



27^{ème} Club des Médecins DIM

Mercredi 27 novembre 2024

ORDRE DU JOUR

MATINÉE : 10H00 À 12H45

- 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 2024 - Evolutions envisagées pour la campagne tarifaire 2025 - Point sur les réformes en cours

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

12H45 - 14H00 : DÉJEUNER



ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI : 14H00 À 17H00

- La refonte des sévérités
Nicolas DAPZOL, Vincent PISETTA, et du Dr Raphaël SCHWOB, Service CIM-MF
Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**
- Point d'actualité sur la Réforme du financement SMR
Eric NOEL, Délégué Général, FHP – SMR
- La Réforme des autorisations : point d'étape et déclinaison régionale
Thierry BECHU et le Dr Matthieu DERANCOURT - FHP-MCO

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



Nous remercions nos partenaires :





La Reprise des contrôles externes T2A

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

Phase expérimentale pour la campagne T2A 2014

- ✓ établissements **volontaires**, en lien avec les **Fédérations Hospitalières**
- ✓ **7 régions**
- ✓ 2 Fédérations : **FNCLCC** et **FHP-MCO**
- ✓ **10 établissements**

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

Région	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Ile de France	Languedoc Roussillon	Poitou Charentes	Rhône Alpes
Nombre d'établissements	2	1	1	2	1	1	2
Fédération	FHP-MCO	FHP-MCO	UNICANCER	FHP-MCO	UNICANCER	FHP-MCO	FHP-MCO

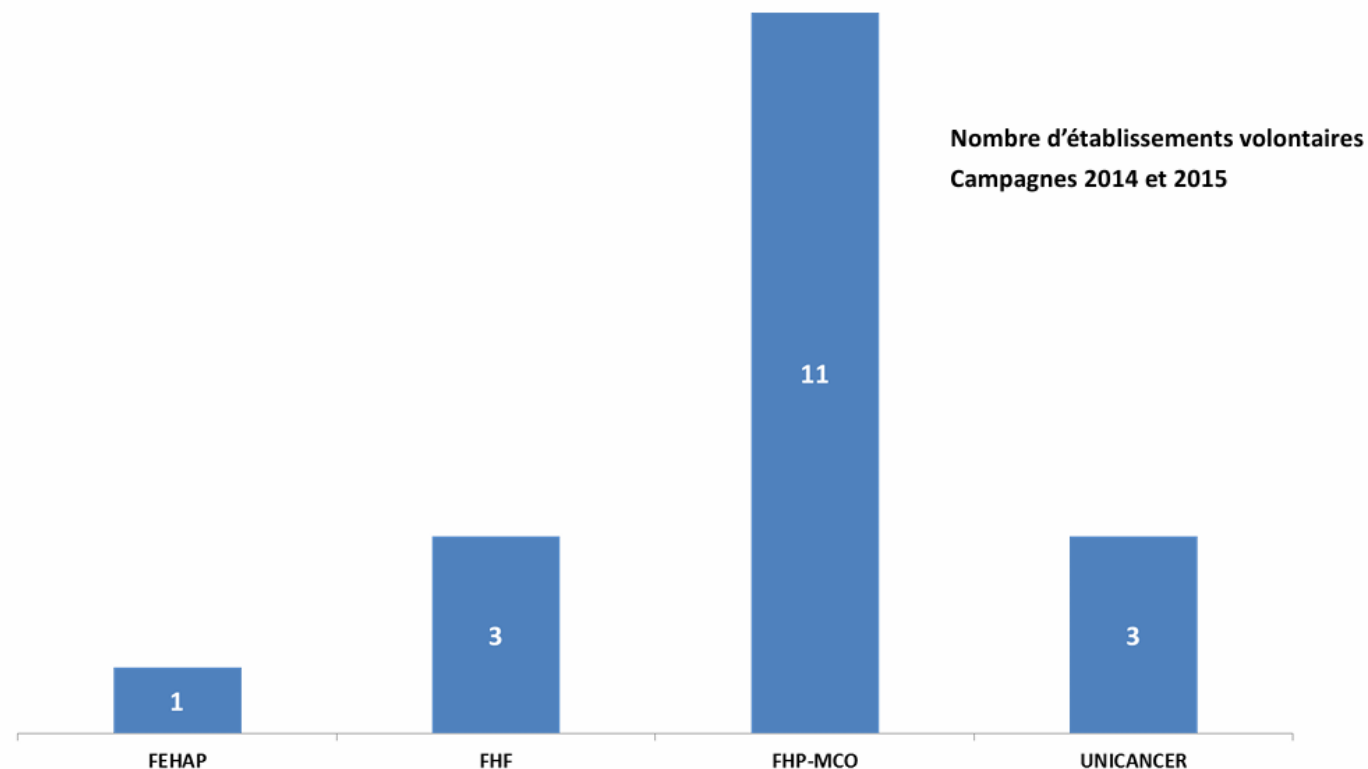
Phases expérimentales

La reprise des contrôles externes T2A

La moitié des établissements volontaires sont des ex-OQN

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

Phases expérimentales



DACCRF / DIRFE
Contrôle T2A MCO
Bilans 2014 - 2015 et perspectives

11

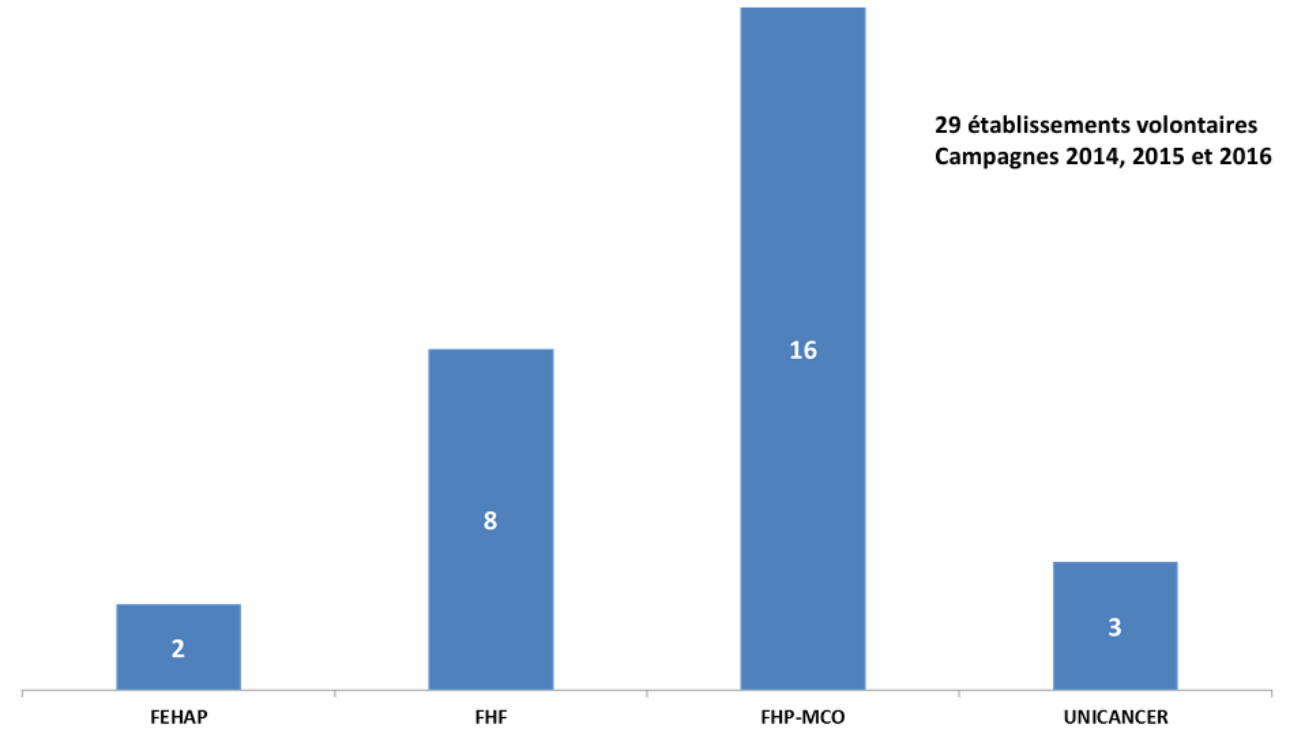


La reprise des contrôles externes T2A

La moitié des établissements volontaires sont des ex-OQN

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

Phases expérimentales



DACCRF - DIRFE
Guide du contrôle sur site T2A MCO 2017
Réunion Fédération Hospitalière 9 novembre 2017

11

➤ 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.



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 reprise des contrôles externes T2A

- Plusieurs contributions FHP MCO sur la reprise des contrôles T2A :

4 points essentiels de notre point de vue:

- La dématérialisation des pièces de contrôles T2A
 - Les modalités de reprise des contrôles pour l'année 2024
 - Le contrôle des séjours d'HDJ
 - L'extrapolation de l'indu prévue aux dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale
- ***Mail à la DGOS du 19/07/2024***
- Trois réunions de travail avec la CNAM depuis ce mail: 24/07, 16/09, 19/11,

La reprise des contrôles externes T2A

- Sollicitation du GE Médecins DIM sur les deux documents:
 - Process Contrôle T2A:
 - = Process d'organisation des contrôles T2A (actualisation 2024)
 - CNAM: *Ce document devrait permettre une certaine souplesse dans l'organisation des contrôles et du présentiel en établissement, ainsi que l'adaptation aux contraintes locales de part et d'autre (Assurance Maladie/Etablissements).*
 - Charte du contrôle T2A:
 - Base légale de la communication des documents
 - Protection des données personnelles dans le cadre d'un contrôle sur pièces



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


- **Campagne tarifaire 2024 et 2025 :**
 - La gestion de la Liste en sus
 - Point d'étape sur la Campagne tarifaire 2024
 - Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2025
- **Réforme du financement MCO :**
 - IFAQ
 - Dialyse
- **Point de situation :**
 - Instruction Gradation et Rescrit
 - Forfaits MRC
 - RPU et dotation qualité urgences

Listes en sus Médicaments et DM

Liste en sus

- ⊙ **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

Liste en sus

- **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.
-  Mais quid des nouvelles règles de gouvernance
- ⇒ La dernière réunion dédiée à la gestion des LES date d'octobre 2023, au cours de laquelle un calendrier de travail sur la révision des critères de radiation et les modalités de réintégration nous avait été présenté
 - ⇒ A date, pas de nouveau GOM/GO DM prévu, et aucune proposition d'évolution

Liste en sus

- **CT 2024 : Un moratoire et une prise en compte des problèmes posés par les modalités de radiations intervenues lors de la campagne 2023.**
 - Une compensation AC est maintenue pour les molécules onéreuses radiées en 2023.
- **Accompagnement des établissements les plus impactés suite aux radiations 2023 AC (NR)**

Si les guides FFR ont été intégrés dans les tarifs, *certaines médicaments radiés de la liste en sus le 1er mars 2023 bénéficient dorénavant d'une prise en charge au titre des tarifs des prestations d'hospitalisation. Pour l'année 2024 et dans la continuité du dispositif mis en place en C1 2023, en l'absence de réintégration de la dépense liste en sus relative à ces produits de santé dans les tarifs des prestations d'hospitalisation, les établissements du secteur MCO les plus impactés par les radiations sont accompagnés par délégation de crédits non reconductibles en circulaire budgétaire (AC).*

⦿ 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

- le sujet de la gouvernance de la liste en sus fait partie des préoccupations de la FHP-MCO :
 - sujet traité régulièrement au sein des instances
 - lors de la newsletter 13h00 de la FHP-MCO
 - « La bonne décision tarifaire pour la bonne prise en charge du patient - l'exemple de la radiation de la liste en sus des guides FFR » - édito du 13h n° 740 – 28/10/2024
 - « Top départ pour le PLFSS 2025 » - édito du 13h n°739 – 21/10/2024
 - « Cap sur l'innovation, comment ? » - édito du 13h n°736 – 30/09/2024
 - « Liste en sus : un moratoire en 2024 ne suffit pas » - édito du 13h n°699 – 04/12/2023
 - « Liste en sus : des règles à définir » - édito du 13h n° 691 – 09/10/2023
 - « Liste en sus : absence de décision » - édito du 13h n° 684 – 24/07/2023
 - « Stabiliser la gouvernance de la liste en sus » - édito du 13h n° 675 – 22/05/2023
 - « La politique de gribouille de la liste en sus » - édito du 13h n° 664 – 06/03/2023

Liste en sus

Rappel

- Présentation au cours du 1^{er} trim 2023, des projets de radiation pour 2024 en annonçant la possible pérennité de la politique du « ni GHS, ni liste en sus » avec une « simple » enveloppe AC d’accompagnement l’année de la radiation.

➤ Pour les DM :

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

➤ Pour les médicaments :

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

Médicament de la liste en sus

Evolution des règles de codage pour les indications avec autorisation « dite miroir » :

- Mise en place d'un code indication spécifique pour les indications dites « miroir » :
 - Depuis le 1er septembre 2018, les ES ont l'obligation de préciser, lors de la facturation, l'indication dans laquelle un médicament de la LES est utilisé. Ce codage vise à concourir à une juste prescription de ces médicaments.
 - Cependant, il ne permettait pas d'identifier l'utilisation d'un médicament déjà inscrit pour certaines de ses indications sur la LES et bénéficiant dans d'autres indications d'une autorisation dite « miroir ».
 - D'où la mise en place depuis août 2024 d'un code indication spécifique pour les indications dites « miroir » dès lors que le médicament est par ailleurs déjà inscrit sur la LES afin de faciliter l'accès aux médicaments onéreux pour les patients et les ES, et de permettre un suivi précis de ces situations thérapeutiques.

Médicament de la liste en sus

Evolution des règles de codage pour les indications avec autorisation « dite miroir »:

⊙ Pour plus d'informations:

- [Note d'information interministérielle](#) n°DGOS/RI2/DSS/1C/2024/117 du 7 août 2024 relative à la codification des indications de médicaments pris en charge au titre de l'article L. 162-18-1 du Code de la sécurité sociale
- [Dépêche Expert N°828](#) – Médicaments de La Liste en Sus - **Evolution des règles de codage**
- [Dépêche Expert N°830](#) – Médicaments de La Liste en Sus - **liste de spécialités pharmaceutiques avec autorisation « dite miroir »**
- 10^{ème} Club Pharmacie de la FHP-MCO du 19/11/2024 : Intervention de l'OMEDIT Haut de France : [Retour sur](#) (présentation et replay)

Campagne tarifaire 2024

Point d'étape

Campagne tarifaire 2024: Point d'étape

- Rappel : mobilisation des mois d'avril-mai 2024 ➡ 8 semaines de mobilisation commune avec les syndicats médicaux, inédite par son ampleur et par l'engagement de toute la profession
- Accompagnement FHP-MCO :
 - **26^{ème} Club des médecins DIM (avril 2024)** : Présentation par la DGOS des orientations de la Campagne tarifaire MCO 2024
 - **[5 minutes pour comprendre la CT 2024 – FHP MCO](#)**
 - **[Dépêche Expert N°789](#)** – Arrêté Forfaits (Prestations) 2024
 - **[Dépêche Expert N°802](#)** – Arrêté Tarifaire 2024 / Reprise de la facturation
 - **[Dépêche Expert N°807](#)** – Instruction Coefficient MCO 2024
 - **[Dépêche Expert N°823](#)** – Notice Technique ATIH Nouveautés « financement »
 - **[Dépêche Expert N°834](#)** – C3 et dispositifs de financement en lien avec le PMSI



**Campagne
tarifaire 2024**
+ 0,4 %

2024, année
de tous
les records

2024, les tarifs des séjours
hospitaliers ont été publiés
le 15 avril, soit 49 jours après
leur date d'application.
Le record 2024 dépasse de 19 jours
celui de 2021 et 2023.

11 fois

**ALERTES
RECORD**
L'hôpital public
bénéficie pour
ses activités
MCO d'une
augmentation
11 fois supérieure
à la nôtre !

2024 décroche le record du silence
pendant la période des arbitrages
de la campagne tarifaire.

2024 détient le record de l'iniquité
tarifaire entre les secteurs public
et privé, ce qui a conduit à
une mobilisation sans précédent.

Coefficient CICE

Coefficient CICE

○ Historique :

- Création en 2018 :
 - coefficient de neutralisation créé par le décret n°2018-130 du 23 février 2018.
 - Pour rendre plus lisible les reprises effectuées directement dans l'enveloppe des tarifs visant à neutraliser des allègements fiscaux ou sociaux dont le secteur privé est bénéficiaire,
- La valeur du coefficient de reprise des allègements de charges (dit coefficient « CICE ») est fixée dans l'arrêté tarifaire, avec des valeurs différentes pour les ES publics, les ES privés non lucratifs et les ES privés lucratifs
- évolution des valeurs du coefficient « CICE » (ou coefficient de neutralisation ou coefficient de reprise des allègements fiscaux et sociaux) pour les ES privés à but lucratif :

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
-2,95%	-2,89%	-2,82%	-2,59%	-2,54%	-2,34%	-2,17%

Coefficient CICE

- ⦿ **Le mouvement de mobilisation inédit de ce printemps avec les syndicats médicaux a permis la suppression du coefficient CICE**
 - L'engagement ministériel consiste en la suppression à compter du 1er juillet 2024.
 - Pas de modification de l'arrêté tarifaire ➡ la valeur du coefficient reste pour toute l'année 2024 celle définie dans l'arrêté tarifaire 2024. De même, la valeur du coefficient MCO n'est pas modifiée.
 - En conséquence: La suppression à compter du 1er juillet 2024 se fait via une AC dans le cadre de la 1ère circulaire budgétaire 2024.
 - La AC versée ne porte donc pas sur le 1er semestre, mais à compter du 1er juillet.
 - le processus d'allocation de ressources s'appuie une méthodologie identique à celle du coefficient prudentiel c'est-à-dire une ventilation de l'enveloppe nationale au prorata du poids économique des établissements s'appuyant sur les données de l'année 2023.
 - Dit autrement, le coefficient CICE continue de s'appliquer tout au long de l'année 2024, mais une enveloppe AC est allouée aux ES au titre d'une suppression du coefficient CICE au 1er juillet. Le calcul de cette AC se base sur l'activité 2023.

Coefficient CICE

- 1ère circulaire budgétaire 2024 (juin 2024)
 - **La mise en œuvre de la suppression du coefficient de reprise des allègements sociaux et fiscaux pour les EBL à compter du 1^{er} juillet 2024 (130M€), conformément à l'engagement ministériel.**
- Faisant suite à des sollicitations, nous avons été destinataires des éléments suivants :
 - **La répartition par établissement des crédits délégués en C1 au titre de la suppression du coefficient des allègements sociaux et fiscaux à compter du 1^{er} juillet 2024 sur les champs MCO (114M€) et SMR (16M€), conformément à l'engagement ministériel. Ces crédits ont été répartis sur la base des données de facturation à M12 2023 (restitution en date du 21/03/2024).**

Point sur les circulaires de campagnes

ES en diff, RIHN, enveloppe RH, ADNP, HTNM

Nous avons été destinataires le 14 juin 2024 de la 1^{ère} circulaire budgétaire 2024 (initialement annoncée pour ce mois de juillet 2024)

Concernant les activités MCO, on retient les éléments suivants :

- **La mise en œuvre de la suppression du coefficient de reprise des allègements sociaux et fiscaux pour les EBL à compter du 1^{er} juillet 2024** (130M€),
- **Accompagnement des établissements les plus impactés suite aux radiations 2023 AC (NR)**
- **Reconduite des mesures AC Ségur 1 & 2 10%** : La reconduction de la péréquation Ségur AC MCO versée en 2022 (383 M€ tous secteurs confondus). Le montant alloué en première circulaire s'élève à 3 379M€ au titre de la dotation populationnelle urgences. **Pour mémoire, est joint le fichier concernant les données des établissements de santé privés.**

- **« Le soutien exceptionnel aux établissements de santé en difficulté (NR) »**

A titre exceptionnel, un accompagnement à hauteur de 286 M€ est versé par cette circulaire, toutes enveloppes de financement confondues, en crédits non reconductibles afin d'accompagner les établissements de santé dans leurs difficultés de trésorerie. Les aides en trésorerie nationales sont des aides ponctuelles d'urgence destinées à répondre à un risque imminent de rupture de trésorerie pour des établissements particulièrement fragiles mettant à risque le paiement des salaires et/ou ayant des délais de paiement extrêmement longs. Tous les établissements répondant à cette définition sont potentiellement éligibles à un accompagnement financier par ce biais.

Cette enveloppe pourra donc aussi être mobilisée, en complément des autres moyens à votre disposition, pour accompagner la situation des cliniques privées qui se trouvent en grande difficulté financière, sur la base de critères objectifs (place dans l'offre territoriale des soins, informations précises sur la situation financière de l'établissement, etc.).

- **La dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation (MIG B02)**, d'un montant de près de 1,98 Md€ en 2024, est issue de la part modulable des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

*Cette dotation intègre les revalorisations au titre des mesures Guérini, et est répartie entre les établissements de santé pour compenser le temps consacré par leurs personnels à la recherche plutôt qu'au soin (logique compensatoire à la perte d'activité). **Pour mémoire, vous trouverez ci-joint le fichier d'allocation de ressources par établissement.***

○ **Le montant alloué en première circulaire s'élève à 3 379M€ au titre de la dotation populationnelle urgences.**

Le calibrage régional des dotations populationnelles a été réalisé pour 2024 de la façon suivante :

- Application d'une croissance de base de +0,7% aux dotations populationnelles de toutes les régions.*
- Application du rattrapage basé sur l'écart entre la dotation populationnelle modélisée SU-SMUR et la dotation populationnelle de base, selon les mêmes méthodologie et paramètres que les années précédentes.*
- Application d'un rattrapage populationnel, visant à prendre en compte la croissance de la population pour les régions dont cette croissance est supérieure à la moyenne nationale. Le calcul de ce rattrapage est basé sur les principes suivants :*
 - Estimation de la croissance de la population de la région de 2019 à 2025.*
 - Si cette croissance est supérieure à la croissance de la population financée dans le cadre de la croissance de base de la dotation populationnelle (+0,32% par an), alors la région est éligible à un rattrapage populationnel estimé sur la période 2019-2025.*
 - 50% de ce rattrapage populationnel est alloué sur 2024.*

- **Hôtels hospitaliers AC MCO – AC SMR (NR)**

La présente circulaire intègre une délégation de crédits de 2,8M€ au titre du dispositif d'hébergements temporaires non médicalisés. Cette délégation correspond à l'activité réalisée par les établissements de santé entre octobre et décembre 2023 et est calculée sur la base d'un forfait nuitée de 80 euros. La délégation correspondant à la prise en compte de l'activité de janvier à septembre 2023 avait déjà été intégrée à la troisième circulaire budgétaire de l'année 2023.

- **Engagement maternité AC MCO (NR)**

La présente circulaire intègre une délégation de crédits de 50K€ au titre du dispositif « Engagement maternité », encadré par le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants.

Cette délégation correspond à l'activité réalisée par les établissements de santé entre octobre et décembre 2023 (M12) et est calculée sur la base d'un forfait nuitée de 80 euros.

La délégation correspondant à la prise en compte de l'activité de janvier à septembre 2023 avait déjà été intégrée à la troisième circulaire budgétaire de l'année 2023

- **Organisations d'admissions directes des personnes âgées en service hospitalier (AC NR)**

Les parcours d'admissions directes des personnes âgées en service hospitalier relèvent d'une démarche de construction territoriale associant l'établissement de santé, la médecine de ville, le SAMU-SAS et le médico-social. L'objectif est de généraliser ces parcours sur les territoires. Fin d'année 2023, 196 058 admissions directes non programmées des personnes âgées de 75 ans et plus en service hospitalier MCO ont été recensées dans le PMSI MCO.

En 2024, l'enveloppe de 65 M€ est subdivisée en deux modalités de versement : Une première tranche de crédits non reconductible de 9,75M€ est déléguée en aide à la contractualisation par la présente circulaire, afin de finaliser la structuration des parcours en les élargissant à de nouvelles filières (cardiologie, chirurgie, neurologie par notamment) et en intégrant de nouveaux établissements. Ces crédits sont délégués sur les mêmes bases que les années précédentes.

Une seconde tranche de crédits à hauteur de 55,25M€, soit 85% de l'enveloppe, sera déléguée en troisième circulaire budgétaire 2024 (données du PMSI MCO au 30 septembre 2024).

Elle sera déléguée via les ARS, aux établissements selon une répartition au prorata du nombre total des séjours avec admission directe non programmée codés au bénéfice des personnes âgées de 75 ans et plus.

- **Primo-prescription de chimiothérapie orale -MIG MCO P12 (JPE)**

La MIG « primo-prescription de chimiothérapie orale (PPCO) » a vocation à financer les surcoûts associés aux consultations de primo-prescription de chimiothérapie orale, afin d'accompagner leur développement.

Dans le cadre de la présente circulaire, un montant de 2,1 M€ est alloué. Cette allocation tient compte du nombre de consultations de primo-prescription de chimiothérapie orale déclarées dans le recueil FICHSUP pour l'activité de l'année 2023 par les établissements de santé 4 titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer par chimiothérapie. »

Circulaire CT2024

Deuxième circulaire budgétaire 2024 :

La deuxième circulaire budgétaire MIGAC/ODPSY/ODSMR/DAFMCO/USLD 2024 en cours de signature par la Ministre ainsi que l'arrêté fixant les dotations régionales par vecteur de financement.

Cette deuxième délégation conduit à déléguer 761M€ de mesures nouvelles se décomposant de la manière suivante :

- ✓ **350 M€** de crédits liés aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), dont **261M€ au titre du financement du référentiel des actes de biologie hors nomenclature ;**
- ✓ **147M€** pour les activités de soins médicaux de réadaptation (mise en œuvre de la réforme de financement), dont 97M€ au titre de l'allocation des mesures nouvelles non ciblées, visant à financer la croissance « socle » et le rattrapage des inégalités inter régionales tel que prévu par le modèle de financement ;
- ✓ **127M€** au titre des mesures de soutien financier aux établissements de santé en difficultés ;
- ✓ **106 M€** de crédits liés aux plans et mesures de santé publique dont principalement :
 - 30M€ au titre de l'appel à projet pour le renforcement de la pédopsychiatrie
 - 25M€ au titre des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal
 - 18M€ au titre de la poursuite du plan maladies rares
- ✓ **31M€** de crédits liés à des mesures ressources humaines et autres mesures ponctuelles de financement.

Coefficient Prudentiel 2024

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 2024

Comité d'alerte n°3 (cf. la note du comité d'alerte) :

Le comité d'alerte estime que la prévision d'ONDAM rectifié pour 2024 est plausible au regard des éléments d'information portés à sa connaissance.

Le respect du montant rectifié soumis à l'approbation du Parlement au titre de l'année 2024 est toutefois tributaire de la conjonction de trois éléments :

- La confirmation des prévisions d'évolution en volume des dépenses de soins de ville et de soins en établissement de santé d'ici la fin de l'année ;
- **La mobilisation effective des montants de crédits mis en réserve, ainsi que du coefficient prudentiel afin de compenser une activité plus soutenue que prévu des établissements de santé ;**
- L'absence d'attribution de dotations complémentaires aux établissements de santé peu avant l'arrêté définitif des comptes de l'assurance maladie au 15 mars, alors qu'il s'agit d'une pratique constante depuis l'exercice comptable 2017.

Coefficient Prudentiel 2024

Travail d'extraction FHP-MCO des données PMSI :

Données du PMSI

- bases scellées 2021, 2022, 2023 - groupage du millésime (ex : v2021 pour le PMSI 2021)
- base 2024 (requêtée au 12/11/2024)

Filtre :

Hors Prestations-Inter-Etablissements et Séjours en Erreur

Définition :

Total activités comparées : total des séjours-séances hors données filtrées

Hors activités HAD, forfaits en D, forfait SE,

Il ne s'agit de données volumes économiques mais d'un « comptage » des séjours.

Coefficient Prudentiel 2024

Travail d'extraction FHP-MCO des données PMSI :

PREMIERS RESULTATS

Contrairement à la requête au 28 octobre, nous notons au 12 novembre une complétude de l'ordre de 50% des données pour le mois de septembre 2024. Nous regardons en particulier la situation à fin juin, juillet et août.

La situation est très différente selon les secteurs de financements Ex-DGF et Ex-QON entre 2023 et 2024. Par ailleurs, le sujet de la « stabilité » des données en cours d'année doit être pris en compte au regard des résultats suivants :

- Au 28 octobre 2024, tous secteurs, une croissance de **2,88%** est constatée à fin juillet 2024 / juillet 2023 en activité cumulée mais elle est de **4,09%** pour les établissements de santé Ex-DGF et **0,82%** pour les établissements de santé Ex-QON.
- Au 12 novembre 2024, tous secteurs, une croissance de **3,23%** est constatée à fin juillet 2024 / juillet 2023 en activité cumulée mais elle est de **4,24%** pour les établissements de santé Ex-DGF et **1,52%** pour les établissements de santé Ex-QON.

Coefficient Prudentiel 2024

	Cumul 2023 - Total		Cumul 2024 - Total		TOTAL tous secteurs	
	Ex DGF	Ex OQN	Ex DGF	Ex OQN	2023	2024
Janvier	1 724 506	1 037 247	1 786 658	1 044 137	2 761 753	2 830 795
Février	3 300 762	1 979 810	3 517 996	2 061 197	5 280 572	5 579 193
Mars	5 134 009	3 075 950	5 297 780	3 107 644	8 209 959	8 405 424
Avril	6 713 280	4 014 580	7 054 970	4 132 870	10 727 860	11 187 840
Mai	8 366 323	4 984 431	8 770 348	5 117 462	13 350 754	13 887 810
Juin	10 150 788	6 039 589	10 470 348	6 073 343	16 190 377	16 543 691
Juillet	11 749 792	6 934 029	12 248 093	7 039 666	18 683 821	19 287 759
Août	13 287 874	7 682 720	13 733 052	7 736 094	20 970 594	21 469 146
Evol fin juin			3,15%	0,56%		2,18%
Evol fin juillet			4,24%	1,52%		3,23%
Evol fin août			3,35%	0,69%		2,38%

Coefficient Prudentiel 2024

Regards sur les données générales depuis 2019.

	Cumul 2019 - Total		Cumul 2021 - Total		Cumul 2022 - Total		Cumul 2023 - Total		Cumul 2024 - Total	
	Ex DGF	Ex OQN	Ex DGF	Ex OQN	Ex DGF	Ex OQN	Ex DGF	Ex OQN	Ex DGF	Ex OQN
janvier	1 661 746	941 539	1 546 705	935 823	1 596 350	935 254	1 724 506	1 037 247	1 786 658	1 044 137
février	3 195 287	1 827 039	3 042 290	1 835 058	3 125 487	1 829 287	3 300 762	1 979 810	3 517 996	2 061 197
mars	4 842 045	2 774 271	4 765 824	2 855 772	4 916 624	2 881 407	5 134 009	3 075 950	5 297 780	3 107 644
avril	6 468 770	3 709 315	6 348 884	3 777 232	6 517 842	3 813 397	6 713 280	4 014 580	7 054 970	4 132 870
mai	8 090 912	4 631 318	7 882 387	4 671 254	8 190 662	4 796 478	8 366 323	4 984 431	8 770 348	5 117 462
juin	9 632 464	5 522 595	9 598 394	5 673 802	9 879 042	5 790 314	10 150 788	6 039 589	10 470 348	6 073 343
juillet	11 288 249	6 416 394	11 211 049	6 550 553	11 428 709	6 645 467	11 749 792	6 934 029	12 248 093	7 039 666
août	12 714 668	7 100 320	12 676 755	7 246 656	12 923 387	7 375 403	13 287 874	7 682 720	13 733 052	7 736 094
septembre	14 276 789	8 001 803	14 321 648	8 202 619	14 584 748	8 369 355	14 958 926	8 680 524	14 675 753	8 066 313
octobre	15 996 342	9 006 632	15 991 728	9 189 884	16 251 691	9 360 463	16 723 260	9 731 677	14 675 753	8 066 313
novembre	17 537 550	9 923 647	17 585 630	10 129 217	17 883 048	10 340 183	18 443 032	10 766 364	14 675 753	8 066 313
décembre	19 100 917	10 798 405	19 232 025	11 028 656	19 513 064	11 248 525	20 102 001	11 701 155	14 675 753	8 066 313
Evol fin juin			-0,35%	2,74%	2,92%	2,05%	2,75%	4,31%	3,15%	0,56%
Evol fin juillet			-0,68%	2,09%	1,94%	1,45%	2,81%	4,34%	4,24%	1,52%
Evol fin août			-0,30%	2,06%	1,95%	1,78%	2,82%	4,17%	3,35%	0,69%
Evol fin Sept			0,31%	2,51%	1,84%	2,03%	2,57%	3,72%		
Evol fin octobre			-0,03%	2,03%	1,63%	1,86%	2,90%	3,97%		
Evol fin novembre			0,27%	2,07%	1,69%	2,08%	3,13%	4,12%		
Evol fin décembre			0,69%	2,13%	1,46%	1,99%	3,02%	4,02%		

Point d'actualité MCO

SMA

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

Rappel

⦿ Ce mécanisme se substitue à celui de la garantie de financement

⦿ Les textes encadrant la SMA 2023 :



- L'article 44 de la LFSS 2023 prévoit la mise en place d'un mécanisme de soutien des recettes des établissements de santé pour les activités MCO / HAD.
- Publication dans le JO du 06/06/2023 de l'arrêté du 3 juin 2023 relatif à ce nouveau mécanisme
- La notice technique n° ATIH-306-05-2023 explicite le mécanisme et le calcul de la sécurisation modulée à l'activité pour le secteur ex-DG

➤ une notice CNAM pour nos ES

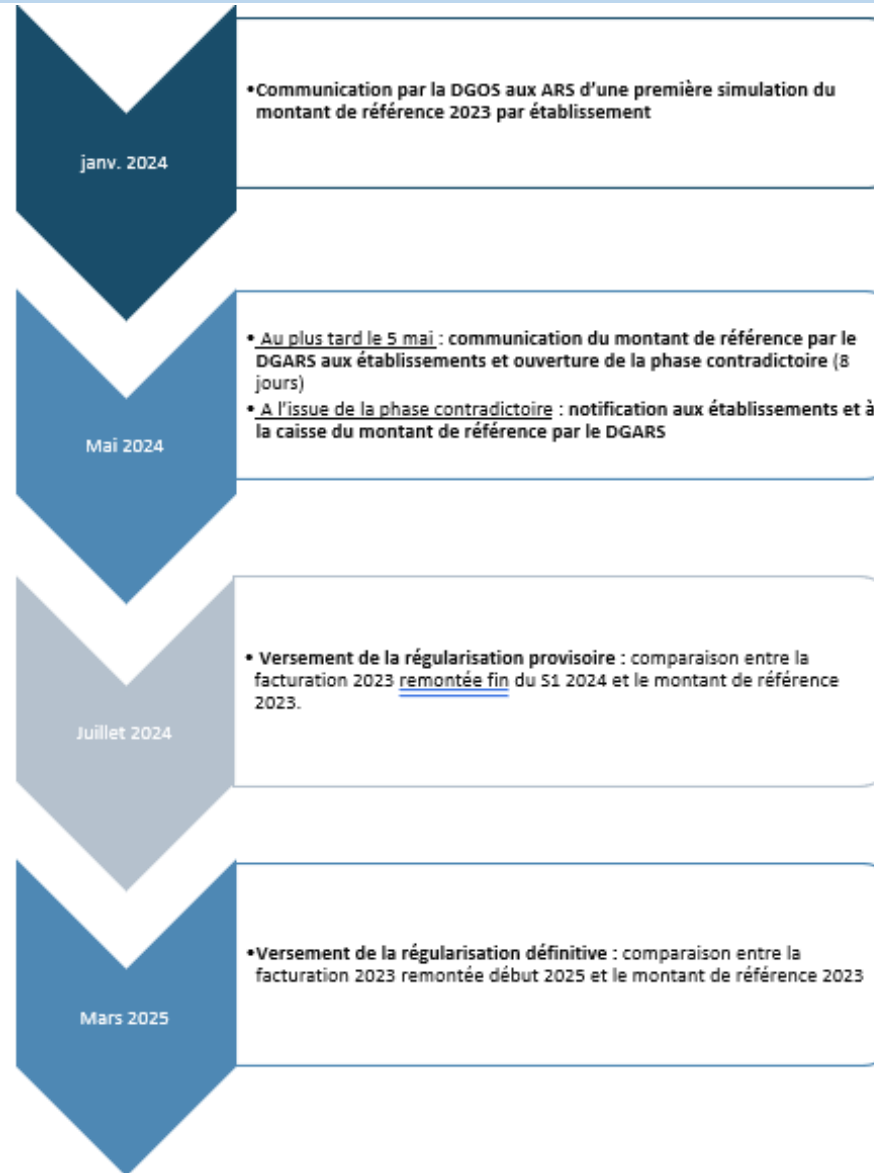


FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

- Appui FHP /FHP-MCO dans la compréhension de ce nouveau mécanisme :
 - Intervention de la DGOS durant notre [24ème Club des Médecins DIM](#) avec un temps consacré à la présentation de ce nouveau dispositif :
(diapo 14 à 17). Attention, au moment de cette présentation l'arrêté n'était pas paru.
 - Un flash FHP à la parution de l'arrêté (Flash FHP du Mardi 13 juin 2023)
 - Une page dédiée au dispositif SMA dans le 5 min de la campagne tarifaire 2023 ([ici](#))

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

Les grandes étapes SMA 2023



Rappel

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

○ Résultat SMA 2023

- Fin juin 2024, communication des montants notifiés au titre de la SMA 2023 pour les établissements du secteur privé lucratif, résultant de la phase contradictoire entre les ARS et les établissements de santé.
- A noter que, conformément au calendrier acté, la notification définitive de la SMA 2023 interviendra en mars 2025 (cf. note CNAM sur SMA)

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

○ Résultat SMA 2023 (Rapport annuel 2024 CEHPP sur l'activité 2023)

Tableau 1 : Régularisation SMA dans le champ MCO du secteur ex-DG en 2023

	Poids de la catégorie dans le montant de total de la SMA	Nombre d'ES à la SMA	Nombre d'ES à la valorisation	Montant complémentaire versé au titre de la SMA (en M€)
CH	46,6%	238	102	655,8
CHR (yc AP-HP)	40,0%	18	14	387,2
CLCC	3,7%	5	19	15,4
EBNL	9,0%	63	55	102,0
SSA	0,7%	8	0	36,4
Total	100%	332	190	1 197

Tableau 3 : Régularisations de la GF/SMA par champ dans le secteur ex-OQN en 2023

	Part d'ES à la GF en 2022	Part d'ES à la SMA/GF en 2023	Montants versés au titre de la GF en 2022	Montant complémentaire versé au titre de la GF/SMA (en M€)
MCO	53,5 %	39,8%	338 M€	175 M€
HAD	29,2 %	19,0 %	19 M€	13 M€
SMR (6 premiers mois)	63,0 %	45,7 %	179 M€	58 M€

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

○ La SMA 2024

- L'évolution majeure concerne la diminution de la sécurisation qui est fixé à hauteur de 50%, contre 70% en 2023
- Le périmètre des frais couverts par le dispositif de la SMA en 2023 et en 2024 est identique
- Les éléments de calendrier sont également identiques à ceux de la SMA 2023
- Publication dans le JO du 03/07/2024 de [l'arrêté du 29 juin 2024](#) relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux ES mentionné à l'article 44 de la loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du CSS pour l'année 2024
- notice préparée par la CNAM relative à la SMA 2024 pour les établissements ex-OQN.

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

- Pour plus d'informations:
 - [Dépêche Évènement n°816 – Arrêté SMA 2024](#)
 - [Dépêche Expert n°837 – Notice SMA 2024](#)
 - Vous trouverez des explications sur ce dispositif dans nos « 5 min pour comprendre » dédiés à la campagne tarifaire 2023 et à la [campagne tarifaire 2024](#).

SMA, LE DISPOSITIF FINANCIER DE SÉCURISATION MODULÉE À L'ACTIVITÉ

Post Covid-19 : un nouveau mécanisme d'accompagnement financier de Sécurisation Modulée à l'Activité

À l'instar de la garantie de financement qui a permis de traverser une crise sanitaire durant trois ans, le nouveau dispositif de Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA) vient en soutien aux établissements de santé frappés par la pénurie de ressources humaines post crise Covid. Cet outil accompagne l'apparition de nouveaux paradigmes organisationnels et professionnels de gestion des ressources humaines.

Ce dispositif est le bienvenu pour 2023, mais il n'est cependant qu'un outil d'accompagnement ponctuel et ne répond pas au besoin d'une réforme urgente du dispositif de formation.

Méthodologie de calcul

■ Ce dispositif fonctionne sur la comparaison entre un montant de référence et l'activité facturée pour 2023. Ainsi, comme pour la garantie de financement, ce nouveau dispositif est déterminé en ex-post pour les établissements de santé privés.

■ Il combine une base de sécurisation à hauteur de 70 % du montant de référence avec une sécurisation indexée sur l'activité à hauteur de 30 %.

■ Il couvre les frais liés aux :
 • prestations d'hospitalisation donnant lieu à un séjour, séance (GHS, GHT, forfait D), ainsi que celles liées aux prélèvements d'organes ou de tissus. Les autres prestations d'hospitalisation (SE, FFM...) et l'activité externe ne sont pas concernées ;
 • activités de prise en charge des patients au titre de l'aide médicale d'État et des soins urgents.

■ Le calcul du montant de référence se base sur :
 • le montant de la garantie de financement de l'établissement en 2022, adapté à ce nouveau périmètre ;
 • majoré d'un effet prix 2023 (pour 21/2) du prix 2022 et pour 101/2 du prix 2023).

Exemple

70 % du montant de référence =	70
30 % de la facturation 2023 =	31,5
Cas 1 : 0,3 x 105 =	31,5
Cas 2 : 0,3 x 95 =	28,5

CALENDRIER

Application de dispositif

Comparaison entre l'activité facturée 2023 et le montant de référence, aboutissant à la notification le cas échéant d'un montant de SMA.

Versement

Versement, le cas échéant, du montant complémentaire entre la facturation et le montant de SMA.

Notification du montant de référence

Au plus tard le 5 mai 2024, le DGARS détermine le montant annuel de référence et le communique à chaque établissement de santé. Une courte période de consultation de 8 jours est prévue.

Régularisation

Au plus tard le 5 mars 2025, une régularisation du montant à lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité facturées pour 2023.

Seules les dates de notification et de régularisation sont mentionnées dans l'arrêté, malgré la demande portée par la FHP, de faire apparaître la date de versement. Cette date et celle d'application du dispositif ont été indiquées lors des négociations.

CP 2022 AU PERIMÈTRE (HOSPITALISATION+ MAJORÉ EFFET PRIX 2023)

CP 2023 AU PERIMÈTRE (HOSPITALISATION+ MAJORÉ EFFET PRIX 2023)

CP 2024 AU PERIMÈTRE (HOSPITALISATION+ MAJORÉ EFFET PRIX 2023 ET 2024)

Focus sur la sécurisation modulée à l'activité

Méthodologie de calcul

■ En 2023, en substitution de la garantie de financement, un nouveau mécanisme d'accompagnement financier a été mis en place, la sécurisation modulée à l'activité (SMA).

■ Il fonctionne sur la comparaison entre un montant de référence et l'activité facturée (si l'établissement a une activité facturée inférieure à son montant de référence, il bénéficie d'un montant complémentaire), puis combine pour les établissements concernés une base de sécurisation en fonction du montant de référence, avec une valorisation indexée sur l'activité.

■ En 2023, 64 % des établissements de santé MCO ex-DG ont été financés à la SMA et seulement 37 % des établissements de santé MCO ex-OQN.

■ La construction de la campagne tarifaire 2024 appelée une reprise de l'activité hospitalière par une hypothèse de volume d'activité élevée et une diminution de la sécurisation des recettes des établissements de santé.

■ Ainsi, le dispositif de SMA est maintenu en 2024 mais il ne couvrira plus que 50 % des recettes historiques des établissements, contre 70 % en 2023.

■ Un nouvel arrêté devrait venir définir les modalités pour 2024. Dans l'attente, nous vous rappelons ci-après les modalités 2023 qui ne devraient pas évoluer cette année, en dehors du niveau de sécurisation.

Cas n°1

L'établissement a une activité facturée **supérieure** à son montant de référence :

ACTIVITE VALORISEE FACTUREE	105	>	BASE DE SECURISATION	50
			SECURISATION ACTIVE*	52,5
			ACTIVITE VALORISEE FACTUREE	102,5

L'établissement n'a pas besoin de la SMA.

Cas n°2

L'établissement a une activité facturée **inférieure** à son montant de référence :

ACTIVITE VALORISEE FACTUREE	95	<	BASE DE SECURISATION	50
			SECURISATION ACTIVE*	47,5
			ACTIVITE VALORISEE FACTUREE	97,5

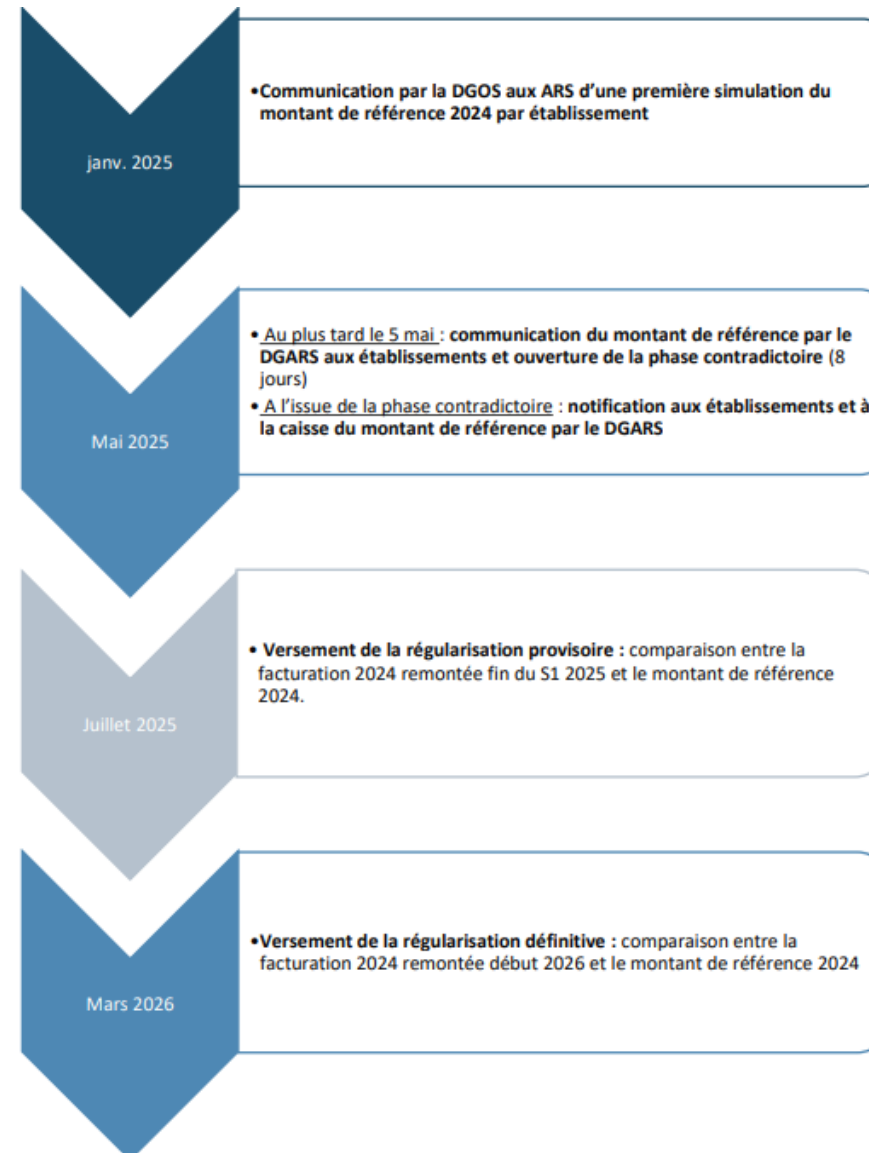
L'établissement bénéficie d'un montant complémentaire correspondant à : (50 % de la facturation de son activité 2024 plus 50 % de son montant de référence) moins la facturation de son activité 2024.

*** Décrépissage**

50 % du montant de référence =	50
50 % de la facturation 2024 =	52,5
Cas 1 : 0,5 x 105 =	52,5
Cas 2 : 0,5 x 95 =	47,5

la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)

Les grandes étapes SMA 2024





La parole est à vous



Campagne tarifaire 2025

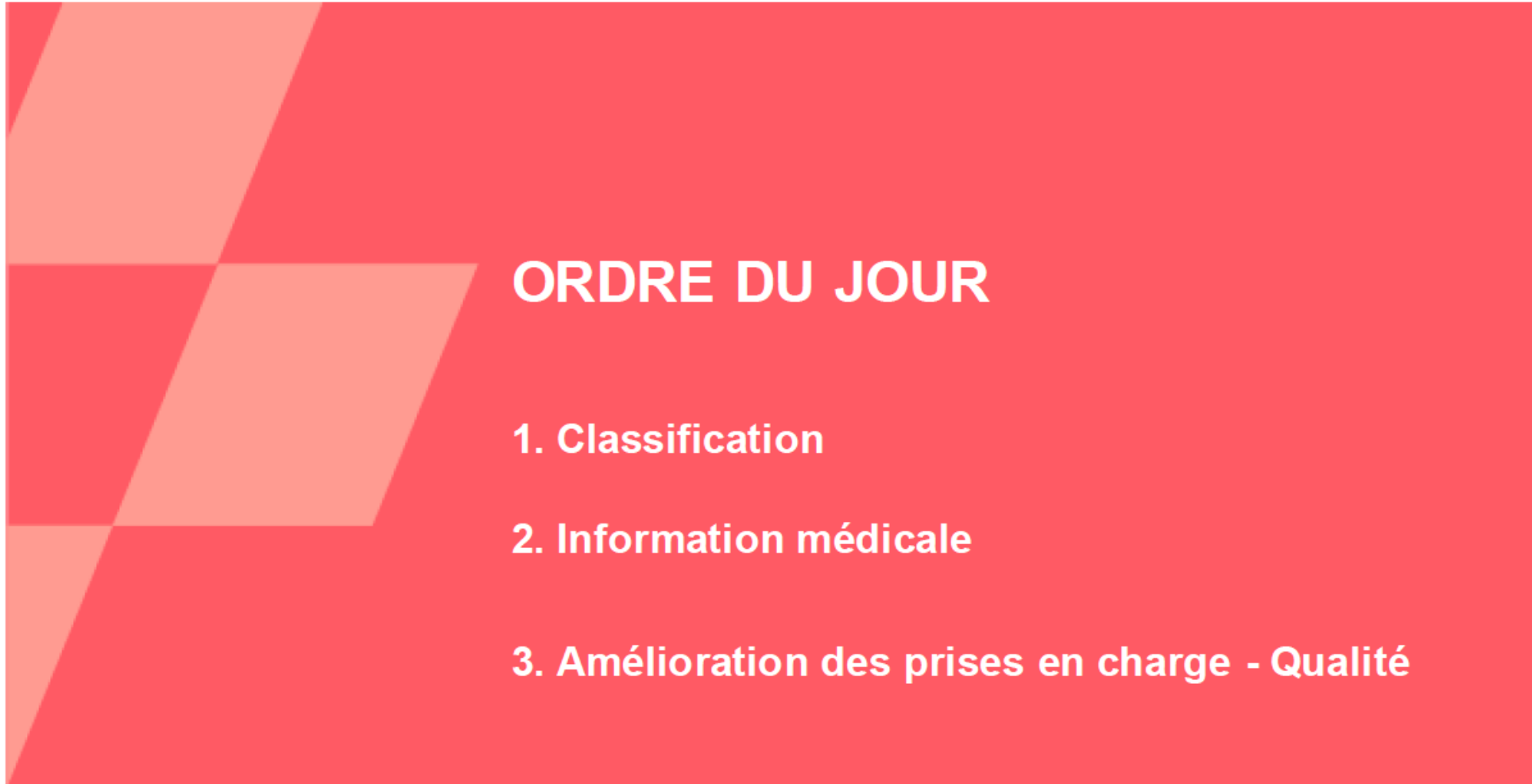
Évolutions envisagées

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale
- PLFSS 2025 et Campagne Tarifaire 2025

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

- ⇒ ATIH - Session actualités Nouveautés PMSI 2025 pour les DIM MCO-HAD-SMR-PSY :
- ⇒ <https://www.atih.sante.fr/webinaire-actualites-pmsi-2025-pour-les-champs-mco-had-et-psy>

○ ODJ du CT MCO du 31 janvier 2024



ORDRE DU JOUR

1. Classification
2. Information médicale
3. Amélioration des prises en charge - Qualité

Classification MCO : Les évolutions possibles

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



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





|

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



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.

2

Classification MCO – Les évolutions possibles

⊙ Classification : les travaux ATIH en cours :

- Travaux Sévérité Inter-champs
- Travaux sur l'interventionnel
 - suite aux nombreuses demandes des Fédérations
 - à la parution du décret du 16/09/2022 qui définit cette pratique
 - Objectifs :
 - ✓ Répondre aux attentes des fédérations →
 - ✓ Prendre en compte l'évolution des pratiques médicales et le dvt de ces prises en charge



FHP
MCO
MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

RETOURS D'EXPERIENCE 2022
Anomalies de Groupage et / ou Tarification

Nous vous transmettons dans ce document ce qui nous apparaît être des anomalies de groupage et/ ou des problèmes de tarification. Nous souhaitons attirer votre attention sur de nouveaux points, et vous rappeler nos demandes antérieures.

A. Les nouvelles demandes

Problématique d'un acte interventionnel plus lourd que l'acte de chirurgie

Ci-dessous deux illustrations de la difficulté que pose la prise en compte de l'activité interventionnelle dans la classification par rapport à l'activité chirurgicale. Les deux cas soulevés relèvent de la cardiologie : le groupage en 05K19 Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, qui implique donc un acte lourd de rythmologie interventionnelle, est « écrasé » par l'épanchement péricardique dans un cas, ou par la pose de stimulateur dans l'autre cas. Ce 2^{ème} cas est une demande qui vous a déjà été transmise (2017).

Par ailleurs, nous vous rappelons que nous portons une demande de revalorisation des GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en rythmologie que vous retrouvez au point C « les questions formulées en 2018 ».

Epanchement péricardique au cours d'un séjour avec réalisation d'un acte de cardiologie interventionnelle

Classification MCO – Les évolutions possibles

- Travaux sur l'interventionnel menés en 2024
 - Travaux sur le concept « interventionnel » sont achevés
 - Travaux sur la méthodologie générale en commençant par la CMD06 :
 - en cours de finalisation sur la CMD 06, avec pour la partie endoscopie, différenciation :
 - ✓ Diagnostique ou thérapeutique
 - ✓ Haut appareil digestif ou bas appareil digestif
 - Travaux en cours concernant la création d'autres racines
 - Lancement des travaux en parallèle sur la CMD 11
- Les travaux sur la CMD 06 doivent permettre de caler la méthodologie générale

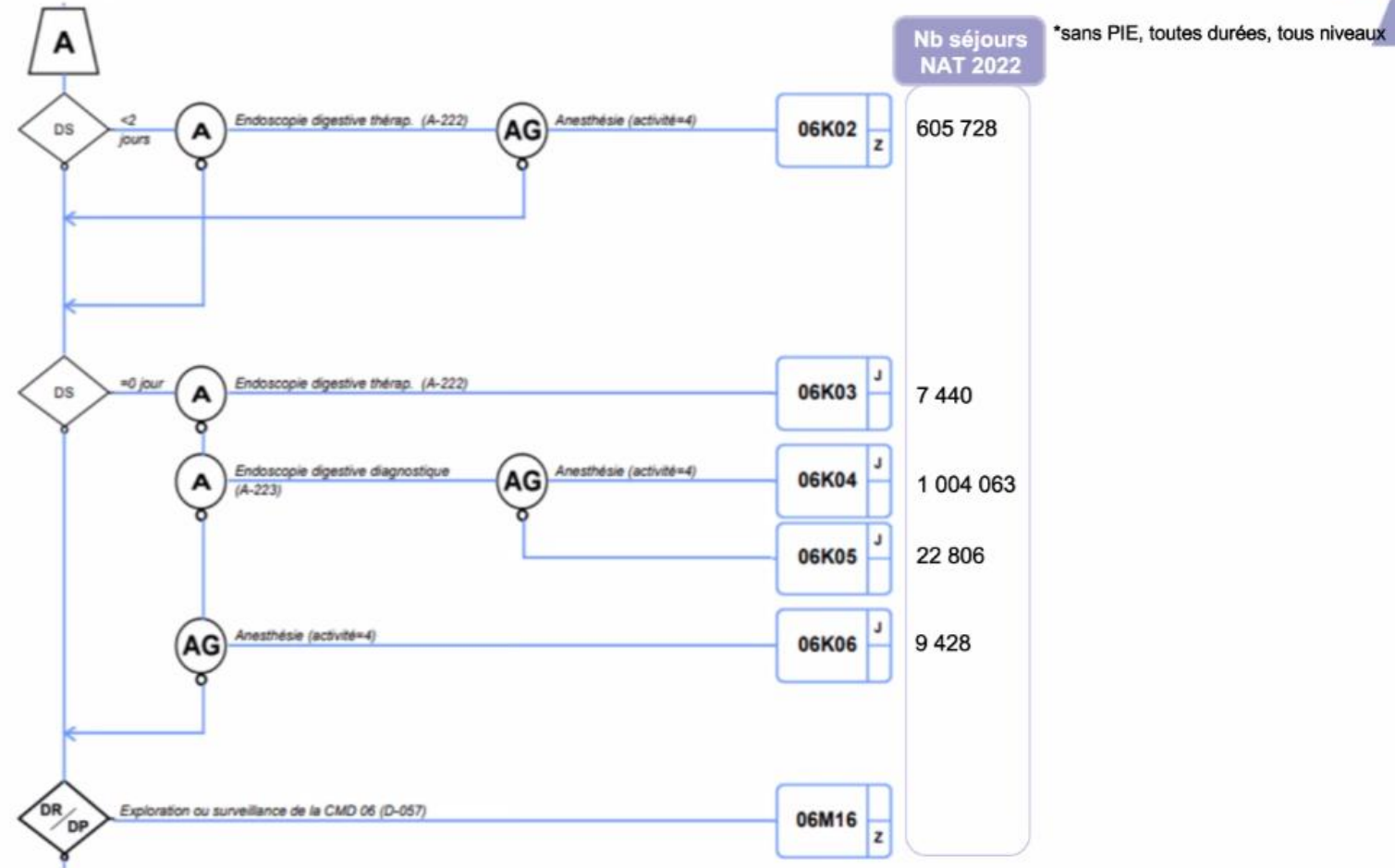
Travaux sur l'interventionnel

Actuellement :

Classification

CMD 06K : Affections du tube digestif

- Les séjours en K sont groupés dans 5 racines avec un découpage entre les endoscopies digestives thérapeutiques puis diagnostiques.
- L'arbre de décision avec le nombre de séjours concernés est le suivant :

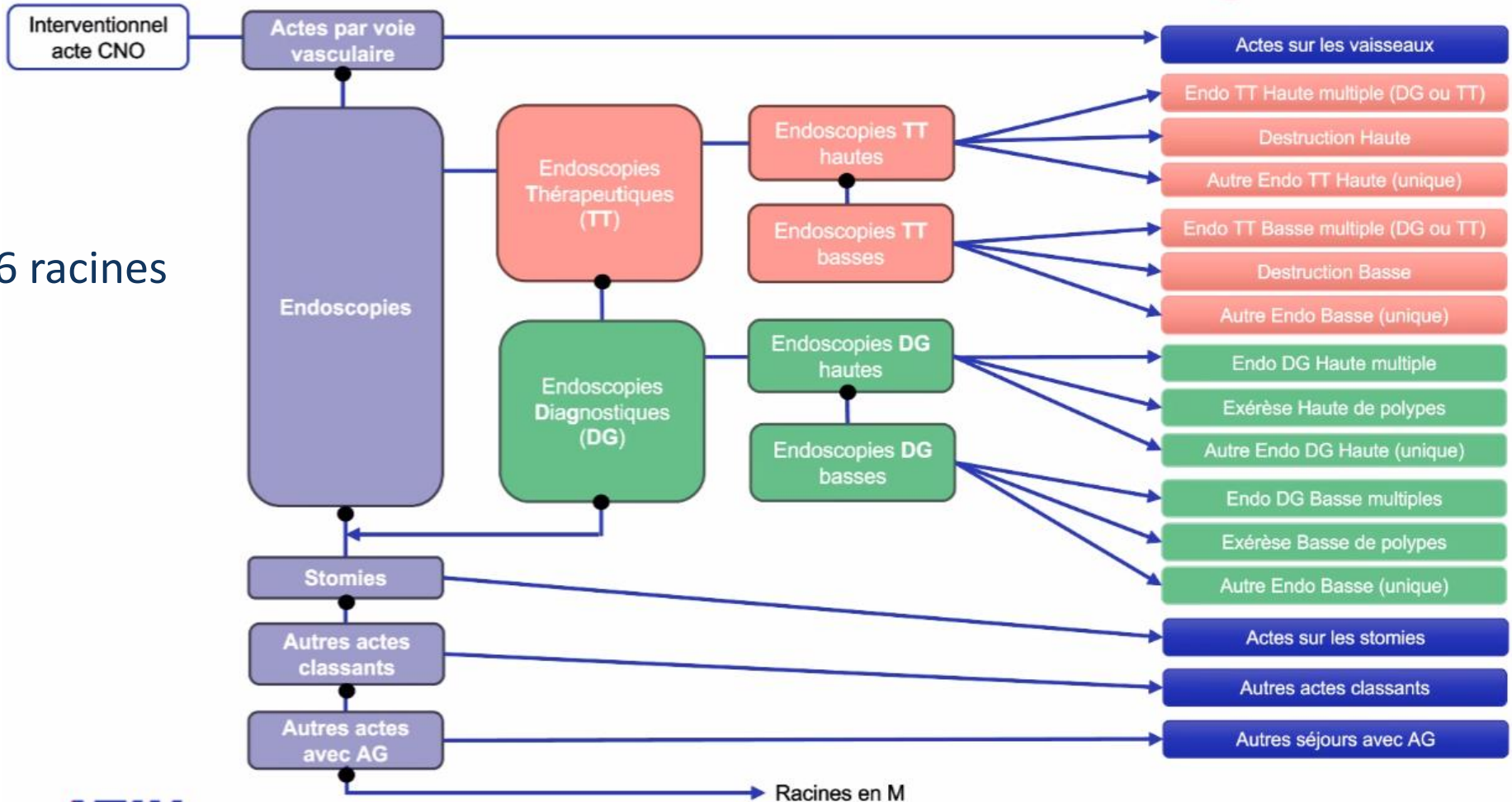


Travaux sur l'interventionnel

Les travaux en cours :

Classification

CMD 06K : Affections du tube digestif

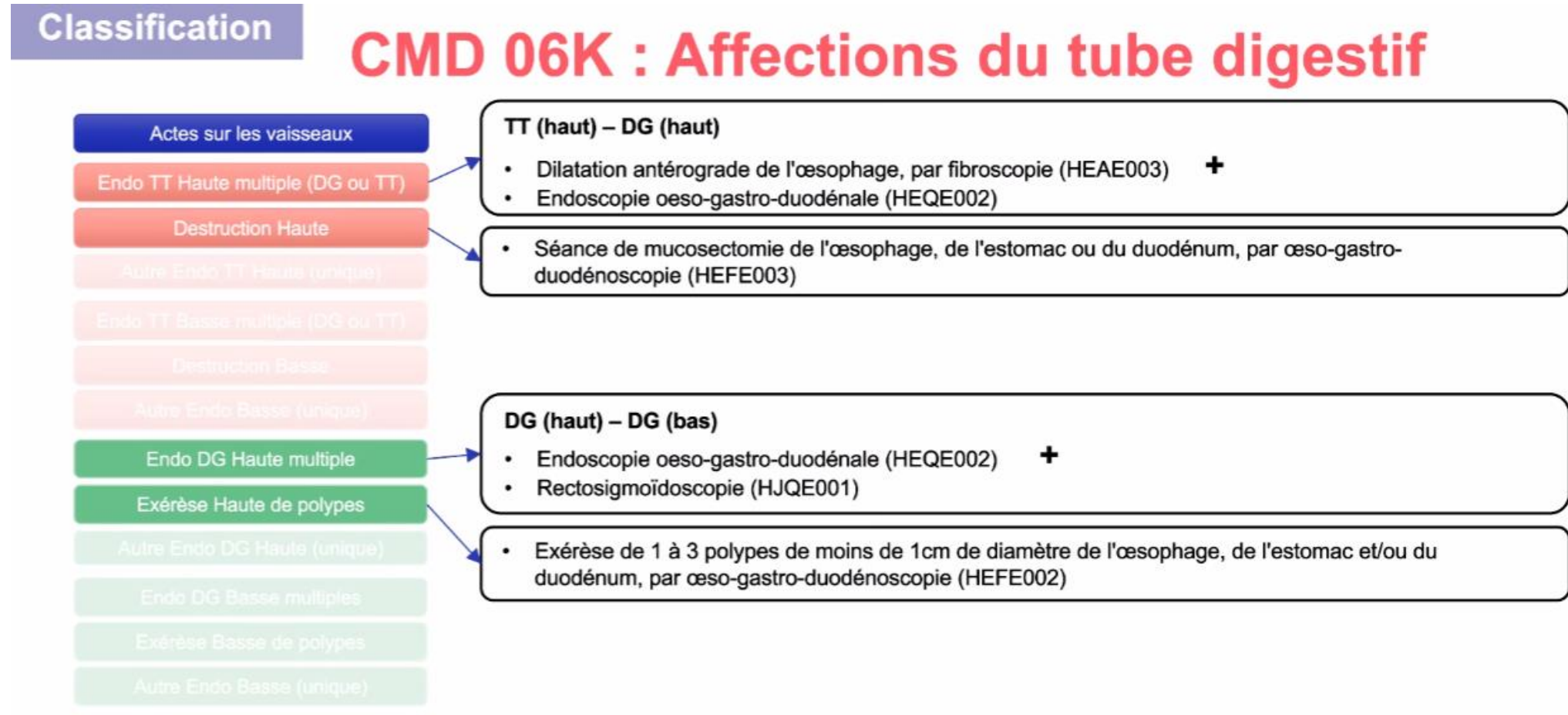


➤ passage de 5 à 16 racines

Travaux sur l'interventionnel

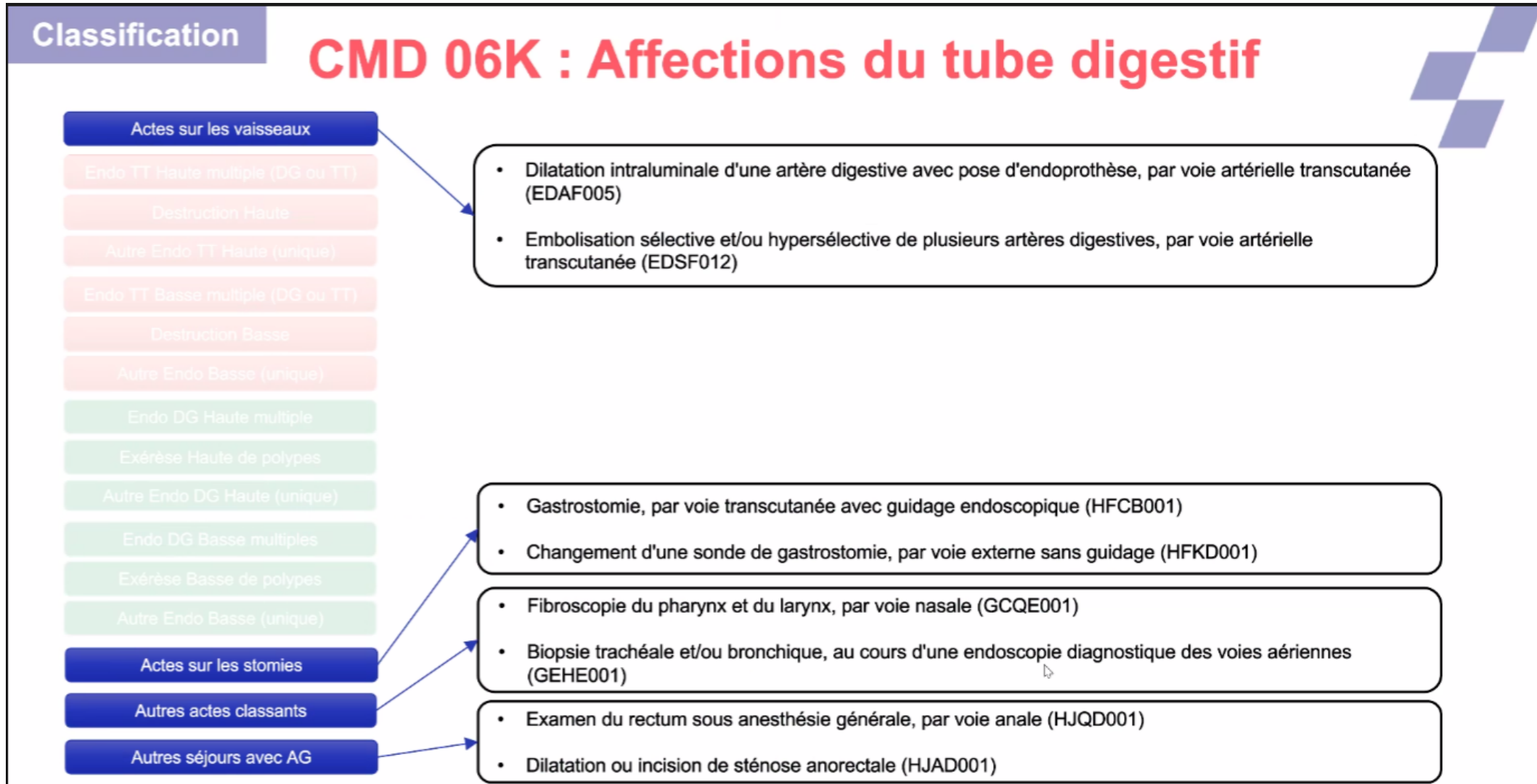
Les travaux en cours :

- exemples des situations que l'on retrouve dans ces nouvelles subdivisions



Travaux sur l'interventionnel

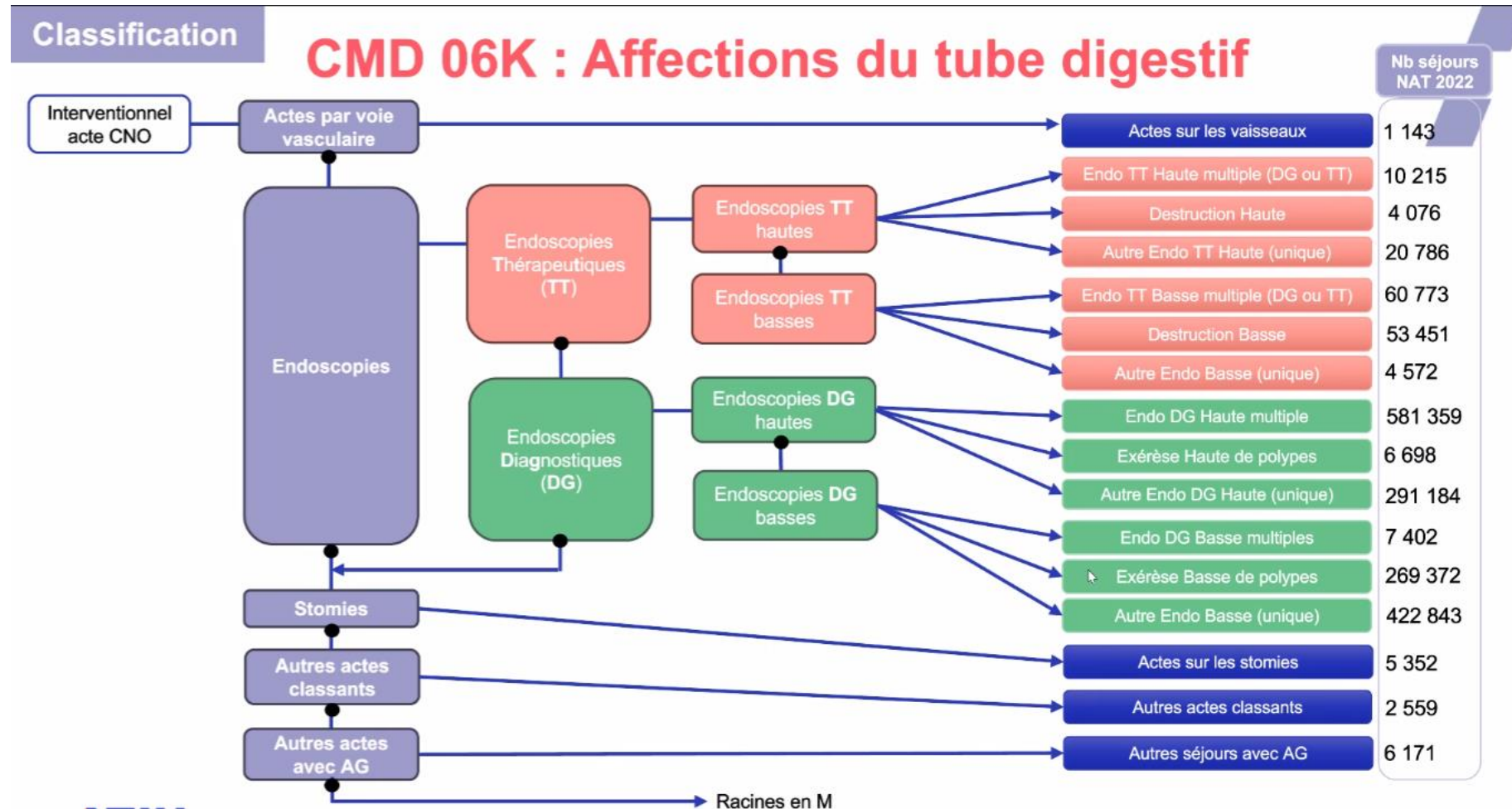
- exemples des situations que l'on retrouve dans ces nouvelles subdivisions



Travaux sur l'interventionnel

Les travaux en cours :

- le nouveau découpage en nombre de séjours sur chacune de ces nouvelles racines



Travaux sur l'interventionnel

⊙ Les travaux en cours :

- Les prochaines étapes de travaux sont
 - Travaux techniques pour déterminer la borne de durée
 - Un GT avec des professionnels métiers (gastro-entérologues) des fédérations doit être organisé dans le cadre des travaux sur les séjours interventionnels de la CMD 06.

- **Pas de nouvelle à date**

Information Médicale - Recueil : Les évolutions possibles

- ⇒ ATIH - Session actualités Nouveautés PMSI 2025 pour les DIM MCO-HAD-SMR-PSY :
- ⇒ <https://www.atih.sante.fr/webinaire-actualites-pmsi-2025-pour-les-champs-mco-had-et-psy>

Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

Nomenclature:

- ◉ **CIM 10 : Evolution de code CIM-10 nationales :**
 - Présentation des projets d'évolution aux fédérations en CT MCO du mois d'octobre
 - Les évolutions portent sur :
 - Description des hémorragies sévères du postpartum (HPP)
 - En lien avec les travaux HAS sur le développement d'un indicateur de résultat sur les hémorragies du post partum à partir du PMSI.
 - Description des sédations palliatives
 - Demande de la DGOS
 - Description d'autres indications de prélèvement d'ovocytes/tissu ovarien
 - Demande de l'ABM qui fait suite aux demandes antérieures
 - L'ATIH a annoncé que ces nouveaux codes seraient accompagnés de consignes et notes d'aide au codage

Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

➤ HPP

O72.0 Hémorragie de la délivrance [troisième période]

*O72.00 Hémorragie de la délivrance [troisième période], **sévere***

*O72.08 Hémorragie de la délivrance [troisième période], **autre et sans précision***

O72.1 Autres hémorragies immédiates du postpartum

*O72.10 Autres hémorragies immédiates du postpartum, **sevères***

*O72.18 Autres hémorragies immédiates du postpartum **et sans précision***

O72.2 Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire

*O72.20 Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire, **sevère***

*O72.28 Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire, **autre et sans précision***

➤ SP

Z51 Autres soins médicaux

...

Z51.8 Autres formes précisées de soins médicaux

Z51.80 Séance d'oxygénothérapie hyperbare

*Z51.85 **Sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès [SPCMJD, loi Claeys Leonetti]***

*Z51.86 **Sédation palliative hors SPCMJD***

Z51.88 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs

➤ PO

Z52.8 Donneur d'autres organes et tissus

Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien

Z52.801 Prélèvement d'ovocytes pour assistance médicale à la procréation [AMP]

Z52.802 Prélèvement d'ovocytes en vue d'une préservation de la fertilité avec indication médicale

Z52.803 Prélèvement d'ovocytes pour autoconservation

Z52.804 Don d'ovocytes

*Z52.805 **Prélèvement d'ovocytes en vue d'un diagnostic préimplantatoire [DPI]***

*Z52.806 **Prélèvement de tissu ovarien***

Z52.808 Prélèvement d'ovocytes pour d'autres motifs précisés

Z52.88 Donneur d'autres organes et tissus non classés ailleurs

Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

Nomenclature:

⊙ CCAM :

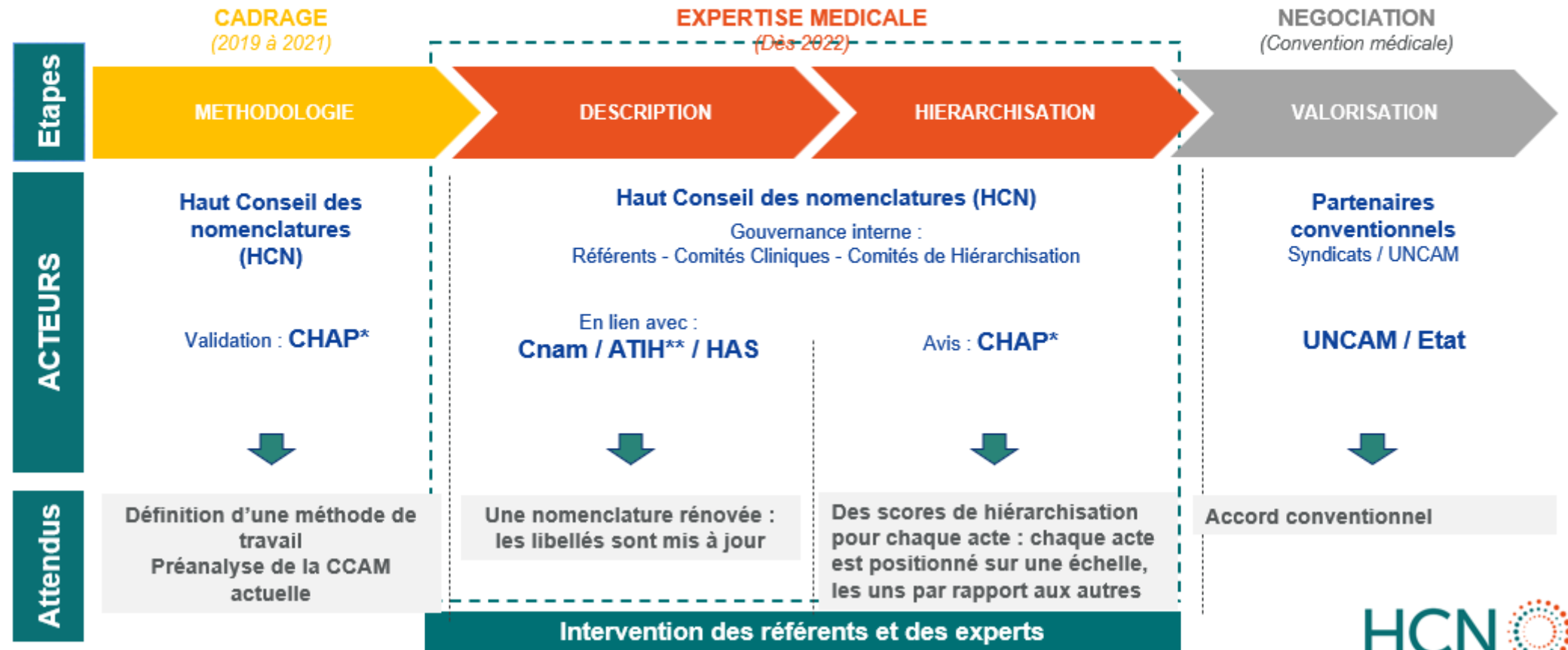
- Actes réalisés sur le fœtus : Cf. présentation webinaire ATIH

- Travaux de refonte de la CCAM :
 - Travaux HCN/CCAM
 - ⇒ le Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) dispose d'un portail permettant de suivre l'avancée des travaux de révision de la CCAM à l'adresse suivante :
<https://www.hautconseilnomenclatures.fr/inscriptions>
 - ⇒ Intervention du HCN lors de la 6ème journée des Métiers de la FHP-MCO
 - ATIH : dans les suites, tables de transcodage et impact sur les classifications

Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

SCHÉMA GLOBAL DE LA RÉVISION DE LA CCAM

⇒ Intervention du HCN lors de la 6^{ème} journée des Métiers FHP-MCO

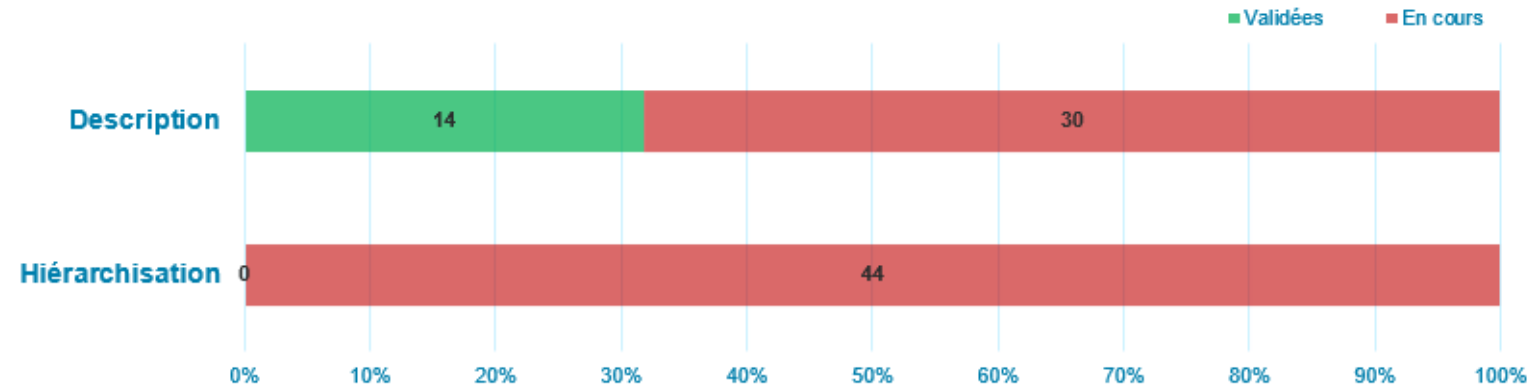


Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

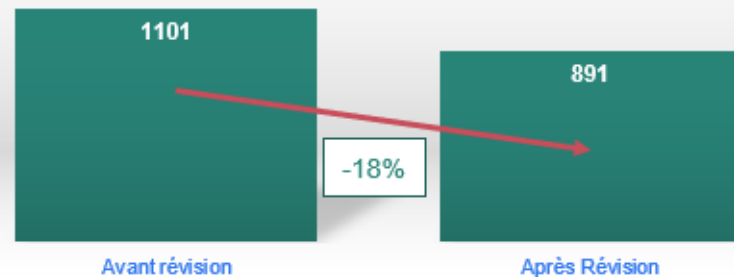
ETAT D'AVANCEMENT GLOBAL DES TRAVAUX DE RE-DESCRIPTION ET DE HIÉRARCHISATION

Intervention du
HCN lors de la 6^{ème}
journée des
Métiers FHP-MCO
(juin 2024)

Validation des familles d'actes



Nombre d'actes à ce stade de la révision



- Nombre de créations : 65
- Nombre de suppressions : 75
- Nombre de modifications : 189



Recueil PMSI MCO – Les évolutions possibles

PNR/CIM11 :

- En CT MCO du mois d'octobre, l'ATIH a cité parmi les travaux réalisés/en cours en 2024 :
 - Réalisation d'une cartographie des DSH
 - Cadrage de la démarche pluriannuelle de déploiement de la CIM 11
 - ⇒ pas de décommissionnement possible de la CIM 10 avant 2031
 - Réflexion sur les apports des outils d'IA pour assister le codage

Enquête flash sur les outils de codage basés sur l'IA
15 novembre au 25 novembre



• Trois champs de questions :

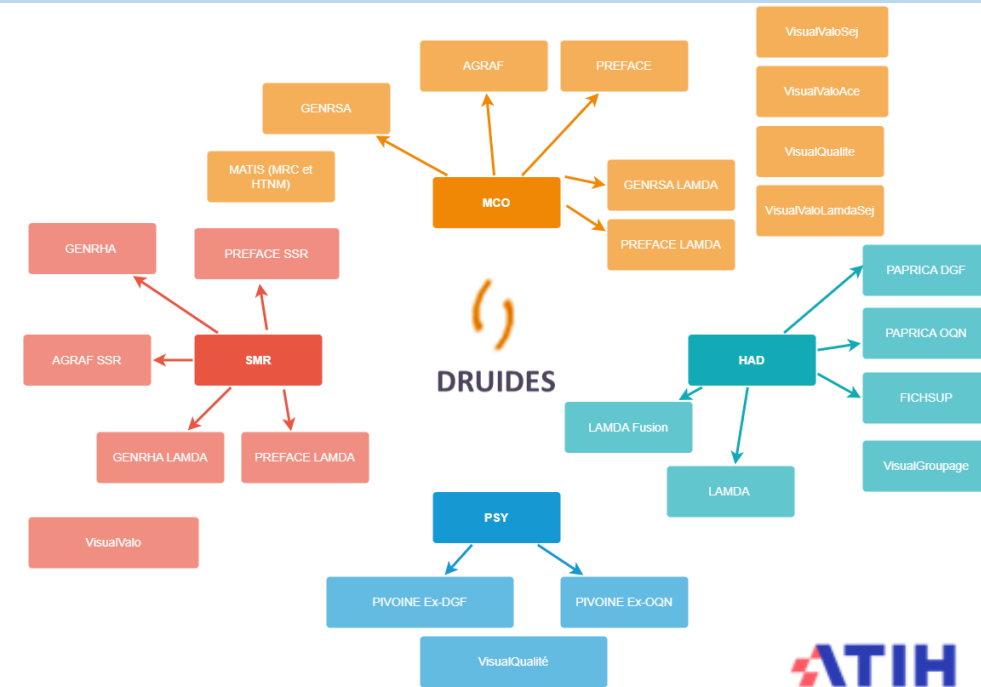
- Quel est votre usage des solutions embarquant de l'intelligence artificielle générative (traitement du langage, etc.) ?
- Quel est le coût et selon vous le niveau d'efficacité actuel de ces solutions ?
- Qu'attendez-vous de ces solutions ?



- **Qui est concerné ? Tous les DIM, tous champs, avec ou sans solution installée.**

Pas d'information
sur l'enquête Flash

Druides



⇒ ATIH - Session actualités Nouveautés PMSI 2025 pour les DIM MCO-HAD-SMR-PSY :

<https://www.atih.sante.fr/webinaire-actualites-pmsi-2025-pour-les-champs-mco-had-et-psy>

Druides – Point d'étape

DRUIDES

- Note FHP-MCO « retour d'expérience Druides » dans les suites de l'intervention de l'ATIH à notre Club des médecin DIM du 23 novembre avec les points suivants :
 - Taille des archives DRUIDES
 - Traçabilité des UM
 - Alléger la liste des contrôles sur les RSF
 - Filtrer les FINESS sur les FICHCOMP
 - Avoir une API DRUIDE
 - UID de l'archive
 - Installation des MAJ de Druides
 - Maitriser les changements entre FINESS avec alternative à la dialyse versus cas « normal »

Druides – Point d'étape

- Note FHP-MCO « retour d'expérience Druides » dans les suites de l'intervention de l'ATIH à notre Club des médecin DIM du 23 novembre avec les points suivants :
 - Comme elle s'y était engagée, l'ATIH a répondu à ce retex en reprenant point par point nos demandes et en expliquant la réponse possible
- Travail avec le GE « Evolution de la classification » en juin 2024 : Lecture commune des réponses de l'ATIH et échanges sur les éventuels problèmes à remonter ou nouvelle demande d'évolution à porter
 - certains points/difficultés/demandes restent en souffrance, notamment :
 - Traçabilité des UM
 - Alléger la liste des contrôles sur les RSF
 - Droits administrateurs pour l'installation de DRUIDES

Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2025: Point de situation PLFSS 2025

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2025

Madame la Députée, Monsieur le Député,

Le budget de l'assurance maladie, que vous vous apprêtez à voter pour l'année 2025, repose sur des cotisations et contributions sociales qui emportent une nécessaire contrepartie¹: permettre à nos concitoyens d'accéder partout et à tout moment au plus haut niveau de soins.

Le vote de la LFSS ne peut avoir pour effet de les priver de cette contrepartie alors même que l'accès aux soins est toujours plus menacé. A ce titre, la mobilisation de 1,2 milliard d'euros du sous objectif établissements de santé pour financer les hausses de cotisations destinées à renflouer la caisse nationale de retraites des agents des collectivités est inacceptable.

L'amélioration de l'accès aux soins appelle des réponses immédiates mais également structurelles : les ressources doivent être prioritairement mobilisées pour prévenir, diagnostiquer, accompagner, soigner en s'appuyant sur des acteurs unis et œuvrant dans un même but : rendre effectif le droit, constitutionnellement garanti, à la protection de la santé.

- Nous proposons d'abord que les financements visent prioritairement à permettre aux établissements de santé de remplir leurs missions² (I). Les moyens mis en œuvre pour prendre effectivement en charge les patients doivent être justement couverts.
- Nous proposons ensuite de nous appuyer sur l'ensemble des ressources disponibles pour créer des synergies (II). Alors que nous manquons de professionnels de santé et que nous devons faire mieux en matière d'accès aux soins, nous devons abolir les barrières qui nuisent aux coopérations sur les territoires. Comment faire travailler ensemble des infirmiers au même poste au sein d'un groupement de coopération sanitaire quand le salarié mis à disposition par l'établissement de santé privé gagne 20% de moins que son collègue mis à disposition par l'établissement public ?
- Nous proposons enfin que l'ensemble des acteurs soient mobilisés autour d'objectifs de moyen et long termes, clairement identifiés, dont l'atteinte sera régulièrement mesurée (III). La stratégie nationale de santé 2023-2033 n'a toujours pas été publiée. Il apparaît portant fondamental d'articuler une stratégie, par essence pluriannuelle, aux budgets votés annuellement.

Plus que jamais, pour être au rendez-vous de l'accès aux soins, nous avons besoin de renforcer ce qui rassemble plutôt que d'entretenir ce qui divise.

- 24 propositions d'amendements portées par la FHP
- Dont des propositions d'amendement commun avec la FHF, la FEHAP, Unicancer, La Croix rouge française, la Mutualité française, le LEEM, la FEFIS

SOIGNER

Financer prioritairement les coûts mis en œuvre pour prendre en charge les patients en réponse aux besoins de santé

SOIGNER ENSEMBLE

Dans un contexte de pénuries de ressources humaines, donner la possibilité aux acteurs de créer des synergies sur les territoires pour répondre aux besoins de santé de la population

SOIGNER ENSEMBLE POUR ATTEINDRE LES MEMES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

Articuler le budget annuel avec une politique de santé de long terme en s'appuyant sur la stratégie nationale de santé, le protocole de pluriannualité et les établissements comme acteurs incontournables de la prévention

PLFSS 2025 (cf. Liasse des propositions d'amendements FHP) :

A L'ASSEMBLEE NATIONALE

Nos propositions d'amendements ont été largement reprises par les députés pour l'examen en commission et davantage encore pour la séance publique.

En commission, **trois amendements adoptés** étaient directement inspirés de nos propositions :

- Signature impérative du Protocole de pluriannualité
- Référence au Protocole dans la construction des OD par champ d'activité
- Intégration des fédérations hospitalières dans les négociations relatives aux accords de maîtrise des dépenses

AU SENAT

Nous avons été **auditionnés en inter fédération** par la Rapporteuse sur le volet assurance-maladie, Corinne Imbert, en présence de plusieurs autres sénatrices et sénateurs de divers groupes politiques. Hormis les enjeux de l'Ondam et de la pluriannualité, les sénateurs se sont aussi particulièrement intéressés aux enjeux de ressources humaines, dans le contexte de difficultés de recrutement que connaissent les établissements de santé.

Envoi aux sénatrices et sénateurs de nos propositions d'amendements



Les fédérations des établissements de santé appellent le Gouvernement à rectifier l'ONDAM 2024 afin de garantir un juste financement de leurs coûts

Paris, le 21 novembre 2024

Alors que l'activité des établissements de santé de tous statuts est en augmentation significative en 2024, notamment sur des activités marquées depuis plusieurs années par un sous-recours aux soins hospitaliers, **ils doivent faire face à une augmentation constante de leurs dépenses impactées par l'inflation et les effets prix.**

Même si le rythme de l'inflation s'est ralenti ces derniers mois, les établissements sont toujours confrontés à une hausse de leurs dépenses et à un sous-financement de ces impacts au sein de l'ONDAM.

GARANTIR AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ LE JUSTE FINANCEMENT DE LEURS COÛTS

Malgré l'effort indéniable des pouvoirs publics ces dernières années pour soutenir les établissements de santé, **ceux-ci doivent faire face depuis 2022 à un sous-financement de l'inflation qui se cumule et s'accroît un peu plus chaque année. Cet écart de financement est estimé à 1,8 Md€ en cumulé pour l'année 2024.** Un tel écart pèse fortement sur leur situation financière, leur trésorerie et leur capacité d'investissement.

L'examen en cours du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 est l'occasion de mettre fin à cette situation délétère et de réviser l'ONDAM 2024 afin de **garantir aux établissements de santé un juste financement de l'augmentation de leurs coûts, augmentation liée à des facteurs exogènes sur lesquels ils n'ont aucun levier d'action.**

Alors que le Sénat examine actuellement le PLFSS 2025, la question du juste calibrage de l'ONDAM 2024 est à nouveau au centre des débats. Si le Gouvernement avait déjà acté dans le PLFSS initial une augmentation de l'ONDAM établissements de santé 2024 de 200 M€ et envisage de porter cette hausse à 300 M€, **les sénateurs ont unanimement souhaité augmenter de 200 M€ supplémentaires les moyens dédiés aux établissements de santé.**

Une telle augmentation de 500 M€ par rapport au montant initial de l'ONDAM est évidemment soutenue par les fédérations hospitalières même si elle ne suffira pas à remettre à flot leur situation financière fortement impactée par la forte augmentation des prix depuis trois ans.

- les cinq fédérations hospitalières ont publié une lettre ouverte appelant le Gouvernement à rectifier l'ONDAM 2024.



FLASH FHP

25 novembre 2024
Réf : 270-2024

Communiqué de presse

Les fédérations des établissements de santé appellent le Gouvernement à rectifier l'ONDAM 2024 afin de garantir un juste financement de leurs coûts

Protocole de pluri annualité

Protocole de pluri annualité

Elaboration du protocole de pluriannualité 2025-2027

Les travaux portant sur l'élaboration du protocole de pluriannualité 2025-2027 ont été présentés très rapidement en fin de séance du dernier CEHPP, étant précisé que les sujets « transparence financière » et « outils de la politique tarifaire » n'ont pas vocation à être des éléments figurant en détail dans le prochain protocole de pluriannualité. Ces deux sujets méritent un travail à part entière avec un calendrier à définir. Ces points sont évoqués ci-dessous.

I. Outil de la politique tarifaire : maintien de l'outil TIC (Tarifs Issus des Coûts) mais « pas que »

L'ATIH a souligné les difficultés depuis la crise sanitaire sur la mesure des coûts ; la baisse d'activité et les déprogrammations massives ont entraîné une décorrélation entre les charges des établissements et la production d'activité (majeure en 2020 , importante en 2021) ; la modification de la structure d'activité (virage ambulatoire) a déformé la répartition des charges au sein des établissements ; l'augmentation des charges salariales des établissements avec notamment les mesures RH opérées depuis l'année 2020.

→ Dès lors, selon la DGOS et l'ATIH, il est nécessaire de repartir des données de coûts de 2022.

Il est rappelé que le TIC a été créé en cohérence avec le principe de neutralité tarifaire afin de disposer d'un outil pour moduler le tarif. Par ailleurs, il faut engager une réflexion sur l'adéquation charges/recettes.

Le calendrier de travail est à construire.

Protocole de pluri annualité

II. Contrepartie(s) d'un protocole de pluriannualité

La DGOS a brièvement présenté des pistes/leviers de pertinence en contrepartie d'un protocole de pluriannualité. Notre contribution/réaction est attendue sur les éléments ci-dessous.

Les éléments présentés ont été les suivants.

« Le protocole de pluriannualité 2025-2027 peut constituer un levier de mise en œuvre d'une partie des économies prises en construction ONDAM chaque année.

Quelques exemples d'objectifs assortis d'indicateurs

- Poursuivre le virage ambulatoire et adapter les prises en charge en établissement. Indicateurs : taux de chirurgie ambulatoire, taux de médecine ambulatoire*
- Augmenter le nombre de greffes rénales : taux de patients dialysés sur les patients en insuffisance rénale chronique*
- Favoriser l'orientation des patients éligibles vers l'HAD : Taux de transfert des séjours MCO vers HAD*
- Diminuer les hospitalisations potentiellement évitables : Taux de recours annuel selon 6 pathologies (cible de diminution)*
- Améliorer le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière des professionnels des ES : Taux de couverture vaccinale des professionnels des ES*
- Se structurer pour augmenter le recours au transport partagé : Taux de transport partagé depuis ou vers les ES en VSL et en taxi*

Protocole de pluri annualité

Questionnements méthodologiques ?

- *Fixer le niveau initial des indicateurs et leurs cibles*
 - *Identifier les objectifs pour lesquels il est pertinent de différencier les cibles selon la catégorie d'établissement (par exemple pour le développement de l'ambulance)*
- *Portée des indicateurs en cas de non atteinte des cibles ? »*

Protocole de pluri annualité

III. Travaux sur les données des comptes financiers des établissements de santé ex OQN (sujet transparence financière)

Des éléments d'évolution pour les hôpitaux publics et pour les établissements de santé associatifs ont été présentés.

Nous concernant directement, la réflexion suivante a été présentée.

« Contexte »

La loi prévoit la transmission des comptes aux ARS pour toutes les catégories d'établissements de santé, y compris les cliniques (articles L6116-3 et 6161-3 du CSP) mais les textes d'application (DCE) prévus à ces articles (afin notamment de fixer les modalités de transmission des comptes ainsi que le mécanisme de récupération en cas de surcompensation) n'ont pas encore été pris ;

Les administrations centrales ont à ce jour une visibilité a posteriori sur les comptes des EBL via le rapport annuel de la DREES (analyse macroéconomique, sur données N-2) ;

*Des travaux techniques ont d'ores et déjà engagés entre la DGOS et l'ATIH afin de **formaliser la maquette et les modalités de restitution des données financières des EBL**. Le sujet est inscrit au programme de travail de l'ATIH ;*

*Il y a la volonté de reprendre les travaux de manière plus soutenue pour préciser le calendrier de mise en œuvre avec deux jalons essentiels sur le chemin critique : **la publication des textes d'application et la mise en place des modalités techniques de mise en œuvre de ces remontées (travaux à mener en lien avec la FHP, FNEHAD et la FEHAP, en association avec les CAC).***

Protocole de pluri annualité

Objectif et calendrier

L'objectif est de formaliser la remontée des comptes financiers pour permettre l'analyse des évolutions de la situation financière des EBL en parallèle de celle des EPS et des ESPIC, avec une clé de lecture commune et un niveau de granularité similaire ;

Une reprise des travaux et réflexions sur les données financières stratégiques, nécessitant des arbitrages techniques (niveau de compte, aspects calendaires, traitement des activités hors sanitaires, etc.) via groupes de travail et concertations ;

L'objectif affiché est d'avoir une première remontée, d'ici fin 2025, des comptes de l'exercice 2024 des EBL et EBNL ex-OQN »

Préparation de la campagne budgétaire 2025

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2025

Orientations FHP-MCO pour la campagne 2025 :

- 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 du Retex Campagne 2024.
- Prise en compte du BEYFORTUS dans un financement pérenne des établissements de santé

« Top départ pour le PLFSS 2025 » - édito du 13h n°739 – 21/10/2024

Instruction Gradation et Dispositif de rescrit

Instruction Gradation – Dispositif de rescrit

⊙ Instruction Gradation :

- GT médecine ambulatoire du 21 juin 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



- 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

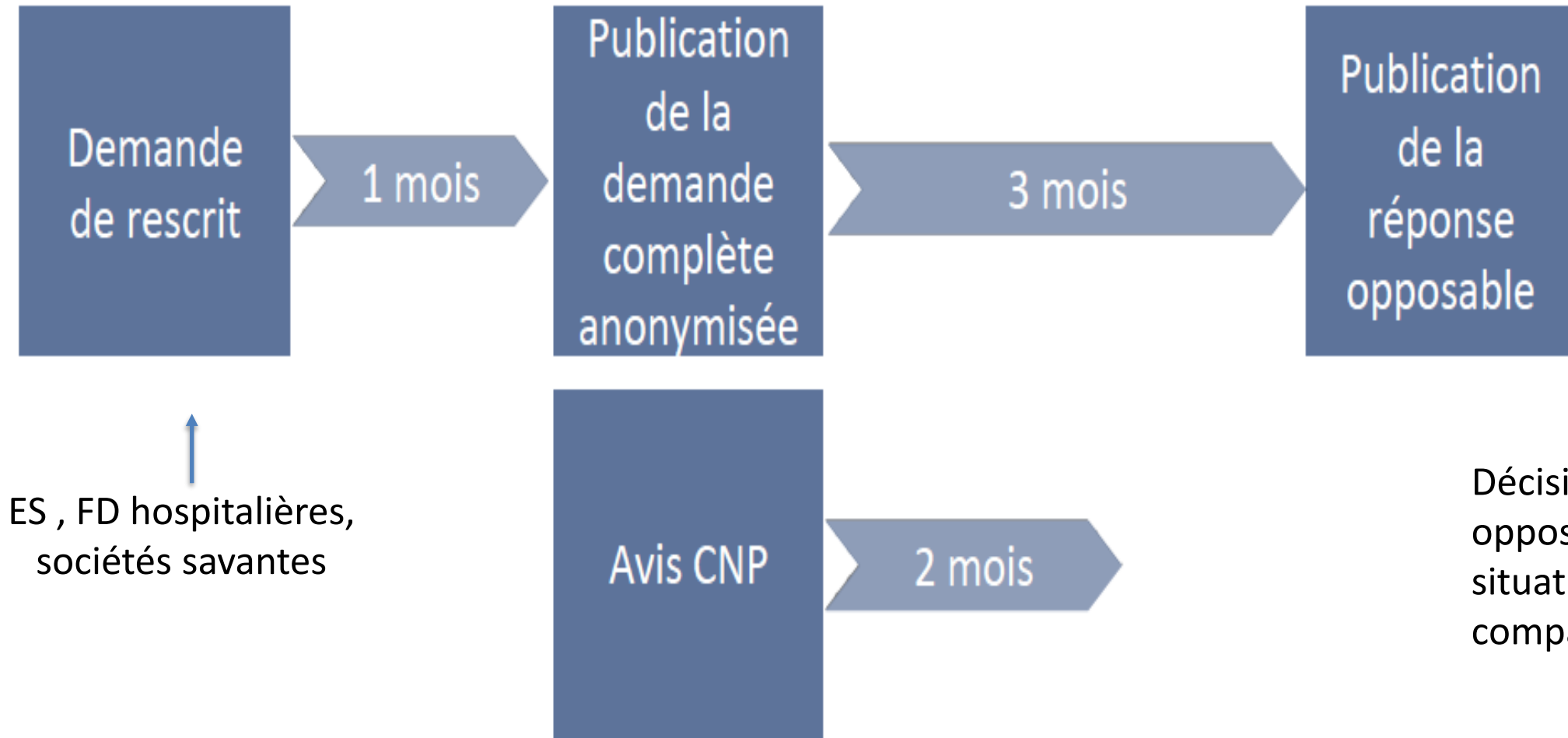


Juin 2021 : Ouverture du dispositif de rescrit

Dispositif de Rescrit

Le Dispositif de Rescrit

Rappel



ES , FD hospitalières,
sociétés savantes

Décisions publiées
opposables dans des
situations de faits
comparables.

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

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>

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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>
Ophthalmologie	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 hospitalisation 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>
Ophthalmologie	BOS-RES-3 : Prise en charge ambulatoire d'un suivi de DMLA	29/09/21	17/12/21	30/11/22	CHU de Limoges	
Ophthalmologie	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	
Ophthalmologie	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>



Retour sur les analyses présentées en GT Ambulatoire

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 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 surveillance particulière .
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.



Pas de nouvelle demande/réponse depuis octobre 2023



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



Facturation de l'HDJ

De la circulaire frontière à l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires.

Les évolutions de prises en charge médicales et thérapeutiques externes et en ambulatoire des dix dernières années ont entraîné le renouvellement de la circulaire frontière de 2010. La politique tarifaire de la prise en charge en ambulatoire, qui se veut incitative, doit reposer sur une gradation claire des prises en charge ambulatoires. La publication de l'instruction à gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé a, est prévue au BO Santé n° 2020/9 du 15 octobre 2020. Elle trouve son assise réglementaire dans l'article 17 de la loi n° 2016-1032 du 17 août 2016 relative à l'assurance maladie par les établissements de santé de l'assurance maladie en charge ambulatoires.



FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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
 - 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



Parution arrêté
2024
(arrêté du 7 mai 2024)



Nouveauté 2024

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Forfait MRC

Évolution pour 2024:

- 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

- 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

- ⦿ **Calendrier de transmission qui a été recalé sur les dates habituelles PMSI :**
 - S1 MRC 2024
 - Ouverture des transmissions : 1er juillet 2024
 - Clôture des transmissions : 30 septembre 2024
 - Date limite pour les validations : 15 octobre 2024
 - ↳ Infors lors du webinaire ATIH d'un report de la date limite au 15 novembre 2024
 - S1+S2 MRC 2024
 - Ouverture des transmissions : 1er décembre 2024
 - Clôture des transmissions : 28 février 2025
 - Date limite pour les validations : 15 mars 2025

Forfait MRC

- ◉ **Nouveauté 2025 : évolution des variables**
 - 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

Réforme T2A

Point sur les travaux en cours et à venir

Réforme du Financement

Rappel

➤ Quel nouveau modèle de financement MCO ?



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
<p><i>Tarifs</i></p> <ul style="list-style-type: none">Financements à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins

Compartiment Objectifs de Santé Publique
<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none">PréventionQualité et pertinenceCoordination des parcours de soinsObjectifs nationaux ou territoriaux de santé publique (exemples : prise en charge des personnes âgées, santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques)

Compartiment Missions Spécifiques
<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none">Missions d'enseignement, de recherche et d'innovationActivités de recours et d'expertisePrise en charge de certaines maladies chroniquesDotations forfaitaires complémentaires au financement par les tarifs pour certaines activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolésDotation populationnelle urgences



MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Réforme du Financement

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

	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					

IFAQ

Le modèle actuel

**Les évolutions envisagées dans le cadre de
la réforme**

Le modèle IFAQ actuel

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.

IFAQ 2024 : Une publication encore tardive de l'arrêté ...

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

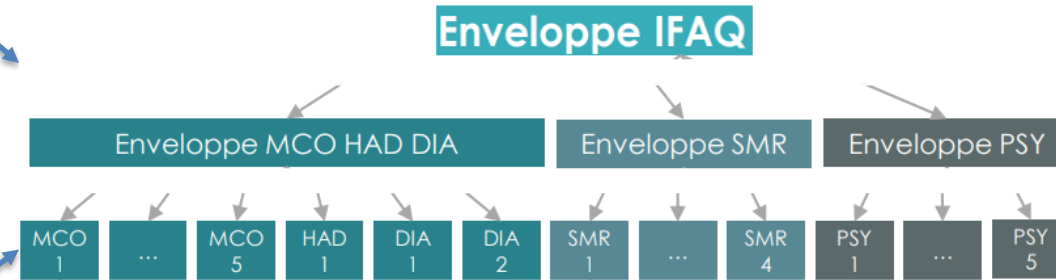
3 Classement des EG par indicateur sur le **niveau atteint et l'évolution**
Rémunération des **7 premiers déciles** (70% des ES par indicateurs) avec **une gradation** en fonction du niveau de qualité atteint par rapport à la cible
Le niveau atteint pèse pour 50% et l'évolution pour 50%

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 »

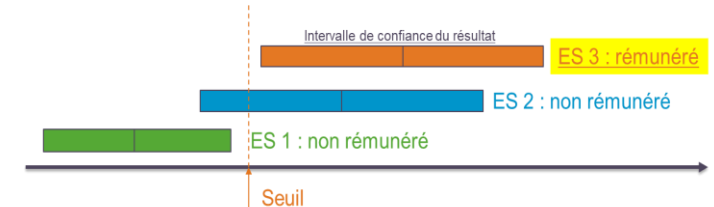


Rappel évolution 2023: différenciation des enveloppes par champs



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

IFAQ 2024

- Arrêté IFAQ 2024: Les FD ont été concertées en juillet, saisine du Collège de la HAS en septembre, pour une publication en octobre
 - ↳ **IFAQ 2024 : Une publication encore tardive de l'arrêté ...**
- Les indicateurs pris en compte : cf diapo suivante
- Valorisation des indicateurs biennaux : maintien des règles 2023, valorisation des indicateurs biennaux la seule année de leur mesure
- Définition du poids éco du SMR ➔ utilisation de la valorisation DMA comme antérieurement
- Indicateurs numériques ➔ **demande FHP d'un RETEX** pour faire le point sur les difficultés rencontrées

Le modèle IFAQ actuel

IFAQ 2024

		2023					2024				
		MCO	SSR	PSY	HAD	DIA	MCO	SSR	PSY	HAD	DIA
Indicateurs annuels + certification	Certification	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Alimentation du DMP / MSS	■	■	□	■	■	■	■	□	■	■
	e-Satis MCO +48h	■	□	□	□	□	■	□	□	□	□
	e-Satis MCO CA	■	□	□	□	□	■	□	□	□	□
	e-Satis. SSR	□	■	□	□	□	□	■	□	□	□
	Hospit. Longue durée	□	□	■	□	□	□	□	■	□	□
Indicateurs biennaux	ETE/ISO/ORTHO	□	□	□	□	□	■	□	□	□	□
	Eval. & PEC douleur	■	■	■	■	□	□	□	□	□	□
	QLS	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□
	QLS CA	□	□	□	□	□	■	□	□	□	□
	PCC	□	□	□	□	□	■	□	□	□	□
	Aide arrêt addictions	□	□	□	□	□	□	□	■	□	□
	Eval. Cardio.	□	□	□	□	□	□	□	■	□	□
	PSPV	□	□	□	□	□	□	■	□	□	□
	Coordination de la PeC	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□
	Tenue dossier patient	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□
	Evaluation risque escarres	□	□	□	■	□	□	□	□	□	□

Les indicateurs pris en compte :

- Indicateurs numériques :
 - Lancement de la campagne : cf. Flash FHP du 12/06
 - La cible pour l'indicateur « alimentation du DMP-NUM1 » passe de 20 à 50%
 - Recueil obligatoire => plus de NA
- Pour le MCO : Calcul d'Été et iso ortho par l'ATIH mais la DGOS nous a indiqué que les modalités de calcul seront identiques à celles réalisées par la HAS

Le modèle IFAQ actuel

- ⊙ Positions FHP-MCO dès l'expérimentation :
 - Une démarche « promotionnelle » qui s'attache à la valorisation de l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins doit être privilégiée et maintenue.
 - L'idée d'un modèle dynamique de financement assurant une lisibilité et une continuité dans le temps, sans surcharge de travail pour les établissements de santé doit être retenue.
 - La garantie de la simplicité et de la lisibilité du modèle pour les établissements de santé est indispensable.
 - La part de la rémunération à la qualité ne peut se limiter à 0,3%, 0,4% ou 0,5%. Il convient de développer cette part à un niveau qu'il faut définir avec les acteurs. Doubler ces pourcentages semble être le minimum à atteindre.
 - Cependant, l'alimentation de cette enveloppe IFAQ ne peut s'opérer que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.
 - Evaluation du Modèle

Le modèle IFAQ actuel

○ La qualité dans le système de financement :

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

Le modèle IFAQ actuel



Avis défavorable de la HAS sur les arrêtés IFAQ 2022 et 2023

- Projet d'arrêté IFAQ 2022: la HAS a proposé que le dispositif soit amélioré au service de son objectif d'incitation à la qualité par :
 - La révision du seuil minimal de rémunération
 - La modification du rythme de recueil des indicateurs
 - L'amélioration de la robustesse des indicateurs qui composent le modèle et la démonstration de l'imputabilité des résultats aux établissements de santé.
 - La meilleure prise en compte du dispositif de certification des ES pour la qualité des soins

⇒ **Evolution du dispositif IFAQ en 2023 avec le retour à un recueil biennal**
- Projet d'arrêté IFAQ 2023: nouvel avis défavorable motivé par le fait que plusieurs autres points ont été repris sans modification dans le projet d'arrêté 2023, en particulier :
 - Le seuil minimal à partir duquel une rémunération est accordée aux ES est fixé sans lien avec la qualité
 - Des indicateurs entrent dans le modèle sans validation de leur robustesse et de leur impact sur la qualité et sans que leurs résultats puissent être totalement imputables aux ES

La mission IGAS

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

➤ Les missions IGAS

- Pour accompagner la création du compartiment de financement sur objectifs de santé publique, 3 missions IGAS sont prévues avec un lancement au dernier trimestre 2023 :

- ✓ sur le financement de la qualité et de la pertinence



- ❖ Audition de la FHP, accompagnée de la FHP-MCO (oct. 2023)
 - ❖ Questionnaire à destination d'un échantillon d'ES
 - ❖ Réunion d'échange sur le diagnostic en janvier 2024
 - ❖ A venir : Orientations et propositions IGAS dans un GT spécifique
- ✓ La prévention en établissement de santé
 - ✓ la prise en charge des personnes âgées

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

- ⊙ Les propositions de la mission IGAS « Financement à la qualité »
 - Une nouvelle gouvernance sur la qualité dans le système de santé
 - Les grandes orientations pour le modèle de financement :
 - **Simplifier le modèle pour une meilleure appropriation par les acteurs**
 - ✓ **sortir de la logique de score composite et avoir une enveloppe par indicateur.**
 - ✓ **Sortir de la logique de classement : passer à une logique de seuils absolus connus à l'avance (éventuellement variables selon les caractéristiques des ES)**
 - Redonner du sens aux soignants par une évolution des indicateurs :
 - ✓ mesure de la qualité au plus proche des activités de soins.
 - ✓ Mesurer les résultats des soins pour les patients (avec des indicateurs par spécialités)
 - ✓ Prendre en compte le point de vue des patients sur la qualité: levier d'amélioration de la pertinence des soins
 - Inciter à se comparer pour s'améliorer, plutôt que rémunérer les résultats :
 - ✓ Valoriser l'analyse des résultats mais ne pas financer au résultat
 - ✓ Encourager la transparence des résultats entre pairs, multiplier les exercices de comparaison au niveau régional et la transparence envers les patients

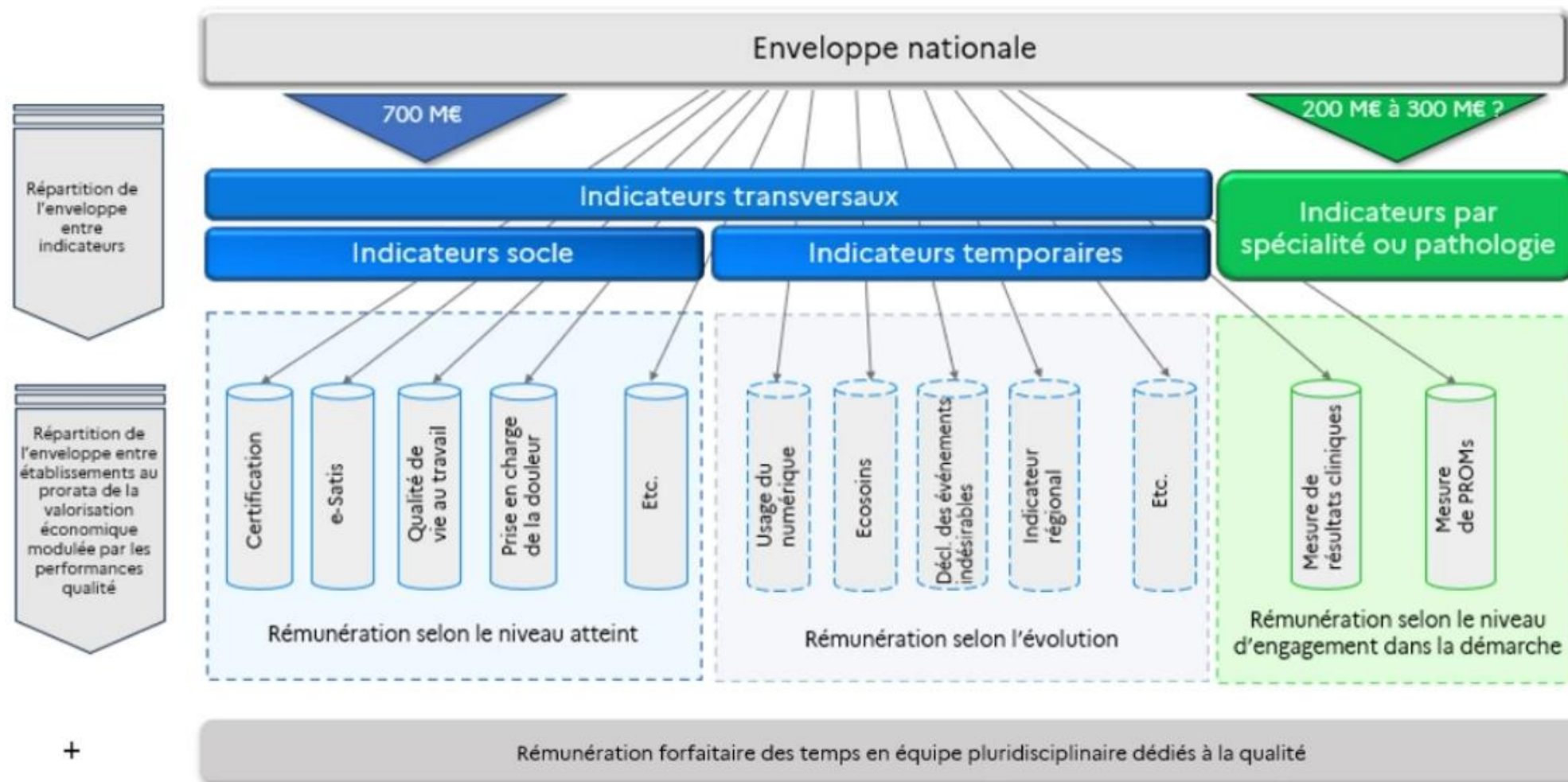
IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

- ◉ Les propositions de la mission IGAS « Financement à la qualité »
 - Un modèle de financement fondé sur 3 piliers
 - Pilier 1 : un IFAQ rénové et recentré sur des indicateurs transverses
 - Volet 1 : indicateurs socles – rémunération selon le niveau de performance
 - ✓ certification, e-satis (à améliorer), prise en charge de la douleur, délais de prise en charge pour certains parcours, QVT, etc.
 - Volet 2 : indicateurs temporaires, définis selon des priorités politiques (pour 3 ou 4 ans) sur des thèmes pour lesquels un grand nombre d'établissements sont en retard – rémunération selon la progression & accompagnement des établissements par les agences et l'assurance maladie
 - ✓ Usage du numérique, écosoins, usage de l'HAD, déclaration des EIS, un indicateur régional, etc.
 - ✓ Eventuellement spécifiques à certains champs (MCO, HAD, SMR, psychiatrie, hôpitaux de proximité, etc.)
 - Pilier 2 : une rémunération fondée sur l'analyse des résultats par pathologies ou spécialités
 - Valorisation des équipes qui entrent dans la démarche d'analyse des résultats des soins
 - Bonus en cas de mise en place de PROMs
 - En parallèle, une rémunération au forfait des temps d'équipes pluridisciplinaires
 - Rémunération spécifique hors tarif global des EPP et RCP (voire RMM et CREX) – financement par transfert des tarifs – sous réserve d'une analyse des financements déjà existants

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

Les propositions de la mission IGAS « Financement à la qualité »

Un modèle de financement fondé sur 3 piliers



Evolution du modèle IFAQ 2025

Travaux DGOS

Retour sur les GT IFAQ

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

○ Réunion du Comité de suivi de la réforme de financement



L'évolution du financement à la qualité s'inspire du rapport de la mission IGAS et s'inscrit dans une feuille de route Qualité - Pertinence complète

Un rapport IGAS très ambitieux

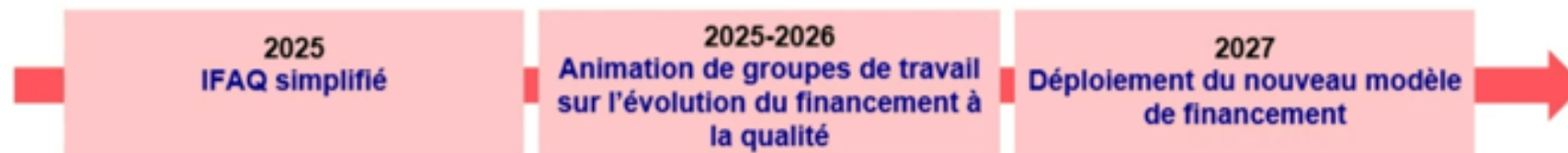
- Mettre en place une instance de gouvernance chargée du pilotage d'une FDR sur la qualité
- Enveloppe budgétaire par indicateur
- Modification du portefeuille des indicateurs
- Rémunération destinée aux unités pratiquant l'autoévaluation
- Rémunération forfaitaire des temps collectifs pluridisciplinaires
- Rapprocher les enjeux du financement à la qualité et de la pertinence (CAQES)

Comment le déployer

- Evolution du dispositif IFAQ pour 2025 : rémunération sur indicateurs
- Instauration d'une gouvernance sur le pilotage de la qualité dans le système de santé
- Financement à la qualité repensé et intégré au sein d'une feuille de route qualité « complète » - et intégré au sein du compartiment OSP
- Faire évoluer les dispositifs dédiés aux incitations à la pertinence

Prochaines étapes

- Publication du rapport IGAS
- GT IFAQ le 19 juin
- GT à programmer sur les enjeux de pertinence des prises en charge




IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

- ⊙ Rappel sur les propositions de la mission IGAS :
 - La DGOS n'a exposé 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**
- ↳ Quid de la proposition de la mission IGAS d'un modèle de financement fondé sur 3 piliers ?
- ⊙ Dans un 1er temps, une modification par DCE pour simplifier le dispositif dès 2025 en supprimant la notion de groupes de comparaison
 - Permettra de faire évoluer le modèle vers une rémunération à l'indicateur
 - Les modalités 2025 discutées en GT seront définies par arrêté

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

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)

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

- Les 3 grands axes de travail pour la construction du modèle :



Les 3 grands axes de travail pour la construction du modèle

Direction générale de l'offre de soins

La cible de rémunération à l'indicateur nécessite de s'accorder sur les principes de construction

- A. Méthodologie de construction des enveloppes par indicateur
 - ⇒ *Comment constituer les enveloppes par indicateur, au service d'objectifs de santé publique partagés ?*

- B. Indicateurs et modalités de rémunération associées
 - ⇒ *Faut-il faire évoluer le panel d'indicateurs actuels ?*
 - ⇒ *Comment fixer les seuils par indicateur ?*
 - ⇒ *Comment rémunérer les différents niveaux de performance sur ceux-ci ?*
 - ⇒ *Comment tenir compte de la progression de l'établissement ?*

- C. Règles de gestion du reliquat
 - ⇒ *Comment utiliser le reliquat généré par les établissements qui n'atteignent pas le niveau de performance maximal ?*

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

1er axe : La méthodologie de construction des enveloppes par indicateur

- En cible : **ces enveloppes sont communiquées à l'avance**, par indicateur, et fixées selon des priorités de santé publique qui peuvent être fixées de manière pluriannuelle
- Le poids éco sera pris en compte pour fixer les enveloppes ex-ante : **construction des enveloppes sur la base du poids éco des ES qui y émargent**
- La rémunération de chaque ES sera calculée en fonction des indicateurs auxquels il émarge
- **La certification doit faire l'objet d'une attention particulière**



La proposition de la DGOS :

- La certification représenterait un poids important dans la rémunération finale : l'enveloppe de financement associée sera adaptée
- Par son caractère pluriannuel, elle constituera une base de rémunération pour tous les établissements qui atteignent le niveau minimum de certification

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

1er axe : La méthodologie de construction des enveloppes par indicateur

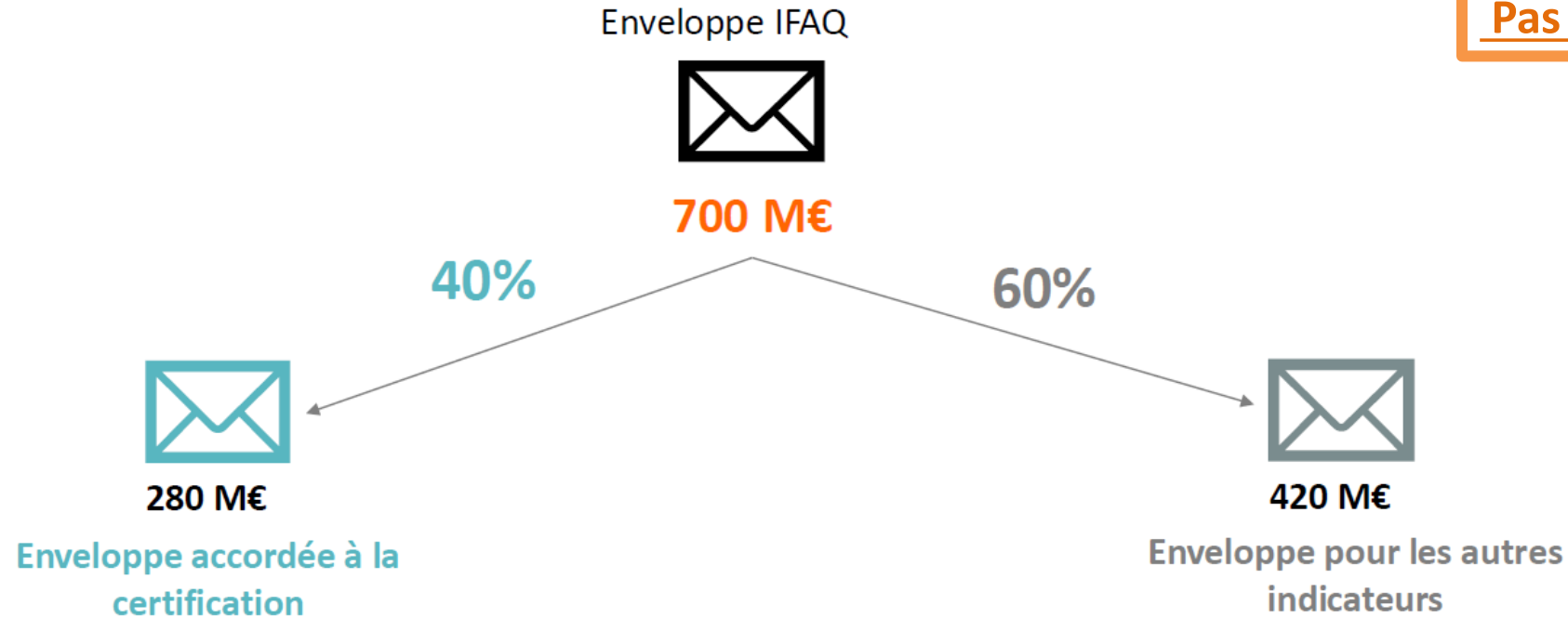
- La présentation faite par l'ATIH propose de procéder en plusieurs étapes :
 - **1) définir la part de l'enveloppe dédiée à la certification**, au vu du consensus de mettre un poids accru et le fait que cela soit le seul indicateur transversal.
 - **2) définir une méthodologie de construction pour allouer le reste de l'enveloppe** sur les autres indicateurs :
 - ✓ Dans un 1er temps, les enveloppes des indicateurs sont fixées sur la base du poids économique des ES de chaque champ. **C'est l'enveloppe « neutre »**
 - ✓ L'enveloppe neutre est ensuite modulée selon les objectifs de santé publique : **enveloppe « objectif de santé publique » (OSP)**

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

1er axe : La méthodologie de construction des enveloppes par indicateur

➤ Poids de la certification :

**Soumis à discussion –
Pas d'arbitrage à date**



Pour retour : accord pour un poids de la certification à 40% et des autres indicateurs à 60% de l'enveloppe ?

IFAQ 2025 – Les évolutions possibles

2ème axe : Indicateurs et modalités de rémunérations associée

Pas d'arbitrage à date

- Suppression du score moyen pour une rémunération à l'indicateur
- Définition d'une enveloppe par indicateur avec un gain potentiel connu à l'avance, fonction du niveau de qualité observé
- L'évolution peut être prise en compte dans les modalités de rémunération

Demande des fédérations	Première simulation
Une rémunération graduée (continue si possible)	Dans la première simulation effectuée, il est proposé de privilégier la lisibilité des règles en procédant de manière graduée mais par classe .
Demande d'avoir une lisibilité et une proximité des règles en particulier lorsque des indicateurs similaires existent entre champs (ex : qualité de la lettre de liaison à la sortie)	Mise en place de 5 barèmes par type d'indicateurs : <ol style="list-style-type: none">1) Un barème pour la certification2) Un barème pour les indicateurs binaires3) Un barème commun pour les indicateurs e-satis4) Un barème commun pour les autres indicateurs dossier patients, avec 5) une intégration de l'évolution dès que c'est possible

- Utilisation des classes et non plus des scores

Réforme du financement de la dialyse

Réforme du financement de la dialyse

- Réunion dialyse du 4 juillet 2024 : réunion de lancement des travaux annonçant à la fois une réforme des autorisations et du financement
- Etapes clefs de la réforme:

Réforme des autorisations



Réforme du financement



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**


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

Ces évolutions s'articulent avec les évolutions prévues dans le cadre de la réforme du financement MCO vers un modèle s'appuyant sur 3 compartiments

Cadre global

Compartiment Activité

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

Tarifs

- Financements à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins (forfait hebdomadaire par exemple)

Compartiment Missions Spécifiques

- ❖ 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

Dotations annuelles forfaitaires

- Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les tarifs pour les établissements isolés

Compartiment Objectifs de Santé Publique

- ❖ 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

Dotations annuelles forfaitaires

- Qualité et pertinence
- La modélisation de la prise en compte des critères qualité se fera dans les évolutions globales du modèle IFAQ

Travaux dialyse

Création des forfaits sur la base des caractéristiques patient

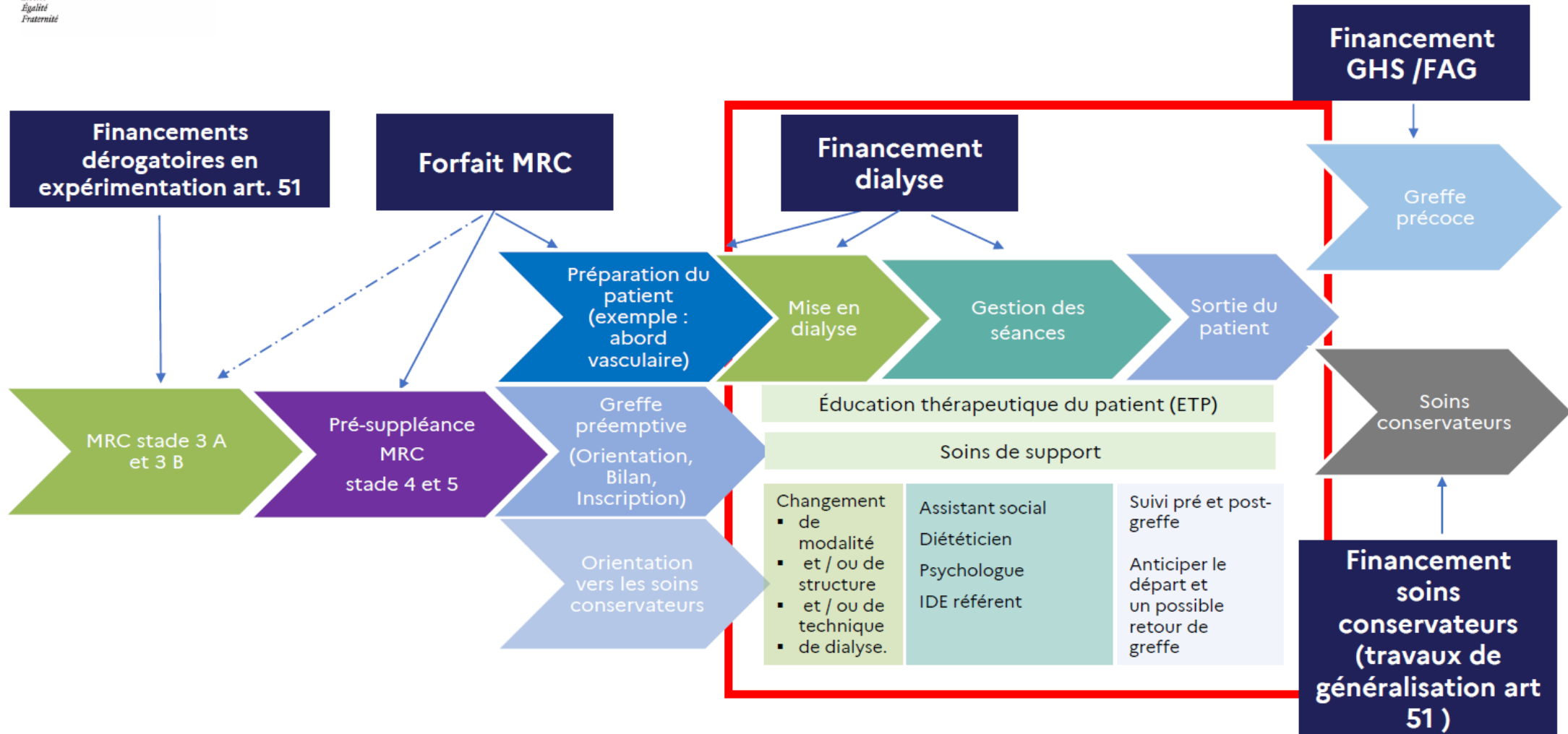
Financement des centres isolés (dotation) ?

Articulation avec les travaux d'IFAQ – introduction d'indicateurs qualité spécifiques

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



Méthode pour travailler les caractéristiques patients

Objectif

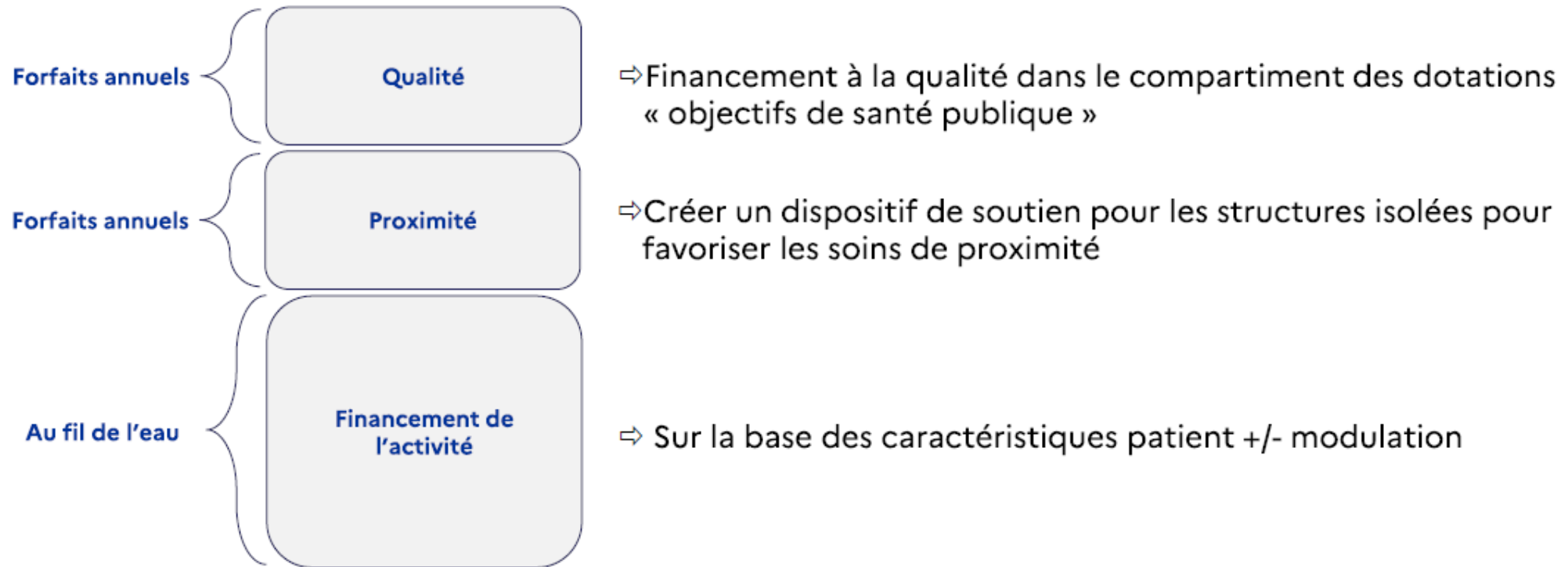
- Identifier les caractéristiques des patients qui impactent la prise en charge afin de construire une **échelle de forfaits sur 3 niveaux** : « **lourd** », « **modéré** », « **léger** »

Méthode

- **Identifier les caractéristiques qui induisent des risques en termes de prise en charge**
 - Lister les comorbidités actives qui présentent un risque spécifique dans le cadre de la dialyse et nécessitent une prise en charge lourde
- **Identifier les caractéristiques qui impactent l'autonomie du patient**
 - Etape 1 : construire la liste des gestes qui déterminent le niveau d'autonomie du patient
 - Etape 2 : établir la grille de correspondance entre l'autonomie par geste, le score global d'autonomie et le niveau de forfaits

Réforme du financement de la dialyse

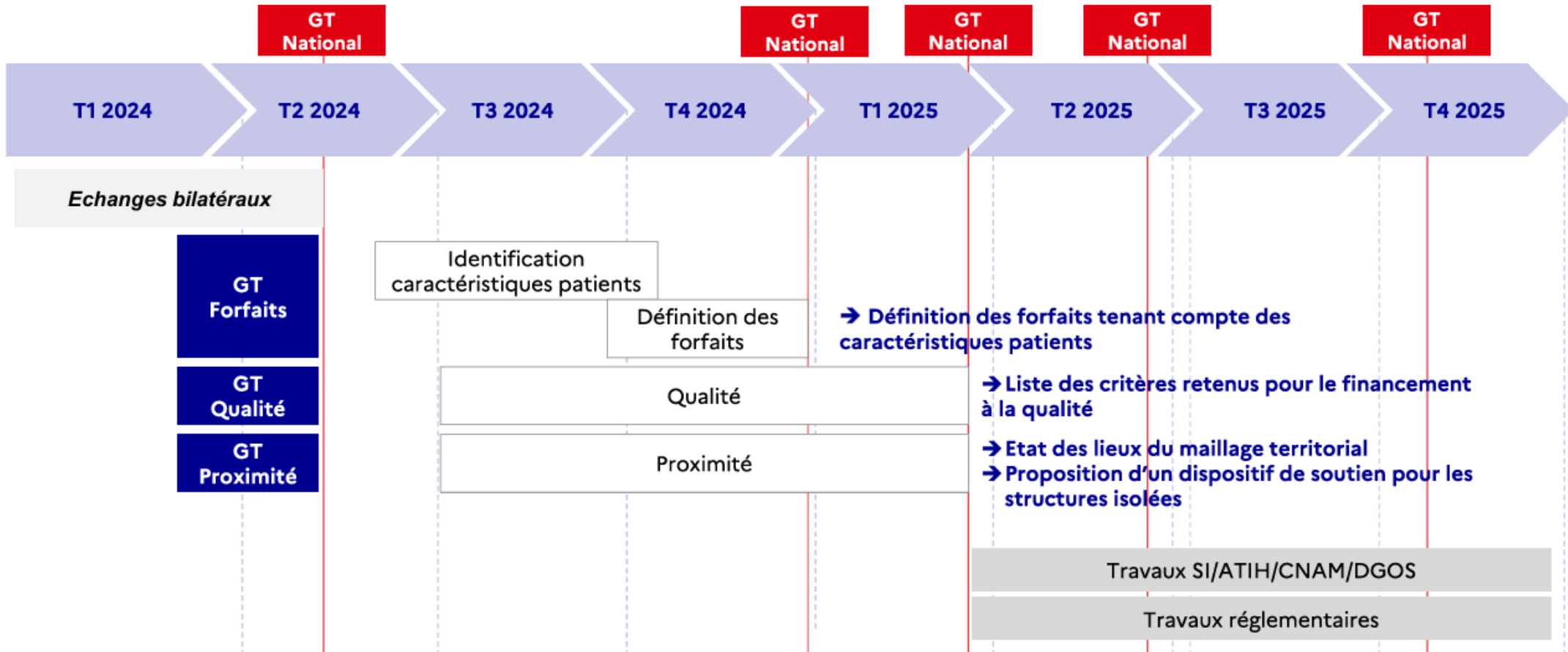
L'architecture cible de financement devra permettre de répondre aux trois enjeux identifiés : reconnaissance des caractéristiques patients, qualité et proximité



▶ Le poids de chaque compartiment et les modalités de valorisation associées seront définis au sein des groupes de travail

Réforme du financement de la dialyse

Le calendrier de travail



Exploitation des RPU et Dotation qualité Urgence

Exploitation RPU et Dotation Qualité Urgences

Exploitation des RPU et Dotation qualité Urgence

- Le nouveau modèle de financement des Urgences défini par la LFSS 2020 repose sur 3 compartiments :
 - recettes liées à l'activité
 - une dotation populationnelle,
 - une dotation complémentaire qualité
- Publication d'un 5 min dédié



Financement de la médecine d'urgence

5 minutes pour com-
prendre "Financement de
la médecine d'urgence"
(N°17) - mai 2023

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Exploitation RPU et Dotation Qualité Urgences

⊙ Exploitation des RPU et Dotation qualité Urgence

- une dotation complémentaire qualité : fonction du niveau de qualité atteint par un ES mesurée à partir des indicateurs suivants :
 - La mention du “DP”, pour chaque RPU transmis par l'établissement concerné ;
 - La transmission sans discontinuité, par l'ES, des RPU, pour laquelle il est autorisé pour la période de janvier à décembre pour les périodes concernées, conformément aux dispositions de l'arrêté du 24 juillet 2013 ;
 - La durée de passage dans la structure des urgences autorisée des patients d'au moins 75 ans hospitalisés ;
 - La part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une UHCD

Exploitation RPU et Dotation Qualité Urgences

◉ Exploitation des RPU et Dotation qualité Urgence

- Réunion du GT Qualité Urgences et diffusion des résultats des indicateurs par ES privé servant à la valorisation de la Dotation Complémentaire Qualité (DCQ) des urgences 2023 allouée en C4:

✚ **Les résultats 2023 interrogent : Ils ne sont pas particulièrement bons d'une manière générale sur certains indicateurs y compris pour notre secteur.**

⇒ *Un enjeu d'appropriation des indicateurs par les établissements*

✚ La FHP-MCO a diffusé un travail d'exploitation des RPU (été 2024)



La parole est à vous





Questionnaire de satisfaction



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

ou de le remplir via





DÉJEUNER

Reprise à 14h

Nous remercions nos partenaires :



ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI : 14H00 À 17H00

- La refonte des sévérités
Nicolas DAPZOL, Vincent PISETTA, et du Dr Raphaël SCHWOB, Service CIM-MF
Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**
- Point d'actualité sur la Réforme du financement SMR
Eric NOEL, Délégué Général, FHP – SMR
- La Réforme des autorisations : point d'étape et déclinaison régionale
Thierry BECHU et le Dr Matthieu DERANCOURT - FHP-MCO

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





La Refonte des Sévérités

**Nicolas DAPZOL, Vincent PISETTA, et du Dr
Raphaël SCHWOB, Service CIM-MF
ATIH**

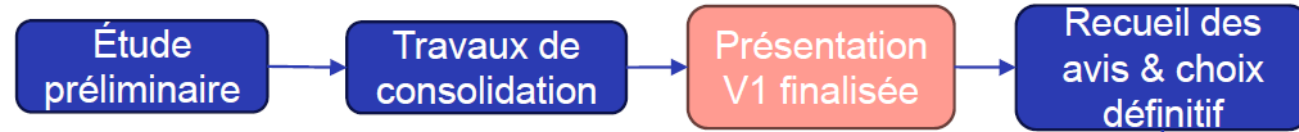


La parole est à vous



La refonte des Sévérités

◉ Implication et position de la FHP-MCO :



➤ Travaux de la V1 finalisés :

- Présentation aux fédérations au cours de 4 réunions de 2h (mars – avril 2024)
- Lors du CT MCO du mois d'octobre, annonce des prochaines étapes identifiées par l'ATIH :

- Pour la fin 2024 : poursuite des échanges sur la pédagogie, le recueil des remarques et les demandes d'évolution, voire des souhaits de modèle cible
- Début 2025 : présentation d'une stratégie pluriannuelle

Envoi de documents explicatifs
Et diffusion groupage nouvelles versions

➤ À l'Ordre du jour de toutes les réunions du GE « évolution de la classification des GHM » + un GE exceptionnel « Sévérité » en juillet avec intervention de l'ATIH + sollicitation pour formaliser la réponse FHP-MCO

La refonte des Sévérités

◉ Implication et position de la FHP-MCO :

- Etat des lieux lors du CT MCO de juillet des Retours écrits à date de 3 FD (Unicancer, FEHAP, FHP)
 - Accueil positif des travaux réalisés et présentés
 - Demande de groupages via la PDH (Unicancer, FHP)
 - Demande de mesures de l'impact médico-économique
 - Demande de présentation complémentaire (FEHAP FHP)
- 1^{er} Retour FHP SMR (Note Pool DIM SMR) :
 - questions relatives à la liste des exclusions, à l'indice de précision
 - Alerte sur le risque les séjours de niveau 3 (en SMR) soient rares
 - Questions relatives au choix des diagnostics FSE
 - Alerte sur la difficulté à saisir la logique du classement en CMA de certains diagnostics
 - Un gros travail de révision des GME est également à prévoir pour intégration de ce nouveau niveau de séjour
 - Un système à grande opacité nécessitant du temps et de l'accompagnement pour l'appréhender.

La refonte des Sévérités

⦿ La position de la FHP MCO (Retour FHP MCO sept 2024) :

➤ Concernant la méthode :

- Un modèle général intelligible : **La prise en compte des CMA multiples est une demande attendue de longue date**, qui fait sens en termes de prise en charge des patients. Mais cette nouvelle méthode **est beaucoup moins lisible techniquement que le modèle actuel**.
- Démarche inter-champs : intérêt pour ce type de démarche inter-champs qui apporte de la cohérence. Dans la mise en œuvre, il est possible d'envisager un calendrier différent entre MCO et SMR (contextes spécifiques par champ) .
- La méthode de sélection des diagnostics : la notion de priorité/précision/d'indice de précision qui méritait d'être plus amplement décrite, sur la façon dont cet indice intervient en lien avec les exclusions DAS/DAS. La lecture de votre réponse aux questions de la FHP-SMR nous a éclairé sur ce sujet. Toutefois, il conviendra de développer ce point dans les éléments de présentation de cette refonte des sévérités aux ES en s'accordant sur un terme (« indice de précision » ou « indice de priorité » en fonction des diapos), en expliquant comment a été déterminé ce niveau de « précision » hiérarchique des différents diagnostics, par l'intermédiaire d'exemples concrets.
- La question des actes CMA : **La FHP MCO souhaite que l'ATIH poursuive ces explorations sur cette problématique + rappel de la proposition** de travailler à minima sur une liste d'acte à prendre en compte.

La refonte des Sévérités

➤ Concernant la méthode (suite):

- Les règles de cumul / matrice de combinaison : Certaines règles de combinaison posent question, à la fois vis-à-vis du fonctionnement actuel et vis-à-vis de la prise en compte du cumul des sévérités + **Les situations avec plus de 4 CMA de niveaux 2 ont-elles été envisagées ? Est-il prévu qu'un cumul de CMA de niveau 2 puisse déclencher seul l'atteinte d'un groupage en niveau 4 ?**
- Effets Ajoutés : **intérêt de distinguer dans la sévérité d'un séjour ce qui relève de la sévérité médicale de ce qui relève d'autres caractéristiques du séjour.** Les règles liées aux effets ajoutés seront à réviser quand les bases seront stabilisées avec le nouveau modèle. **Alerte sur la prise en compte dans les effets ajoutés de variables qui dépendent de l'organisation mêmes des ES, contrairement aux codes FSE retenus à ce stade qui sont inhérents au patient et à son entourage** ou sur lesquels l'ES n'a pas la main comme l'indisponibilité des structures de soins. Il n'y a pas lieu de moduler la sévérité d'un séjour en privilégiant une organisation plutôt qu'une autre => **Nous sommes opposés à la proposition d'intégrer à ces effets d'autres variables comme la venue par les urgences, en lien avec les travaux programmés/non programmés.**

➤ Concernant les résultats :

- Le nombre de niveaux de sévérité : **nous privilégions de rester sur 4 niveaux.**
- La durée des séjours : La question de la sévérité et de la polypathologie en ambulatoire et dans les séjours courts n'est malheureusement pas résolu avec cette refonte.

La refonte des Sévérités

- Concernant les résultats (suite) :
 - Impact de la réforme : manque de visibilité concernant l'impact sur le groupage des séjours, et sur la recette des ES :
 - **est-il envisageable de prévoir la mise à disposition des 2 groupeurs** : permettre en temps réel pour chaque séjour de se rendre compte des changements, afin de mieux préparer la mise en œuvre et pouvoir remonter les difficultés/incohérences/incompréhension.
 - Impact sur les tarifs : les travaux montrent une redistribution des séjours dans les différents niveaux. le principe d'un **recalcul des tarifs** est-il acté ? et si oui, selon quel cas de figure ? Un **recalcul des bornes basses et hautes** est-il envisagé ?
 - Rappel des **demandes de mesure de l'impact médico-économique**
 - La lisibilité du modèle : très faible lisibilité de ce nouveau modèle qui semble rendre totalement imprévisible le groupage d'un séjour et rendre particulièrement complexe la formation des intervenants en charge du codage.
 - ⇒ Ces travaux permettent de répondre à une demande de longue date quant à la prise en compte de la polypathologie, Mais la complexité du modèle inquiète notamment en regard de la potentielle perte de lisibilité (sachant que les niveaux de sévérité sont suivis de près par nos établissements) et de la charge de travail à venir pour la mise en œuvre de cette réforme.
- Question du calendrier de mise en œuvre (étapes à venir , consultation des FD, ...) afin de mieux appréhender la gestion de la transition vers ce nouveau modèle et votre vision sur ce point.



La parole est à vous





Réforme du financement SMR

Éric NOEL, Délégué Général
FHP – SMR



La parole est à vous





Point d'actualités sur la Réforme des autorisations

Thierry BECHU, Délégué Général,
Dr Matthieu DERANCOURT, Médecin Conseil,
FHP-MCO

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.



➤ 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...

➤ **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 »**.

➤ Soins critiques

- Vigilance sur la déclaration de mise en œuvre même si délai de mise en conformité
- Pour les suppléments SI, en l'absence de réforme de financement, dès lors que l'activité de SI est mise en œuvre (déclaration), facturation possible.
- Penser à revoir sa contractualisation USC (dorénavant hors périmètre des soins critiques) si modification notamment du capacitaire.
- Nouvelles UM à déclarer dans votre PMSI
- Rappel du principe de gradation USC/USIP ([Dépêche Expert N°829 - Principe de gradation – USC et USIP - FHP-MCO](#))

➤ Chirurgie pédiatrique

- « Déclencheur » : Recommandations SFAR
- Etude APFeL 2024 présentée au dernier congrès de la SFAR : « L'anesthésie pédiatrique est maîtrisée dans les centres privés » (Dr Clémence HINDY-FRANCOIS)
- La SFAR va-t-elle reporter ses recommandations ?
- Le cas échéant, la FHP envisage de formaliser une charte sur la prise en charge de la chirurgie pédiatrique

➤ **Cancérologie**

- Des demandes d'ARS sur le dossier autorisation hors décret
- Une absence de méthodologie PMSI INCA permettant de distinguer les mentions A et B
- Une mention A7 sans aucune méthodologie INCA: la FHP MCO a proposé une analyse.
- Mémo K de l'ovaire et exhaustivité

➤ Dialyse

- Deux particularités:
 - Travaux en parallèle financement/autorisation
 - Participation des représentants des usagers

A ce jour, lisibilité difficile...

Deux phases dans les travaux « autorisation »

Réforme des autorisations

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**

Deux phases

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 :**
Télé médecine ?



Cas particulier
des **enfants**



Dialyse en urgence



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



Recueil des
données

Réforme des autorisations

➤ Dialyse

- Les termes « insuffisance rénale chronique » ne doivent pas être utilisés dans la définition de l'activité de dialyse considérant les travaux européens en cours.
- Les travaux menés dans le cadre de ce GT doivent s'articuler avec le contenu du forfait MRC ; les termes « dispositif d'annonce » (1/3 des patients arrivent en dialyse en urgence, la majorité des annonces sont faites dans le cadre de la pré suppléance puis pendant la suppléance). Il s'agit plus d'une évolution ou d'un changement de technique de dialyse. On ne peut pas dupliquer la logique de la consultation d'annonce de la cancérologie.
- L'autonomie du patient dialysé doit être privilégiée.
- Les objectifs d'amélioration de l'accès à l'éducation thérapeutique et de l'accès aux soins de support sont indispensables. Deux approches, sensiblement différentes, sont portées par les membres du GT : la création de ratio pour les soins de support ou la mise en place d'indicateurs de résultats en lien avec la qualité.
- Le travail de coordination entre les équipes de néphrologues et les centres de transplantation doit être amélioré et surtout valorisé pour favoriser l'accès à la greffe rénale des patients.
- **Vigilance dans le cadre de ces travaux de réforme des autorisations de dialyse à ne pas « rigidifier » ou « complexifier » finalement le régime des autorisations. Il faut maintenir une certaine souplesse afin de ne pas fragiliser l'accès à ces prises en charge.**

➤ Limitation des autorisations

- La FHP MCO a constaté depuis quelques temps une pratique visant à la « production » **d'arrêtés limitant certaines prises en charge.**
- Cette multiplication entraine un manque de lisibilité sur la réglementation à respecter en la matière mais également une forte difficulté pour les ARS pour fixer la liste des établissements de santé qui répondent aux conditions fixées par chacun de ces arrêtés.
- Saisie de la DGOS lors d'une dernière consultation.
- Travail de recensement réalisé par la FHP MCO et mis à disposition sur le site autorisations au chapitre « Les Références » des activités de soins :

[Les références – FHP MCO](#) (chirurgie)

[Point 9 : Les références – FHP MCO](#) (cardiologie interventionnelle)

➤ Endométriose

- Stricto sensu par une autorisation mais une labellisation
- Une étude PMSI FHP MCO a été réalisée sur le site autorisations.
- Pour mémoire, une instruction relative à l'organisation, sur les territoires, de filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose (https://fhpmco-autorisations.fr/wp-content/uploads/2024/07/instruction_dgos_12072022-orga_filières_dans_territoires.pdf)



La parole est à vous





Questionnaire de satisfaction



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

ou de le remplir via



Nous remercions nos partenaires :





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)



**Merci
pour
votre attention
et
votre participation**