



24^{ème} Club des Médecins DIM

Jeudi 30 mars 2023

Nous remercions notre partenaire :





Questionnaire de satisfaction

- ✓ Envoi par mail à venir
- ✓ Merci d'avance de nous le retourner

ORDRE DU JOUR

➤ Présentation des orientations de la Campagne tarifaire MCO 2023

Claire-Lise BELLANGER-MAUFFRET, adjointe à la sous-directrice, Sous-direction de la régulation de l'offre de soins, **le Bureau R1 (synthèse organisationnelle et financière)**, ainsi que **le Bureau R4 (Prises en charge post-aigues, pathologies chroniques et santé mentale) - DGOS**

➤ Nouveautés liées à l'Information Médicale en 2023 et perspectives

Le service CIM-MF Classifications, information médicale et modèles de financement – ATIH

➤ Point d'actualité MCO

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





Point d'actualité MCO

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

FHP-MCO

Retour d'expériences : Anomalies de groupage

○ Retour d'expériences :

- 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
- Dans le cadre des travaux classificatoire et des travaux relatifs à la campagne tarifaire

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

⇒ une «Fiche retour d'expériences» vous sera transmise en même temps que le questionnaire de satisfaction

⇒ Transmettez les nous à l'adresse : laure.dubois.mco@fhp.fr



Point d'actualité MCO

- Campagne tarifaire 2023 : liste en sus médicament et DM
- Finalisation de la réforme du financement des urgences
- Attente du débouclage de la C4
- La Réforme des autorisations : Etude d'impact
- Décret DIM
- ADNP
- Réforme du financement T2A
- MRC : évolutions 2023
- IFAQ
- Réforme de la télésurveillance : Concertation TLS - forfait « opérateurs »

Campagne tarifaire 2023 : Listes en sus Médicaments et DM

2023 : La Politique de « gribouille »

Confirmation de la politique du « ni GHS, ni liste en sus » avec mise en place d'une enveloppe AC de 41 millions (31 millions MCO et 10 millions HAD) alors que les montants 2021 en jeu atteignent 90 millions hors EMI et ETI estimé à 25 millions d'euros.

Principes de répartition de la AC MCO pour les radiations 2023 (1/4) :

- Un accompagnement en 2023 des établissements les plus impactés par la radiation, au travers d'une AC :
 - 31 M€ pour le secteur MCO versés en 2023 et non reconductible avec une **répartition DM/MED proportionnelle aux montants remboursés** hors EMI (ou montant issu des nouveaux tarifs des DM), soit :
 - Enveloppe DM : 9,3 M €
 - Enveloppe MED : 21,7 M€
 - 10 M€ pour le secteur HAD

Principes de répartition de la AC MCO pour les radiations 2023 (2/4) :

- Principe d'exclusion du financement AC des établissements avec les plus faibles montants remboursés dans chaque catégorie (DM, MED)
- 2 scénarii proposés (arbitrage en mars 2023) :
 - Scénario 1 : Seuil d'exclusion à 50k€
 - Scénario 2 : Seuil d'exclusion à 75 k€

Une répartition de l'enveloppe sur les ES sélectionnés au prorata du montant remboursé LES (base de données 2022) sera effectuée avec une délégation qui sera faite lors de la première circulaire budgétaire 2023.

Principes de répartition de la AC MCO pour les radiations 2023 (3/4) :

Dans l'attente des données 2022, voici les résultats sur la base des données 2021 :

- 86 établissements de santé Ex-OQN identifiés pour les DM (les deux DM confondus pas de distinction entre les deux)
 - Scénario 1 : Seuil d'exclusion à 50k€ - 44 établissements de santé Ex-OQN éligibles.
 - Scénario 2 : Seuil d'exclusion à 75 k€ - 30 établissements de santé Ex-OQN éligibles.
- 168 établissements de santé Ex-OQN identifiés pour les médicaments
 - Scénario 1 : Seuil d'exclusion à 50k€ - 21 établissements de santé éligibles Ex-OQN éligibles.
 - Scénario 2 : Seuil d'exclusion à 75 k€ - 11 établissements de santé ex-OQN éligibles.

Principes de répartition de la AC MCO pour les radiations 2023 (4/4) :

En définitive, c'est un scénario intermédiaire qui a été arbitré en retenant un seuil de compensation à partir de 65K€ (Deux scénarii avaient été proposés : un seuil à 50K€ et un autre à 75K€).

Dès lors, 16 établissements de santé Ex-OQN sont éligibles pour être accompagnés au titre des médicaments et 45 établissements de santé Ex-OQN au titre des DM (liste des établissements non communiquée à ce stade).

Mesures de radiation 2024 (1/3)

Par ailleurs, nous ont été présentés les projets de radiation pour 2024 en annonçant **la possible pérennité de la politique du « ni GHS, ni liste en sus » avec une « simple » enveloppe AC d'accompagnement l'année de la radiation.**

Alors que nous dénonçons l'insuffisance de financement au sein des GHS pour les nouvelles techniques de prise en charge (robots et autres), il serait donc demandé dans les années à venir aux établissements de supporter le coût de la radiation des médicaments et DM actuellement sur la liste en sus.

Mesures de radiation 2024 (2/3)

Catégorie de DM	Titre LPPR	Motif de radiation
Endoprothèses carotidiennes	Titre III	Coût du produit par séjour < 30% du montant des GHS
Implants d'embolisation liquide		
Ballons actifs périphériques	Titre V	Coût du produit par séjour < 30% du montants des GHS

Mesures de radiation 2024 (3/3)

DCI	Spécialités	Indications courtes	Motif de radiation
Acide carglumique	CARBAGLU UCEDANE ACIDE CARGLUMIQUE WAYMADE	Hyperammoniémie	Usage majoritaire en dehors d'une hospitalisation
Emicizumab	HEMLIBRA	Hémophilie A	
Lanadelumab	TAKHZYRO	Angioedème	
Eftrenonacog alfa	ALPROLIX	Hémophilie B	

Finalisation de la réforme du financement des Urgences

Réforme du financement des urgences

Création d'un nouveau forfait et de deux nouveaux suppléments : ➤ **Forfaits Pédiatrie**

La spécificité de prise en charge des 0 - 3 mois (taux d'hospitalisation plus élevé que les autres tranches d'âge parmi les 0 - 15 ans) entraîne la création d'un forfait FU0 pour cette classe d'âge

➔ Restriction du périmètre d'application du FU1 à la population âgée entre 4 mois et 15 ans

Sur la base du regroupement des DP en 3 familles, en fonction de la lourdeur de prise en charge (famille 1 > famille 2 > famille 3), création de 2 suppléments en sus du FU0 et FU1 :

PE1 : déclenché par un DP de la famille la plus sévère (famille 1)

PE2 : déclenché par un DP de sévérité intermédiaire (famille 2)

Réforme du financement des urgences

➤ Forfaits Pédiatrie

- **FU0** : Correspond à un forfait âge pour [0 - 3 mois]. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.
- **FU1** : Correspond à un forfait âge pour [4 mois - 15 ans]. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.
- **PE1** : Correspond au supplément de la famille de diagnostic 1. Facturable en sus des FU0 et FU1 et suppléments. Un seul supplément par passage en sus d'un forfait âge. Pas cumulable avec PE2
- **PE2** : Correspond au supplément de la famille de diagnostic 2. Facturable en sus des FU0 et FU1 et autres suppléments. Un seul supplément par passage en sus d'un forfait âge. Pas cumulable avec PE1

En synthèse :

Des forfaits activité « socle » sont prévus en fonction de l'âge du patient. Cinq tranches d'âges sont définies et pour chacune d'elle un forfait consultation de base est associé :

- 0 < 3 mois : **FU0** « *Forfait consultation de base nourrisson de moins de 3 mois* »,
- 3 mois < 16 ans : **FU1** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°1* »,
- 16 < 45 ans : **FU2** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°2* »,
- 45 ans < 75 ans : **FU3** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°3* »,
- 75 ans et plus : **FU4** « *Forfait consultation de base tranche d'âge n°4* ».

Débouclage de la C4

Il y a un mois... la C4 représente 450 millions d'euros pour financer des mesures « planifiées » :

- Test/vaccins,
- Reliquat de MIG/MERRI notamment HTNM,
- Dotation qualité urgence,
- Hôpitaux de proximité,
- Prime soins critiques,
- Etc ...)

Finalisation de la campagne 2022

C4 2022

Présentation des principales mesures qui seront allouées dans l'ultime phase de délégation 2022

Crédits à déléguer dans le cadre du dernier arrêté de dotations régionales 2022	Total
Restitution de la sous-exécution aux établissements ex-DG	269 M€
Soutien exceptionnel aux établissements de santé en difficultés	78 M€
Financement des tests et vaccins COVID	120 M€
Dotation complémentaire dans le cadre de la réforme de financement de la psychiatrie	160 M€
Autres enveloppes fléchées sur crédits budgétés dans l'ONDAM ES	115 M€
Total de la délégation	742 M€

Ex : Dotation qualité urgences ;
Projets de recherche ;
Extension de la prime de soins critiques...

Calendrier de délégation :

- Transmission des arrêtés aux CPAM pour le 7 avril 2023 pour un versement aux établissements de santé au 20 avril pour les ex-DG et 5 mai pour les OQN

Réforme des Autorisations:

Etude d'impact *et Points d'attention*

Projet régional de santé / Implantations / Gradation

Pour mémoire, l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie comprend l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostic ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale ou intra-luminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Elle s'exerce suivant trois modalités :

- 1- Rythmologie interventionnelle ;
- 2- Cardiopathies congénitales hors rythmologie ;
- 3- Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

La modalité « rythmologie interventionnelle » comprend les mentions suivantes :

Mention A: chez l'adulte les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde ;

Mention B: chez l'adulte, en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites ;

Mention C: en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe ;

Mention D : en sus des actes autorisés en type C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.

Lors du recensement des besoins en région par les ARS, la lecture par les ARS de la mention C « *en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe* » est faite de la manière suivante : l'activité de rythmologie réalisés chez un enfant n'est pas inclusive.



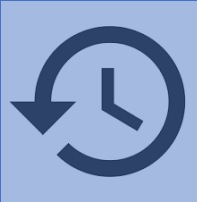
En d'autres termes, pour les ARS, un établissement réalisant *les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire* mais pas la rythmologie chez l'enfant peut se positionner sur une mention C.

Nouvelle autorisation pour les pacemakers

La réforme de l'activité de soins de cardiologie interventionnelle met en place une autorisation pour *les actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique et les actes de poses de pace maker mono et double chambre avec sonde.*



Les établissements réalisant cette activité, s'ils souhaitent la poursuivre, doivent demander une autorisation « Modalité Rythmologie interventionnelle – Mention IA ».

Avant	Après
<u>Activités de type 1</u> 50 procédures d'ablation endocavitaire hors ablation jonction atrio-ventriculaire 	a) <u>Mention A</u> : 50 actes dont 10 procédures diagnostiques* ; b) <u>Mention B</u> : 100 actes par an dont 50 actes d'ablation atriale droite ou atrioventriculaire, et 50 poses de défibrillateurs et/ou de stimulateurs multisites ; c) <u>Mention C</u> : 100 actes d'ablation atriale avec abord transeptal ; d) <u>Mention D</u> : pour les sites qui réalisent des actes de rythmologie chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe : 100 actes d'ablation atriale avec abord transeptal ou 100 ablations congénitales.

* Actes diagnostiques : explorations électrophysiologiques



<u>Mention A</u>	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 1A de l'établissement	286	169	457	32 622	19 822	52 444
Avec activité 1A avec un minimum de 50 actes	165	99	264	30 676	18 550	49 226
Mais parmi eux, ont déjà une autorisation	135	72	207	28 260	16 209	44 469
Atteignent le seuil de 40 poses + 10 examens diagnostiques	119	76	195	26 707	16 645	43 352

L'exigence d'associer 10 actes diagnostiques aux actes thérapeutiques exclut 26 % des établissements, qui produisent 18 % de l'activité. Il est à craindre que la mise en œuvre des nouvelles dispositions n'induisse de nouveaux comportements à propos des examens diagnostiques.



Mention B	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 1B de l'établissement (au moins 3 actes)	131	64	195	27 418	15 511	42 929
Établissements ayant à la fois 1B et 3	121	57	178	27 263	14 901	42 164
Avec activité 1B avec un minimum de 100 actes	83	49	133	25 944	15 281	41 225
Avec un minimum de 50 actes d'ablations atriales droites + 50 poses de défibrillateurs et ou de stimulateurs multisites	73	33	106	24 530	12 496	37 026
Établissements sans USIC et donc sans autorisation	9	1	10	241	37	278

La contrainte de développer également une activité de modalité 3 va exclure 17 d'établissements qui produisent 2 % de la totalité des séjours.

C'est surtout la contrainte relative à l'association des actes de pose d'appareils et d'ablation de foyers arythmogènes qui va impacter 20 % des établissements qui produisent 10 % des séjours.



<u>Mention C</u>	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 1C de l'établissement (au moins 3 actes)	73	46	119	17 459	14 283	31 742
Établissements ayant à la fois 1C et 3	73	45	118	17 459	13 644	31 103
Avec activité 1C avec un minimum de 100 actes	52	34	86	16 494	13 538	30 032
Établissements sans USIC	0	0	0	-	-	-
Établissements sans chirurgie cardiaque ou thoracique ou vasculaire	4	0	4	796	0	796

La condition « association activité 1C et 3 » est remplie par tous les établissements à une exception près⁶, et celle sur l'association avec de la chirurgie cardiaque ou thoracique ou vasculaire majeure est remplie par tous les établissements privés. Seuls 4 établissements publics ne répondent pas à cette condition.

<u>Mention D</u>	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 1D de l'établissement (au moins 3 actes)	35	12	47	595	133	728
Établissements ayant à la fois 1D et 3	35	12	47	595	133	728
Avec activité 1D avec un minimum de 100 actes	0	0	0	-	-	-
Établissements sans réanimation	0	2	2	0	24	24
Établissements sans chirurgie cardiaque	5	2	7	48	24	72

Tous les établissements associent les activités 1D et 3. Seuls 2 établissements privés (mais avec une très faible activité) n'ont pas d'unité de réanimation. Ce sont les deux mêmes établissements privés et 5 établissements publics qui ont réalisé des actes de type 1D sans disposer de chirurgie cardiaque, mais là aussi avec une très faible activité.

Avant	Après
<u>Activités de type 2</u> 40 actes sur l'ensemble des cathétérismes interventionnels dont 50 % au moins sur les enfants, soit 20 actes 	<u>Mention A</u> : 40 actes thérapeutiques relatifs à la prise en charge de cardiopathie congénitale ; <u>Mention B</u> : 80 actes thérapeutiques relatifs à la prise en charge de cardiopathie congénitale ;

Mention A

	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 2A de l'établissement (au moins 1 acte)	21	7	28	767	45	812
Avec activité 2A avec un minimum de 40 actes	8	0	8	642	0	642
Établissements sans réanimation	0	3	3	0	7	7

Ce recensement, nécessairement très partiel, témoigne tout de même de la rareté de ces situations, mais aussi que, pour les cas déjà identifiés, les prises en charge sont presque toujours réalisées dans des établissements disposant d'une unité de réanimation sur place.



<u>Mention B</u>	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité 2B de l'établissement (au moins 1 acte)	54	19	63	1 966	82	2 048
Avec activité 2B avec un minimum de 80 actes	7	0	7	1 542	0	1 542
Établissements sans réanimation	4	5	9	7	5	12
Établissement sans chirurgie cardiaque	15	8	23	150	11	161

Même s'il faut considérer ce recensement avec réserve, il apparaît que :

- les prises en charge sont assurées presque exclusivement en secteur public ;
- le respect de la condition relative à la présence d'une unité de réanimation est réalisé, au contraire de celui de la condition relative à l'autorisation de chirurgie cardiaque, surtout en raison d'un seul établissement : le CHU de Nice qui réalise 105 des 150 procédures recensées « hors chirurgie cardiaque ».

Activité minimale ➤ Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

Avant	Après
<u>Activités de type 3</u> 350 actes d'angioplasties coronaires	400 actes d'angioplastie coronarienne* ; + 15 fermetures de septum interauriculaires, <u>pour les sites qui réalisent cette activité.</u>



* + Actes d'artériographie coronaires (non soumis à seuil)

Activité minimale ➤ Modalité cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte

	Nb d'établissements			Nb de séjours correspondants		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Quelle que soit l'activité dilatation de l'établissement (au moins 10)	175	86	261	126 767	77 990	204 757
Avec un minimum de 400 dilatations	111	70	181	122 768	76 403	199 171
Établissements avec plus de 400 et sans USIC	0	0	0	-	-	-
Établissements faisant des angiographies sans faire de dilatation	24	8	32	472	1 922	2 394

98 % des dilatations du privé et 97 % de celles du public sont réalisées dans des établissements ayant une autorisation de cardiologie interventionnelle, et disposant d'une USIC.

Le passage de 350 à 400 lèse 3 établissements (2 publics et 1 privé), dont 2 sont très proches du seuil de 400.

Pour aller plus loin...

Données 2021 diffusées par la FHP MCO (fichier excel)

TOTAL		60883		49804		1114		3594		645		92		33129		13980		3			
		MODALITES		I - Rythmologie interventionnelle																	
		MENTION		Mention A				Mention A ou B				Mention B								IV	
		Seuil		Total Activité à Seuil = 50 actes dont 10 procédures diagnostiques				Hors Seuil				Hors Seuil				TOTAL activité à Seuil = 100 actes dont 50 actes d'ablation atriale droite ou atrioventriculaire, et 50 poses de défibrillateurs et/ou de stimulateurs multisites				Hors Seuil	
				Procédures diagnostiques (10)				A ou B suivant le type stimulation ou défibrillation		B: triple chambre Sinon A				Actes ablations atriales droites ou atrioventriculaires (50)		Poses de défibrillateurs et/ou de stimulateurs multisites (50)					
secteur	categ_detail	année	Rythmologie interventionnelle - A - OUI - Actes interventionnels d'électrophysiologie diagnostique	Rythmologie interventionnelle - A - OUI - Pose de pace maker mono et double chambre avec sonde	Rythmologie interventionnelle - A ou B - NON - A ou B suivant le type de stimulation ou de défibrillation	Rythmologie interventionnelle - A ou B - NON - B si triple chambre ; sinon A	Rythmologie interventionnelle - B - NON - Pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	Rythmologie interventionnelle - B - NON - Pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites (par assimilation)	Rythmologie interventionnelle - B - OUI - Ablations atriales droites et atrioventriculaires	Rythmologie interventionnelle - B - OUI - Pose de défibrillateurs et de stimulateurs multisites	Rythmologie interventionnelle - NON - Ablations ventriculaires										
YGF	CH	2021	8	17																	
YGF	CH	2021	93	32																	
YGF	CH	2021																			
YGF	CH	2021		1																	
YQN	Prive	2021	199	185		2					1										
YQN	Prive	2021																			
YGF	CH	2021	386	163	8	16	2		79	105											

Nouvel envoi dès la disponibilité des données 2022

Vigilance pour certaines spécialités

Pour mémoire, l'activité de soins de chirurgie pédiatrique consiste à la prise en charge des enfants de moins de 15 ans.

Deux exceptions ou dérogations :

- Les titulaires de la modalité «activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes» peuvent prendre en charge des enfants de moins de 15 ans pour la chirurgie ophtalmologique, la chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale, la chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et orale ainsi que pour la chirurgie plastique reconstructrice.
- Les titulaires de la modalité « activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes » peuvent prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur les pratiques thérapeutiques chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie gynécologique et obstétrique, chirurgie urologique, pour des prises en charge urgentes d'enfants de plus de trois ans relevant de ces pratiques thérapeutiques spécifiques. Pour ces situations, ils adhèrent au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique.

La notion d'urgence, précisée ci-dessus, pour un établissement n'ayant pas de SAU, doit correspondre à des prises en charge exceptionnelles, dans le sens, où la situation clinique de l'enfant ne permet pas dans un délai compatible avec sa prise en charge d'avoir recours à un établissement titulaire d'une autorisation de chirurgie pédiatrique.



En synthèse, un établissement réalisant des interventions en chirurgie urologique chez les moins de 15 ans et souhaitant maintenir son activité devra demander une autorisation de chirurgie pédiatrique. De même pour la chirurgie viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique et gynécologique et obstétrique.

Chirurgie pédiatrique : prise en charge de 1 an à 3 ans

Total de 68 550 séjours en 2019

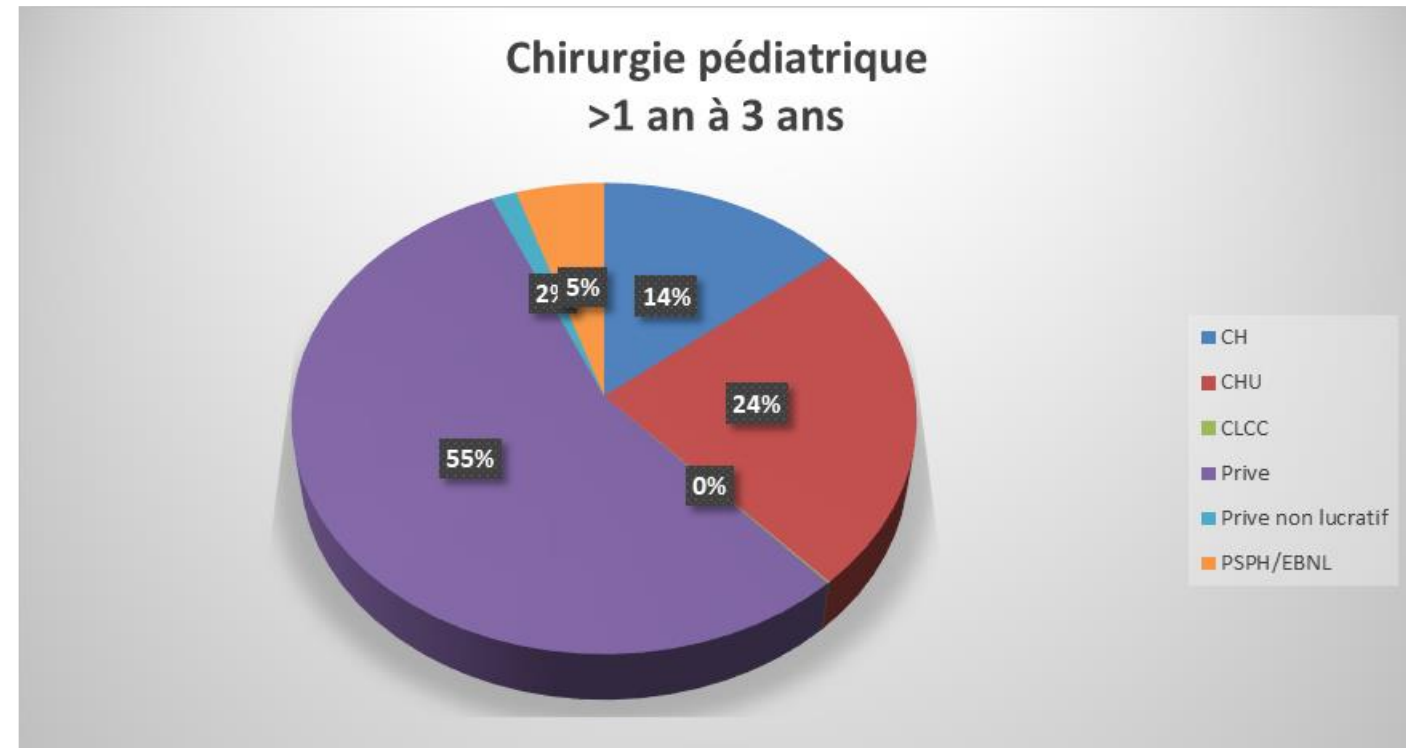
37 857 pour le secteur Privé

16 559 pour les CHU

9 671 pour les CH

3 424 pour les PSPH

983 pour les Privés non lucratifs



ghm_lib	TOP GHM représente 80% de l'activité	Nb_2019	PART
Total Circoncision, en ambulatoire		17865	47%
Total Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire		8186	22%
Total Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire		5271	14%

Chirurgie pédiatrique : prise en charge de 3 ans à 15 ans

Total de **293 051 séjours** en 2019

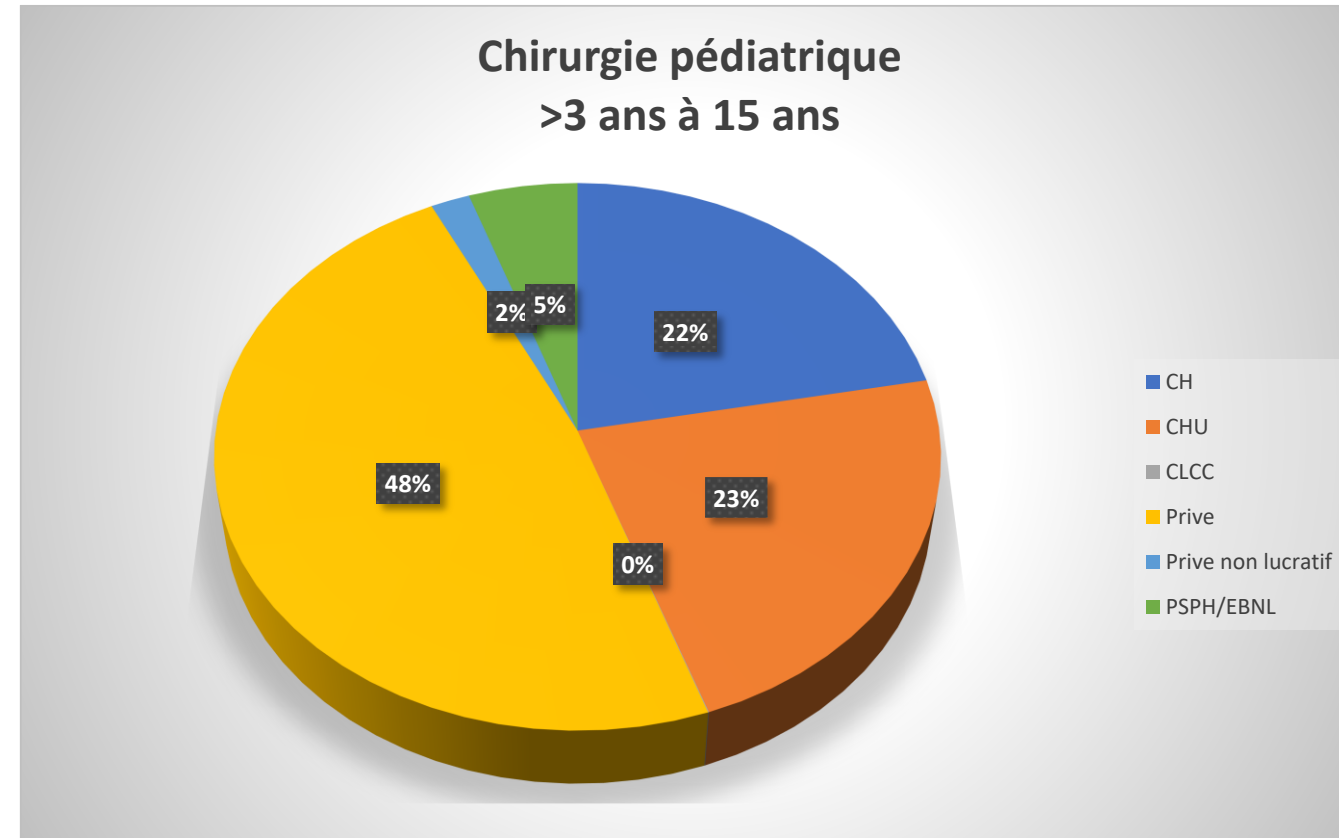
140 965 pour le secteur Privé

66 412 pour les CHU

64 407 pour les CH

15 563 pour les PSPH

15 563 pour les Privés non lucratifs



Chirurgie pédiatrique : prise en charge de 3 ans à 15 ans

TOP GHM représente 80% de l'activité



ghm_lib	Nb_2019	Part
Total Circoncision, en ambulatoire	27835	20%
Total Interventions sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	26199	19%
Total Interventions sur les amygdales, en ambulatoire	10691	8%
Total Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	10482	7%
Total Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	9965	7%
Total Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	4143	3%
Total Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	3654	3%
Total Interventions pour oreilles décollées, en ambulatoire	3375	2%
Total Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles, en ambulatoire	2884	2%
Total Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire	2814	2%
Total Interventions sur la bouche, en ambulatoire	2490	2%
Total Autres interventions sur la main, en ambulatoire	2213	2%
Total Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2188	2%
Total Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur, en ambulatoire	2185	2%
Total Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, en ambulatoire	2045	1%

Pour aller plus loin...

Données 2021 diffusées par la FHP MCO (fichier excel)

TOTAL							31 842	22 502	2 037	1 721	47 870	42 001
finess	rs	region	secteur	categ_detail	annee	_NAME_	Digestif	dont Digestif > 3 ans	Gynécologie - sein	dont Gynécologie - sein > 3 ans	Orthopédie traumatologie	dont Orthopédie traumatologie > 3 ans
010008407	CH DU HAUT BUGEY	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	15	15	1	1	34	34
010780054	CH BOURG EN BRESSE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	59	58			51	48
010780062	CH BUGEY SUD	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	22	22	2	2	28	28
010780195	CLINIQUE CONVERT BOURG-EN-B.	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	2021	nbre de séjours 2021	13	12			20	20
010780203	⚠ PITAL PRIVÉ D'AMBERIEU	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	2021	nbre de séjours 2021	27	27	3	3	24	24
020000063	CH DE SAINT QUENTIN	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	55	55	1	1	100	98
020000253	CH DE LAON	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	16	15			23	23
020000261	CH DE SOISSONS	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	39	39			42	41
020000287	CH DE CHAUNY	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	2	2				
020000360	CLINIQUE SAINT CHRISTOPHE	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive	2021	nbre de séjours 2021	1	1			2	2
020004404	CH DE CHATEAU-THIERRY	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	15	15			15	15
020010047	POLYCLINIQUE ST CLAUDE	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive	2021	nbre de séjours 2021	10	10			12	11
030780092	CH MOULINS YZEURE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	51	51	1	1	3	3
030780100	CH DE MONTLUCON NERIS-LES-BAIN	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	24	24	1	1	14	14
030780118	CH VICHY	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	2021	nbre de séjours 2021	18	18			36	36
030780548	POLYCLINIQUE PERGOLA - VICHY	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	2021	nbre de séjours 2021	16	16			20	20

Nouvel envoi dès la disponibilité des données 2022

Pour mémoire, la réforme des autorisations crée une autorisation spécifique pour la chirurgie bariatrique : L'activité de soins de chirurgie bariatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité.

Elle comprend les interventions chirurgicales définies par un arrêté du ministre en charge de la santé.

Une organisation doit assurer à chaque patient la délivrance d'un avis validant la prise en charge chirurgicale et qui est fondé sur une concertation pluridisciplinaire et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient.

Seuil d'activité

La réforme introduit, par site géographique autorisé, le respect d'une activité minimale annuelle fixée par un arrêté du ministre en charge de la santé : 50 actes par site et par an.

Dans le cadre d'une création, l'activité minimale annuelle est prévisionnelle pour la première année.

L'activité annuelle est établie par référence à certains actes mentionnés par un arrêté pris par le ministre chargé de la santé :

Pose, changement et repositionnement d'anneau ajustable	HFMC007, HFMA009, HFKC001, HFKA002, HFMC008, HFMA011
Court-circuit gastrique	HFCC003 et HFCA001
Gastrectomie longitudinale en manchon	HFFC018 et HFFA011
Gastroplastie verticale calibrée	HFMC006 et HFMA010
Court-circuit biliopancréatique ou intestinal	HGCC027, HGCA009, HFFC004 et HFFA001



Vigilance sur le seuil des actes pour les établissements

Dans le cadre d'une création, l'activité minimale annuelle est prévisionnelle pour la première année.

DATA
FHP-MCO

Etat des lieux – Chirurgie bariatrique PMSI 2021

400 établissements au TOTAL

250 atteignent le seuil de 50:
96 exDGF et 154 exOQN

150 n'atteignent pas le seuil de 50:
88 Ex-DGF et 62 Ex-OQN

Source PMSI 2021 / Sélection ES minimum 10 séjours

Pour aller plus loin...

Données 2021 diffusées par la FHP MCO (fichier excel)

finess	rs	region	secteur	categ_detail	_NAME_	Court-circuit gastrique	Gastrectomie longitudinale en manchon	Pose, changement et repositionnement d'anneau ajustable	Gastroplastie verticale calibrée	Court-circuit biliopancréatique ou intestinal	TOTAL - Seuil = 50 actes
010780054	CH BOURG EN BRESSE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	Actes réalisés en 2021	2	22	1			25
010780062	CH BUGEY SUD	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	Actes réalisés en 2021		9				9
010780195	CLINIQUE CONVERT BOURG-	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	Actes réalisés en 2021	65	18	16	1		100
010780203	HÔPITAL PRIVÉ D'AMBERIEU	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	Actes réalisés en 2021	34	46	22			102
020000063	CH DE SAINT QUENTIN	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	Actes réalisés en 2021	10	53	5		1	69
020000253	CH DE LAON	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	Actes réalisés en 2021	5	38	21			64
020000261	CH DE SOISSONS	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	Actes réalisés en 2021	2	19	2			23
020000360	CLINIQUE SAINT CHRISTOPH	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive	Actes réalisés en 2021		3	1			4
020010047	POLYCLINIQUE ST CLAUDE	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive	Actes réalisés en 2021	22	56	9			87
030780092	CH MOULINS YZEURE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	Actes réalisés en 2021	1	7	2			10

Nouvel envoi dès la disponibilité des données 2022

Projet régional de santé / Implantations / Gradation

Pour mémoire, l'activité de soins de traitement du cancer consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical, ou réalisé par radiothérapie externe ou par curiethérapie.

L'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer est accordée pour l'une ou plusieurs des modalités suivantes :

1. Chirurgie oncologique
2. Radiothérapie externe, curiethérapie
3. Traitements médicamenteux systémiques du cancer

La modalité chirurgie oncologique introduit un principe de gradation (mentions A et B) pour la plupart des localisations.

Pour chaque localisation et pour chaque mention (A ou B), une implantation (OQOS) est nécessaire dans le projet régional de santé.

Les ARS recensent actuellement les besoins en région et demandent aux établissements sur quelle(s) localisation(s) et quelle mention(s), ils souhaitent se positionner.

Pour certaines localisations avec à la fois la mention A et B, il peut être difficile, à ce jour, pour les établissements de se positionner définitivement sur la mention A ou la mention B.

L'algorithme INCA pour telle ou telle localisation n'oriente pas vers la mention A ou B (quand elle existe). Il permet uniquement de connaître si l'on atteint le seuil pour la localisation

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

Pas de double
autorisations A+B

NI de double OQOS A + 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

La chirurgie
oncologique
indifférenciée
(A7) relève bien
d'une autorisation
mais n'a pas de
seuil.

Evolution de la méthodologie de calcul

Passer d'un décompte par groupes homogènes de malades (GHM)



à une comptabilisation par actes CCAM d'exérèse.

Méthodologie actuelle de calcul des seuils plus large

*Permettant aux ES de coder comme « chirurgie des cancers » des GHM
on adossés sur un acte d'exérèse de tumeurs : découverte fortuite ;
chirurgie des complications telle la douleur...*



Les seuils d'activité sont applicables par site géographique autorisé, même en cas de coopération inter-ES autorisés.



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 	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

30

30



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 
<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
<u>Mention A4</u> - <u>mention B4</u> - Chirurgie oncologique urologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
<u>Mention A5</u> - Chirurgie oncologique gynécologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 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 :		
 <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

20

30

20

30



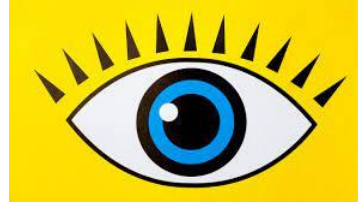
Arrêté
29 mars
2007

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

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. »*



S'assurer de l'exhaustivité du codage CCAM mais « si non tarifiant »

Mammaire

192 ES ex OQN : 140 au seuil (183 ancien seuil*)

208 Es exDGF: 141 au seuil (191 ancien seuil*)

Thoracique

62 ES ex OQN : 49 au seuil (51 ancien seuil*)

77 Es exDGF: 56 au seuil (64 ancien seuil*)

Gynécologie

114 ES ex OQN : 73 au seuil

154 Es exDGF: 119 au seuil

+ *PTS Ovaire*

1 ES exOQN au seuil

37 ES exDGF au seuil

Chirurgie oncologique digestive et viscérale

Formule A1-B1 (hors organes)

Âge supérieur ou égal à 18 ans

*ET diagnostic principal de la liste « CIM10 tumeur maligne digestif » ou
(diagnostic principal de métastase péritonéale SANS tumeur maligne
gynécologique en DAS)*

*ET acte de la liste « CCAM Exérèse abdominopelvienne hors exérèse
œsophage, foie, estomac, pancréas et rectum »*



L'algorithme de la chirurgie oncologique digestive et viscérale (mentions A1-B1) renvoie à la liste des exérèses abdomino-pelviennes hors pratiques thérapeutiques spécifiques (œsophage, foie, etc...)

Cette liste n'est pas présente dans le fichier de l'INCa, il faut la créer (liste_digestif_hors_organes).

Chirurgie oncologique digestive et viscérale

Possible évolution du nombre de séjours à la hausse concernant le seuil

Exemple: 1 séjour avec 1 acte CCAM exérèse abdomino-pelvienne hors PTS et 1 acte CCAM œsophage

Version de travail de l'algorithme:

SEJOURS DP K digestif + Liste des exérèses abdomino-pelviennes <u>y compris</u> les PTS	SEJOURS Œsophage	TOTAL pour le seuil = première colonne
1	1	1

Version définitive de l'algorithme:

SEJOURS DP K digestif + Liste des exérèses abdomino-pelviennes <u>hors</u> les PTS	SEJOURS Œsophage	TOTAL pour le seuil = première + deuxième colonnes
1	1	2

Pour aller plus loin...

Données 2021 diffusées par la FHP MCO (fichier excel)

annee	finess	rs	region	secteur	categ_detail	Chir_Sein SEUIL 70	Chir_ORL SEUIL 20	Chir_THORAX SEUIL 40	Chir_URO SEUIL 30	Chir_DIGESTIF_ VISCERALE hors PTS	Chir_ESTOMAC SEUIL 5	Chir_FOIE SEUIL 5	Chir_PANCREAS SEUIL 5	Chir_
2021	010007300	CLINIQUE AMBULATOIRE CENDANEG	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive									
2021	010008407	CH DU HAUT BUGEY	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	1	3			11	3			
2021	010780054	CH BOURG EN BRESSE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	168	18	12	79	55	2	2	6	
2021	010780062	CH BUGEY SUD	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH		2	1	3	18	3			
2021	010780195	CLINIQUE CONVERT BOURG-EN-B.	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive	96	18	5	47	59	3	7	8	
2021	010780203	HÔPITAL PRIVÉ D'AMBERIEU	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	OQN	Prive		4		6	49		1		
2021	020000063	CH DE SAINT QUENTIN	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	113	29		63	52	6		1	
2021	020000253	CH DE LAON	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH		3		42	26				
2021	020000261	CH DE SOISSONS	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH	111	2		3	30				
2021	020000287	CH DE CHAUNY	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH					5				
2021	020000360	CLINIQUE SAINT CHRISTOPHE	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive		1		37					
2021	020004404	CH DE CHATEAU-THIERRY	HAUTS-DE-FRANCE	DGF	CH				5	3				
2021	020010047	POLYCLINIQUE ST CLAUDE	HAUTS-DE-FRANCE	OQN	Prive	31	12		45	66	2		2	
2021	030780092	CH MOULINS YZEURE	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH		6		42	38	2			
2021	030780100	CH DE MONTLICON NFRIS-LES-BAINS	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	DGF	CH	125	12			27	1			

Nouvel envoi dès la disponibilité des données 2022

Pour mémoire, la particularité de cette activité est de comporter deux autorisations distinctes :

- 1- Une activité de radiologie diagnostique → autorisation d'équipements médicaux lourds (EML)
- 2- Une activité de radiologie interventionnelle → autorisation d'activité de soins

Création d'une activité de radiologie interventionnelle

La réforme crée une activité de soins de radiologie interventionnelle.

Elle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès transcutané, transpariétal ou intraluminal transpariétal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de cardiologie interventionnelle et de neuroradiologie interventionnelle.

Avec une logique de gradation avec 4 mentions.

Mention A : actes de radiologie interventionnelle vasculaires par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens, hors actes cités en mention B, C et D

Mention B : en sus des actes de la mention A, à l'exception des actes des mentions C et D, les actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle. *L'autorisation précise si le titulaire pratique les actes thérapeutiques endovasculaires portant sur l'aorte thoracique (pratique thérapeutique spécifique) ;*

Mention C : en sus des actes autorisés de la mention B et à l'exception des actes réalisés dans les conditions spécifiquement prévues au titre de la mention D, les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle ;

Mention D : comprenant les actes des mentions A, B et C, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Mention A

807 ES dont 434 exDGF et 373 exOQN

Mention B

621 ES dont 299 exDGF et 322 exOQN

Mention C

124 ES dont 80 exDGF et 44 exOQN

Mention D

270 ES dont 128 exDGF et 142 exOQN

Source PMSI 2021 / Sélection ES minimum 10 séjours

Evolution du décret médecin DIM

Evolution du décret « Médecin DIM »

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.
- Novembre 2022, les fédérations ont été consultées par la DGOS sur un projet de décret :
 - Avis du GE Médecins DIM sollicité
 - Point à l'ordre du jour du 23^{ème} Club des Médecins DIM en novembre 2022.

Evolution du décret « Médecin DIM »

➤ A ce jour, le décret n'est pas paru

MAIS



➤ Décision N° 468007 du 9 mars 2023 du conseil d'état

- « l'Etat n'a pas pris les mesures propres à assurer l'exécution de la décision du 25 novembre 2020 »
- « Une astreinte est prononcée à l'encontre de l'Etat s'il ne justifie pas avoir, dans les trois mois [...], exécuté la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 25 novembre 2020, [...] »
- « Le taux de cette astreinte est fixé à trois cents euros par jour, à compter de l'expiration du délai de trois mois suivant la notification de la présente décision. »

Réforme du Financement

Sortir du tout T2A

Lors de ses vœux aux professionnels de santé le 6 janvier 2023, le Président de la République a appelé une **réforme du financement des établissements de santé autour de trois axes** :

- une rémunération sur des objectifs de santé publique,
- une rémunération sur des missions
- et la préservation d'une rémunération à l'activité.

Sortir du tout T2A

François Braun a dit (lors de ses vœux 2023) également vouloir *"tourner le dos à la logique comptable qui a présidé à la gestion du système et a pu aboutir à une forme de rationnement des soins"*.

Cela se traduit notamment par la sortie du *"tout T2A"*, *"en posant les fondements de cette évolution dès la prochaine loi de financement de la Sécurité sociale"*.

"C'est une vraie révolution dans un temps court, où il ne faudra pas tomber dans l'écueil de 'tout changer pour ne rien changer'", a-t-il prévenu.

Réforme du Financement

Réforme du Financement

Une Mission IGAS

- par courrier en date du 6 février 2023,
- Donnée par le ministre de la Santé et de la Prévention
- Objectif : Elaborer des propositions sur la construction d'un nouveau modèle de financement des ES.

⇒ Première audition FHP le 8 mars 2023.

L'objectif fixé par la mission pour ce premier entretien a été de recueillir l'avis et les propositions de la FHP sur la construction d'un nouveau modèle de financement sous les trois composantes définies par le Président de la République.

Réforme du Financement

Mise en place d'un groupe de travail interne

- Création d'un groupe de travail T2A sur la question de la « sortie de la T2A » en s'appuyant sur les membres du Bureau, les administrateurs FHP-MCO et membres du GT Stratégique volontaires.
- 4 dates de réunion sont fixées de mars à juin
- La 1ere réunion a été dédiée :
 - Présentation du contexte et retour sur la 1ere audition IGAS
 - Présentation par le Dr François DEMESMAY, Ramsay Santé des modèles de financement dans les pays nordiques
 - Présentation par le Dr Paul GARASSUS, de la réforme de financement du système de santé allemand
 - Présentation par le Dr Arnaud FOUCHARD , EY, des travaux menés avec le Groupe Expert FHP-MCO « NAISSANCE » sur l'évolution du modèle de financement des maternités.

ADNP 75

Financement...

Contexte

La mesure 5 du pacte de refondation des urgences prévoyait de généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées afin de limiter leurs passages aux urgences via des admissions directes en service à partir de leur domicile.

Ces admissions non programmées peuvent être en hospitalisation complète ou de jour et concerne tous les établissements de santé MCO, qu'ils disposent ou non d'une structure des urgences.

Une première phase, en 2020, avec des financements en dotation d'aide à la contractualisation (AC), a été déployée et concernait les établissements qui accueillent des personnes âgées de manière non programmée.

Une seconde phase reposant sur recueil de données PMSI dit « ADNP75 » a démarré le 1er janvier 2022.

Les modalités de financement ont été présentées par la DGOS en fin d'année 2022. La FHP MCO a échangé, en février 2023 afin d'avoir des précisions sur ces modalités de financement.

Modalités de financement

Une enveloppe de 65 millions d'euros est déléguée aux ARS.

Les séjours concernés couvrent la période septembre 2022 / septembre 2023.

La FHP MCO a demandé que la période commence en janvier 2022 (pour mémoire, janvier 2022 est la date de début du recueil). Cette demande n'a pas été retenue par la DGOS, la période janvier 2022/septembre 2022 étant considérée par la DGOS comme une période de montée en charge.

Le modèle proposé comporte 3 compartiments.

Préambule : une nouvelle variable, dite ADNP, a été ajoutée au recueil PMSI des séjours.

Elle peut avoir 3 valeurs :

1 = oui (admission directe non programmée) soit ADNP 1

2 = non soit ADNP 2

Non renseigné : caractère non programmé inconnu ou séjour hors périmètre.



NOTICE TECHNIQUE
n° ATIH-682-13-2021
du 07 décembre 2021

**Admissions directes non programmées des patients de
75 ans et plus (ADNP75)**

Compartiment 1 – Enveloppe à la main des ARS – 30% soit 19.5 millions d’euros

Selon les critères de délégation des années précédentes .

Il s’agit de soutenir les organisations qui n’auraient pas encore été mises en place.

⇒ Délégation en C1 2023

Compartiment 2 – Incitation au recueil – 30% soit 19.5 millions d’euros

Il s’agit « d’une récompense de la performance du recueil ».

Périmètre : séjours des patients de plus de 75 ans (*+critères notice ATIH*). Tous GHM sauf la chirurgie de la cataracte.

Il s’agit d’un forfait national : (19,5 millions d’euros) / (nb national de séjours ADNP 1 et ADNP 2)

L’établissement percevra un montant égal à son nombre de séjours ADNP 1 et 2 x ce forfait, à partir du moment où il remplit les *deux conditions suivantes cumulatives suivantes* :

1.(Nombre de séjours avec codage ADNP1 ou 2) / (totalité des séjours du périmètre) $\geq 20\%$

2.Au moins 1 séjour « codé » ADNP1

⇒ Délégation en C3 2023

Compartiment 3 – Incitation au résultat – 40% soit 26 millions d’euros

Périmètre : séjours des patients de plus de 75 ans (*+critères notice ATIH*). Tous GHM sauf la chirurgie de la cataracte.

Il s’agit d’un forfait national : (26 millions d’euros) / (nb national de séjours ADNP 1).

L’établissement percevra le nb de séjours ADNP 1 x par ce forfait.

⇒ Délégation en C3 2023

IFAQ

- ⊙ Les textes encadrant IFAQ :
 - l'article L.162-23-15 du CSS qui pose les principes
 - Un décret IFAQ pour définir notamment :
 - Les catégories d'indicateurs intégrés au modèle
 - Les modalités de détermination de la dotation complémentaire
 - ⇒ [décret n° 2019-121 du 21/02/2019](#)
 - ⇒ complété par le [décret n° 2021-1613 du 9/12/ 2021](#) et le [décret du 31 décembre 2022](#) (dérogation transitoire aux modalités de détermination du montant des dotations)
 - Un arrêté unique annuel avec notamment :
 - La liste des indicateurs : intégré au modèle IFAQ et diffusés publiquement
 - Les paramètres du modèle
 - ⇒ Cet arrêté devra paraître avant le 31/12/ de l'année N-1.
 - ⇒ [L'arrêté du 31 décembre 2022](#) qui abroge et remplace les arrêtés IFAQ 2021

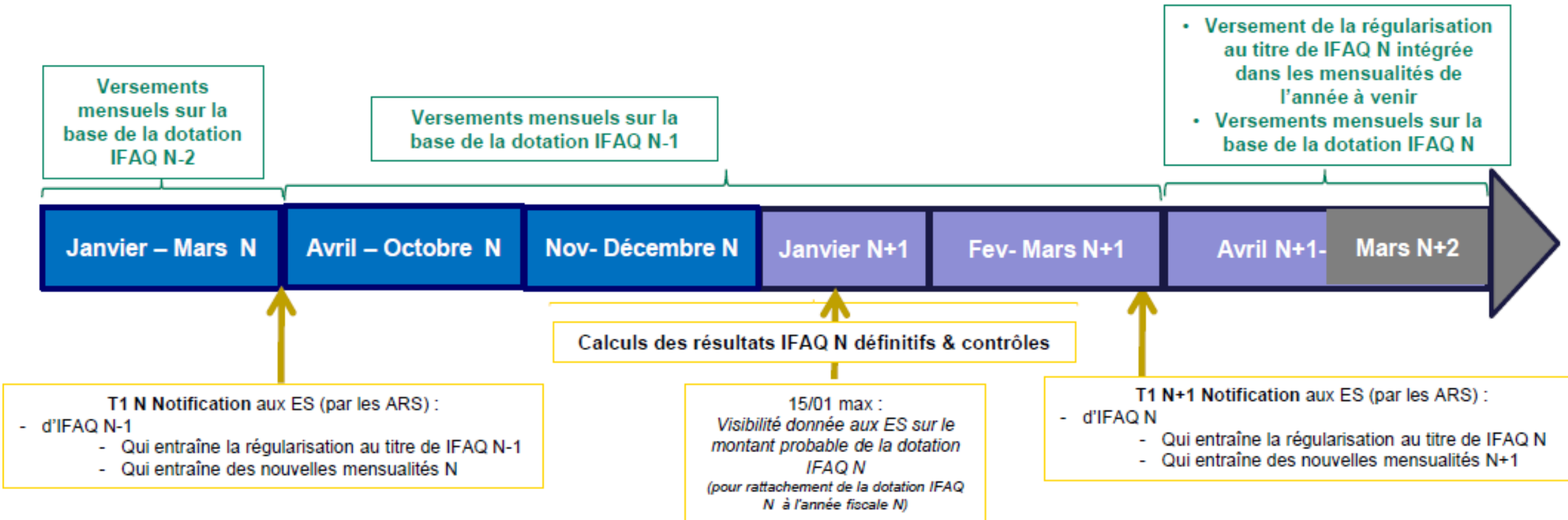
Une publication très tardive des textes 2022 - En Attente de l'arrêté IFAQ 2023



- ◉ 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.

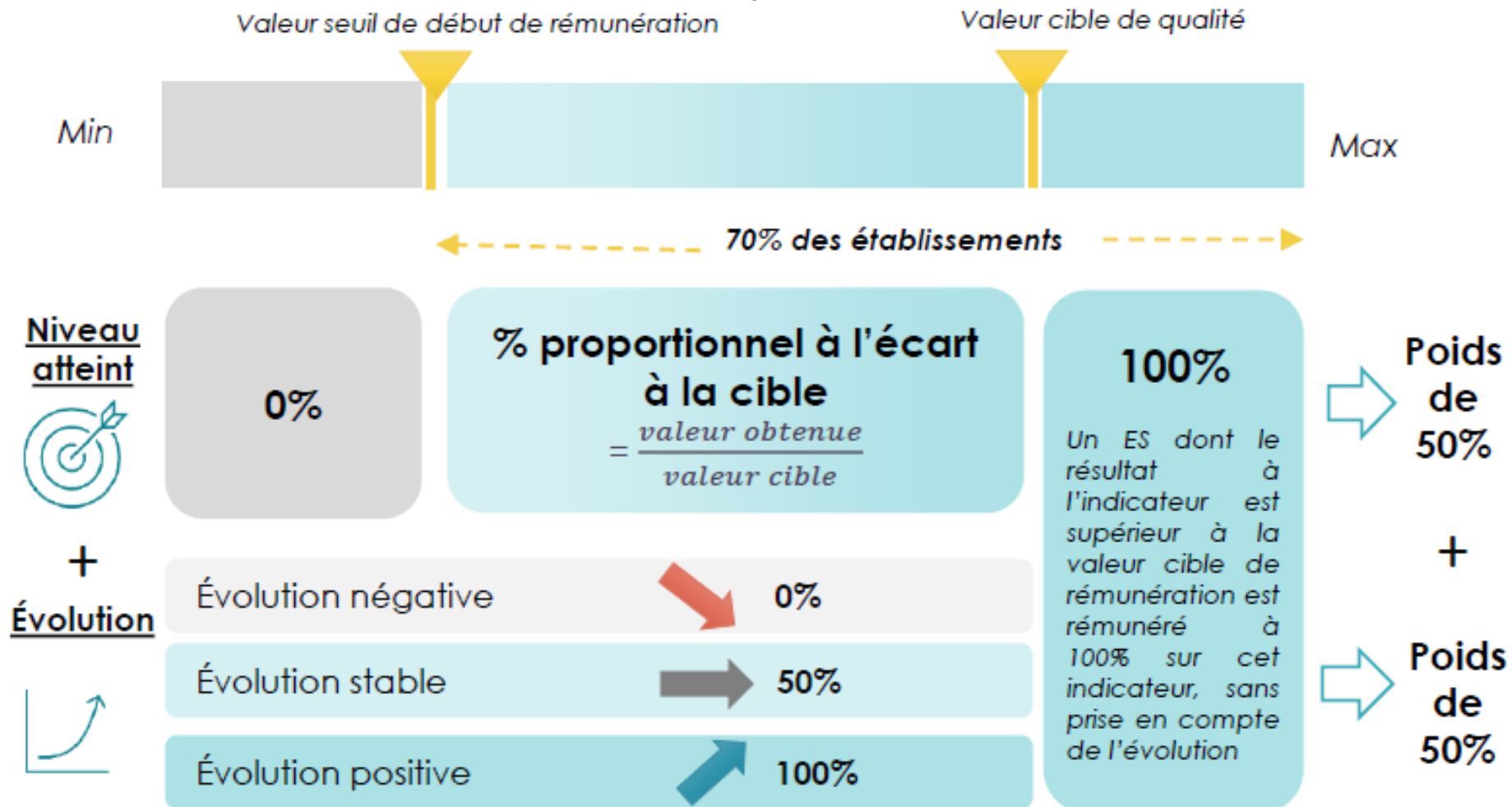
○ La Mensualisation :

Le schéma cible pour les campagnes IFAQ en routine :



IFAQ 2022 : La gradation

- Présentation du mécanisme avec une répartition 50/50 entre niveau atteint et évolution



Les indicateurs pris en compte dans IFAQ 2022 :

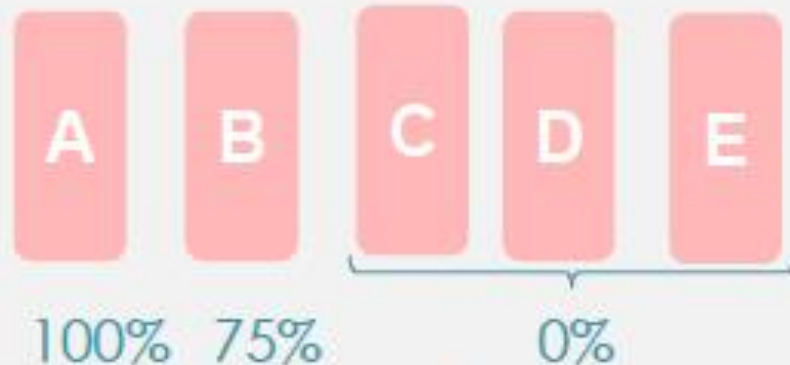
Catégories	Indicateurs	MCO	SSR	HAD	DIA	PSY
Qualité des prises en charge perçue par les patients	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO	X				
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire	X				
	Satisfaction et expérience des 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 événements 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

◉ La Certification :

- des modalités spécifiques de prise en compte de la certification tenant compte des 2 versions de certifications : les ES peuvent avoir un résultat de certifications V2014 ou de la nouvelle version de certification (V2020)

- Taux de rémunération en fonction du niveau de certification, et selon la version de certification:

Valorisation Certification V2014



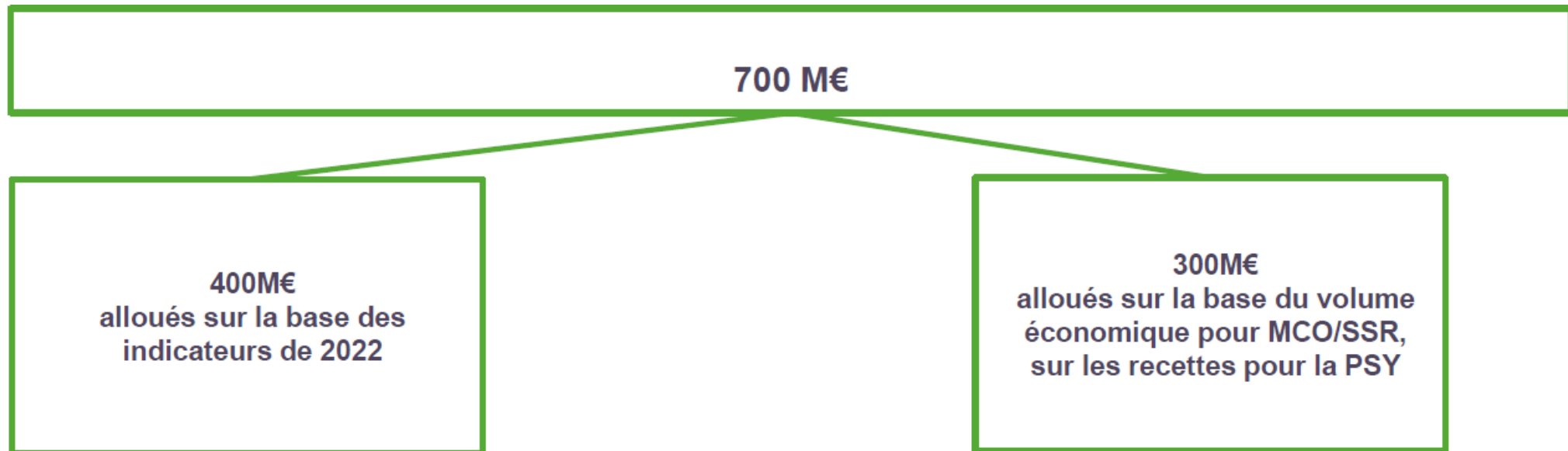
Valorisation Nouvelle certification pour la qualité des soins



- Pas de classement au sein de chaque groupe de comparaison et pas de prise en compte de l'évolution

○ Répartition de l'enveloppe IFAQ 2022 :

- Fin 2022, un Arbitrage en faveur d'une répartition d'une partie de l'enveloppe au prorata du volume économique traduisant le souhait d'accompagner le dispositif dans un contexte encore marqué par la crise
- 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

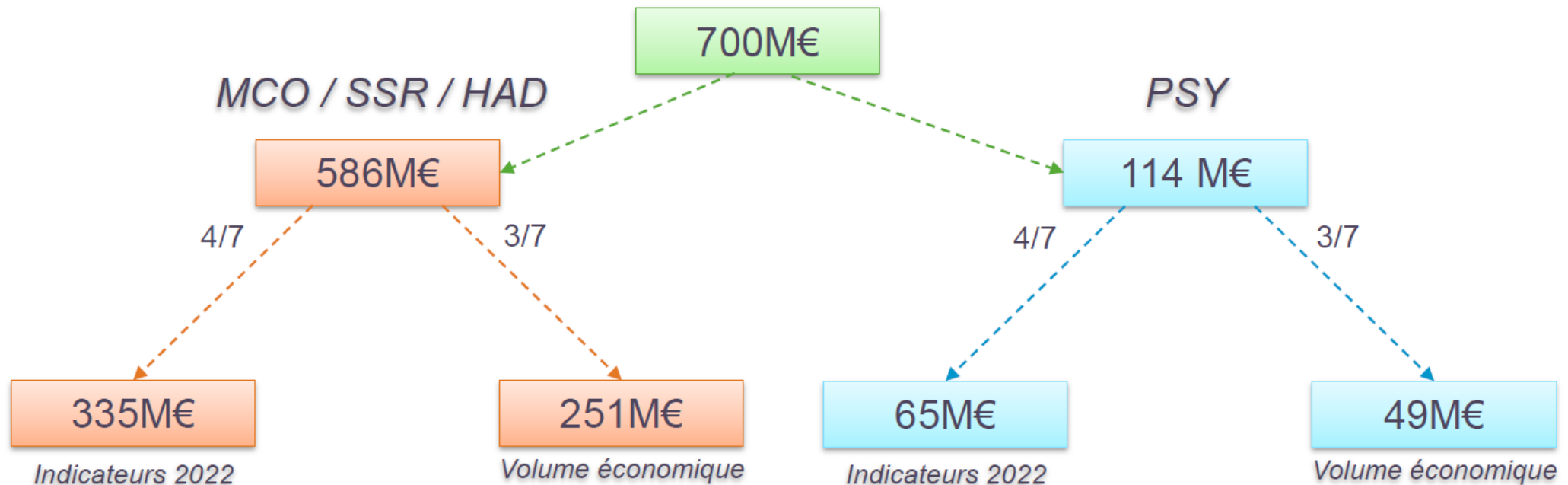


○ Répartition de l'enveloppe IFAQ 2022 :



Répartition de l'enveloppe 2022

○ Par champ d'activité au prorata du volume économique / recettes



Rappel Répartition des enveloppes 2020 et 2021

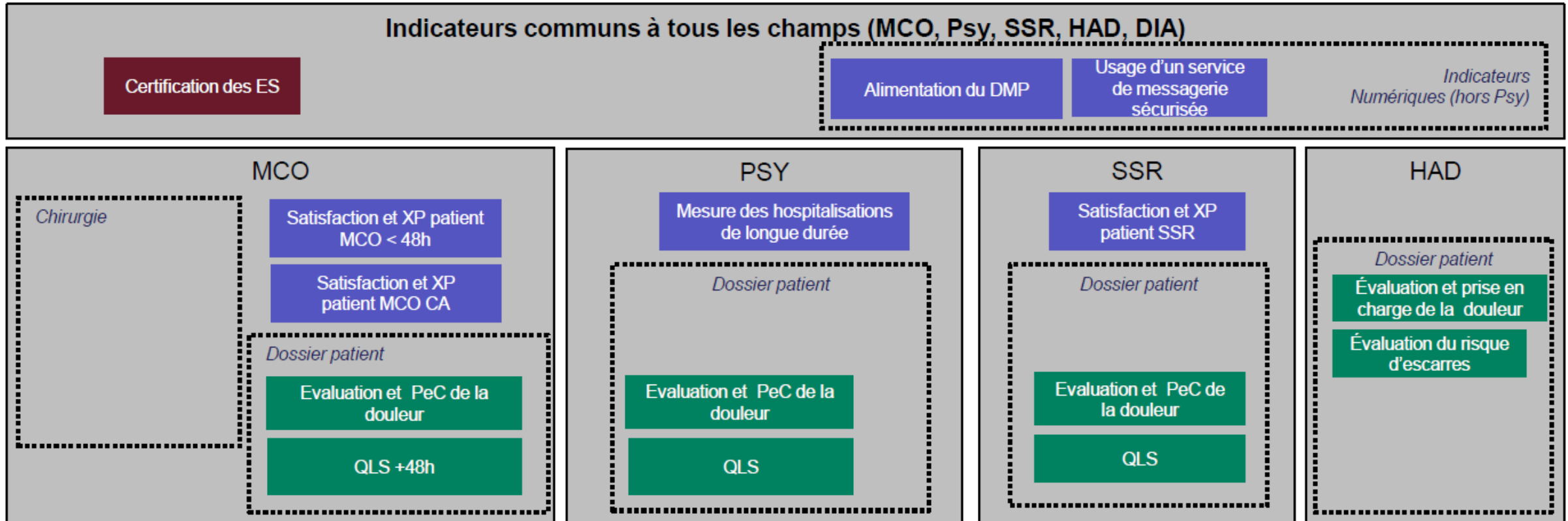
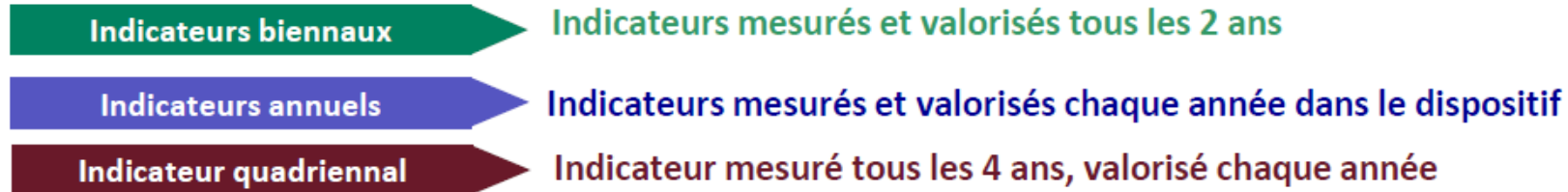
- ⊙ Impact de la crise sur le dispositif : Gel du dispositif en 2020
 - L'enveloppe IFAQ 2020 de 400 M€ (vs 200 M€ en 2019) a été répartie selon la ventilation suivante :
 - 50% de l'enveloppe répartie au prorata de la rémunération 2019 des ES
 - 50% de l'enveloppe répartis au prorata de la valorisation 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.

- La HAS a rendu un avis défavorable sur le projet d'arrêté IFAQ 2022 et a proposé 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
- ⇒ Evolution du dispositif IFAQ en 2023 avec le retour à un recueil biennal :
 - mise en œuvre du recueil biennal partiel dès 2023 avec un recueil en quinconce des indicateurs notamment ceux issus du dossier patient.
 - Ce scénario combine des indicateurs recueillis annuellement, et des indicateurs biennaux dont les résultats seront valorisés dans IFAQ seulement l'année de leur collecte.
 - Pour les indicateurs concernés par le recueil biennal, ce recueil se fera en alternance, certains seront recueillis en 2023, les autres en 2024.

		2023					2024				
		MCO	SSR	PSY	HAD	DIA	MCO	SSR	PSY	HAD	DIA
Indicateurs annuels + certification	Certification des ES										
	Alimentation du DMP / MSS										
	Satis. Patient MCO +48h										
	Satis. Patient MCO CA										
	Hospit. Longue durée										
	Satis. Patient SSR										
Indicateurs biennaux	ÉTÉ/ISO/ORTHO										
	Eval. & pec douleur										
	QLS										
	QLS CA										
	Bonnes pratiques										
	Aide arrêt addictions										
	Eval. Cardio.										
	PSPV										
	Coordination de la PeC										
	Tenue dossier patient										
	Evaluation risque escarres										
TOTAL indicateurs avec prise en compte de leur pondération dans le modèle		7	5	4	4	2	6	4	4	4	2

En Attente de l'arrêté IFAQ 2023

- Indicateurs « qualité de la lettre de liaison de sortie » (sauf QLS CA) et « prise en charge de la douleur » recueillis la même année
- 2023 : Valorisation des indicateurs recueillis dans l'année



Forfait MRC Évolutions 2023

Forfait MRC

- ◉ Les textes encadrant le forfait MRC :
 - L'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale.
 - L'arrêté du 25 septembre 2019 consolidé relatif au forfait MRC qui définit notamment :
 - les critères d'inclusion des patients,
 - le périmètre des prises en charge couvertes,
 - les conditions d'éligibilité des ES,
 - les règles de calcul et de versement de la rémunération
 - ainsi que les données à recueillir.
 - L'arrêté du 27 septembre 2019 consolidé fixant la liste des établissements de santé éligibles au forfait
 - ⇒ Dans le cadre de la campagne tarifaire 2023, nous attendons un nouvel arrêté qui viendra modifier les tarifs fixés dans l'arrêté du 25 septembre 2019 consolidé

Forfait MRC

- Un décret et un arrêté ont été publiés en début d'année relatif aux forfaits MRC.
- Ces textes ont été complétés récemment par la publication par arrêté de la liste des établissements de santé éligibles au forfait MRC pour 2023.
- les principales évolutions :
 - introduction de la rémunération à la qualité,
 - condition d'allocation,
 - garantie minimale de rémunération,
 - et précisions concernant les modalités de financement des nouveaux entrants.

⇒ [Dépêche EXPERT N°734](#) - FORFAIT MRC : Evolutions 2023

Forfait MRC

Prise en compte des indicateurs qualité

- les indicateurs pris en compte sont liés à l'exhaustivité de la transmission des informations suivantes :
 - Taux de patients éligibles à une greffe engagés dans un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe ;
 - Taux de patients pour lequel un courrier au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les six prochains mois ;
 - Taux de transmission de l'adresse mail du patient pour le questionnaire EvalSanté ;
 - Taux de patients pour lequel l'évolution du DFG fait l'objet d'une remontée d'information.
- Ces nouveaux éléments de financement à la qualité pour les forfaits MRC méritent encore des éclairages sur les modalités précises d'application.
- La FHP MCO et la FHP Rein portent la demande d'un compartiment financement qualité en sus du forfait.

Forfait MRC

Conditions minimales pour percevoir l'intégralité du forfait

- Le versement de l'intégralité du forfait est conditionné à la réalisation de 3 interventions.
Evolution 2023 : ajout du mot « individuelle » au point 2° et 3°.
 - ⇒ Il faut « cumuler » les 3 conditions suivantes :
 - 1° Avoir réalisé au moins une consultation de néphrologue ;
 - 2° Avoir réalisé au moins une séance **individuelle** avec un infirmier pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie ;
 - 3° Avoir réalisé au moins une séance **individuelle** avec le diététicien.
- La FHP MCO et la FHP Rein portent la demande d'une plus grande latitude laissée aux établissements sur le 3ème professionnel obligatoire pour la facturation du forfait MRC à son taux plein.

Nouvel entrant dans le financement du forfait MRC

- Le décret et l'arrêté contiennent des dispositions relatives aux nouveaux entrants dans le dispositif :
 - Rémunération d'un établissement nouvellement entrant : montant provisoire et régularisation
 - Mécanisme de projection pour les nouveaux établissements entrants
 - Régularisation financement pour les établissements entrants

Concertation TLS - forfait « opérateurs » 1er Juillet 2023

Droit commun télésurveillance

La télésurveillance poursuit un objectif de mieux en prendre en charge des patients isolés.

A ce jour, le remboursement de la télésurveillance fait l'objet d'une expérimentation intitulée ETPAES qui concerne 5 pathologies :

- Insuffisance rénale,
- Insuffisance respiratoire,
- Insuffisance cardiaque,
- Diabète,
- Prothèse cardiaques implantable.

Afin de répondre à des exigences sociétales (dont la crise COVID-19 nous a montré tout son intérêt), l'article 36 de la LFSS 2022 définit l'architecture du financement de droit commun de la télésurveillance.

Droit commun télésurveillance

Le principe est simple : amener à une généralisation de la télésurveillance tout en élargissant le champ d'application.

Périmètre :

- Un socle commun d'activités : télésurveillance médicale via l'analyse des données et les alertes, ainsi que les actions nécessaires à sa mise en place, le paramétrage du DM, la formation du patient, la vérification et le filtrage des alertes
- La télésurveillance s'appuie nécessairement sur un dispositif médical (DM) (collecte, analyse et transmission, émission d'alertes, marquage CE)

Au-delà de l'existant ETAPES (ou autres dispositif Article 51, Moovcare, ...) pour lequel une continuité des dispositif est bien acté dans le droit commun, concernant les nouvelles pathologies, un process plus classique des DM est mis en place.

- Le DM associé à la pathologie passe devant la DNS pour vérification
- L'HAS qui analyse pour déterminer la plus-value ou pas. S'il existe une plus-value, une ouverture de la prise en charge est effectuée pour un accès anticipé pendant un an pour les études à fortes population de patients. Au terme de cette année, un arrêt ou une entrée dans le droit commun est acté.

Droit commun télésurveillance

L'entrée en vigueur effective du droit commun de la télésurveillance au 1^{er} juillet 2023.

Deux forfaits socles opérateur :

- 11 € par mois par patient pour le forfait de niveau 1 qui concernera les prothèses cardiaques implantables.
- 28 € par mois par patient pour le forfait de niveau 2 qui concernera les autres pathologies ETAPES.

Ces montants seront intégrés dans un arrêté tarifaire qui comprendra dans sa version finale le montant des forfaits techniques à destination des exploitants des dispositifs médicaux.

Par ailleurs, la transition d'ETAPES dans le droit commun s'accompagnera de divers documents de communication à destination des acteurs (FAQ / instruction) qui permettront notamment de répondre aux questions fréquentes sur le sujet.

Nous remercions notre partenaire :





Questionnaire de satisfaction



- ✓ **Envoi par mail**
- ✓ **Merci d'avance de nous le retourner**

25^{ème} Club des médecins DIM: Jeudi 23 novembre 2023

En présentiel

10h00 – 17h00

au Châteaufort Le Metropolitan -Paris
17^{ème}



Journée des Métiers FHP MCO : Jeudi 15 juin 2023

En présentiel

au Châteaufort Le Metropolitan -Paris 17^{ème}



Pour des informations complémentaires :

thierry.bechu.mco@fhp.fr

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr

laure.dubois.mco@fhp.fr



Merci
pour
votre attention
et
votre participation

Une équipe à votre écoute



Séverine DEFOSSE

Secrétaire générale

severine.defosse.mco@fhp.fr

01 53 83 56 86 / 06 78 71 10 12

- Gestion du fonctionnement interne (contrats, comptabilité, etc.)
- Gestion des rendez-vous de la présidence et de la délégation générale
- Organisation des événements (Journées, congrès et assemblée générale, conseil d'administration, bureau, groupes experts, etc.) FHP-MCO et FHP-REIN
- Relations avec les partenaires communication, suivi des campagnes et production des supports (Le 13h, Dialogue Santé, 5 minutes pour comprendre, etc.)
- Organisation des réunions
- Gestion de la base adhérents



Dr Matthieu DERANCOURT

Médecin conseil

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr

01 53 83 56 58 / 07 89 64 40 62

- Régime des autorisations des activités de soins
- Information médicale (PMSI, classification GHM, etc.)
- Nomenclatures (CCAM, NGAP, etc.)
- Convention médicale
- Contrôles T2A / inspections
- Médicaments et dispositifs médicaux : radiations partielles, etc.
- Article 51 : dispositifs de financement expérimentaux, médicaments et dispositifs médicaux
- Forfaits pathologies chroniques

Une équipe à votre écoute



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

laure.dubois.mco@fhp.fr
01 53 83 56 57 / 06 78 67 53 85

- Financement à l'activité : GHS, suppléments, forfaits en D, SE, FFM, coefficient prudentiel
- Campagne tarifaire
- Financement à la qualité (IFAQ)
- Information médicale (PMSI, classification GHM, etc.)
- Forfaits pathologies chroniques
- Transports
- Article 51 : dispositifs de financement expérimentaux
- Référente des groupes experts Qualité, Évolution de la classification, Article 51 et du club des Médecins DIM



Thibault GEORGIN
Délégué aux études statistiques
et financières

thibault.georgin.mco@fhp.fr
01 53 83 56 75 / 06 78 68 87 95

- Financement des établissements de santé à la dotation : MIGAC (MIG cancérologie, précarité, etc.), MERRI (recherche clinique, RIHN, actes HN), dotation populationnelle urgences, etc.
- Travaux ENC
- Analyse et requêtes sur base de données PMSI, SAE, etc.
- Tableaux de bord
- Étude d'impacts de la campagne tarifaire
- Référent du groupe expert et du club Pharmacie



Thomas LONGUET
Délégué aux affaires juridiques et fiscales

thomas.longuet.mco@fhp.fr
01 53 83 56 80 / 06 78 44 44 23

- Normes législatives et réglementaires relatives aux activités de soins MCO
- Professions paramédicales
- Contractualisation
- Contentieux
- Fiscalité activité MCO
- Référent du groupe expert et de l'atelier Naissance. Référent du Congrès des représentants des usagers
- Enquêtes et indicateurs
- Relation patient et responsabilité médicale