

**PROPOSITIONS FHP-MCO**  
**CAMPAGNE TARIFAIRE 2023**

*« Pour la mise en œuvre d'une politique de financement  
prenant en compte les réalités de terrain,  
apportant une visibilité pluriannuelle à 5 ans,  
et une équité de traitement des financements des  
établissements de santé »*

**I. Des hypothèses de construction de campagne à affirmer**

- 1. *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.***

Des travaux sont à finaliser concernant l'évaluation des impacts de l'inflation dès 2022 devant conduire à en tirer toutes les conséquences sur les besoins de financements des établissements de santé et y compris sur la nécessité d'une LFSS 2022 rectificative.

**Nous vous rappelons les demandes et éléments chiffrés déjà communiqués par la FHP notamment les travaux qui ont été conduits avec le soutien du cabinet Roland BERGER et les courriers attachés. Nous rappelons également notre attachement à sortir du mécanisme de la garantie de financement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023.**

- 2. *Intégrer dans les tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2023 l'enveloppe AC 10% des Ségur 1 et 2***

- 3. *Disposer d'un modèle de financement favorisant l'innovation médicale et organisationnelle notamment en poursuivant et en développant les actions engagées***

**2.1 Le développement du dispositif RAAC**

Une variable RAAC (Réhabilitation améliorée après chirurgie) a été mise en place dans le recueil PMSI en 2019 (notice technique n° 2-790-2019 du 24 décembre 2018).

Pour les séjours groupés dans les 19 racines du périmètre et bénéficiant du codage de la variable RAAC, la classification reste inchangée, seule la valorisation est modifiée. Ainsi dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable (RAAC), la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour.

**☞ Il convient maintenant d'élargir ce dispositif pour le généraliser. Pour garantir son juste développement, cette généralisation doit s'accompagner d'opération de contrôle T2A.**

Parmi les établissements de santé ayant au moins 100 séjours par an, les analyses que nous avons réalisées permettent de constater qu'au moins 49 établissements de santé publics et 117 établissements de santé privés ont bien adhéré au principe et ont saisi l'opportunité de cet incitatif. Par ailleurs, les nombres de séjours ayant comporté le codage RAAC ont été les suivants :

- 124 349 séjours en 2019 dont 86 795 en secteur Ex-OQN
  - 68,7% de ces séjours entrent dans le champ des racines ciblées (67,1% pour le secteur Ex-OQN)
- 224 486 séjours en 2021 dont 156 391 en secteur Ex-OQN.
  - 74% de ces séjours entrent dans le champ des racines ciblées (78,3% pour le secteur Ex-OQN)

## 2.2 RIHN : accélérer la mise à jour des listes d'actes afin d'assurer un financement à 100%

L'urgence du « nettoyage » de ces listes principales et complémentaires fait consensus. **Mais, il convient d'avoir un calendrier de travail encore plus ambitieux.** Chaque année qui passe sans réelle actualisation freine le développement des pratiques innovantes et ne participe pas in fine à l'optimisation de certaines prises en charge de patients.

Comme nous vous l'avons déjà signalé, ce dossier nous interpelle fortement car nous sommes face à une situation jamais connue à ce jour. L'Etat acte qu'il finance de façon très partielle (*un taux de financement de 30% des actes de la liste complémentaire en 2017 après un taux à 74% en 2016, et de 53.5% en 2018, égal, pour le RIHN - ou liste principale - et pour la Liste Complémentaire, politique poursuivie avec un taux de 47,8%*) des frais de prise en charge des soins sans possibilité de faire intervenir d'autres acteurs.

Facteur aggravant, l'Etat pénalise un dispositif de financement relatif à la prise en charge de l'innovation laquelle peut être source de prises en charge des patients plus ciblées et donc plus pertinentes. Il conviendrait 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 aussi considérée comme un investissement.

On ne peut demander aux établissements de santé de financer le reste à charge de ces procédures innovantes parce que notre système organisationnel ne permet pas de procéder à la validation des dites innovations dans des délais « raisonnables ».

Nous avons pris acte avec satisfaction de 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 +/- prescrits et sur la dynamisation du modèle RIHN. En effet, il est bien précisé que :

**→ 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**

Des mesures à venir avec une 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, nous adhérons pleinement à la cible poursuivie en termes de financement est un taux de couverture proche de 100%. Cependant, le calendrier de ces travaux doit être prioritaire à tout autre et être encore plus ambitieux.**

Des actions sont certes en cours et des signaux positifs sont notés. Le montant total pour 2021 est de 406 millions d'euros. (382 millions d'euros en 2020). Le taux de couverture 2021 est revenu 51% et en 2022, la répartition de l'enveloppe se fera sur 100% de l'activité 2021. La dotation RIHN (MERRI G03) est augmentée de 81,2 millions d'euros en 2022 afin de répondre aux objectifs du plan Innovation Santé 2030 annoncé en juin 2021 par le Président de la République, soit un montant total de 493,3 millions d'euros.

### 2.3 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.

Dans le cadre de la construction de la campagne tarifaire, une liste de GHS avait été identifiée comme posant difficulté en raison de consommables importants nécessaires à la prise en charge des patients mais non « captés » par les travaux ENC et donc par les Tarifs Issus des Coûts. Des correctifs sont donc opérés « manuellement » pour obtenir des niveaux tarifaires plus en adéquation avec la charge supportée par les établissements de santé.

Depuis, sauf erreur de notre part, cette liste n'a pas évolué. Pourtant, la problématique s'est amplifiée et de nombreux autres GHS sont concernés par la nécessité de recourir à des consommables à usage unique de manière croissante.

A titre d'exemple, les consommables pour les activités suivantes :

INDICATIONS	GHM	GHS	COUT Usages Uniques
PROSTATECTOMIE Coelio	12C111	4549 : 3 640€41	1 398 €
PROSTATECTOMIE ROBOT 2 BRAS	12C111		1 919 €
PROSTATECTOMIE ROBOT 3 BRAS	12C111		2 249 €
NEPHRECTOMIE COELIO	11C021	4112 : 4 077€17	1 435 €
NEPHRECTOMIE ROBOT 3 Bras	11C021		1 956 €
NEPHRECTOMIE ROBOT 3 Bras	11C021		2 286 €
CYSECTOMIE COELIO	11C041	4120 : 1 384€18	1 889 €
CYSECTOMIE ROBOT 2 bras	11C041		2 411 €
CYSECTOMIE ROBOT 3 bras	11C041		2 741 €

- ☞ **Une reprise de ces travaux nous apparait indispensable et urgent face à l'évolution des pratiques et notamment des innovations technologiques des prises en charge. Des actions doivent pouvoir être opérées dès le 1<sup>er</sup> mars 2023.**

#### Tarif des défibrillateurs

Lors de la pose d'un défibrillateur (hors chirurgie cardiaque), le coût du défibrillateur est inclus dans le GHS. Or, certains fabricants facturent à l'établissement à un prix supérieur au GHS lui-même.

- Exemple : RDF046C Défibrillateur Gali DF1 – 14 850 euros alors que le GHS est à 14 243.26 euros...

- ☞ **La prise en compte de cet élément de valorisation est à prendre en compte dans la valeur du tarif du GHS au 1<sup>er</sup> mars 2023.**

## Revalorisation du GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en rythmologie

Nous vous avons adressé cette demande en décembre 2018. La demande détaillée sera reprise dans un document Retex à venir. Nous avons bien noté lors des réunions du Comité Technique plénier MCO du 02/07/2019 et du 22/10/2019 que cette demande figurait dans les travaux en cours de l'ATIH et nous vous en remercions.

- ☞ **Ce point doit être repris après deux années marquées par la COVID pour une mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars 2023.**

### **4. Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement**

#### Le cas des MERRI « Recherche Clinique » - Dotation Socle.

Nous demandons que toute évolution de ce modèle de financement MERRI « Recherche Clinique », comme d'autres en la matière, fasse l'objet de véritables débats en toute transparence, dans le respect de l'ensemble des acteurs parties prenantes et, en veillant à une équité de traitement desdits acteurs et en leur apportant une visibilité pluriannuelle.

Nous avons adhéré à toutes discussions et échanges dans le cadre notamment du Groupe de travail qui a été mise en place à cette fin avec la désignation d'Experts.

Nous tenons à vous adresser nos remerciements pour avoir mis en œuvre cette démarche de réflexion sur la réforme du financement de la dotation socle. Nous vous remercions également pour votre transparence sur le caractère parfois partagé des experts sur les orientations à retenir.

- ☞ **Cependant, nous regrettons vivement certaines orientations prises à l'issue de ces travaux qui, de notre point de vue, ne répondent pas aux enjeux en matière de développement de la recherche et publications pour le système de santé qui se doit de prendre en considération les évolutions de pratiques et des outils à disposition.**

Nos remarques sur la réforme du financement du modèle SIGAPS-SIGREC s'appuient sur trois natures de réponses.

Tout d'abord, d'une manière générale, afin d'assurer un minimum de stabilité et de visibilité aux établissements de santé, la date d'application d'un « nouveau » modèle de financement ne peut s'appliquer sur des données antérieures à la date de la prise de connaissance de celui-ci par les acteurs concernés. Dès lors, compte-tenu du processus de prise en compte des données, la date de mise en œuvre est au moins « 2024 sur les données exportées en 2023 ».

Ensuite, plus spécifiquement, les indicateurs socles revêtent une autre dimension que celles de la production de points SIGAPS/SIGREC. Nous tenons à rappeler que les GCS répondent déjà à l'ensemble de ces obligations par l'existence de la convention constitutive du GCS, la tenue des assemblées générales annuelles, et la remise du rapport annuel aux ARS de rattachement. Dès lors, de notre point de vue, ces 3 éléments répondent aux exigences des indicateurs socles. Il n'y a donc pas de lieu de produire d'autres documentations que celles existantes pour répondre à cette exigence.

Enfin, nous réitérons notre interrogation, voire notre incompréhension, et dès lors notre opposition ferme sur le recours à un indicateur d'inclusion comme critère exclusif, même réduit à 1 par an. En effet, trois facteurs sont défavorables au recours à cet indicateur.

Le premier réside dans le fait que nous sommes en 2022 dans un environnement où la « data science » a pris et va continuer à prendre une place massive et prépondérante. Elle fait également l'objet d'un soutien au plus haut niveau de l'Etat (discours du Président de la République du 12 mars 2022), le recours à ce critère d'inclusion revient à exclure des établissements de santé fortement impliqués dans des actions de recherches-publications. Il ne fait pas sens pour aborder et préparer les prochaines années et décennies.

Toute réforme du financement doit veiller à accompagner les évolutions de nos métiers et nos pratiques pour mieux soutenir nos établissements de santé dans leur développement et renforcer l'attractivité de notre pays en matière de recherches-inclusions et/ou recherches-publications. Utiliser un indicateur qui ne répond pas à cet objectif en n'étant pas aligné sur ces évolutions ne constitue en rien un critère d'appréciation de l'efficacité de la recherche mais au mieux un frein à son développement, au pire un découragement des acteurs qui souhaitent développer des projets. De plus, les professionnels de la recherche savent parfaitement qu'aujourd'hui, certaines activités telles que, par exemples, l'orthopédie et l'anesthésie, ont d'abord recours à la data avant toutes inclusions de patients. Le recours à la DATA constitue une alternative à l'inclusion permettant ainsi d'éviter de mettre le patient dans une situation d'essai clinique avec tout ce que cela signifie en termes de possibles effets sur sa santé physique et psychologique.

Le deuxième vise à rappeler que les publications interviennent à distance des inclusions. Nous pouvons donc nous retrouver dans la situation où une publication, effectuée sur la base d'inclusions réalisées les années passées, ne sera pas valorisée parce que l'année de la publication, il n'y aura pas d'inclusion. A nouveau, cela enlève tout le sens à une démarche de recherches-inclusions-publications.

Le troisième réside dans le fait qu'il existe d'autres actions possibles, non excluant pour les publications, si nous souhaitons mieux valoriser les démarches d'inclusions. En effet, à ce jour, la dotation socle est répartie entre trois enveloppes : 61% pour les publications, 15% pour les recherches-inclusions, et, 24% pour l'enseignement. Dès lors, une modification de cette répartition en faveur de ladite enveloppe recherches-inclusions permet aussi de répondre à l'objectif de valorisation de cette activité.

Nous terminons par le fait que cela générerait une charge administrative non efficiente tant pour les établissements de santé que l'administration, car la mise en place d'un tel dispositif exige une transparence totale avec une communication annuelle de la liste des établissements de santé groupés et dégroupés.

Concernant le sujet de la coopération, si nous partageons les objectifs, à savoir :

- La capacité du projet à structurer des coopérations durables entre acteurs de l'offre de soins avec une primauté donnée aux coopérations associant divers statuts d'établissements/offreurs de soins ville/hôpital,
- La mise en place d'une gouvernance et d'une organisation administrative et logistique adaptées aux objectifs et permettant d'accompagner la dynamique «projets» d'un accompagnement institutionnel,
- Le projet scientifique à long terme et sa capacité à dynamiser la recherche de l'ensemble des composantes de la coopération,

le point majeur, à notre sens, réside dans le fait que la coopération porte en elle plusieurs dimensions territoriales : la coopération peut être régionale, nationale voire internationale. Cette thématique de la coopération ne doit en aucun cas se limiter de manière exclusive à la notion d'un territoire de santé.

## **II. Des mesures pour adapter le financement des établissements de santé**

### **1. Un financement IFAQ cohérent garantissant une certaine continuité du modèle.**

Une réflexion doit être conduite sur ce qui doit être porté par le dispositif IFAQ et ce qui doit l'être par d'autres vecteurs de financement plus ciblés (à l'instar de ce qui est fait pour le financement des urgences). Par exemple, nous nous interrogeons sur la présence dans IFAQ d'indicateurs très ciblés sur une activité à l'instar d'ETE ORTHO. Ce type d'indicateur spécifique à une activité pourrait être pris en compte dans un autre cadre.

- ☞ **Nonobstant, le montant de l'enveloppe IFAQ doit poursuivre sa croissance pour atteindre au moins 1 milliard d'euros dès 2023. Pour plus de lisibilité des modèles de financement, la rémunération à la qualité doit se diffuser au sein des autres compartiments de financements afin d'éviter une complexité grandissante du modèle IFAQ et tenter d'éviter un effet « boîte noire ».**

Par ailleurs, nous renouvelons notre demande portant sur le fait que la répartition de cette enveloppe IFAQ, répartie en fonction des poids économiques des différents groupes de comparaison et les établissements de santé, prenne en compte les honoraires des praticiens libéraux (valorisation issue des bordereaux Cerfa S3404 – partie basse) afin de veiller à une allocation s'appuyant sur un périmètre semblable pour tous les établissements de santé.

### **2. Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2022**

Des éléments très détaillés sont en cours de constitution avec l'aide des Médecins DIM et seront adressés avant le 30 septembre 2022.

### **3. Pérenniser les actions sur l'Obstétrique en lançant une réforme de financement des maternités** permettant notamment la prise en compte des urgences gynécologiques et, d'une manière générale, une vision plus globale de la prise en charge de la parturiente, du nouveau-né et du père dans le cadre des actions développées du projet 1000 jours.

- ☞ **La FHP-MCO a mis en place un groupe de travail accompagné d'un cabinet de conseil et sera en mesure d'effectuer des propositions concrètes et détaillées au premier trimestre 2023.**

4. **Financement des transports – Article 80** : des aménagements du dispositif mis en place sont nécessaires en particulier les moins de 48 heures et longues distances.

Outre la question des transports pour séance, le dispositif actuel est contre incitatif pour les prestations de soins de moins de 48h00.

☞ **Il conviendrait d'adopter un financement similaire aux transports pour séances pour l'ensemble des PIA et PIE de moins de 48h00. Très concrètement :**

- **Modalité et circuit de facturation identiques pour toutes les modalités de séance en dialyse sur la base de l'existant pour le centre.**
- **Modalité et circuit de facturation identiques pour toutes les prestations de moins de 48h00 (séance, y compris séance de caisson hyperbare, et autres prestations donnant lieu à GHS ou facturation de forfaits techniques et honoraires d'Equipements Matériels Lourds, ...), à savoir, facturation d'un TSE.**

5. **Prestation Inter-établissements (PIE) de moins de 48 heures** : mettre fin à l'absence de règles de facturation.

Depuis la mise en place de la T2A, assez étonnamment, la question des règles de facturation pour des PIE a toujours été renvoyé à un accord entre les acteurs de terrain. Dans les faits, lorsqu'un établissement de santé privé est en situation de demande face à une autre structure monopolistique, il se voit imposer une facturation s'appuyant sur la valeur des TJP. Bien souvent, les montants facturés viennent obérer, et souvent dépassent, les ressources liées au GHS du séjour pris en charge.

Extrait de la pratique de facturation actuelle.

*« Si le transfert a une durée inférieure à 2 jours*

*Le séjour du malade n'est pas interrompu, dans ce cas il n'y a qu'un support de facturation (S 3404) émis par A et contenant un seul GHS incluant la prestation de B. L'établissement A indique E (pour échanges de plateaux techniques) ainsi que le n° de l'établissement prestataire (1 ou 2). Il appartient à A de payer la prestation de B qui sera fixée contractuellement entre eux. »*

*.../...*

*Cas de transfert de plus de 2 jours avec retour dans A :*

*Dans ce cas, un troisième épisode est effectué par A qui indique T (transfert) et le N° de l'établissement destinataire (1 ou 2) au départ du malade et R (pour retour) et le N° de l'établissement qui a réalisé le retour (1 ou 2).*

*L'établissement B indique T (transfert) ainsi que le N° de l'établissement d'origine pour indiquer le transfert vers A.*

*Pour le troisième épisode de soins (retour dans le GHS de A) le tarif perçu par A sera minoré. La facturation de ce troisième épisode de soins, peut être effectué soit sur le bordereau du 1er épisode (GHS de A minoré) soit sur un bordereau différent. »*



Par ailleurs, il est nécessaire de simplifier l'arrêté prestation.

« Lorsqu'un patient hospitalisé en établissement de santé est pris en charge, pour une durée inférieure à deux jours, dans un autre établissement relevant du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire sont facturées par l'établissement d'origine. Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine.

Par exception aux dispositions du premier alinéa, lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z, chaque établissement facture sa prestation. »

- ☞ **Nous demandons que chaque établissement puisse facturer sa prestation. Dit autrement, que l'exception décrite devienne la règle. Cette mesure vise à simplifier les circuits de facturation aujourd'hui complexe notamment pour les centres de dialyse qui peuvent, en fonction des modalités, soit facturer un GHS, soit un forfait en D.**

## 6. Faire évoluer le forfait MRC

Concernant l'analyse des données 2021, nous tenons à vous rappeler de disposer d'une évaluation du dispositif pour notamment connaître le nombre d'établissements entrants et sortants du dispositif en 2021, ainsi que l'impact sur la facturation des forfaits MRC du nombre de consultation de néphrologues, diététiciens et IDE (combien de forfait au taux plein et avec minoration).

Nous soulignons également le besoin d'analyse complémentaire concernant les causes des décès qui sont le mode de sortie le plus fréquent du forfait.

Enfin, nous avons une interrogation d'un adhérent de Mayotte qui s'étonne de l'année blanche en 2020 car des données ont bien été transmises pour cette période 2020.

Concernant les demandes d'évolution des professionnels intervenant dans le parcours, nous partageons la demande de permettre plus de latitude sur le 3<sup>ème</sup> professionnel obligatoire pour la facturation du forfait MRC à son taux plein, tout particulièrement en cette période de pénurie de ressources humaines. Ces forfaits de paiement au suivi ont été mis en place en vue de permettre une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle, qui suit le patient dans la durée. Aussi, nous ne discutons pas l'obligation des 3 consultations d'intervenants différents sur l'année dont le néphrologue et l'IDE mais il nous semble que le 3<sup>ème</sup> intervenant doit être adapté à la situation du patient et qui de facto tient compte du parcours au sein du forfait et ainsi d'offrir plus de pertinence et de latitude dans l'accompagnement.

Concernant le compartiment dédié à la qualité et plus particulièrement les modalités d'allocation de l'enveloppe entre les établissements :

Nous partageons la proposition d'une montée en charge progressive avec des modalités qui prennent en compte, dans un premier temps, la qualité du codage et l'exhaustivité de la transmission d'information. En effet, l'exhaustivité et la qualité des données sont des préalables indispensables pour avoir des indicateurs robustes. Par ailleurs, il s'agit également de la démarche qui a été adoptée dans le cadre de la réforme du financement des urgences, ce qui contribue à une cohérence des évolutions apportées au modèle de financement et apporte plus de lisibilité pour les établissements.

Cependant, les indicateurs qualité pressentis pourront être revu quand l'exhaustivité et la qualité des données se seront suffisamment améliorées pour utiliser des indicateurs de résultat.

Par ailleurs, nous tenons à vous rappeler notre position visant à conserver une méthodologie similaire des différents modèles d'allocation de ressources de la qualité en prenant en compte ainsi les deux dimensions de niveaux atteints et d'efforts. Il faut assurer le maintien de grandes orientations à toutes les modalités d'allocation de ressources à la qualité.

☞ Enfin, **nous souhaitons vous rappeler notre demande d'un compartiment financement qualité en sus des éléments de financements existants.**

Actuellement, les tarifs du forfait MRC sont sous calibrés en regard du cahier des charge auquel les établissements de santé doivent répondre, en conséquence, et afin que la rémunération à la qualité soit incitative, cette rémunération qualité doit se faire en sus du forfait. En effet, comme tous les acteurs, nous vous alertons sur l'insuffisance du montant forfait MRC au regard notamment des exigences croissantes. **Il convient de procéder pour 2023 à une nouvelle évaluation des coûts engendrés par le cahier des charges attaché à ce forfait MRC et en tirer toutes les conséquences sur la valorisation dès 2023.**

## **7. VALORISATION DES SEJOURS INCA SENOLOGIE LORS DE REFONTE DE LA CMD 09 C**

Comme vous le savez, une refonte de la classification des GHM est intervenue en 2022. Celle-ci était annoncée de longue date. Nous avons des remontées d'informations de nos établissements de santé qui sont convergentes.

Ce n'est pas la modification de la classification qui fait l'objet de remarques mais bien la valorisation des GHS qui en est issue. D'une manière générale, les données suivantes nous sont transmises.

- racine 09C04 « Mastectomies totales pour tumeur maligne » -- > baisse de -14% entre la v2021 et la v2022 sur les données (mars-déc. 2021)

- racine 09C05 « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne » -- > baisse de -23% entre la v2021 et la v2022 sur les données (mars-déc. 2021) »

☞ **Nous devons collectivement entendre ces retours qui portent sur une activité sensible afin de pouvoir procéder à des corrections dès le 1<sup>er</sup> mars 2023.**

## **8. Evolution du modèle de financement des urgences en 2023**

À la suite de la mise en œuvre des nouveaux forfaits et suppléments Urgences à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022,

☞ nous partageons la nécessité de travailler sur les sujets suivants qui ont été identifiés comme nécessitant la réalisation de travaux complémentaires :

- **Pédiatrie :**
  - Enjeu : mieux identifier les lourdeurs de prise en charge et prise en compte dans les suppléments urgences
- **Rémunération des urgentistes ex-OQN :**
  - Question de l'application des forfaits et suppléments « urgentistes » aux passages **suivis d'hospitalisation** ;
  - Enjeu : améliorer la cohérence des rémunérations pour les urgentistes libéraux en fonction des différences de lourdeur de prise en charge entre passages suivis d'hospitalisation et non suivis d'hospitalisation ;
    - Les autres professionnels libéraux ne seraient pas concernés : poursuite de la facturation des actes NGAP et CCAM en lien avec les passages suivis d'hospitalisation.
- **Liste d'actes du supplément CCMU 2+ :**
  - Identification *a posteriori* d'éventuels actes qui ne seraient pas pris en compte actuellement, mais qui pourraient intégrer la liste d'actes CCMU 2+.

## **9. Réformer le financement des activités de médecine.**

La pandémie COVID 19 a conduit à reporter à deux reprises les projets de réformes de financement des services de médecine (dotation socle et dotation populationnelle).

Cependant, ces projets ne prennent pas en compte une problématique spécifique aux établissements de santé Ex-OQN : la réalité de la charge de la rémunération des médecins salariés au sein des services de médecine.

Si des dispositions législatives ont permis d'avancer sur ce sujet, elles se révèlent insuffisantes pour compenser le coût des rémunérations des médecins salariés.

*Pour mémoire, l'activité des médecins salariés peut être facturée que cette activité concerne des patients hospitalisés ou non, et le support de facturation est le bordereau S3404.*

*En 2009, La Loi HPST a permis de prévoir la récupération des honoraires lorsque le médecin est salarié au sein de nos établissements. Ainsi, les cliniques peuvent facturer dans la partie basse du bordereau S3404 les honoraires correspondant aux actes ou consultations des médecins salariés délivrés au cours d'un séjour hospitalier. Sont concernés tous les actes cliniques et techniques réalisés en relation avec les prestations d'hospitalisation et des soins suivantes : GHS, GHT, Forfait D, ATU, FFM, APE, SE. Il peut s'agir d'acte CCAM, et de la NGAP pour les actes qui continuent à en relever y compris le C 0,8.*

*Cependant, l'activité spécifiquement externe ne pouvait pas être facturée par les établissements au titre de l'activité des médecins salariés. L'article 41 de la LFSS 2014 a introduit une modification de l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale qui autorise les établissements de santé privés à facturer les actes et consultations externes (ACE) réalisés par leurs médecins salariés. La facturation de ces actes et des consultations externes (ACE) se fait via la norme B2 et le bordereau S3404 et non via la feuille de soins utilisée par les praticiens libéraux, qui n'est pas le support utilisé par les établissements de santé.*

- ☞ **Aussi, nous proposons que, lors de la relance des travaux sur la réforme du financement des activités de médecine en 2023, la possibilité soit offerte aux établissements de santé privés Ex-QQN de procéder à la facturation d'un GHS « tout compris », c'est-à-dire avec la valorisation réelle de la charge de la rémunération des médecins salariés, permettant ainsi de couvrir lesdits frais réels. En contrepartie, ledit établissement de santé Ex-QON s'engage à ne plus procéder à la facturation des honoraires telle que prévue par les dispositions législatives en vigueur.**

#### **10. Requalifier le financement des Unités de Soins Palliatifs**

Nous renouvelons notre demande sur la question du financement des soins palliatifs, et, en particulier des Unités de Soins Palliatifs.

Lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à la production du GHM de soins palliatifs, avec ou sans acte (23Z02Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- Le GHS 7994 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- Le GHS 7993 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- Le GHS 7992 dans les autres cas.

Tableau n°4  
Liste des GHS relatifs aux Soins Palliatifs

<b>GHS</b>	<b>Tarifs</b>	<b>GHM</b>	<b>Libellé</b>
7991	450€42	23Z02T	Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée
7992	3203€65	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (autres cas)
7993	4162€08	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (LISP)
7994	4802€26	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte (Unité)

Le taux de 50% pour le GHS 7994 majoré n'est pas suffisant pour couvrir les charges découlant des exigences de cahier des charges des ARS, à savoir :

« L'USP fonctionne avec les personnels suivants pour 10 lits : 1.5 ETP de médecin de plein exercice, 1 ETP de cadre de santé, 8 ETP d'IDE, 7 ETP d'aide-soignant(e)s, 2 ETP d'ASH, 0.5 ETP de secrétaire, 1 ETP de psychologue, 0.5 ETP de kinésithérapeute et 0.5 ETP d'assistante social. »

- ☞ **Afin de prendre en compte le juste coût, la majoration du GHS Majoré 7994 (Soins Palliatifs en Unité de Soins Palliatifs) doit être portée au moins à 70%.**

### **11. Hébergements temporaires non médicalisés pour patients (HTNM)**

#### **Pour mémoire :**

*Généralisation des hébergements temporaires non médicalisés pour patients – Article 59 LFSS 2021*

*La LFSS pour 2021 a créé un nouvel article dans le code de la santé publique pour permettre aux établissements de santé de proposer un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge et selon des critères d'éligibilité.*

*Cette prestation pourra être proposée en interne dans l'établissement ou déléguée à un tiers par voie de convention. Cette généralisation intervient à la suite d'une expérimentation menée depuis 2017 et qui a démontré l'atteinte des objectifs poursuivis en termes d'organisation des parcours et de satisfaction des patients.*

*Un accompagnement financier pour aider au lancement de cette activité est prévu sur les trois premières années ainsi qu'une évaluation au terme des deux premières années de vie du dispositif.*

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. Celui-ci précise qu'un forfait à la nuitée de **80 euros** est mis en place pour toute activité réalisée entre le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 31 décembre 2023.

- ☞ **Il convient donc de procéder en 2023 à l'évaluation du dispositif et en tirer toutes les conséquences à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour éviter toute rupture de financement dans le dispositif.**

**12. Actualiser l'annexe 2 de l'instruction gradation est caduque avec la réforme des urgences.**

- ☞ **Au regard de l'évolution du modèle de financement des urgences, une actualisation de l'instruction gradation des soins est nécessaire pour prendre en compte ces évolutions.**

**Extrait**

**1. Forfait accueil et traitement des urgences (ATU)**

*Dans le cas de l'urgence autorisée, chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation donne lieu à facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU). Le forfait « ATU » vise, complémentirement au forfait annuel urgences (FAU), à couvrir les dépenses résultant de la prise en charge diagnostique et du traitement des patients admis dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé autorisés à exercer la médecine d'urgence.*

*Ainsi que le précise l'article 13 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé, le forfait ATU est facturé à l'occasion de chaque passage aux urgences dès lors que :*

- des soins non programmés sont délivrés au patient ;
- le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation au sein de l'entité géographique dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans une autre unité de l'établissement.

*Peuvent être facturés en sus du forfait « ATU » :*

- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;
- les honoraires médicaux ainsi que les honoraires des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) pour les établissements de santé mentionnés aux d et e du même article ;
- les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. Ne peuvent pas être facturés en sus du forfait « ATU » ;
- les actes médico-infirmiers (AMI)

*Ce forfait, ainsi que les actes, consultations ou honoraires associés, ne sont pas facturables :*

- lorsque le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation au sein de l'établissement, en UHCD ou dans autre unité de MCO de la même entité géographique ;
- en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation : forfaits « SE », « PO », « FFM », « APE ».

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

### **a) Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing**

Nous renouvelons notre demande relative au fait d'octroyer des marges de manœuvre supplémentaires aux établissements de santé dans un environnement économique contraint.

Le « Reprocessing » (ou « Retraitement des dispositifs médicaux » en français) consiste à désinfecter, nettoyer, remettre en état / refabriquer, tester fonctionnellement, emballer, stériliser des dispositifs médicaux réputés usage unique, conformément aux standards internationaux. Il répond à une démarche industrialisée de qualité, nécessitant l'éventuel changement de composants dans le but de satisfaire les tests fonctionnels. C'est un métier à valeur ajoutée réalisé par des entreprises spécialisées.

A l'étranger, le Reprocessing :

- Existe depuis plus de 20 ans aux Etats-Unis notamment,
- Est réalisé sur des dispositifs médicaux ou chirurgicaux,
- Est pratiqué à grande échelle aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suède...
- Répond à des exigences de fabrication au moins égales à celles des fabricants d'origine,
- A reçu l'avis favorable de la FDA et du GAO aux Etats-Unis après analyse des événements indésirables recensés,
- Permet de réduire les dépenses de santé de façon significative,
- Contribue activement au développement durable en limitant la production de déchets et le bilan carbone des DM consommés.

En France, le Reprocessing :

- N'est pas autorisé à ce jour, ni au sein des établissements de santé ni en externalisation
- Permettrait de réaliser des économies substantielles pour les établissements publics et privés qui le souhaitent (économie d'environ 50% sur le prix neuf) en créant une compétition sur des marchés trop souvent en monopole,
- Donnerait un plus large accès à des matériels innovants aux patients du fait des économies générées,
- Serait générateur d'emplois en France,
- Réduirait le volume de déchets non revalorisés des établissements de santé.

## b) Démarche de pertinence (Article 64 de la LFSS 2020)

Si l'on fait référence à quelques définitions :

### Selon l'Académie Nationale de Médecine

« La pertinence est la qualité de ce qui est approprié à son objet. L'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est le plus adapté et le plus efficace. .... Elle est la base de la médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au meilleur coût. »

### Selon la HAS

« Une pratique appropriée est une pratique qui respecte au moins quatre principes fondamentaux :

- La bienfaisance : efficacité et utilité
- La non-malfaisance : iatrogénie et inutilité
- L'autonomie du patient : information et décision partagée
- La justice sociale : soutenabilité et égalité d'accès aux soins. »

En pratique, la pertinence c'est :

- ✓ Ce qui est **fait à tort** mais aussi **ce qui n'est pas assez fait**
- ✓ **Actes**, mais **pas seulement** (iatrogénie médicamenteuse, prescription de kinésithérapie, d'imagerie, d'arrêts de travail, ...)
- ✓ Pertinence d'un traitement, **mais aussi de l'environnement** (ex : chirurgie ambulatoire, hospitalisation inadéquates...)

A terme

- ✓ Pertinence du parcours **optimisation des parcours de soins ville/Hôpital/ médico-social**
- ✓ Financement à l'épisode de soins, au parcours, value based care

☞ **La pertinence doit être avant tout une méthode d'animation des professionnels au niveau national et régional en s'appuyant sur les outils existants :**

- ✓ Réactiver le groupe technique national Pertinence rassemblant la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), et la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi qu'à celui de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)
- ✓ PAPRAPS
- ✓ Atlas des variations des pratiques
- ✓ Outils de repérage (mais pas à charge !) : données d'analyse sur l'hospitalisation, indicateurs de ciblage
- ✓ Outils pour l'accompagnement : mémo de bonne pratique via les CNP / Société Savantes
- ✓ Recommandations HAS « pertinence »
- ✓ Guide méthodologique à destination des ARS