

**PROPOSITIONS FHP-MCO**  
**CAMPAGNE TARIFAIRE 2024**

*« 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 2024 de l'ONDAM Hospitalier dans sa globalité en lien notamment avec les réalisations constatées mais également de projections construites 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 et les nécessaires en faveur des mesures RH.***

**Nous vous rappelons les demandes et éléments chiffrés déjà communiqués :**

- ❖ Inflation : révision ONDAM 2023 et PLFSS 2024 : financement de 1,5Mds€ pour 2023
- ❖ Transposition des mesures salariales prises de la FPH (mesures dites Guérini)
  - ➡ 2023 : besoin de financement de 147M€
  - ➡ 2024 : besoin de financement complémentaire de 269M€
- ❖ Avenant 33 : financement du besoin à hauteur de 450M€ pour la FHP en 2024
- ❖ Revalorisations des mesures salariales de nuit et week-end : Besoin de financement de 82M€ en 2023 et en 2024.

- 2. *Intégrer dans les tarifs au 1<sup>er</sup> mars 2024 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***

**3.1. *Liste en sus : un moratoire en 2024 ne suffit pas***

Dans un contexte économique extrêmement contraint, la liste en sus n'est pas un détail de la campagne tarifaire. Ce dossier commun à toutes les fédérations hospitalières avait pourtant avancé au début de l'automne avec l'annonce d'un moratoire sur la liste en sus pour la campagne 2024. Cette gestion en amont est saluée car elle constitue une bonne approche mais ne règle en rien le dossier 2023.

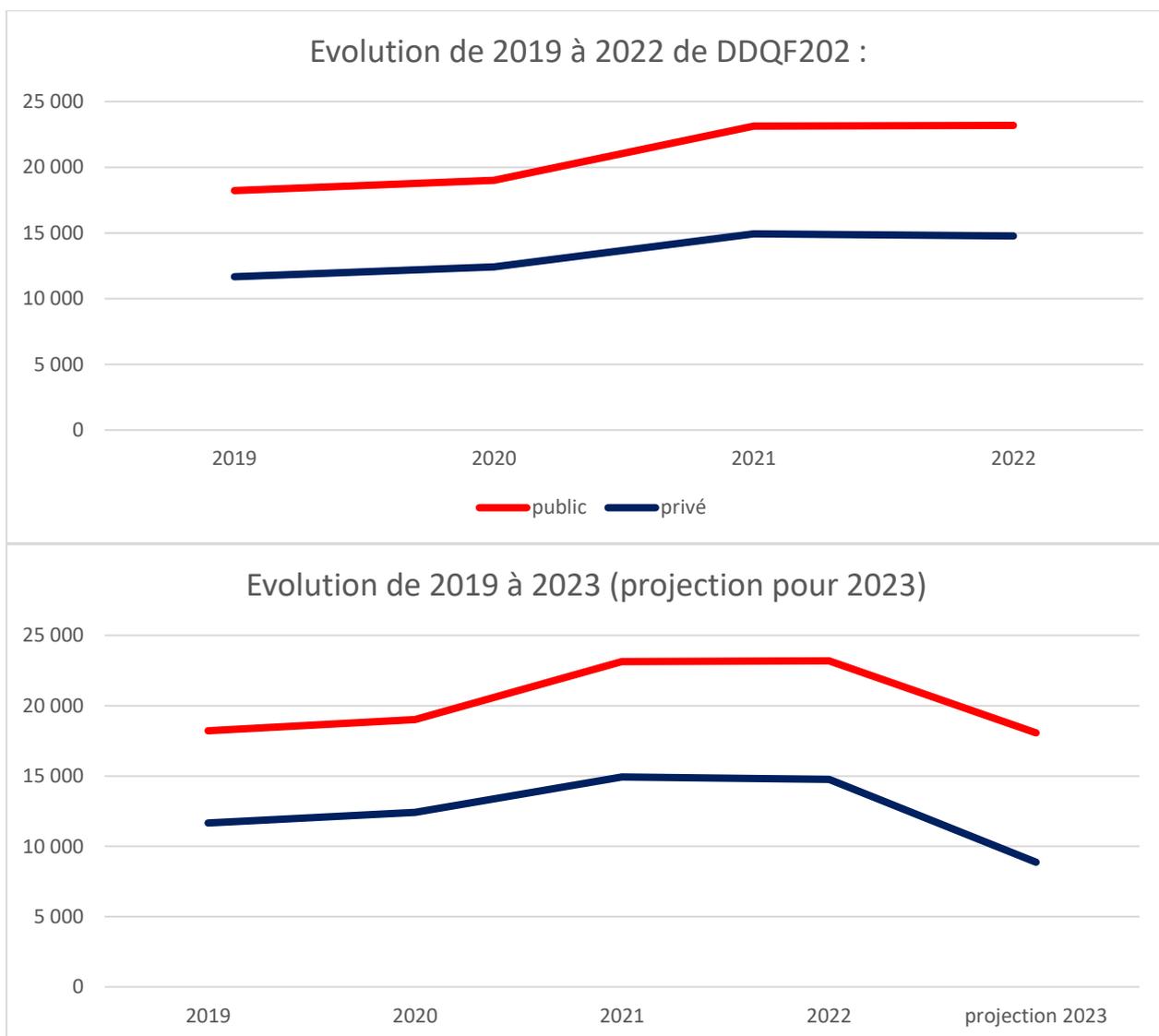
En effet, les modalités de gestion et le choix des produits de la liste en sus à l'œuvre en 2023 ont des effets délétères sur la situation financière des établissements de santé. Si les fédérations hospitalières ont pu bénéficier d'une information sur les radiations décidées au sein des groupes opérationnels des dispositifs médicaux (GODM), elles n'ont ensuite bénéficié d'aucun espace d'échange sur ce sujet au fil de la construction de la campagne tarifaire elle-même.

Des décisions non concertées et arbitraires laissent aujourd'hui les acteurs de santé dans l'incompréhension. Pire, elles transmettent un message négatif sur la volonté des pouvoirs publics à sécuriser financièrement les innovations dont les bénéfices aux patients sont pourtant largement étayés par les sociétés savantes. La radiation des guides de FFR pour le traitement des maladies coronariennes, et les cathéters de thrombo-aspiration pour le traitement de l'AVC ischémique en est un bon exemple. Dans un environnement où les structures hospitalières sont déjà mises à mal par les effets de l'inflation, les effets sur la pratique ne se sont pas fait attendre dès 2023 au regard des évolutions que nous pouvons tous constater dans les bases PMSI 2023, établissements de santé privés comme publics.

Radier des produits sans en réintégrer le coût dans les tarifs impacte finalement la qualité de prise en charge des patients car les montants 2023 de compensation non pérenne ne comblent que très partiellement les recettes attendues, et pour un nombre très limité de bénéficiaires.

☞ **La FHP-MCO appelle donc fermement à intégrer ces produits à leur juste valeur dans les tarifs de 2024.**

Activité 2023 (requête au 22nov 23) de l'acte DDQF202 (Guide FFR) :  
Mesure du flux de réserve coronarien pendant une angiographie coronaire



Projection 2023 :

Calculé sur chiffres de 2023 = 9/12 d'une année

### 3.2 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.**

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)
- 271 896 séjours en 2022 dont 188 701 en secteur Ex-OQN.
  - 78,96% de ces séjours entrent dans le champ des racines ciblées (83,66% pour le secteur Ex-OQN)

### 3.3 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. Nous regrettons le retard pris par la HAS dans le « nettoyage » des listes d'actes.

**Il convient pourtant d'avoir un calendrier de travail ambitieux et respecté.** 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'efficacité 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 desdites 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**

Dans l'attente de cette refonte de ces listes, aucun acte supplémentaire ne sera ajouté.

- ☞ **Par ailleurs, nous adhérons pleinement à un taux de couverture du financement proche de 100%. Cependant, le calendrier de ces travaux doit être prioritaire à tout autre et ne peut souffrir d'aucun retards supplémentaires.**

### 3.4 La prise de l'évolution des pratiques médicales conduisant à des surcoûts majeurs 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 2023	COÛT Usages Uniques
PROSTATECTOMIE Coelio	12C111	4549 :	1 290 €
PROSTATECTOMIE ROBOT 2 BRAS	12C111	3 830€56	1 748 €
NEPHRECTOMIE COELIO	11C021	4112 :	1 229 €
NEPHRECTOMIE ROBOT 3 Bras	11C021	4 290€13	1 742 €
CYSTECTOMIE COELIO	11C041	4120 :	1 624 €
CYSTECTOMIE ROBOT 2 bras	11C041	1 456€48	2 197 €

- ☞ **Une reprise de ces travaux nous apparaît indispensable et urgent face à l'évolution des pratiques au bénéfice des patients et notamment des innovations technologiques des prises en charge. Des actions doivent pouvoir être opérées dès le 1<sup>er</sup> mars 2024.**

#### 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 15 000 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 2024.**

#### 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 2024.**

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

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

La mise en place d'un critère d'inclusion pour être éligible à la valorisation des activités de publication, avec effet immédiat dès cette année 2023, écarte de nombreux établissements de santé des financements MERRI en première circulaire 2023. Notre ambition nationale est pourtant bien de garder un statut de grand pays de recherche et de publications scientifiques. L'hospitalisation privée dont l'implication est reconnue depuis la loi HPST en 2009, s'est organisée au fil des années suivantes selon un cadre donné. Comment stabiliser des projets et une organisation avec des règles d'allocation qui sont modifiées tous les ans en ayant des effets rétroactifs ?

Améliorer les dispositifs de financement, pourquoi pas, changer les règles d'allocation de ressources en permanence, sûrement pas. Rappelons que la convention constitutive des GCS répond à l'ensemble des obligations.

Tout d'abord, un point de méthode. Un nouveau modèle de financement ne peut s'appliquer sur des données antérieures à son lancement. Sans soutien financier, la production basée sur les données va décroître. Un GCS récent au sein de l'hospitalisation privée se retrouve alors sans ressources cette année 2023, par le fait de la création de nouveaux critères sous la pression de certains acteurs.

Un questionnement de fond ensuite. L'importance de la donnée pour construire le futur de la relation client/patient fait consensus. Pourtant ces décisions du ministère de la Santé mettent à mal cette approche méthodologique. La data science occupe une place prépondérante et reçoit l'assentiment du plus haut niveau de l'État, elle est pourtant désavouée aujourd'hui par un nouveau critère excluant. Les professionnels de la recherche savent parfaitement que certaines activités, l'orthopédie et l'anesthésie par exemple, ont d'abord recours à la data avant toute inclusion de patients dans un essai clinique, pour leur éviter tout effet inutile sur leur santé physique et psychologique.

Toute réforme du financement doit accompagner les évolutions de nos métiers et de nos pratiques pour renforcer l'attractivité de notre pays en matière de recherches-inclusions et/ou recherches-publications. Au siècle où la donnée est au cœur de tous les enjeux, renoncer à les valoriser est un très mauvais signal.

- ☞ **Les critères d'allocation de ressources doivent être avant tout guidés par des objectifs en matière de recherche et publications.**

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

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

**Le modèle IFAQ doit retrouver sa vocation originelle : une rémunération « promotionnelle » des établissements et non une rémunération « compassionnelle » qui a pour effet de valoriser les établissements les moins performants.**

Pour ce faire, nous souhaitons qu'il puisse être de nouveau privilégié le niveau atteint et que celui-ci puisse aller au-delà de 60%, dans le cadre d'une nouvelle répartition entre niveau atteint et évolution. Cette répartition est à la fois plus pédagogique et plus vertueuse. Le message adressé aux établissements est bien de récompenser ceux qui ont atteint un haut niveau de qualité. De plus, toute progression de la qualité permet d'atteindre une meilleure rémunération grâce à la gradation.

Dans cet esprit de promotion de la qualité et de l'excellence, la répartition au poids économique doit être définitivement et durablement abandonnée.

Il est également important que les indicateurs puissent s'inscrire dans une approche pluriannuelle pour une appropriation des établissements indispensable à toute démarche d'amélioration.

- ☞ **Nonobstant, le montant de l'enveloppe IFAQ doit poursuivre sa croissance pour atteindre au moins 1 milliard d'euros dès 2024.**  
**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 – médecins, chirurgiens, anesthésistes, biologie, imagerie, kinésithérapeutes,...) 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 2023

Des éléments très détaillés sont en cours de constitution avec l'aide des Médecins DIM et seront adressés prochainement.

### 3. 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.**

**4. 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.**

## 5. 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 2024.**

## 6. Adapter le financement des activités de médecine des établissements de santé Ex-OQN

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, la possibilité soit offerte aux établissements de santé privés Ex-OQN 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-OQN s'engage à ne plus procéder à la facturation des honoraires telle que prévue par les dispositions législatives en vigueur.**

**7. 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

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

Nous portons depuis de nombreuses années le 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.

Nous nous félicitons de la mesure LFSS 2024 consistant à **réduire l'impact environnemental sur le secteur des dispositifs médicaux en lançant** à titre expérimental et pour une durée de 2 ans, autorisation du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique (DMUU) :

- La liste des établissements hospitaliers participant à l'expérimentation sera fixée par arrêté.
- Les hôpitaux concernés pourront acheter ou faire retraiter par une entreprise externe des DMUU, mais ne pourront pas les retraiter eux-mêmes.

Les entreprises qui retraiteront les DMUU seront considérées comme le fabricant du DM qui sera commercialisé après retraitement.

- Les patients seront informés et pourront refuser l'utilisation d'un DMUU retraité.
- Un décret en Conseil d'État déterminera notamment les DMUU pouvant être retraités.

☞ **Les Cliniques et Hôpitaux Privés répondront présents pour participer activement à cette expérimentation visant à réduire l'impact environnemental sur le secteur des dispositifs médicaux.**