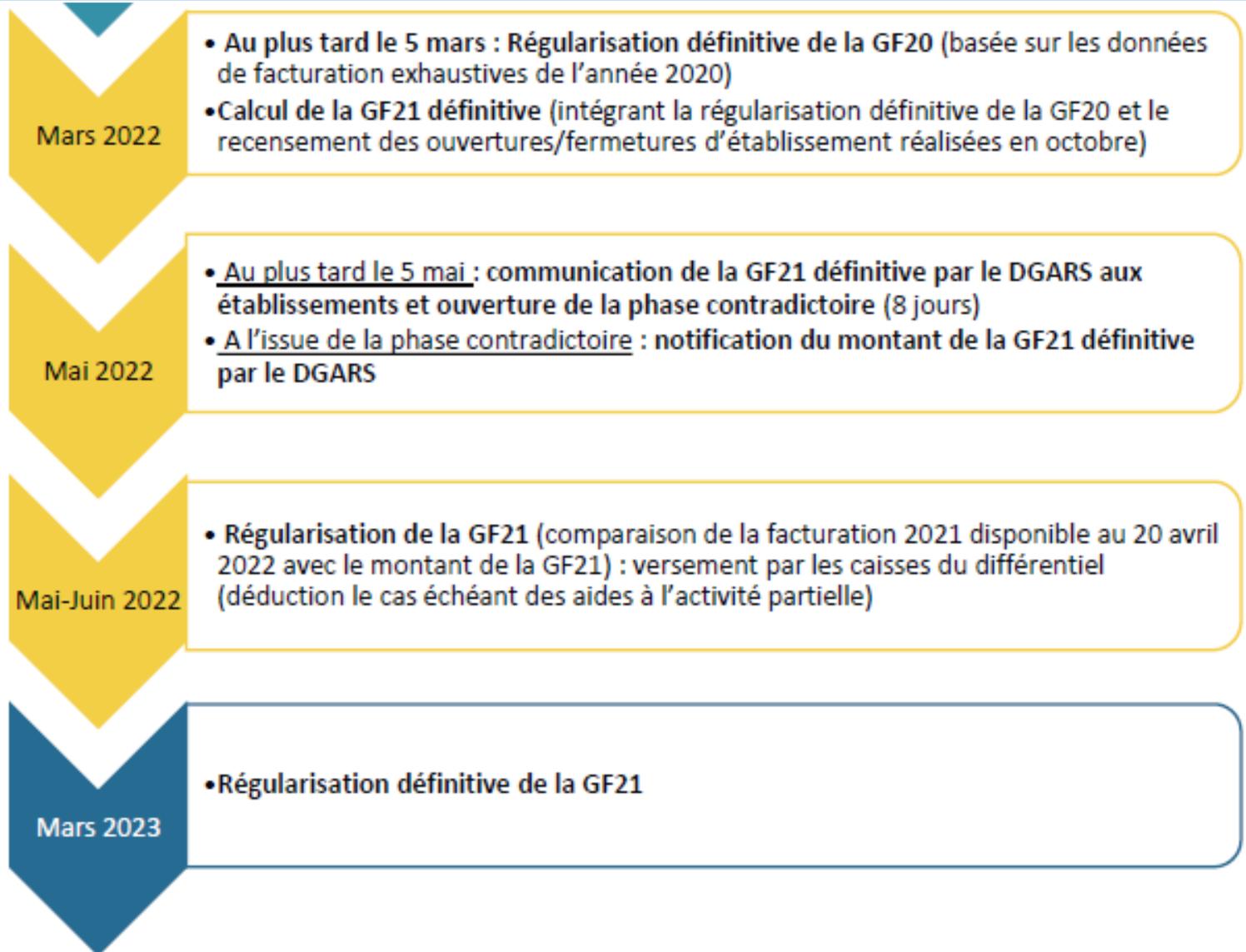
### Pourquoi ce délai ?

La garantie de financement 2021 consiste à garantir un plancher de ressources aux établissements de santé entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2021 et le 31 décembre 2021. L'**arrêté du 17 août 2021 modifiant l'arrêté du 13 avril 2021** relatif à la garantie de financement 2021 a permis **son prolongement jusqu'au 31 décembre**.

La garantie de financement 2021 prend en compte les revalorisations tarifaires au 1<sup>er</sup> mars 2021. **Son calcul du montant sera arrêté au plus tard le 5 Mai 2022** car sa valorisation s'appuie éventuellement sur la garantie de financement 2020. Dit autrement, au plus tard le 5 mai 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant de la garantie de chaque établissement et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations. *(et ce afin de prendre en compte la régularisation de la garantie de financement 2020 intervenant au plus tard le 5 mars 2022).*

# Point d'actualité MCO : Financement COVID

## Les grandes étapes



## ○ Outil de recueil MRC V2021

- Mis en ligne le 10 juin, utilisation facultative par les établissements

## ○ Transmission de données 2021

- Sur 2 périodes distinctes

### ○ MRC\_S1\_2021 : données de janvier à juin

- Ouverture des transmissions le 5 juillet : via l'**outil MATIS** qui reprend les fonctionnalités de TransMRC
- → Première remontée des nouvelles variables obligatoires (construction IQ)

### ○ MRC\_S1+S2\_2021 : données de janvier à décembre

- L'ouverture interviendra après la clôture du S1

## ○ Valorisation

- 2021 : régularisation à l'aide des données de la période MRC\_S1+S2\_2021

Les textes relatifs à la mise en œuvre pour 2021 du forfait MRC sont parus :

Arrêtés MRC 2021 (modalités et liste des ES), nouvelle notice technique ATIH (Notice Technique n° ATIH-235-8-2021 du 04 mai 2021), guide de recueil et format 2021

Dépêche Expert N°618 - Forfait Pathologie Chronique MRC – Modalités 2021

**En 2021, le financement est alloué en fonction de l'activité et du stade MRC** : Consultations de néphrologues et de paramédicaux réalisées (IDE, diététicien)

Le nombre de variables obligatoires du recueil MRC est étendu en 2021 pour moduler le financement en fonction d'indicateurs de processus et de résultats en 2023.

Pas de nouvelle réunion du GT MRC depuis la réunion du dédiée aux indicateurs qualité

***Pour plus de détails:***



## **Mais Echanges avec l'ATIH suite à la parution des textes:**

Nous nous sommes fait confirmer notre compréhension de l'utilisation des données 2021 qui seront donc utilisées 2 fois : **pour la régulation 2021 et pour le versement du forfait 2022**

## ***Evolution du stade de la MRC et stade retenu pour la valorisation du forfait :***

Nous nous sommes fait confirmer que les règles en cas de stade différent entre 1er et 2ème semestre valent aussi pour 2021 : le stade retenu pour la valorisation du forfait correspond au stade 5, si le stade 5 est renseigné au moins une fois pour l'année, quel que soit le stade renseigné pour l'autre semestre (manquant, 4A, 4B, 4 indéterminé ou 5) ;

## ***FHP-MCO : Demande de tableaux ePMSI détaillés pour les ES***

***Plus de détails***



Nos points de vigilance voire d'inquiétudes:

**1- Le mécanisme de valorisation du forfait**

**2- Les travaux de modulation du forfait**

**3- La notion de variables obligatoires dans le recueil:**

Pour 2021, plusieurs variables sont obligatoires à recueillir mais pas obligatoires à transmettre. Il est rendu obligatoire uniquement certaines valeurs pour certaines variables du recueil.

Ex: variable pathologie rénale ==> uniquement la valeur "polykystose rénale": si elle existe, doit être renseignée. Idem pour la variable complication où seules trois valeurs sont obligatoires !

Disponibilité de la plateforme spécifique pour l'envoi des emails recueillis et variable obligatoire « email » dans le recueil qui ne prévoit pas le cas « j'ai bien recueilli l'email » (est prévu « j'ai bien recueilli l'email et l'ai transmis à la plateforme »)

**Prochain GT forfait MRC le lundi 29 novembre.**

## ***ODJ***

1- Présentation des données d'activité 2020 (celles-ci ont été collectées jusqu'à début mai et ont été consolidées par la suite)

2- Présentation des premières données relatives aux indicateurs qualité (la première collecte pour 2021 s'est clôturée au 22 septembre)

3- Travaux à venir concernant la modulation à la qualité.

## Dématérialisation du S3404

# Dématérialisation du S3404

**Nous avons confirmation du feu vert donné par la CNAM au lancement de la phase de généralisation du processus de transmission dématérialisée du bordereau de facturation S.3404 pour les quatre éditeurs QSP SYSTEMS, CIGEST INFORMATIQUE, SIGEMS ou E.C.H.O.**

Pour mémoire, une centaine d'établissements relevant du d°) de l'art.L. 162-22-6 du CSS sont actuellement équipés de logiciels certifiés par le CNDA de l'un des quatre éditeurs susmentionnés et procèdent depuis plusieurs mois aux envois dématérialisés des bordereaux de facturation S. 3404 via SCOR-CP vers les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

La situation est la suivante pour les éditeurs suivants :

- L'éditeur CEGI Santé a été certifié par le CNDA en date du 6 octobre 2021. Le démarrage de la phase-pilote avec un établissement en lien avec sa CPAM CCDP est imminent. CEGI doit observer cette phase-pilote de 90 jours a minima en fonction de l'évaluation de cette phase-pilote qui sera effectuée.
- Les éditeurs DISCSIT, DEDALUS et Softway ont engagé les actions en vue de l'obtention d'une certification auprès du CNDA. Le processus est actuellement en cours.

**Nous vous rappelons que ce projet est porté depuis le séminaire du Conseil d'Administration FHP-MCO de septembre 2014 marquée par une intervention du Dr Annie FOUARD alors en poste à la CNAM.**

**Il aura fallu donc 7 années pour arriver à cette dématérialisation du Bordereau de facturation S3404.**



# Point d'actualité MCO

## ➤ Campagne tarifaire 2022

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale
- PLFSS 2022 et Campagne Tarifaire 2022
- Evolutions possibles des Liste en sus

## Classification MCO : Les évolutions possibles

# Classification MCO : les évolutions possibles

- RETEX FHP-MCO
  - CMD08
  - CMD09
  - Travaux en cours : refonte des Sévérités
- 
- ⇒ ATIH - Session Actualités PMSI 2022 :
  - ⇒ <https://www.atih.sante.fr/actualites/visio-conferences-nouveautes-pmsi-2022>

# Retour d'expériences : Anomalies de groupage

## ⦿ 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)**



## *Suite notamment RETEX FHP MCO...*

- **Rappel de l'origine du projet :**
  - Introduction dans la V58 de 4 actes de spondyloplastie avec expansion au niveau du rachis avec code d'activité 4 (LHMH 228, 027, 140, 454).
  - Les autres actes de spondyloplastie (LHMH00X, X=[1 à 6]) sans expansion n'ont pas de code activité 4 et actuellement orientent dans des racines médicales
  - Suggestion de créer pour ces actes une ou des racines en K.

## *Dernière réunion 29 septembre 2021*

### ○ Spondyloplasties

Code	Libellé
LHMH002	<u>Spondyloplastie</u> d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHMH005	<u>Spondyloplastie</u> d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHMH027	<u>Spondyloplastie</u> expansive [cyphoplastie] d'1 vertèbre, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHMH140	<u>Spondyloplastie</u> expansive [cyphoplastie] de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHMH182	<u>Spondyloplastie</u> de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHMH228	<u>Spondyloplastie</u> expansive [cyphoplastie] d'1 vertèbre, par voie transcutanée, avec guidage radiologique
LHMH444	<u>Spondyloplastie</u> de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHMH454	<u>Spondyloplastie</u> expansive [cyphoplastie] de 2 ou de 3 vertèbres, par voie transcutanée avec guidage scanographique

### ○ Autres actes interventionnels sur le rachis

Code	Libellé
ENNH002	Scélrose d'une lésion vasculaire vertébrale, par injection <u>intralesionnelle</u> d'agent pharmacologique par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHFH001	Tumorectomie osseuse vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHHH002	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage scanographique
LHHH003	Biopsie osseuse et/ou discale de la colonne vertébrale, par voie transcutanée avec guidage radiologique
LHNN001	<u>Thermocoagulation</u> de facettes articulaires de vertèbre, par voie transcutanée avec guidage radiologique

*Création de racines en K*

*➔ Liste d'actes*

## ***Conclusions: création de 2 racines en K***

- Proposition :
  - 08K05 : Spondyloplastie
  - 08K06 : Autres actes interventionnels sur le rachis, séjours de moins de 2 nuits
  
- Caractéristiques des nouvelles racines
  - Spondyloplasties : 5 niveaux (J et 1 à 4)
  - Autres actes sur le rachis : non segmentée, seuil de durée (0 et 1 nuit)
  
- Ces racines seront testées en amont de la racine 08K02 qui concerne les séjours de 0 nuit avec anesthésie

# Refonte de la CMD09 chirurgicale

## ***Une « sous-CMD » perfectible***

- Une hétérogénéité par nature : « Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins »
  - 6 zones : « sein », « anale », « curage », « greffe », « chir plastique », « autre »
- Des séjours avec des actes multiples non pris en compte (« sein »)
- De nombreuses racines hétérogènes pour les actes et/ou pour les DP :  
« sein », « greffe », « autre »
- Hiérarchisation des racines à revoir : la racine curage en bas de l'arbre au milieu de la zone « autre »
- Une zone « autre » pléthorique
  - Racine 09C10 compte 100 000 séjours

## *Deux objectifs:*

### *améliorer la prise en compte de l'ambulatoire et l'homogénéité des racines*

- Obtenir de nouvelles racines dans lesquelles les actes opératoires ont un profil similaire.
- Analyse statistique pour isoler les prises en charge lourdes ou légères
- Vérifier la pertinence médicale
- Améliorer la structure de l'arbre (hiérarchie des racines)

## *Dernière réunion le 7 juillet 2021*

- 23 racines au lieu de 14
  - 8 racines lourdes sans GHM court
  - 2 racines avec un effet âge (pour les plus de 79 ans, passage des séjours de niveau 1 en niveau 2)
- Le nombre de GHM de la partie chirurgicale de la CMD 09 passe de **68** à **107**

## Nouvel arbre



## Comment coder les séjours pour reconstruction mammaire différée par prothèse après cancer ?



- La reconstruction mammaire par prothèse interne :
  - Est la technique la plus fréquente de reconstruction
  - Les consignes de codage actuelles ne permettent pas de coder explicitement l'indication de la reconstruction lorsqu'elle est différée de la mastectomie



DP Z42.1 Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein  
DR Z90.1 Absence acquise de sein(s)

- › Nouvelle recommandation de codage pour reconstruction différée après cancer

DP Z42.1 Soins de contrôle comprenant une opération plastique du sein  
DR Z85.3 Antécédent personnel de tumeur maligne du sein

- Amélioration de l'information
- Pas de conséquence en classification de séjour
- Recommandation pour campagne 2022 mais déjà accessible au codage
- Intégration au guide méthodologique fin 2021 et notice PMSI

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

# Information Médicale : les évolutions possibles

- ⊙ Admission directe non programmée des pax de 75 ans et + « ADNP75 »
  - ⊙ Hébergement Temporaire Non Médicalisé (Hôtels hospitaliers)
  - ⊙ Evolution des consignes de codage
  - ⊙ Nomenclatures
  - ⊙ DM Intra-GHS
- ⇒ ATIH - Session Actualités PMSI 2022 :
- ⇒ <https://www.atih.sante.fr/actualites/visio-conferences-nouveautes-pmsi-2022>

## **Contexte**

**Mesure 5 du pacte de refondation des urgences** : « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ».

L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins.

175 millions d'€ prévus sur la période 2019-2022

# Admission directe non programmées > 75 ans

## **Contexte**

Nous avons sollicité la DGOS pour des clarifications.

**Les établissements de santé qui n'ont pas de structure des urgences** autorisées font également partie de l'organisation de ces parcours en médecine et chirurgie sur les territoires dans le cadre d'une responsabilité populationnelle et tous les établissements MCO entrent dans ce dispositif.

**Les hospitalisations en chirurgie pour les personnes âgées** peuvent organiser des admissions directes.

En chirurgie, peuvent être notamment concernée la chirurgie orthopédique pour fractures pour col du fémur chez les personnes âgées ou certains séjours de chirurgie digestive.

## ***Travaux de construction du recueil***

L'ATIH a mené un audit « organisation et circuit de l'information des ADNP ».

FHP MCO a proposé des ES volontaires.

2 GT ES en 2021.

Travail de précisions des consignes à mener ATIH/DGOS

A noter, sollicitations de la SOFIME en juin 2021.

## **Débat sur les modalités et la pertinence de ce recueil**

# Admission directe non programmées > 75 ans



- Format final du recueil :
  - Caractère « **direct** » : ajout d'une nouvelle provenance 8.U pour les admissions depuis les urgences d'un autre établissement
    - → L'ensemble des admissions directes sont identifiables sans chaînage
    - → Cette provenance est intégrée au PMSI MCO et SSR
  - Caractère « **non programmé** » :
    - Nouvelle variable « non programmé » du RSS : « **Admission en urgence dans le service sans passer par le service des urgences : 2 nuitées max au sens PMSI** »
    - Périmètre du recueil : >18 ans, médecine et chirurgie, admission directe uniquement (hors 8.5, 8.U), hors certaines CMD, plus large que l'incitation
    - Adresseurs précisés : médecins de ville, coordonnateurs (EHPAD, ESMS), de SAMU/SAS, de consultations hospitalières
    - Contacts précisés : par un médecin directement ou par délégation (famille, paramédical), protocole de reconsultation



# Admission directe non programmées > 75 ans



- Début du recueil pour les séjours débutés à partir du 1er janvier
  - Avec l'outillage ATIH :
    - Publication prochaine de la notice
    - Contrôles non bloquants de la fonction de groupage (1<sup>er</sup> mars)
    - Tableaux OVALIDE
    - Objectif de constitution d'une FAQ (questions à adresser à [adnp75@atih.sante.fr](mailto:adnp75@atih.sante.fr))
- Poursuite des travaux DGOS/ATIH pour la construction de l'incitation financière
  - Basée sur le recueil mis en place
  - Objectif : inciter à la réalisation d'ADNP75

## *Mise à disposition des données du potentiel*

- Objectif : permettre aux acteurs de réaliser leur propre diagnostic
  - 1) Evaluer le potentiel de passages aux urgences évitables
  - 2) Cibler les efforts à produire en fonction des organisations et des contraintes propres à chaque établissement
  
- Outils construits par la DGOS :
  - Des tables présentant un nombre de passages évitables, par racine de GHM, en fonction de taux repères
  - + message d'accompagnement + lisez-moi
  - ➔ Mise à disposition de ces tables par l'ATIH via la plateforme « Transfert »

## ***Finalité du potentiel***

**Fournir des données sur les séjours de patients de 75 ans et plus par racine de GHM et à l'échelle des FINESS géographique et sur les différences de pratique (passage ou non par les urgences) d'une racine à l'autre, d'un établissement à l'autre,**

**Aider à la construction des filières d'admission directe sur les territoires : permettre aux acteurs de réaliser leur propre diagnostic : évaluer le potentiel de passages aux urgences évitables et pouvoir cibler les efforts à produire en fonction des organisations et des contraintes propres à chaque établissement/territoire.**

- Connaître les taux de passages aux urgences par racine de GHM et pouvoir se positionner par rapport aux pratiques au niveau national (taux repère)
- Identifier les racines de GHM pour lesquelles il y a un taux plus élevé et choisir parmi celles-ci lesquelles il semble pertinent/faisable de développer l'admission directe.
- Pour ces racines de GHM ciblées, organiser le parcours des personnes âgées dans l'optique de développer les admissions direct non programmées

## ***Méthodologie***

### **Périmètre**

Etablissements disposant d'une structure des urgences autorisée

Données à l'échelle du FINESS géographique

GHM codés en médecine/chirurgie

Exclusions : Obstétrique, Séjours 100% UHCD, Hospitalisation de jour, Séances, ...

### **Construction de l'outil**

Calcul du taux de passage par les urgences par établissement et pour les 532 GHM

Analyse de la distribution du taux de passage par les urgences par établissement pour chaque GHM

Ex : Pour le GHM 05M09 (Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire) :

1er décile : 10% des ES ont un taux de passage aux urgences < à 57%

2e décile : 20% des ES ont un taux de passage aux urgences < 71%

1er quartile : 25% des ES ont un taux de passage aux urgences < 76%

## ***Méthodologie***

### **Construction de l'outil**

A partir des valeurs de la distribution pour un GHM donné, on calcule un nombre de passages aux urgences théorique

On calcule ensuite un nombre de passages aux urgences évité théorique

C'est à partir de ce chiffre que l'on peut calculer un potentiel de passages aux urgences évités

Ex : Pour le GHM 05M09 (Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire) :

Si l'on fixe un taux repère correspondant au 1er décile de la distribution :

Nombre de passages aux urgences théorique : 70 162

Nombre de passages réel : 101 208

Nombre de passages évités théorique : 31 046

## ***Méthodologie***

### **Utilisation de l'outil**

#### Au niveau régional :

Ciblage d'une liste de racines de GHM prioritaires

Calcul du potentiel sur des regroupements de racines de GHM en lien avec certaines filières (ex : gériatrie)

Donnée pour alimenter le dialogue de gestion entre ARS/ES

#### Au niveau établissement :

Ciblage des racines de GHM pour lesquels il semble pertinent à l'établissement de santé de réduire les passages aux urgences

Donnée pour alimenter le dialogue ARS/établissement ou intra-établissement (structure des urgences/services ou inter-services)

#### Au niveau national :

Potentiel au niveau national et déclinaisons régionales

# Admission directe non programmées > 75 ans

## *Et la suite ?....*

### **Automne 2021 :**

Réunion avec les principaux CNP/ sociétés savantes de spécialité concernées autour du potentiel d'admissions directes des personnes âgées.  
+ sensibilisation sur le recueil

### **Automne 2021-début 2022**

Travaux sur l'incitation financière avec l'ATIH

A ce stade : une enveloppe AC fermée, à intégrer à terme dans les réflexions les réformes sur les modèles de financement (médecine)

Éléments de réflexions : Fondement incitation ? Alternatives à l'étude : le nombre d'admissions directes des personnes âgées de 75 ans et plus / un taux d'admissions directes / un indicateur composite des personnes âgées de 75 ans et plus / Atteinte et progression

**Méthodologie** - Première étape : Travaux ATIH/DGOS ; puis concertation avec les fédérations

# Hébergement temporaire non médicalisé

Le décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé du patient a été publié le 26/08/2021.

Objectif: **proposer aux patients un hébergement non médicalisé temporaire, en amont et ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance soins**, lorsque le maintien ou le retour à domicile est jugé impossible.

Relève d'une prescription médicale d'un praticien, ne peut excéder trois nuits consécutives sans acte ou prestation par l'établissement de santé prescripteur.

**Aucun soin ne doit être réalisé** par l'établissement dans le lieu d'hébergement exceptés le télésoin, la télémédecine et les prises en charge en urgences.

# Hébergement temporaire non médicalisé

**Un forfait à la nuitée de 80 euros** pour toute activité réalisée entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2023.

Couvre les frais d'hébergement du patient mais également ceux de son ou ses éventuels accompagnants ainsi que les prestations de repas, le cas échéant.

Le coût de la prestation non couverte par le forfait financé par l'assurance maladie peut être facturé, le cas échéant, au patient et aux éventuels accompagnants.

Les organismes complémentaires pourront participer au financement, via des conventions locales, pour les éventuels coûts de nuitée qui seraient supérieurs au forfait nuitée.

Afin de bénéficier du versement du forfait, **les établissements de santé doivent remplir et transmettre les informations relatives à cette activité et transmettre le bilan annuel d'évaluation du dispositif**



# Hébergement temporaire non médicalisé

L'ATIH a précisé le calendrier pour la transmission des données du dispositif HTNM pour la période de janvier à septembre 2021.

La date limite pour la transmission des données de l'activité de janvier à septembre 2021 était fixée au premier novembre 2021 (période M-HTNM-P1).

**La transmission des données de l'année pleine (activité de janvier à décembre) se fera sur la période M-HTNM-P2 dans une version ultérieure de l'outil MATIS (à ce jour date non arrêtée).**

## Modalités de transmission

La transmission se fait via l'outil MATIS mis en ligne sur le site de l'ATIH.

Le fichier utilisé pour la transmission est un DATEXP:

<https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2021> (

(fichier excel : formats\_mco2021 / onglet DATEXP HTNM\_EM)

# Information Médicale : les évolutions possibles

- Présentation lors du dernier CT MCO
- Travaux en cours



## Evolution des conseils de codage

### 1. Maladies Infectieuses

- a) Proposition de codage : COVID après vaccination complète chez le sujet immunocompétent
- b) Point d'étape : Infections urinaires

### 2. Cancérologie et soins palliatifs

- a) Proposition de codage : Séjours pour pose de prothèse mammaire interne et antécédent de cancer du sein => chap classif
- b) Information : soins palliatifs

### 3. Périnatalité

- Information: Relecture et corrections des fiches de codage de la FFRSP

# DMI intra-GHS

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,

Actuellement, 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***

# DMI intra-GHS

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

## **Recueil et transmission d'informations relatives**

- aux patients traités
- au contexte de la prescription
- aux indications d'utilisation du produit
- aux résultats ou effets de ces traitements

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

# DMI intra-GHS

Un suivi national identique à celui effectué pour les DM de la liste en sus doit être assuré pour les DM inscrits sur la liste « intra GHS »

**Liste consolidée des produits de santé inscrits sur la liste « intra GHS »** disponible sur le site internet du ministère

Les DM « intra-GHS » appartiennent à des catégories homogènes de produits de santé déterminées par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Afin d'être inscrits sur la liste « intra-GHS », les dispositifs médicaux doivent faire l'objet au préalable d'une évaluation par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute autorité de santé (HAS).  
Intégration d'un « code intra GHS » spécifique

# DMI intra-GHS

## Transmission dans un fichier CSV (DATEXP) :

Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINESS PMSI	<i>finesspmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9905
N°ordre	<i>id_ord</i>	1
Date de pose	<i>date_pose</i>	JJMMAAAA A défaut date d'utilisation
Code intra-GHS du dispositif médical	<i>code_intraghs</i>	Alphanumérique sur 7 caractères. Première lettre = G, suivie de 6 chiffres <b>Non utilisé</b>
Nombre d'unités implantées	<i>nb_unitimpl</i>	
code IUD-ID	<i>code_iud_id</i>	Règlement européen 2017/745 du dispositif médical

*Sous réserve*

**Entrée en vigueur: avril 2022 (à confirmer)**

**Dépêche Expert N°642 – FHP MCO**

<https://www.fhpmco.fr/2021/10/14/depeche-expert-n643-point-detape-liste-intra-ghs-codage-et-encadrement-de-pratique/>

## **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2022: Point de situation PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022**

## Article 24 : Définition du modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

- Remboursement de droit commun de la télésurveillance avec une entrée en vigueur fixée par décret et au plus tard le 1er juillet 2022.
- Les indications de télésurveillance ouvrant droit à une prise en charge ou un remboursement par l'assurance maladie seront précisées par arrêté.
- Prolongation du programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) jusqu'au 1er août 2022 au plus tard.

# Point 4 : PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022 : point de situation

## Article 26 : Ajustement du financement de la réforme des urgences

- La rémunération des praticiens libéraux liée aux passages non suivis d'hospitalisation dans une structure des urgences repose sur des forfaits et suppléments qui viennent se substituer à leurs honoraires facturés jusqu'alors, sans qu'un reversement par la clinique soit nécessaire.
- Les montants de ces forfaits et suppléments qui constituent leurs honoraires et bien qu'ils soient fixés par voie réglementaire sont éligibles à une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie dans le cadre de la convention médicale.
- Les expérimentations menées par des départements sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers sur demande du SAMU peuvent être prolongées jusqu'au 31 décembre 2022. L'impact de ces expérimentations sur les restes à charge des patients est inclus dans leur évaluation.
- Le forfait patient urgences qui devait entrer en vigueur le 1er septembre 2021 est reporté au 1er janvier 2022.
- Conditions de réduction du forfait patient urgences pour certaines catégories d'assurés (titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes, victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, enfants victimes de maltraitance, victimes de terrorisme...) applicables dès le 1er janvier 2022.

## Article 31 bis : Expérimentation des plateformes d'appui gériatrique

- À titre expérimental et après décret en Conseil d'Etat, les directeurs généraux d'agences régionales de santé de trois régions volontaires peuvent mettre en place une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées. Cette plateforme assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées.

## **Article 34 bis : Gestion des ruptures de stock de dispositifs médicaux**

- Mise en place d'un système permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'être informée de toute situation qui pourrait conduire à la rupture de stock de certains dispositifs médicaux.

## **Article 35 : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations pharmaceutiques**

- Autorisation aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé à fabriquer elles-mêmes des médicaments essentiels que les laboratoires ne seraient plus en mesure de fournir. Seuls les établissements de santé habilités par le ministère de la santé dans des conditions définies par décret peuvent réaliser ces préparations.

## **Article 42 bis : Remboursement des séances réalisées chez le psychologue**

- Instauration par décret de la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'accompagnement psychologique à partir de début 2022.

## **Article 42 ter : Accompagnement des innovations organisationnelles en santé**

- Création d'une phase transitoire post expérimentation, financée par le fonds de l'innovation du système de santé, dans l'attente de l'entrée en vigueur des mesures de droit commun.
- Possibilité de tester des projets proposant des prises en charge réalisées en ambulatoire et facilitant la prescription et à la délivrance de certains médicaments soumis à une prescription médicale hospitalière ou réservés à l'usage hospitalier

## Article 44 bis : Création d'un entretien post-natal obligatoire

- À partir de juillet 2022, un entretien post-natal obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suit l'accouchement. Cet entretien a pour objet de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.
- Un deuxième entretien peut être proposé entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l'accouchement par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes ayant accouché pour la première fois ou pour lesquelles il a été constaté des signes de la dépression du postpartum.

# Point 4 : PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022 : point de situation

## **Article 44 ter : Communication autour des compétences des sages-femmes**

- La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes.
- Celles-ci sont présentes tout au long du parcours de santé des femmes, de la prise en charge périnatale au suivi gynécologique de prévention en passant par l'accompagnement lors des interruptions volontaires de grossesse.

## **Article 44 quater : Expérimentation de demande de stérilisation auprès d'une sage-femme**

- Aujourd'hui, la première demande de stérilisation s'effectue systématiquement auprès d'un gynécologue ou d'un médecin. Les sages-femmes ne peuvent être consultées qu'au bout de la deuxième consultation.
- Permettre par décret la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme. L'objet de cet entretien est d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention et de lui remettre un dossier d'information.

# Point 4 : PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022 : point de situation

## Article 56 : ONDAM et sous-ONDAM

- Pour 2022, l'ONDAM des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs est fixé comme suit :
  - dépenses de soins de ville : 102,1 milliards d'euros
  - dépenses relatives aux établissements de santé : 95,3 milliards d'euros
  - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées : 14,3 milliards d'euros
  - dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées : 13,3 milliards d'euros
  - dépenses relatives au fonds d'intervention régional : 5,9 milliards d'euros
  - autres prises en charge : 5,4 milliards d'euros
  - total : 236 milliards d'euros.
- L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 236,3 milliards d'euros en 2022 contre 237 milliards en 2021. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'ONDAM progresse de 3,8 % entre 2021 et 2022.

# Point 4 : PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022 : point de situation

## **L'accord de pluri-annualité existant précise**

*« Dans le cadre des mesures « Investir pour l'hôpital » présentées le 20 novembre 2019 par le Premier ministre et la Ministre des solidarités et de la santé, l'Etat s'est engagé à une progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) relatif aux établissements de santé de +2,4% par an pour la période 2020-2022. »*

## **La campagne 2021 présentée par la DGOS.**

*« L'évolution de l'ONDAM ES retraité des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire et des mesures prévues par le Ségur de la santé est en progression de +2,4% (vs +2,4% en 2020). Cette évolution représente en valeur +2,0Md€ »*

# Point 4 : PLFSS 2022 & campagne tarifaire 2022 : point de situation

Pour la construction de la campagne, nous sommes donc sur des bases équivalentes à 2021 (2 milliards, soit 2,4%) avec deux variables différentes :

Effet volume selon le protocole de pluri annualité :

**En 2021, la volume prévisionnel a été ramené en définitive à 1,5%**

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

Un effet IFAQ à 250 millions en 2022 au lieu de 50 millions en 2021 ayant un impact de l'ordre de 0,5% pris sur la masse tarifaire a priori (sauf en 2021 où les 50 millions ont été pris sur la liste en sus).

## **Un recalage tarifaire en 2022 en raison du Ségur 1 dans les tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2021.**

Pour mémoire, 90% du Ségur 1 a été intégré dans les tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2021 mais avec une construction de financement de 12 mois sur 10 mois, soit 6,48% (avec prise en compte du coefficient Ségur et hors accord de pluri annualité). Il y a donc un recalage tarifaire à la baisse planifié par l'Etat au 1<sup>er</sup> mars 2022 (financement de 12 mois sur 12 mois). On peut estimer que ce recalage tarifaire serait de l'ordre du 1 point pour porter une augmentation finale à 5,4%.

**Cela se traduit par une baisse tarifaire au 1<sup>er</sup> mars 2022 pour caler définitivement le financement de 90% environ 5,4% en lieu et place de l'actuel 6,48%.**

## Conséquence de tous ces éléments pour le 1<sup>er</sup> mars 2022.

- Une croissance de l'enveloppe hors Ségur et mesure COVID identique à 2021 en 2022 de l'ordre de 2 milliards. Nous avons donc des marges de manœuvre pour la construction tarifaire identique en 2022 à celles de 2021.
- Un taux de volume prévisionnel de 1,4% en 2022 (au lieu de 1,5% en 2021)
- Avec une croissance de l'enveloppe IFAQ de +0,5% financé comme inscrit au sein de l'accord de pluri annualité par un effet sur les ressources GHS
- Un recalage tarifaire technique du Ségur 1 à 5,4% (au lieu de 6,48%)
- L'application de l'accord de pluri annualité à 2022 avec une croissance « prix » de +0,2%

## Listes en sus Médicaments : Les évolutions possibles

# Liste en sus - Molécules onéreuses

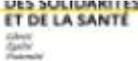
- Travaux radiation de certains médicaments ou indications thérapeutiques de la LES
  - Réunion du GOM : juillet, prochaine réunion programmée en décembre
  - La DGOS a ciblé les médicaments disposant d'au moins une indication inscrite sur la liste en sus et qui ne répondent plus au critère 1° et 4°, c'est-à-dire :
    - Les Médicaments administrés majoritairement en ville
    - Les Médicaments dont le coût est < 30% des GHS
- ⇒ **10 spécialités ressortent et sont à l'étude pour radiation**
- ⇒ **la radiation des spécialités étudiées sera liée à la campagne tarifaire 2022, c'est-à-dire une radiation au 1er mars 2022 accompagnée d'une réintégration des montants remboursés sur la LES dans les tarifs des GHM**

# Liste en sus - Molécules onéreuses

## les critères d'inscription sur la LES fixés à l'article R162-37-2 du CSS :

- 1° La spécialité, dans la ou les indications considérées, est susceptible d'être administrée majoritairement au cours d'hospitalisations
  - 2° Le niveau de SMR de la spécialité dans la ou les indications considérées est majeur ou important ;
  - 3° Le niveau d'ASMR de la spécialité dans la ou les indications considérées, est majeur, important ou modéré. Il peut être mineur si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent. Il peut être mineur ou absent lorsque les comparateurs pertinents sont déjà inscrits sur la liste
  - 4° Un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée
- ⇒ Ces critères sont cumulatifs. Quand l'un des critères prévus pour l'inscription n'est plus rempli, la spécialité dans la ou les indications considérées peut être radiées de la liste en sus.

# Liste en sus - Molécules onéreuses

					
Classe	Pathologie	Spécialités	Montant remboursé LES 2019	Montant remboursé LES 2020	Date de radiation proposée
Immunologie	Maladie de Crohn	REMSIMA 120MG INJ STY1ML	0 €	0 €	1 <sup>er</sup> août 2021 (absence d'impact LES)
		REMSIMA 120MG INJ SRG1ML +N	0 €	0 €	1 <sup>er</sup> août 2021 (absence d'impact LES)
Anti-infectieux	Infections fongiques	CRESEMBA 100MG GELU	1 114 165 €	1 163 635 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
		ABELCET 5MG/ML PERF FL20ML	0 €	0 €	1 <sup>er</sup> août 2021 (absence d'impact LES)
	Tuberculose	SIRTURO 100MG CPR	694 808 €	460 411 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
		DELTIBA 50MG CPR	160 230 €	178 130 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
Maladies rares	Désordre du cycle de l'urée	AMMONAPS 500MG CPR	40 452 €	38 161 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
		AMMONAPS 940MG/G BUV FL266G	31 275 €	23 006 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
Cardiologie	Hypertension artérielle pulmonaire	VENTAVIS 10 mcg/ml solution pour inhalation 2 ml	50 214 €	10 840 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
		VENTAVIS 10MCG/ML NEB A.1ML	34 614 €	1 738 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
		VENTAVIS 20 MICROGRAMMES /ML NEB	0 €	0 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
Diagnostic	Préparation dosage thyroglobuline	THYROGEN 0,9MG INJ FL	52 519 €	38 599 €	1 <sup>er</sup> mars 2022 (Réintégration dans les GHS)
<b>TOTAL</b>			<b>2 179 330 €</b>	<b>1 914 520 €</b>	

## Listes en sus DM : Les évolutions possibles

## ⊙ Travaux radiation de DM de la LES

### ➤ Réunion du GO relatif aux DM :

- échanger sur les travaux concernant la gestion de la LES des DM (inscription et radiation des DM) ainsi que sur l'actualité du secteur avec les membres du groupe DM (fédérations hospitalières, industriels, agences et administrations).
- Réunion du GO DM en avril, la dernière réunion datait de 2017
- Depuis 2017 :
  - ✓ *Pas de radiation de la liste en sus DM à l'initiative des Ministres*
  - ✓ *Plan d'actions ministériel « DM 2019 » visant à améliorer la sécurité et la traçabilité des DM a été lancé*
  - ✓ *Contexte de crise sanitaire 2020*

⇒ **La DGOS a la volonté de relancer les travaux de ce groupe opérationnel avec 2 réunions planifiées en 2021**

# Liste en sus – DM

- Présentation des possibles radiations de DM de la LES à prévoir en 2022.
  - 1<sup>ère</sup> phase des travaux: La liste n'est pas arrêtée
  - Travaux d'impact budgétaire restent à faire

## Catégories de DM identifiées en 1<sup>ère</sup> intention

### ➤ **Etudes en cours :**

- Orthopédie
  - **Obturateurs centromédullaires**
  - **Implants méniscaux**
- Ophtalmologie
  - **Bouchon/ Clous-Trous méatiques**

### ➤ **Autres catégories à étudier**

- Gastroentérologie / Pneumologie / Urologie
  - **Implants de plastie endocanalaire**
- Urologie
  - **Implant pour le traitement du reflux vesico-rénal**
- ORL
  - **Implants trachéaux**

## les critères de radiation de la LES des DM :

### Doctrine - Notice d'information 2017

- Préalable : **DM à même visée de prise en charge**
  - Préserver une égalité de traitement entre DM
  - **Ne pas engendrer de report d'utilisation** vers des DM inscrits sur la LES
  
- **Radiations de la LES DM est envisageable notamment lorsque :**
  - **Prix d'achat** rapporté aux tarifs des GHS cohérents **inférieur à 30%**
  - **Fréquence d'utilisation** suffisamment **élevée au sein des GHM cohérents ;**
  - **SR insuffisant ou modification de l'ASA/ASR** lors d'une nouvelle évaluation conduite par la CNEDiMTS formalisée dans un nouvel avis ;
  - Arrêt de commercialisation du DM.

## Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

- ◉ Juin 2021 : Ouverture du dispositif de rescrit
  - ⇒ Clôture des travaux relatifs à la gradation des prises en charge ambulatoire en établissement de santé
  - ⇒ Les travaux de refonte de la circulaire frontière, lancés début 2019, se terminent avec ce dernier GT.
  - ⇒ Le suivi de l'appropriation de ce corpus juridique encore nouveau pourra s'organiser dans d'autres instances (en campagne tarifaire, lors du COPIL financement, ...)
  - ⇒ *La FHP-MCO a communiqué sur cette ouverture du dispositif rescrit sanitaire le 2 juillet (cf. [dépêche Expert N°630](#))*

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: Le Rescrit tarifaire

- Textes réglementaires et dispositif de rescrit tarifaire
  - La LFSS 2021 (art 54) a créé l'article L.162-23-13-1 du CSS pour donner une base légale au rescrit tarifaire. Les conditions d'application seront fixées par décret.
  - Le décret : Décret n° 2021-818 du 25 juin 2021 relatif au dispositif de rescrit tarifaire pour les prises en charge de moins d'une journée réalisées par les établissements de santé  
Décret simple, en application de l'article L.162-23-13-1 du CSS, dont la publication permet d'ouvrir le dispositif de rescrit tarifaire. Il fixe les modalités d'application :
    - ✓ Le périmètre des prises en charge concernées;
    - ✓ Les modalités de dépôt de la demande et les pièces nécessaires à cette demande;
    - ✓ La procédure d'échange entre l'administration et le demandeur ainsi que les délais liés à la procédure;
    - ✓ Les modalités de publication de la demande et de la réponse.
- ⇒ reprend les éléments de l'annexe 6 de l'instruction gradation mais donne un niveau d'opposabilité supérieur à l'instruction

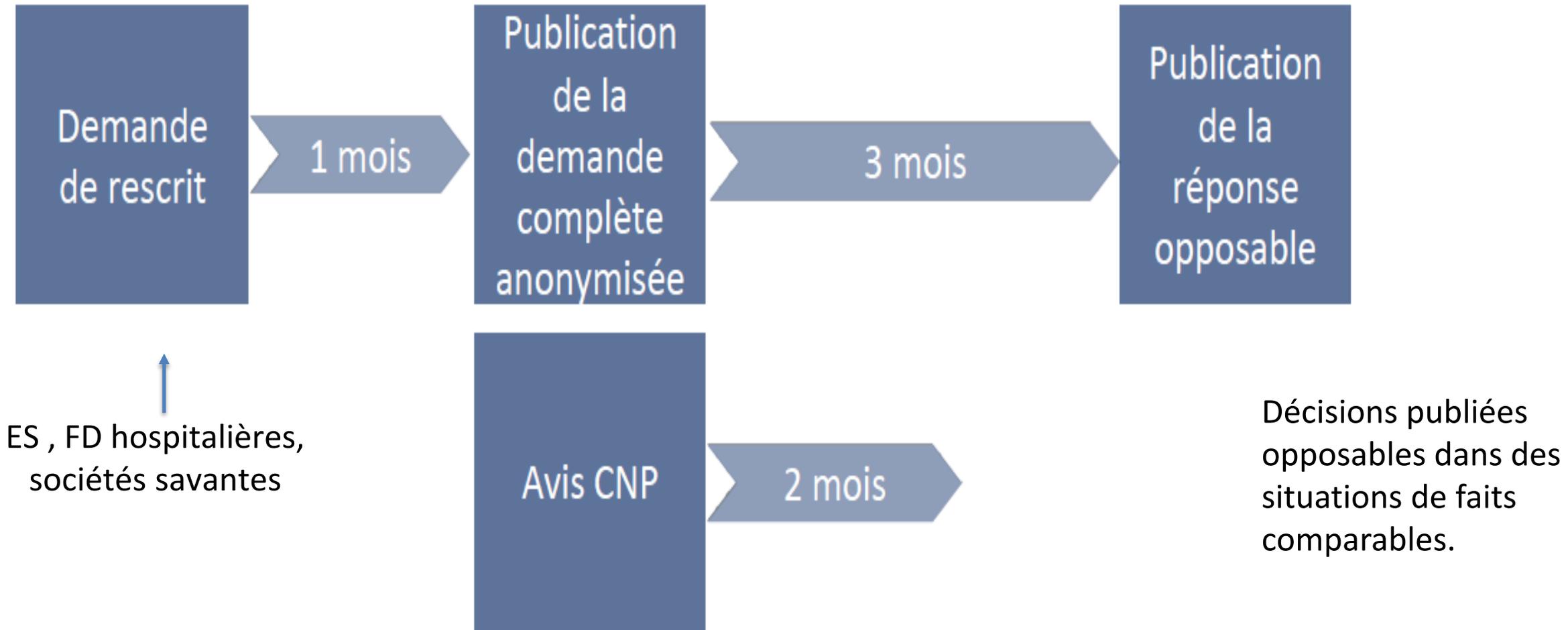
# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: Le Rescrit tarifaire

- ⊙ Le périmètre des prises en charge concernées :
  - Ce dispositif est mobilisé pour des prises en charge qui **ne font pas l'objet d'un contrôle T2A.**
  - La procédure de saisine de l'ATIH pour les dossiers faisant l'objet d'un contrôle demeure et est clarifiée.
  - Le rescrit peut être mobilisé pour l'ensemble des prises en charge relevant du chapitre 7 de l'arrêté prestations : **pour tous les types d'HDJ, l'addictologie et les prises en charge en UHCD**
  - La vocation à se prononcer sur le respect du cadre réglementaire de facturation qui traduit la lourdeur de la prise en charge au sens des moyens mobilisés. **Il n'a pas à se prononcer sur la pertinence thérapeutique de cette prise en charge**

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Le Dispositif de Rescrit

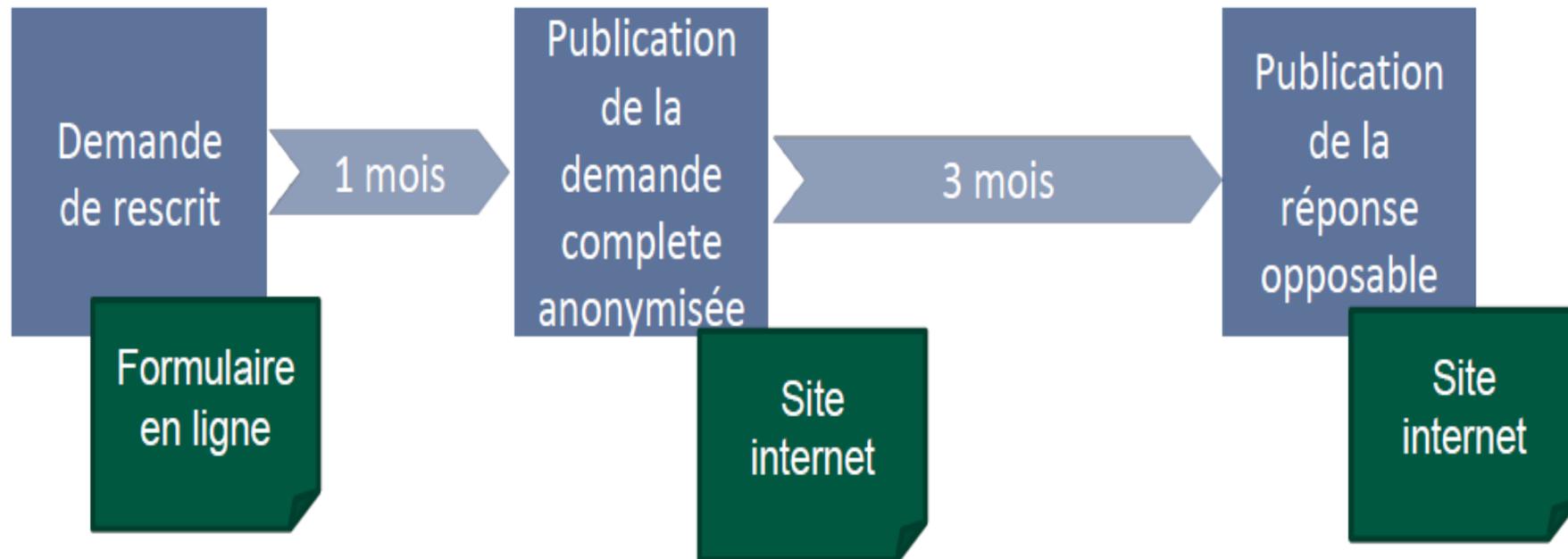


L'ARS est informée de la demande puis de la décision apportée

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: Le Rescrit tarifaire

- Les outils qui accompagnent la mise en œuvre du rescrit (page internet, formulaire de demande...)



# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: Le Rescrit tarifaire

- Les outils qui accompagnent la mise en œuvre du rescrit (page internet, formulaire de demande...):
  - Le Ministère de la Santé a dédié une [page](#) sur son site internet
    - ⇒ permet de déposer directement une demande de rescrit en ligne via le formulaire de demande en ligne
  - On y trouve également :
    - ✓ Les références juridiques
    - ✓ une rubrique «Rescrit tarifaire : comment ça marche»
    - ✓ Le formulaire de demande en ligne
    - ✓ Une rubrique :« Les demandes de rescrit» qui accueillera les demandes et les réponses

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: La Gestion du stock

- La DGOS a colligé l'ensemble des remontées à sa disposition (à partir des questions des FD entre 2017 et 2019 lors des travaux de refonte de la circulaire frontière).
- Ces questions ont été réexaminées conjointement par la DGOS, la CNAM et l'ATIH à l'aune de la nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires
- 3 situations :
  - ✓ les problématiques résolues,
  - ✓ les situations qui semblent nécessiter un recours au rescrit
  - ✓ et les problématiques non résolues mais pour lesquelles le rescrit n'est pas non plus le dispositif adapté
- ⇒ Constat de la DGOS : Dans la très grande majorité des situations remontées, le nouveau cadre juridique semble avoir répondu aux interrogations relatives à leur facturation ou non en GHS d'hospitalisation de jour
- ⇒ La FHP-MCO a fait part de ses retours à l'appui des remarques formulée par le GE « Evolution de la classification des GHM »

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## Instruction Gradation: La Gestion du stock

### Situations de « stocks » - synthèse de vos retours

- Sur l'ensemble des 84 situations remontées entre 2017 et 2019, vos retours mentionnent :
  - 64 situations en accord avec la position DAC (accord ou remarques pour certaines)
  - 16 situations en désaccord par différents acteurs
  - 4 situations nouvelles remontées notamment par FHF/Conf.DIM.CHU/SoFiMe qui ne correspondent pas aux exigences réglementaires d'une demande de rescrit
  - 4 situations comme points de désaccord par plusieurs acteurs :
    - Biopsie d'un organe profond sous guidage d'imagerie
    - Ponction lombaire
    - Mid-line : acte non nomenclaturé
    - r-TMS : acte non nomenclaturé



Comme partagé lors des GT précédents, le rescrit ne peut se substituer à la nomenclature existante, l'inscription d'un acte étant possible après avis de la HAS. Des évolutions sont prévues dans le cadre d'un vaste chantier de restauration des nomenclatures dont les travaux pilotés par le Haut Conseil des Nomenclatures devraient débuter prochainement.

↳ ***A noter qu'en cas de contrôle, l'intervention contestée n'est pas dénombrée mais les critères de l'instruction sont examinés sur les autres interventions. La prise en charge n'est ainsi pas nécessairement déclassée.***

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

- notice technique n° ATIH-234-7-2021 du 04 mai 2021 - Complément du 12 juillet 2021
  - Précisions de codage concernant l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires  
Le codage de la variable « rescrit tarifaire » dans le RSS de prises en charge hospitalières sans nuitée ne peut être envisagé que lorsqu'une réponse à un rescrit a été publiée par l'administration. La référence précise doit figurer dans le dossier du patient.

⇒ ***Quelle articulation avec la FHP-MCO dans le cadre d'une demande de rescrit par un établissement.***

# Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

## ○ Pour plus d'informations:

- [Décret no 2021-818 du 25 juin 2021 relatif au dispositif de rescrit tarifaire pour les prises en charge de moins d'une journée réalisées par les établissements de santé](#)
- [Rescrit tarifaire : comment ça marche ?](#)
- [5 minutes pour comprendre la facturation de l'HDJ – FHP MCO](#)
- [Dépêche Expert N°586 – Instruction Gradation des prises en charge Ambulatoires](#)
- [Dialogue-Santé-n°35-octobre-2020](#)
- [Des règles et conditions de facturation ajustées à la gradation des soins : de la circulaire frontière à l'instruction gradation des soins ambulatoires](#)
- [Présentation DGOS lors du 18ème Club des médecins DIM sept 2020](#)
- [Dépêche Expert N°630 - Ouverture du « dispositif » Rescrit tarifaire](#)



## Questionnaire de satisfaction

**N'oubliez pas de le remplir et de nous le remettre à la sortie**



**Merci  
pour  
votre attention  
et  
votre participation**



Pour des informations  
complémentaires :

[thierry.bechu.mco@fhp.fr](mailto:thierry.bechu.mco@fhp.fr)

[matthieu.derancourt.mco@fhp.fr](mailto:matthieu.derancourt.mco@fhp.fr)

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