



23^{ème} Club des Médecins DIM

Jeudi 24 novembre 2022

ORDRE DU JOUR

MATINÉE : 10H00 À 12H30

- Réforme du financement SSR :

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

- Réforme du financement des maternités : Présentation des travaux menés par la FHP-MCO avec la collaboration d'EY

Dr Arnaud FOUCHARD, Senior manager health, **EY** et **Dr Frédéric CHOMON**, Médecin DIM – Clinifutur

- Retour sur la mise en œuvre de l'instruction gradation

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

12H30 - 14H00 : DÉJEUNER



ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI : 14H00 À 16H30

- Table Ronde : « Les contrôles auxquels sont soumis les ES et impact pour les DIM
Dr Laure COMAR, Directrice de l'information médicale et **Dr Daniel BENYAMINE**, Médecin DIM – **Elsan** / **Dr Frédéric CHOMON**, Médecin DIM – **Clinifutur** / **Dr Adrien GHENASSIA**, Médecin DIM du Pôle Lyon et du Pôle Loire Drôme – **Ramsay santé** / **Dr Anne HANSSENS**, Médecin DIM – **Groupe Santé Victor Pauchet** / **Thomas LONGUET**, Délégué aux affaires juridiques et fiscales – **FHP-MCO**
- 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**

Une collation sucrée sera servie à l'issue de la réunion



Nous remercions notre partenaire :





Réforme du financement SSR

Éric NOEL,
Délégué Général
FHP – SSR



La parole est à vous



Réforme du financement des maternités :

Présentation des travaux menés par la FHP-MCO avec la collaboration d'EY

Dr Arnaud FOUCHARD, Senior manager health – EY

Dr Frédéric CHOMON, Médecin DIM – Clinifutur



La parole est à vous



Retour sur la mise en œuvre de l'instruction gradation

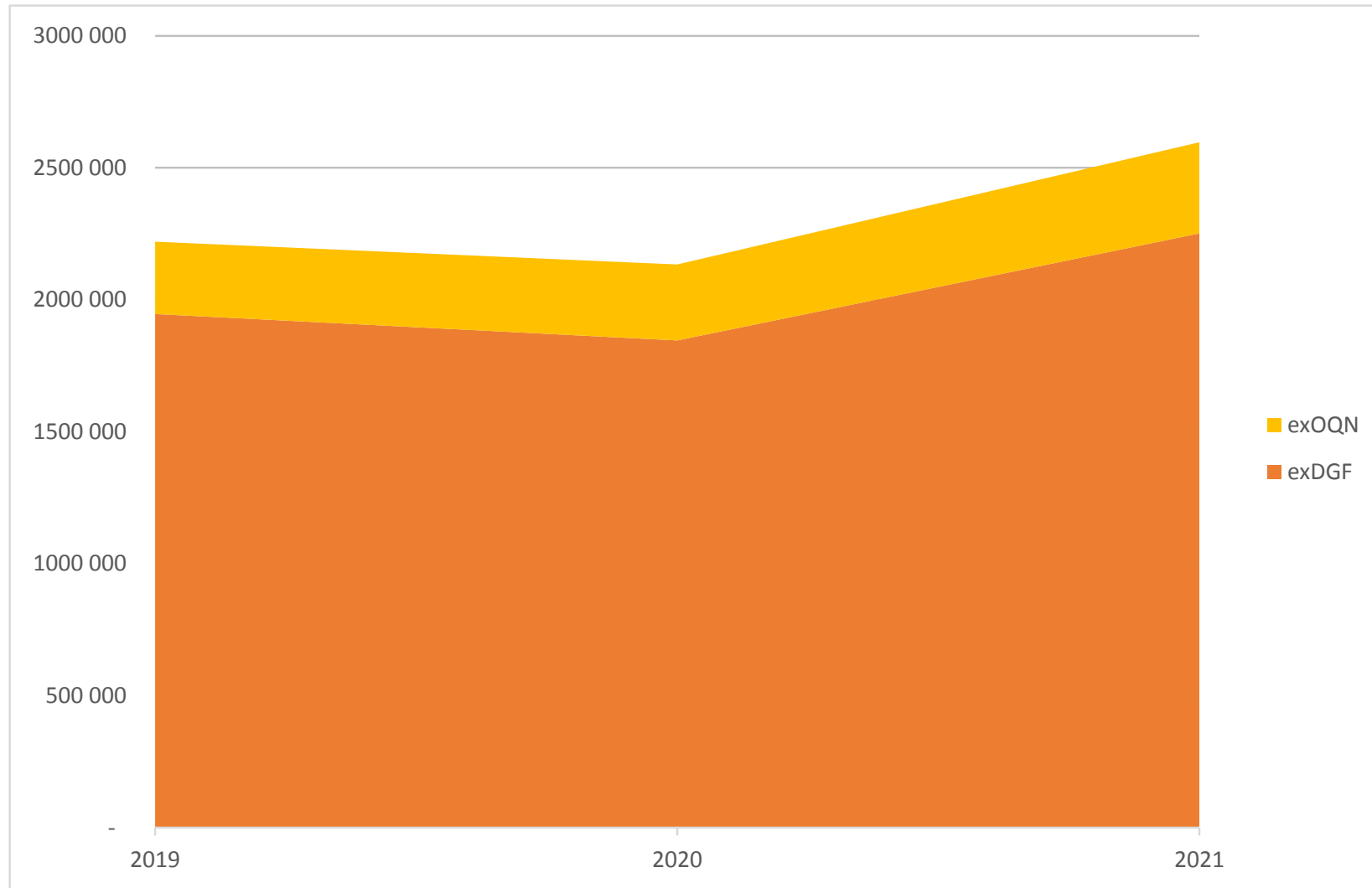
Thierry BECHU, Délégué Général,
Dr Matthieu DERANCOURT, Médecin Conseil,
Laure DUBOIS, Déléguée Aux Affaires Médico-
économiques et à la Qualité,
FHP-MCO

Retour sur la mise en œuvre de l'instruction gradation



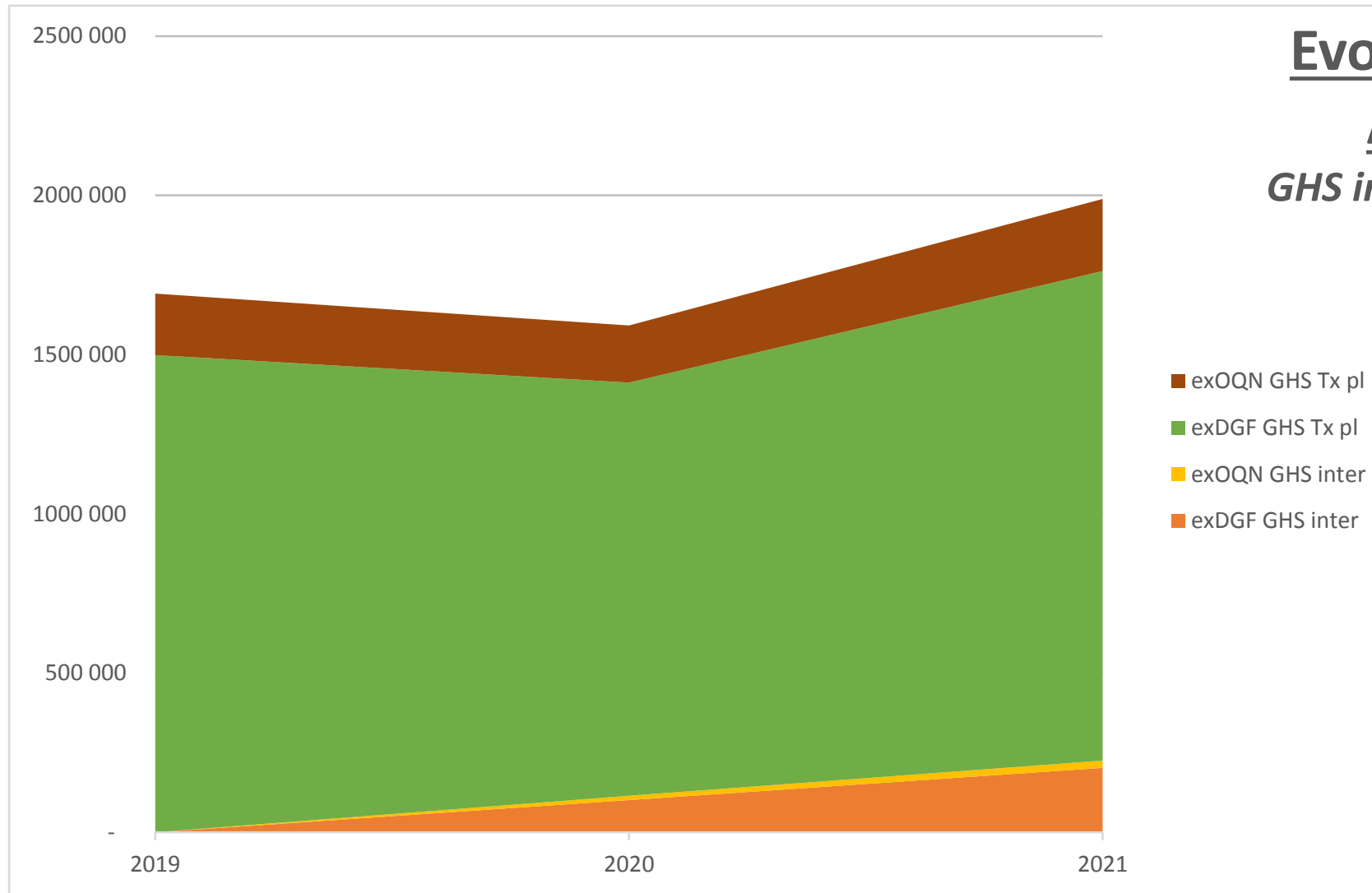
Focus Activité Médecine ambulatoire

Focus Activité Médecine ambulatoire



Evolution 2019-2021
Activité globale « 0 J »
en séjours
exDGF / exOQN

Focus Activité Médecine ambulatoire

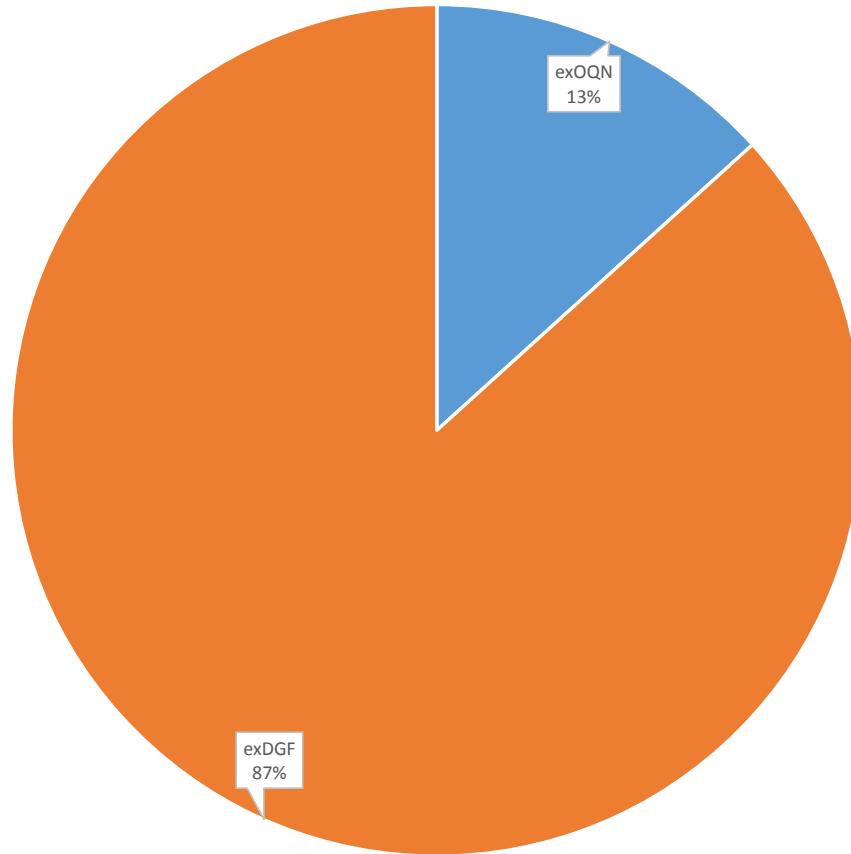


Evolution 2019-2021

Activité « 0 J »

GHS intermédiaire et taux plein
exDGF / exOQN

- exOQN GHS Tx pl
- exDGF GHS Tx pl
- exOQN GHS inter
- exDGF GHS inter



Année 2021

Répartition activité « 0 jour »

exDGF / exOQN

exOQN: 345 161 séjours

exDGF: 2 251 447 séjours

Focus Activité Médecine ambulatoire

Année 2021

← **TOP Groupes de planification
exOQN**

11 GP représente 80% de l'activité

| Libellé du GP | Nb_0j_2021_exOQN | Poids |
|---|------------------|-------|
| Médecine inter spécialités, Autres symptômes ou motifs médicaux | 54 945 | 16% |
| Affections Cardio-vasculaires | 44 784 | 13% |
| Hépto-Gastro-Entérologie | 36 984 | 11% |
| ORL, Stomato | 22 335 | 6% |
| Uro-Néphrologie médicale (hors Séances) | 21 355 | 6% |
| Douleur et soins palliatifs | 18 308 | 5% |
| Pneumologie | 16 630 | 5% |
| Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs SID | 16 615 | 5% |
| Affections et traumatismes de la peau, gelures | 15 995 | 5% |
| Rhumatologie | 15 237 | 4% |
| Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) | 14 518 | 4% |

**TOP Groupes de planification →
exDGF**

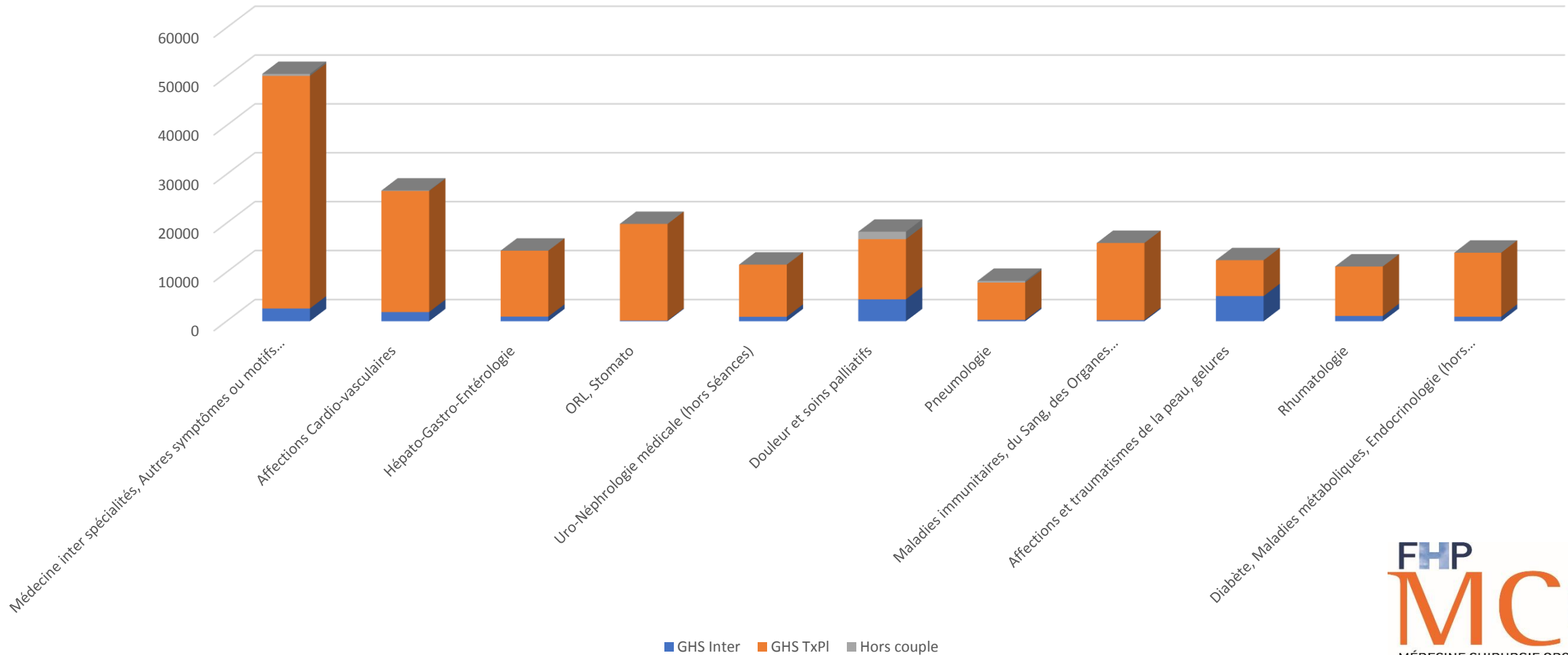
12 GP représente 80% de l'activité

| Libellé du GP | Nb_0j_2021_exDGF | Poids |
|--|------------------|-------|
| Affections Cardio-vasculaires | 203 589 | 9% |
| Médecine inter spécialités, Autres symptômes ou motifs médicaux | 198 347 | 9% |
| Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications) | 188 324 | 8% |
| Pneumologie | 183 991 | 8% |
| Hépto-Gastro-Entérologie | 177 696 | 8% |
| Neurologie médicale | 170 193 | 8% |
| Suivi thérap. d'affections connues, Allergologie, Rééducation, Convalescence | 131 650 | 6% |
| Effets nocifs, alcool, toxicologie, allergies | 127 151 | 6% |
| Psychiatrie | 125 400 | 6% |
| Uro-Néphrologie médicale (hors Séances) | 101 386 | 5% |
| Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs SID | 95 611 | 4% |
| Rhumatologie | 93 944 | 4% |

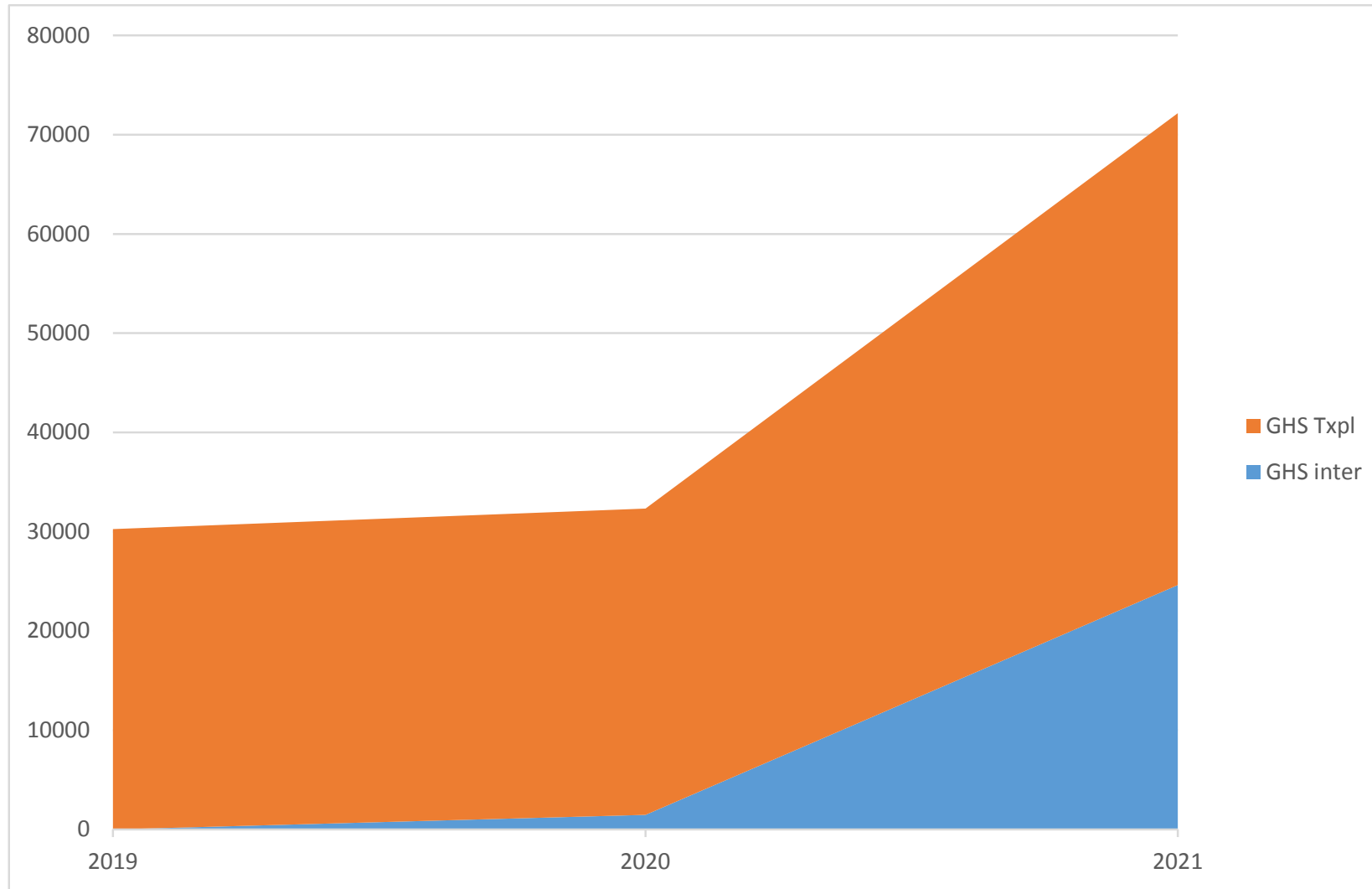
Focus Activité Médecine ambulatoire

Secteur exOQN
Répartition "Activité 0 jour" par GP

Année 2021



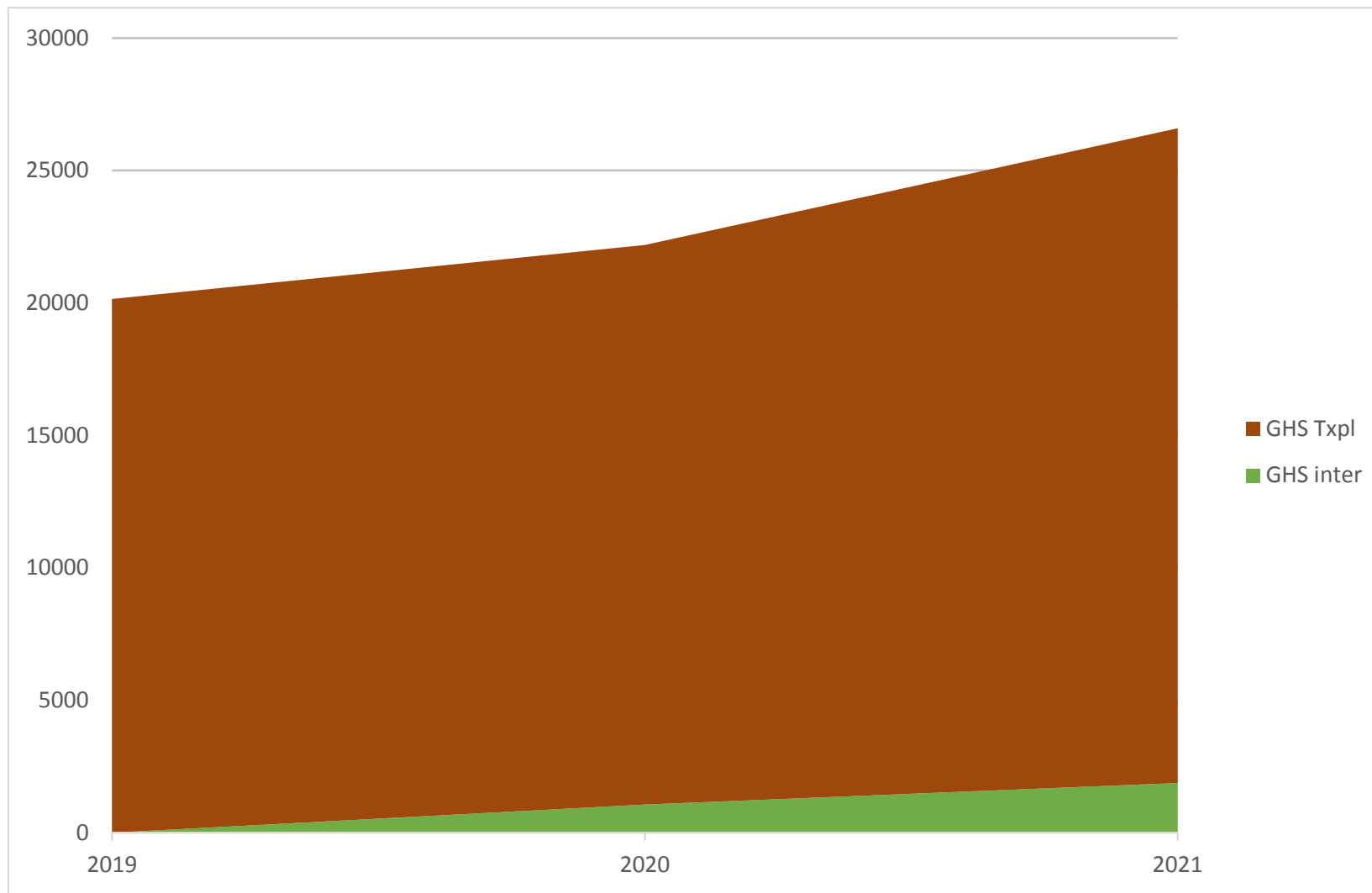
Focus Activité Médecine ambulatoire



Evolution 2019-2021 « activité 0 J » exOQN

*GP Médecine inter spécialités, Autres
symptômes ou motifs médicaux*

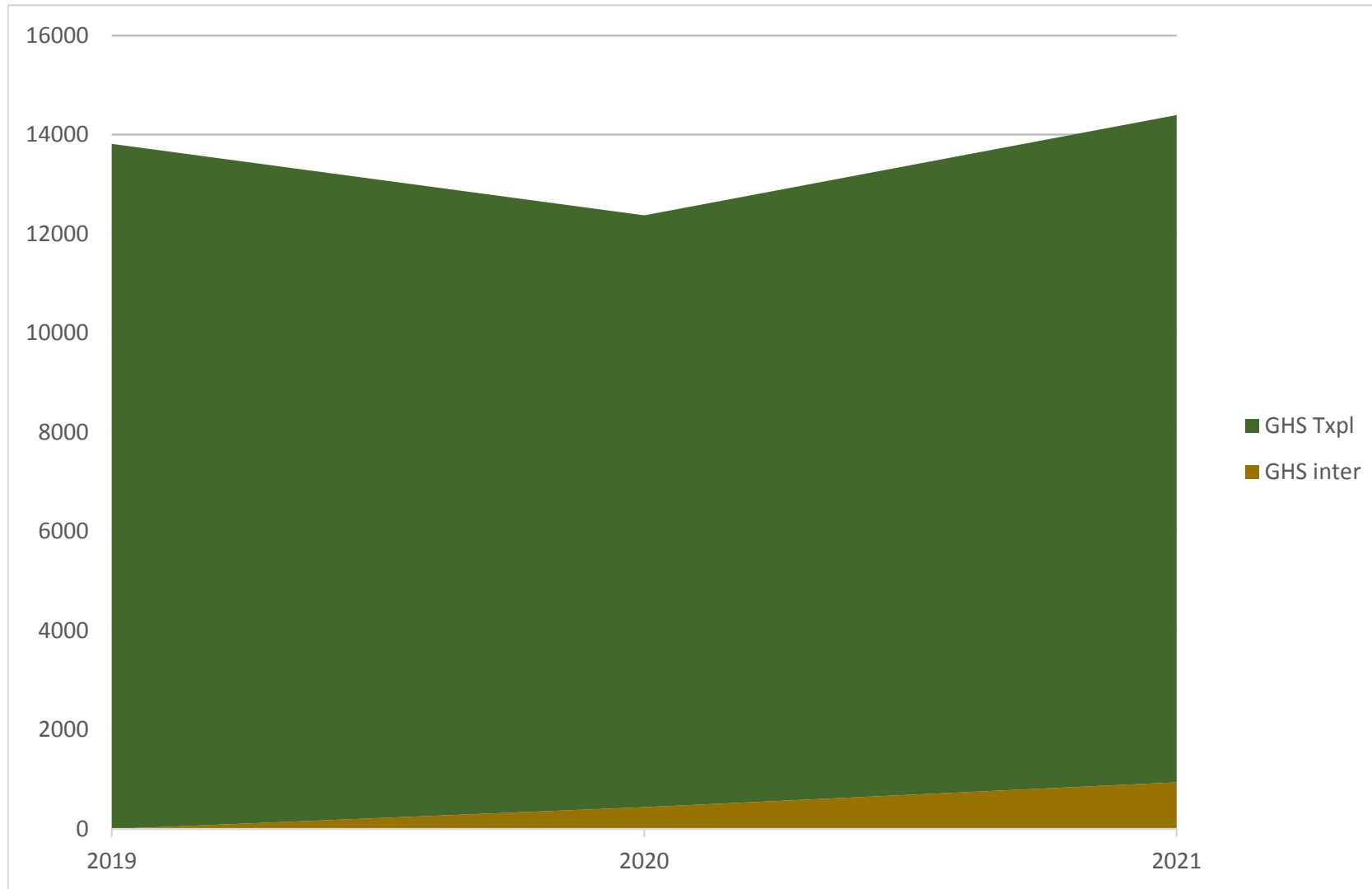
Focus Activité Médecine ambulatoire



**Evolution 2019-2021
« activité 0 J » exOQN**

GP Affections Cardio-vasculaires

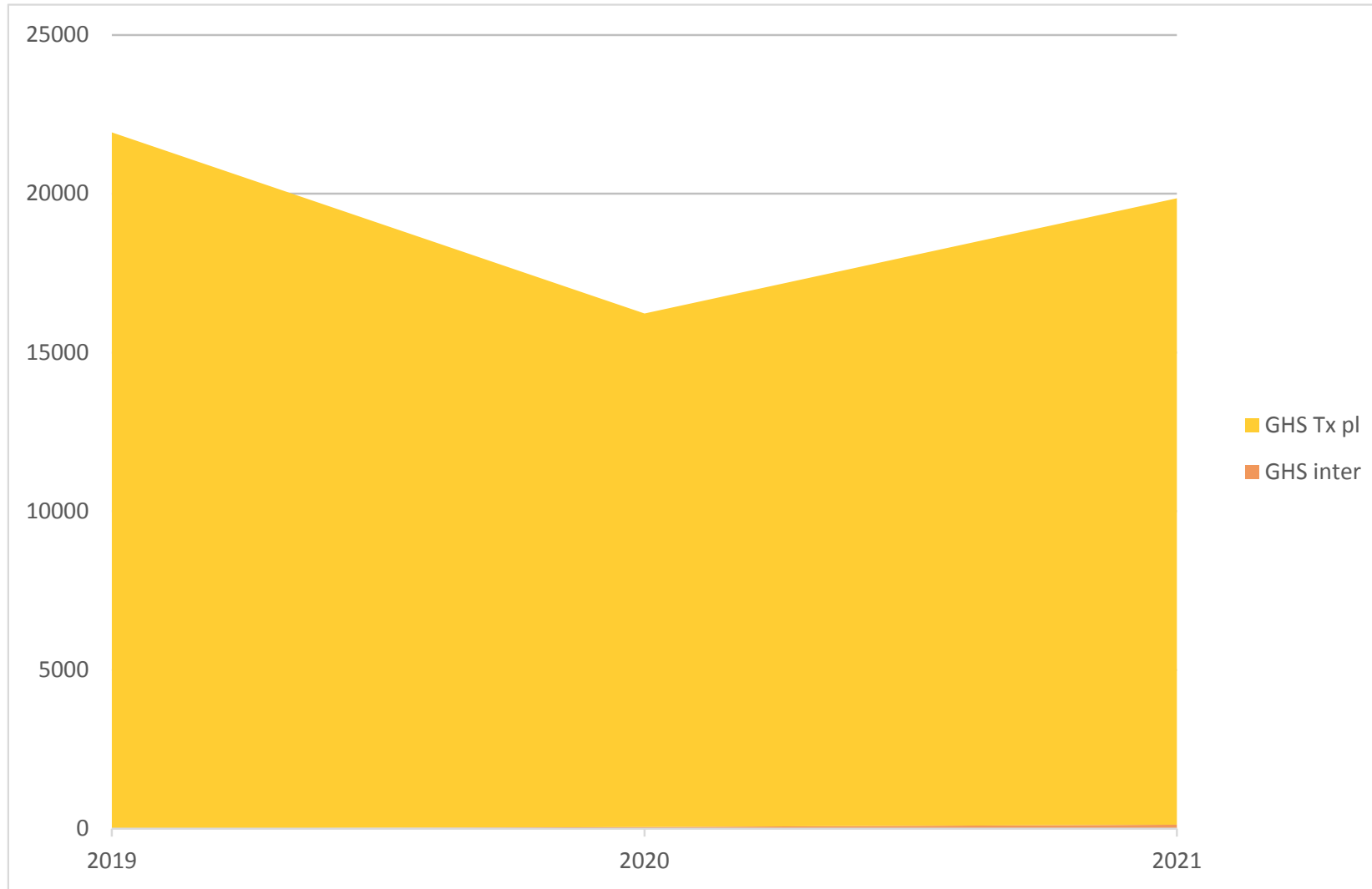
Focus Activité Médecine ambulatoire



**Evolution 2019-2021
« activité 0 J » exOQN**

GP Hépatogastro-Entérologie

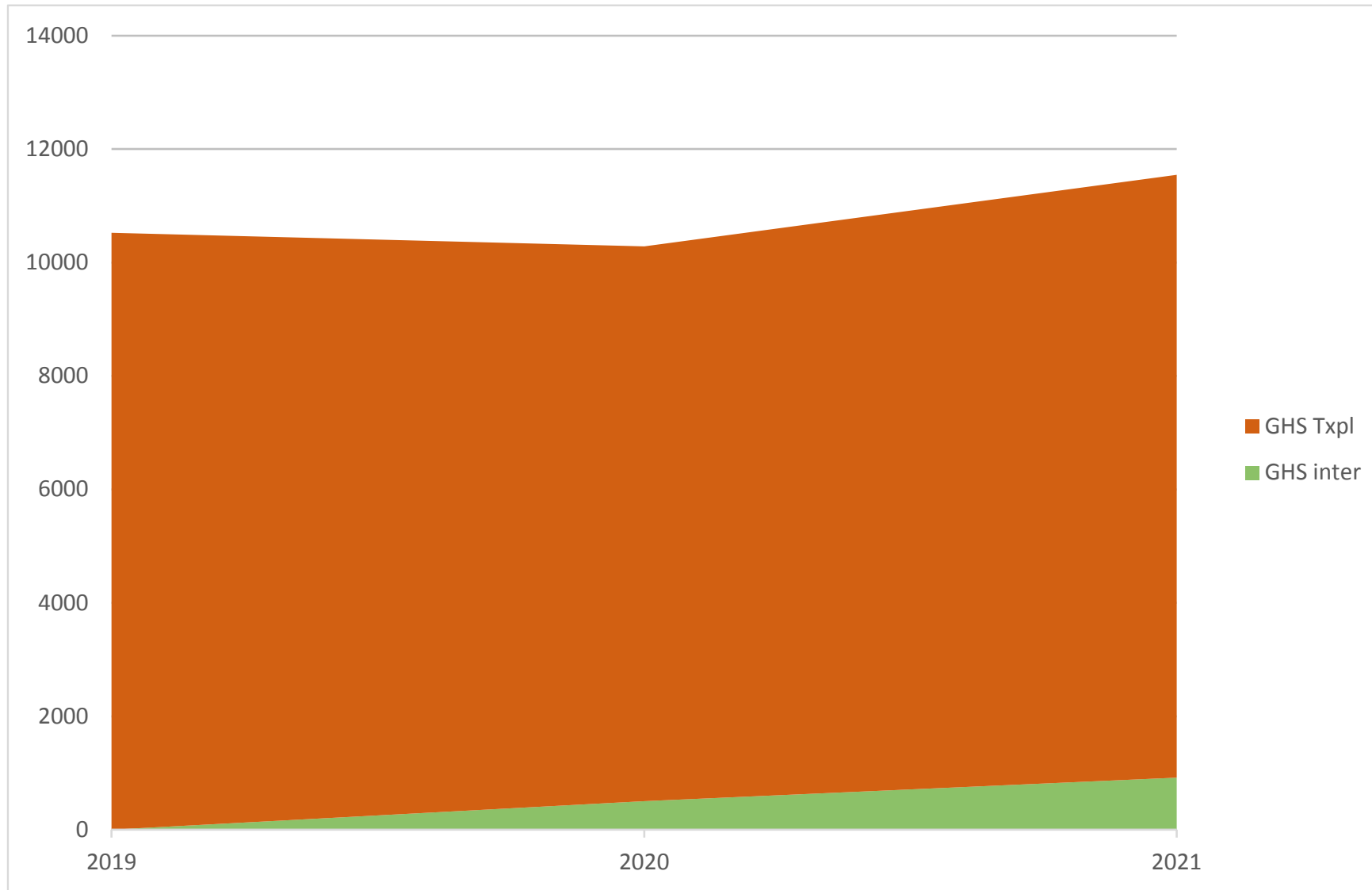
Focus Activité Médecine ambulatoire



**Evolution 2019-2021
« activité 0 J » exOQN**

GP ORL, Stomato

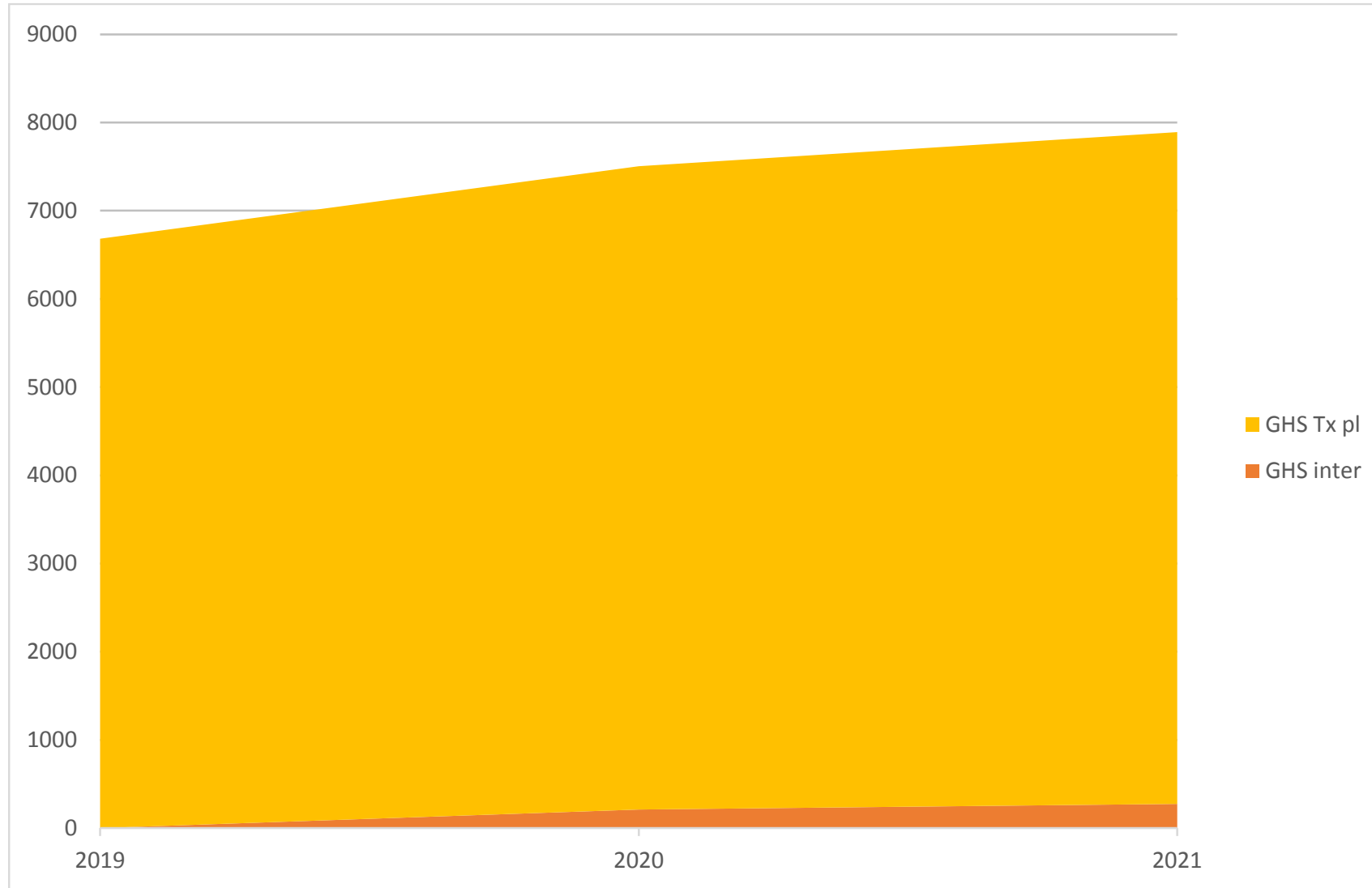
Focus Activité Médecine ambulatoire



**Evolution 2019-2021
« activité 0 J » exOQN**

***GP Uro-Néphrologie médicale
(hors Séances)***

Focus Activité Médecine ambulatoire



**Evolution 2019-2021
« activité 0 J » exOQN**

GP Pneumologie

Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 OQN » des GHM

| LIBELLÉ GHM | GHM | TOT OQN 2021 O JOUR | TOT DGF 2021 O JOUR | TOT OQN 2020 O JOUR | TOT DGF 2020 O JOUR | TOT OQN 2019 O JOUR | TOT DGF 2019 O JOUR |
|--|--------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée | 23M20T | 38 153 | 141 953 | 24 721 | 107 084 | 18 231 | 106 870 |
| Douleurs thoraciques, très courte durée | 05M13T | 17 203 | 51 391 | 17 000 | 49 910 | 15 970 | 50 881 |
| Douleurs chroniques irréductibles, très courte durée | 01M21T | 16 788 | 85 768 | 13 758 | 62 303 | 9 736 | 68 273 |
| Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée | 23M06T | 14 980 | 40 691 | 10 274 | 31 075 | 13 506 | 32 144 |
| Douleurs abdominales, très courte durée | 06M12T | 14 294 | 29 109 | 13 389 | 25 196 | 13 401 | 27 143 |
| Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | 16M11T | 12 823 | 18 838 | 10 780 | 16 536 | 11 311 | 18 713 |
| Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, très courte durée | 10M13T | 9 089 | 108 891 | 3 678 | 72 821 | 3 425 | 84 644 |
| Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée | 03M11T | 8 438 | 10 572 | 6 997 | 8 460 | 9 966 | 10 469 |
| Affections de l'ante partum sans intervention chirurgicale, très courte durée | 14M03T | 7 810 | 63 196 | 6 336 | 47 765 | 5 206 | 37 164 |
| Ulcères cutanés, très courte durée | 09M06T | 7 334 | 9 114 | 4 036 | 5 659 | 1 595 | 2 610 |

Focus Activité Médecine ambulatoire

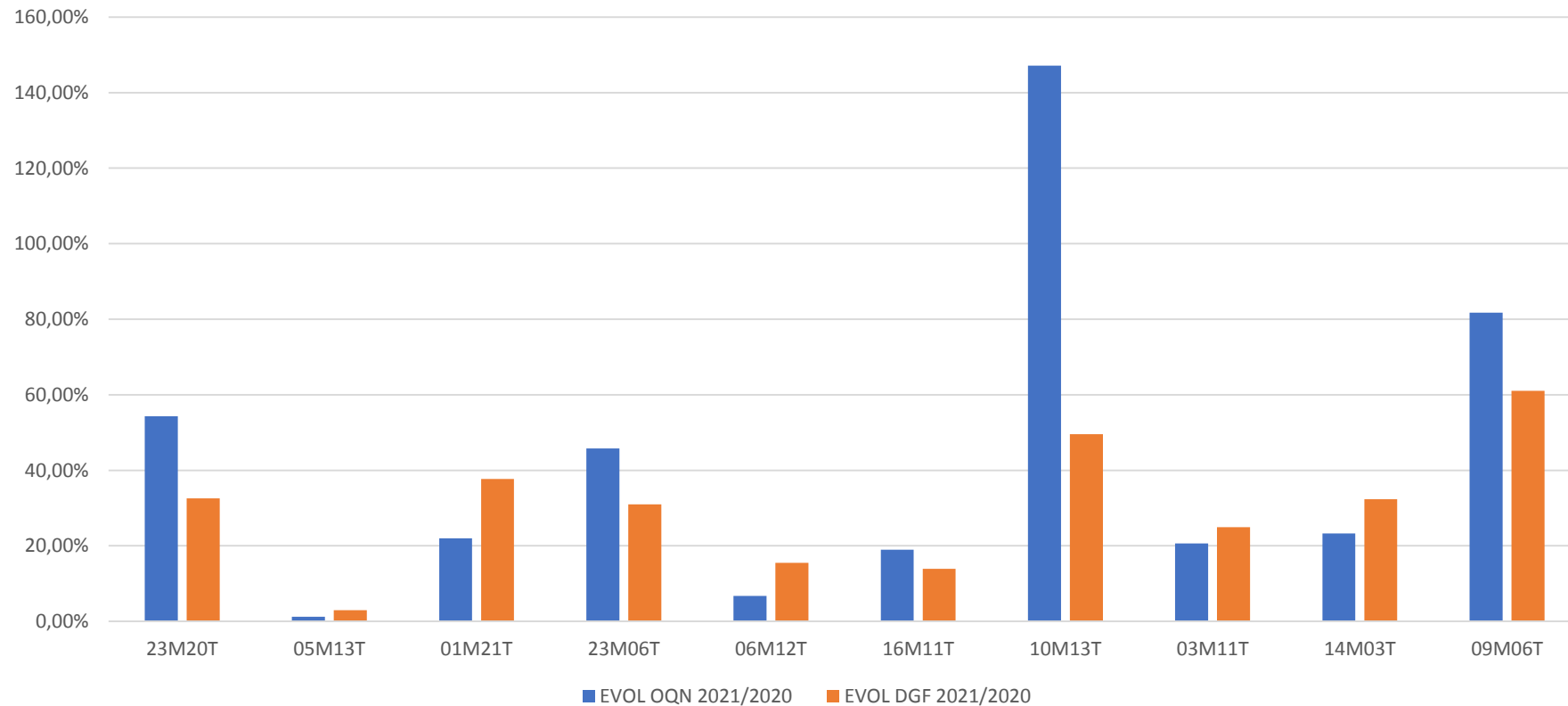
Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

| | TOT OQN 2021 O JOUR | TOT DGF 2021 O JOUR | TOT OQN 2020 O JOUR | TOT DGF 2020 O JOUR | TOT OQN 2019 O JOUR | TOT DGF 2019 O JOUR |
|---|------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| TOTAL TOUS GHM | 334 667 | 2 145 725 | 277 278 | 1 767 682 | 262 379 | 1 858 635 |
| taux d'activité des 10 premiers GHM OQN | 44% | 26% | 40% | 24% | 39% | 24% |
| TOTAL DES 10 PREMIERS O JOUR OQN | 146 912 | 559 523 | 110 969 | 426 809 | 102 347 | 438 911 |

Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

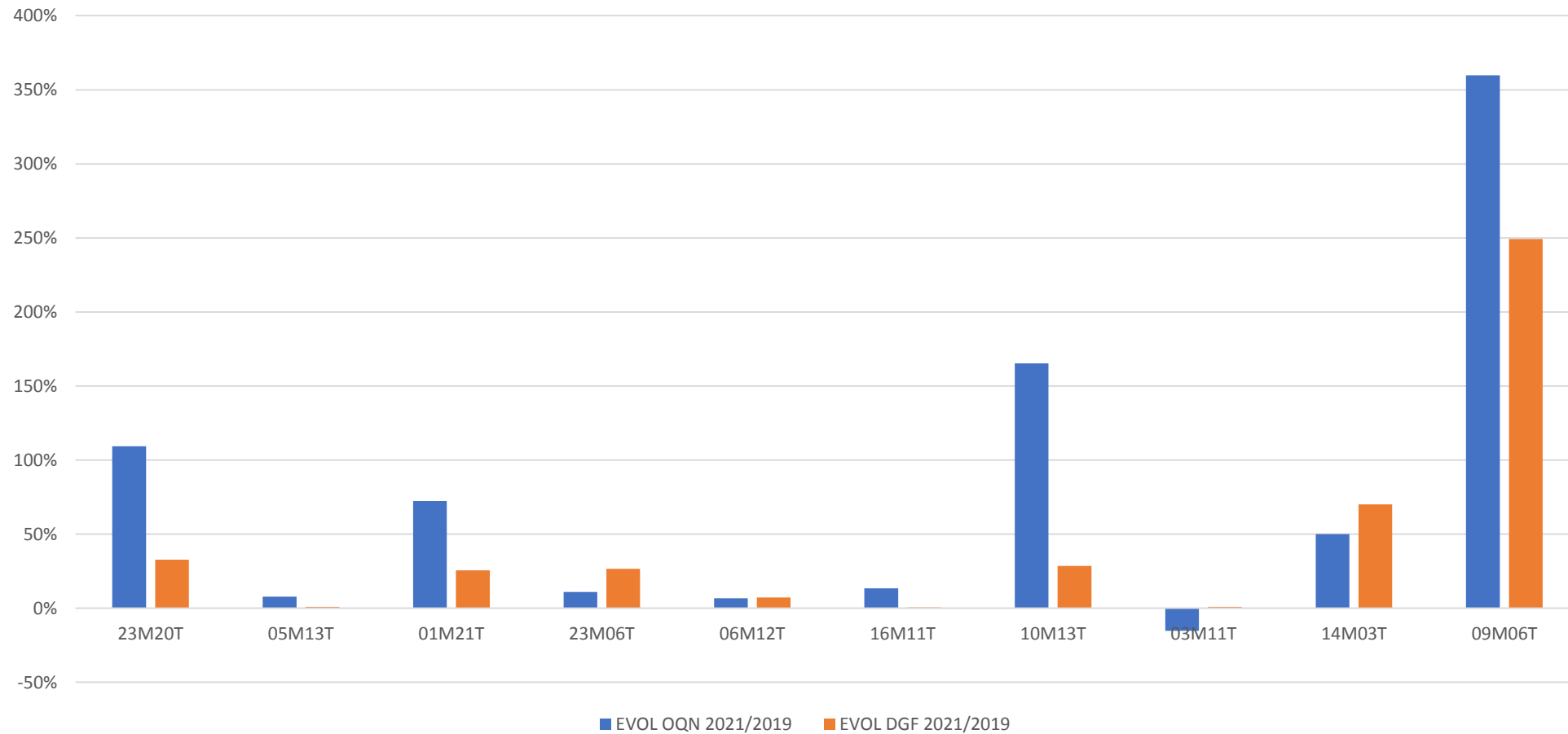
EVOLUTION O JOUR 2021/2020



Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

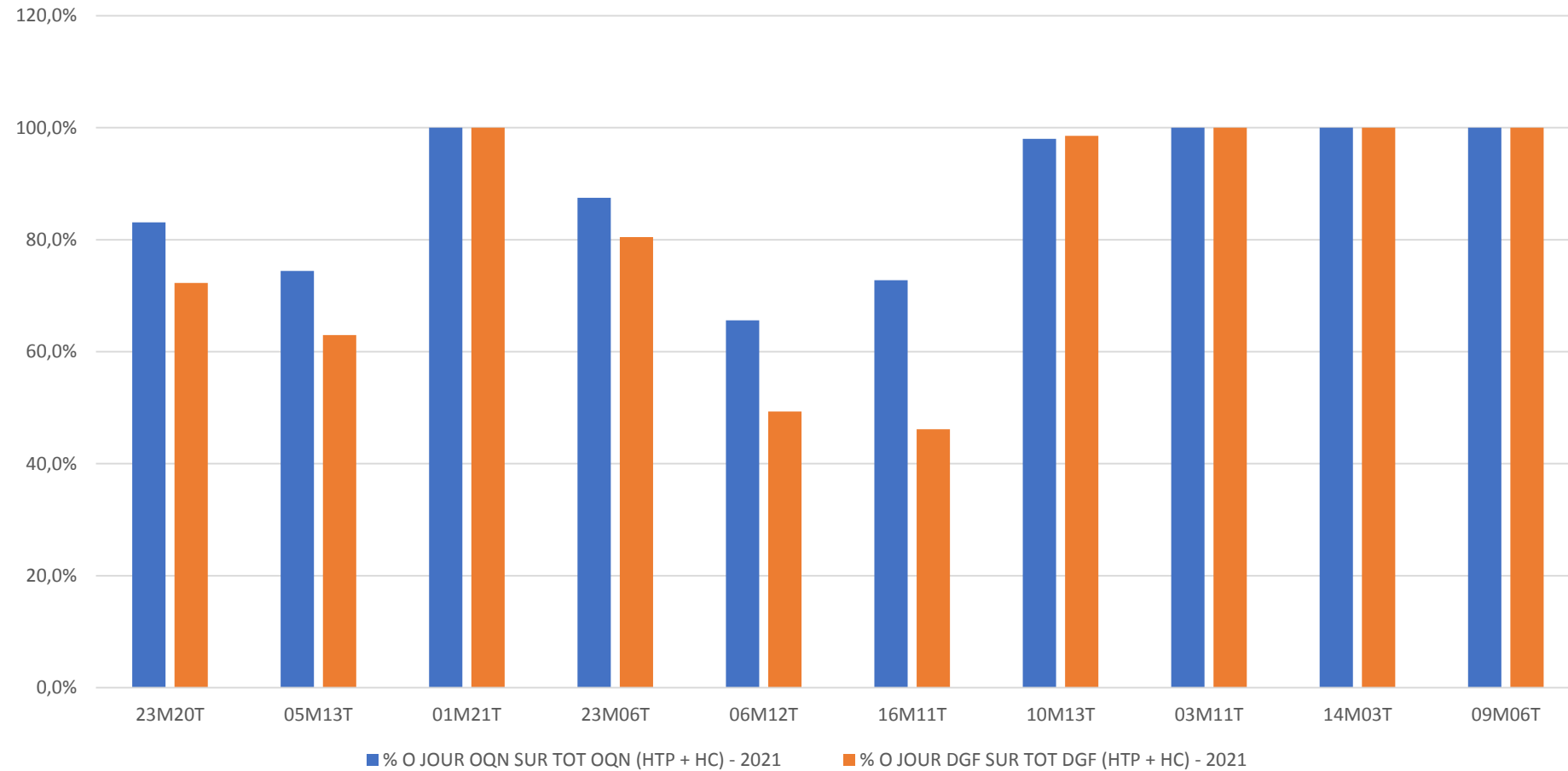
Evolution d'activité O JOUR 2021/2019



Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

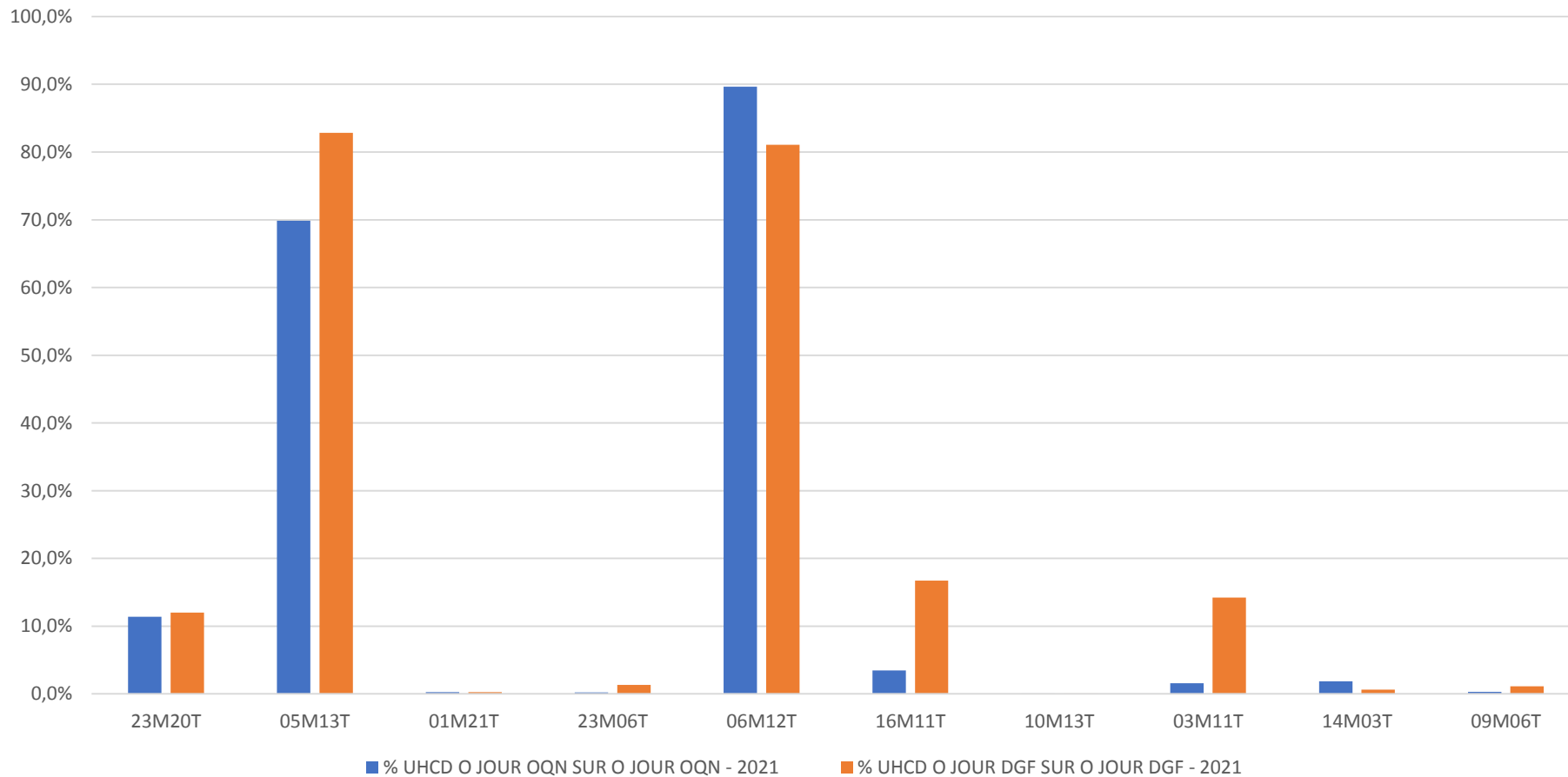
Part 0 jour 2021 / total Séjour (y compris HC)



Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

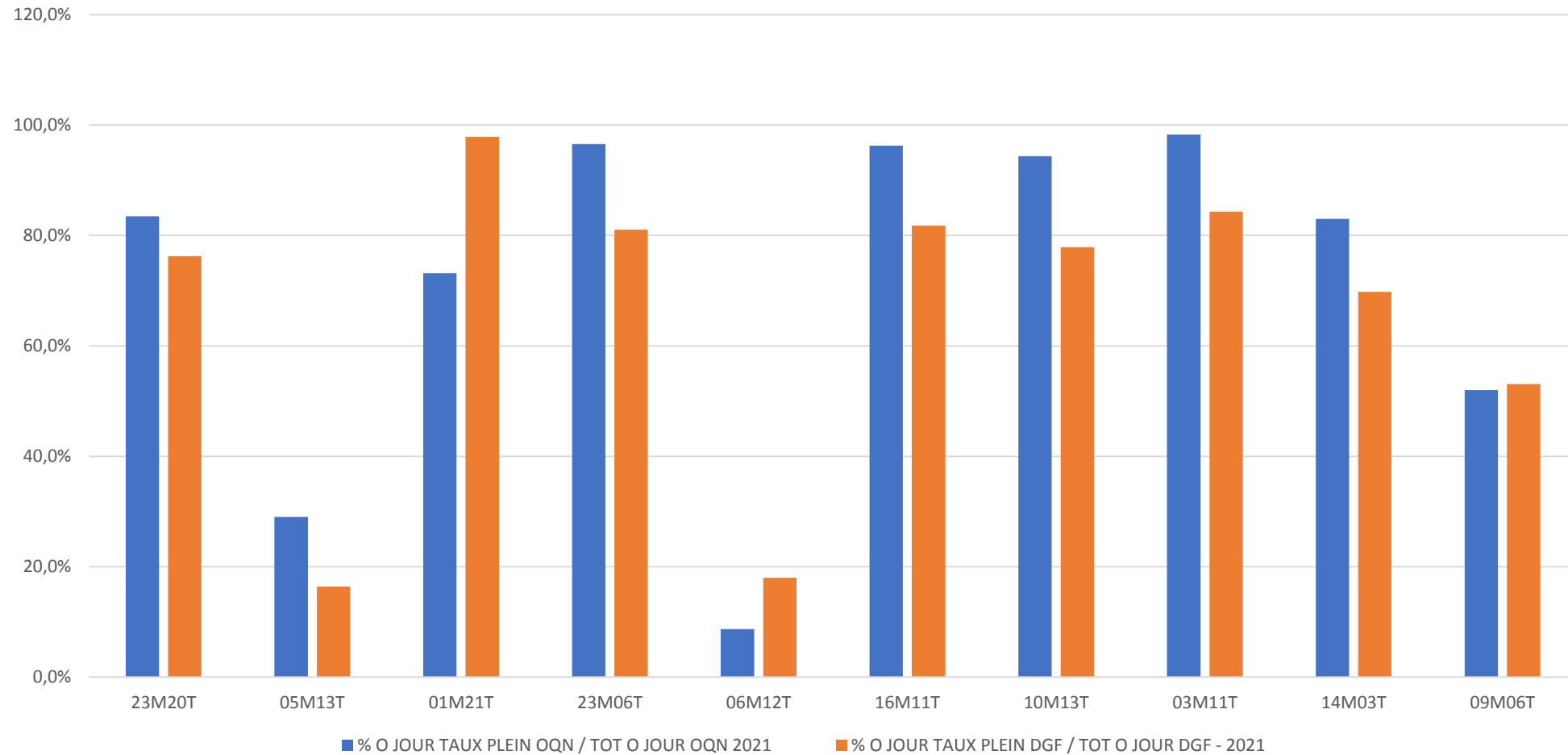
Part UHCD / Tot O JOUR



Focus Activité Médecine ambulatoire

Evolution 2019-2021 « TOP 10 » des GHM

Part GHS taux plein / Tot 0 jour



Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

- 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 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



Juin 2021 : Ouverture du dispositif de rescrit

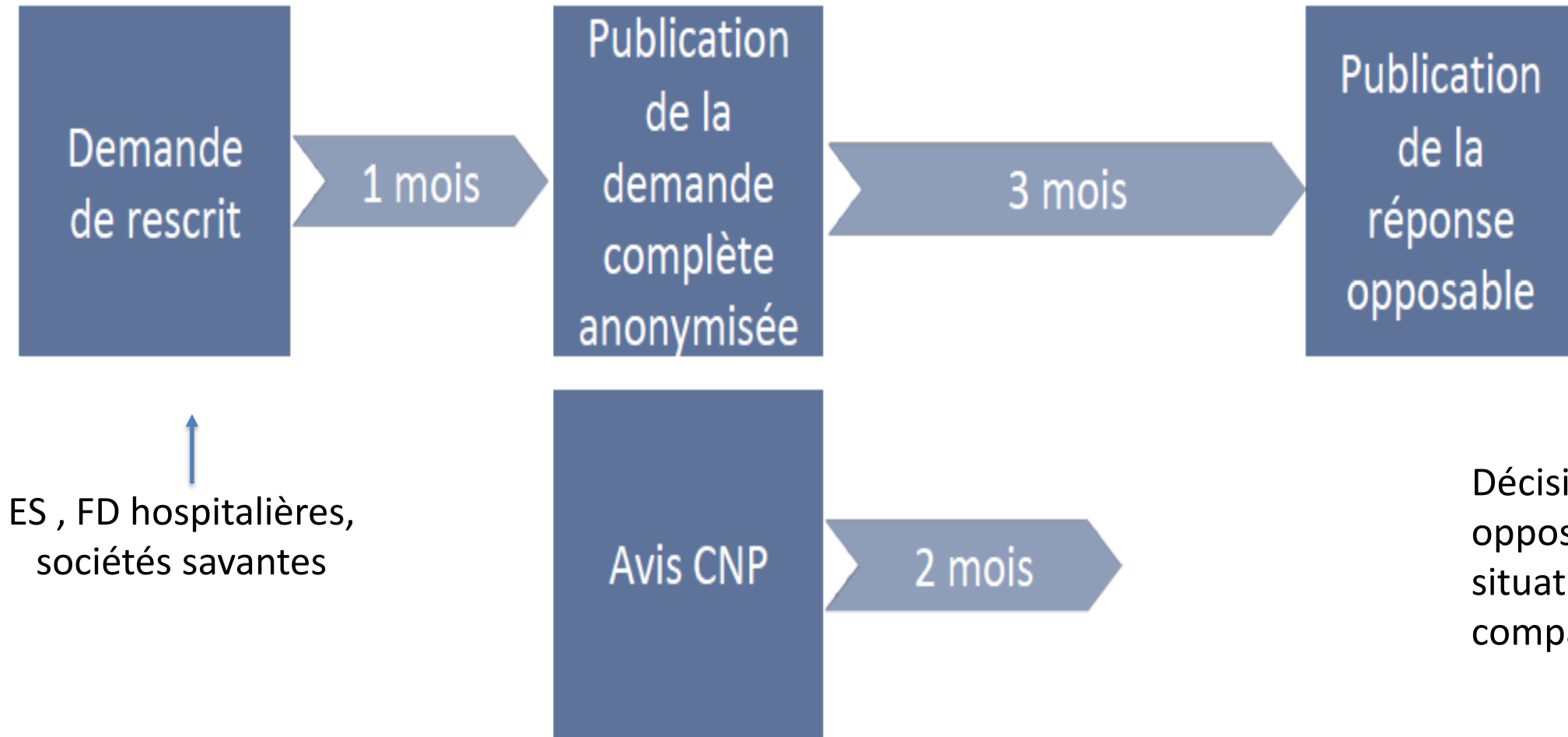
Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

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



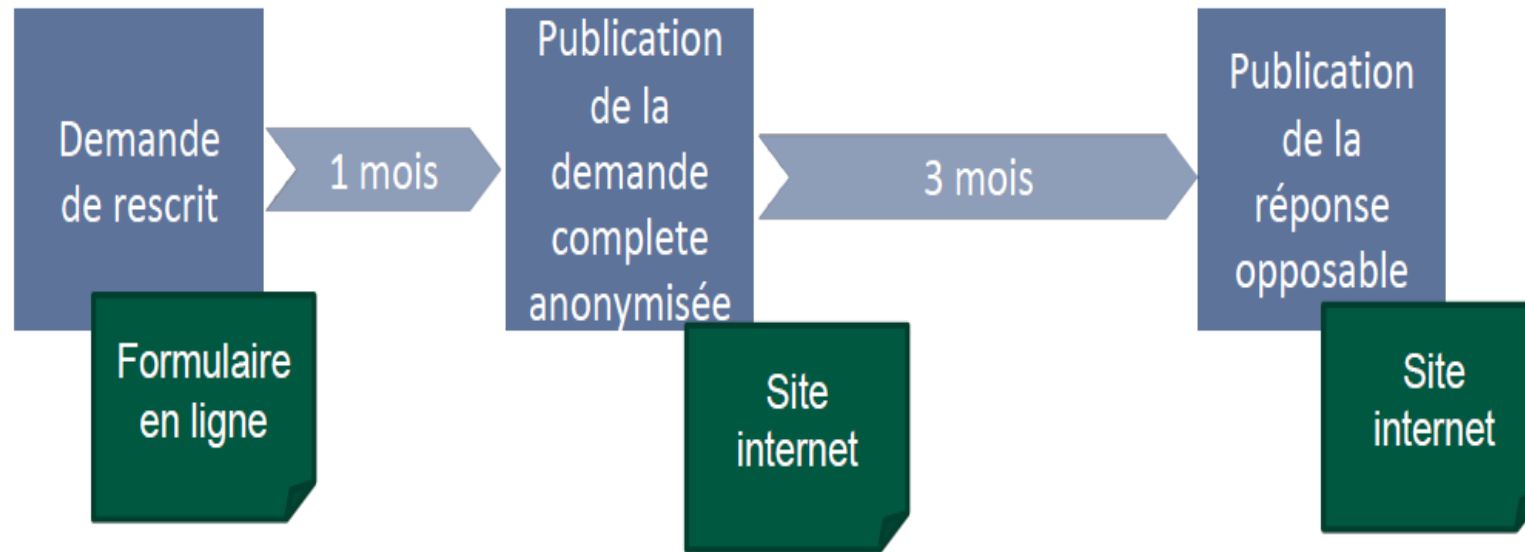
ES , FD hospitalières,
sociétés savantes

Décisions publiées
opposables dans des
situations de faits
comparables.

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

Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

- Les outils qui accompagnent la mise en œuvre du rescrit :



- Le Ministère de la Santé a dédié une [page](#) sur son site internet pour déposer directement une demande de rescrit 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

○ Récapitulatif à date :

| Spécialité | Libellé | date de réception de la demande | date de publication de la demande | date de publication de la réponse | Demandeur | Réponse |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Endocrinologie – Diabétologie – Nutrition | BOS-RES-1 - Prise en charge sans nuitée d'un diabète gestationnel | 29-juin-21 | 28-juil-21 | 17-déc-21 | CH Rives de Seine | La PEC ambulatoire d'un diabète gestationnel en atelier, décrite dans le protocole objet de la demande de rescrit, <u>ne remplit pas les critères [...], permettant de relever de la facturation d'un GHS</u> |
| Ophtalmologie | BOS-RES-2 : Prise en charge ambulatoire d'un suivi de glaucome | 29-sept-21 | 17-déc-21 | | Le demandeur sera rendu public avec la publication de la réponse | |
| | BOS-RES-3 : Prise en charge ambulatoire d'un suivi de DMLA | 29-sept-21 | 17-déc-21 | | | |
| | BOS-RES-4 Prise en charge ambulatoire de suivi de patient porteur de rétinopathie diabétique | 29-sept-21 | 17-déc-21 | | | |
| | BOS-RES-5 : Prise en charge ambulatoire de patient âgé de moins de 16 ans (avec potentiellement diagnostique des pathologies suivantes : strabisme...) | 29-sept-21 | 17-déc-21 | | | |
| Cardiologie - Cardiovasculaire | BOS-RES-6 - Implantation d'un moniteur cardiaque implantable de petite taille | 23-févr-22 | 21-mars-22 | 28-sept-22 | HIA Percy | La prise en charge décrite dans le protocole objet de la présente demande de rescrit relève de <u>la facturation d'un forfait sécurité environnement SE 7</u> |
| Urologie | BOS-RES-7 - Ablation de sonde vésicale | 19-avr-22 | 03-mai-22 | 25-oct-22 | CHIC de Castres-Mazamet | pour le protocole faisant l'objet de la présente demande de rescrit la <u>facturation d'un GHS dit « plein » est admise</u> au regard de ces 3 conditions cumulées que sont l'admission dans une structure d'HDJ, la coordination de la PEC par un professionnel médical et la <u>situation de surveillance particulière</u> . |
| Gériatrie | BOS-RES-8 - Évaluation Oncogériatrique | 24-mai-22 | 17-oct-22 | | Le demandeur sera rendu public avec la publication de la réponse | |

Focus Activité Médecine ambulatoire

Codage des nouvelles variables liées à l'instruction gradation

Variable : Rescrit tarifaire

Dès lors qu'une décision de rescrit est publiée, celle-ci devient opposable pour les autres établissements, pour des situations de fait comparables. Les séjours relevant de ces situations de faits comparables peuvent donner lieu au codage de la variable « Rescrit tarifaire ».

La variable « Rescrit tarifaire » est à recueillir avec les modalités suivantes :

- 1 = oui (situation relevant d'une hospitalisation de jour)
- 2 = non
- non renseigné

| rescrit_tarif | Nb_sejrs_2020 | | Nb_sejrs_2021 | |
|---------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | DGF | OQN | DGF | OQN |
| 1 - oui | 19 411 | 5837 | 3 950 | 2298 |
| 2 - non | 507 976 | 154332 | 98 854 | 4663 |
| Total | 527 387 | 160 169 | 102 804 | 6 961 |

👉 La notice technique n° ATIH-234-7-2021 du 04 mai 2021 - Complément du 12 juillet 2021 apporte des Précisions concernant le codage de la variable « rescrit tarifaire » qui ne peut être envisagé que lorsqu'une réponse à un rescrit a été publiée par l'administration.

Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit



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

- ⊙ Aide à la formalisation des demandes :
 - avec l'appui de notre GE « Evolution de la classification des GHM »
 - une relecture et une étude de l'opportunité de cette demande de rescrit.
 - demandes de rescrit que vous pourriez formuler ou que la FHP-MCO pourrait déposer pour votre compte

⇒ **Transmettez nous le modèle de demande complété aux adresses :**

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr et laure.dubois.mco@fhp.fr

Dans le cadre de vos réponses adressées via ce modèle, nous vous remercions de nous adresser également des références réglementaires/bibliographiques

Instruction Gradation : Le dispositif de Rescrit

⦿ Pour plus d'informations:

- [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](#)
- [Présentation DGOS lors du 18ème Club des médecins DIM sept 2020](#)
- [Dépêche Expert N°630 - Ouverture du « dispositif » Rescrit tarifaire](#)
- [Dépêche expert N°702 - Dispositif de Rescrit tarifaire – Point de situation](#)



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

Nous remercions notre partenaire :



ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI : 14H00 À 16H30

- Table Ronde : « Les contrôles auxquels sont soumis les ES et impact pour les DIM
Dr Laure COMAR, Directrice de l'information médicale et **Dr Daniel BENYAMINE**, Médecin DIM – **Elsan** / **Dr Frédéric CHOMON**, Médecin DIM – **Clinifutur** / **Dr Adrien GHENASSIA**, Médecin DIM du Pôle Lyon et du Pôle Loire Drôme – **Ramsay santé** / **Dr Anne HANSSENS**, Médecin DIM – **Groupe Santé Victor Pauchet** / **Thomas LONGUET**, Délégué aux affaires juridiques et fiscales – **FHP-MCO**
- 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**

Une collation sucrée sera servie à l'issue de la réunion





Table Ronde :
« Les contrôles auxquels sont soumis les établissements et impact pour les DIM »

Drs Laure COMAR et Daniel BENYAMINE – Groupe Elsan
Dr Frédéric CHOMON – Groupe Clinifutur
Dr Adrien GHENASSIA – Groupe Ramsay santé
Dr Anne HANSSENS – Groupe Santé Victor Pauchet
Thomas LONGUET – FHP-MCO

Table Ronde : « Les contrôles auxquels sont soumis les ES et impact pour les DIM »

- Contrôle de la protection des personnes
 - Contrôle technique
 - Visite de conformité
- Contrôle de la sécurité sanitaire
- Contrôles de la facturation :
des activités de soins
des prestations pour exigence particulière
- Contrôle qualité
- Contrôle financier
- Contrôle de la sécurité des données de santé
- Contrôle sur la pertinence des soins
- Mise Sous Accord Préalable (MSAP)
- Activités non autorisés



Protection des personnes

- Fondements : articles L. 1431-2 2° e), L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique
- Objet : lutter contre la maltraitance et veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux
- Compétence : DG ARS
- Déroulement : contrôle réalisé sur place par les agents placés sous l'autorité du DGARS et des inspecteurs généraux de l'IGAS

Contrôle technique

- Fondements : articles L. 1431-2-2° b), L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique
- Objet : contrôler le respect des normes techniques de fonctionnement et les engagements pris par les promoteurs dans leurs dossiers de demande d'autorisation
- Compétence : DG ARS
- Déroulement : réalisé sur place par les agents placés sous l'autorité du DG ARS

Visite de conformité

- Fondement juridique : L.6122-4 et D.6122-38 du code de la santé publique
- Objet : contrôler le respect des engagements pris dans le dossier d'autorisation et des conditions techniques de fonctionnement.

« Le DGARS peut décider qu'il sera fait une visite de conformité dans les six mois suivant la mise en œuvre des activités de soins (...) ou la mise en service de l'équipement lourd. Dans cette hypothèse, il notifie sa décision au titulaire de l'autorisation dans le mois suivant la réception de la déclaration de commencement d'activité. A défaut de notification dans ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé est réputé renoncer à diligenter cette visite. »

Cas particulier : chirurgie esthétique : La visite de conformité a lieu dans le délai de deux mois après que le titulaire a informé le DGARS du commencement de son activité.

Contrôle de la sécurité sanitaire

- Fondements : articles L. 1431-2-1° c), L. 6116-1 et L. 6116-2 du code de la santé publique
- Objet : contrôler l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique
- Compétence : DGARS sans préjudice des compétences du préfet de département
- Déroulement : assuré par les agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique et par les membres de l'IGAS.

Contrôle de la sécurité sanitaire (ASN)

- Fondement juridique : L.592-19 et suivants du code de l'environnement / L.1333-30 et suivants R.1333-166 du code de la santé publique / livre IV de la quatrième partie du code du travail.

L'inspection porte sur l'organisation et les moyens mis en place en matière de radioprotection des travailleurs, de radioprotection des patients et des effluents et des déchets, dans de cadre de la détention et de l'utilisation de sources radioactives scellées et non scellées, ainsi que de générateurs de rayon X.

- Toute personne peut être lanceur d'alerte auprès de l'ANS
- Délai de 2 mois pour apporter les remarques et observations ainsi que les dispositions pour remédier aux constatations.

Contrôle de la sécurité sanitaire (dépôt de sang)

- Fondement juridique : L.1222-1 et suivants du code de la santé publique

Les dépôts de sang font l'objet **d'au moins une inspection par l'ARS** pendant la durée de validation de l'autorisation.

L'ANSM procède à des enquêtes épidémiologiques et à des études relatives au prélèvement, à la qualification biologique du don, à la préparation et aux conditions d'utilisations des produits sanguins labiles.

Chaque région possède un coordonnateur d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle qui assure l'animation du réseau des référents hémovigilance des établissements autorisés par l'ARS

Contrôle de la facturation (T2A – indus CPAM)

- Fondement juridique : L. 133-4, R. 162-35 et suivants du code de la sécurité sociale, guide du contrôle externe T2A MCO
- Contrôle sur site
- Procédure contradictoire
- Recours préalable obligatoire dans un délai de deux mois suivant la notification d'indus (saisine CRA)
- Compétence tribunal judiciaire

Contrôle de la facturation (DGCCRF)

- Fondement juridique : L. 1111-3-4 du code de la santé publique / L. 162-22-6, L. 162-22-18 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale / L. 521-1 et suivants du code de la consommation
- Procédure contradictoire (L. 122-1 du code des relations entre le public et les administrations) : possibilité de présenter des observations écrites et ou orales
- Contrôle sur site par les agents de la DGCCRF
- Difficultés d'interprétation en fonction des agents : proposition : recenser les difficultés rencontrées par les établissements et solliciter un rendez vous DGOS à la rentrée

Contrôle de la facturation (DGCCRF)

- *rappel*

- R.162-27 du Code de la sécurité sociale : « (...) La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue ; (...) »

Contrôle médical

L. 315-1 du Code de la sécurité sociale : « I.- Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge (...)

II.- Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. (...) »

R. 315 – 1 du Code de la sécurité sociale : « (...) II.- Lorsque le service du contrôle médical vérifie le respect des références professionnelles et **des recommandations de bonne pratique mentionnées à [l'article L. 162-12-15](#)**, il informe de ses conclusions le professionnel concerné (...)

R. 315-1-1 du Code de la sécurité sociale « Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article [L. 315-1](#), **il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.**

Contrôle indicateurs qualité

- Fondement juridique : L.1435-7 du CSP et R.162-36 et suivants du CSP

Transmission d'un rapport sans délai au directeur d'établissement : la période du contrôle, son objet, sa durée ainsi que les résultats de ce contrôle.

L'établissement dispose d'un délai de 8 jours pour faire connaître ses observations.

- Si le seuil minimal requis par un indicateur n'est pas atteint : informer l'ARS lors de la notification de sa dotation complémentaire.
- Si un manquement est constaté pendant trois années : l'ARS informe l'établissement dans le mois suivant de la notification de sa dotation complémentaire et ce dernier a un mois pour présenter ses observations.

Contrôle financier

- Fondement juridique : L. 111-7, L. 211-7, L. 141-1 et suivants et L. 241-1 et suivants du code des juridictions financières
- Procédure contradictoire
- Conseillers soumis au secret professionnel
- Difficultés relatives à la mention de certaines informations confidentielles dans les rapport
- Difficultés liées à une méconnaissance du secteur donnant lieu à des interprétations erronées : proposition de recenser ces difficultés (CRC) et de les remonter à la cour (juillet)

Contrôle de la sécurité des données de santé (CNIL)

- Dans le contexte sanitaire actuel et compte tenu des enjeux toujours croissants liés à la numérisation du secteur de la santé : ses contrôles doivent permettre d'élever le niveau de sécurité des données de santé.
- Comment la CNIL contrôle t-elle ? Programme annuel des contrôles / Les réclamations et les signalements / les initiatives / les dispositifs de vidéoprotection / les procédures de contrôle clôturées.
- Le délai de la mise en demeure est fixé entre 10 jours à 6 mois.

Contrôle sur la pertinence des soins

D.162-11 du Code de la sécurité sociale : « I. – Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins mentionné aux articles [L. 162-1-17](#), [L. 162-30-2](#) et [L. 162-30-3 \(...\)](#) »

D.162-12 du Code de la sécurité sociale : « I. – Une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. **Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation.** Le directeur général de l'agence régionale de santé **lui communique chaque année la liste des établissements de santé** ayant été ciblés

Compétence du DGARS

Mise Sous Accord Préalable (MSAP)

L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale : « I. La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation (...) est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. (...) lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire (...). »

et **D.315-5 du Code de la sécurité sociale** : « le délai prévu au premier alinéa du II de l'article L.315-2 est fixé à 15 jours à compter de la réception d'une demande complète d'accord préalable par le service médical. Ce délai peut être porté à une durée maximale de 21 jours lorsque la prestation concernée justifie un délai supérieur (...). »

Activités non autorisées

R.162-33-3-1 du Code la sécurité sociale « « I.-Au plus tard le 1er juin de chaque année, l'agence régionale de santé transmet à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de donner date certaine à la réception, la liste des activités réalisées au cours de l'année précédente pour lesquelles cet établissement ne bénéficie pas d'une autorisation au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique. »

Compétence ARS



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

- **Décret DIM**
- **Réforme des autorisations**
- **Campagne tarifaire 2022**
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2023**
- **IFAQ**
- **Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences**

Evolution du décret médecin DIM

Evolution du décret « Médecin DIM »

Consultation de la FHP MCO sur le nouveau projet de décret

Avis du GE Médecins DIM sollicité

Réponse attendue fin novembre 2022

Pour mémoire:

Le décret n° 2018-1254 du 26 décembre 2018 relatif aux départements d'information médicale a fait l'objet d'une annulation par le conseil d'état en fin d'année 2020.

Le Dr Gilles Hebbrecht était intervenu lors de notre 19ème réunion du Club des Médecins DIM en décembre 2020 pour échanger sur les conséquences de cette annulation partielle du décret sur la fonction DIM et l'accès aux données.

La DGOS est revenu avec un nouveau projet de décret.

Evolution du décret « Médecin DIM »

Focus sur certaines évolutions

Article R6113-4

(...) Le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support.

Le médecin responsable de l'information médicale et le directeur des affaires financières, chacun en fonction de son champ de responsabilité, participent à l'élaboration et contribuent à la mise en œuvre du plan d'assurance qualité destiné à garantir l'exhaustivité et la qualité des informations recueillies et à fiabiliser les recettes liées à l'activité. Ce plan d'assurance qualité est présenté chaque année à la conférence ou la commission médicale d'établissement pour information.

Evolution du décret « Médecin DIM »

Focus sur certaines évolutions

Article R6113-5

I. - Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Sont également soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal :

(...) 3° Les commissaires aux comptes qui reçoivent communication, par l'intermédiaire d'un médecin responsable de l'information médicale dans un autre établissement, de données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1, dans le cadre de leur mission légale de certification des comptes des établissements de santé mentionnée à l'article L. 6145-16 et dans les conditions prévues au II ;

4° Les prestataires extérieurs qui contribuent, sous la responsabilité et le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, au traitement des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. ~~6113-1~~ 1 dans le cadre de leur contrat de sous-traitance et ont accès à cet effet, dans les conditions prévues au III, à ces données.

Evolution du décret « Médecin DIM »

Focus sur certaines évolutions

Article R6113-5

II. - L'accès, par les commissaires aux comptes agissant dans le cadre de leur mission légale de certification des comptes, à des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1, intervient dans les conditions suivantes.

Les commissaires aux comptes reçoivent communication des seules données nécessaires à la vérification, par sondage sur la base d'échantillons pertinents de dossiers, de la fiabilité et de la traçabilité des données utilisées pour le calcul des recettes de l'établissement.

A cet effet, le commissaire aux comptes fait appel à un médecin expert, exerçant les fonctions de responsable de l'information médicale dans un autre établissement ou ayant exercé de telles fonctions et présentant toutes les garanties d'indépendance et d'impartialité requises par l'exercice des missions qui lui sont confiées par le présent II. Les indemnités dues et les modalités de réalisation de l'expertise sont fixées par convention.

(...) Seul le médecin expert, individuellement désigné et spécialement habilité à cet effet par le directeur d'établissement, peut accéder directement aux données nécessaires à l'exercice des missions du commissaire aux comptes .

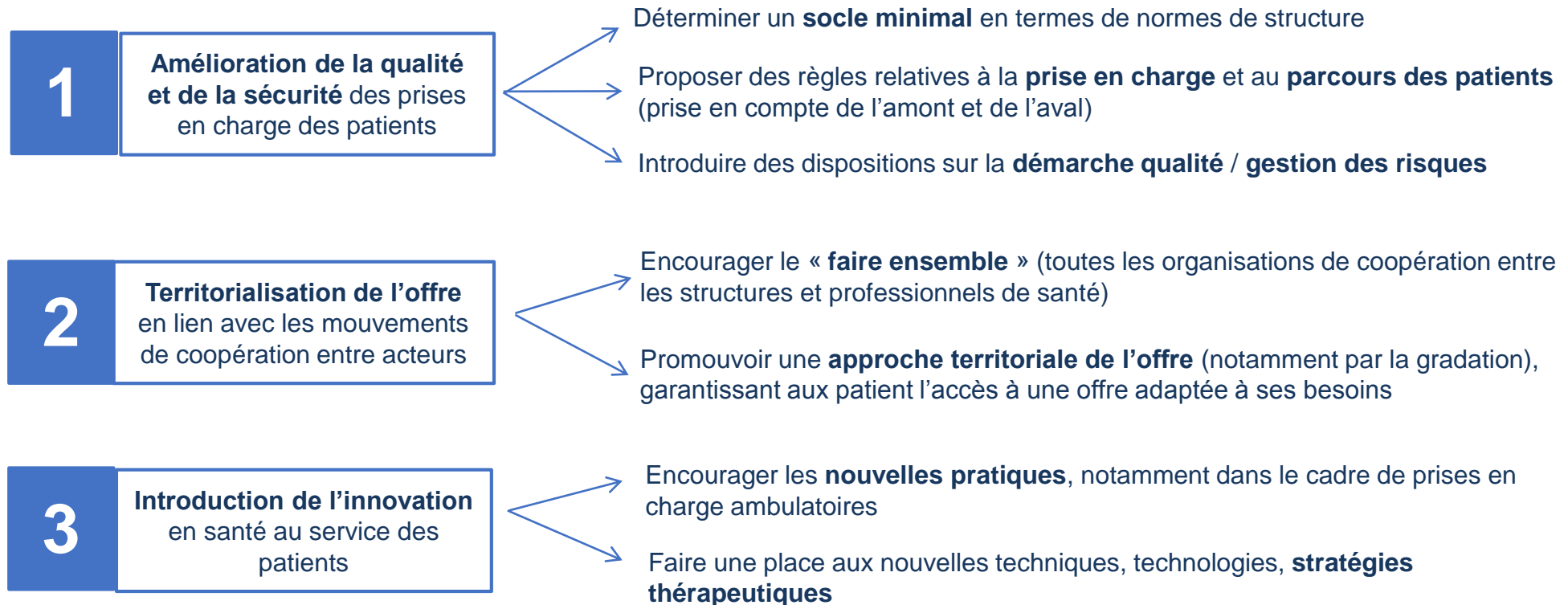
Le médecin expert est chargé de procéder à une pseudonymisation de ces données, en supprimant toute donnée directement identifiante relative aux personnes concernées, avant de les communiquer, dans des conditions sécurisées, au commissaire aux comptes .

Réforme des Autorisations: Point d'étape

Point d'étape Réforme des Autorisations

Rappel des enjeux de la réforme d'autorisation des activités de soins

Enjeux de « Ma santé 2022 » : améliorer l'accès territorial à l'offre des soins et la démarche qualité



Point d'étape Réforme des Autorisations

Soins critiques

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au JORF du 27 avril 2022. A ce jour, nous sommes en attente de l'instruction ainsi que des textes encadrant les USR (unités de soins renforcés).

Cardiologie interventionnelle

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au Journal Officiel du 18 mars 2022. A ce jour, nous sommes en attente de l'instruction et de la liste officielle des actes CCAM pour les différentes mentions.

Radiologie diagnostique et radiologie interventionnelle

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au JO du 17/09/2022. Ils sont complétés par l'arrêté du 16 septembre 2022 fixant, pour un site autorisé, le nombre d'équipements d'imagerie en coupes en application du II de l'article R. 6123-161 du code de la santé publique.

Nous avons également reçu pour avis le projet d'instruction.

Point d'étape Réforme des Autorisations

Médecine

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au JO du 26/07/2022.

Chirurgie

Nous sommes en attente de la publication des décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement. Ils devraient être publiés d'ici la fin d'année.

Cancérologie

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ont été publiés au JO du 27/04/2022, ainsi que l'arrêté complémentaire relatif aux seuils d'activité.

Nous avons également reçu pour avis le projet d'instruction.

Focus sur la Cancérologie

Webinaire FHP MCO organisé le 27/10/2022

DÉPÊCHE ÉVÈNEMENTS N°700 – RETOUR SUR LA RÉUNION
D'INFORMATION DU NOUVEAU RÉGIME D'AUTORISATION EN
CANCÉROLOGIE

<https://www.fhpmco.fr/2022/10/28/depeche-evenements-n700-retour-sur-la-reunion-dinformation-du-nouveau-regime-dautorisation-en-cancerologie/>

Point d'étape Réforme des Autorisations

Modalité Chirurgie oncologique

Autorisations Mention A

A1
Viscérale et
digestive

A2
Thoracique

A3
sphère ORL,
CF et MF,
dont thyroïde

A4
urologique

A5
gynécologique

A6
mammaire

A7
indifférenciée

Autorisations Mention B

B1
Exérèses A1
+

B2
Exérèses A2
+

B3
Exérèses A3
+

B4
Exérèses A4
+

B5
Exérèses A5
+

mission de recours + chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récidive des tumeurs malignes ou la chirurgie en zone irradiée

+

Le cas échéant (PTS)
Foie Estomac
Rectum Pancréas
Œsophage et JO

+

Le cas échéant (PTS)
Ovaire

Pas de mention B

Autorisations Mention C

Chirurgie oncologique chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans

Point d'étape Réforme des Autorisations

Au total, en implantation ou OQOS : 13

7 mentions A (A1 à A7) / 5 mentions B (B1 à B5) / 1 mention C

Les sites autorisés avec mention B réalisent a minima leur mission socle :

- la mission de recours (y compris les RCP de recours sur les chirurgies complexes mentionnées par le décret CI cancer)
- la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence, curative des tumeurs malignes chez l'adulte ou de la chirurgie oncologique en zone irradiée.

Les Pratiques thérapeutiques spécifiques (PTS) des mentions B1 ou B5: pas d'OQOS

Prise en compte lors de la période de dépôt des demandes d'autorisation ou au cours de la vie de l'autorisation

Le demandeur peut limiter son autorisation à une ou plusieurs PTS (sachant que la mission socle est obligatoire).

Exemple: établissement avec autorisation B1a ou B5a = limitation à l'autorisation socle = chirurgie oncologiques complexes hors chirurgie d'exérèses sur les organes constituant les PTS (foie, estomac, œsophage, rectum, pancréas pour B1 ou ovaire pour B5)

Point d'étape Réforme des Autorisations

Les établissements ne sont pas soumis à l'autorisation lorsqu'ils assurent:

La chirurgie à visée diagnostique du cancer

Auprès de patients ayant un diagnostic cancer établi, une intervention chirurgicale aux fins de traiter ou de pallier une complication liée aux conséquences du cancer ou de ses traitements, sans tenter d'exérèse de la tumeur

Une intervention en urgence dans une autre indication, conduisant à la découverte d'une tumeur maligne.

L'intervention est alors réalisée sans tenter l'exérèse de la tumeur sauf en cas d'urgence vitale immédiate et le patient est orienté vers un établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer pour le traitement du cancer et, le cas échéant, par exérèse de la tumeur.

Les titulaires d'autorisation d'exercer les activités de soins de médecine nucléaire lorsqu'ils pratiquent des actes à visée diagnostique ou thérapeutique du cancer rattachés à cette autorisation,

Les établissements de santé ou les personnes qui participent à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation, en dispensant à ces patients des soins médicaux et de réadaptation ou des soins palliatifs.








Point d'étape Réforme des Autorisations

Activité minimale

➤ Les nouveaux seuils



Arrêté
29 mars
2007

| MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique | NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie) | NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée |
|---|---|--|
| I/ Modalité de Chirurgie oncologique : seuils d'activité minimale pour la chirurgie oncologique chez l'adulte | | |
| Mention A1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 30 |
| Mention B1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  A1 et B1: 2 « calculs » différents Interventions : 30 |
| <u>dont, le cas échéant, les pratiques thérapeutiques spécifiques de mention B1 de :</u> | | |
| <i>Chirurgie oncologique de l'œsophage ou de la jonction œsophagienne</i> | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 5 |
| <i>Chirurgie oncologique du foie</i> | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 5 |
| <i>Chirurgie oncologique de l'estomac</i> | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 5 |
| <i>Chirurgie oncologique du pancréas</i> | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 5 |
| <i>Chirurgie oncologique du rectum</i> | Chirurgie d'exérèse de la tumeur |  Interventions : 5 |






Point d'étape Réforme des Autorisations

Activité minimale

➤ Les nouveaux seuils



Arrêté
29 mars
2007

| MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique | NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie) | NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée | |
|---|---|--|--|
| <u>Mention A2</u> - <u>mention B2</u> - Chirurgie oncologique thoracique | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 40 | 30 |
| <u>Mention A3</u> - <u>mention B3</u> - Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 20 | 20 |
| <u>Mention A4</u> - <u>mention B4</u> - Chirurgie oncologique urologique | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 30 | 30 |
| <u>Mention A5</u> - Chirurgie oncologique gynécologique | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 20 | 20 |
| <u>Mention B5</u> - Chirurgie oncologique gynécologique | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 20 | |
| en sus, le cas échéant, la pratique thérapeutique spécifique de mention B5 de : | |  A5 et B5: 2 « calculs » différents | |
|  <i>Toute la chirurgie de l'ovaire</i> <i>Chirurgie oncologique de l'ovaire</i> | Chirurgie de réduction complète du cancer avancé de l'ovaire | |  Interventions : 20 |
| <u>Mention A6</u> - Chirurgie oncologique mammaire | Chirurgie d'exérèse de la tumeur | Interventions : 70 | 30 |




Point d'étape Réforme des Autorisations

Activité minimale

➤ Les nouveaux seuils



Arrêté
29 mars
2007

| MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique | NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie) | NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée |
|---|---|--|
| II/ Modalité de Radiothérapie externe, curiethérapie : seuils d'activité minimale pour la radiothérapie externe | | |
| Mention A - Radiothérapie externe chez l'adulte | Radiothérapie externe | Patients adultes : 600 |
| Mention C - Radiothérapie externe chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans | Radiothérapie externe – adultes Radiothérapie externe - enfants de moins de 16 ans – hors irradiations corporelles totales et traitements à visée palliative | Patients adultes : 600 Mises en traitement – enfants : 12 |
| III/ Modalité de Traitements médicamenteux systémiques du cancer – TMSC : seuils d'activité minimale pour les TMSC chez l'adulte | | |
| Mention A - mention B - Traitements médicamenteux systémique du cancer chez l'adulte -TMSC | TMSC par injection intraveineuse dont : TMSC par injection intraveineuse en hospitalisation de jour | Patients : 100 dont :  65 en hospitalisation de jour |

600

80
Dont
50
Au moins
En HDJ

Suite à ce nouveau algorithme: **vigilance** sur 2 organes



Rectum

« La bonne lecture » de l'algorithme suite échange avec l'INCa

4 chemins (C):

DP de Tumeur digestive ET Exerese_rectum -> C1

DP de Tumeur digestive ET sans Exerese_rectum ET (Tumeur rectum en DP OU DR OU DAS) ET Exerese_abdo_pelvien -> C2

DP de Meta péritoine ET sans DAS de Tumeur gynécologique ET Exerese_rectum -> C3

DP de Meta péritoine ET sans DAS de Tumeur gynécologique ET sans Exerese_rectum ET (Tumeur rectum en DP OU DR OU DAS) ET Exerese_abdo_pelvien -> C4



Rôle du médecin DIM

Point d'étape Réforme des Autorisations

Suite à ce nouveau algorithme : **vigilance** sur 2 organes



Ovaire

La mention de chirurgie oncologique gynécologique avec la pratique thérapeutique spécifique de la chirurgie des cancers de l'ovaire couvre toutes les chirurgies des cancers de l'ovaire

Les chirurgies des cancers de l'ovaire pourront être réalisées uniquement sur des sites de mention B5 autorisés à la pratique thérapeutique spécifique de chirurgie oncologique de l'ovaire.

Retour de l'INCa : a priori dans notre secteur « mauvaise » exhaustivité du codage des actes CCAM, notamment quand plus de 2 actes CCAM (lien avec la facturation 100%/50%/0%) et donc non repérage dans l'algorithme.

Extrait du retour écrit de l'INCA :

« La question de l'impact de ces mesures a été étudiée et nous avons engagé un travail d'accompagnement des ARS à ce sujet. **Il repose sur les données disponibles et donc sur la qualité descriptive du codage des actes, possiblement insuffisant dans certains établissements.** Nous pourrions au besoin compléter ces échanges afin que vous puissiez informer au mieux les directions de vos établissements adhérents. »



**Rapprochement
Médecin DIM/Chirurgien
indispensable**

Point d'étape Réforme des Autorisations

La situation sur les ovaires vu par le PMSI 2021



| | Nbre O AVANCE | Nbre O SIMPLE | NBRE ES O AVANCE >1 | NBRE ES O AVANCE =0 | NBRE ES O AVANCE >18 | NBRE ES O AVANCE >20 |
|---------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| TOTAL GENERAL | 3212 | 6257 | 322 | 220 | 42 | 38 |
| TOTAL PRIVE | 566 | 2052 | 135 | 102 | 2 | 1 |

Commentaires : là où pour tous établissements, les ovaires avancés représentent 51% des ovaires « simples », dans notre secteur, ils représentent 25%.

Point d'étape Réforme des Autorisations

Un dernier point, suite à ce nouveau algorithme:

Frontière chirurgie / activité interventionnelle



Demande de la FHP MCO d'évolution des listes afin de tenir compte de l'évolution des pratiques

(un acte interventionnel peut remplacer un acte chirurgical et cet acte est bien réalisé par un chirurgien).



Précisions de l'INCa:

Les autorisations de traitement du cancer ne prennent en compte que les actes de chirurgie et non les actes interventionnels

Point d'étape Réforme des Autorisations

Un dernier point, suite à ce nouveau algorithme:

Frontière chirurgie / activité interventionnelle

Pour illustrer:

« Nos praticiens urologues libéraux, ainsi que nos médecins DIM, nous ont fait remonter que les actes JDFE 002 et JDFE 001 sont souvent associés aux DP C67.9 Tumeur maligne de la vessie, sans précision et C67.2 tumeur de la paroi latérale de la vessie. »

Ces diagnostics figurent au sein de la liste des cancers en urologie dans le nouvel algorithme contrairement aux deux actes JDFE 002 et JDFE 001

JDFE 002 : Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie

JDFE 001: Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie



Autres situations identifiées ?
Transmettre à la FHP MCO

Prochains webinaires FHP MCO

Programme

Point d'étape Réforme des Autorisations

Jeudi 1er décembre 2022 – Webinaire Soins critiques - 14h à 16h

Mercredi 7 décembre 2022 – Webinaire Cardiologie interventionnelle - 14h à 16h

Jeudi 15 décembre 2022 – Webinaire Radiologie diagnostique et radiologie interventionnelle - 14h à 16h

Mercredi 11 janvier 2023 – Webinaire Médecine - 14h – 15h30

Mardi 17 janvier 2023 – Webinaire Chirurgie - 11h – 13h

DÉPÊCHE ÉVÈNEMENTS N°701 – REFORME
DES AUTORISATIONS – PROGRAMME DES
WEBINAIRES DÉDIÉS POUR CHAQUE
NOUVEAU RÉGIME D'AUTORISATION

<https://www.fhpmco.fr/2022/11/10/depeche-evenements-n701-reforme-des-autorisations-programme-des-webinaires-dedies-pour-chaque-nouveau-regime-dautorisation/>



Campagne tarifaire 2022

Point d'étape

Campagne tarifaire 2022: Point d'étape

- Débouclage AC Ségur en 2022
- Enveloppes Inflation et RH 2022
- Travaux sur le RIHN: état d'avancement des travaux
- Coefficient Prudentiel 2022 ?
- Financement COVID
- Bilan des recueils MRC et ADNP75
- DM Intra-GHS
- Dématérialisation du S3404

Débouclage AC Ségur en 2022

Débouclage AC Ségur en 2022

Le processus d'allocation de ressources de l'enveloppe AC 10% Ségur 1 & 2.

Nous vous en rappelons les enjeux :

- Ségur 1 MCO : 51,3 millions.
- Ségur 2 MCO : 7,9 millions.

Soit un total de 59,2 millions d'euros.

La méthodologie d'allocation de ressources est identique à celle de l'an passé. Cependant, une actualisation des données est opérée en ayant recours au SAE 2021 et non les SAE 2019.

Cette délégation interviendra dans le cadre de la troisième circulaire budgétaire 2022.

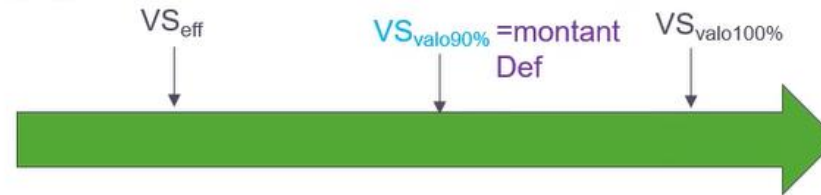
L'arbitrage d'intégration dans les tarifs au 1^{er} mars 2023 n'est pas connu. Seule la FHF porte le maintien de cette AC. Toutes les autres fédérations hospitalières privées et la FNEHAD portent l'intégration dans les tarifs.

Débouclage AC Ségur en 2022

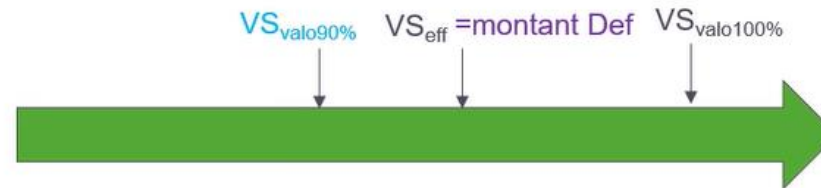


AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

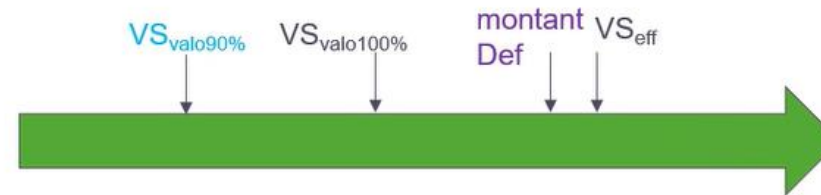
Résultats



Cas 1 : $VS_{\text{valo90\%}} > VS_{\text{eff}}$
=> Pas de AC



Cas 2 : $VS_{\text{valo90\%}} < VS_{\text{eff}}$
2a. $VS_{\text{valo100\%}} > VS_{\text{eff}}$
Montant Def = VS_{eff}
=> AC = $VS_{\text{eff}} - VS_{90\%}$



2b. $VS_{\text{valo100\%}} < VS_{\text{eff}}$
 $VS_{\text{valo100\%}} \leq VS_{\text{eff}} < \text{Montant Def}$

13

Débouclage AC Ségur en 2022

Données
provisoires au
22 11 2022

Allocation en
troisième
circulaire



Conclusion

Itération 3 et suivantes : méthode à la proportion de VS_{eff} sans être inférieur à $VS_{\text{valo100\%}}$

| | Nombre de finess juridiques (pct) | Répartition en part de la masse AC % | Positionnement relatif moyen à $VS_{100\%}$ |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| TOTAL | 663 (100%) | | |
| Cas 1 : Nombre d'établissements $VS_{90\%} > VS_{\text{eff}}$ | 295 (44%) | 0% | -10% |
| Cas 2 : Nombre d'établissements $VS_{90\%} < VS_{\text{eff}}$ | 368 (56%) | 100% | |
| dont établissements Déf = VS_{eff} | 91 (14%) | 11% | -5% |
| dont établissements $VS_{\text{valo100\%}} \leq \text{Déf} < VS_{\text{eff}}$ | 277 (42%) | 89% | +8% |

Enveloppes Inflation et RH 2022

Pour 2022, une enveloppe de 250 millions est acquise pour l'hospitalisation privée. Cette enveloppe sera allouée en deux temps, une partie en C2 et l'autre partie en C3.

Sur décision du COMEX, 115 millions seront consacrés à des actions sociales en cours de finalisation.

Pour 2023, Le cabinet de Matignon a informé la FHP de la mise en place à compter du 1^{er} janvier 2023 **d'un « amortisseur électricité »** pour les établissements de santé, dispositif destiné à faire face à la hausse des prix de l'énergie, et auquel nos établissements seront éligibles. La Première ministre a officialisé cette annonce, qui devrait trouver sa concrétisation par amendement au projet de loi de finances, lors d'une conférence de presse hier après-midi. Nous devrions connaître prochainement les contours plus détaillés de cette annonce.

Travaux sur le RIHN: état d'avancement des travaux

Mesures PLFSS 2023 - concertation des fédérations hospitalières sur les mesures suivantes :

- Garantir l'accès aux médicaments de thérapie innovante des patients et l'efficacité de leur prise en charge
- Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge
- Inciter à la mise en œuvre de recueil de données dans le cadre de la prise en charge d'actes
- Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation – mesure RIHN

Travaux sur le RIHN : état d'avancement des travaux

Evolutions actes hors nomenclature de biologie et anatomopathologie (intervention de la Haute Autorité de Santé)

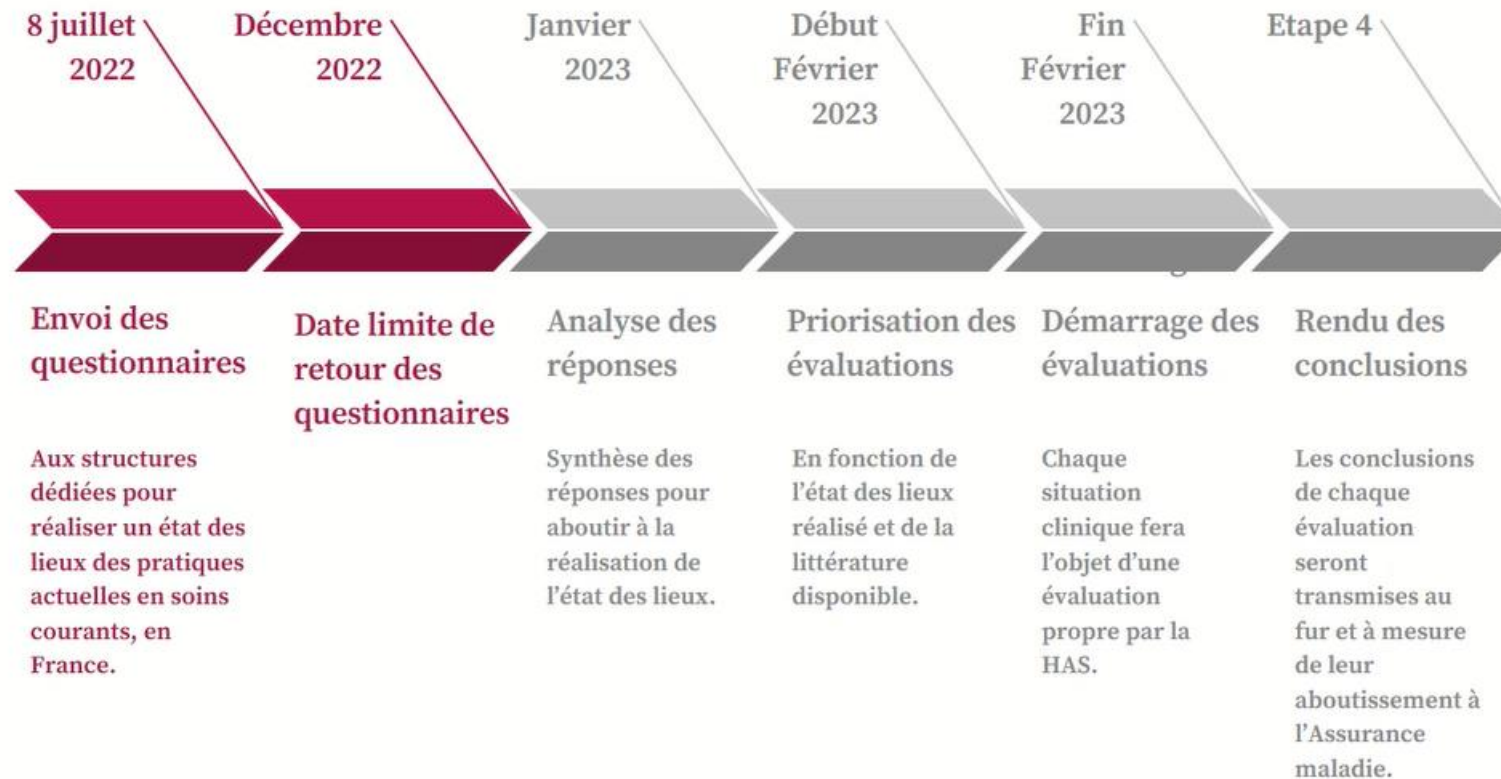
Dans la continuité des annonces du CSIS et du discours du Président de la République du 29 juin 2021, des travaux sont en cours sur les actes les plus et moins prescrits afin de dynamiser le modèle de financement RIHN. Une saisine HAS est en cours sur les actes les plus onéreux et une enquête sur les actes peu prescrits a été effectuée. Enfin, une mesure PLFSS 2023 accompagne cette volonté visant à redéfinir le processus d'entrée/sortie. Il s'agit de l'article 27 du PLFSS portant sur la biologie médicale en vue de favoriser l'accès à l'innovation, permettre une régulation des dépenses et encadrer le dispositif de biologie délocalisée.

L'objectif est de favoriser l'accès à l'innovation en simplifiant l'accès aux dispositifs innovants via la définition :

- Du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN)
- Des modalités de prise en charge financière des actes RIHN conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques,
- Du rôle de la HAS dans le processus d'inscription de nouveaux actes en entrée dans le RIHN, notamment dans l'évaluation du caractère innovant et du recueil de données associé
- De la procédure de demande d'évaluation par la HAS des actes en sortie du RIHN.

La DGOS précise que les travaux actuels effectués par la HAS représentent 50% du montant de l'enveloppe RIHN.

Calendrier Prévisionnel (Génétique constitutionnelle)



Coefficient Prudentiel 2022

Coefficient Prudentiel 2022

◉ 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

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

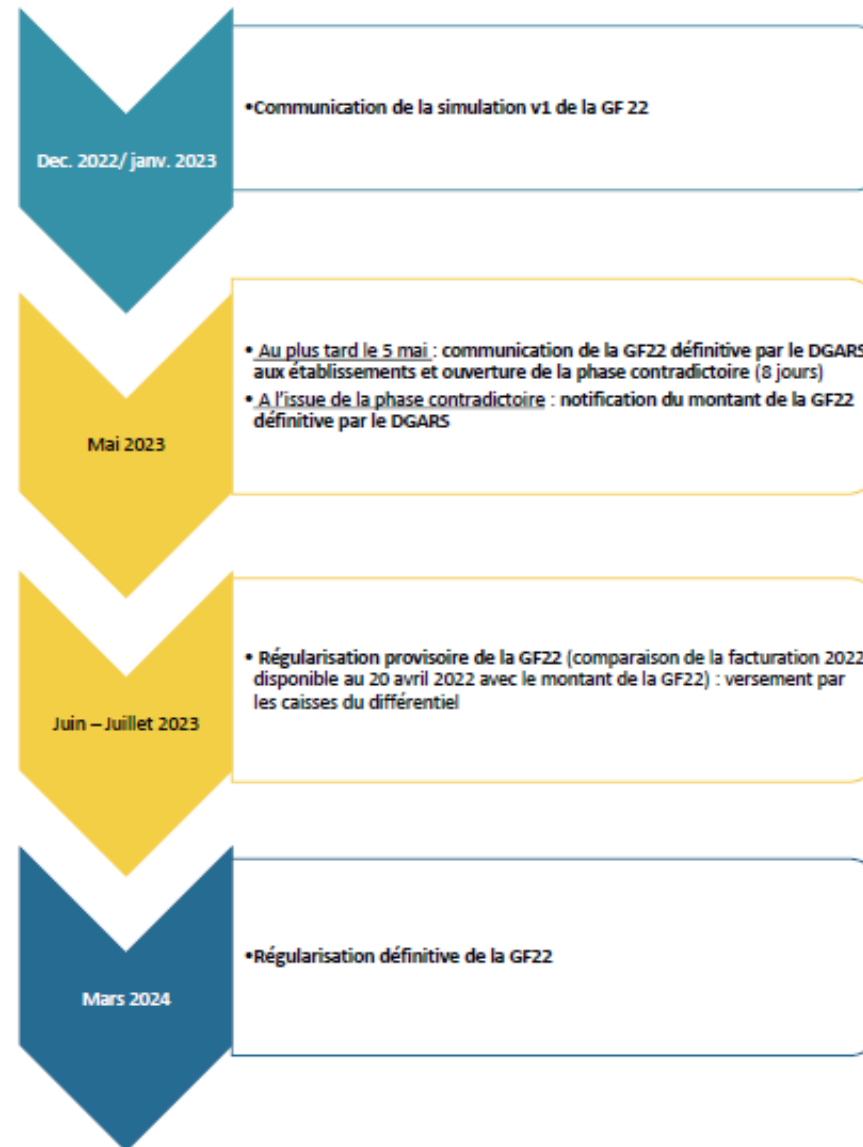
Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires (AMC)

VECTEUR 4

Apprécier et valoriser les effets rebond potentiels post crise

Point d'actualité MCO : Financement COVID

Les grandes étapes de la GF 2022



Point d'actualité MCO : Financement COVID

Webinaire FHP « Garanties de financement : points de vigilance »
du 03 mars 2022

Flash FHP avec :

- la présentation
- le replay : <https://youtu.be/0Eg7fgaBhzI>
- Le lien vers la FAQ : en cliquant ici.

Point d'actualité MCO : Financement COVID

◉ Sortie de la GF :

- La FHP, avec l'appui du groupe économique de la FHP réunissant les directeurs financiers référents, travaille à des propositions sur un dispositif d'accompagnement 2023 des établissements, au terme de la garantie de financement
- AMENDEMENT présenté par le Gouvernement portant sur les modalités de sortie de la garantie de financement: dispositif transitoire d'accompagnement à cette sortie

Point d'actualité MCO : Financement COVID

ARTICLE 25 BIS B

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« Par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2023, de modalités de financement destinées à sécuriser leurs recettes versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Les modalités de détermination du niveau de ce financement, ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'ensemble des établissements de santé ont bénéficié entre 2020 et 2022 d'un dispositif de garantie de financement, garantissant leurs recettes historiques majorées des effets prix de campagne, depuis près de 3 ans. A fin juin 2022, les établissements de santé tendent à retrouver globalement leur niveau d'activité d'avant crise, mais avec des disparités entre les établissements et une situation financière qui reste fragile. Si la sortie de la garantie de financement est acquise, notamment afin de favoriser la reprise d'une dynamique de gestion plus incitative, il convient de définir pour l'année 2023 un dispositif transitoire d'accompagnement à cette sortie, de nature à favoriser la reprise d'activité pour garantir le bon niveau de soins de nos concitoyens, tout en accompagnant au mieux les établissements. Ce dispositif transitoire sera concerté avec les parties prenantes.

Bilan des recueils : MRC et ADNP75

Bilan des recueils ADNP et MRC

ADNP75

Sur ePMSI, mise en place de nouveaux tableaux qualité du codage ADNP depuis la période M7 2022.

Les UNV et les USIC sont dans le périmètre du recueil et de l'incitation financière.

L'ATIH continue ses travaux avec la DGOS pour l'élaboration du financement basé sur ce recueil.

Au total, à fin septembre 2022, la variable ADNP 75, dans son périmètre, représente 63 808 séjours.

Forfait MRC

Dernier GT DGOS le 29 juin 2022. Le décret en conseil d'état est en attente de publication. Dès qu'il sera publié, une notice MRC 2022 sera mise en ligne. En 2023, poursuivre des travaux avec notamment PROMIS29.

La FHP MCO a demandé la mise en place de tableaux ePMSI reprenant les éléments de calcul de la valorisation permettant aux établissements concernés de recalculer/vérifier les financements alloués par les ARS. Enfin, la FHP MCO a redemandé une nouvelle fois, un retour sur les minorations appliquées sur les forfaits.

L'ATIH, concernant les minorations a transmis ces éléments à la DGOS et reviendra vers la FHP MCO concernant la demande de nouveaux tableaux ePMSI.

DM Intra-GHS

Dématérialisation du S3404

Dématérialisation du Bordereau S 3404

Dématérialisation du Bordereau S3404

Le 22 octobre 2021, après 7 années de suivi, nous vous faisons part 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.

Nous avons pu effectuer une première évaluation avec la CNAM sur l'état d'avancement de cette généralisation au 31 août 2022.

Dématérialisation du Bordereau S 3404

Les principaux éléments :

Tout d'abord, le feu vert de généralisation de la procédure SCOR a été donné en avril 2022 aux cliniques équipées des solutions logicielles éditées par CEGI et DEDALUS France, après certification de ces derniers par le CNDA et à l'issue des phases pilotes dont le bilan a été positif.

Il a été rappelé que chaque solution d'éditeur, une fois certifiée, doit effectuer impérativement une phase pilote d'une durée minimale de 90 jours.

Dans ce cadre, Softway devrait achever le processus de certification dans les prochaines semaines.

A ce jour, 6 éditeurs sont donc actuellement certifiés par le CNDA.

Dématérialisation du Bordereau S 3404

Ensuite, un rappel d'instructions a également été diffusé au réseau CPAM concernant l'impossibilité de mettre en place un dispositif hybride de « démarrage *progressif* » dans lequel la clinique n'enverrait pendant quelques semaines que les S. 3404 dématérialisés pour les assurés de sa seule caisse CCDP, tout en continuant d'adresser du papier pour les assurés des autres caisses.

Dans un tel dispositif, les caisses autres que la CCDP de la clinique risqueraient en effet considérer que cette dernière, bien que basculée dans SCOR, n'envoie pas ses S. 3404 dématérialisés et pourraient alors effectuer à tort des relances, voire lancer des indus pour non-envoi de pièces.

Dématérialisation du Bordereau S 3404

Enfin, au 31 août 2022, 378 cliniques ont basculé dans le dispositif SCOR-CP !

En moyenne, constat est fait d'un délai de trois mois entre le moment où l'établissement prend la décision de basculer dans le dispositif et la réalité opérationnelle, sachant que la mise en œuvre de SCOR en clinique nécessite généralement l'évolution de l'ensemble des process et de l'organisation en établissement pour optimiser le passage dans ce nouveau fonctionnement. Une fois la bascule opérée, aucun souci notable n'a été observé ensuite par les différents intervenants.

Renouvelant nos remerciements à tous les acteurs qui se sont impliqués tant le dispositif expérimental que la généralisation de cette dématérialisation de ce bordereau S3404.

La finalisation de la généralisation de la dématérialisation du 3404 se poursuit dans les mois à venir.



La parole est à vous

Campagne tarifaire 2023

Évolutions envisagées

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale
- PLFSS 2023 et Campagne Tarifaire 2023
- Evolutions possibles des Liste en sus

Classification MCO : Les évolutions possibles

Classification MCO : les évolutions possibles

- RETEX FHP-MCO
- CMD 14
- Travaux en cours : refonte des Sévérités

⇒ ATIH - Session Actualités PMSI 2023 :

⇒ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4413/20221108_nouveaut es_pmsi_2023_ssr_mco_vf.pdf

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**



Travaux CMD 14 et consignes de codage

Périmètre des travaux

Actes liés à la prise en charge des hémorragies du post-partum:

→ après les études d'impact DMS et coût, l'ATIH conclue à une absence de réponse classificatoire.

Problèmes de codage et d'orientation dans la CMD 14

Simplifier le codage

Des séjours groupés dans les mauvaises racines :

- Pour les avortements des résultats incohérents par rapport à une analyse à partir du DP seul depuis l'introduction des extensions aux codes d'interruption de grossesse 2019
- Des séjours de surveillance de grossesses pathologiques trappés par des « faux travail »
- Des difficultés à comprendre l'utilisation de ces codes « orientant » et à les appliquer

Actes sur le fœtus (non abordé)

Nouvelles consignes de codage 2023

Rôle orientant du DP pour les racines hors accouchement et césarienne pour les racines suivantes

- Liste D -403 pour grossesses ectopiques 14C09 et 14Z15 :
- Liste D-1405 pour faux travail, MAP et Placenta prævia 14Z16
- Liste D-1404 menaces d'avortement 14Z06
- Nouvelle liste D-392 pour les IVG non compliquées 14Z08

Restent en vigueur les obligations de codage

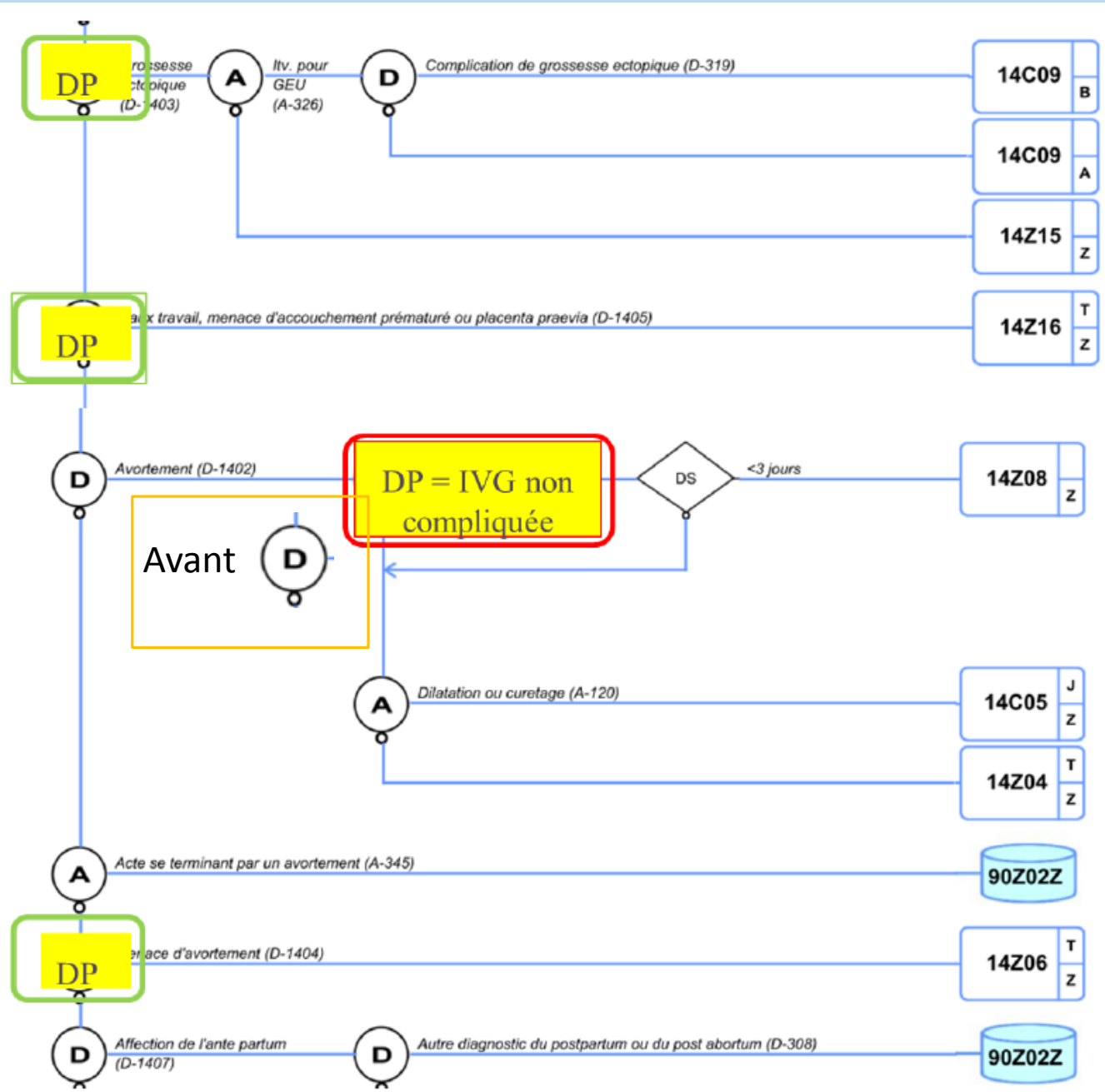
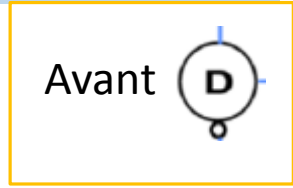
- En ante partum du Z35
- Séjours accouchement/césarienne du Z37, DDR, AG et acte avec date
- En postpartum du Z39 ou O08
- IVG et ITG : DDR

Travaux CMD14

Légende

D L'un au moins des diagnostics du RSS

DP Le diagnostic principal du RSS



Information Médicale - Recueil : Les évolutions possibles

Information Médicale : les évolutions possibles

- ⊙ Nouveautés recueil
 - ⊙ Evolution des consignes de codage
 - ⊙ Nomenclatures
- ⇒ ATIH - Session Actualités PMSI 2023 :
- ⇒ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4413/20221108_nouveautes_pmsi_2023_ssr_mco_vf.pdf

Nouveautés recueil au 1er mars 2023

Nouveautés recueil au 1^{er} mars 2023

Mode d'entrée/provenance: nouvelle variable "passage par une structure des urgences«

Objectif : améliorer la structuration du recueil pour mieux décrire les situations (médico social et urgences, transfert et urgences, urgences A et urgences B, ...)

Sexe

Pour mémoire, l'article 30 de la Loi de bioéthique du 2 août 2021 prévoit pour les enfants présentant une variation du développement génital, l'absence d'obligation de déclaration de sexe à l'état civil avant 3 mois en cas d'impossibilité médicalement constatée de le déterminer. Estimation d'incidence 1 naissance sur 2 000

Evolution PMSI : création d'un Code 3 « Indéterminé » à coder en cas d'impossibilité médicalement constatée de le déterminer jusqu'à 3 mois

Suppression du FICHCOMP IVG

Les données étaient non utilisées par les utilisateurs de la plateforme des données hospitalières et pas de publication d'organisme public.

Travaux

Sepsis et infections

Travaux « sepsis et infections »

Une première étude d'impact a été réalisée : plutôt rassurante quant à l'impact sur les séjours.

Cette présentation sera faite au prochain CT MCO.

Sur les consignes sepsis : pas de modification majeure, ajustement en cours avec le GT

Mise à jour du fascicule maladie infectieuse dans son ensemble

Relecture par le GT

Aactualisation de l'étude est prévue au printemps 2023.

La FHP MCO participe à ces travaux

La FHP MCO rappelle également les travaux en cours avec l'ANAP et notamment le parcours Sepsis.

Fiches de codage PMSI en périnatalité

Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

Fiches de codage PMSI en périnatalité

Question posée à l'ATIH sur le document « Fiches de codage PMSI en périnatalité »

La FHP MCO souhaite connaître la « validité » du document « Fiches de codage PMSI en périnatalité » produit par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité.

En effet, dans ce document, il est indiqué qu'il a été travaillé avec l'ATIH.

L'ATIH indique qu'elle a bien été sollicitée mais que nous pouvons faire nos remarques concernant ce document au réseau en mettant en copie l'ATIH.

➔ ***Sollicitation prochaine du GE médecins DIM***



Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
en collaboration avec l'ATIH

Fiches de codage PMSI en périnatalité

Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2023: Point de situation PLFSS 2023

PLFSS 2023 :

De retour à l'assemblée nationale cette semaine, la Première ministre a signalé que le texte soumis pour une adoption sans vote "*rétablit largement le projet de loi tel qu'il a été adopté à l'issue de la première lecture*".

Les mesures en faveur des établissements

Les financements "nouveaux" consacrés à l'hôpital en 2023 consistent en:

- 0,4 Md€ pour la fin de la montée en charge des mesures du Ségur et des assises de la santé mentale (dont +0,3 M€ au titre de l'intéressement collectif)
- 1,1 Md€ pour la hausse du point d'indice dans la fonction publique et les revalorisations dans les Espic
- 2,5 Md€ au titre de l'évolution tendancielle

Et plus LFSS rectificative 2022 : pédiatrie (500 millions)... plus COVID (530 millions),.....

Responsabilité collective de la permanence de soins.

Création d'une responsabilité collective de participation à la permanence des soins

- Garantir un accès aux soins non programmés pendant les horaires de fermeture des services hospitaliers et cabinets médicaux en répartissant cet effort entre toutes les structures et tous les médecins d'un territoire. Des contrôles seront réalisés et des réquisitions en cas de défaut de fonctionnement.
- Elargissement de la permanence des soins aux chirurgiens-dentistes, sage-femmes et infirmiers diplômés d'Etat.
- Les rémunérations d'astreintes pour les nouvelles professions seront déterminées par voie réglementaire.

IPA et Etablissements de santé privés

Le gouvernement a introduit par amendement un article additionnel pour permettre aux établissements dits "ex-OQN" de facturer les actes et consultations externes (ACE) réalisés par leurs IPA salariés et ainsi favoriser le déploiement de cette profession dans l'ensemble des établissements de santé.

"La facturation des actes et consultations externes apparaît comme un élément permettant de valoriser financièrement et symboliquement l'activité de ces IPA et donc un élément incitatif au recrutement de ces professionnels par les établissements de santé", développe le gouvernement dans l'exposé sommaire de son amendement.

Il cite notamment le cas de la prise en charge des pathologies chroniques qui requièrent d'intervenir sur les champs de l'hospitalisation mais aussi de l'ambulatoire et de l'activité dite "externe".

La problématique de la valorisation des actes des IPA dans les établissements privés à but lucratif avait notamment été soulevée par l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) en avril.

Possibilité d'extrapoler le montant de l'indu par rapport à l'activité dans le cadre du contrôle de la tarification des acteurs de santé

- Les caisses de l'assurance maladie pourront calculer les indus qu'elles réclament en extrapolant les résultats de contrôles par échantillon, de manière plus exacte les préjudices subis du fait de la fraude de certains acteurs de la santé, et de demander à ceux-ci le remboursement des sommes indument perçues.
- Une procédure contradictoire qui garantit les droits des personnes ou établissements contrôlés est prévue.

Expérimentation d'un dépistage néonatal de la drépanocytose de façon systématique et obligatoire

- Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
- La liste des territoires participant à cette expérimentation sera soumise à un arrêté.
- Un rapport est remis au parlement six mois avant la fin de l'expérimentation.

Ouverture aux infirmiers, aux sage-femmes de la possibilité de prescrire et administrer certains vaccins

- Après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un arrêté précisera la liste des vaccins, les personnes susceptibles de se les voir administrer, les modalités selon lesquelles les sage-femmes assurent la traçabilité des vaccinations réalisées et transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.
- Permet aux étudiants de 3e cycle de médecine et de pharmacie d'administrer les vaccins du calendrier des vaccinations dans le cadre de leurs stages de 3e cycle.
- Des textes réglementaires préciseront les conditions de formation préalable, la liste des vaccins pouvant être administrés ainsi que les personnes susceptibles d'être vaccinées par ces étudiants.

Expérimentation d'une durée d'un an autorisant les infirmiers à signer des certificats de décès

- Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès, réalisé au domicile du patient, seraient pris en charge par le fonds d'intervention régional.
- Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.
- Un rapport au parlement est remis six mois avant la fin de l'expérimentation.

Réforme du troisième cycle des études de médecine

- Création d'une phase de consolidation (stages pratiques) en quatrième année d'internat dans les études de médecine, exercée exclusivement en pratique ambulatoire.
- Ces stages seront prioritairement réalisés dans les déserts médicaux (sans obligation).
- Mise en application de la réforme dès 2023 après concertation avec le Collège national des généralistes enseignants (CNGE).
- Des mesures d'aide à l'installation spécifique seront travaillées en lien avec les collectivités territoriales.
- Ces stages doivent être supervisés par un praticien situé à proximité.
- Ces stages peuvent avoir lieu dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).
- Les étudiants pourront bénéficier de modalités de rémunération correspondant aux tâches qu'ils effectueront effectivement durant leur stage. Ces modalités seront déterminées par décret.

Expérimenter l'accès direct aux infirmières de pratique avancée

- L'expérimentation durera trois ans dans plusieurs territoires déterminés par voie réglementaire. Un décret précisera, après avis de la HAS, les modalités de l'expérimentation.

Expérimenter un forfait de complément de rémunération à l'activité des médecins

- L'expérimentation durera trois ans, un arrêté précisera la liste des territoires concernés dans la limite de trois régions.
- Ce forfait interviendrait dans le cadre de consultations avancées, pour notamment, lutter contre les déserts médicaux.
- Un rapport sera remis au parlement six mois avant la fin de l'expérimentation.

Mesures concernant le Haut comité des nomenclatures

- Le Gouvernement définit chaque année une liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation et les tarifs doivent être révisés lors de l'année suivante selon des modalités précisées par décret.

Neutralisation du mécanisme d'alerte sur le dépassement de l'Ondam en 2023

- Le mécanisme d'alerte, enclenché par le comité d'alerte en cas de dépassement de l'Ondam, n'aurait pas de sens en 2023 en raison des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

Protocole de pluri annualité

Préparation de la campagne budgétaire 2023

Préparation de la campagne budgétaire 2023

- Fixer une cible du volume prévisionnel 2023 pertinente en lien notamment avec les réalisations constatées et potentielles dans le cadre d'un accord de pluri-annualité d'au moins 5 années prenant en compte les évolutions macro-économiques du moment, notamment les effets de l'inflation.
- **Intégrer l'enveloppe AC 10% Ségur 1 & 2 dans les tarifs 2023.**
- Le développement du dispositif RAAC
- RIHN : accélérer la mise à jour des listes d'actes afin d'assurer un financement à 100%
- La prise de l'évolution des pratiques médicales conduisant à des surcouts majeures dans les prises en charge. (Prise en compte du coût des consommables à usages uniques, Tarif des défibrillateurs,
- Revalorisation du GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en rythmologie
- Un financement IFAQ cohérent garantissant une certaine continuité du modèle.
- Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2022

Préparation de la campagne budgétaire 2023

- Pérenniser les actions sur l'Obstétrique en lançant une réforme de financement des maternités
- Financement des transports – Article 80
- Prestation Inter-établissements (PIE) de moins de 48 heures
- Faire évoluer le forfait MRC
- Evolution du modèle de financement des urgences en 2023
- Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs
- Reformuler le financement des activités de médecine.
- Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing
- La pertinence doit être avant tout une méthode d'animation des professionnels au niveau national et régional

**Listes en sus Médicaments et DM:
Les évolutions possibles**

Pas d'information à date

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

Direction générale de l'offre de soins

Principes de rémunération :

1

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

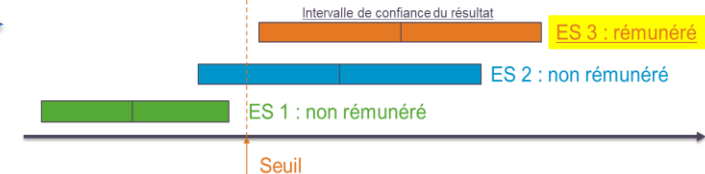
| Groupes de comparaison | Part de valorisation | Répartition de l'enveloppe |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| MCO - 1. <15GA | 4.5% | 13 563 753 |
| MCO - 2. [15-35[GA | 15.9% | 47 760 129 |
| MCO - 3. >=35GA - <20Ksej | 10.8% | 32 519 416 |
| MCO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

2

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



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



Une exception : indicateur de certification

3

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

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



Les évolutions du modèle IFAQ 2022

- La Mensualisation des versements avec la montée en charge de l'enveloppe IFAQ
- L'extension au champ de la psychiatrie
- La gradation : Différenciation de rémunération entre « les meilleurs » et les « moins bons » au sein des ES rémunérés
- La valorisation de la nouvelle version de certification et les modalités de cohabitation des 2 versions de certification V2014 et V2020
- Une répartition entre le niveau atteint et l'évolution « rééquilibrée » : 50/50
- Le dispositif de sanction :
 - Volonté DGOS de ne pas activer dès 2022 le fonctionnement du mécanisme de sanction du fait de la crise sanitaire. Réévaluation de la situation en 2023.



Les indicateurs pris en compte dans IFAQ 2022 :

| Catégories | Indicateurs | MCO | SSR | HAD | DIA | PSY |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 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 | | X | | | |
| Qualité des prises en charge cliniques | Evaluation et prise en charge de la douleur | X | X | X | | X |
| | Tenue du dossier patient | | | X | | |
| | Evaluation du risque d'escarres | | | X | | |
| | Projet de soins projet de vie | | X | | | |
| | Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions | | | | | X |
| | Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes | | | | | X |
| | Mesure des évènements thrombo-emboliques après pose de PTH-hors fracture ou de PTG (2 indicateurs) | X | | | | |
| Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins | Mesure des infections sur site opératoire 3 mois après pose de PTH hors fracture ou de genou (2 indicateurs) | X | | | | |
| | Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact | X | | | | |
| Qualité de la coordination des prises en charge | Qualité de la lettre de liaison à la sortie | X | X | | | X |
| | Qualité de la lettre de liaison à la sortie en chirurgie ambulatoire | X | | | | |
| | Coordination en HAD | | | X | | |
| | Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libre | | | | | 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 | X | X | X | X | |
| Démarche de certification | Niveau de certification V2014 ou V2020 | X | X | X | X | X |

- ◉ Les textes encadrant IFAQ :
 - l'article L.162-23-15 du CSS
 - Un décret IFAQ pour définir :
 - Les catégories d'indicateurs intégrés au modèle
 - Les modalités de détermination de la dotation complémentaire (et de la sanction)
 - Les principes de fixation des seuils de sanction pour les indicateurs
 - ⇒ [décret n° 2019-121 du 21/02/2019](#) complété par le [décret n° 2021-1613 du 9/12/ 2021](#)
 - Un arrêté unique annuel avec
 - La liste des indicateurs : intégré au modèle IFAQ et diffusés publiquement
 - Les paramètres du modèle
 - Les seuils de sanction pour chaque indicateur
 - ⇒ Cet arrêté devra paraître avant le 31/12/ de l'année N-1.
 - ⇒ [l'arrêté du 13 juillet 2021](#) qui abroge et remplace l'[Arrêté 18 juin 2019](#)
 - ⇒ Et [l'arrêté du 17 décembre 2021](#) modifiant l'arrêté du 13 juillet 2021

En Attente de l'arrêté IFAQ 2022

IFAQ 2022: HAS défavorable de la HAS au projet d'arrêté

- Le collège de la HAS propose que le dispositif soit amélioré au service de son objectif d'incitation à la qualité par :
 - La révision du seuil minimal de rémunération
 - La modification du rythme de recueil des indicateurs
 - L'amélioration de la robustesse des indicateurs qui composent le modèle et la démonstration de l'imputabilité des résultats aux établissements de santé.
 - La meilleure prise en compte du dispositif de certification des établissements de santé pour la qualité des soins

IFAQ 2022 : Composition enveloppe

Rappel Répartition des enveloppes 2020 et 2021

- Impact de la crise sur le dispositif : **Gel du dispositif en 2020**
 - L'enveloppe IFAQ 2020 de 400 M€ (vs 200 M€ en 2019) a été répartie selon la ventilation suivante :
 - 50% de l'enveloppe répartie au prorata de la rémunération 2019 des ES
 - 50% de l'enveloppe répartis au prorata de la valorisation économique des ES.
- IFAQ 2021 : le ministère a choisi de réactiver le **modèle** de manière **allégée** : nombre limité d'indicateurs du fait de la crise Covid.
 - L'enveloppe IFAQ 2021 de 450 M€ (soit 50 M€ supplémentaires sans impact sur les tarifs pour compenser cette évolution de l'enveloppe entre 2020 et 2021) a été répartie :
 - 200 M€ au prorata de la dotation IFAQ 2019
 - 100 M€ au prorata de la valorisation économique des ES en 2019
 - 150 M€ basés sur un IFAQ 2021 allégé : dépend des résultats des ES aux indicateurs pris en compte dans le modèle 2021.

IFAQ 2022 : Composition enveloppe

IFAQ 2022: montant et répartition de l'enveloppe

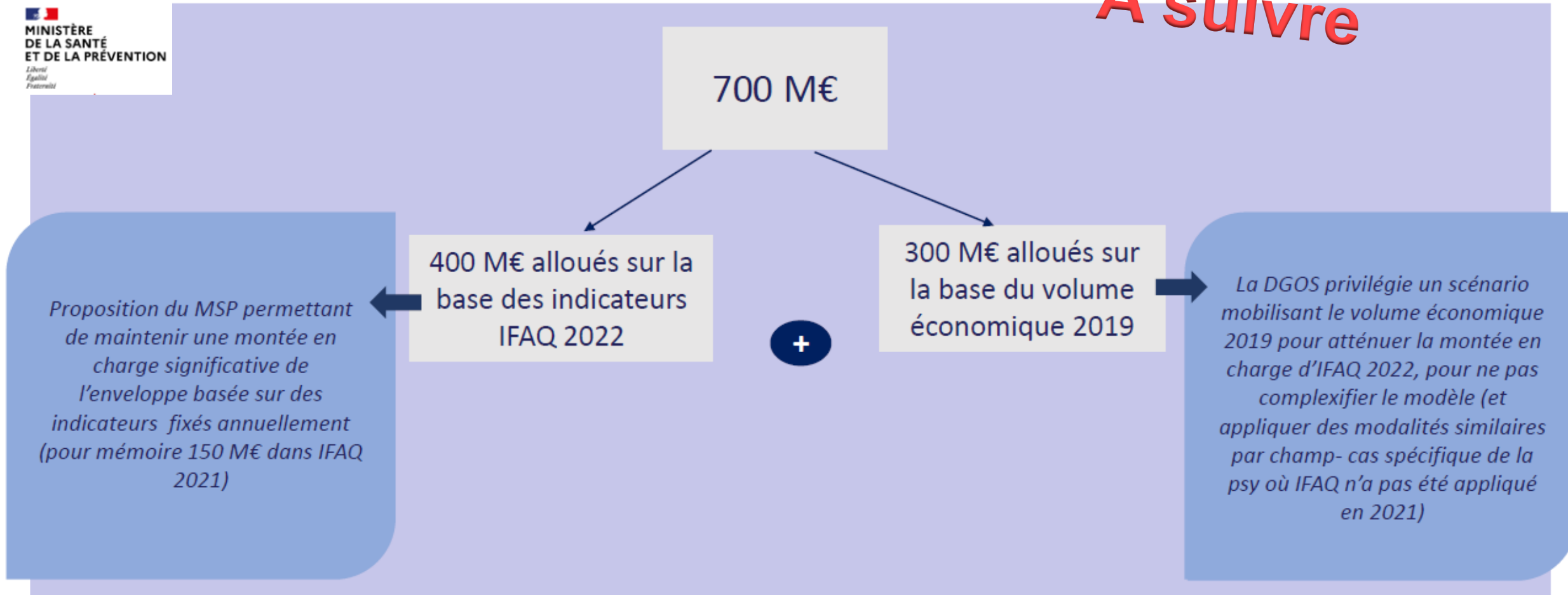
- Réactivation du modèle avec une reprise de la trajectoire de montée en charge : enveloppe IFAQ à 700M€, intégrant la PSY.
- Dernier Arbitrage : répartition d'une partie de l'enveloppe au prorata du volume éco
 - Un contexte peu propice à une application pleine et entière de l'enveloppe :
 - Une année 2022 encore très perturbée par le contexte COVID-19 (crise/post-crise)
 - La plus forte montée en charge opérée depuis la création du dispositif
 - Dispositions introduites au niveau réglementaire :
 - Une composition de l'enveloppe IFAQ qui peut être allouée selon les critères suivants:
 - 1° Des résultats de l'ES aux indicateurs retenus pour 2022
 - 2° Des résultats de l'établissement à la dotation IFAQ 2021
 - 3° Du volume économique de l'année 2019

*Souhait du MSP
d'accompagner le dispositif
dans un contexte encore
marqué par la crise*

IFAQ 2022 : Composition enveloppe

- Dernier Arbitrage : répartition d'une partie de l'enveloppe au prorata du volume éco
- Propositions DGOS :

A suivre



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

Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences : référentiels de moyens

| Ref financement SU ex OQN | 2022 |
|--|--------------|
| Socle tous passages (y compris suivis hospi) | 6 989 |
| Tranche tous passages (y compris suivis hospi) | 2 912 |
| Socle Réf financement | 502 062,71 € |
| Tranche Réf financement | 118 301,11 € |

Etat d'avancement des travaux sur la réforme du financement des urgences : référentiels de moyens

Webinaire FHP MCO du 23/11/2022

consacrée à la réforme du financement des urgences

[Dépêche Expert n°706 « retour sur »](#)

- avec Mr Laurent Gadot, représentant de la DGOS
- La question de la gestion de la dotation populationnelle des urgences et du référentiel de financement et de moyens ainsi qu'un point d'actualité sur les évolutions au 1er mars 2023 ont notamment été abordés.



Questionnaire de satisfaction

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

Nous remercions notre partenaire :





**Merci
pour
votre attention
et
votre participation**

Une équipe à votre écoute

Séverine DEFOSSE (severine.defosse.mco@fhp.fr)

Dr Matthieu DERANCOURT (matthieu.derancourt.mco@fhp.fr)

Laure DUBOIS (laure.dubois.mco@fhp.fr)

Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr)

Thomas LONGUET (thomas.longuet.mco@fhp.fr)