



29^{ème} Club des Médecins DIM

Jeudi 27 novembre 2025

MATINÉE :

- Bilan de la reprise des contrôles externes T2A
Dr Béatrice RIO, Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude – **CNAM**
- Point d'actualité MCO : Campagne tarifaire 2025 - Evolutions envisagées pour la campagne tarifaire 2026 - Point sur les réformes des autorisations
- Point sur la réforme du financement MCO
Thierry BECHU, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, **Laure DUBOIS**, Déléguée aux affaires médico-économiques et la qualité – **FHP MCO**

DÉJEUNER

Avec le soutien de nos partenaires :



APRÈS MIDI :

➤ Table Ronde : « L'IA au service des DIM »

Marie Claire VIEZ, Directrice de la stratégie – **FHP : l'« enquête IA : vos usages et vos attentes ».**

Dr Ali BELLAMINE, Médecin DIM - clinique Conti & **Dr Laure COMAR**, Directrice de l'Information Médicale - **Groupe ELSAN**, **Dr Charles LEQUEU**, Directeur de l'exploitation et de la valorisation de la donnée médicale - **Groupe Ramsay Santé** et **Dr Arthur SPILLEBOUT**, Médecin DIM - **Groupe Hospitalier Les Portes du Sud**

➤ Echanges sur le document annuel FHP MCO « retour d'expériences – Anomalies de Groupage et/ou Tarification »

Dr Catherine LE GOUHIR, **Dr Raphaël SCHWOB**, Service CIM-MF – **ATIH**, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité – **FHP MCO**

➤ Point d'actualité ATIH : refonte des sévérités, CIM 11, DRUIDES, etc.

Dr Sophie GUEANT, **Dr Raphaël SCHWOB**, ainsi que leurs collaborateurs, Service CIM-MF Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**

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



Nous remercions nos partenaires :



ABONNEZ-VOUS
à notre page LinkedIn





Questionnaire de satisfaction



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



Bilan de la Reprise des contrôles externes T2A

Dr Béatrice RIO, Direction déléguée de
l'audit, des finances et de la lutte contre la
fraude - **CNAM**



La parole est à vous



- La FHP-MCO et les cliniques et hôpitaux privés partenaires depuis toujours

➤ Réciprocité du partenariat par le passé

- Des échanges possibles entre la FHP-MCO et les services de la CNAM conduisant à la prise en compte de nos sollicitations y compris pendant que les contrôles se déroulaient au sein des établissements lorsqu'une situation conflictuelle pouvait naître entre les équipes des établissements de santé et des médecins conseils de l'ERSM.

L'objectif étant d'apaiser les échanges sur le terrain et de privilégier un accord/consensus à une démarche contentieuse.

- Ces échanges ont conduit à des arbitrages CNAM sur la base de la lecture des dossiers parfois en faveur de l'établissement, parfois en faveur des médecins conseils.

➤ Réciprocité du partenariat par le passé, MAIS

- Un partenariat insuffisamment développé par le passé :
 - ☞ Eviter de considérer l'établissement en situation de « récidiviste » concernant la cotation des actes CCAM, leur cotation étant de la seule responsabilité du praticien libéral.
- Il est donc nécessaire de mettre en œuvre les procédures de contrôles propres aux praticiens libéraux.

Bilan de la reprise des contrôles externes T2A

Précision sur la gestion des calendriers et la « sémantique »

- **L'annonce et la publication des priorités nationales s'effectue l'année N (2025 par exemple).**
- **La campagne de contrôle démarre en N (2025 par exemple) et se termine en N+1 (2026)**
 - Hors bien sûr le temps portant sur la partie indus / constations /etc.
 - On parle bien de l'intervention en établissement.
- **Les données PMSI utilisées pour le contrôle sont alors celles de l'année N-1 (donc 2024 dans mon exemple si N=2025).**

➞ Exemple pour la Campagne de contrôle de l'année 2025 :

Priorités nationales de contrôle définis en 2025

Sur les données PMSI 2024

Avec des contrôles en ES qui se déroulent en 2025 et 2026

Campagne de contrôle 2025

- La campagne 2025 s'inscrit dans un contexte de retour progressif à la normale des contrôles après les quatre années d'interruption en lien avec la crise sanitaire de la Covid-19. Les établissements de santé financés en 2024 par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025.
- Pour mémoire, dans le cadre de la campagne 2024, il avait été demandé aux directeurs généraux des agences régionales de santé (DG ARS) de ne pas appliquer de sanction. **Cette disposition exceptionnelle est levée pour la campagne 2025.**
- Les contrôles porteront uniquement sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (hors hospitalisation à domicile [HAD]) pour les séjours en hospitalisation complète, y compris ceux des patients hospitalisés pour la prise en charge de la Covid-19 et les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel.
- Les séjours sans nuitée dits de médecine (racines en M et en Z) ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025 (les HDJ médicaux essentiellement)

Campagne de contrôle 2025

Priorités nationales de contrôles retenues pour la campagne 2025

- ◉ Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie (AM) (mais ayant fait l'objet d'une facturation à l'AM) ou ne relevant pas d'une facturation T2A
- ◉ Le codage du diagnostic principal (DP) ou de certains actes CCAM classants
- ◉ Les séjours avec comorbidités
- ◉ Les séjours dits « contigus »
- ◉ Les prestations inter-établissements

Des ciblages en région ?

Plus d'informations:

[Dépêche EXPERT N°908 - Contrôle T2A : Priorités nationales de contrôles pour la campagne 2025 - FHP-MCO](#)

Bilan de la reprise des contrôles externes T2A

Campagne 2026 et suivantes

Le périmètre des contrôles et le nombre de séjours contrôlés a vocation à être élargi.

La reprise des contrôles sur l'ensemble des activités d'HDJ, y compris de médecine, qui aurait dû s'inscrire dans le cadre des travaux d'actualisation de l'instruction gradation sous l'égide du COPIL médecine ambulatoire

➔ A ce jour aucune reprise des travaux

La reprise des contrôles sur le champ de l'HAD est envisagée pour 2026

Charte de contrôle, Révision du guide

La Charte des contrôles T2A est définitivement validée incluant l'avis de la CNIL dans le cadre de la mise en œuvre de procédures de dématérialisation de transmissions de données qui sont proposées dans le cadre de la reprise de ces contrôles T2A

Travail lancé sur la révision du guide de contrôle 2018

- Transmission d'un projet en novembre 2025
- Retour attendu au plus tard le 20 décembre 2025

Bilan de la reprise des contrôles externes T2A

Un nouvel outil FHP MCO dédié aux contrôles T2A



<https://fhpmco-controlet2a.fr/>



[Accueil](#) | [Édito](#) | [Priorités nationales](#) | [Étapes du contrôle](#) | [Rescrits tarifaires](#) | [COTRIM](#) | [FAQ](#) | [Mots-clés](#) | [Versions](#)

Contrôle T2A

Nous proposons ici un accès à l'ensemble des outils, textes législatifs et réglementaires encadrant le contrôle T2A.
Il a vocation à aborder toutes les étapes du contrôle : de sa notification au contrôle en lui-même, aux indus et sanctions qui en découleraient ainsi qu'aux voies et moyens de recours rattachés.

[Voir l'édito en entier](#)



Cadre juridique et acteurs du contrôle externe



Étape 1 - Notification
de contrôle



Étape 2 - Le contrôle



Étape 3 - Les indus



Étape 4 - Les sanctions



Point d'actualité MCO

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

Point d'actualité MCO

- **Point d'étape sur la Campagne tarifaire 2025 :**
 - Exécution ONDAM 2025
 - Circulaire de campagne 2025
 - Coefficient prudentiel 2025
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2026 :**
 - PLFSS – Travaux de CT 2026
 - La gestion de la Liste en sus
- **Point de situation :**
 - RIHN
 - Forfaits MRC
 - HTNM
 - Instruction Gradation et HDJ ➡ Etude Flash HDJ médicale
- **Point sur la réforme des autorisations**

Campagne tarifaire 2025

Point d'étape

Campagne tarifaire 2025: Point d'étape

◉ Accompagnement FHP-MCO :

- 28^{ème} Club des médecins DIM (avril 2025) : Présentation par la DGOS des orientations de la Campagne tarifaire MCO 2025
- 5 minutes pour comprendre la CT 2025 – FHP MCO
- Dépêche EXPERT N°857 - Arrêté Forfaits (Prestations) 2025
- Dépêche EXPERT N°871 - Arrêté Tarifaire 2025
- Dépêche EXPERT N°872 - Instruction Coefficient MCO 2025
- Dépêche EXPERT N°883 - Notice Technique ATIH
Nouveautés « financement »
- Dépêche EXPERT N°894 - Transmission Des Données PMSI / Coef Prudentiel 2025



Campagne tarifaire 2025: +0,5%

Le compte, et le moral, n'y sont pas. ALERTE ROUGE Une campagne qui n'est pas à la hauteur de nos attentes	L'édition 2025 affiche une hausse insuffisante des tarifs, en moyenne à 0,5 % pour l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique. Elle ne génère aucune nouvelle ressource pour les établissements MCO et s'inscrit dans un passif de sous-financement de 1 Md€ sur trois ans, généré par l'inflation. De plus, les 80 M€ annoncés pour rémunérer l'avenant 33 s'avèrent bien en-deçà des 140 M€ indispensables à cet accord novateur.
--	--

Point d'actualité MCO

Campagne tarifaire 2025: Point d'étape

- Exécution de l'ONDAM 2025
- Point sur les circulaires de campagne
- Coefficient Prudentiel 2025

Exécution de l'ONDAM 2025

Les prévisions d'exécution de l'ONDAM ES pour 2025

Prévisions d'exécution établies par l'ATIH et la CNAM sur la base des dernières données d'activité disponibles (M8 pour le secteur ex-DG, M7 pour le secteur ex-OQN)

- ▶ **Part tarifs MCO-HAD** (hors liste en sus) : sous l'hypothèse d'un dégel des crédits mis en réserve via le coefficient prudentiel (COP), on anticipe une **sur-exécution de l'ordre de +0,7Md€** sur la part tarifs MCO-HAD hors liste en sus du fait d'une dynamique d'activité plus importante que prévue dans le secteur ex-DG :
 - ☞ Le volume économique progresserait de **+3,8 % dans le secteur ex-DG** et **+2,1 % dans le secteur ex-OQN** (évolution corrigée des effets jours ouvrés) vs une hypothèse de volume retenue en construction tarifaire de +2,2% (corrigée des effets jours ouvrés).
 - ☞ La sur-exécution de la part tarifs MCO-HAD est ramenée à **+0,3Md€ en cas de non-dégel du coefficient prudentiel** (qui représente 390M€ sur le champ MCO-HAD).
- ▶ **Liste en sus MCO** : les dépenses de la liste en sus **sous-exécuteraient de -0,15 Md€** sur le champ MCO.
- ▶ **Part tarif SMR** (dont liste en sus) : on anticipe une **légère sur exécution de la part tarifs SMR, de l'ordre de +40M€, en cas de dégel du COP**. En cas de non-dégel, l'exécution serait proche de l'objectif (le COP SMR représente 40M€).

Circulaire CT 2025

- Diffusion de la 1ère circulaire budgétaire 2025 fin juin (C1 2025)
- Diffusion de la deuxième circulaire budgétaire 2025 en novembre (C2 2025)
- La DGOS nous a informé qu'à l'issue de la 2ème phase de délégation, le solde des crédits de dotations restant à déléguer s'élève à 1,4Md€, soit 5% des crédits budgétés (hors mise en réserve).
- Les principales délégations prévues en C3 concernent :
 - Des mesures relatives à la recherche et l'innovation
 - Des mesures RH notamment le solde du financement des études médicales
 - Des mesures de santé publique telles que l'admission directe des personnes âgées, le plan maladies rares, le plan soins palliatifs, le financement des détenus et l'appel à projets relatif au fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
 - Des mesures au titre des systèmes d'information hospitaliers
 - La dotation complémentaire qualité (DCQ) pour les services d'urgences



Calendrier prévisionnel de la 3^{ème} circulaire : versement aux ES ex-DG le 20 décembre / ex-OQN le 5 janvier.

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2025

Coefficient Prudentiel 2025

Coefficient Prudentiel

◉ Procédure Dégel Coefficient prudentiel

- 1° Fait générateur de la décision de dégel : Avis du comité d'alerte sur les prévisions d'exécution de l'ONDAM de l'année N.



Avis du Comité d'alerte en octobre
(diapo suivante)

- 2ème Etape : Saisine officielle du Comité Economique de l'Hospitalisation Publique et Privée
 - Suite à la publication de l'avis du comité d'alerte, saisine officielle des membres du CEHPP. Cette consultation est indépendante de la décision politique du dégel. La décision politique d'un dégel ou d'une absence de dégel, de tout ou partie du montant mis en réserve ne pourra être prise qu'après cette consultation. (Consultation conformément aux art. R.162-33-8, R. 162-31-11 et R. 162-34-7 du css sur le montant des crédits pouvant être versés aux ES).



Séance du CEHPP sur le coefficient prudentiel : en attente de la date

- 3° étape : Décision politique de dégel ou non
 - Si pas de risque de dépassement de l'ONDAM ou si ces risques peuvent être contenus, la question d'un dégel de tout ou partie des crédits mis en réserve est posée et soumise à l'arbitrage politique

Coefficient Prudentiel 2025

Dernier avis du Comité d'Alerte n°4

Il est un préalable au processus décisionnel concernant le dégel, ou non, des sommes mises en réserve au titre du coefficient prudentiel. Cependant, son contenu pose déjà des orientations très probables au même titre que le dernier rapport des comptes de la sécurité sociale.

En synthèse, on retiendra (extrait) :

« Une hypothèse d'atterrissage à confirmer

La stabilité du montant actualisé de l'ONDAM par rapport à celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 **reposerait sur trois éléments** :

- La réalisation intégrale des 770 M€ d'économies sur des dotations à caractère budgétaire annoncées par les ministres : 267 M€ sur des dotations aux établissements de santé ; .../...
- Deux mesures de transfert de financement à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), postérieures à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, qui réduiraient de 110 M€ le montant de l'ONDAM sans réduire les dépenses des administrations publiques dans leur ensemble
- **L'absence de dégel du coefficient prudentiel sur les tarifs des établissements de santé, révisé à 430 M€.** Il permettrait de compenser pour l'essentiel les dépenses supplémentaires induites par le surcroît d'activité des établissements de santé par rapport à la prévision sous-jacente à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (529 M€). Ce surcroît d'activité est entièrement imputable aux établissements « ex-DG » (625 M€, dont 697 M€ pour la part tarifs, 64 M€ pour les soins médicaux et de réadaptation et - 136 M€ pour la liste en sus). »

Campagne tarifaire 2026

Évolutions envisagées

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale
- PLFSS 2026
- Les travaux de Campagne

les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale

- ⇒ ATIH - Session d'information Nouveautés PMSI 2026 pour les DIM MCO-HAD-SMR-PSY :
- ⇒ <https://www.atih.sante.fr/actualites/webinaires-nouveautes-pmsi-2026>

Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2026: Point de situation PLFSS 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2026

L'urgence de la situation économique et budgétaire de notre pays appelle des mesures pour le redressement des comptes sociaux, qui doivent être inscrites dès le PLFSS 2026.

Mais en l'état actuel de la copie, les acteurs de santé comme les patients ne peuvent que rejeter ce PLFSS 2026, qui ne répond en rien à leurs attentes et aux besoins urgents de santé dans notre pays.

Nous ne sommes pas prêts à sacrifier l'accès aux soins pour compenser la carence de politique de santé. Amplifiant encore la logique purement comptable des exercices précédents, ce PLFSS est aux antipodes de la « rupture » pourtant préconisée par le premier Ministre. Il porte en germe toutes les crises à venir, en ignorant l'avenir.

Nous nous prononçons en faveur de mesures fortes, difficiles s'il le faut mais à la condition qu'elles servent un projet. A défaut nous sommes sûrs que les mêmes recettes seront utilisées l'année prochaine conduisant à de nouveaux renoncements aux soins et crises de vocation.

L'objectif doit être l'efficacité, celle qui vise des économies substantielles tout en améliorant la prise en charge des patients et non la fausse efficacité présentée par le texte qui consiste à baisser aveuglément des tarifs ou sanctionner toutes les activités supérieures à la moyenne. Nous regrettons que les propositions faites par les fédérations hospitalières soient restées lettre morte, au profit de mesures disparates (franchises, ALD...) essentiellement comptables dans leur conception, bâties sans concertation avec les acteurs concernés et qui pour beaucoup consistent *in fine* à faire payer davantage les patients.

S'il faut rompre avec l'idée selon laquelle la sécurité sociale serait « une manne céleste inépuisable »¹ et prendre conscience qu'elle est un bien commun fondé sur un pacte social dont les paramètres ont changé, cela ne peut se faire au prix de l'accès aux soins et dans le mépris de ceux qui soignent.

Il s'agit donc bien de poser, dès 2026, les jalons d'une nouvelle trajectoire de dépenses de santé fondée sur l'efficacité et le service médical rendu.

➤ 26 propositions d'amendements portées par la FHP

Dégager des marges de manœuvre

Plusieurs mesures peuvent être rapidement prises pour financer les prestations au juste coût et réaliser des économies tout en maintenant voire renforçant la qualité des prises en charge

Bâtir demain

Les 26 propositions d'amendements portées par la FHP

- PROPOSITION 1 : Affirmer un principe de transparence dans les décisions prises par les ARS et publication des décisions d'allocation de ressources
- PROPOSITION 2 : Rétablir la transparence de certaines modalités d'allocation des ressources nationales des ES autorisés en psychiatrie
- PROPOSITION 3 : Rétablir la transparence de certaines modalités d'allocation des ressources nationales des ES de SMR
- PROPOSITION 4 : Donner aux établissements de santé les moyens de soigner
- PROPOSITION 5 : Eviter que l'assurance maladie rémunère deux fois une même prestation
- PROPOSITION 6 : Intégrer les structures de soins non programmés dans la planification
- PROPOSITION 7 : Fixer un calendrier réaliste aux obligations d'alimentation et de consultation du DMP
- **PROPOSITION 8 : Reporter la réforme du financement de la dialyse**
- PROPOSITION 9 : Permettre la remise d'un rapport sur l'efficacité du financement des activités de psychiatrie par les régimes obligatoires d'assurance-maladie
- PROPOSITION 10 : Permettre la facturation périodique des tarifs nationaux des établissements de SMR
- PROPOSITION 11 : Pérenniser à l'identique le coefficient honoraires dans les établissements de SMR
- PROPOSITION 12 : Limiter de manière proportionnée l'écart tarifaire entre les différentes catégories d'établissements de SMR
- **PROPOSITION 13 : Fixer des règles claires de gouvernance de gestion des listes en sus**

Les 26 propositions d'amendements portées par la FHP

- PROPOSITION 14 : Supprimer la réforme des dispositifs dérogatoires prévue à l'article 34, afin de préserver un accès rapide et sécurisé aux traitements innovants pour les patients
- PROPOSITION 15 : Refuser les sur cotisations sur les dépassements d'honoraires pour ne pas accroître les difficultés d'accès aux soins
- PROPOSITION 16 : Refuser les baisses unilatérales de tarifs pour ne pas se priver de négociations en faveur de l'efficience
- PROPOSITION 17 : Mettre en place un forfait dépistage / prévention au sein des ES
- **PROPOSITION 18 : Permettre à tous les ES de facturer les actes et consultations externes de leurs sage-femmes salariées**
- **PROPOSITION 19 : Permettre aux ES de facturer les actes et consultations externes de leur personnel paramédical salarié**
- PROPOSITION 20 : Créer une unité entre les acteurs par la mise en œuvre d'un Service public de santé
- PROPOSITION 21 : Favoriser les coopérations public / privé (GCS)
- PROPOSITION 22 : Reconnaître le caractère hautement stratégique de la santé en organisant son financement à travers une loi de programmation pluriannuelle
- PROPOSITION 23 : Coconstruire la politique de santé
- PROPOSITION 24 : Rendre les objectifs pluriannuels de la politique de santé clairs et précis et prévoir un suivi annuel des résultats obtenus
- PROPOSITION 25 : Eclairer le Parlement par une évaluation annuelle de la stratégie nationale de santé
- PROPOSITION 26 : Permettre aux établissements d'engager les transformations nécessaires grâce à la pluriannualité

Article 27

Favoriser l'efficience, la pertinence
et la qualité des activités des
établissements de santé

Exposé des motifs

Dans un contexte budgétaire contraint, il est impératif de s'assurer de **l'efficacité des financements et de la pertinence des actes et des soins délivrés par les établissements de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins prodigués**. Au-delà de l'impact premier du juste soin sur les patients, qui doit rester la priorité, c'est en avançant vers plus d'efficacité et de pertinence que des marges pour desserrer la contrainte globale qui pèse sur le système pourront être dégagées.

La présente mesure vise donc à renforcer l'incitation à l'efficacité, la pertinence, la qualité et la sécurité des soins, en simplifiant les dispositifs existants et en renforçant le levier d'incitation financière pour que les établissements de santé et les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) soient pleinement accompagnés dans cette démarche dans une logique de responsabilité et de bénéfice partagé. En effet, certaines dépenses de santé relevant des pratiques hospitalières sont particulièrement dynamiques (c'est le cas notamment des prescriptions hospitalières exécutées en ville-PHEV) et nécessitent une responsabilisation de l'ensemble des établissements de santé et des HIA dès lors qu'elles ne sont pas corrélées à un même dynamisme en termes de besoin de santé.

Ainsi au-delà de la simplification du dispositif d'incitation à la qualité, recentré sur son volet valorisation, **il est créé un mécanisme global d'incitation à l'efficacité et à la pertinence qui pourra, selon les cas, prendre la forme d'un intéressement des établissements et HIA aux gains dégagés par leurs actions ou de pénalité financière**. Cette mesure vise à responsabiliser les acteurs en liant une part de leur financement aux résultats obtenus, sur la base d'indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins, des actes et des prescriptions. Au-delà des critères qui s'appliqueront de manière transversale à tous les établissements et aux HIA, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qui permettent d'intéresser spécifiquement les établissements qui s'écartent le plus de la moyenne sont remplacés par un dispositif plus souple permettant de pénaliser les établissements dont les pratiques sont les moins pertinentes.

Article 31

Rendre obligatoires l'alimentation du Dossier Médical Partagé et sa consultation dans certains cas

Exposé des motifs

L'alimentation systématique de « Mon espace santé » (Dossier Médical partagé - DMP) permet aux patients d'avoir accès à leurs données et documents médicaux dans ce DMP ouvert à chacun des assurés français depuis janvier 2022.

Elle permet de faire gagner du temps aux professionnels qui n'ont plus à rechercher les données de leurs patients et contribue à la bonne coordination des soins, notamment entre la ville et l'hôpital. Un profil « Mon espace santé » complet permet également aux professionnels d'éviter la prescription d'actes inutiles ou redondants (estimés entre 15% et 40% dans le secteur de l'imagerie par exemple).

L'article L. 1111-15 du code de la santé publique prévoit d'ores et déjà une obligation pour les professionnels de reporter certains documents dans le DMP des patients. Il s'agit aujourd'hui de renforcer cette obligation légale avec un régime de sanctions applicables en cas de non-respect pour augmenter l'alimentation et la consultation lors des parcours de soins. Ces sanctions concerneraient également les établissements, services ou organismes au sein desquels ces derniers exercent.

Par ailleurs, alors que la donnée de santé est de plus en plus abondante dans « Mon espace santé », sa consultation par les professionnels doit devenir une pratique systématique, notamment en amont d'actes coûteux. L'article 48 de la LFSS pour 2025 prévoit que le remboursement d'un acte coûteux peut être conditionné à la présentation d'un document prouvant que le prescripteur a consulté le dossier médical du patient préalablement à la prescription. Cette obligation de consultation de « Mon espace santé » est reprise dans un article dédié et complétée pour faciliter sa mise en œuvre opérationnelle en prévoyant la possibilité d'une pénalité financière en cas de manquement.

PLFSS 2026 : la FHP appelle à un usage efficient et équitable des 850 millions d'euros supplémentaires dédiés aux hôpitaux & cliniques

Alors que le PLFSS 2026 arrive au Sénat, la FHP salue le signal budgétaire envoyé par l'Assemblée nationale avec l'adoption du complément de financement de 850 M€ pour les hôpitaux publics et privés. Elle appelle les sénatrices et sénateurs à inscrire pleinement l'efficience dans l'analyse du texte et à redonner de la cohérence aux choix budgétaires. Cela est d'autant plus crucial que les établissements de santé privés assurent 35 % de l'activité hospitalière, pour seulement 18 % des financements.

Ce supplément de crédits permet d'éloigner provisoirement la perspective de tarifs hospitaliers négatifs. Désormais ces financements supplémentaires doivent bénéficier à l'ensemble des établissements de santé, quels que soient leurs statuts, dans une logique d'équité et d'efficience, avec pour finalité un meilleur accès aux soins et une amélioration concrète du service rendu aux patients.

La FHP a vu deux propositions essentielles qu'elle portait être adoptées : la fin du double paiement des actes libéraux à l'hôpital public, une mesure d'efficience incontournable ; et le retour à une consultation formelle des fédérations hospitalières sur les dotations régionales. En revanche, le rejet en séance de l'amendement sur la transparence du FIR, adopté en commission, ainsi que l'irrecevabilité de l'amendement sur une loi de programmation en santé, interrogent sur la volonté réelle d'une gouvernance ouverte et d'une vision de long terme.

Plusieurs dispositions du texte actuel nuisent directement à l'accès aux soins :

- la remise en cause du financement de l'innovation thérapeutique, pour l'essentiel en cardiologie et cancérologie (stents, anticancéreux, etc.) au nom d'économies brutales et non documentées ;
- la remise en cause des coopérations public/privé formalisées et validées par les ARS, pourtant essentielle pour maintenir une offre dans les zones sous-dotées ;
- la restriction de gestion des centres de soins non programmés aux seuls professionnels de santé, au risque de faire disparaître des structures hospitalières existantes, comme celles de la FHP, qui accueillent chaque année plus d'un million de patients.

- La FHP salue le signal budgétaire envoyé par l'AN avec l'adoption du complément de financement de 850 M€ et appelle le Sénat à inscrire pleinement l'efficience dans l'analyse du texte et à redonner de la cohérence aux choix budgétaires.



FLASH FHP
Communiqué de Presse

PLFSS 2026 : la FHP appelle à un usage efficient et équitable des 850 millions d'euros supplémentaires dédiés aux hôpitaux & cliniques

Protocole de pluri annualité

Préparation de la campagne tarifaire 2026

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

Orientations FHP-MCO pour la campagne 2026 :



- L'alerte portée sur le financement des maternités
- L'intégration de la AC 10% Ségur 1 et 2 dans les tarifs,
- La prise en compte du développement de la RAAC,
- La prise en compte des consommables dans la détermination des tarifs des GHS (impact robots notamment)
- Une gouvernance de la liste en sus à définir
- Le suivi des travaux sur le RIHN
- La prise en compte des Retex Campagnes
- Prise en compte du BEYFORTUS dans un financement pérenne des établissements de santé
- La création de GHS majoré dans les suites de la radiation des guides FFR de la LES

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

◉ Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :

➤ Les évolutions avec un impact sur l'arrêté prestation

Création de nouvelle prestation et/ou ajustement des règles encadrant les prestations existantes

➤ Les autres évolutions

Avec un impact potentiel uniquement sur les tarifs

↪ En parallèle des travaux menés dans le cadre de la réforme du financement



Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⊙ **Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :**
 - **Les évolutions avec un impact sur l'arrêté prestation**
 - **Financement de l'innovation :**
 - ✓ financement de la pose d'un marqueur magnétique dans le cas de tumeur du sein
 - ✓ financement des prises en charge par ultrasons focalisés du cancer de la prostate et des tremblements essentiels
 - Intégration du financement des test PCR aux urgences dans le supplément biologie
 - Evolution des forfaits « greffe » dans le cadre du plan greffe
 - **Les autres évolutions**
 - Revalorisation de la dialyse péritonéale à domicile
 - Devenir de l'enveloppe « AC péréquation » (387M€)
 - Ajustement des tarifs de radiothérapie au bénéfice de l'activité de cancérologie
 - Correction d'une erreur de valorisation des GHS intermédiaires d'obstétrique
 - Soins critiques

+ le sujet de la liste en sus



Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- Les évolutions **avec un impact sur l'arrêté prestation**
 - Financement de l'innovation :
 - ✓ financement de la pose d'un marqueur magnétique dans le cas de tumeur du sein :
 - ❖ Création d'un SE 8 (➡ Article 16 et annexe 11 de l'arrêté prestation MCO 2015 consolidé) pour prendre en charge l'implantation d'un marqueur magnétique en activité externe
 - ❖ Un GHS majoré existe pour le repérage d'une lésion tumorale dans le séjour chir :
Maintien des dispositions actuelles des conditions des GHS majorés pour les poses de marqueurs du moment que l'acte est fait dans le même temps opératoire (juste avant l'ablation de la tumeur).
 - ❖ Le SE8 est restreint à la pose du marqueur magnétique. Il s'agit d'un nouveau DM posé avec la même technique qui ne relève pas de la création d'un nouvel acte CCAM.
 - ❖ La facturation du SE8 est cumulable avec celle de l'acte CCAM (*) de pose.
 - ❖ Un tarif du SE8 identique dans les 2 secteurs

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⦿ **Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :**
 - **Les évolutions avec un impact sur l'arrêté prestation**
 - **Financement de l'innovation :**
 - ✓ financement des prises en charge par ultrasons focalisés du cancer de la prostate
 - ❖ Création de GHS majoré (➡ ajout d'un 28° à l'article 6 de l'arrêté prestation MCO 2015 consolidé)
 - ❖ L'acte JGND858 «Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité» a été inscrit à la CCAM le 21 juin 2025, rendant nécessaire l'intégration de son financement en sortie de forfait innovation
 - ❖ création de GHS majorés pour les 5 GHM de la racine 12C04 « Prostatectomies transurétrales » lorsque l'acte JGND858 est réalisé.
 - ❖ Le montant du GHS majoré, identique pour les 5 niveaux de sévérité, sera établi à dire d'experts, à partir d'échanges avec les établissements utilisateurs.
 - ❖ Pour mémoire : Forfait Innovation FI01 déployé en 2014, au tarif de 5 074€ (incluant les frais de séjours)



Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⦿ Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :
 - Les évolutions avec un impact sur l'arrêté prestation
 - Financement de l'innovation :
 - ✓ financement des prises en charge par ultrasons focalisés des tremblements essentiels
 - ❖ Création de GHS majoré (➡ ajout d'un 29° à l'article 6 de l'arrêté prestation MCO 2015 consolidé)
 - ❖ L'acte AANB256 «Destruction unilatérale d'une ou plusieurs cibles intracérébrales par ultrasons focalisés, par voie stéréotaxique avec monitoring par imagerie par résonance magnétique [IRM] » a été inscrit à la liste des actes et prestations par l'UNCAM (en attente de publication au JO).
 - ❖ création de GHS majorés pour les 5 GHM de la racine 01M12 : Autres affections du système nerveux » lorsque l'acte est réalisé.
 - ❖ Le montant du GHS majoré doit être établi à dire d'experts.

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- Les évolutions **avec un impact sur l'arrêté prestation**
 - Intégration du financement des test PCR aux urgences dans le supplément biologie
 - ✓ Le financement des tests PCR aux urgences entre dans le droit commun au 1er janvier 2026, mettant fin à l'exception d'un financement en sus du supplément biologie ➡ Modification de l'Article 13 de l'arrêté prestation MCO 2015 consolidé
 - Evolution des forfaits « greffe » dans le cadre du plan greffe
 - ✓ création de deux forfaits PO pour financer la circulation extracorporelle régionale normothermique (CRN) mobile ➡ Article 14 et annexe 3
 - ❖ Création du forfait POB : Prélèvement(s) d'organe(s) sur une pers dcd après arrêt circulatoire, avec recours à une circulation extracorporelle régionale normothermique (CRN) mobile
 - ❖ Création du forfait POE : Pose et surveillance d'une circulation extracorporelle régionale normothermique (CRN) mobile sur une personne décédée après arrêt circulatoire
 - ✓ création d'un nouveau compartiment du FAG pour financer l'utilisation des machines à perfusion cardiaque ➡ Article 21

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- Une autre évolution de l'arrêté prestation : une mise à jour de la liste des actes permettant la facturation d'un supplément SRC :
 - Ajout de deux actes sur la liste 2 de l'annexe 2 des actes autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue en lien avec la dernière version de la CCAM
 - Principe général : lors de l'inscription de nouveaux actes à la CCAM, l'ATIH leur attribue les mêmes caractéristiques que celles des actes similaires déjà existants.
 - ✓ DELA169 : Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque avec pose d'une sonde rétrosternale, par abord infraxiphoidien
(similaire à l'acte DELA004 Implantation souscutanée d'un défibrillateur cardiaque avec pose d'électrode épicardique, par abord direct)
 - ✓ DEGA210 : Ablation d'une sonde définitive rétrosternale de défibrillation cardiaque par abord infraxiphoidien (DEGA002 Ablation d'électrode épicardique définitive, par thoracotomie)

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

⦿ Une Alerte :

- Nous avons été sollicités sur plusieurs projet de texte venant impacté l'arrêté prestation MCO :
 - Le projet d'arrêté prestation MCO 2026 reprenant les évolutions évoquées dans le cadre des travaux de campagne
 - Le projet d'arrêté « dialyse » dans le cadre de la réforme du financement de la dialyse et qui est un projet d'arrêté modificatif de l'arrêté prestation MCO de 2015
 - Un projet de DCE qui vient modifier des textes cités dans l'arrêté prestation MCO



Faut il s'attendre à la publication de 3 arrêtés modificatifs de l'arrêté prestation MCO 2015 consolidé en 2026 ?



Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⊙ **Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :**
 - Les évolutions **avec un impact sur l'arrêté prestation**
 - Les autres évolutions
 - Revalorisation de la dialyse péritonéale à domicile
 - Devenir de l'enveloppe « AC péréquation » (387M€) : intégration dans les tarifs ou maintien en l'état
 - Ajustement des tarifs de radiothérapie au bénéfice de l'activité de cancérologie
 - Correction d'une erreur de valorisation des GHS intermédiaires d'obstétrique
 - Soins critiques
 - Gestion active de la liste en sus

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- REVALORISATION DE LA DIALYSE PERITONEALE A DOMICILE :

Pour mémoire, **2 types de forfaits de la dialyse péritonéale à domicile** en fonction des techniques utilisées :

- **Forfait D15** : dialyse péritonéale automatisée (DPA)
- **Forfait D16** : dialyse péritonéale continue en ambulatoire (DPCA)

En 2024, **98% de la dialyse péritonéale à domicile est réalisée par des établissements ex-OQN** et 2% en ex-DG.

Une mesure transitoire de revalorisation des forfaits de dialyse péritonéale à domicile est proposée pour 2026 dans l'attente de la mise en œuvre effective de la réforme. Les forfaits de dialyse péritonéale seraient augmentés sur la base de l'estimation de surcoût des interventions IDEL et de la part de prise en charge assistée à **+57 €** pour le forfait **D15** (DPA) - soit +7% (ex-DG et ex-OQN) - **et +136 €** pour le forfait **D16** (DPCA) - soit +21% ex-DG et +22% ex-OQN.

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- Cette revalorisation des forfaits D15 et D16 représente un **besoin de financement de 15 M€**, à envisager à **enveloppe constante** (contexte budgétaire contraint)
- **3 options** sont envisagées en fonction du ciblage des mesures de baisse nécessaires en prenant en compte l'existant de l'activité de la DP par secteur de financement : **UDM, centre ou les deux**.

OPTION 1 : UDM	OPTION 2 : CENTRE	OPTION 3 : UDM et CENTRE
- Ex-DGF : - 0,6 % - Ex-OQN : - 2,7 %	- Ex-DGF : - 0,04 % - Ex-OQN : - 2,3 %	- Ex-DGF : - 0,04 % - Ex-OQN : - 1,25%

- Demande FHP-MCO et FEHAP de vérification des données qui sous tendent ces évolutions tarifaires + d'autres solutions existent comme une modification de la réglementation actuelle pour permettre la facturation de l'acte IDE, déjà autorisé pour les patients en EHPAD.

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⦿ **Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :**
 - **Devenir de l'enveloppe « AC péréquation » (387M€) :** La question est de nouveau posée avec 3 options envisagées :
 - l'intégration dans les tarifs,
 - maintien en l'état (reconduction de la délégation 2022),
 - Maintien de l'enveloppe AC avec actualisation des clefs de répartition de l'enveloppe ACCette option suppose un travail important qui rend impossible une délégation en C1 2026, mais seulement en C2 voire C3.
 - La question du traitement pérenne de ce sujet doit également être posée au-delà de 2026
 - Rappel Position FHP-MCO : Intégration de la AC 10% Ségur 1 et 2 dans les tarifs



Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⊙ **Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :**
 - **Les autres évolutions : Ajustement des tarifs de radiothérapie au bénéfice de l'activité de cancérologie**
 - Etablissements du secteur ex-DG
 - Dans la perspective de la réforme du financement de la radiothérapie et compte tenu du constat relayé par différents rapports de tarifs supérieurs aux coûts en établissements de santé
 - une baisse des tarifs de l'activité des tarifs de radiothérapie, à hauteur de 5%, est envisagée en campagne 2026.
 - Cela représente une baisse de l'ordre de 50M€. L'enveloppe de financement ainsi libérée serait intégralement réintégrée dans les tarifs des activités de cancérologie.

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⦿ Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :
 - Les autres évolutions : **Correction d'une erreur de valorisation des GHS intermédiaires d'obstétrique :**
 - En 2024, ont été embarqués à tort dans les mesures de revalorisation les GHS intermédiaires d'obstétrique
 - Les 4 GHS concernés : 5400 (14M02T), 5401 (14M03T), 5403 (14Z06T) et 5504 (14Z16T)
 - Impact des mesures de correction :
 - ✓ Secteur ex-DGF : 27K séjours pour une baisse de 203K€ (99% sur le GHS 5401)
 - ✓ Secteur ex-OQN : 7,7K séjours pour 8,5K€

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2026

- ⊙ Les travaux de campagne 2026 sur le champ MCO :
 - Les autres évolutions : **Soins critiques**
 - 40M€ de crédits nouveaux sont budgétés au sein de l'ONDAM ES 2026 pour soutenir l'activité de soins critiques pour la 2ème année consécutive.
 - Deux options sont envisagées :
 - ✓ Intégration dans les suppléments Réa (adulte, pédiatrique, néonate) comme en 2025
 - ✓ Intégration dans les suppléments Réa et USI, en priorisant le rattrapage sur la réanimation

La Gestion de la Liste en sus Médicaments et DM

- ⊙ **CT 2023 : la politique du « ni GHS, ni liste en sus »**
 - **Radiation** de DM et Médicament de la LES **sans réintégration** des montants correspondants
 - Au mépris des règles habituelles de gestion de la LES qui prévoient que si le motif de radiation porte sur le coût, les montants remboursés correspondants sont réintégrés dans les tarifs des GHS concernés.
 - Un accompagnement des seuls ES les plus impactés par la radiation, au travers d'une AC :
 - 16 ES Ex-OQN éligibles au titre des médicaments et 45 ES Ex-OQN au titre des DM.
 - ⇒ Cette politique des radiations 2023 a été dénoncée par les acteurs (fédérations d'établissements, sociétés savantes, industriels...) et a donné lieu à de multiples actions auxquelles la FHP-MCO a activement contribué

- ⊙ **CT 2024 : Un moratoire et une prise en compte des problèmes posés par les modalités de radiations intervenues lors de la campagne 2023.**
 - Pas de radiations de la liste en sus pour l'année 2024 dans le cadre de la CT
 - Un traitement différencié pour les DM et les médicaments radiés en 2023 :
 - L'intégralité des montants qui correspondent à la consommation 2022 des DM radiés en 2023 a été réintégrée dans les tarifs 2024.
 - Une compensation AC est maintenue pour les molécules onéreuses radiées en 2023.

- ⊙ **CT 2025 : le moratoire sur les radiations de la LES a été maintenue**
 -  Mais quid des nouvelles règles de gouvernance

⦿ Positions FHP-MCO

- Une demande de poursuite du moratoire pour 2025
- Concernant la gestion de la liste en sus : Trois principes doivent nous guider :
 - une gestion pluriannuelle de l'évolution de la liste est indispensable pour préserver une visibilité des managers
 - un produit n'est radié que lorsqu'il est arrivé à maturité de développement de sa pratique
 - une compensation totale du montant radié est intégrée au sein des tarifs des GHS.

Liste en sus

Reprise des échanges en juillet après deux années d'interruption:

- ➞ Temps n°1 : Une réunion de travail a été organisée le 23 juillet 2025, avec un délai de prévenance très court, sur la question de la gestion de la liste en sus.
- le changement fréquent de cabinets ministériels n'a pas permis de disposer d'un arbitrage avant ce mois de juillet pour une présentation aux différentes parties prenantes.
- Proposition de
 - 2 scénarii d'évolution des modalités d'inscription sur la LES (*ne font pas l'objet d'une concertation cette année*)
 - 2 scénarii d'évolution des modalités de radiation de la LES (*ne font pas l'objet d'une concertation cette année*)
 - Proposition de modalités de réintégration (*soumise à concertation cette année*)

Points d'attention sur ces propositions :



- Aucun exemple permettant d'apprécier la différence concrète des méthodes entre les 2 scénarii.
- **Des radiations sont possibles sans réintégration des sommes en jeu.**
- **Il est prévu une réintégration à, au plus, 75% pour les GHS concernés.**

Liste en sus

- ➔ Temps n°2 : Un courrier commun validé par l'ensemble des parties prenantes au dossier de la liste en sus a pu être finalisé et adressé aux Ministres.
- ➔ Temps n°3 : début aout, le périmètre et le calendrier de la concertation sont revus :
 - La concertation porte sur les modalités de réintégration des radiations au titre de la campagne tarifaire 2026 ;
 - la concertation ne porte pas sur la définition des critères, mais sur une liste de produits de santé identifiés sur la base des critères actuels ;
 - retours attendus pour le 4 septembre
- ➔ Temps n°4 : A la suite de relances de la très grande majorité des parties prenantes (FHP-MCO, UNICANCER, SNITEM, FHF, FEHAP) et un complément de la FSM, quelques données chiffrées ont été adressées le 1er septembre en fin de journée... Mais cela ne répond pas à toutes les interrogations ... et toujours pour une réponse le 4 septembre pour la DGOS.

Liste en sus

➞ Temps 5 : Réunions dans les suites de cette « concertation » fin sept

- En 2 temps, une réunion avec les FD uniquement, puis par la suite une réunion avec l'ensemble des acteurs.
- La DGS a analysé l'ensemble des retours:
 - Refus collectif de se positionner sur un scénario (absence d'étude d'impact + calendrier inadapté)
 - Nécessité de permettre un financement suffisant à travers les GHS en cas de radiation et Alerte sur l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, perte de chance pour les patients
 - Remarques spécifiques aux médicaments et aux DM



- Une liste de produit ajustée pour réintégration au 1er janv 2026 (diapo suivante)
- méthodologie de réintégration : Scénario 1 a la préférence de la DGS (des réintégrations proportionnelles au montant de la radiation et du ratio moyen pondéré pour chacune des racines concernées, le niveau de réintégration ne pourra pas être à 100%)

- Les travaux restent à finaliser avec l'ATIH pour préparer la CT 2026

➞ Temps 6 : fin octobre, annonce d'une adaptation de la méthode de réintégration

Liste ajustée des produits proposés à la radiation au 1^{er} janvier 2026 et montant remboursés sans ETI (tout secteur)

Critère justifiant la radiation	Produits / catégorie	Montant sans ETI (€)
ASA V vs. Comparateur non inscrit sur la LES	TENOLIG	404 065
	MACROPLASTIQUE	284 188
	INTERSTIM II	3 259 650
	GORE VIABAHN	200 955
	Endoprothèses carotidiennes	2 870 691
Ratio tarif/GHS <30%	Stent métallique nu	<11
	Endoprothèses coronaires dites "stents (PTFE/polyuréthane)	657 021
	"stents" enrobés	425 154
	"stents" à libération de PA	129 334 677
	Ballons actifs coronaires	10 017 428
	Ballons actifs périphériques	12 968 023
	Total	160 438 586

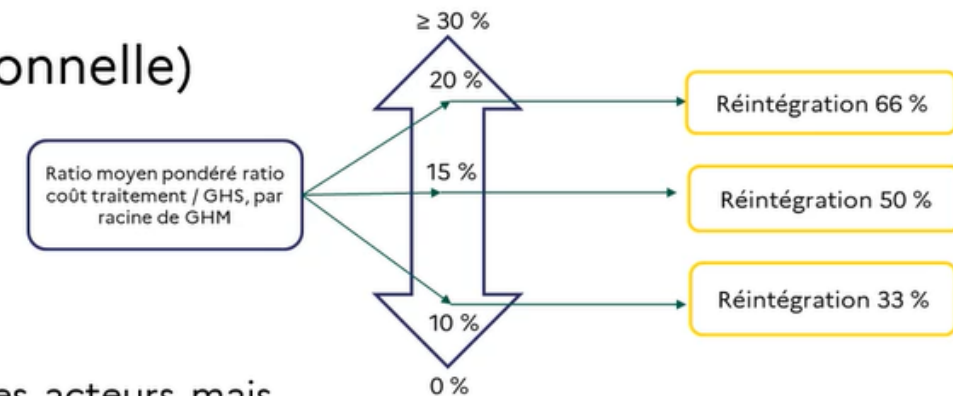
Critère justifiant la radiation	Spécialité	Montant sans EMI (€)
Ratio tarif/GHS <30%	CARBAGLU® (acide carglumique) 200MG CPR DISP et ses génériques : ACID.CARGLUMIQ.TLO 200MG C ACID.CARGLUMIQ.WAY 200MG C.D UCEDANE 200MG CPR DISP	79 967
	AMBISOME® (Amphotericine B)	19 271 881
	ZAVICEFTA®(ceftazidime/avibactam)	6 935 073
	CRESEMBA®(isavuconazole)	5 907 633
	VABOREM®(meropenem/vaborbactam)	83 025
	Micafungine (ensemble des génériques) :	539 417
	Voriconazole (ensemble des génériques) :	363 091
	ASMR V vs. Comparateur non inscrit sur la LES	8 711 344
	REZZAYO 200MG, PERF FL	0
Total		42 074 977

Estimations des montants réintégrés

Produits		Total à réintégrer sans EMI/ETI (données ATIH 2024)	Scénario 1			Scénario 2		
			ex-DGF	ex-OQN	Total	ex-DGF	ex-OQN	Total
Total ensemble des PDS de la <u>liste actualisée</u>	DM	160 438 586 €	44 354 659 €	30 156 898 €	74 511 556 €	35 646 948 €	24 254 361 €	59 901 309 €
	Médicaments	42 074 977 €	18 565 789,91 €	882 354,43 €	19 448 144,34 €	10 934 832,14 €	264 761,02 €	11 199 593,16 €

Scénario de réintégration retenu

- Proposition de retenir le scénario 1 (réintégration proportionnelle)
 - Plus lisible
 - Plus représentatif du coût du produit par rapport au tarif des GHS
 - Plus favorable aux établissements de santé
- Retour des acteurs lors de la réunion du 30 septembre
 - Une notion de « taux acceptable de non-réintégration » partagée avec les acteurs mais non quantifiée au cours des échanges
 - Enjeu particulier pour la cardiologie particulièrement touchée par les radiations
- Travail spécifique réalisé sur les racines les plus touchées
 - Identification des 2 GHM les plus concernés : 05K05 et 05K06 qui supportent plus des 2/3 de l'effort
 - Une méthode de réintégration *ad hoc* déterminée pour alléger le poids sur ces 2 GHM : réintégration de 75% de la masse



- Ce changement de méthode conduit à réduire les économies attendues sur la liste en sus à 67 millions au lieu des 100 millions recherchées initialement.
- Nous avons bien sûr renouvelé nos demandes concernant les données chiffrées par GHM, par secteur de financement, par produit de la liste en sus radiés. Une réponse favorable à notre demande a été donnée mais sans engagement sur les délais....
- Par ailleurs, la DGS annonce un cycle de réunion à venir (à partir de mi-novembre 2025) pour définir de manière pérenne les modalités de radiation à compter du 1^{er} janvier 2027. *(Redéfinition et révision des textes actuellement en vigueur : « Les dépenses observées relatives à l'utilisation de la spécialité pharmaceutique sont réintégrées dans les tarifs des GHS correspondants. ».)*



La parole est à vous



RIHN

Les objectifs de la réforme

La réforme de la prise en charge des actes hors nomenclature en biologie médicale a été mise en place pour mieux encadrer et financer les actes innovants non encore intégrés à la NABM.

En 2024, la Liste des actes hors nomenclature (LAHN) a remplacé Référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) et la Liste complémentaire d'actes innovants. Cette nouvelle liste vise à simplifier le suivi des actes innovants et à faciliter leur évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) en vue d'une éventuelle prise en charge **en droit commun** par l'Assurance maladie.

Les actes inscrits sur la LAHN peuvent bénéficier d'une prise en charge financière transitoire au titre des **missions spécifiques (auparavant MERRI)**, sous réserve d'une évaluation favorable de leur service attendu par la HAS.

La méthode de travail

1. GT «scientifique» pour cartographier, classer et prioriser les actes du RIHN et de la LC selon :
 - Actes de recours (dont NGS «générique»)
 - Actes sans débouchés industriels
 - Identification des besoins relatifs au pre-screening
2. GT «financement» avec comme thématique :
 - Financement des actes onéreux pour les établissements ex-DG
 - Evolution des recueils d'activités (AHN, RIHN 2.0 et actes en sortie)
 - Modalités de financement pour les actes identifiés par le GT scientifique

Les interlocuteurs du dossier RIHN

La DGS reprend le pilotage du sujet, suite à une réorganisation des missions DGOS/DGHS (JO du 24 août 2025) :

- Décret n° 2025-841 du 22 août 2025 relatif aux missions de la direction générale de la santé et de la direction générale de l'offre de soins

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000052130436>

- Arrêté du 22 août 2025 modifiant l'arrêté du 6 avril 2016 portant organisation de la direction générale de la santé et l'arrêté du 26 mars 2024 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins en sous-directions

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000052130448>

Ils sont de 2 ordres :

1- Financier avec notamment :

- Des réflexions sur l'utilisation éthique de l'enveloppe dédiée pour préserver le budget **dédié à l'innovation**.
- Les conditions de maintien de l'innovation en biologie médicale en pourvoyant à un financement pertinent d'actes ;
- **Les modalités d'intégration de ces actes en sortie de LAHN**

2- Scientifique avec notamment :

- La nécessaire cartographie des actes présents dans la LAHN afin de prioriser les actes devant bénéficier d'une évaluation de la HAS pour inscription à la NABM ;
- **Les procédures d'évaluation à repenser (procédures complètes, simplifiées...)**
- Les solutions pour améliorer l'acquisition des données d'évaluation des actes du RIHN 2.0 pour éviter leur

Evolution des recueils d'activités (AHN, RIHN 2.0 et actes en sortie)

- Travaux en cours avec les éditeurs de logiciels de biologie sur interopérabilité, urbanisation et environnement PMSI (activité CCAM déjà disponible).
 - Évaluation en cours sur quelques actes pour déterminer les besoins éditeurs.
 - Objectif d'utiliser des éléments déjà disponibles pour éviter de nouveaux développements.
1. En première instance travaux qui concernent les actes onéreux en sortie de la LAHN.
 2. Pour le RIHN 2.0, développer une modalité de recueil d'activité similaire au FI ou FICHCOMP dédié ou interfaçage avec les modalités de recueil des actes onéreux.
 3. Maintenir le FICHSUP pour la LAHN compte tenu du volume et de l'objectif de sortie progressive de ces actes mais calendrier de recueil d'activité et contrôle des ARS à faire évoluer ?

Financement des actes onéreux pour les ES ex-DG

1. Principe de base = intégration au sein des GHS sauf exception.
 - Modalités d'intégration discutées dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires.
 - Modalités et calendrier d'échange à définir.

2. Pour l'exception d'intégration aux GHS, définir les critères (cumulatifs) :
 - coût,
 - GHS non spécifique et/ou GHS majoré non pertinent,
 - cas de la sous-traitance entière de l'acte,
 - évolution de financement selon évolution du B,
 - modification / suppression selon évolution NABM / CCAM,
 - autre ?

Calendrier et perspectives

- Publication du décret du 29 mars 2024 modifié intégrant la baisse de l'abattement et l'étalement du calendrier =) **Fin 2025**
- **Janvier à juin 2026** : mobilisation du GT scientifique pour effectuer une priorisation des actes à évaluer ;
- GT financement : mobilisation en fonction de l'avancée des travaux du GT scientifique
- Juin et décembre 2026 : réunions du COPIL

Les deux groupes se réuniront en parallèle, selon le planning suivant :

GT Scientifique	GT Financement
24 novembre	16 décembre
12 janvier	15 janvier
26 janvier	4 février
23 février	8 avril
30 mars	3 juin
27 avril	
27 mai	

Pour mémoire

Décision d'un précédent Bureau FHP-MCO d'être représenté par le Dr Nadine DOHOLLOU pour le GT Scientifique.

Forfait MRC

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
 - Les tarifs  Arrêté tarifaire 2025
 - ainsi que les données à recueillir.
 - L'arrêté du 27 septembre 2019 consolidé fixant la liste des établissements de santé éligibles au forfait
 - Livret pédagogique relatif aux modalités de fonctionnement et de financement du forfait MRC  Nouveauté 2024



Parution arrêté
2024
(arrêté du 7 mai 2024)

Forfait MRC

Évolution pour 2024:

Pour Mémoire

- Assouplissement du 3ème intervenant inclus dans le forfait
 - L'inclusion de l'IPA au sein du forfait MRC
L'IPA pourra intervenir :
 - en 2ème consultation néphrologue
 - à la place de l'IDEC ou à la place du diététicien/du psychologue/de l'AS
 - Clarification des indicateurs qualité :
 - Indicateur relatif au taux de patients éligibles à une greffe engagés dans un bilan d'inscription sur la liste d'attente
 - Taux de transmission de l'adresse mail du patient pour le questionnaire EvalSanté
-
- 🔗 [Dépêche Expert N°808](#) - Arrêté Forfaits MRC 2024 (16 MAI 2024) : Arrêté Forfaits MRC 2024
 - 🔗 [Dépêche Expert N°809](#) - Forfaits MRC 2024 : Diffusion du livret pédagogique
 - 🔗 [Dépêche Expert N°817](#) - Forfait MRC – Guide de recueil 2024

Forfait MRC

Conditions minimales pour percevoir l'intégralité du forfait

Pour Mémoire

- Le versement de l'intégralité du forfait est conditionné à la réalisation de 3 interventions. Il faut « cumuler » les 3 conditions suivantes :
 - 1° Avoir réalisé au moins une consultation **individuelle avec un** néphrologue ;
 - 2° Avoir réalisé au moins une séance **individuelle** avec un infirmier pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie **ou un IPA**;
 - 3° Avoir réalisé au moins une séance **individuelle** avec le diététicien.
- Nouveauté 2024 ➤ avec soit un diététicien, un psychologue, un assistant social, ou un IPA
- (pour mémoire : Evolution 2023 : ajout du mot « individuelle » au point 2° et 3°).
- Répond à la demande portée par la FHP MCO et la FHP Rein d'une plus grande latitude laissée aux ES sur le 3ème professionnel obligatoire pour la facturation du forfait MRC à son taux plein.

Forfait MRC

Evolutions attendues pour 2026



Modification de l'arrêté du forfait MRC – Rémunération du stade 5

2025 - arrêté actuel

Dans le cas où le patient n'a pas eu **au moins une consultation** avec un néphrologue, l'établissement ne percevra **aucune rémunération** pour la prise en charge de ce patient.

Dans le cas où l'établissement éligible ne respecte pas les conditions prévues [*consultation avec IDEC ou IPA + consultation avec diét, psy, ass soc ou IPA*], le montant de la rémunération forfaitaire annuelle perçue pour ce patient est **minoré de 33 % par condition non-respectée**. L'intervention de l'IPA ne peut être comptabilisée qu'une fois.



2026 - projet

Dans le cas où le patient n'a pas eu au moins ~~une~~ **deux consultations** avec un néphrologue, l'établissement ne percevra **aucune rémunération** pour la prise en charge de ce patient.

Ajout d'une exception : si le patient a **une seule** consultation mais qu'il est **pris en charge moins de 6 mois**, la rémunération est réduite de **moitié**.



Dispositions inchangées

Exemples pour un patient resté moins de 6 mois

1 cs de néphrologue + 1 cs d'IDE + 1 cs de psy → 50 % du forfait
1 cs de néphrologue + 1 cs d'IDE → 67 % de 50 % du forfait
1 cs de néphrologue → 34 % de 50 % du forfait

➡ **Demande FHP MCO:** pas de rétroactivité

Réponse DGOS: applicable sur les données d'activité de 2026

➡ **Demande FHP MCO:**

2 CS de néphro + 1 cs d'IDE/IPA + 1 cs de psy/diet/as/ou IPA

Ou 1CS de néphro + 1 cs d'IPA à la place du néphro + 1 cs d'IDE/IPA + 1 cs de psy/diet/as/ou IPA

Réponse DGOS: application des recommandations HAS

➡ **Demande FHP MCO:** MAJ livret pédagogique

Réponse DGOS: Prévue



Forfait MRC

- ⊙ **Nouveauté 2025 : évolution des variables** Pour Mémoire
 - la variable « Test protéinurie des 24 heures ou test spot sur protéinurie/créatininurie » (au 1er et 2ème semestre) est remplacée à compter de 2025 par « Ratio albuminurie sur créatininurie (RAC) » (au 1er semestre et 2ème semestre). Cette évolution est déjà inscrite dans l'arrêté MRC 2024 pour mise en œuvre en 2025.
 - ↳ Cf. présentation webinaire ATIH
 - Une mise à jour du guide de recueil est à prévoir début 2025 pour un recueil dès S1 2025.
- ⊙ **Annonce en CT MCO de travaux de simplification du recueil MRC à venir :**
 - des réunions préfiguration sur la méthode de travail ont eu lieu et un courrier pour une saisine de l'ABM est en cours.
- ⊙ **Relance régulière de la FHP MCO sur la question de la disponibilité de la plateforme Eval Santé**
 - ⇒ Un GT MRC est programmé en décembre sans ODJ à ce stade

Etude de faisabilité sur le recueil des données des patients du forfait MRC dans le registre REIN

Rappel de l'objectif : Etudier la **faisabilité (technique, budgétaire et juridique)** d'intégrer au registre REIN les patients du forfait MRC aux stades 4 et 5 pour les variables actuellement recueillies par l'ATIH.

L'étude de faisabilité a été finalisée :

- Elle confirme l'intérêt de s'appuyer sur le registre REIN pour y intégrer les patients du forfait MRC aux stades 4 et 5, notamment pour :
 - **faciliter le recueil des données épidémiologiques** pour les établissements en les faisant bénéficier de l'appui du réseau d'assistants de recherche clinique (ARC) de l'ABM pour le recueil et le contrôle qualité des données du registre ;
 - **avoir une vision élargie du suivi du patient MRC** à partir du stade 4 jusqu'à son décès en passant par la dialyse ou la greffe afin de définir des stratégies de prise en charge adaptées pour ralentir la progression de la maladie et améliorer leurs parcours.
- Elle a permis d'identifier des **points d'amélioration techniques**, sans blocage identifié.
- Elle a permis de définir comme méthode de déploiement la plus efficace, la mise en place en amont d'une **phase d'expérimentation de 2 ans avec un comité de suivi**.

→ A ce stade les suites ne sont pas arbitrées et devront être discutées dans le cadre d'un contexte budgétaire actuellement contraint

Forfait MRC

◉ Calendrier de transmission qui a été recalé sur les dates habituelles PMSI :

➤ S1 MRC 2025

- Transmission avant le 30 septembre 2025
- Date limite pour les validations par les ARS : 15 octobre 2025

➤ S1+S2 MRC 2024

- Transmission avant le 28 février 2026
- Date limite pour les validations par les ARS : 15 mars 2026

👉 [Dépêche Expert N°855](#) - Forfait MRC 2025

HTNM

Objectifs et fonctionnement des hébergements temporaires non médicalisés (HTNM)



Les **établissements de santé** peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé **avant ou après un séjour hospitalier** ou une **séance** de soins.



Permettre aux patients **dont l'état de santé ne justifie pas une surveillance médicale ou paramédicale continue**, une **HAD** ou une **installation médicale technique lourde**, mais **nécessite des soins itératifs ou spécifiques** pendant une certaine durée, et dont le **maintien à proximité** de l'établissement de santé est nécessaire de **loger dans une structure à proximité de l'établissement de santé**.



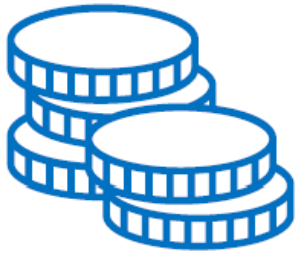
Cette prestation peut être **réalisée par l'établissement** ou **confiée à un tiers** (hôtels, maison d'accueil hospitalière...).
Maximum **3 nuits consécutives** sans acte ou prestation assuré par l'établissement et, lorsqu'elle concerne un séjour hospitalier, pas **plus de 21 nuits** dans sa totalité, séjour hospitalier exclu. (*Hors Outre-Mer*)

Bilan annuel à transmettre.



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Financement des hôpitaux hospitaliers (données 2024)



9,2 M€

De dotation AC



18 000

Patients ayant bénéficié du
dispositif en MCO



145

Établissements MCO
recevant la dotation

20

Établissements SMR
recevant la dotation

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Contexte de la démarche de travail sur les modalités de financements des HTNM

2021

Décret et arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé fixent un **forfait de 80€/nuitée jusqu'au 31 décembre 2023.**

2023

1^{ère} étude médico-économique du dispositif 2 ans après sa généralisation.

2024

Prolongation du financement forfaitaire de 80€/nuitée jusqu'au 31 décembre 2025.

2025

Actualisation de l'évaluation médico-économique du dispositif au T1.

Échéance au 31 décembre du mode de financement actuel.

Pour l'Assurance maladie, les gains restent majoritairement associés aux séjours de séances

Pour l'année 2024, en tenant compte des extractions de données les plus récentes sur l'année complète, le dispositif HTNM représente un coût de 5,2 M€ en 2024 pour les établissements de métropole et un coût total de 7,7 M€.

A partir des volumes d'activité remontés par les établissements pour l'année complète 2024, nous avons extrapolé à l'ensemble de l'année 2024 les résultats de l'analyse des gains associés aux différents types de séjours, réalisés sur des données incomplètes.

A l'issue de ce travail d'extrapolation, les principaux gains pour l'Assurance maladie demeurent associés aux séjours de séances.

- ▶ Cependant, les canaux analysés sont différents qu'en 2021 : on estime à présent qu'il existe également un gain lié à des hospitalisations évitées.
- ▶ L'évolution des gains associés aux séances est plus que proportionnelle à l'évolution des nuitées, qui ont été multipliées par 3,4 entre 2021 et 2024.

Synthèse des gains pour l'Assurance maladie

Gains associés aux séances				
	2021	2024 (incomplète)	2024 (extrapolée)	Coefficient d'évolution 2024/2021
Transport sanitaire	1,7 M €	1,5 M €	2,1 M €	
Hospit. évitées		3,8 M €	5,5 M €	
<i>Total</i>	1,7 M €	5,3 M €	7,6 M €	x 4,5
Gains associés à l'ambulatoire				
	2021	2024	2024 (extrapolée)	Coefficient d'évolution 2024/2021
Transfert de séjours	Négligeable (118 k€)	Négligeable (57 k€)	Négligeable	Non- applicable
Gains associés aux séjours d'hospitalisation				
	2021	2024	2024 (extrapolée)	Coefficient d'évolution 2024/2021
Transfert de séjours	Négligeable (84 k€)	Négligeable (155 k€)	Négligeable	Non- applicable

Source : ATIH, Traitements Veltys,
Hors établissements de La Réunion
Extraction du 02/12/2024 et du 05/03/2025

Pour les établissements, les gains sont majoritairement associés à la hausse d'activité en hospitalisation

Les principaux gains pour les établissements sont associés à la hausse d'activité.

- Compte tenu des coûts de GHM plus élevés en hospitalisation, les gains des établissements sont concentrés sur les nouveaux séjours d'hospitalisation.
- On constate également un léger gain associé à la hausse d'activité d'ambulatoire et à la baisse de la DMS, qui demeure toutefois négligeable de manière agrégée.
- L'évolution des gains associés à la hausse d'activité est plus que proportionnelle à l'évolution des nuitées (multipliées par 3,4)

Synthèse des gains pour les établissements

Gains associés à l'ambulatoire				
	2021	2024	2024 (extrapolée)	Coefficient d'évolution 2024/2021
Hausse d'activité	Négligeable (96 k€)	Négligeable (292 k€)	Négligeable	Non- applicable
Gains associés aux séjours d'hospitalisation				
	2021	2024	2024 (extrapolée)	Coefficient d'évolution 2024/2021
Hausse d'activité	747 k€	2,2 M€	3,3 M€	x 4,4
Baisse de la DMS	Négligeable (77 k€)	Négligeable (229 k€)	Négligeable	Non- applicable

Source : ATIH, Traitements Veltys
Hors établissements de La Réunion
Extraction du 02/12/2024 et du 05/03/2025

Novembre 2025: demande d'avis de la DGOS aux fédérations

Dans le cadre d'une prolongation et pérennisation du financement au-delà de 2025

Proposition de trois évolutions:

- 1- Introduction d'une différenciation géographique des tarifs** : les coûts de l'HTNM étant très dépendants des tarifs hôteliers pratiqués sur un territoire
- Proposition : passer d'un tarif unique de 80€/nuitée à deux tarifs :
 - Un tarif dit « simple » de 73€ par nuitée ;
 - Un tarif « majoré » à 90€ pour les grandes villes de plus de 200 000 habitants et les communes relevant de la métropole du Grand Paris

A noter que le contexte budgétaire actuel contraint la remodelisation du financement des HTNM au maintien **d'une enveloppe totale constante**.

Proposition de trois évolutions:

2- Suppression du reste à charge pour les patients : actuellement, le reste à charge est explicitement autorisé par le décret de 2021 qui précise que « le coût de la prestation non couvert par le forfait financé par l'assurance maladie peut être facturé, le cas échéant, au patient et aux éventuels accompagnants ».

En l'absence d'un cadrage plus précis du montant de ce reste à charge, celui-ci pourrait être élevé sans qu'aucun obstacle réglementaire ne l'empêche, et sans tenir compte de la situation de santé ou financière du patient.

Pour autant transposer les règles du reste à charge lors d'un séjour hospitalier au séjour HTNM, complexifierait grandement la gestion du dispositif.

Proposition : interdiction réglementaire de reste à charge au titre de l'hébergement du patient dans le cadre des HTNM (ce qui ne concerne donc pas les prestations autres que l'hébergement, comme les repas ou les éventuels transports par exemple), sur le modèle de ce qui existe déjà pour l'hébergement dans le cadre du dispositif Engagement maternité.

Proposition de trois évolutions:

3- Simplification du bilan annuel d'évaluation : les modalités de transmission et de contenu du bilan exigé des établissements sont jugées parfois trop lourdes et peu adaptées.

Proposition : un nouveau bilan a été construit visant à l'alléger, à cibler les sujets nouveaux relatifs aux parcours et services hospitaliers impliqués, et à uniformiser la remontée des données en passant par la plateforme Démarches Simplifiées.

Instruction Gradation et HDJ

 Etude Flash HDJ médicale

Instruction Gradation – Dispositif de rescrit

⊙ Instruction Gradation :

Pour Mémoire

- GT médecine ambulatoire du 21 juin 2024 avec à l'ODJ : Bilan de la mise en œuvre de l'instruction gradation
- Perspective d'évolution :
 - Mise à jour de l'instruction dans les suites d'évolutions réglementaires :
 - ✓ Pour tenir compte des évolutions liées à la réforme du financement des urgences.
 - Répond à la demande formulée dans la plateforme de campagne FHP-MCO :
« Actualiser l'annexe 2 de l'instruction gradation rendue caduque avec la réforme des urgences »
 - ✓ Dans le cas des protocoles de coopération nationaux ou locaux autorisés afin de préciser que l'intervention du délégué se dénombre comme si ce professionnel était le délégant.
 - Calendrier : Transmission d'une proposition d'actualisation de l'instruction pour concertation à la rentrée sur cette version actualisée
- A date, nous n'avons pas reçu cette proposition d'actualisation de l'instruction

Etude flash

Evolution de l'activité d'HDJ médical

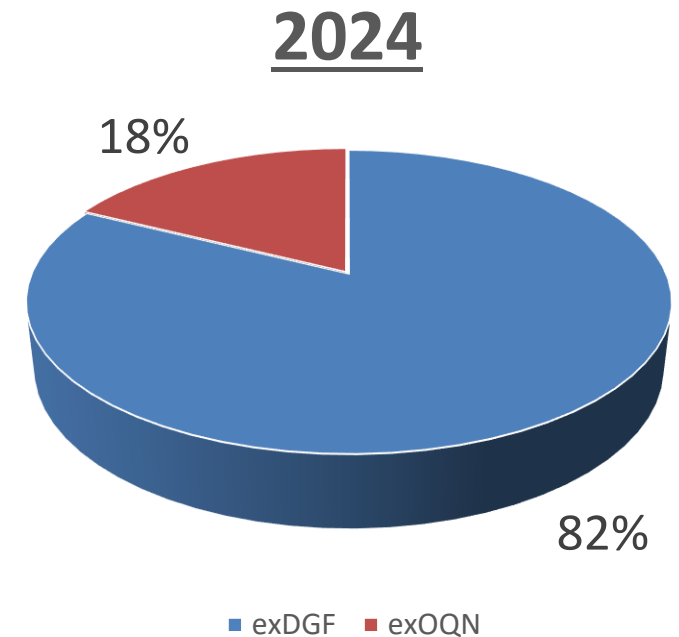
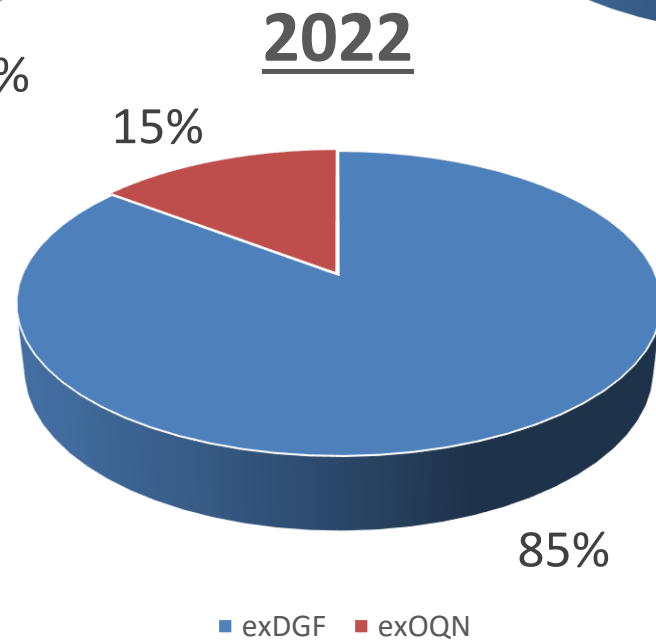
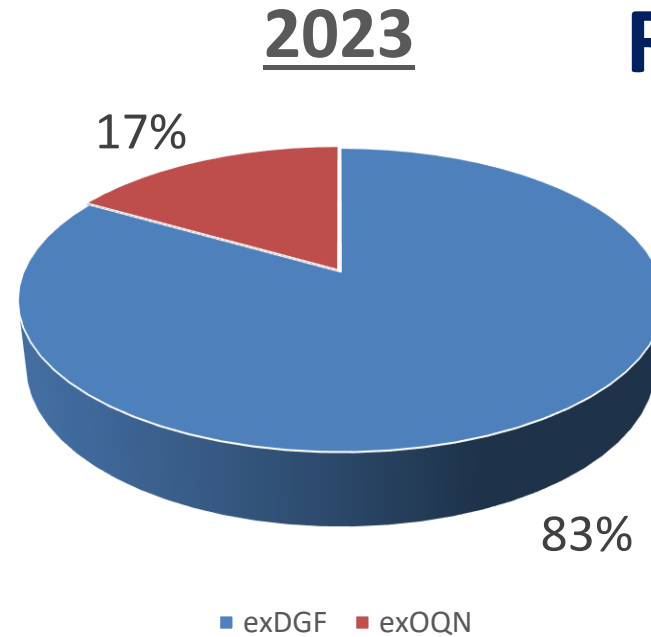
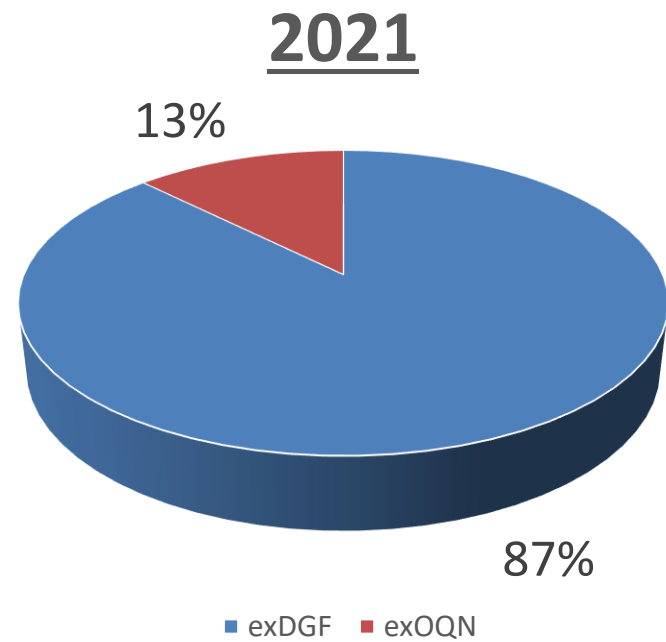
FHP MCO

Méthodologie

- Bases PMSI 2021 à 2024
- Sélection sur les couples de GHM :
 - ➔ Taux plein (GHSp) / taux intermédiaire (GHSi)
- ATIH - Regroupement des GHM 2025

Etude Flash : Evolution de l'activité d'HDJ médical

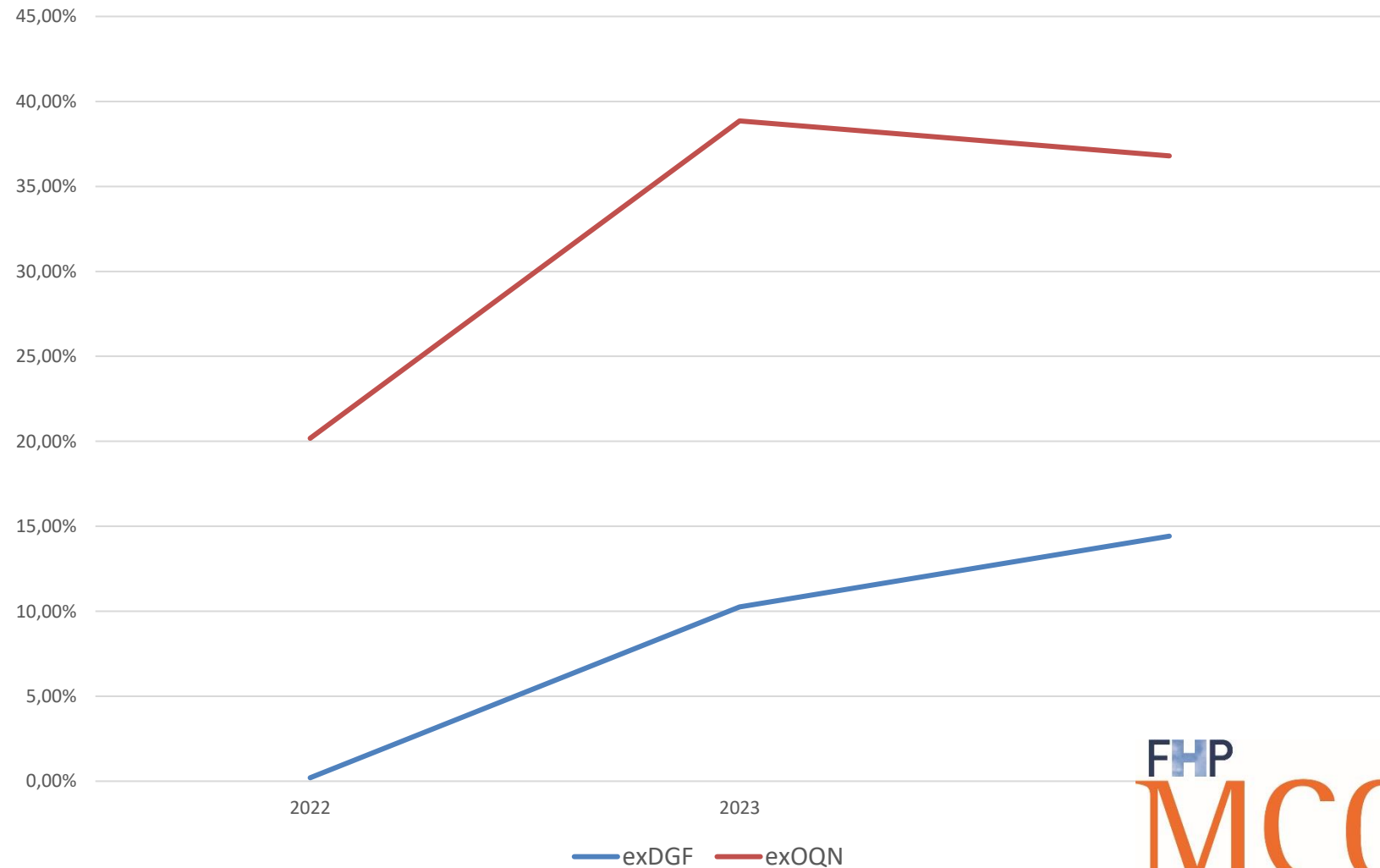
Répartition par secteur (poids)



Total GHSp et GHSi

Etude Flash : Evolution de l'activité d'HDJ médical

Evolution par secteur (séjours)

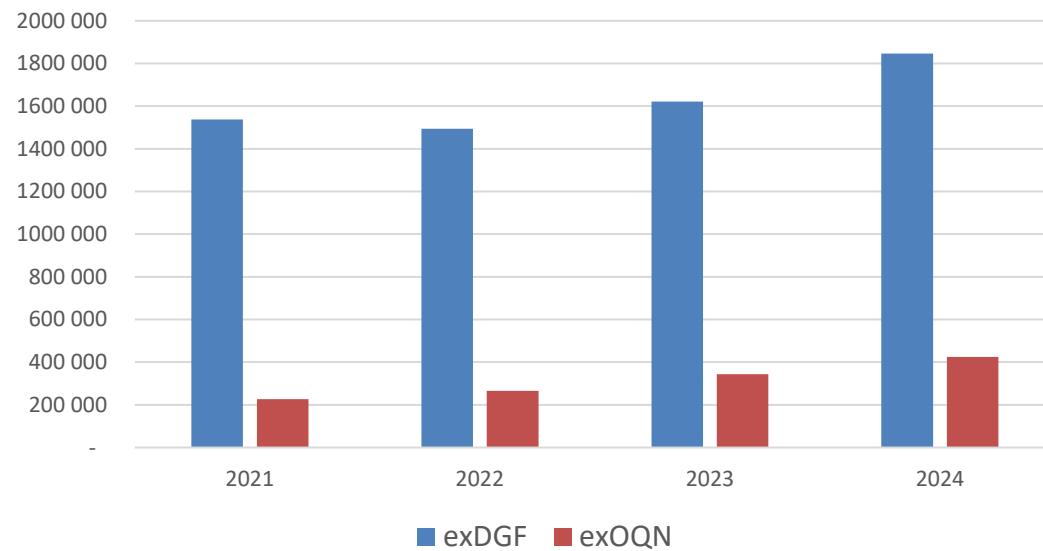


Total GHSp et GHSi

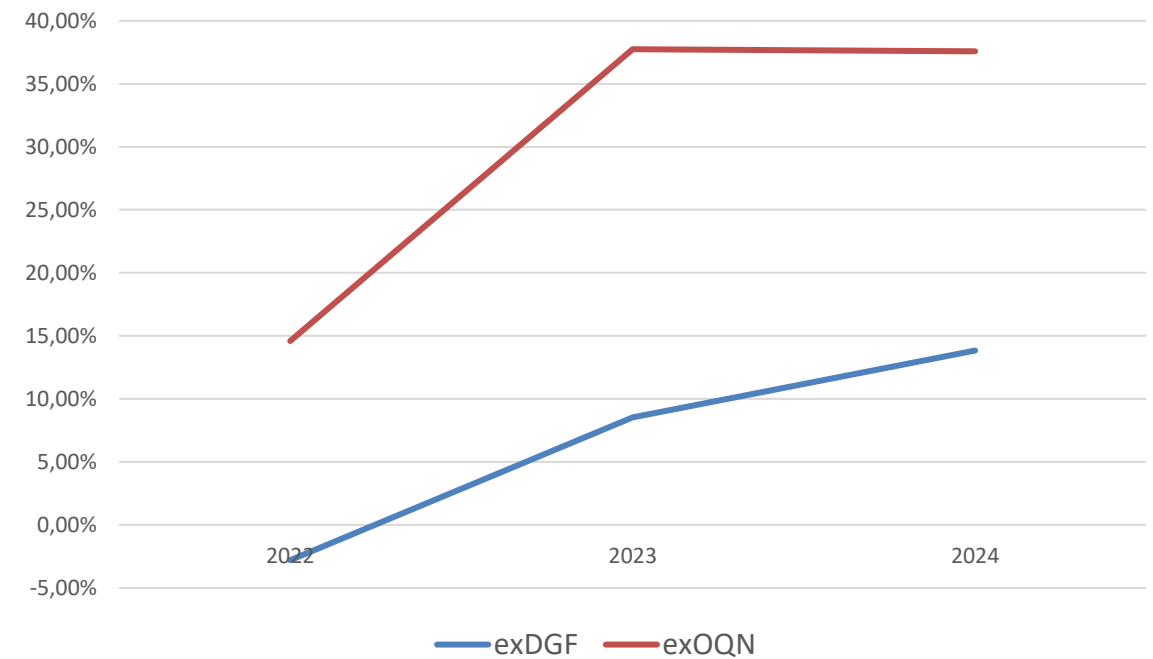
Etude Flash : Evolution de l'activité d'HDJ médical

GHSp

Séjours GHS Taux plein



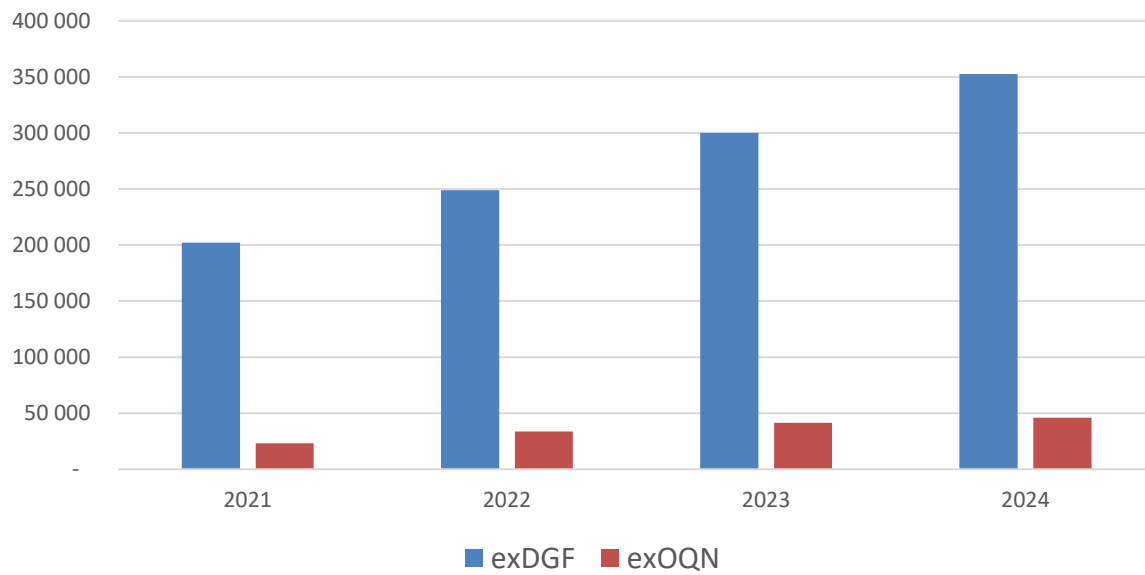
Evolution GHS Taux plein



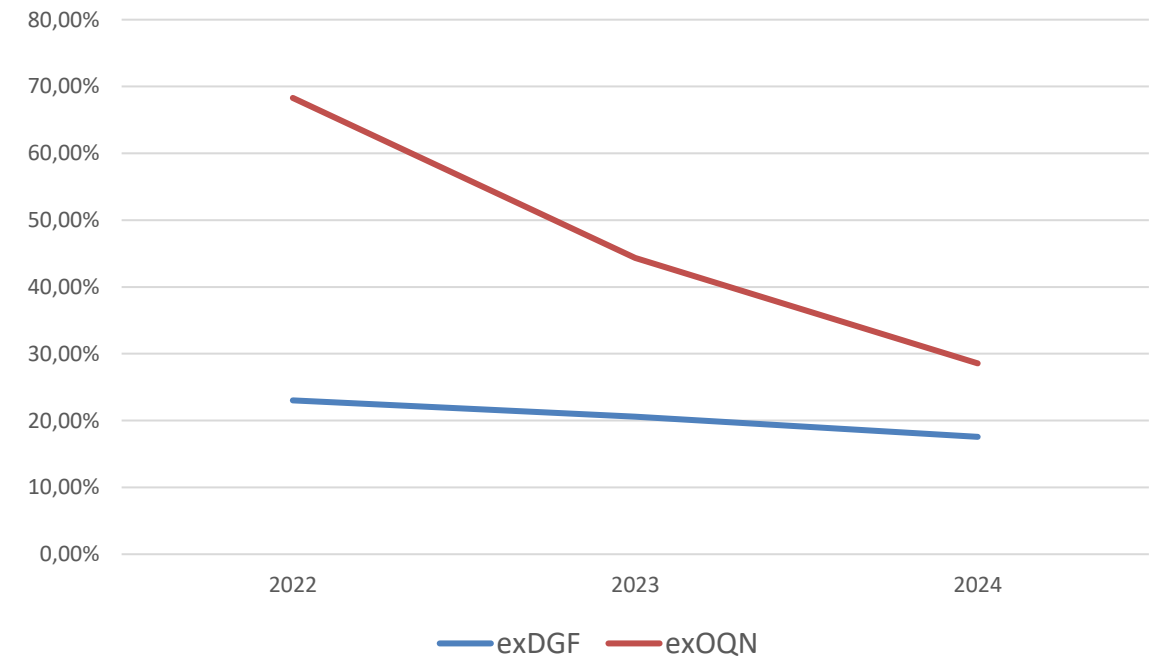
Etude Flash : Evolution de l'activité d'HDJ médical

GHSi

Séjours GHS Taux intermédiaire

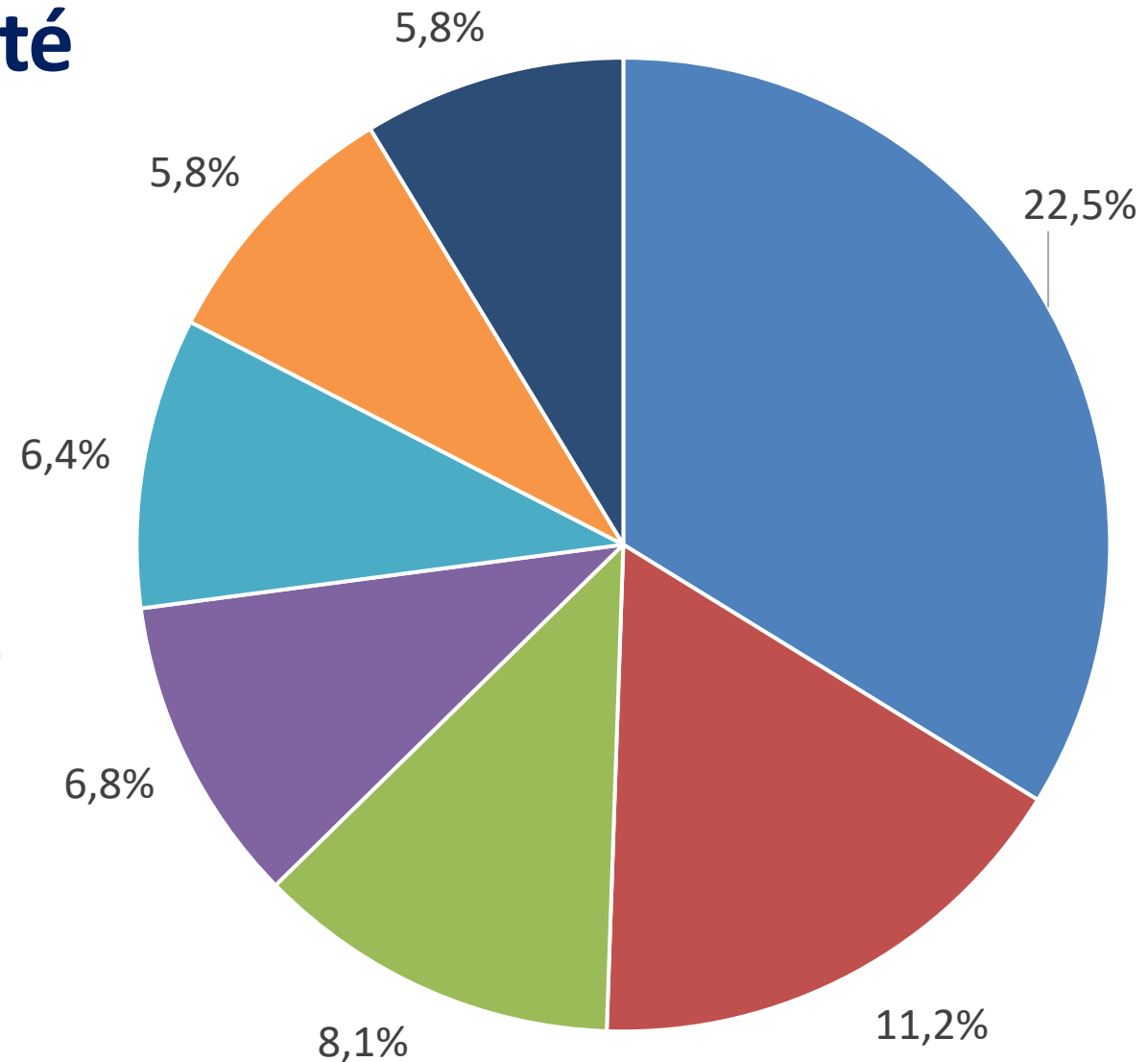


Evolution GHS Taux intermédiaire



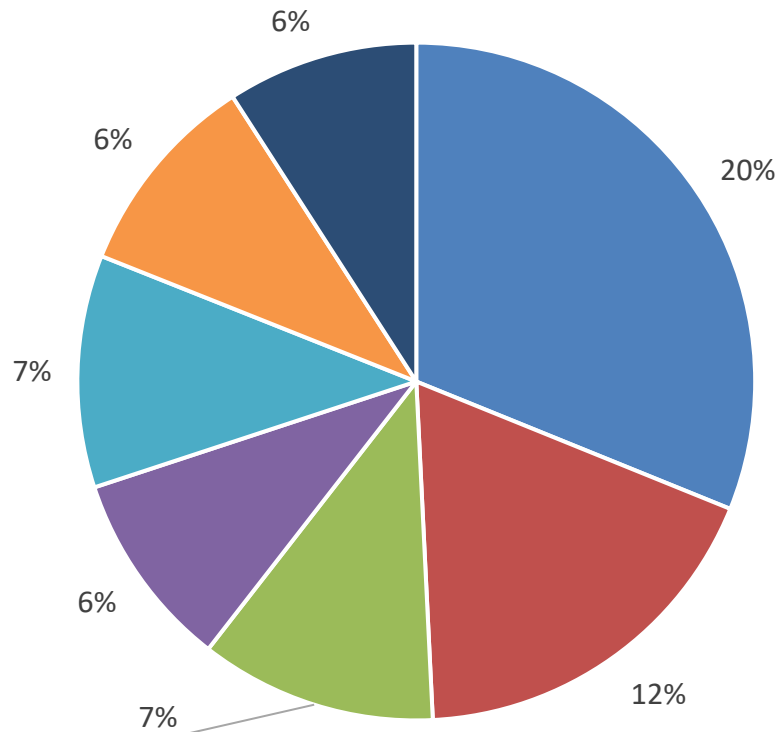
Répartition par Domaine d'Activité

- *Ex-DGF et ex-OQN*
- *Total GHSp et GHSi*
- *Année 2024*
- *Sélection >5%*



Répartition par Domaine d'Activité

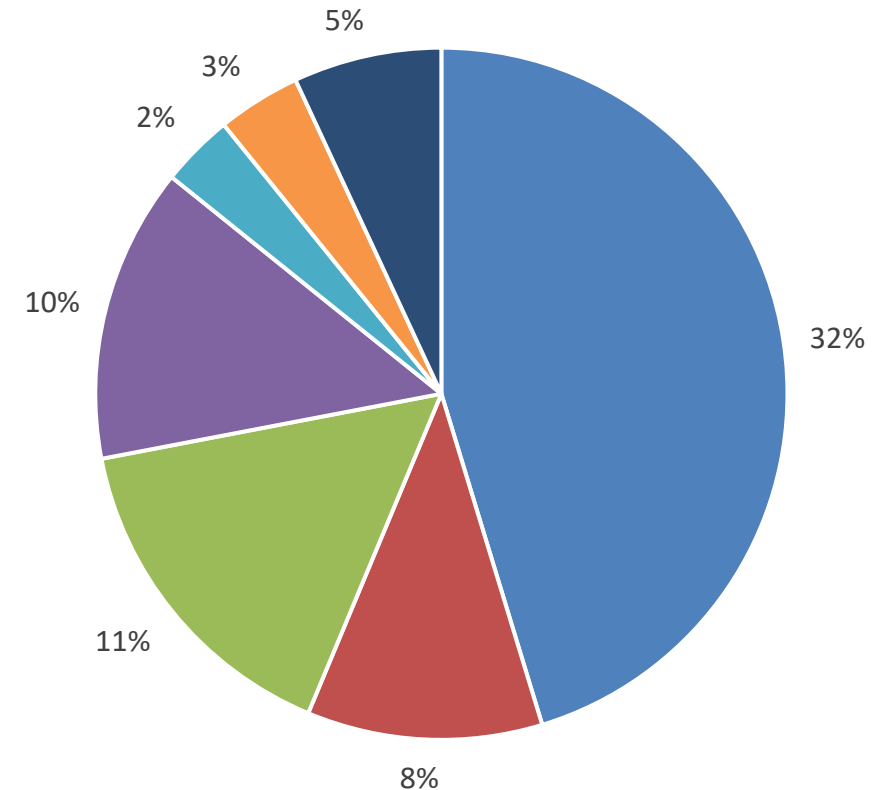
POIDS exDGF 2024



Total GHSp et GHSi
2024 / Sélection >5%

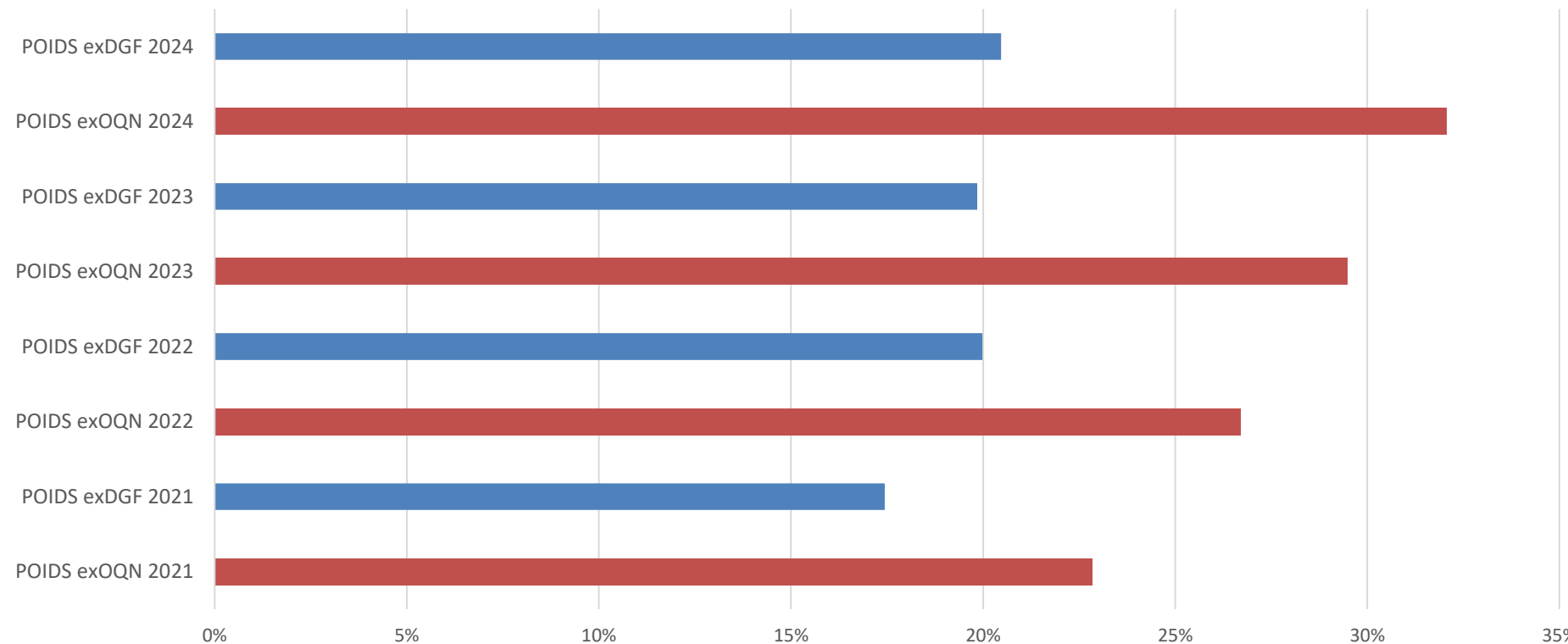
- Total Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
- Total Endocrinologie
- Total Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- Total Douleurs chroniques, Soins palliatifs
- Total Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- Total Pneumologie
- Total Digestif

POIDS exOQN 2024



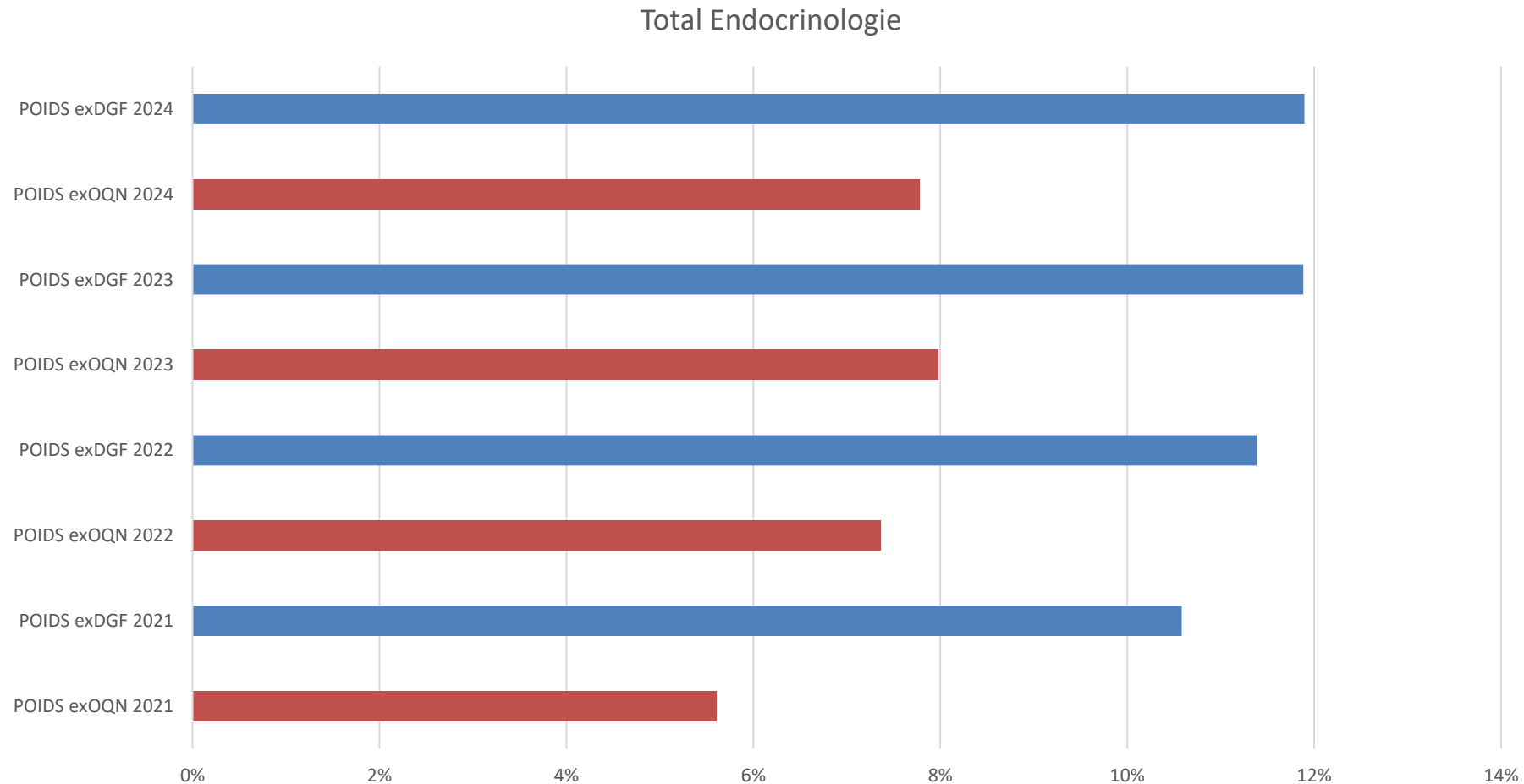
Focus Domaine d'activité - Evolution (séjours)

Total Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues



Total GHSp et GHSi

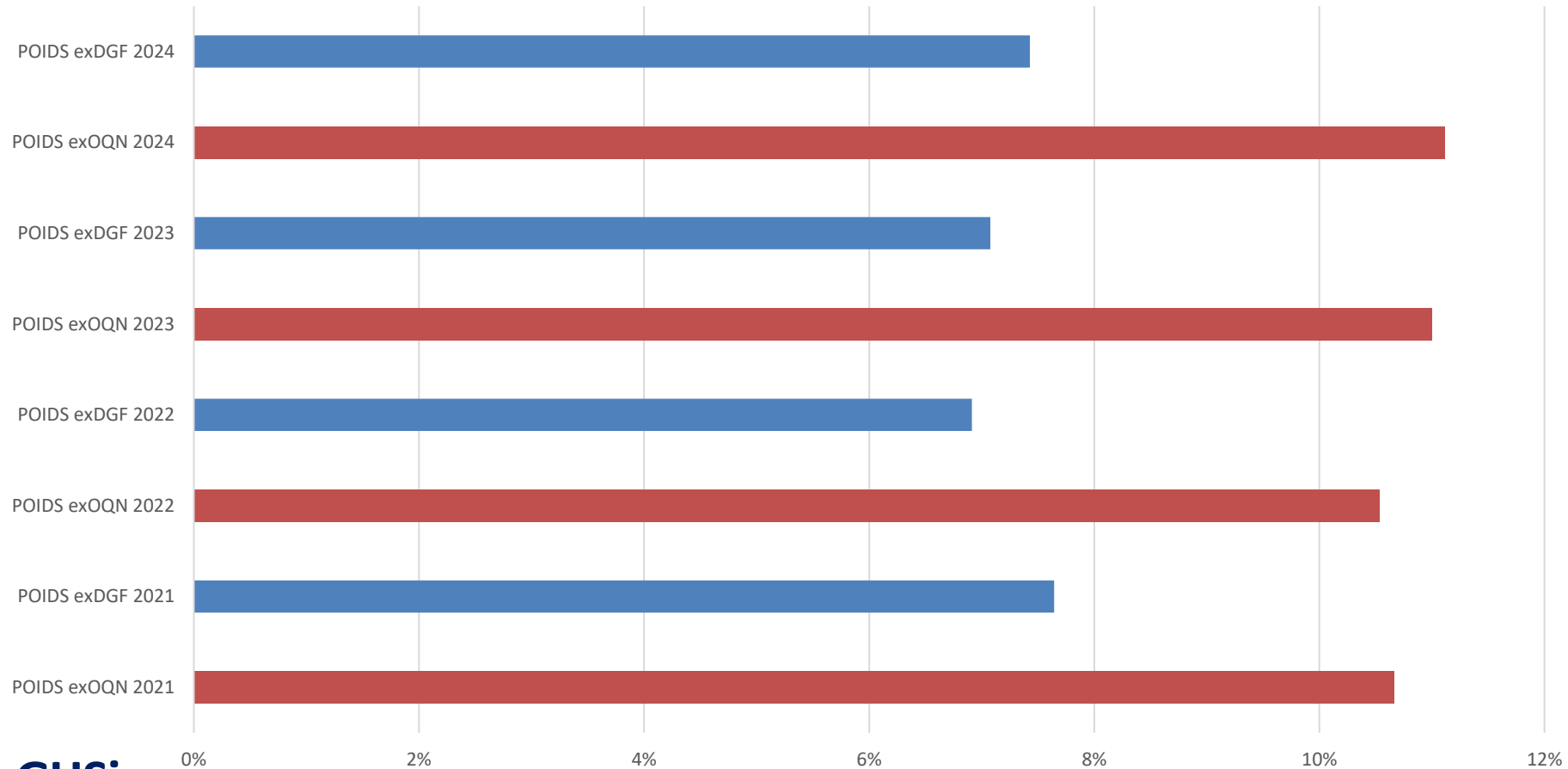
Focus Domaine d'activité - Evolution (séjours)



Total GHSp et GHSi

Focus Domaine d'activité - Evolution (séjours)

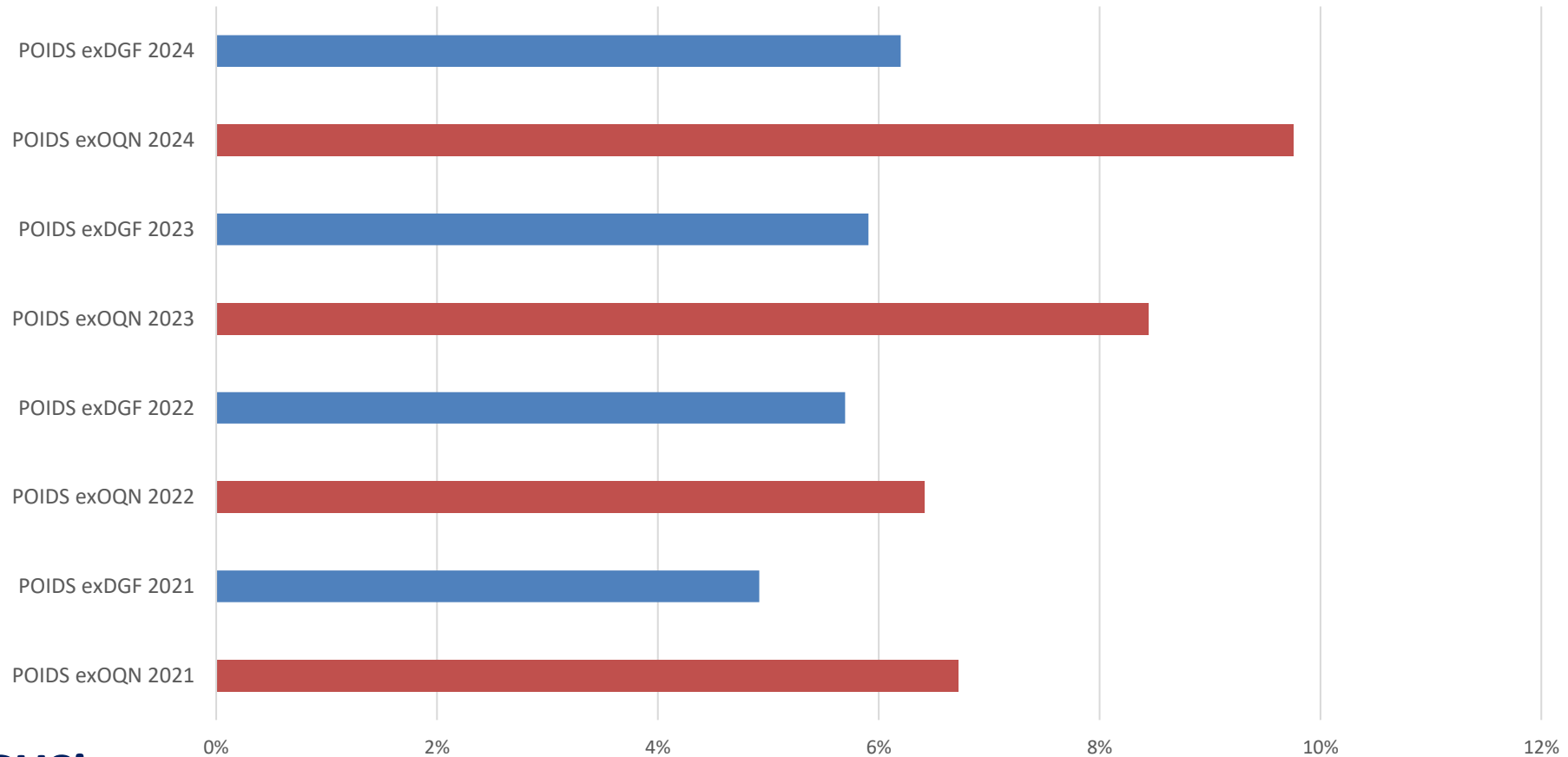
Total Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)



Total GHSp et GHSi

Focus Domaine d'activité - Evolution (séjours)

Total Douleurs chroniques, Soins palliatifs



Total GHSp et GHSi

Perspectives et propositions

➡ *Approfondissement de l'étude en 2026
pour un prochain Club des Médecins DIM*

- Intégration de l'année 2025
- HDJ « Produits de la RH »
- Focus sur le « recours »: contexte patient, surveillance particulière
- Et toujours GHSp et GHSi

Perspectives et propositions

➔ *Approfondissement de l'étude en 2026*

D'autres idées ?



Instruction Gradation et Dispositif de rescrit



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

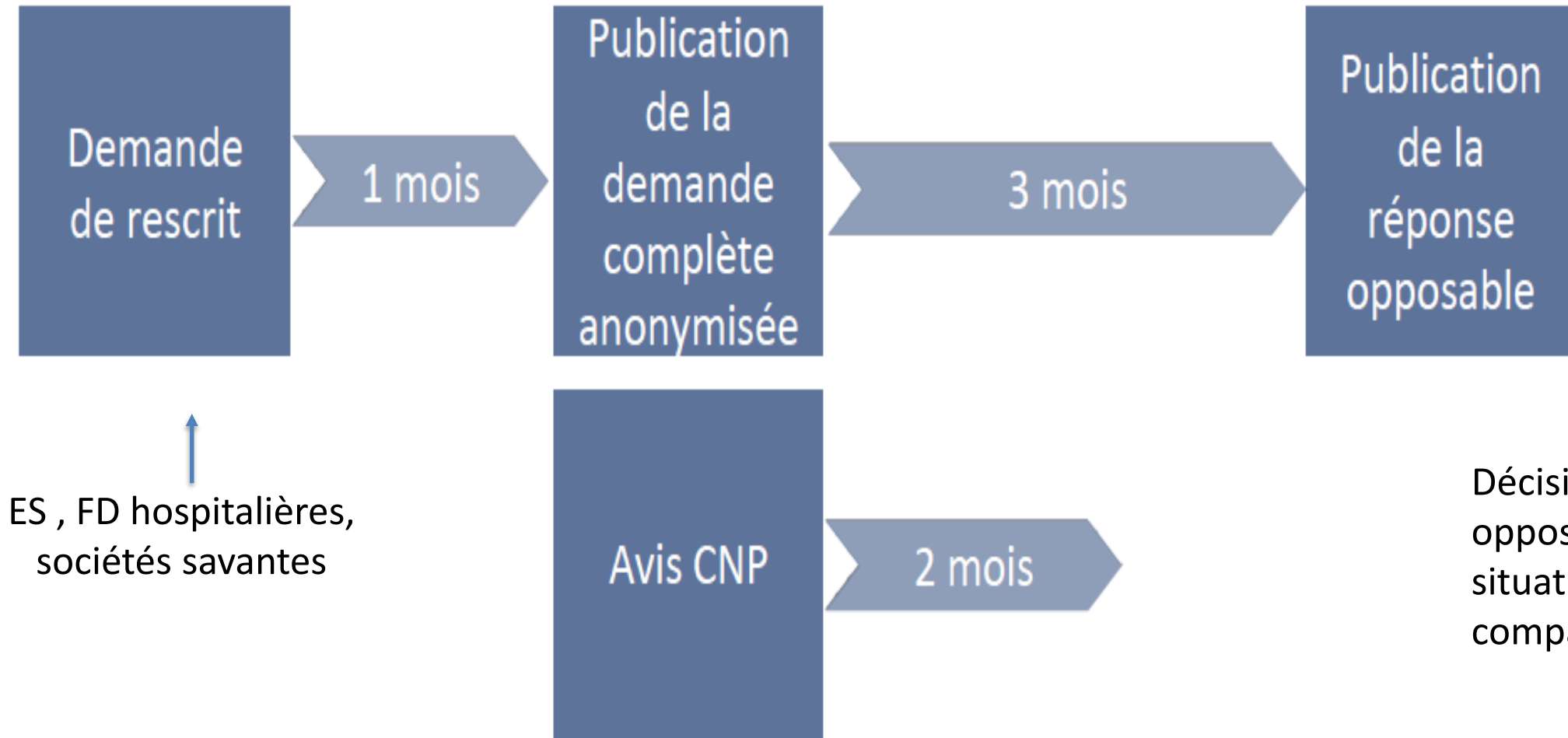


Juin 2021 : Ouverture du dispositif de rescrit

Dispositif de Rescrit

Le Dispositif de Rescrit

Rappel



Décisions publiées opposables dans des situations de faits comparables.

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

Dispositif de Rescrit

- Les Demandes de rescrit sont publiées sur le site @ du ministère :

Rappel

Les demandes de rescrit

mise à jour : 25.10.22

A+

A-



Cardiologie - Cardiovasculaire



BOS-RES-6 - 28/09/2022 - Implantation d'un moniteur cardiaque implantable de (...) Téléchargement du pdf (281.5 ko)

Endocrinologie – Diabétologie – Nutrition



BOS-RES-1 - 26/07/2021 - Prise en charge sans nuitée d'un diabète gestationnel (...) Téléchargement du pdf (230.3 ko)

Gériatrie



BOS-RES-8 - 24/01/2023 - Évaluation Oncogériatrique Téléchargement du pdf (347.5 ko)

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/les-demandes-de-rescrit>

Dispositif de Rescrit

○ Récapitulatif à date (1/2):

Spécialité	Libellé	date réception demande	date publication demande	date publication réponse	Demandeur	Réponse
Endocrinologie – Diabétologie – Nutrition	BOS-RES-1 - Prise en charge sans nuitée d'un diabète gestationnel	29/06/21	28/07/21	17/12/21	CH Rives de Seine	La PEC ambulatoire d'un diabète gestationnel en atelier, décrite dans le protocole objet de la demande de rescrit, <u>ne remplit pas les critères [...], permettant de relever de la facturation d'un GHS</u>
Ophtalmologie	BOS-RES-2 : Prise en charge ambulatoire d'un suivi de glaucome	29/09/21	17/12/21	30/11/22	CHU de Limoges	le protocole objet de la présente demande de rescrit <u>ne fait pas partie de ces prestations qualifiables d'habituellement effectuées dans le cadre d'une hospita à temps complet</u> . En conclusion, le protocole objet de la présente demande de rescrit <u>ne peut donner lieu à la facturation d'aucun GHS</u>
Ophtalmologie	BOS-RES-3 : Prise en charge ambulatoire d'un suivi de DMLA	29/09/21	17/12/21	30/11/22	CHU de Limoges	
Ophtalmologie	BOS-RES-4 Prise en charge ambulatoire de suivi de patient porteur de rétinopathie diabétique	29/09/21	17/12/21	30/11/22	CHU de Limoges	
Ophtalmologie	BOS-RES-5 : Prise en charge ambulatoire de patient âgé de moins de 16 ans (avec potentiellement diagnostic des pathologies suivantes : strabisme...)	29/09/21	17/12/21	30/11/22	CHU de Limoges	
Cardiologie - Cardiovasculaire	BOS-RES-6 - Implantation d'un moniteur cardiaque implantable de petite taille	23/02/22	21/03/22	28/09/22	HIA Percy	La prise en charge décrite dans le protocole objet de la présente demande de rescrit relève de <u>la facturation d'un forfait sécurité environnement SE 7</u>

Dispositif de Rescrit

○ Récapitulatif à date (2/2):

Spécialité	Libellé	date réception demande	date publication demande	date publication réponse	Demandeur	Réponse
Urologie	BOS-RES-7 - Ablation de sonde vésicale	19/04/22	03/05/22	25/10/22	CHI de Castres-Mazamet	pour le protocole faisant l'objet de la présente demande de rescrit la <u>facturation d'un GHS dit « plein » est admise</u> au regard de ces 3 conditions cumulées que sont l'admission dans une structure d'HDJ, la coordination de la PEC par un professionnel médical et la <u>situation de surveillance particulière</u> .
Gériatrie	BOS-RES-8 - Évaluation Oncogériatrique	24/05/22	17/10/22	24/01/23	CHU de Poitiers	la facturation d'un GHS dit « plein » est admise au regard de ces 3 conditions cumulées que sont l'admission dans une structure d'hdj, la coordination de la pec par un professionnel médical et la situation de contexte patient
Oncologie - Hématologie	BOS-RES-9 : oncologie-hématologie, suivi après une autogreffe ou une allogreffe	03/02/23	22/02/23	15/06/23	CHU de Poitiers	la facturation d'un GHS dit « plein » est admise au regard de ces 3 conditions cumulées que sont l'admission dans une structure d'hdj, la coordination de la pec par un professionnel médical et la situation de contexte patient.
Gynécologie - Obstétrique	BOS-RES-10 : version par manœuvre externe	20/06/23	17/07/23	27/10/23	CH Hyères	le protocole objet de la présente demande ne caractérise pas de contexte patient ni un besoin de surveillance particulière, la prise en charge ne peut donc pas faire l'objet de la facturation d'un GHS.
Urgences	BOS-RES-11 : prise en charge dans une structure des urgences	19/11/24	28/02/25			



+ une demande en février 2025



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

⇒ *Aide à la formalisation des demandes :*

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



⇒ **Transmettez-nous le modèle de demande complété aux adresses :**
matthieu.derancourt.mco@fhp.fr et laure.dubois.mco@fhp.fr

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

Instruction Gradation – Dispositif de Rescrit

◉ Accompagnement FHP-MCO :

- 5 minutes pour comprendre la facturation de l'HDJ – FHP MCO
- Dépêche Expert N°586 – Instruction Gradation des prises en charge Ambulatoires (sept 2020)
- Dialogue-Santé-n°35-octobre-2020
- Présentation DGOS lors du 18ème Club des médecins DIM sept 2020
- Dépêche Expert N°630 - Ouverture du « dispositif » Rescrit tarifaire
- Dépêche expert N°702 - Dispositif de Rescrit tarifaire – Point de situation
- 23^{ème} Club des médecins DIM (nov 2022) : Retour sur la mise en œuvre de l'instruction gradation avec la présentation d'une étude FHP-MCO





La parole est à vous



Point sur la réforme des autorisations

Réforme des autorisations

- La FHP-MCO a mis en ligne un site dédié aux autorisations d'activités de soins MCO :

« **Le VADEMECUM des AUTORISATIONS** ».

- Cet outil regroupe l'ensemble des informations portant sur le régime d'autorisation des activités de soins impactés, ou pas, par la réforme des autorisations.



Réforme des autorisations

Pour Mémoire

➤ Quelques « TIPS » sur le remplissage des dossiers d'autorisation pour le DIM:

- Ne pas oublier le tableau d'activité PMSI, souvent sur 3 années + perspectives. En l'absence de méthodologie ARS, « liberté » pour l'établissement pour élaborer son tableau.
- L'expérience d'un praticien peut être mis en avant avec des tableaux d'activité PMSI.
- Aide à la définition des indicateurs de suivi pour le document évaluation de l'activité.
- Certaines activités ne sont pas forcément définies par le niveau national via le PMSI: médecine, cancérologie mention A7 (...). La FHP MCO, sur le site autorisations, propose des tableaux d'activité sur les 3 dernières années.

➤ Radiologie interventionnelle

- Probable révision des décrets
- Suite question de la FHP MCO !
- En effet, il n'y a pas que les radiologues qui réalisent des actes de radiologie interventionnelle (hors chirurgie)
- Consigne de la DGOS aux ARS: « Ne pas ouvrir de fenêtre dans l'attente »
- Normalement, réouverture des travaux... Mais aucune nouvelle à date...

Intervention de la FHP MCO auprès de la DGOS car certaines régions avaient maintenu une ouverture de fenêtre. Toutes les fenêtres ont été « suspendues ».

➤ Cardiologie interventionnelle

- 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 »**.

Réforme des autorisations

➤ Soins critiques

- Programme de travail en soins critiques DGOS (novembre 2025):
 - Elaboration d'un programme de travail partagé pour accompagner la mise en œuvre de la réforme:
 - *Etre en appui des ARS pour la mise en place du pilotage régional avec l'appui du DSR*
 - *Etre en appui des établissements autorisés*
 - *Répondre à la forte attente des acteurs d'une meilleure visibilité sur les orientations du ministère autour de l'offre en soins critiques et sa structuration sur le territoire national*

Ce programme concerne l'ensemble des unités de soins critiques hors grands-brûlés et soins critiques néonataux qui font l'objet d'un encadrement réglementaire distinct.

FHP MCO concertée en novembre sur ce programme

Réforme des autorisations

➤ Soins critiques

➤ *Programme de travail en soins critiques DGOS (novembre 2025): 6 axes*

- 1- Etre en capacité de répondre aux besoins du territoire en soins critiques
- 2- Mettre en place les filières soins critiques sur le territoire
- 3- Etre en capacité de répondre aux crises sanitaires et situations sanitaires exceptionnelles
- 4- Faire évoluer le financement des soins critiques
- 5- Garantir le bon niveau de RH et le maintien du niveau de compétence des équipes de soins critiques (PM et PNM)
- 6- Renforcer la qualité des prises en charge

➤ Et les USC (dorénavant hors soins critiques)

- En régions, des « fenêtres » de renouvellement des contractualisations
- Un GT annoncé le 15 décembre 2025: « USC hors champ soins critiques »

Réforme des autorisations

➤ Dialyse

- Pour mémoire, deux particularités:
 - Travaux en parallèle financement/autorisation
 - Participation des représentants des usagers
 - Deux phases

Phase I : 2024/2025

Proposition de mesures à expertiser en priorité lors des travaux à venir



Concertation
patient/professionnel, sur le traitement et mise en place d'un **parcours de soins coordonné** entre plusieurs professionnels, et **régulièrement évalué**.



Accès à l'**éducation thérapeutique**



Accès aux **soins de support** : assurer le suivi médical, diététique, psychologique et social du patient, pour toutes les modalités de prise en charge, y compris le domicile.



Développement de la **dialyse à domicile**



Orientation du patient vers une équipe de **transplantation rénale**

Phase II : 2025/2026

Thèmes abordés pour la refonte des mesures plus générale



Maillage territorial/
Dialyse de proximité



Permanence des soins : **présence médicale et paramédicale**, astreintes



Période de **transition et complication** : coordination en cas d'hospitalisation-repli en urgence - réorientation-retour à la dialyse après la greffe



Dialyse pendant les périodes **d'éloignement de la structure** habituelle



Locaux et équipement, et **innovations** techniques et organisationnelle : Télémédecine ?



Cas particulier des **enfants**



Dialyse en **urgence**



Amélioration de la **lisibilité** des textes du CSP



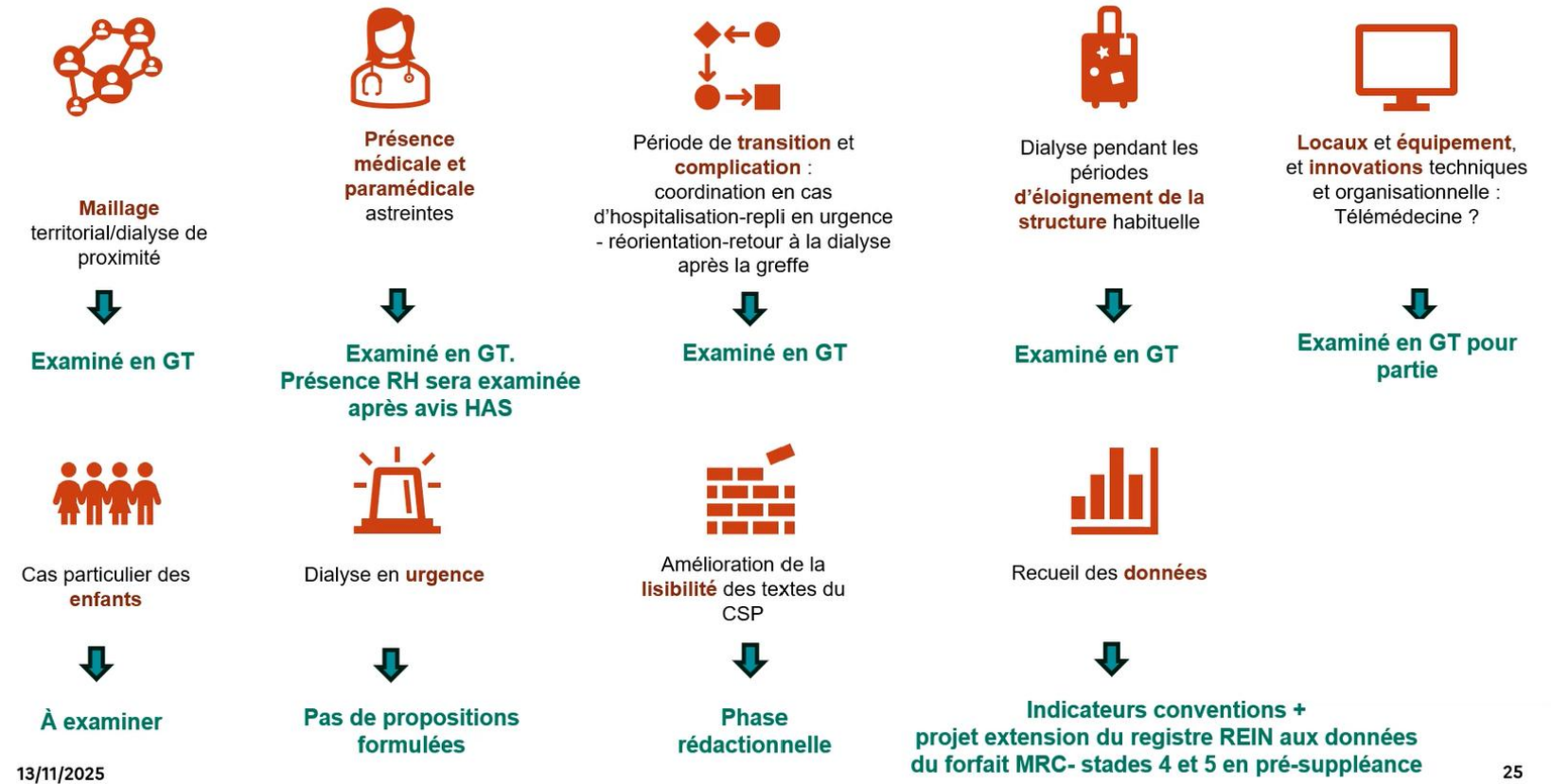
Recueil des **données**

Réforme des autorisations

➤ Dialyse

- Focus Phase II
- Actuellement GT N°7 (11/25)
- Capacitaires des structures
- Dialyse de soirée, nocturne, quotidienne, longue
- Unité d'accueil d'orientation d'entraînement

Phase II : Etat d'avancement des travaux





La parole est à vous





Point sur la réforme du financement MCO

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

FHP-MCO

Réforme T2A

- **Le cadre global**
- **IFAQ**
- **Dialyse**
- **Radiothérapie**
- **La révision de la MIG 3C**
- **Les PCR**
- **L'expérimentation art 50**

Réforme T2A

Point sur les travaux en cours et à venir

Réforme du Financement

➤ Quel nouveau modèle de financement MCO ?

Pour Mémoire



La part des financements aujourd'hui issus de la tarification à l'activité va être réduite pour évoluer vers un modèle s'appuyant sur 3 compartiments

- Les modalités de financement à l'activité évolueront pour une meilleure pertinence

- Les nouveaux compartiments de financements OSP et MS embarqueront à la fois les financements forfaitaires existants et les nouveaux modes de financements spécifiques aux activités, missions ou organisations

Compartiment Activité	Compartiment Objectifs de Santé Publique	Compartiment Missions Spécifiques
<i>Tarifs</i> Financements à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins	<i>Dotations annuelles forfaitaires</i> - Prévention - Qualité et pertinence - Coordination des parcours de soins - Objectifs nationaux ou territoriaux de santé publique (exemples : prise en charge des personnes âgées, santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques)	<i>Dotations annuelles forfaitaires</i> - Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation - Activités de recours et d'expertise - Prise en charge de certaines maladies chroniques - Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les tarifs pour certaines activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés - Dotation populationnelle urgences



Des stades différents d'avancement selon le champ concerné

Les réformes déjà déployées qu'il est nécessaire **d'accompagner, d'outiller et de faire évoluer**

- Urgences
- Psychiatrie
- SMR
- Financement à la qualité (IFAQ)

Les enjeux associés à ces chantiers relèvent désormais de la mise en œuvre exclusivement. Ils sont à intégrer dans le pilotage de la FDR Réformes Financement afin d'assurer la cohérence et d'intégrer la charge associée

Les réformes dont les travaux techniques sont lancés – **fixer la cible et le calendrier de travail**

- Soins critiques
- Soins non programmables
- Radiothérapie
- Dialyse
- T2A – compartiments Objectifs de Santé Publique et Missions spécifiques
- Financement à la qualité (avec 1^{ère} étape IFAQ 25)
- HAD

Les réformes **non lancées à ce stade**

- Soins palliatifs
- Maternité

3 chantiers à articuler avec les travaux d'évolution des modes de financement

- Protocole de pluriannualité
- Publication des tarifs au 1^{er} janvier
- Simplification du recueil et de la transmission des données de santé hospitalières : le programme nouveaux recueils (PNR)

Le calendrier de mise en œuvre complet 2024-2027

Rappel

	2024	2025		2026		2027	
		S1	S2	S1	S2	S1	S2
Cadre général	Décrets, évol. normes budgétaire, accompagnement ARS/établissements	Mise en place des compartiments santé publique et missions spécifiques					
Soins Critiques : socles + activité	Travaux modèle réanimation	Dotation sécurisée transitoire				Nouveau modèle de financement	
		Travaux modèle nouvelle tarification spécifique					
Qualité Pertinence	Mission IGAS	Version simplifiée de IFAQ				Mise en œuvre progressive du nouveau modèle de financement à la qualité/pertinence	
		Travaux et concertation sur l'évolution du modèle					
Parcours personnes âgées, prévention en ETS	Missions IGAS et élaboration	Phase pilote et d'expérimentation				Généralisation progressive	
Radiothérapie	Elaboration de la nouvelle nomenclature de radiothérapie selon les techniques et les caractéristiques des patients	Calibrage tarifaire des forfaits, négociations avec les acteurs. Evolution des systèmes d'information		Mise en œuvre de la réforme de financement			
Dialyse	Travaux préparatoires Cadrage du modèle	Construction des forfaits (mode de prise en charge, caractéristiques patients et critères qualité)		Mise en œuvre de la réforme de financement			
HAD, soins palliatifs	Travaux préparatoires	Actions sur les leviers tarifaires				Mise en œuvre de la réforme de financement	
		Travaux et concertation sur l'évolution des modèles de financement					

Réforme des financements MCO : les nouveaux compartiments « objectifs de santé publique » et « missions spécifiques » sont constitués en 2025

Le compartiment objectifs de santé publique :

- ▶ Il embarque les dotations relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique qui concourent au financement :
 - des actions visant à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention ;
 - ou des actions visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins.
- ▶ Il comprend également les financements dédiés :
 - A la pertinence des produits de santé
 - À la dotation complémentaire à la qualité des services d'urgences (DCQ)
 - A IFAQ
 - Au CAQES

▪ Le compartiment missions spécifiques est constitué en 2025 :

- Il comprend les dotations qui concourent au financement :
 - de missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation (ex- MERRI par exemple), des actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (ex-AC notamment)
- Il comprend également :
 - Le forfait maladie rénale chronique (MRC)
 - Le forfait activité isolée (FAI)
 - La dotation populationnelle des urgences ;
 - Les parts forfaitaires des modèles de financement mixte

▪ **Le tableau de correspondance complet entre les anciennes MIG et les nouveaux compartiments a été envoyé dans le cadre de la concertation sur les décrets**

IFAQ

Le modèle IFAQ actuel

- ⊙ 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.
 - ⇒ Une Publication souvent tardive des arrêtés IFAQ

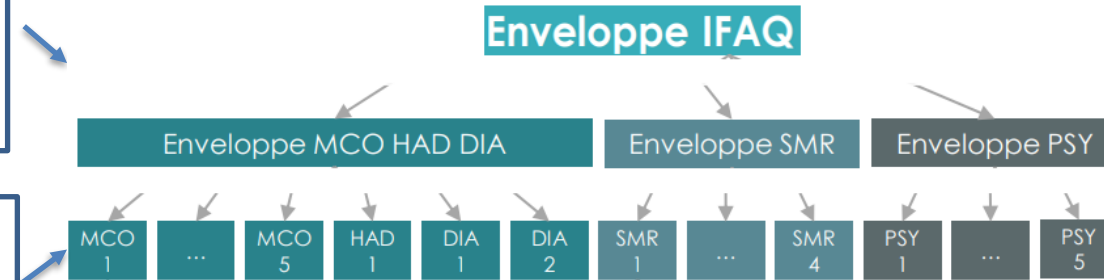
Le modèle IFAQ actuel

Principes de rémunération :

- 1 L'enveloppe globale est **répartie** entre les champs MCO (y compris HAD et dialyse), SMR et PSY au prorata de la contribution de chacun pour la constitution du montant global de la dotation IFAQ
- 2 Répartition **entre les groupes de comparaison** au prorata de la **valorisation économique des EG** composant le groupe de comparaison
- 3 Classement des EG par indicateur sur le **niveau atteint et l'évolution**
Rémunération des **7 premiers déciles** (70% des ES par indicateurs) avec **une gradation** en fonction du niveau de qualité atteint par rapport à la cible
Le niveau atteint pèse pour 50% et l'évolution pour 50%
- 4 La **dotation** touchée par l'établissement dépend de :
 - son groupe de comparaison ;
 - de la valorisation économique de son activité ;
 - du nombre d'indicateurs pour lesquels il est « gagnant »



Rappel évolution 2023: différenciation des enveloppes par champs



PEC de la borne basse

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



Des exceptions :

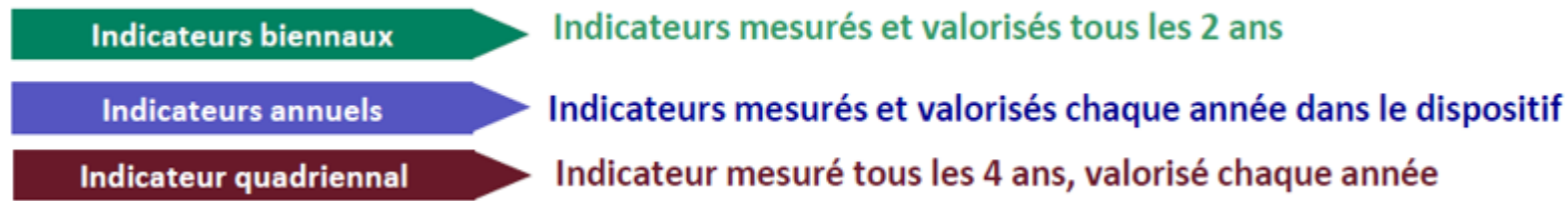
- indicateur de certification
- Été et Iso PTH/PTG

Le modèle IFAQ actuel

- ⦿ Principes de rémunération du modèle actuel:
 - Tous les champs sont concernés (MCO dont la dialyse, HAD, SMR, PSY)
 - IFAQ est un compartiment de financement => augmentation de la taille de l'enveloppe, du nombre d'ES rémunérés et mise en place de la Mensualisation des versements
 - Indicateurs: nb resserré d'indicateurs « transversaux », modalité de valorisation de la certification qui tient compte des 2 versions V2014 et V2020 (modalité de cohabitation)
 - Le principe de comparaison des ES avec l'existence des groupes de comparaison et le classement des ES à l'intérieur des GC
 - La gradation : Différenciation de rémunération entre « les meilleurs » et les « moins bons » au sein des ES rémunérés
 - Une répartition entre le niveau atteint et l'évolution « rééquilibrée » : 50/50
 - Prise en compte de l'année N-1 comme année de référence pour le calcul des dotations
 - Le dispositif de sanction : Il n'est pas activé mais les dispositions existent 

Le modèle IFAQ actuel

- Les différents types d'indicateurs pris en compte :
 - Différentes catégories d'indicateurs : cf. Décret IFAQ, avec des catégories sans indicateur comme la QVT ou la mesure de la prévention
 - Différentes temporalités



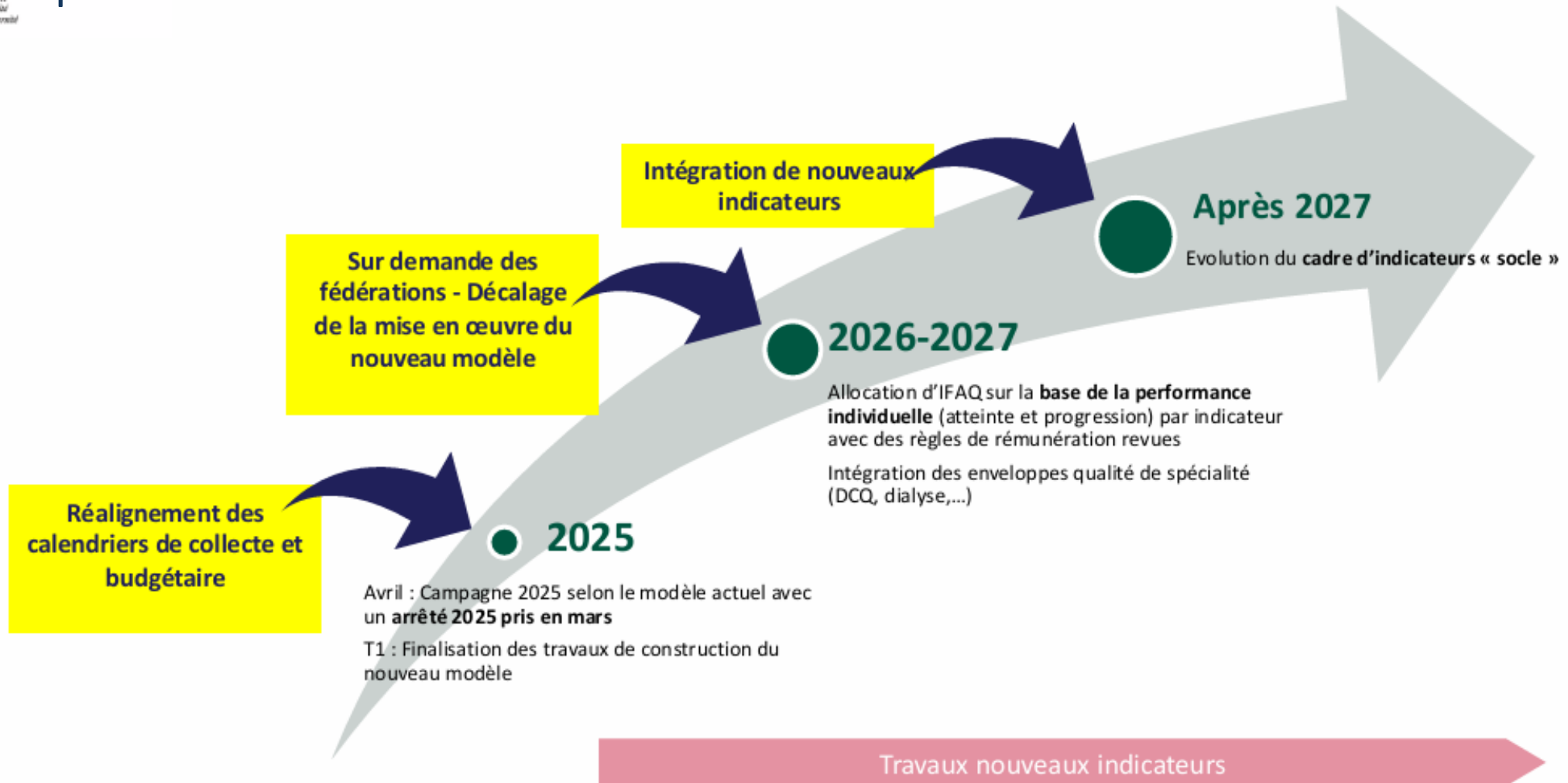
- Différents producteurs : HAS, ATIH, ...
- Différentes sources : DPA, questionnaire ES, questionnaire patient, données PMSI...
- Des méthodologies différentes, ce qui entraine une présentation des résultats différentes :
Résultat par classe, par score, avec un résultat binaire (attendu/non attendu), résultats bruts ou avec le calcul d'un intervalle de confiance (aléa TAS)

- **Les avis défavorables de la HAS sur les arrêtés IFAQ 2022 et 2023** (malgré le retour à un recueil biennal dans les suites de l'avis défavorable de 2022)
- **Une mission confiée à l'IGAS** en août 2023 par le ministre de la Santé et de la Prévention pour préparer la refonte des dispositifs de financement à la qualité des établissements de santé.
- **Publication du rapport IGAS en juillet 2024** « Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants » → Une série de constats et de recommandations pour refonder le modèle IFAQ.
- **Les principaux constats partagés**
 - ✓ Un modèle complexe et peu lisible
 - ✓ Un modèle ne favorisant plus assez la dynamique d'amélioration de la qualité et tendant à s'éloigner de son objectif initial
- **Lancement des travaux de rénovation du modèle en juin 2024 avec l'objectif d'une mise en œuvre dès 2025**
- **Courrier FHP-UNICANCER-FNEHAD en oct 2024** : demande d'étude d'impact ++
- **Déc 2024 : Annonce Décalage d'un an du nouveau modèle pour atterrir sur les travaux du nouveau modèle**

La rénovation du dispositif IFAQ

- Lors du GT IFAQ de déc 2024, la DGOS nous a annoncé le **décalage d'un an du nouveau modèle** pour atterrir sur les travaux dédiés :

Egalité
Territoires



IFAQ 2025

- ◉ L'enveloppe IFAQ reste stable à 700M€
- ◉ La DGOS souhaite « réaligner » les calendriers de collecte et budgétaire :
 - les dotations IFAQ 2025 seront :
 - Basées sur le volume économique de 2024
 - Et fonction des résultats aux indicateurs 2024
 - ⇒ Notification de l'allocation définitive dès la 1ère délégation, versement en douzième pendant l'année 2025, prolongés jusqu'à l'application du nouveau modèle en 2026
 - Pour rappel, les dotations IFAQ 2024 sont :
 - Basées sur le volume économique 2023
 - fonction du résultat aux indicateurs 2024
- ⇒ La prise en compte des résultats des indicateurs N-1 pour le calcul des dotations IFAQ N doit permettre une notification d'un montant définitif en C1 de l'année N (sur la base de la collecte de l'année N-1).



La rénovation du dispositif IFAQ

- Lancement des travaux d'évolution du modèle IFAQ par la DGOS au printemps 2024 sur la base des recommandations du rapport IGAS :
 - A ce stade, la DGOS n'a retenu qu'une des orientations de la mission IGAS pour le modèle de financement :
 - **Simplifier le modèle pour une meilleure appropriation par les acteurs**
 - ✓ sortir de la logique de score composite ➡ avoir une enveloppe par indicateur.
 - ✓ Sortir de la logique de classement des ES ➡ une rémunération en fonction de seuils absolus connus à l'avance
 - Dans un 1er temps, une modification par DCE pour simplifier le dispositif : supprimer les groupes de comparaison, et permettre de faire évoluer le modèle vers une rémunération à l'indicateur



Le DCE relatif aux modalités de mise en œuvre de la Réforme du financement MCO a été publié au Journal officiel du 1er janvier 2025 : les dispositions relatives à la suppression des GC ne s'appliquent à partir du 1er janvier 2026

➡ [Dépêche Expert FHP-MCO N°847 - Réforme de financement MCO](#)

La rénovation du dispositif IFAQ

◉ Les objectifs du modèle rénové :

 **Le modèle IFAQ doit évoluer d'une logique de comparaison par rapport aux autres à une logique de rémunération en fonction de l'atteinte de cibles de qualité prédéfinies et identiques pour tous les établissements**

Le futur modèle financier sera basé sur 3 principes de construction :

- **Principe 1 :** la rémunération sur chaque indicateur dépend uniquement de la performance de l'établissement. Elle est indépendante des résultats des autres établissements (hors reliquat)
- **Principe 2 :** la rémunération par indicateur est proportionnelle au poids économique de chaque établissement.

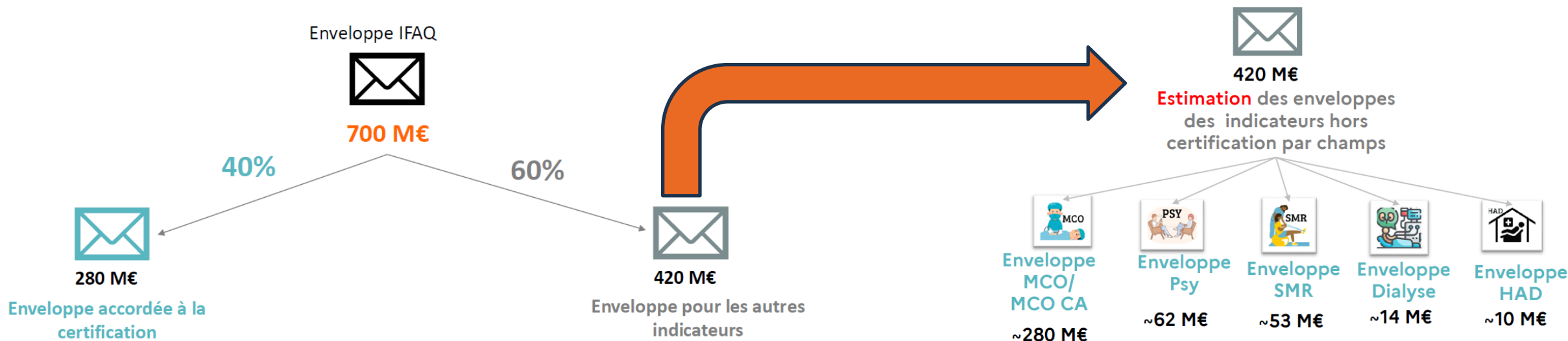
Principe 3 : chaque établissement doit pouvoir anticiper sa rémunération (hors reliquat)

Principes encadrant le nouveau modèle IFAQ

Méthodologie de construction des enveloppes par indicateur

- **Enveloppe IFAQ de 700 M€**
- **Volonté de la DGOS de donner un poids important à la certification**, seul indicateur transversal, dans la rémunération finale → possiblement de l'ordre de 40% → reviendrait à doubler le poids de la certification par rapport au système actuel.
- **Allocation du reste de l'enveloppe sur les autres indicateurs** → Fixation des enveloppes des autres indicateurs, en construction, par champ sur la base du poids économique des établissements éligibles à l'indicateur, avec un principe de neutralité (même espérance de gain à volume économique équivalent) entre champs d'activité. Appelées « enveloppes neutres », elles peuvent ensuite être modulées selon les objectifs de santé publique → Pas de mise en œuvre du principe de modulation la 1^{ère} année.
- **Indépendance des enveloppes par indicateur** les unes des autres
- **Enveloppe plus faible des indicateurs applicables à un périmètre restreint d'établissements**

➔ **Enveloppe IFAQ d'abord ventilée entre la certification et les autres indicateurs, puis par indicateur au sein de chaque champ** (sur les indicateurs auxquels chaque établissement du champ émerge)



La rénovation du dispositif IFAQ

- ◉ Modalités de rémunérations des indicateurs :
 - un nombre limité de règles pour permettre une meilleure lisibilité du modèle.
 - La DGOS distingue **3 types d'indicateurs** pris en compte dans IFAQ et **nécessitant des règles de rémunération distinctes** :
 - La certification : avec une grille de rémunération par niveau, qui prend en compte les différentes versions du process de certification
 - Indicateurs qui mesurent la conformité vis-à-vis d'un attendu : Taux de rémunération à 100% si conforme, 0% si non conforme
 - Indicateurs qui mesurent un niveau de qualité : Grille de rémunération par classes, avec un taux de rémunération à l'atteinte et un bonus/malus selon l'évolution
 - La DGOS explique que **la rémunération par classes a été choisie au détriment de la rémunération par écart à la cible**

La rénovation du dispositif IFAQ

➤ Rémunération de la certification :

Niveaux de certification	Classification HAS	Taux de rémunération
A+	Haute qualité de soins V2020	110%
A	Qualité de soins confirmée V2020/ Certification A V2014	100%
B	Certification avec recommandations B V2014	75%
C	Qualité des soins à améliorer V2020/ Certification C V2014	30%
D	Qualité des soins insuffisante V2020/ Décision de surseoir à statuer D V2014	0%

Proposition DGOS

**Travaux
en cours**

→ Bonus de 10% pour la haute qualité de soins

→ Rémunération partielle pour les ES dans leur démarche dans la perspective de la revisite

➔ Alignement de la FHP avec la proposition DGOS sur les taux de rémunération proposés par niveau de certification

La rénovation du dispositif IFAQ

- Rémunération des indicateurs mesurant un niveau de qualité (IQSS, e-satis) :

**Travaux
en cours**

En fonction de la
performance

Majorations/minorations en fonction de
l'évolution (taux final appliqué)

Classe	Stable ou sans évolution calculable	Evolution positive	Evolution négative
A	100%	0%	-5% (95%)
B	80%	+10% (90%)	-10% (70%)
C	50%	+15% (65%)	-15% (35%)
D (si existant)	20%		-20% (0%)

Proposition DGOS

Malus pour les ES en A

Niveau de bonus/malus différent selon les
classes

Rémunérat° min pour Incitation au recueil

- Une seule grille pour l'ensemble de ces indicateurs
- NA à 100%, NR à 0%
- Mesure de l'évolution : prise en compte du calcul de la HAS

La rénovation du dispositif IFAQ

- Rémunération en fonction de la performance nationale
 - **Constat partagé par la DGOS lors des GT : certains indicateurs génèrent des reliquats importants, le poids du reliquat en fonction des indicateurs variant entre 6% et 44%.**
 - Nouvelle proposition : Application d'un coefficient en fonction de la performance constatée au national (c'est-à-dire le niveau de maturité/saturation) : pour les indicateurs avec une minorité des ES classé en A ou en B, hors certification.
 - ✓ indicateur par indicateur
 - ✓ coefficient au maximum de 1,5.
 - ✓ appliqué de la même manière quel que soit le niveau et l'évolution,

La rénovation du dispositif IFAQ

- Rémunération en fonction de la performance nationale

Travaux en cours

Taux de rémunération standard et ★ taux majorés maximum

Classe	Stable ou sans évolution calculable	Evolution positive	Evolution négative
A	100% ★ 150%	100% ★ 150%	95% ★ 142,5%
B	80% ★ 120%	90% ★ 135%	70% ★ 105%
C	50% ★ 75%	65% ★ 97,5%	35% ★ 52,5%
D (si existant)	20% ★ 30%		0%
NR	0%		
NA	100% (coeff. non applicable)		

Pourquoi ce choix ?

- ⇒ Cela permet **d'inciter davantage les établissements à progresser** sur les indicateurs pour lesquels une marge de progression importante existe au niveau national
- ⇒ En pratique, cela correspond à faire des **cibles intermédiaires**, tout en compensant davantage les établissements qui atteignent la cible
- ⇒ Cela permet d'avoir **une seule règle** qui pourra être appliquée à tous les indicateurs qui répondent aux critères d'application



La rénovation du dispositif IFAQ

- Rémunération en fonction de la performance nationale

Travaux en cours

Ce coefficient multiplicateur est déterminé selon les résultats de distribution des ES A et B observés l'année N-1, et selon la typologie d'indicateur :

Pour les IQ qui mesurent une conformité :

Poids conformes*	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3	1,1	1,0	

Pour les IQ qui mesurent un niveau de qualité :

Indicateurs qui mesurent un niveau de qualité

Poids des A*	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
Poids des B*										
0,1	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	
0,2	1,4	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0		
0,3	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0			
0,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0				
0,5	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0					
0,6	1,2	1,1	1,0	1,0						
0,7	1,1	1,1	1,0							
0,8	1,1	1,0								
0,9	1,0									
1,0										

*En volume économique

La rénovation du dispositif IFAQ

➤ Rémunération en fonction de la performance nationale

**Travaux
en cours**

Champs	Indicateur	%VE en A	%VE en B	Coefficient multiplicateur	Poids du reliquat avant application du coefficient	Poids du reliquat après application du coefficient
Tous	Numérique (D2.2)	67%	0%	1,3	35%	16%
	Numérique (D6.3)	79%	0%	1,1	22%	14%
MCO	QLS MCO	7%	15%	1,4	40%	16%
	PCD MCO	50%	44%	1,0	12%	12%
	PCC MCO	3%	12%	1,4	38%	18%
	ESATIS MCO	9%	34%	1,3	36%	18%
	QLS CA	9%	18%	1,4	38%	13%
	ESATIS CA	43%	40%	1,0	15%	15%
HAD	PCD HAD	35%	51%	1,0	14%	14%
	TRE HAD	48%	40%	1,0	13%	13%
	COORD HAD	26%	14%	1,2	34%	21%
	TRDP HAD	66%	20%	1,0	10%	10%
SMR	QLS SMR	45%	26%	1,0	18%	18%
	PCD SMR	48%	39%	1,0	13%	13%
	PSPV SMR	58%	19%	1,0	16%	16%
	ESATIS SMR	14%	8%	1,4	9%	0%
PSY	QLS PSY	4%	8%	1,5	39%	12%
	PCD PSY	5%	31%	1,3	33%	14%
	CV PSY	1%	8%	1,5	44%	19%
	ADD PSY	2%	7%	1,5	44%	19%
	Séjours Longs PSY	66%	0%	1,3	30%	10%



Attention, la valeur de certains coefficients a évolué depuis

La rénovation du dispositif IFAQ

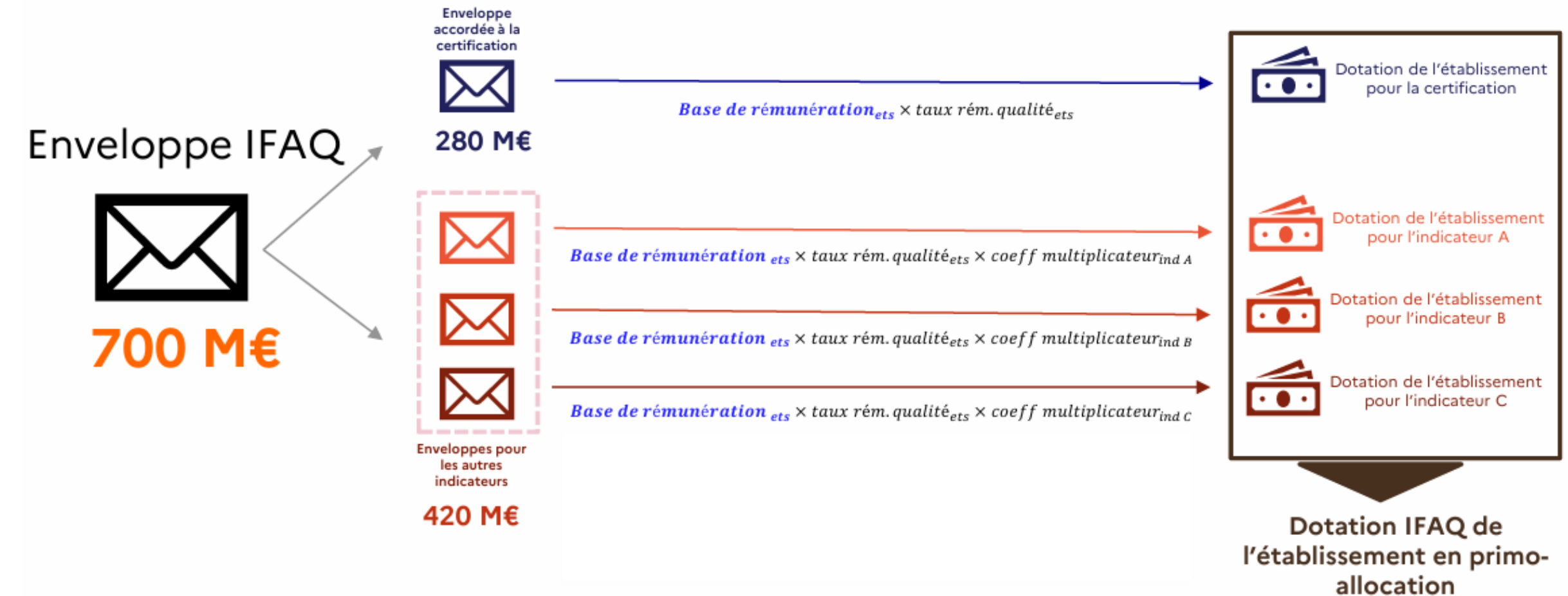
Travaux en cours

Les indicateurs pris en compte :

Catégories	Indicateurs	MCO	SMR	HAD	DIA	PSY	ENVELOPPE	GRILLE
Qualité des prises en charge perçue par les patients	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48h en MCO	X					39,63	2
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés pour une chir ambu	X					37,48	2
	Satisfaction et expérience des patients hospitalisés en SMR		X				10,91	2
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes					X	13,35	2
	Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions					X	13,35	2
	Tenue du dossier patient			X			2,10	2
	Projet de soins projet de vie		X				10,91	2
	Évaluation du risque d'escarres			x			2,10	2
	Evaluation et prise en charge de la douleur	X	x	x		x	39,62 (MCO) 2,09 (HAD) 10,87 (SMR) 13,96 (PSY)	
Qualité de la coordination des prises en charge	Taux d'alimentation du DMP en lettre de liaison de sortie	X	X	X	X		67,2	2
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie	X	X			X	39,62 (MCO) 10,87 (SMR) 13,96 (PSY)	2
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une chirurgie ambulatoire	X					37,83	2
	Coordination en HAD			X			2,10	2
Performance de l'organisation des soins	Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libre					X	13,81	3
Qualité des pratiques dans la prévention des IAS	Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	X					39,63	2
Démarche de certification	Niveau de certification	X	X	X	X	X	280	1
Qualité de vie au travail								
Mesures de prévention								

La rénovation du dispositif IFAQ

Le calcul de la primo allocation



La rénovation du dispositif IFAQ

La base de rémunération d'un établissement dépend de 3 paramètres

- ⇒ Correspond au volume économique de l'établissement pour l'activité rentrant dans le champ de l'indicateur
- ⇒ Varie en pluriannuel en fonction de la **dynamique de l'établissement**

$$\text{Base de rémunération}_{ets,indicateur} = \frac{VE_i}{\sum_k VE_k} \times \text{enveloppe}_{indicateur}$$

- ⇒ Correspond à la somme des volumes économiques de tous les établissements émergeant à l'indicateur, pour le champ relevant de l'indicateur
- ⇒ Varie en pluriannuel en fonction de la **dynamique nationale de l'activité** rentrant dans le champ de l'indicateur

- ⇒ Fixée au moment de l'entrée de l'indicateur dans le modèle

- ⇒ Évolue en pluriannuel en fonction des priorités en termes de santé publique

→ Comme les dynamiques de l'établissement et du champ ne sont pas les mêmes, la base de rémunération évolue et peut générer de l'imprévisibilité pour la rémunération individuelle

La rénovation du dispositif IFAQ

◉ La Gestion du Reliquat :

- Différentes options de redistribution du reliquat par indicateur ont d'abord été envisagées par la DGOS :
 - à la performance, à la progression, dédiée à un accompagnement des établissements, ou en mixant les 3
- Puis après **le choix d'une globalisation des reliquats de chaque indicateur dans une seule enveloppe de reliquat**, différents scénarios ont à nouveau été proposés :
 - Gestion dans le cadre de l'exécution globale de l'ONDAM ES , répartition en fonction du résultat de certification, en fonction d'un critère global de qualité favorisant l'évolution
- ⇒ Proposition FHP : Répartition du reliquat aux ES répondant à la cible, sous forme de bonus

La rénovation du dispositif IFAQ

Globalisation des reliquats de chaque indicateur dans **une seule enveloppe de reliquat**

Enveloppe accordée à la certification



280 M€



Dotations à la qualité pour la certification

Reliquat



Simulations sur données 2023

Enveloppe reliquat



14%



Dotations à la qualité pour l'indicateur A

Reliquat



Dotations à la qualité pour l'indicateur B

Reliquat



Dotations à la qualité pour l'indicateur C

Reliquat

Enveloppes pour les autres indicateurs

420 M€



Pourquoi ce choix ?

- ⇒ Le reliquat est généré par la **non-atteinte des niveaux de qualité attendus**
- ⇒ Il est par nature **dépendant du comportement** des autres établissements
- ⇒ Il ne peut être incitatif puisqu'il est **non prévisible**
- ⇒ Il n'est ainsi pas pertinent de le relier aux indicateurs

La rénovation du dispositif IFAQ

⇒ Les règles de gestion du reliquat :

Règles de répartition du reliquat

Répartition en fonction de la **primo-allocation** établis sur les indicateurs applicables

Primo-allocation / Reliquat

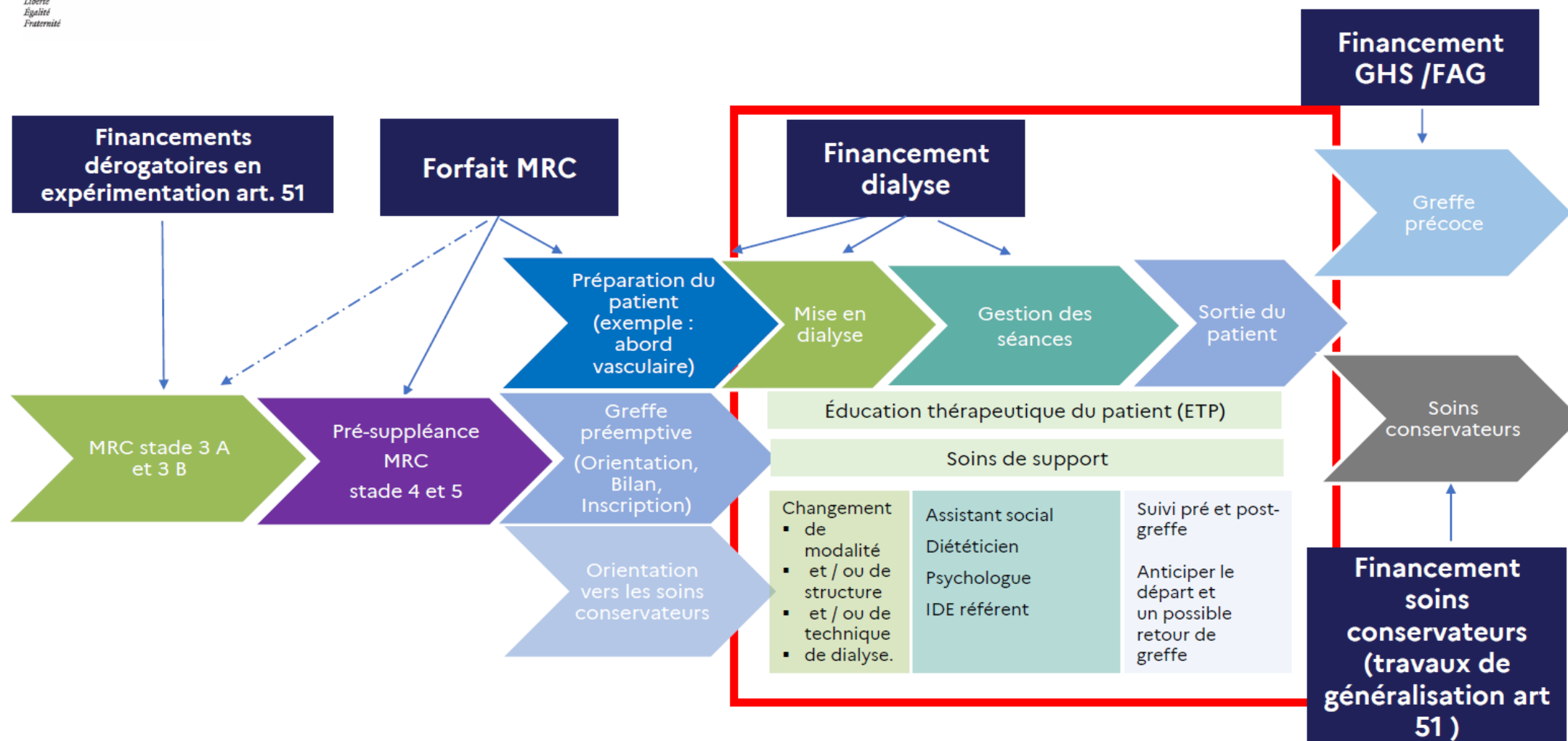
⇒ Dans les restitutions, il y aura une distinction entre les montants alloués au titre de chaque indicateur et le montant alloué au titre du reliquat

Réforme du financement de la dialyse

Réforme du financement de la dialyse

Et s'inscrivent également dans un contexte évolutif pour le financement de tout le parcours de la MRC

Direction générale de l'offre de soins



Réforme du financement de la dialyse

Récapitulatif déroulé des travaux:

- Lancement des travaux réforme des autorisations et du financement : Réunion du 4 juillet 2024
- Puis des réunions en parallèle GT Réforme du financement // GT Autorisations
- 6 GT Financement, des réunions « bilatérale » DGOS/ FHP-REIN , des rdv « technique » sur des sollicitations
- Contribution FHP REIN FHP MCO (en mars sur les compartiments « Qualité » et « MS », complété en mai sur la partie « Activité »)
- **Courrier commun CNP de néphrologie, SFNDT, SNL, FRANCE-REIN, FEHAP, FHP :**
Demande de report d'une année pour aborder plus sereinement la mise en œuvre opérationnelle au sein des ES en envisageant un recueil à blanc avant la généralisation, et permettre la réalisation d'étude d'impact
- Pendant l'été, sollicitation sur la construction du score de complexité => objet du GT du 15/10/2025

Réforme du financement de la dialyse



MINISTÈRE DE LA
SANTÉ
ET DE L'ACCÈS AUX
SOINS
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins

La Loi de financement de la sécurité sociale 2024 fixe les objectifs de la réforme

La réforme du financement des établissements de santé en cours vise à faire évoluer les règles de financement au bénéfice des **enjeux stratégiques des activités concernées**.

- Pour la dialyse, la loi prévoit désormais la mise en œuvre de **forfaits déterminés** en fonction de **la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients** pour les activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- L'entrée en vigueur est prévue **au 1^{er} janvier 2026**

IVI
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Réforme du financement de la dialyse

Les objectifs visés par l'évolution du modèle de financement sont au service de la qualité de vie des patients et de l'évolution souhaitée de l'offre de soins

Les principes de construction du futur modèle de financement

- Mieux prendre en compte les caractéristiques **patients** et la lourdeur de prise en charge induites sous forme de forfait
- Introduire un **paiement à la qualité** du parcours patients et aux résultats de la dialyse
- Accompagner le **développement de la dialyse de proximité et la dialyse à domicile** ainsi que des structures accueillant les patients en soirée et/ou la nuit

Un principe de travail : faire simple !

- **S'appuyer sur les dispositifs existants et éprouvés** tels que le registre R.E.I.N, forfait hebdomadaire comme pour la dialyse péritonéale, recueil basé sur une méthode de scoring (type AGGIR, IGS, etc...)
- Limiter **l'impact sur les systèmes d'information**
- **Prendre en compte les recommandations** de bonnes pratiques en matière de prise en charge et de parcours patient (HAS, ANAP, SFNDT, associations de patients), et tenir compte de l'évolution du modèle IFAQ

Réforme du financement de la dialyse

En synthèse :

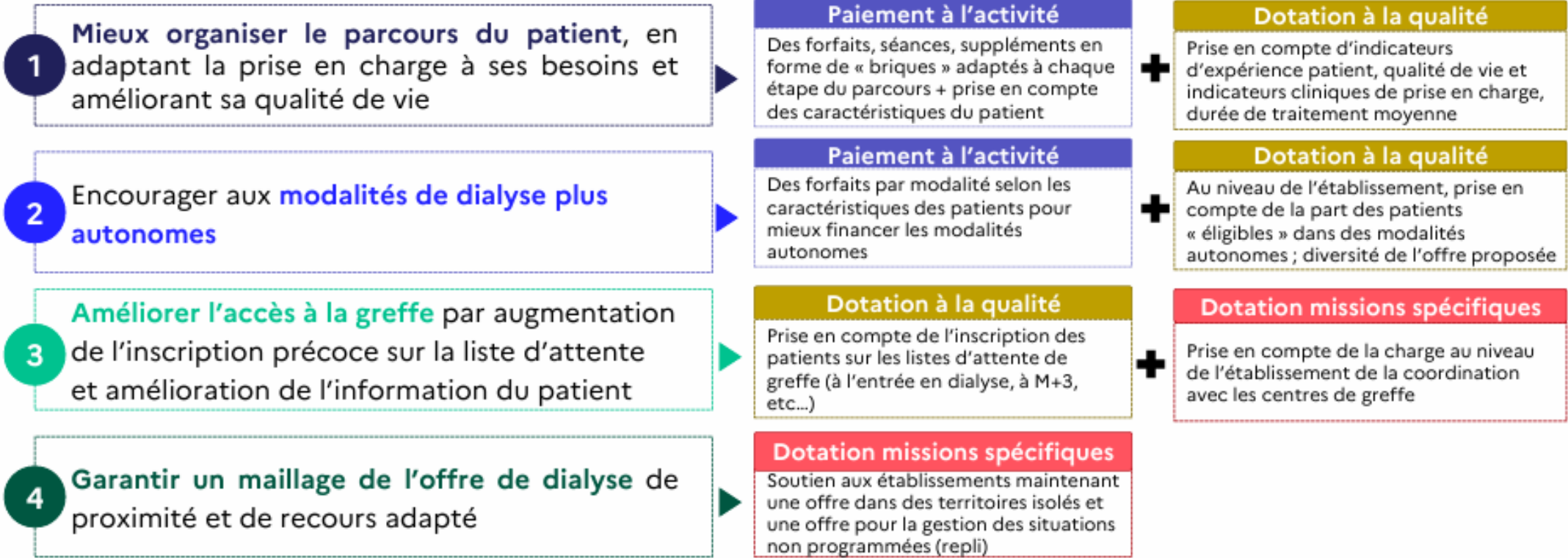
➤ Cette réforme s'intègre dans le cadre général de la réforme du financement en MCO :

Compartiment Activité	Compartiment Missions Spécifiques	Compartiment Objectifs de Santé Publique
Tarifs Financements à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins (forfait hebdomadaire par exemple)	Dotations annuelles forfaitaires Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les tarifs pour les établissements isolés	Dotations annuelles forfaitaires - Qualité et pertinence - La modélisation de la prise en compte des critères qualité se fera dans les évolutions globales du modèle IFAG



L'ensemble des objectifs fixés seront atteints par le déploiement d'un mode de financement combinant plusieurs compartiments

Direction générale de l'offre de soins



Réforme du financement de la dialyse

➤ Compartiment « Activité »

Ce qui est
prévu par la
loi

Mise en œuvre de **forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients** pour les activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Date d'entrée en vigueur

1^{er} janvier 2026



Ce que
propose la
DGOS

Une **architecture du compartiment activité par briques** permettant d'inciter à l'autonomisation du patient et à l'adaptation de la prise en charge à ses besoins et ses caractéristiques



Réforme du financement de la dialyse

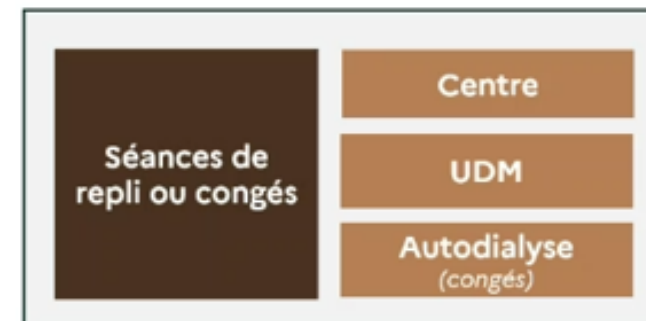
Rappel de l'architecture en briques initialement proposée et des dimensions à intégrer

Dirigeant
généraliste
l'offre de :

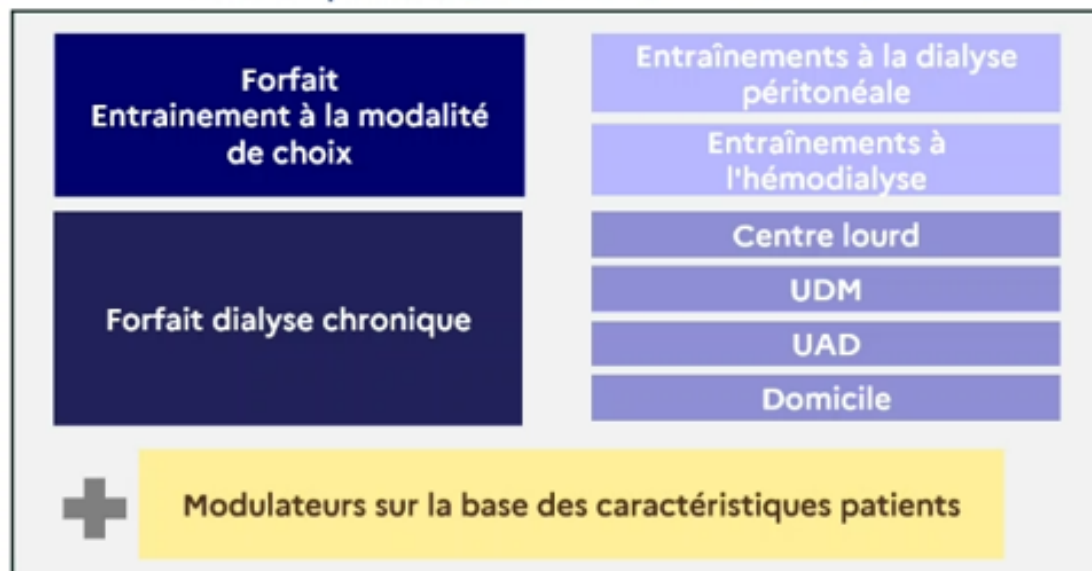
A l'épisode (hors séances)



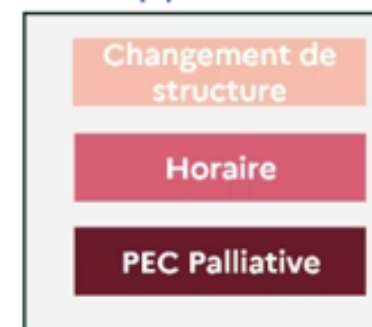
A la séance



A la séquence (composée de plusieurs séances)



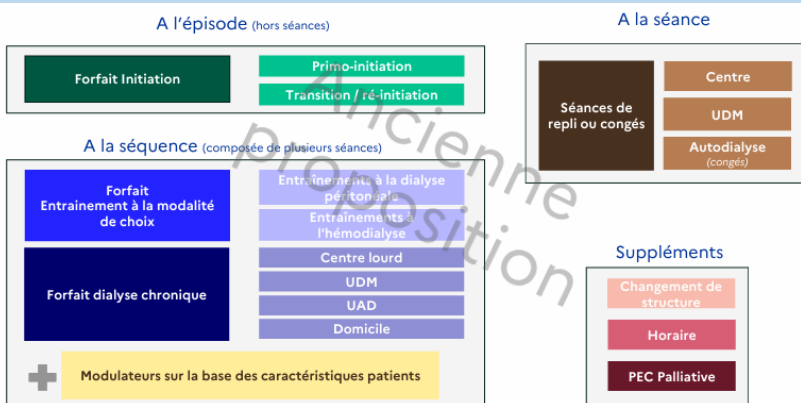
Suppléments



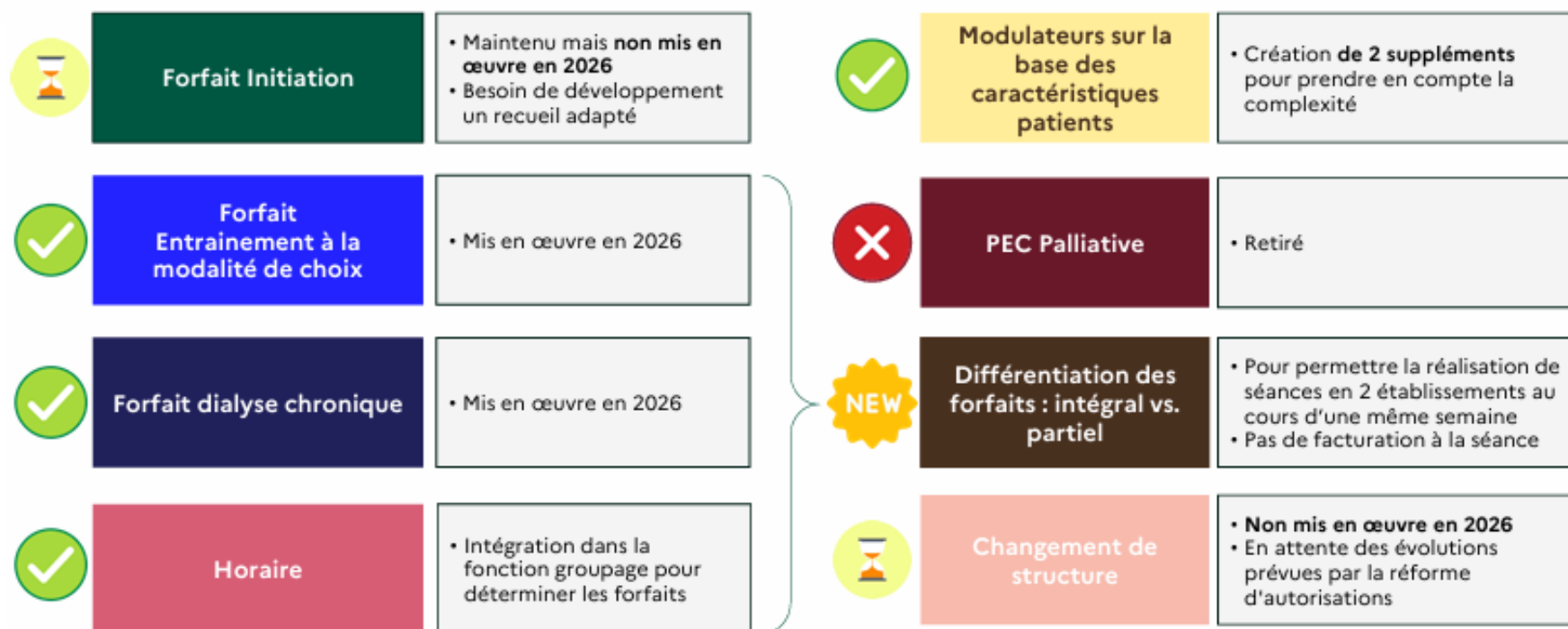
⚠ Alerte FHP MCO et FHP REIN d'un modèle complexe et éloigné du terrain



Réforme du financement de la dialyse



La DGOS a adapté sa proposition d'architecture pour le compartiment « Activité » :



Réforme du financement de la dialyse

En résumé, l'architecture du compartiment à l'activité à mettre en place en 2026 consiste en 2 types de forfaits et 1 type de supplément

Forfaits de base

Forfaits
Entrainement à la
modalité de choix

- Séances d'entraînement du patient

Forfaits dialyse
chronique

- **Accompagnement et suivi du patient** (soins de support, réévaluation annuelle, etc...)
- Séances de dialyse **dans l'établissement principal de prise en charge du patient**, selon les techniques, les modalités, la fréquence et la durée décidées avec le patient

Supplément

- En sus du forfait dialyse entraînement et dialyse chronique, un supplément peut être appliqué afin de prendre compte la « complexité » de la prise en charge :

Groupe	Score	Supplément ?
0	0-2	Forfait de base : Pas de supplément
I	3-6	Supplément 1
II	7+	Supplément 2

Conception du score et définition des bornes par groupe en construction

27/06/2025

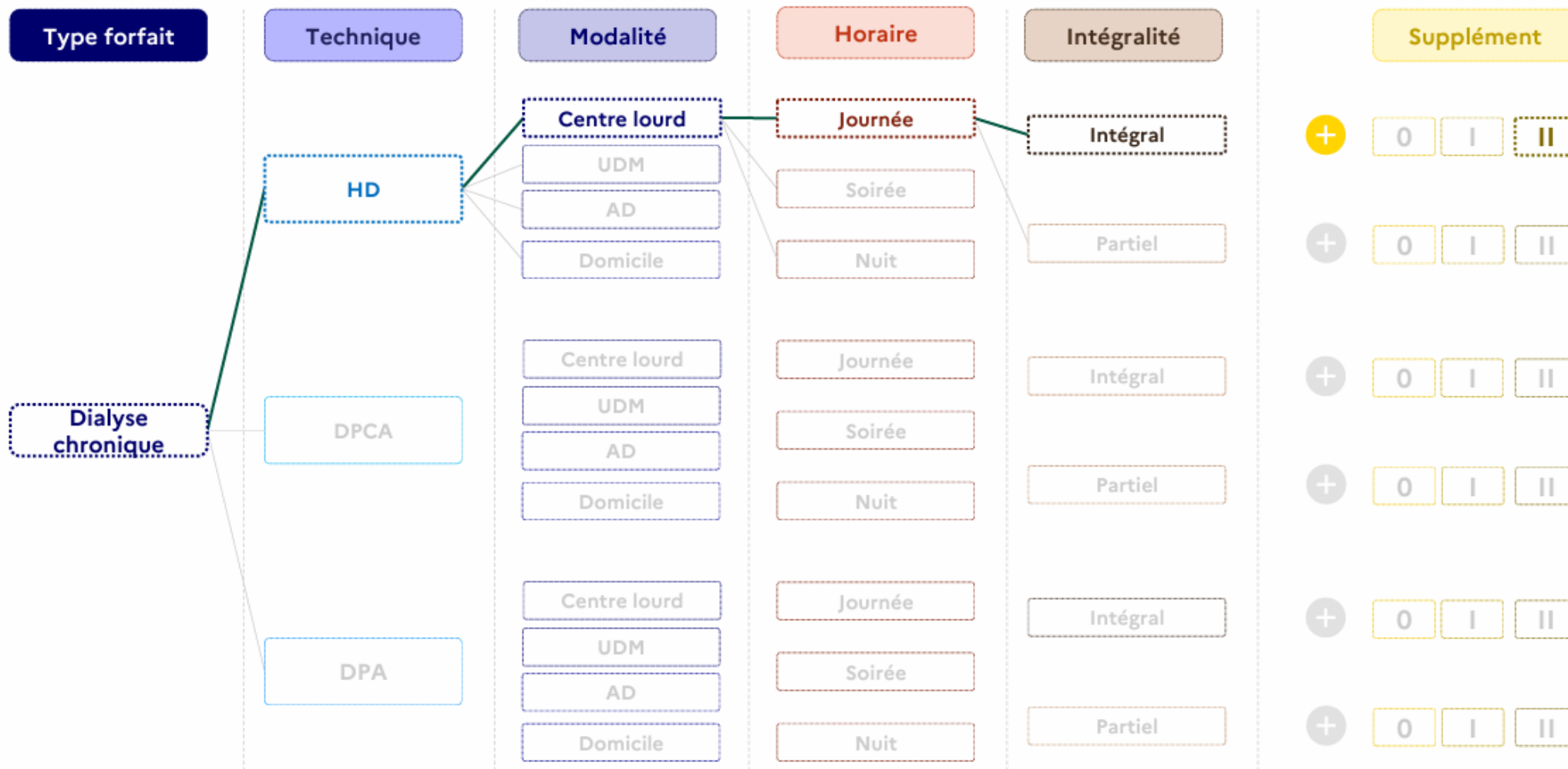
24



ces 2 forfaits se déclinent ensuite selon la technique (HD, DPA, DPCA), la modalité (adulte, enfant, UDM, AD, domicile), l'horaire (jour, soirée, nuit) et « l'intégralité » (partiel, intégral)

Réforme du financement de la dialyse

Exemple n°3 : Un patient en hémodialyse en centre appartenant au groupe 2 et réalisant ces séances en journée



Réforme du financement de la dialyse

La traduction en GHM/GHS

DIALYSE

Classification 2026

Nb d'actes

Chaque
semaine

GHM (6 possibles)	GHS		SUPPLEMENTS		
Entrainement HD DP + JVRP004 Entrainement DPA DP + JVRP007 Entrainement DPCA DP + JVRP008 Traitement HD/HDF DP + JVJF004 ou JVJF008 Traitement DPA DP + JVJB001 Traitement DPCA DP + JVJB001	Centre UM = 21	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2	
		Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2	
			Nuit	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
		Centre enfant UM = 22	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
				Nuit	Complet Partiel
	UDM UM = 23		Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
				Nuit	Complet Partiel
		UAD UM = 34	Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
				Nuit	Complet Partiel
	Domicile UM = 35 ou 36		Jour	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
			Soirée	Complet Partiel	+/- NIV1 / NIV2 +/- NIV1 / NIV2
				Nuit	Complet Partiel

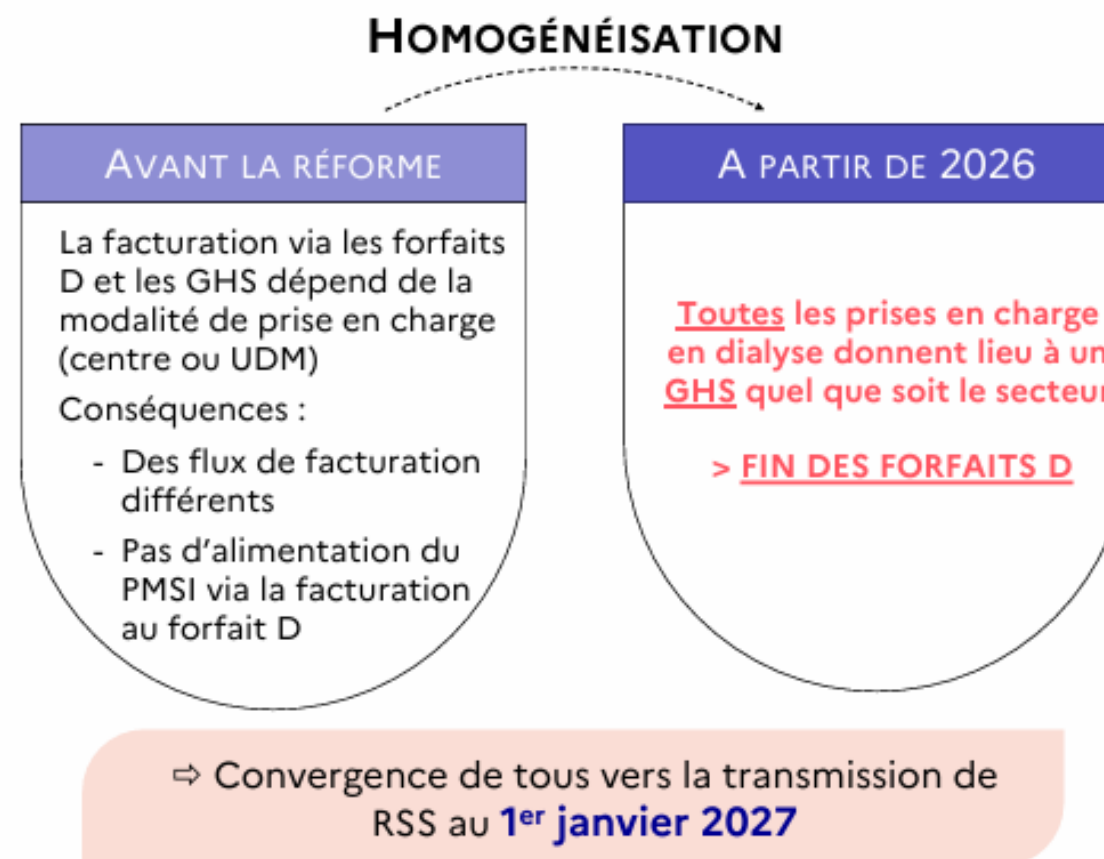
Réforme du financement de la dialyse

- Volonté d'une mise en œuvre en 2026 pour la facturation, en 2027 pour la transmission des RSS



Notre objectif pour 2026 est un passage à la facturation par GHS pour toutes les prises en charge en dialyse

Direction
générale de
l'offre de soins



27/06/2025

26

Réforme du financement de la dialyse

De nouvelles variables seront présentes dans le RSS

Éléments recueillis
utilisés dans la
fonction groupage

- **Concernant la technique :**
 - Diagnostics CIM-10 correspondant à la technique (3 sont concernés) *
 - Actes CCAM correspondant à la technique (6 actes) *
- **Concernant la modalité / l'unité médicale :**
 - UM de réalisation des séances
- **Concernant l'horaire :**
 - Horaire de réalisation (jour, soirée, nuit) 
- **Concernant l'intégralité de la séquence :**
 - Dates de 1ère séance (entrée) et dernière séance (sortie) de la semaine
 - Date des actes CCAM
 - Nombre de séances entre ces deux dates
- **Concernant la complexité du patient :**
 - Groupe de complexité 

Pour déterminer le
GHM

Pour déterminer le
GHS

Pour déterminer l'application
d'un supplément



Des variables non utilisées pour la facturation mais pour mieux décrire les parcours du patient



Réforme du financement de la dialyse

Présentation CT MCO du 09/07

DIALYSE

Recueil attendu



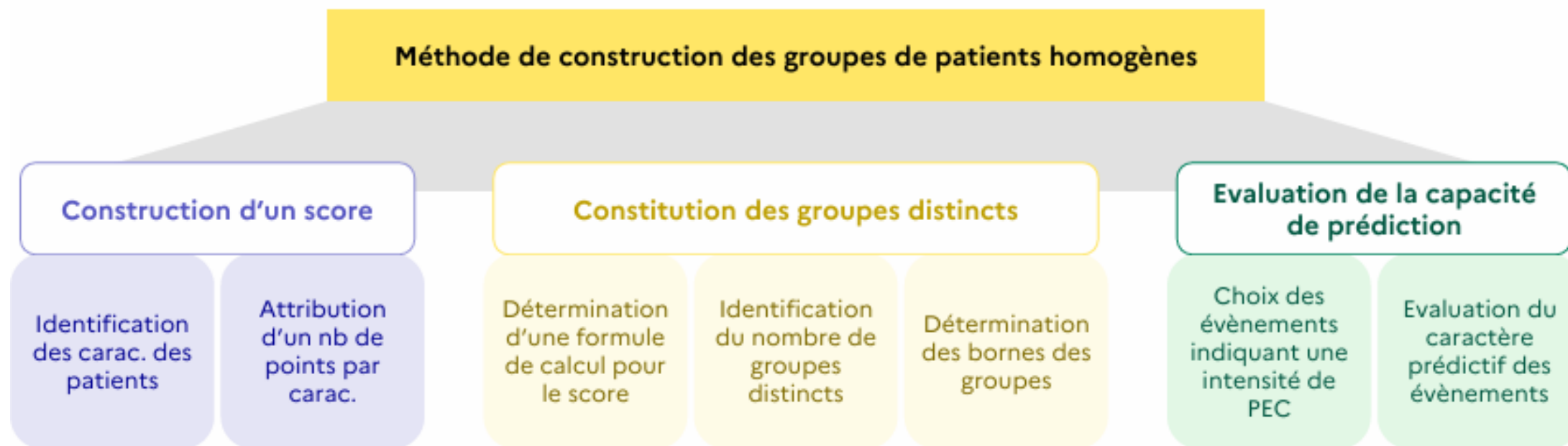
Variables attendues par la fonction de groupage (nouvelles)

- Niveau de complexité patient (niveau 1 / niveau 2) [une valeur par RSS]
- Diagnostic principal [une valeur par RSS]
- Blocs « Acte » [plusieurs occurrences possibles par RSS]
 - Acte CCAM dialyse (JVRP004, JVJF004, JVJF008, JVJB001, JVRP007, JVRP008)
 - Date des actes de dialyse
 - Horaires de début des actes de dialyse (jour / soirée / nuit)
 - Typologie de modalité autorisée de réalisation des actes (centre, centre enfant, udm, uad, domicile)

Variables non groupantes

- Temps total hebdomadaire de dialyse réalisée
- Nombre hebdomadaire de consultations de réévaluation
- Valeur exacte du score de complexité patient

Réforme du financement de la dialyse



L'ensemble des éléments de la séance avaient été travaillés en lien étroit avec l'Agence de Biomédecine

Réforme du financement de la dialyse

GT du 15/10/2025 :

➤ Trois versions de calcul du score de complexité sont sur la table : « score A », « score B », « score C »

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

En synthèse, le score B est une version affinée du score A, tandis que le score C ne retient que les stades les plus sévères

Direction générale de
l'offre de soins

Caractéristique	%	Score A Score initial	Score B Modifications	Score C Stades severes
Age [75-80[	15,27	1		
Cirrhose Child A	0,97	1		
Coronaropathie	24,42	1	1	
Artérite stade 1-2	12,02	1	1	
BPCO Insuf respiratoire	8,84	1	1	
Insuf Cardiaque 1-2	13,61	1	1	
Age [80-90[	20,71	2	2	2
AVC_AIT	12,58	2	2	2
Marche assistée	9,29	2	2	2
IMC>35	8,01	2		
IMC>40	2,8		2	2
Infarctus myocarde	9,96			2
ABL<30 ou IMC<18,5	13,4	4		
ALB<25 ou IMC<18,5	6,76		4	4
Troubles comportement	3,11	4	4	4
Cécité	4,26	4	4	4
Artérite stade 3-4	7,93	4	4	4
Cirrhose Child B-C	0,75	4	4	4
Assistance respiratoire	8,06	4	4	4
Insuf Cardiaque 3-4	6,58	4	4	4
Cancer actif	10,37	8	4	4
Incapacité marche	3,29	8	4	4
Age 90=+	3,3	4	8	8
Hémi-paraplégie	1,5	4	8	8

- Est-ce qu'on maintient l'âge ?
- Est-ce qu'on remet l'albumine à 30 ?
- Pour les caractéristiques cotées « +1 », préférez vous maintenir certaines dans le score C ou toutes les enlever.

15/10/2025

25

Réforme du financement de la dialyse

En synthèse, les travaux à venir permettront la mise en œuvre combinées en 2027 des 3 compartiments du nouveau modèle de financement

	Paiement à l'activité	Dotation à la qualité	Dotation missions spécifiques
CE QU'IL RESTE À FINALISER	▶ Construction des critères et du score de complexité ▶ Définition des règles de facturation ▶ Fixation des règles de recueil et de codage ▶ Accompagnement des modifications SI	▶ Identification des vecteurs de financement possibles ▶ Validation des dimensions qualité intégrées dans le modèle en 2027	▶ Validation des types de missions spécifiques retenus
CE QU'IL RESTE À RÉALISER	▶ Définition du panier de soins ▶ Réalisation d'une enquête de mesure des coûts (hors ENC) ▶ Réalisation d'études d'impact	▶ Développement d'indicateurs pour ces dimensions ▶ Définition des cibles à atteindre ▶ Définition des modalités de valorisation ▶ Identification du mode de recueil	▶ Analyse des données sur les établissements « isolés » ▶ Définition des critères d'éligibilité ▶ Élaboration des règles de rémunération

Réforme du financement de la dialyse

Extrait Projet Annexe 2

« 7° Lorsque les prestations de prise en charge pour une épuration extrarénale de patients atteints d'insuffisance rénale chronique donnent lieu à la production d'un des GHM GD0001 à GD0006, la prise en charge du patient donne lieu à la facturation d'un GHS déterminé en fonction de l'unité médicale, de l'horaire de réalisation du traitement et de la complétude de la séquence. Les conditions de facturation de ces GHS sont fixées en annexe 2 du présent arrêté. » :

- Mais à ce stade:
- le « GHM dialyse » n'est pas tout fait un GHM au sens PMSI...
- Le « GHS dialyse » veut dire GHSéquence et non GHSéjour car facturation à la semaine...

Annexe 2. Liste des forfaits de prise en charge pour une épuration extrarénale de patients atteints d'insuffisance rénale chronique

GHM	Libelé GHM	GHS	Condition de facturation		
			Unité médicale	Horaire de réalisation	Complétude de la séquence
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD01	Centre adulte	Jour	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD02	Centre adulte	Soirée	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD03	Centre adulte	Jour	Partiel
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD04	Centre adulte	Soirée	Partiel
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD05	Centre enfant	Jour	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD06	Centre enfant	Soirée	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD07	Centre enfant	Jour	Partiel
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD08	Centre enfant	Soirée	Partiel
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD09	UDM	Jour	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD10	UDM	Soirée	Complet
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD11	UDM	Jour	Partiel
GD0001	Entrainement à l'hémodialyse	FD12	UDM	Soirée	Partiel
GD0002	Entrainement à la dialyse péritonéale automatisée	FD13	Centre adulte	Jour	Complet
GD0002	Entrainement à la dialyse péritonéale automatisée	FD14	Centre adulte	Soirée	Complet
GD0002	Entrainement à la dialyse péritonéale automatisée	FD15	Centre adulte	Jour	Partiel
GD0002	Entrainement à la dialyse péritonéale automatisée	FD16	Centre adulte	Soirée	Partiel
GD0002	Entrainement à la dialyse péritonéale automatisée	FD17	Centre enfant	Jour	Complet
GD0002	Entrainement à la dialyse				

Réforme du financement de la Radiothérapie

Réforme du financement de la Radiothérapie

L'entrée en vigueur de la réforme de la radiothérapie sera mise en œuvre au 1er janvier 2027

Les données du recueil à blanc font ressortir la nécessité d'ajuster la nomenclature proposée, afin de la rendre plus pertinente dans la perspective d'une forfaitisation du financement

- ▶ Des travaux d'approfondissement sont en cours, sur la base des données hospitalières et des cabinets libéraux, afin d'identifier les critères qui conduisent à une augmentation de nombres de séances et créer des groupes statistiquement plus homogènes permettant de construire une nomenclature plus précise, comme base des forfaits.

Les modalités de mise en œuvre opérationnelle de la réforme de financement sont à consolider, pour le secteur hospitalier comme libéral

- ▶ La DGOS poursuit les échanges avec les éditeurs. Un cadre de travail permettant une collaboration plus étroite est mis en place afin de trouver les solutions aux difficultés identifiées et de travailler à interopérabilité des systèmes.

Conformément à la demande du groupe de travail, les calendriers d'application entre secteurs sont alignés, au 1^{er} janvier 2027.

Réforme du financement de la Radiothérapie

Dans la suite du courrier adressé au ministre de la Santé (adressé avec le fil conducteur), **il est acté que les libéraux resteront en honoraire au 1^{er} janvier 2027.**

La DGOS précisant que les libéraux ne relèvent pas de la loi mais de la négociation conventionnelle. Dès lors, il leur appartient de conduire les négociations sur le sujet avec la CNAM.

Réforme du financement de la Radiothérapie

Quel modèle de financement en 2027 pour les établissements de santé

1 Forfait = tarification sur **l'ensemble de l'épisode de soins** (préparations, séances) pour la combinaison d'une **localisation** (type de tumeur) et d'une **technique**
(1 RSS pour un traitement = 1 GHS = 1 forfait)

Réforme du financement de la Radiothérapie

Deux types de variables seront prises en compte pour le groupage :

1° Technique (hors RT adaptative)

- Radiothérapie « tous organes » : 98% des séances du secteur Ex-DGF (RT en condition stéréotaxique, RCMI, RC3D)
- Radiothérapie de recours : réalisée dans le secteur Ex-DGF et mal rémunérée (ICT, ECT, Irradiation cranio spinale, Basse énergie, Curiethérapie, Protonthérapie)

2° Complexité du patient : Oui/Non

Réforme du financement de la Radiothérapie

Un recueil PMSI enrichi

Informations via des variables déjà existantes :

- Date de naissance / sexe
- DP / DR / DAS : consignes de codage (guide méthodologique) pour certains suppléments ou modulateurs identifiés
- Actes : précise la technique utilisée + nombre d'actes et dates de réalisation ; Référentiel dédié à venir : liste d'actes en CCAM descriptive, sur la base des travaux de redescription réalisés par le comité clinique radiothérapie du HCN
- Dates de début et fin de traitement

Nouvelles variables du RSS :

- Patient complexe oui/non (selon liste de critères)
- Nombre de tumeurs traitées
- Radiothérapie adaptative
- Hypo fractionnement

Révision du modèle de financement de la MIG 3C

Point sur la réforme du financement MCO

La DGOS a lancé les travaux de **révision du modèle de financement de la MIG 3C**. (*MIG dite « H11 » intégrée dans le nouveau compartiment Objectif de Santé Publique – OSP - mis en place dans le cadre de la réforme de financement MCO*).

Participaient à cette réunion : l'INCA, des ARS dont IDF, FHF, UNICANCER, FEHAP & FHP MCO.

Trois propositions de modèles pour 2026 (1/3)

Option A : Ventilation selon des critères nationaux impératifs

1. Délégation aux ARS en circulaire budgétaire nationale
2. Ventilation entre établissements par les ARS selon une méthode de ventilation **nationale**
3. Suivi des délégations via le SI national et de l'activité des 3C via le recueil INCa

Option B : Ventilation selon des critères nationaux impératifs mais sur une partie de l'enveloppe seulement, le reste restant « à la main » des ARS (OPTION B A PRIORI PRIVILEGIE PAR LA DGOS à date)

1. Délégation aux ARS en circulaire budgétaire nationale
2. Ventilation entre établissements par les ARS selon une méthode de ventilation nationale pour x% des crédits et selon une méthode régionale pour le reste (avec concertation locale si part importante)
3. Suivi des délégations via le SI national et de l'activité des 3C via le recueil INCa, transmission des méthodes de ventilation régionales à la DGOS

Option C : Ventilation uniquement entre ARS, pas de critères nationaux impératifs

1. Délégation par ARS en circulaire budgétaire nationale
2. Ventilation entre établissements par les ARS selon une méthode de ventilation **régionale**, après **concertation locale**
3. Suivi des délégations via le SI national et de l'activité des 3C via le recueil INCa, transmission des méthodes de ventilation régionales à la DGOS

Parcours Coordonné Renforcé – Généralisation art 51

Le parcours coordonné renforcé

L'article 46 de la LFSS pour 2024 a créé un cadre générique permettant de mettre en place des parcours coordonnés renforcés, au travers d'un financement collectif d'une équipe, lorsque la prise en charge d'un patient nécessite l'intervention de plusieurs professionnels.

Les parcours coordonnés renforcés concernent les **expérimentations du dispositif article 51** qui sont entrées dans le droit commun.

Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé.

Parcours Coordonné Renforcé

Plusieurs décrets:

[Décret n°2024-1035 du 15 novembre 2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés](#)

[Décret n° 2025-394 du 30 avril 2025 relatif à la liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés](#)

Et récemment en novembre 2025, concertation DGOS sur :

- Le projet d'arrêté transversal PCR: l'article R4012-1 du CSP prévoit un arrêté fixant la liste des types des PCR.
- Le projet d'arrêté du premier PCR: « Obésité complexe chez l'adulte »: point de vigilance sur les HDJ

[Dépêche EXPERT N°879 - Structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés - FHP-MCO](#)



L'expérimentation art 50 LFSS 2024



La parole est à vous





Questionnaire de satisfaction

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



DÉJEUNER

Reprise à 14h

Nous remercions nos partenaires :



APRÈS MIDI :

- Table Ronde : « L'IA au service des DIM »

Marie Claire VIEZ, Directrice de la stratégie – **FHP : l'« enquête IA : vos usages et vos attentes ».**

Dr Ali BELLAMINE, Médecin DIM - clinique Conti & **Dr Laure COMAR**, Directrice de l'Information Médicale - **Groupe ELSAN**, **Dr Charles LEQUEU**, Directeur de l'exploitation et de la valorisation de la donnée médicale - **Groupe Ramsay Santé** et **Dr Arthur SPILLEBOUT**, Médecin DIM - **Groupe Hospitalier Les Portes du Sud**

- Echanges sur le document annuel FHP MCO « retour d'expériences – Anomalies de Groupage et/ou Tarification »

Dr Catherine LE GOUHIR, **Dr Raphaël SCHWOB**, Service CIM-MF – **ATIH**, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité – **FHP MCO**

- Point d'actualité ATIH : refonte des sévérités, CIM 11, DRUIDES, etc.

Dr Sophie GUEANT, **Dr Raphaël SCHWOB**, ainsi que leurs collaborateurs, Service CIM-MF Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**

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





Table Ronde : « L'IA au service des DIM »

Marie Claire VIEZ, Directrice de la stratégie – **FHP**,
Dr Ali BELLAMINE, Médecin DIM & **Dr Laure COMAR**,
Directrice de l'Information Médicale - **ELSAN**,
Dr Charles LEQUEU, Directeur de l'exploitation et de
la valorisation de la donnée médicale - **Ramsay Santé**
Et **Dr Arthur SPILLEBOUT**, Médecin DIM - **Groupe**
Hospitalier Les Portes du Sud



La parole est à vous





Echanges sur le document annuel

FHP MCO

« retour d'expériences – Anomalies de Groupage et/ou Tarification »

Dr Catherine LE GOUHIR, Dr Raphaël SCHWOB,
Service CIM-MF – **ATIH,**
Dr Matthieu DERANCOURT et Laure DUBOIS –
FHP-MCO

Retour d'expériences : Anomalies de groupage

◉ Retour d'expériences :

- Les travaux classificatoires seront applicables à l'année n+1 si terminés en septembre de l'année n
 - Tous les ans, la FHP-MCO produit un document « Retour d'expériences « Anomalies » de groupage et/ou tarification » :
 - Constitué grâce à vos retours
 - Transmis à l'ATIH et à la DGOS
- ⇒ Avez-vous constaté d'autres anomalies de groupage ?
- ⇒ une «Fiche retour d'expériences» est dans vos dossiers
- ⇒ Transmettez les nous à l'adresse :
laure.dubois.mco@fhp.fr



Retex «Anomalies de groupage/tarification»

◉ Historique

- dès 2009, des 1ers retours d'expérience avec l'appui du BAQIMEHP
- en 2011 : création d'un groupe de travail FHP-MCO portant sur la problématique de l'évolution de la classification des GHM
 - L'objectif était de mettre en place une analyse médicalisée de l'évolution de la classification des GHM, pour compléter le soutien technique apportée par le Dr Marie Paule Chariot.
 - être en mesure de représenter les intérêts des établissements privés dans l'évolution de la description médicale de l'activité des ES auprès de l'ATIH lors des comités techniques MCO portant sur l'évolution de la classification des GHM.
 - Dès la 1ère réunion: une réflexion sur l'évolution de la description de l'activité des ES privés
 - ✓ la révision de la liste des CMA
 - ✓ La sous rémunération des associations d'actes : L'association des actes de mastectomie et reconstruction du sein dans le même temps opératoire ne prend pas en compte l'acte de mastectomie
 - ✓ Faire remonter les problématiques de terrain rencontrées au sein des établissements

Retex «Anomalies de groupage/tarification»

○ Historique

- En 2011 : La 1^{ère} version du RETEX :
 - 7 sujets développés en 4 pages :
 - ✓ Les valves aortiques percutanées
 - ✓ Lambeaux / Sein
 - ✓ Les Poses d'endoprothèses aortiques transcutanées
 - ✓ Cardiologie interventionnelle
 - ✓ La curiethérapie
 - ✓ Endoscopies
 - ✓ CMA
 - Inclus dans la plateforme FHP-MCO de proposition de campagne 2012
- Depuis, ce document RETEX est produit tous les ans
- Selon la problématique soulevée, la réponse peut être classificatoire ou tarifaire ➡ permet ainsi de contribuer aux évolutions de la fonction de groupage des GHM/GHS, mais aussi à des évolutions de l'arrêté prestation MCO.



RETOURS D'EXPERIENCE 2011

Anomalies de groupage

1

Les valves aortiques percutanées :

Les séjours au cours desquels un acte de pose de bio prothèse de la valve aortique (DBLF001) à été réalisé et qu'un autre acte chirurgical est réalisé (autre que celui de pose de la bio prothèse et d'un stimulateur cardiaque), la fonction groupage oriente le séjour dans le GHM correspondant à l'autre acte chirurgical

Exemple :

Pose de bio prothèse de la valve aortique (DBLF001), puis secondairement dilatation iliaque (voie d'abord) (EDFA003). Le séjour est groupé au sein du GHS 1700 (5 683€) au lieu du GHS 1522 (25 468€).

[Sans titre]

Lambeaux / Sein

Problème1:

Le code acte QZMA001 Réparation de perte de substance par lambeau "au hasard"

(il n'est cité ici que le Lambeau le plus simple et le plus fréquent)

- prend l'ascendant sur de nombreux actes
- y compris les Mastectomies
- y compris les Reconstructions par prothèse (!)

Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

○ Comment le RETEX de l'année N est construit :

- Sur la version de la classification des GHM de l'année N
- Mettre à jour le document de l'année N-1
- Traiter les nouvelles demandes
- Hiérarchiser

**En fonction des échanges du GE
« Evolution de la classification des GHM »**

↪ Étude / retour aux données

↪ Echange avec l'ATIH ou la DGOS



- Versions « martyr » diffusées au GE et/ou à l'ODJ de réunion du GE sur ce sujet
- Nécessaire besoin du retour du GE pour valider le document « final »



Les demandes non traitées et nouvelles => pour le prochain RETEX

Retex «Anomalies de groupage/tarification»

◉ Les apports du travail de Retex « Anomalies de groupage/tarification »

- 2016 : Création d'un GHS majoré pour les prises en charges en chir ophtalmo associant un geste de ttt d'une pathologie de la rétine et le ttt chirurgical d'une cataracte ➡ répond à une demande de la FHP-MCO, suite au **retex**
- 2017 : Création du supplément pour la pose d'un défibrillateur au décours d'une chirurgie cardiaque, nommé « Supplément défibrillateur cardiaque (SDC) » ➡ alerte FHP-MCO, répétée depuis plrs années dans le cadre du **retex**
- 2018 : Les modifications apportées à la classification des GHM sont limitées aux évolutions de 3 GHM (03K04, 05K24, et 05K22) ➡ demandes portées par la FHP-MCO dans le cadre du **retex**
- 2019 : intégration de l'acte EJSF032 à la liste des actes chirurgicaux orientant vers la racine 05K26 ➡ demande portée par la FHP-MCO dans le cadre du **retex**
- 2020 : Les 2 évolutions apportées à la classification V2020 font suite à des propositions de la FHP-MCO dans le cadre du **Retex**
- 2022 : 2 nouvelles racines en K sont créées dans la CMD 08 permettant de répondre à une situation remontée par les DIM du secteur privé dans la cadre du **Retex**

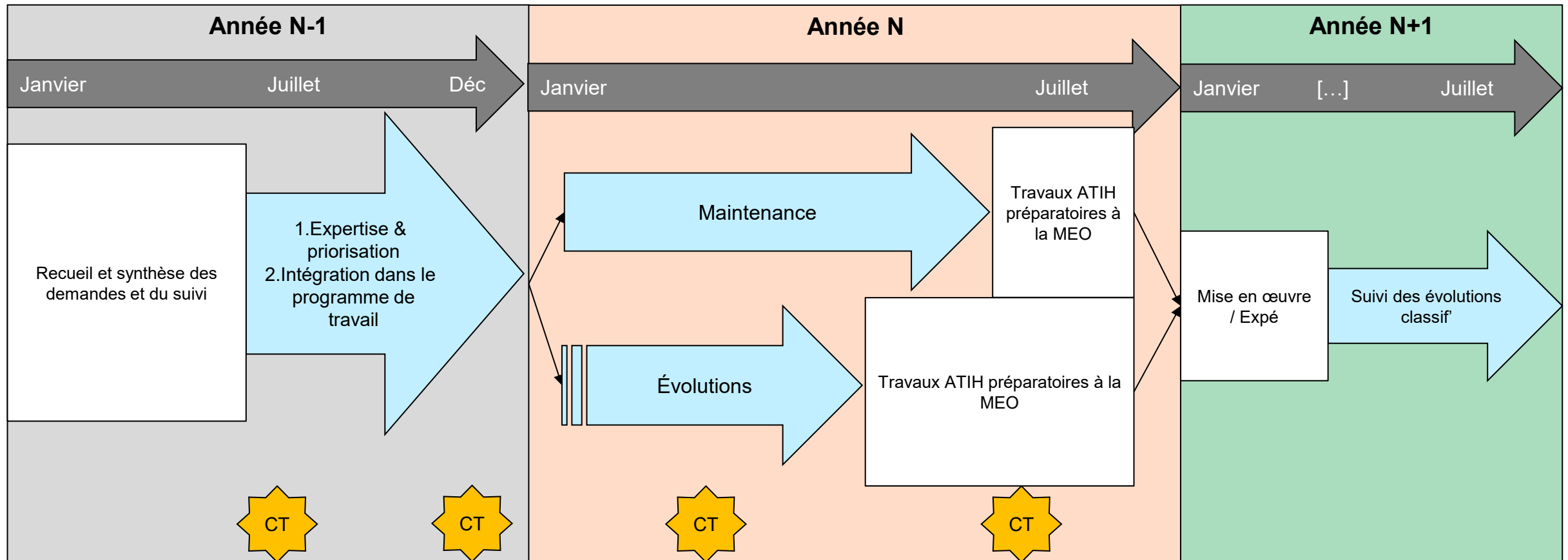
DÉMARCHE GÉNÉRALE DE PLANIFICATION DES TRAVAUX

Planification des travaux de classification

Constats et enjeux

- Des demandes d'évolution de classification qui empruntent de nombreux canaux :
 - Agora,
 - Fédérations (CT, courrier, ...),
 - Campagne,
 - Évolutions de nomenclatures (CCAM, CIM10),
 - ATIH
- Une catégorisation (travaux simples ou non) et une hiérarchisation complexes
- Une visibilité partielle pour les partenaires (DGOS, Fédérations)
- Des impacts importants organisationnels (mobilisation des ressources)

Planification des travaux de classification



Planification des travaux de classification

Format des demandes :

- Question, contexte & demande d'évolution
- Justification : Transmission des références de bonnes pratiques, bibliographie.
- Eléments d'analyse
 - **Liste d'actes CCAM,**
 - **Liste de diagnostics CIM 10,**
 - **Les racines concernées.**

RETOUR SUR LES RETEX FHP

Exemple : RETEX FHP

Catégorisation des demandes/questions :

- Information médicale / consignes :
 - ex : redondance acte/diagnostic quand le diagnostic présente un niveau de sévérité et est non codable
- Classification
- Financement
 - RAAC
- Restitutions
 - Tableau Ovalide pour le suivi de l'instruction gradation
- Système d'information / Logiciels
 - DRUIDES

=> Difficulté : questions intriquées relevant de plusieurs catégories

RETEX FHP : ce qui a été fait



V2019 :

- Orientation des actes EJSF- (actes sur occlusions veineuses) en 05K26

V2020

- Transfert des actes sur les muscles et les tendons (épaule) de la racine 08C40 à la racine 08C58

V2022

- Inscription de l'acte de glossopelvimandibulectomie (HAFA026) dans la liste des actes octroyant un supplément SRC

En cours

- Prise en compte du nombre d'actes réalisés au cours du séjour dans le cadre des travaux de révision de la CMD06

RETEX FHP : ce qui est en cours et projeté



Des nombreuses demandes en lien avec le développement de l'activité interventionnelle : CMD04, 06, 09, 11, 12 et surtout 05

- Place des nouveaux actes (radiofréquence, ...)
- Place des actes vasculaires en dehors de la CMD05

Concernant la CMD 05

- Pose de stimulateur cardiaque lors d'un acte lourd de cardiologie interventionnelle
- Hiérarchie des racines en K et en C, en particulier lorsque les actes de chirurgie sont légers
- Différenciation des localisations des endoprothèses vasculaires (coronaires/distales)
- Meilleure prise en compte de certains actes de rythmologie

Concernant la CMD 23

- Bilans préopératoires avec actes classants

RETEX FHP : ce qui n'a pas été retenu

Certaines demandes n'ont pas été retenues :

- La valorisation de l'acte de tentative d'angioplastie (YYYY082) : relève de décision de la CNAM
- L'acte de cimentoplastie PAMH001 : n'oriente pas en 08K car absence de racine ad-hoc
- L'acte JELA002 (pose de prothèse sphinctérienne) ne groupe pas dans les mêmes racines en CMD11 et 12 : dans ces CMD, le groupage est réalisé en fonction du DP :
 - Ainsi N39.3 *Incontinence d'effort* oriente en CMD12 et 13
 - N39.4 *Autres formes d'incontinence urinaire* oriente en CMD11

Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

- Réflexion avec le GE sur la version 2025 et avenir du document :
 - Intérêt ++ car ce travail de RETEX a eu des traductions concrètes
 - Mais difficulté/contrainte pour la MAJ : Moins de demande , travaux ATIH pluriannuels en cours sur l'interventionnel et la refonte des sévérités, la nécessité de revoir la « mise en forme » pour corresponde à la trame de l'ATIH,
 - Le calendrier de travail : campagne au 1^{er} mars vs au 1^{er} janvier
 - Jusqu'à présent « Les travaux classificatoires seront applicables à l'année n+1 si terminés en septembre de l'année n »
 - en conséquence, objectif de transmettre à l'ATIH et à la DGOS le RETEX « Anomalies de groupage et/ou tarification » de l'année en juillet
 - Quid CT au 1er janvier ?

Retex «Anomalies de groupage/tarification»

- il a été convenu avec le GE « Evolution de la classification des GHM », à partir de 2025 :
 - De maintenir nos retours d'expérience « Anomalies de groupage et/ou de tarification » sous 2 formes :

FHP
MCO
Médical Oncologie

RETOURS D'EXPERIENCE 2024

Anomalies de Groupage et / ou Tarification

Depuis de nombreuses années, nous vous transmettons dans ce document ce qui nous apparaît être des anomalies de groupage et/ou des problèmes de tarification.

La version 2023 comportait une nouvelle demande sur l'endosseur dégriffé selon les voies d'abord, et une synthèse des demandes antérieures concernant l'interventionnel.

Comme nos demandes sont pour la plupart en lien avec les travaux interventionnels menés par l'ATIH, cette version 2024 ne comporte pas de nouvelles demandes mais un suivi des demandes antérieures, ainsi notamment de nos commentaires « 2023 » au fil des demandes.

Par ailleurs, dès 2022, dans le cadre de la nouvelle instruction gradation, nous vous demandons une actualisation des tableaux d'PMI (MATZA/OVAUDE, et Datin). Avec la reprise des contrôles T2A, cette demande devient plus prégnante pour aider les ES.

A. Les demandes 2023

Pour l'année 2023, nos médecins DIM nous ont remonté, comme les années précédentes, un certain nombre de problématiques en lien avec l'activité dite interventionnelle.

Lors du dernier comité technique MCO ATIH, les travaux sur le concept « interventionnel » ont été indiqués comme achevés, les travaux se poursuivant sur la méthodologie générale avec une première étape sur la CIM D6.

Nous souhaitons attirer votre attention sur les demandes déjà formulées lors des précédents RETEX FHP MCO et reprises dans ce RETEX 2023.

En synthèse, en prenant en compte l'ensemble de nos demandes sur l'interventionnel, nous portons trois remarques à prendre en compte, à notre avis, dans le cadre des travaux sur l'activité interventionnelle :

1- La problématique d'un acte interventionnel alla jusqu'à l'acte de chirurgie.

Lors d'une prise en charge ou cours d'un acte, il peut être réalisé un acte de chirurgie et un acte interventionnel « lourd ». L'acte de chirurgie « l'emportant » sur l'acte interventionnel, le GHM est classé en C qui peut être moins valorisé que le GHM en K.

⇒ Cf. demandes 2022

Commentaire 2024 :

Nous souhaitons maintenir cette problématique dans l'attente des travaux menés sur l'interventionnel et voir si ces travaux ont un impact sur cette « hiérarchisation » entre le groupage en « C » ou en « K ».

FHP MCO - 106, rue d'Anvers - 75009 PARIS - 4° 54' 13.333 N 48° 08' 12" E - Code APT : 9022 C
Tél : 01 53 63 30 81 Réseau R : youtube.com/FHPmco - Page 1

- Le Retex historique en mode suivi: pas de nouvelle demande sous cette forme, mais nous continuons de porter les éléments qui y figurent
- La prise en compte des nouvelles demandes sous le format « ATIH »

oht
Oncologie
Hépatite
Tumeurs

1. Demande

Formulez ici votre demande d'évolution
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Contexte et justification

Précisez l'état actuel de la fonction groupage MCO pour cette situation.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Détaillez ici les évolutions ou observations qui justifient la demande (effectif concerné, écart de DAS, écart de coût, cohérence médicale...)
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Indiquez les publications ou recommandations médicales appuyant cette demande (avis HAS, société savante...)
Eventail

3. Méthode

Listez les actes et/ou diagnostics ciblés par la demande (avec codes et libellés).

Code diagnostic CIM 10

Libellé diagnostic

Code acte CCAM

Libellé acte

4. Solution proposée

- D'engager un travail similaire pour les situations d'anomalie de description (absence d'acte CCAM)

FHP
MCO
Médical Oncologie

Nouveaux actes sans recommandation HAS

Libellé	Arguments	Bibliographie	Demandeur (GE)
Acte d'implantation de grains d'or intra prostatique	Les grains d'or ou encore appelés fiduciels, sont de petits cylindres (3mm de longueur et 1 à 1,2 mm de diamètre) implantés dans la prostate par voie transperinéale sous anesthésie locale. Cette technique permet de localiser la prostate avec précision lors des traitements de radiothérapie et de délivrer une irradiation de haute précision. De plus, ils permettent de réduire la marge de l'irradiation et, ainsi, d'irradier un minimum les tissus sains environnant.	https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PF/2020/6420/75593/FR/1384891/main.pdf https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Radiotherapie-externe/Indications https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19294.pdf	Dr Frédéric CHOMON

➤ Point sur le document RETEX « Défaut de description »



Nouveaux actes sans recommandation HAS

Libellé	Arguments	Bibliographie	Demandeur (GE)
Acte d'implantation de grains d'or intra prostatique	Les grains d'or ou encore appelés fiduciels, sont de petits cylindres (3mm de longueur et 1 à 1,2 mm de diamètre) implantés dans la prostate par voie transpérinéale sous anesthésie locale. Cette technique permet de localiser la prostate avec précision lors des traitements de radiothérapie et de délivrer une irradiation de haute précision. De plus, ils permettent de réduire la marge de l'irradiation et, ainsi, d'irradier un minimum les tissus sains environnant.	https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PF/2020/6420/75593/FR/1384891/main.pdf https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Radiotherapie-externe/Indications https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19294.pdf	Dr Frédéric CHOMON



Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

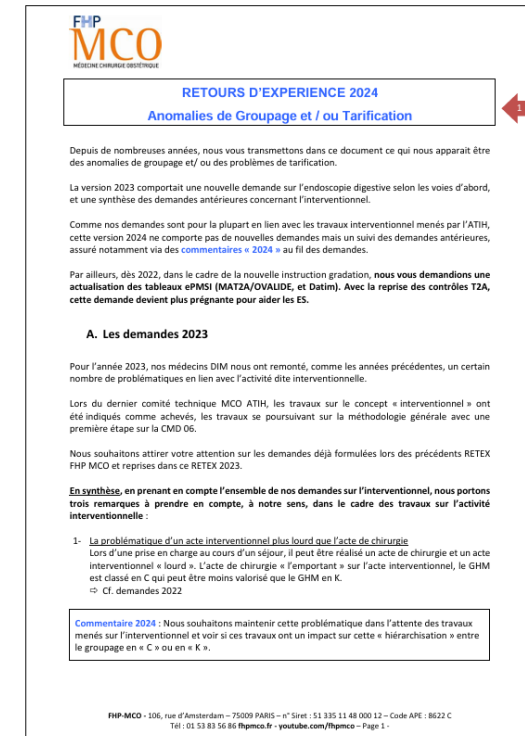
○ RETEX « Défaut de description »

- A la demande du GE, décision en 2025 de produire ce nouveau document devant la récurrence de la problématique des actes non-inscrits à la nomenclature CCAM
- Avec l'appui et la Relecture du GE
- Nouveau « RETEX Défaut Description » est structuré en 3 parties :
 - Les actes sans recommandation HAS mais avec bibliographie médicale.
 - Les actes avec recommandation HAS mais non-inscrits à la CCAM
 - Les actes dits "de robotique" qui ne sont toujours pas inscrits à la CCAM (nous sommes partis de la CCAM descriptive maintenue par l'ATIH).

➡ le RETEX Défaut Description FHP MCO a été transmis le 30 juillet 2025 au HCN, copie à l'ATIH, la CNAM et la DGOS.

Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

➤ Point le document RETEX historique en mode suivi



Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

○ RETEX historique « Anomalies de groupage / tarification »

- Retex 2024 : uniquement un suivi des demandes antérieures car lien ++ avec les travaux sur l'interventionnel menés par l'ATIH + alerte sur la demande portée dès 2022 concernant l'actualisation des tableaux ePMSI (MAT2A/OVALIDE, et Datim).
- A noter : Une réponse de l'ATIH suite à la transmission de ce Retex :
 - demandes en lien avec les travaux interventionnel menés par l'ATIH
 - Concernant la mise à jour des tableaux Ovalide à la suite de l'instruction gradation ambulatoire
 - Concernant votre demande sur le chainage PMSI
- Retex 2025 : MAJ du document en cours

Retex «Anomalies de groupage/tarifification»

➤ Les nouvelles demandes RETEX à partir de 2025

Demande d'évolution de la classification en MCO

Date de la demande : JJ/MM/AAAA

Identification du demandeur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail de contact : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Demande

Formulez ici votre demande d'évolution

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Contexte et justification

Précisez l'état actuel de la fonction groupage MCO pour cette situation.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Détaillez ici les évolutions ou observations qui justifient la demande (effectif concerné, écart de DMS, écart de coût, cohérence médicale...).

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Indiquez les publications ou recommandations médicales appuyant cette demande (avis HAS, société savante...).

Emetteur	Lien vers la publication

3. Méthode

Listez les actes et/ou diagnostics ciblés par la demande (avec codes et libellés).

Code diagnostic CIM 10	Libellé diagnostic

Code acte CCAM	Libellé acte

4. Solution proposée

Si une solution a été envisagée pour résoudre cette problématique, merci de la détailler ici :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Retour d'expériences : Anomalies de groupage

- L'ATIH met en place un format de fiche pour faciliter le traitement des demandes d'évolution
- Un exemplaire est dans vos dossiers





1

Demande d'évolution de la classification en MCO

Date de la demande : JJ/MM/AAAA

Identification du demandeur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail de contact : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1



2

1. Demande

Formulez ici votre demande d'évolution

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Contexte et justification

Précisez l'état actuel de la fonction groupage MCO pour cette situation.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Détaillez ici les évolutions ou observations qui justifient la demande (effectif concerné, écart de DM5, écart de coût, cohérence médicale...).

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Indiquez les publications ou recommandations médicales appuyant cette demande (avis HAS, société savante...).

Émetteur	Lien vers la publication

3. Méthode

Listez les actes et/ou diagnostics ciblés par la demande (avec codes et libellés).

Code diagnostic CIM 10	Libellé diagnostic

Code acte CCAM	Libellé acte

4. Solution proposée

Si une solution a été envisagée pour résoudre cette problématique, merci de la détailler ici :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2



La parole est à vous





Point d'actualité ATIH

**Dr Sophie GUEANT, Dr Raphaël SCHWOB, ainsi
que leurs collaborateurs, Service CIM-MF
Classifications, Information Médicale et Modèles
de Financement – ATIH**



La parole est à vous





Questionnaire de satisfaction

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

Nous remercions nos partenaires :



ABONNEZ-VOUS

à notre page LinkedIn





Pour des informations
complémentaires :

thierry.bechu.mco@fhp.fr

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr

laure.dubois.mco@fhp.fr



Une équipe à votre écoute

Séverine DEFOSSE (severine.defosse.mco@fhp.fr)
Dr Matthieu DERANCOURT (matthieu.derancourt.mco@fhp.fr)
Laure DUBOIS (laure.dubois.mco@fhp.fr)
Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr)
Estelle AMAGBEGNON (estelle.amagbegnon.mco@fhp.fr)
Thomas GRAFFIN (thomas.graffin.mco@fhp.fr)
Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr)
Et toujours l'expertise du Dr Michèle BRAMI



**Merci
pour
votre attention
et
votre participation**