



31^{ème} Club des Médecins DIM

Mercredi 14 octobre 2026

ORDRE DU JOUR

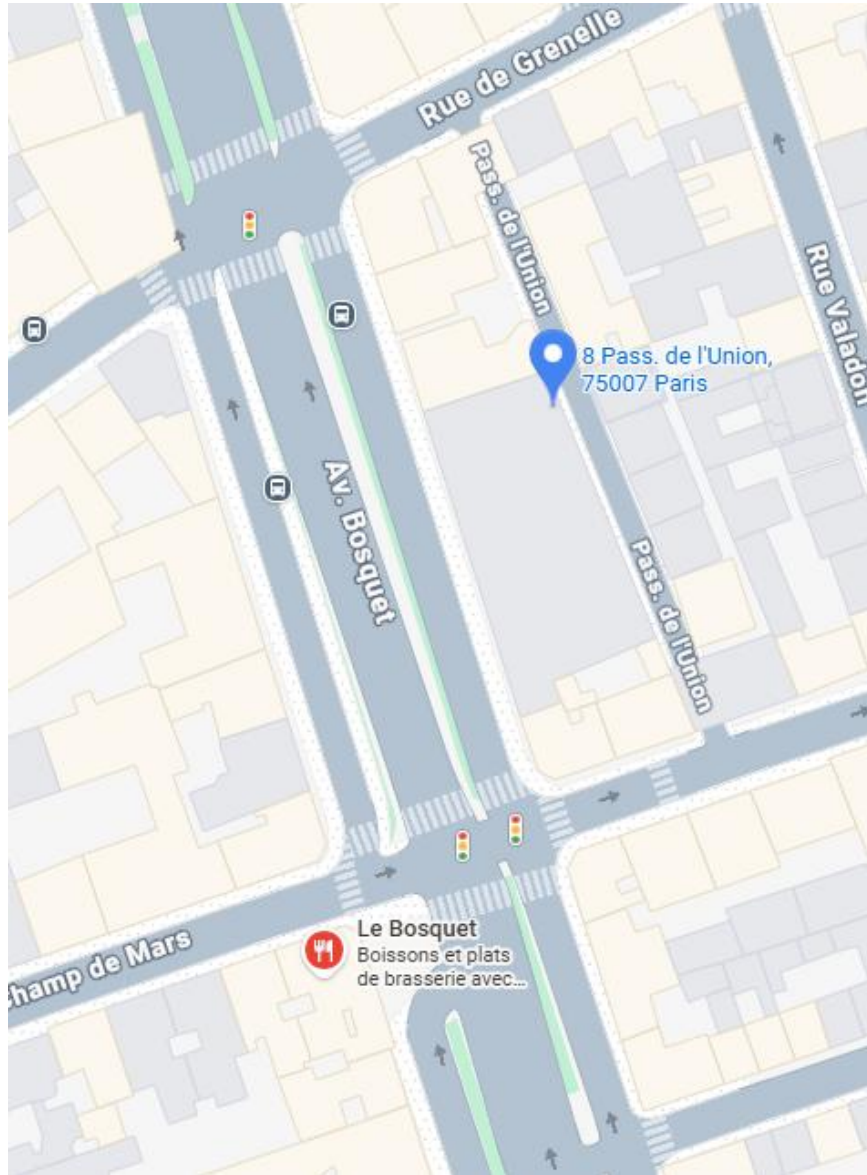
MATINÉE :

- Contrôles externes T2A : retour sur les contrôles passés et orientations de la nouvelle campagne
Dr Béatrice RIO, Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude – CNAM
- Point d'actualité ATIH sur les nouveautés 2027
Vérane BERGER, Dr Catherine LE GOUHIR, Dr Fabrice DANJOU, Service CIM-MF – ATIH
- Point d'actualité MCO : Campagne tarifaire 2026 - Perspectives campagne tarifaire 2027 - Point sur les réformes de financement
Equipe FHP MCO

DÉJEUNER

AVEC LE SOUTIEN DE
NOS PARTENAIRES :





Déjeuner
au restaurant Le Bosquet
situé en face du MEDEF

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI :

- Table Ronde : « L'IA au service des DIM »
Dr Vincent CANUEL, Directeur de l'Information Médicale Groupe - **GIE Vivalto Santé Management**,
Dr Charles LEQUEU, Directeur de l'exploitation et de la valorisation de la donnée médicale - **Ramsay Santé**
et **Dr Arthur SPILLEBOUT**, Médecin DIM - **Groupe Hospitalier Les Portes du Sud**
- Retour sur l'Expérimentation codage PMSI en CIM-11
Dr Fabrice DANJOU, et **Dr Sophie GUEANT**, Service CIM-MF Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**
Dr Caroline FLAMENT, Médecin DIM - **Groupe Pauchet Santé**
- Point d'actualité MCO : Campagne tarifaire 2026 - Perspectives campagne tarifaire 2027 - Point sur les réformes de financement
Thierry BECHU, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité – **FHP-MCO**

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



Nous remercions nos partenaires :



ABONNEZ-VOUS

à notre page LinkedIn





Questionnaire de satisfaction



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



Contrôles externes T2A : retour sur les contrôles passés et orientations de la nouvelle campagne

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



La parole est à vous





Point d'actualité ATIH sur les nouveautés 2027

**Vérane BERGER, Catherine LE GOUHIR et Dr
Fabrice DANJOU, Service CIM-MF Classifications,
Information Médicale et Modèles de Financement
– ATIH**



La parole est à vous





Point d'actualité MCO

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

Point d'actualité MCO

- **Point d'étape sur la Campagne tarifaire 2026**
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2027**
- **Point de situation : RIHN, MRC, HTNM, Pertinence et Efficience, projet ROC**
- **Réforme du financement MCO : IFAQ, Dialyse, Parcours coordonnés renforcés, radiothérapie**

Campagne tarifaire 2026

Point d'étape

- Exécution de l'ONDAM 2026
- Coefficient Prudentiel 2026
- Point sur les circulaires de campagne

Campagne tarifaire 2026: Point d'étape

Accompagnement FHP-MCO :

- 30^{ème} Club des médecins DIM (février 2026) : Présentation par la DGOS de la campagne tarifaire MCO-HAD 2026
- 5 minutes pour comprendre la CT 2026 – FHP MCO
- Dépêche EXPERT N°924 - Arrêté Forfaits (Prestations) 2026
- Dépêche EXPERT N°928 - Arrêté Tarifaire 2026
- Dépêche EXPERT N°935 - Instruction Coefficient MCO 2026
- Dépêche EXPERT N°940 - Notice Technique ATIH
Nouveautés « financement »
- Dépêche EXPERT N°972 - Transmission Des Données PMSI / Coef Prudentiel 2026



La prévision d'atterrissage de l'ONDAM ES pour 2026

- ▶ Les prévisions d'exécution annuelle sur la part tarifs de l'ONDAM établissements de santé, établies sur la base des données d'activité à fin juin, anticipent un **dépassement de l'ordre de +300M€**, qui se décomposerait entre :
 - ✓ **+240M€ sur la part tarifs MCO-HAD** qui s'explique par une dynamique d'activité plus soutenue qu'anticipé sur le secteur ex-DG : dynamique d'activité de **+2,6% pour le secteur ex-DG** et de **+2,2% pour le secteur ex-OQN** à comparer à l'hypothèse retenue en campagne tarifaire de +2,3% (en CJO, +2,7% en brut).
 - ✓ **+60M€ sur la part tarifs SMR**, traduisant une dynamique d'activité qui reste soutenue dans les deux secteurs ex-DG et ex-OQN.
- ▶ Ce risque de dépassement des parts tarifs MCO-HAD et SMR peut être couvert par une **mobilisation du coefficient prudentiel sur les tarifs hospitaliers, qui s'élève pour 2026 à 441M€**.
- ▶ Le niveau de mobilisation du coefficient prudentiel **fera l'objet d'un arbitrage ultérieur** sur la base des prévisions d'atterrissage actualisées à M8 ou M9.

La rectification de l'ONDAM ES 2026

La partie rectificative du PLFSS pour 2027 intègre une **diminution de l'ONDAM ES 2026 de - 0,2Md€** par rapport au niveau de l'ONDAM ES voté en LFSS initiale pour 2026. Cette rectification intègre :

- ▶ **Une rectification de l'ONDAM ES de l'ordre de - 0,4Md€,** correspondant à l'annulation des 180M€ de crédits de dotations mis en réserve ainsi que l'anticipation d'une sous-exécution de l'ordre de 200M€ sur les dépenses de la liste en sus.
- ▶ **La prise en compte des mouvements de périmètre intervenus postérieurement à la LFSS initiale, pour un montant de l'ordre de +0,2Md€,** correspondant principalement au transfert de plusieurs mesures du FIR vers l'ONDAM ES (consultations mémoire pour 74M€ et coordination des pratiques de soins en cancérologie pour 94M€).

Campagne Tarifaire 2026

Coefficient Prudentiel 2026

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.



En attente de l'Avis du Comité d'alerte d'octobre ?

- 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 2026

Avis n°2 du Comité d'Alerte sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Extraits :

« Au regard des informations dont il a pu disposer à ce stade de l'année, le comité d'alerte ne peut écarter tout risque que le montant des dépenses relevant de l'ONDAM dépasse le seuil d'alerte de 0,5 % du montant global de l'ONDAM voté dans la LFSS 2026 (soit un peu moins de 1,4 Md€), sous l'effet d'un possible dépassement du sous-objectif des dépenses de soins de ville et, de manière plus incertaine, d'une hausse plus forte qu'anticipé de l'activité tarifée des ES.

Selon toute vraisemblance, **une annulation intégrale des mises en réserve constituées en début d'année à hauteur de 1,1 Md€ permettrait toutefois de ramener le montant total de l'ONDAM en deçà du seuil d'alerte**. C'est pourquoi le comité d'alerte ne fait pas état dans cet avis d'un risque sérieux que les dépenses dépassent de plus de 0,5 % l'objectif fixé par la LFSS 2026, en prenant pour hypothèse la disponibilité du Gouvernement à annuler les mises en réserve en cas de risque notable de dépassement de l'objectif voté par le Parlement. »

.../...

« En outre, **même si les annulations de mises en réserve constituées en début d'année à hauteur de 1,1 Md€ devaient permettre de respecter parfaitement le montant de l'ONDAM fixé par la LFSS 2026, elles pourraient en revanche avoir une incidence défavorable sur le solde déficitaire des ES et médico-sociaux publics**, dont le comité d'alerte rappelle dans l'ensemble de ses avis qu'il constitue un point de fuite majeur de la norme des dépenses d'assurance maladie constituée par l'ONDAM. »

.../...

« Plus précisément, s'agissant des établissements publics de santé, il en irait ainsi si tout ou partie des annulations de mises en réserve venait compenser un dépassement du sous-objectif des soins de ville, et non pas exclusivement une progression plus forte que prévu de l'activité tarifée de ces mêmes établissements.

Dans cette éventualité, et bien que cet effet n'ait pas un caractère mécanique (il dépend notamment des possibilités et des pratiques d'ajustement de leurs dépenses par les établissements), **les annulations de mises en réserve pourraient favoriser un accroissement du solde déficitaire des établissements publics de santé ou une réduction moindre que celle que doit en principe favoriser le concours supplémentaire (0,85 Md€) attribué lors de la discussion parlementaire du projet de LFSS 2026**. »

.../...

« Préalablement à toute annulation de financements mis en réserve, **les impacts directs et indirects de l'accélération de l'inflation sur les charges de rémunérations et d'achats sont en tout état de cause de nature à favoriser une dégradation du solde des ES et médico-sociaux**. »

Circulaire CT 2026

- Diffusion de la 1ère circulaire budgétaire 2026 fin mai (C1 2026)
 - Allocation de près de 34Md€, soit 94% des crédits de dotations budgétés au sein de l'ONDAM ES 2026
 - 30,6Md € C1 2026 MS/OSP/SMR/PSY/USLD ;
 - 3,4Md€ de crédits notifiés aux ES dans le même calendrier que la C1: dotation file active (DFA) et dotation qualité du codage (DOC) en psychiatrie, dotations IFAQ (MCO, PSY et SMR).
- Diffusion de la deuxième circulaire budgétaire 2026 en octobre (C2 2026)
 - Allocation de près de 868M€ de crédits supplémentaires
 - Les crédits ont vocation à être notifiés d'ici le 10 nov aux CPAM pour un paiement au 5 déc pour les établissements ex-OQN.
 - Détails dans les diapositives suivantes
- Le calendrier prévisionnel de la C3 devrait être identique à celui de la C3 2026:

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

Retour sur la deuxième circulaire 2026 (1/5)

Point 1 : Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation (MS ER01-PSY-JPE)

La dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation, d'un montant de 2,1Md€ en 2025, constitue un financement national au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

Comme annoncé par message le 30 septembre (cf. ci-dessous), *le solde de l'enveloppe « enseignement » est alloué via la présente circulaire à hauteur de 234M€ au titre de l'exercice 2026, et vient en complément des crédits alloués en C1 au titre de la dotation socle, soit 1,84Md€.*

Le fichier Excel comportant les établissements de santé concernés a été adressé.

Retour sur la deuxième circulaire 2026 (2/5)

Point 2 : Financement des activités de recours exceptionnel (MS ER02- JPE)

Le financement des activités de recours exceptionnel a vocation à prendre en charge des activités rares de recours ultraspécialisées identifiées par un ou plusieurs actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) classant(s) mais dont les coûts sont insuffisamment couverts par les tarifs.

Le recensement auprès des établissements de l'activité au titre des techniques chirurgicales et interventionnelles éligibles au recours exceptionnel et celui des surcoûts moyens estimés permettent de répartir une dotation totale de 57,5M€ entre 163 établissements de santé.

Nous avons demandé à être destinataire de la liste des établissements de santé concernés.

Retour sur la deuxième circulaire 2026 (3/5)

Point 3 : Actes hors nomenclature-RIHN (MS BI01-JPE)

La dotation totale au titre des actes hors nomenclatures (HN) de biologie médicale et d'anatomocytopathologie s'élève cette année à 521,5M€.

Dans le cadre de la présente circulaire, une délégation complémentaire de 261M€ correspondant au solde de l'enveloppe, soit 50% des crédits budgétés, est déléguée aux établissements de santé et répartie sur la base de l'activité 2025.

Retour sur la deuxième circulaire 2026 (4/5)

Point 4 : Le soutien exceptionnel aux établissements de santé en difficulté (MS NR)

A titre exceptionnel, un accompagnement à hauteur de 114,2M€ est versé par cette circulaire, toutes enveloppes de financement confondues, en crédits non reconductibles afin d'accompagner les ES dans leurs difficultés de trésorerie.

Les aides en trésorerie nationales sont des aides ponctuelles destinées à répondre à un risque 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. Ces crédits ont donc notamment pour objet d'accompagner les ES dans la mise en œuvre de plan d'apurement de leurs dettes fournisseurs, fiscales et sociales.

*Afin de donner davantage de visibilité aux ARS sur leurs crédits mobilisables en 2026, la majeure partie de l'enveloppe avait été versée dès la 1^{ère} circulaire budgétaire. La 2^{ème} circulaire verse le complément au titre de l'exercice 2026. Comme les années précédentes, ces crédits sont « régionalisés » afin de donner une plus grande marge de manœuvre aux ARS. **Bien que leur répartition interrégionale soit fondée sur des indicateurs propres au secteur public, les ARS peuvent employer ces crédits tous secteurs confondus***

Retour sur la deuxième circulaire 2026 (5/5)

Point 5 : Les mesures liées à l'hospitalisation à domicile

- Développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (OSP-NR)

7,6M€ de crédits sont délégués en non reconductibles aux établissements d'HAD afin de lever les freins tarifaires à la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives. Le périmètre est précisé dans la fiche technique diffusée en 2018 sur le site du ministère de la santé. La répartition est calculée au prorata de l'activité des établissements d'HAD en 2025, pour les prises en charge concernées.

- Traitements coûteux hors liste en sus et hors AP/AC dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) (MS-NR)

La présente circulaire délègue 7,8 M€ en crédits non reconductibles aux structures d'HAD, sur la base des données recueillies au titre du premier semestre 2026, via le recueil FICHCOMP, mis en place par l'instruction N° DGOS/R4/2020/149 du 28 août 2020 relative aux traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.

La répartition de la dotation est réalisée selon la même méthodologie que les années précédentes. Le calcul est fait d'une part par unité commune de dispensation (UCD) et d'autre part se réfère au prix médian national déterminé grâce à l'enquête médicaments.

Des crédits complémentaires seront délégués en 1ère circulaire budgétaire 2027, et répartis en fonction des données d'activité de l'année 2026 (transmission à M12).

- Soutien en HAD-Réadaptation (OSP NR)

La présente circulaire alloue, en complément des crédits de la première circulaire 2026, 4M€ en crédits non reconductibles aux établissements d'HAD titulaires d'une autorisation d'HAD réadaptation (« HAD-R ») au titre de la valorisation de cette mention spécialisée.

Les HAD titulaires de la mention spécialisée de réadaptation ayant codé des journées en mode de prise en charge principal relevant de la « rééducation orthopédique » (MPP11) ou de la « rééducation neurologique » (MPP12) bénéficient de 57 euros complémentaires par journée codée.

Cet accompagnement financier concerne l'activité pour l'année 2025. La date de début du financement complémentaire est concomitante au mois de délivrance de l'autorisation par l'ARS.

Campagne tarifaire 2027

Évolutions envisagées

- les Evolutions Possibles de la Classification, du Recueil, de l'information médicale
- Les orientations FHP MCO pour la campagne
- PLFSS 2027
- Les travaux de campagne
- La gestion de la Liste en sus

Point d'actualité MCO : Campagne Tarifaire 2027

Orientations FHP-MCO pour la campagne 2027 :



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

Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2027: Point de situation PLFSS 2027

Premières informations sur le PLFSS 2027

Extrait du dossier Budget 2027 :

Réformer structurellement l'Assurance maladie pour continuer à soigner les Français

- Renforcer l'accès aux soins
- Renforcer la prévention aujourd'hui pour éviter des dépenses supplémentaires demain.
- Se doter d'une « règle d'or » du médicament et faire de la science la règle du remboursement
- Réformer les arrêts de travail pour favoriser le retour au travail

Santé et accès aux soins

Renforcer les actions de prévention pour améliorer la santé des Français

- Améliorer l'accès aux grands programmes nationaux de dépistage et de prévention.
- Le PLFSS 2027 renforce la politique vaccinale,
- En 2027, la politique de prévention continuera à se développer au plus près des territoires. Les agences régionales de santé traduiront concrètement les grandes priorités de prévention, autour de trois orientations.

Premières informations sur le PLFSS 2027

Améliorer l'offre de soins

- Poursuite du déploiement du réseau France santé, pour atteindre les 5 000 maisons d'ici la fin de l'année 2027
- Le projet de loi va permettre de diversifier le financement des centres de santé en leur ouvrant la possibilité de mettre en place une rémunération forfaitaire, en fonction du profil des patients
- Des financements nouveaux sont prévus pour accompagner l'augmentation d'activité des services de régulation et des transports urgents préhospitaliers (SAMU, services d'accès aux soins – SAS - et activité des HéliSMUR).
- Des moyens supplémentaires de plus de 3 Md€, c'est une croissance de 3 % du secteur pour **soutenir les tarifs hospitaliers et garantir leur stabilité par rapport à 2026.**
- Des mesures nouvelles ciblées sont par ailleurs identifiées pour financer les priorités du Gouvernement, en particulier s'agissant de la mise en œuvre des mesures et plans de santé publique, notamment les mesures en faveur de la psychiatrie et santé mentale, de la périnatalité, de la stratégie décennale soins palliatifs et des violences faites aux femmes et aux enfants.
- Nouvelles trajectoires d'aide à l'investissement des ES établies pour la période 2026-2035 afin de garantir la pleine réussite du plan Ségur, tout en inscrivant l'investissement hospitalier dans une logique de financement pluriannuelle. Au total, plus de 6 Md€ seront alloués aux établissements sur la décennie. Ces enveloppes viendront en complément du cadrage financier du plan Ségur sur la période 2026-2030, avant d'en prendre le relais à compter de 2031. Au sein de cette enveloppe, 10%, soit 600 millions d'euros, seront dédiés à l'adaptation de nos établissements au changement climatique.

Premières informations sur le PLFSS 2027

Soutenir les professionnels de santé

- L'ONDAM 2027 comprend plus de 50 Md€ de dépenses pour les professionnels de santé (honoraires et forfaits). Le PLFSS permettra en outre la tenue de différentes négociations conventionnelles qui amélioreront la rémunération des professionnels de santé et l'accès aux soins (comme par exemple les pharmaciens, les entreprises de transport sanitaire, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, ou les sages-femmes).

Des actions résolues pour maîtriser l'augmentation des dépenses de santé

- Le projet de loi traduit **le souhait du Gouvernement d'instaurer une « règle d'or » en matière de remboursement des médicaments** : l'arrivée de nouvelles molécules innovantes devant conduire à réévaluer le panier de médicaments pris en charge, tant sur le plan de leur efficacité médicale que de la pertinence de leur maintien au remboursement, nouvelle mission qui sera confiée à la HAS.
- Le projet de loi de financement améliore **la cohérence du financement de la radiothérapie**. En effet, la radiothérapie est utilisée pour traiter environ la moitié des nouveaux cas de cancer en France. Elle est réalisée à parts quasi égales par des établissements publics, privés à but non lucratif et des cabinets libéraux. Or, les règles actuelles de financement de la radiothérapie sont différentes entre les secteurs hospitalier et libéral et fondées sur des nomenclatures obsolètes. Cette disposition vise ainsi à sécuriser la convergence d'une nomenclature, de modalités de financement et de tarifs rénovés et partagés entre les deux secteurs

Premières informations sur le PLFSS 2027

L'Ondam se décompose comme suit :

Sous-objectif	Objectif de dépenses initial pour 2026	Objectif de dépenses révisé pour 2026	Objectif 2027	Taux d'évolution (à champ constant)
Soins de ville	117,5 Md€	117,4 Md€	118,3 Md€	0,8 %
Établissements de santé	112,8 Md€	112,6 Md€	116 Md€	3,0 %
Ondam médico-social	34,3 Md€	34,2 Md€	35,1 Md€	2,6 %
<i>dont personnes âgées</i>	<i>18,3 Md€</i>	<i>18,2 Md€</i>	<i>18,8 Md€</i>	<i>3,3 %</i>
<i>dont personnes handicapées</i>	<i>16 Md€</i>	<i>16 Md€</i>	<i>16,3 Md€</i>	<i>1,9 %</i>
Fonds d'intervention régional (FIR) et soutien à l'investissement	6,4 Md€	6 Md€	5,9 Md€	-1,7 %
Autres prises en charge	3,3 Md€	3,3 Md€	3,4 Md€	3 %
Total	274,4 Md€	273,3 Md€	278,7 Md€	2,0 %

Premières informations sur le PLFSS 2027

Le PLFSS compte 49 articles. Alors que la LFSS 2026 prévoyait un déficit de la sécurité sociale de -19,4 Md€ en 2026, le PLFSS 2027 le rehausse à -21,8 Md€ pour la même année (soit 2,4 Md€ supplémentaires), et prévoit un déficit de -12,7 Md€ en 2027.

Les tarifs applicables aux établissements de santé resteraient "stables", selon ce PLFSS 2027 a souligné le gouvernement.

Pour les établissements de santé, la hausse des dépenses serait de 3 %, pour atteindre 116 Md€, et comprendrait notamment une enveloppe d'environ 200 millions d'euros (M€) consacrée à l'indemnisation transitoire des agents hospitaliers, en compensation du report à 2028 de l'application de la protection sociale complémentaire au versant hospitalier.

Premières informations sur le PLFSS 2027



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins

ONDAM établissements de santé 2027 – Éléments de cadrage (1/2)

L'ONDAM établissements de santé progresse en 2027 de **+3,0%** (vs +3,3% en LFSS 2026 initiale), soit **+3,3Md€**. Il est porté à 116Md€. Ce taux de progression recouvre :

- ❶ Une évolution spontanée des charges des établissements de **+3,3% en 2027** qui repose sur les hypothèses :
 - ▶ d'inflation de +1,8%, plus haute que l'hypothèse retenue en 2026 (+1,1%)
 - ▶ de GVT de +1,0% (vs +0,9% en 2026), revue à la hausse en 2027 en tenant compte des travaux réalisés par la DREES
 - ▶ d'activité, qui devrait rester soutenue (hypothèse volume de +2,5% sur le champ MCO/HAD et sur le champ SMR ; +1,5% pour la psychiatrie et les USLD), tirée notamment par les effets démographiques
 - ▶ d'une dynamique de la liste en sus ralentie par rapport à celle de 2026 (+0,5Md€ avant économies, +0,07Md€ après économies, contre +0,2Md€ en 2026)
- ❷ La constitution d'une provision permettant d'assurer, pour les EPS, **la compensation intégrale de la hausse de 3 points du taux de cotisation CNRACL** prévue en 2027, qui représente 639M€ soit 0,6 pt d'ONDAM ES, **ainsi que le financement du dispositif transitoire de protection sociale complémentaire** (versement forfaitaire de 20€ par agent).
- ❸ **Des mesures nouvelles ciblées pour 267M€** (vs 385M€ en 2026), resserrées sur les coups partis et les engagements politiques.
- ❹ Outre l'évolution tendancielle et les mesures nouvelles ciblées, l'ONDAM hospitalier 2027 comprend des crédits supplémentaires pour **soutenir les tarifs hospitaliers et garantir une évolution des tarifs stables en moyenne**, en tenant compte de la nécessité de financer l'effet « base » du dépassement de 2026.

Premières informations sur le PLFSS 2027

ONDAM établissements de santé 2027 – Éléments de cadrage (2/2)

⑤ Des mesures d'efficience à hauteur d'1,7Md€ :

- **460M€** d'économies liste en sus dont 25M€ au titre de la gestion active de la liste en sus
- **680M€** d'économies pesant directement sur les établissements de santé dont :
 - ✓ 645M€ de mesures d'efficience (quantum proche de celui de l'an dernier) représentant un effort de l'ordre de 0,6% de l'ONDAM.
 - ✓ 35M€ d'économies supplémentaires qui reposent sur la suppression de la double facturation dans le cadre de l'activité libérale de radiothérapie à l'hôpital public (article 73 de la LFSS pour 2026).
- **550M€** d'économies liées à un transfert des dépenses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires et les assurés qui recouvrent :
 - ✓ L'effet report du transfert de dépense de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires réalisé en 2026 (50M€)
 - ✓ La couverture AMC habituelle des MN 2026 via une hausse des TNJP (66M€)
 - ✓ Un transfert complémentaire AMO vers AMC à hauteur de 430M€ dont les modalités de traduction concrètes sont en cours de définition

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2027

Le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2027 s'inscrit dans un contexte doublement particulier :

- ✓ Un exercice d'équilibre complexe entre une nécessaire maîtrise de la progression des dépenses de santé et la sanctuarisation de la qualité de la prise en charge des Françaises et des Français ;
- ✓ Et une période politique à fort enjeu, qui ne doit pas conduire à l'inertie mais au contraire être vue comme une opportunité pour poser des orientations qui marquent durablement le débat et les transformations en santé.

Année après année, les acteurs de santé comme la classe politique pointent les limites de l'exercice des Lois de financement de la Sécurité Sociale, qui brident par leur construction essentiellement comptable une vision stratégique de la santé. Les mêmes maux produisant les mêmes effets, notre système de santé ne peut que s'en trouver durablement dégradé. Dans un tel cadre, des changements majeurs de paradigme s'imposent et le PLFSS 2027 doit être vu comme une opportunité pour poser les jalons de ceux-ci et faire entendre une voix politique forte.

Le niveau de l'Ondam ES doit être à la hauteur des missions au service des patients

Chacun est conscient des difficultés dans lesquelles se débattent les établissements de santé. A fin 2025, le secteur hospitalier privé a présenté un résultat net déficitaire pour la deuxième année consécutive et près de la moitié des établissements privés sont en perte : environ 46% de l'ensemble des établissements. Depuis 2021, la capacité d'autofinancement a chuté de 65%, entraînant une baisse très importante de l'investissement. Cette situation financière dégradée est la conséquence d'un sous-financement de l'inflation à hauteur d'un milliard d'euros sur la période 2021-2024, du financement partiel des mesures Ségur RH et d'une absence de financement de toute revalorisation salariale depuis 2023.

- 14 propositions d'amendements portées par la FHP
- Autour de 4 axes :
 - efficacité,
 - prévention,
 - territoire
 - pluriannualité

Les 14 propositions d'amendements portées par la FHP

- PROPOSITION 1 : Affirmer un principe de transparence dans les décisions prises par les ARS et publication des décisions d'allocation de ressources
- PROPOSITION 2 : Limiter de manière proportionnée l'écart tarifaire entre les différentes catégories d'établissements SMR
- **PROPOSITION 3 : Fixer des règles claires de gouvernance de gestion des listes en sus**
- PROPOSITION 4 : Créer un mécanisme de modulation à l'activité des dotations allouées aux ES autorisés en psychiatrie
- PROPOSITION 5 : Évaluer chaque euro dépensé à l'aune des missions de santé réalisées
- **PROPOSITION 6 : Assurer les ressources des ES en provenance des régimes obligatoires d'assurance maladie en cas d'augmentation du forfait journalier hospitalier**
- PROPOSITION 7 : Reconnaître le caractère hautement stratégique de la santé en organisant son financement à travers une loi de programmation pluriannuelle
- PROPOSITION 8 : Rendre les objectifs pluriannuels de la politique de santé clairs et précis et prévoir un suivi annuel des résultats obtenus
- PROPOSITION 9 : Permettre aux ES d'engager les transformations nécessaires grâce à la pluriannualité
- PROPOSITION 10 : Mettre en place un forfait ou une dotation « dépistage / prévention » au sein des ES
- **PROPOSITION 11 : Permettre à tous les ES de facturer les actes et consultations externes de leurs sage-femmes salariées**
- PROPOSITION 12 : Permettre aux ES de facturer les actes et consultations externes de leur personnel paramédical salarié
- PROPOSITION 13 : Créer une unité entre les acteurs par la mise en œuvre d'un service public de santé
- PROPOSITION 14 : Créer un Pacte territorial de responsabilité en santé pour rendre effective la responsabilité territoriale des acteurs du système de santé

Campagne tarifaire 2027

Réunion de lancement de la campagne budgétaire 2027
le 13 octobre 2026

Campagne tarifaire 2027

Poursuivre les démarches de performance et d'efficience hospitalières

- ▶ L'ONDAM ES intègre une mesure d'économie à hauteur de **645M€**, stable par rapport aux années antérieures. **La manière de piloter ces économies évolue en 2027 :**
- ▶ **Constats :**
 - ✓ La décomposition de l'effort d'économies par grandes thématiques (optimisation des processus achats et logistiques, développement de la chirurgie ambulatoire, réduction de l'intérim ou des actes non pertinents, etc.) retenue jusqu'ici, avec un objectif chiffré associé, restait en grande partie théorique.
 - ✓ Difficultés pour ces établissements à s'approprier ces objectifs et à les traduire dans leur pilotage : tous ne sont pas concernés par chaque thématique, ou pas dans les mêmes proportions. Les leviers ciblés ne correspondent pas toujours à ceux qu'ils peuvent réellement mobiliser pour rendre leurs organisations plus efficaces.
- ▶ **Les économies intégrées dans la construction de l'ONDAM ES sont désormais pilotées comme un effort d'efficience global, qui représente 0,6% en 2027.** Leur déclinaison relève du pilotage de chaque établissement et du dialogue de gestion établissement-ARS, en fonction du potentiel propre à chaque établissement sur les thématiques qu'il identifie. Pour les établissements les plus en difficulté, cette trajectoire est contractualisée avec l'ARS et fait l'objet d'un suivi renforcé cf. instruction du 9 octobre 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé.
- ▶ Cette démarche s'accompagne d'un **renforcement de l'outillage des établissements et des ARS**, via les outils développés par l'ANAP et l'ATIH : macro-diagnostic ReperES, Cockpit Data, appuis 360°.
- ▶ Les **circulaires du 29 juillet et 29 septembre 2026 relatives, respectivement, aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) et au juste recours à l'hôpital**, visent également à permettre aux établissements d'identifier de nouveaux gisements de performance via le renforcement des mutualisations au sein des GHT, pour les hôpitaux publics, et le développement des alternatives à l'hospitalisation (recours à l'HAD, bascule ambulatoire, réduction des journées d'hospitalisation inadéquates).

Campagne tarifaire 2027

Assurer la juste couverture des coûts des établissements de santé

- ▶ La construction de l'ONDAM établissements de santé permet de préserver les ressources des établissements de santé, en assurant **la stabilité moyenne des tarifs, à iso périmètre.**
- ▶ Sur le champ MCO, la recherche d'une meilleure adéquation entre les coûts et les tarifs sur la base des tarifs issus des coûts (TIC) actualisés :
 - ✓ L'année 2022 étant la première année post-crise dont les coûts sont exploitables, **l'ATIH a mis à jour les tarifs issus des coûts sur la base des ENC des années 2022, 2023 et 2024** (pour rappel, les TIC n'avaient pas été actualisés depuis 2019 sur la base des coûts des années 2016, 2017 et 2018).
 - ✓ Cette perspective permet d'envisager la reprise d'une **démarche d'adéquation entre les coûts et les tarifs des séjours.**
- ▶ Sur le champ SMR, les écarts tarifaires persistants entre secteurs de financement feront l'objet d'une **première étape de rapprochement** proportionné, en cohérence notamment avec les données de coûts.

Campagne tarifaire 2027

Les travaux relatifs aux modèles de financement de la radiothérapie, de la dialyse et d'IFEP sont articulés avec la campagne

- ▶ Les travaux relatifs aux réformes de financement de la **dialyse** et de la **radiothérapie** sont conduits au sein de groupes de travail dédiés, avec comme objectif de :
 - ✓ Présenter les scénarios tarifaires (GT du 15/10)
 - ✓ Permettre aux structures d'anticiper l'impact de ces réformes, notamment via un outil de simulation individuelle
 - ✓ Définir les modalités de suivi des réformes pour en garantir l'appropriation et en sécuriser le déploiement
- ▶ Ces travaux trouveront leurs conclusions dans **un calendrier identique** à celui de la campagne.
- ▶ De la même manière, la démarche de travail portant sur le nouveau modèle **d'Incitation Financière à l'Efficienc e et à la Pertinence (IFEP)** fait l'objet d'une concertation dédiée initiée le 2 octobre dernier.

Campagne tarifaire 2027

Principaux enjeux de la campagne par champ (1/2)

Sur le champ MCO :

- ▶ La **reprise d'une démarche d'adéquation entre les coûts et les tarifs** sur la base des tarifs issus des coûts (TIC) actualisés
- ▶ Le **devenir de l'enveloppe « AC péréquation »**
- ▶ La gestion active de la **liste en sus** (pilotage DGS)

Sur le champ HAD :

- ▶ Des ajustements concernant le financement de l'HAD pourront être envisagés à l'issue de **l'élaboration de la nouvelle feuille de route HAD 2027-2030**.
- ▶ Dans l'attente, **des évolutions paramétriques du financement de l'HAD seront portées dans le cadre de la campagne 2027 pour soutenir le positionnement et les prises en charge de l'HAD** (notamment création du MP 30 « Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale » pour permettre une meilleure description de l'activité et sécuriser l'HAD sur les prises en charge plus précoces).

Campagne tarifaire 2027

Principaux enjeux de la campagne par champ (2/2)

Sur le champ SMR :

- ▶ 2027 constitue la **dernière année d'application de la trajectoire de transition**
- ▶ La **pédiatrie** fera encore l'objet d'une attention particulière en 2027
- ▶ Une première étape de **réduction des écarts tarifaires manifestes** entre secteurs de financement sera travaillée dans le cadre de la campagne 2027

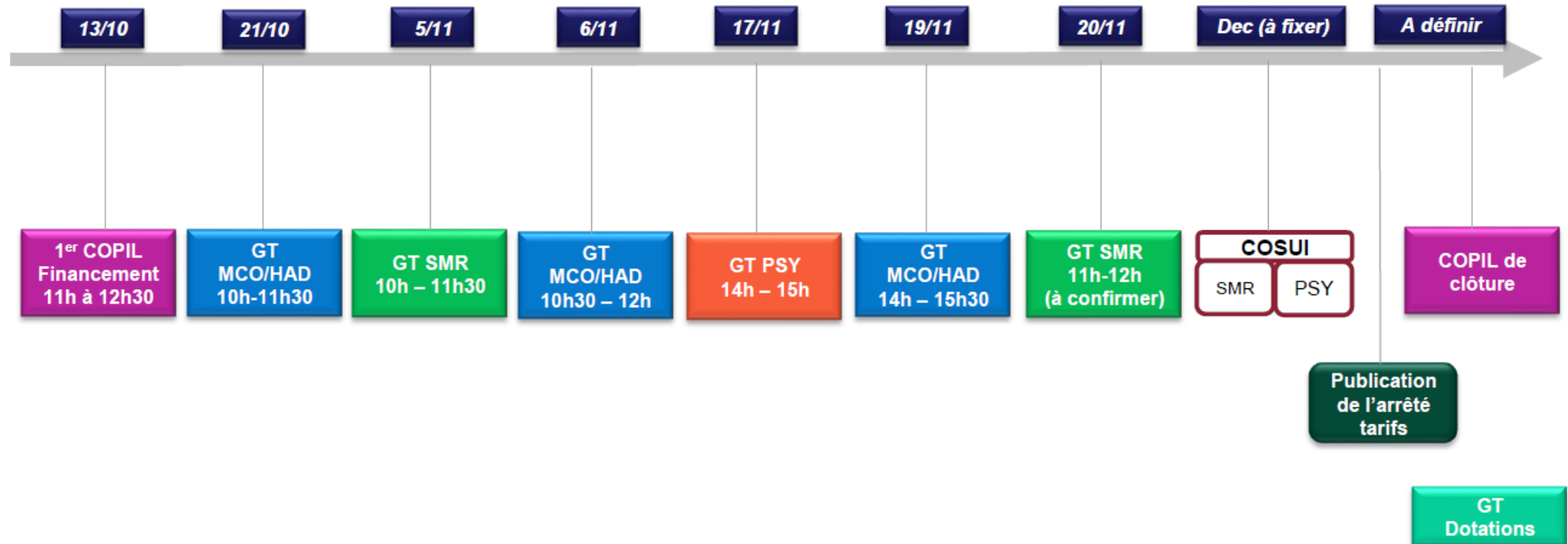
Sur le champ psychiatrie :

- ▶ 2027 constitue la deuxième année d'application de la **trajectoire de désécurisation progressive** : la dotation populationnelle et la dotation à la file active (DFA) sont sécurisées à hauteur de 95 %
- ▶ En lien avec les premiers retours relatifs aux évolutions à apporter au modèle et aux conclusions issues du printemps social de l'évaluation, une évolution de la **pondération des prises en charge ambulatoires hors lieu de soins sera proposée**
- ▶ Des travaux sont en cours pour permettre la **prise en compte de l'activité ambulatoire au sein de la DFA des établissements ex-OQN** : cette évolution est rendue obligatoire par l'évolution récente du régime d'autorisation

▶ **Un comité de suivi des réformes sera organisé pour chaque champ fin novembre / début décembre pour (i) faire le bilan des premières années de mise en œuvre (ii) faire un point d'étape sur le fonctionnement des CCAR en lien avec la mission conduite par l'ANAP et (iii) partager les perspectives d'évolution**

Campagne tarifaire 2027

Calendrier des travaux campagne 2027 (prévisionnel)



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

- **CT 2024 : Un moratoire et une prise en compte des problèmes posés par les modalités de radiations intervenues lors de la campagne 2023.**
 - Pas de radiations de la liste en sus pour l'année 2024 dans le cadre de la CT
 - Un traitement différencié pour les DM et les médicaments radiés en 2023 :
 - L'intégralité des montants qui correspondent à la consommation 2022 des DM radiés en 2023 a été réintégrée dans les tarifs 2024.
 - Une compensation AC est maintenue pour les molécules onéreuses radiées en 2023.
- **CT 2025 : le moratoire sur les radiations de la LES a été maintenue**
 -  Mais quid des nouvelles règles de gouvernance

- **CT 2026 : Reprise des radiations et des évolutions méthodologiques peu satisfaisantes**
 - Après deux années de moratoire, la campagne 2026 est marquée par la reprise des radiations de médicaments et produits de la liste en sus.
 - Un scénario dit de « réintégration proportionnelle » ➡ **la totalité des montants de consommations des produits radiés n'est pas réintégrée dans les tarifs des GHS concernés.**
 - ces radiations correspondent à un montant de 202 M€ (tous secteurs confondus), avec une réintégration de 156 M€ dans les tarifs des GHS concernés,
 - soit un taux moyen de réintégration de 77 %, alors que le taux moyen de réintégration initialement envisagé par le ministère de la Santé était de 46 %.
 - Une méthodologie différente selon les produits et les racines

Liste en sus

◉ CT 2026 : Reprise des radiations et des évolutions méthodologiques peu satisfaisantes

Pour Mémoire

Des évolutions favorables ont été présentées concernant les conditions de radiation des produits de la liste en sus **sur le volet « médicaments »** en annonçant **un taux d'intégration à 87% au lieu de 46% prévu initialement**. Les données concernant les dispositifs médicaux sont confirmées et notamment sur les GHM 05K05 et 05K06. Le montant forfaitaire s'ajoute uniformément à chacun des GHS correspondant à la racine pour tenir compte de la réintégration des DM radiés (stents et ballons).

	Ex-DG	Ex-OQN
GHM 05K05	526,81€	564,91€
GHM 05K06	419,13€	373,66€

En définitive, **156,6 millions d'euros sont intégrés dans les tarifs des GHS sur les 200 millions d'euros des dépenses constatées sur la liste en sus.**

Nous confirmons que **l'enveloppe AC portant sur les médicaments radiés en 2023 est reconduite en 2026** selon les mêmes modalités qu'en 2024 et 2025. Ces montants seront délégués en 1^{ère} circulaire budgétaire 2026 attendus en avril 2026. Pour mémoire, la liste des établissements de santé privés concernés et les montants correspondants ont été adressés

Il faut souligner que ce sujet des produits radiés en 2023 et compensés depuis par une enveloppe AC pour les « établissements les plus impactés » sera réouvert dans la perspective de la campagne 2027.

- ◉ Positions FHP-MCO 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

◉ Projets de radiation de produits de la liste en sus au 1er janvier 2027:

- Une 1ère réunion de travail organisée par la DGS le 21 avril 2026 pour présenter les projets de radiations des produits de la liste en sus au 1er janvier 2027 aux différentes parties prenantes.
 - Toujours pas de refonte des modalités de gestion de la LES : La DGS considère que les retours effectués fin 2025 par l'ensemble des parties prenantes et présentés en séance de ce 21 avril 2026, de manière synthétique, ne permettent pas de définir une nouvelle méthode applicable pour les projets de radiation des produits de la liste en sus au 1er janvier 2027.
 - 11 familles de DM et 7 de médicaments sont à l'étude pour une radiation au 1er janvier 2027

Liste en sus

- ➔ 11 familles de DM et 7 de médicaments sont à l'étude pour une radiation au 1^{er} janvier 2027

Liste complète DCI / spécialité

Médicaments

DCI	Spécialité	Code UCD 7	Code UCD 13	Critère
ETANERCEPT	ENBREL 25MG/ML PEDIA FL+SRG +N	9295876	3400892958767	Rattrapage de la campagne de radiation 2020
INOTUZUMAB OZOGAMICINE	BESPO NSA 1MG PERF FL	9428053	3400894280538	Critère HAS
IBRITUMOMAB TIUXETAN	ZEVALIN 1,6MG/ML TROUS	9258504	3400892585048	Consommation à zéro
LANADELUMAB	TAKHZYRO 300MG INJ SRG2ML	9000664	3400890006644	Utilisation majoritaire en ville
	TAKHZYRO 300MG INJ FL2ML +NEC	9444052	3400894440529	
TOCILIZUMAB	ROACTEMRA 162MG INJ SRG0,9ML	9404377	3400894043775	Utilisation majoritaire en ville
TRABECTEDINE	TRABECTEDINE EG 0,25MG INJ FL	9003580	3400890035804	Critère HAS
	TRABECTEDINE ERP 0,25MG INJ F	9003102	3400890031028	
	TRABECTEDINE SUN 0,25MG INJ F	9003778	3400890037785	
	TRABECTEDINE TVC 0,25MG INJ F	9002041	3400890020411	
	YONDELIS 0,25MG PERF FL	9290519	3400892905198	
	TRABECTEDINE ACC 0,25MG	9004967	3400890049672	
	TRABECTEDINE EG 1MG INJ FL	9003581	3400890035811	
	TRABECTEDINE ERP 1MG INJ FL	9003103	3400890031035	
	TRABECTEDINE SUN 1MG INJ FL	9003779	3400890037792	
	TRABECTEDINE TVC 1MG INJ FL	9002042	3400890020428	
	YONDELIS 1MG PERF FL	9290525	3400892905259	
	TRABECTEDINE ACC	9004968	3400890049689	
	YONDELIS 1MG PERF FL	9290525	3400892905259	
YTTRIUM [90Y] CHLORURE	YTTRIGA SOL FL10ML	9406206	3400894062066	Critère HAS
	YTTRIGA SOL FL3ML	9406212	3400894062127	

Liste en sus

- 11 catégories de DM et 7 de médicaments sont à l'étude pour une radiation au 1^{er} janvier 2027
- **Dispositifs médicaux** (critère d'identification : ratio coût/tarif) :
 - Enveloppe antibactérienne résorbable
 - Implant ORL/Trachéaux
 - Ligament articulaire de remplacement ou de renfort pour les articulations de genou + système d'ancrage / vis d'interférence.
 - Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis + système de fixation ou de sertissage.
 - Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale – valve cardiaque.
 - Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale – valve pulmonaire.
 - Endoprothèse vasculaire périphérique – Endoprothèse nue expansible par ballonnet (LG)
 - Endoprothèse vasculaire périphérique – Endoprothèse nue auto-expansible (LG)
 - Endoprothèse vasculaire périphérique – Endoprothèse couverte auto-expansible (LG)
 - Endoprothèses vasculaires périphériques (iliofémorales unilatérales et symptomatiques)
 - Implants mammaires

Un nouveau courrier interfédération a été adressée à la Ministre de la Santé avec la réunion planifiée le 5 octobre.

Malgré la parole UNANIME de toutes fédérations hospitalières et du SNITEM tant dans leurs analyses techniques convergentes que sur le portage politique (notamment courrier commun dès le mois de juillet), **TOUS les produits de la liste en sus envisagés pour une radiation au printemps 2026 nous ont été annoncés comme étant « retenus à la radiation »** par un simple message et un support de présentation.

*« Vous trouverez, en pièce jointe, la liste des produits de santé **retenus** dans le cadre de la campagne de radiation 2027.*

Une réunion sera organisée au cours du mois d'octobre afin de vous présenter les réintégrations envisagées. »

Quelques éléments de synthèse des résultats :

Point 1 – Etape 1 du scénario 1 :

16,5% des dépenses LPP actuelles sont affectables sur des GHS non ciblés pour une réintégration tarifaire.
En conséquence, les montants correspondants ne font pas l'objet d'une réintégration dans les tarifs des GHS.

Point 2 - Etape 2 du scénario 1 :

Mis en œuvre de la réintégration proportionnelle pour les GHS ciblés qui concentrent 80% des poses de DM ou d'administration des médicaments selon le schéma présenté dans le fichier Excel ci-joint.

L'application du scénario 1 DGS conduit à réintégrer 73,65% de la sous enveloppe des dépenses LPP identifiées sur les GHS ciblés par une réintégration tarifaire ; ce taux est de 83,78% pour le secteur Ex-QON et 67,21% pour le secteur Ex-DGF.

En conclusion :

On note une différence du taux de réintégration tarifaire entre secteur Ex-OQN et Ex-DGF dû une ventilation des séjours différentes dans les GHS mais surtout à une base tarifaire moindre en établissements de santé Ex-QON (notamment en raison de tarifs Ex-DGF tout compris).

Cette différence est significative à 12,3% pour le secteur Ex-QON et 20,8% pour le secteur Ex-DGF pour les GHS non ciblés pour une moyenne à 16,5%.

Cette différence reste marquée lorsqu'on regarde globalement l'enveloppe de 95 millions d'euros (GHS ciblés par une réintégration tarifaire et GHS non ciblés par une réintégration tarifaire) à 61,47% ; ce taux est de 73,50% pour le secteur Ex-OQN et 53,26% pour le secteur Ex-DGF.

L'application du scénario 1 DGS conduit à une économie globale attendue de presque 40% de l'enveloppe valorisée pour ces projets de radiation à 95 millions d'euros. A noter, que le seul secteur Ex-QON représente 43 millions.

Ces taux cachent des situations très hétérogènes d'un établissement à un autre comme l'a démontré notre étude FHP-MCO datée du 18 juin 2026 pouvant entraîner des effets d'aubaines et des effets très délétères sur la situation économique et financière des établissements de santé déjà fragilisée.

Retour sur la réunion du 5 octobre 2026

Une nouvelle réunion a eu lieu sur les projets de radiation des produits de la liste en sus au 1^{er} janvier 2027.

Les produits radiés de la liste en sus sont confirmés (cf. liste ci-dessus) à l'exception des implants mammaires qui ne sont plus retenus.

De plus, la DGS dit avoir intégré la problématique que ces radiations au 1^{er} janvier 2027 peuvent générer des effets d'aubaines et des pertes majeures selon les établissements de santé. Des propositions d'intégrations seront effectuées en novembre après que l'ATIH aura eu terminé ces travaux. Un débat s'est engagé sur le montant des enveloppes en jeu ; la DGS annonçant une enveloppe de 65 millions après retrait des implants mammaires et la recherche d'économies d'un montant de 25 millions d'euros. (Application du scénario 1 mis en œuvre au 1^{er} janvier 2026).

Retour sur la réunion du 5 octobre 2026

Par ailleurs, nous retenons que :

- La liste en sus doit participer par principe aux efforts d'économies.
- Il n'aura pas de changement de méthodologie des conditions de radiation des produits de la liste en sus y compris pour l'année 2028 ;
- Une nouvelle réunion aura lieu en novembre pour poser les bases des produits à radier au 1^{er} janvier 2028.

Calendrier de travail :

- Novembre 2026 : Restitution des conditions de réintégration dans les GHS au 1^{er} janvier 2027.
- Novembre 2026 : Projet de radiation de produits de la liste en sus au 1^{er} janvier 2028
- Décembre 2026 : Bascule des produits radiés au 1^{er} janvier 2027 pour le SMR et l'HAD

Critères actuels d'inscription

Critères	Médicaments (Décret 2021)	Dispositifs Médicaux (DM) (Notice 2021)
1. Usage hospitalier	Majoritairement administré en hospitalisation (R.162-33-1)	Majoritairement utilisé lors d'un séjour hospitalier (L.162-22-6)
2. Service rendu	SMR majeur ou important	SA suffisant
3. Amélioration du service rendu	ASMR I à IV (peut être absent si comparateurs déjà inscrits)	ASA I à IV (peut être absent si comparateurs déjà inscrits)
4. Fréquence d'utilisation	Non applicable	Fréquence d'utilisation dans les GHM < 80 % ; sinon, financement via GHS proposé
5. Rapport coût / GHS	Coût moyen par séjour > 30 % des tarifs des prestations hospitalières (L.162-22-3-1)	Coût estimé par séjour > 30 % du tarif GHS (incluant produits associés et honoraires pour ex-OQN)
6. Présomption d'éligibilité	Oui : génériques, biosimilaires, nouveaux dosages, importations parallèles	Non explicitement prévue
7. Conditions de prescription	Peut être conditionnée à une mention sur l'ordonnance ou un document spécifique (R.161-45)	Non spécifiée, mais les modalités d'utilisation peuvent être prises en compte par l'administration
8. Réévaluation	En cas de modification de l'AMM ou d'indication	En cas de modification du marquage CE, des modalités d'utilisation ou d'un nouvel avis de la CNEDiMTS

Critères actuels de radiation

Dès lors qu'un produit de santé ne remplit plus l'un des critères d'inscription sur la LES, celui-ci peut être radié. Les modalités de radiation varient en fonction du critère ne répondant plus aux conditions :

- SMR ou SA : Aucun délai n'est accordé en sus de ceux prévus par la réglementation en vigueur pour la radiation. Absence de réintégration
- Critère d'ASMR ou d'ASA : la radiation peut intervenir en cours d'année suite à une réévaluation du produit par la CT ou la CNEDiMTS dans l'indication considérée
- Critère sur le rapport entre le coût du produit de santé et le montant des GHS ou sur la fréquence d'utilisation au sein d'une racine de GHM : radiation au 1^{er} janvier en cohérence avec la campagne tarifaire des établissements de santé



La parole est à vous





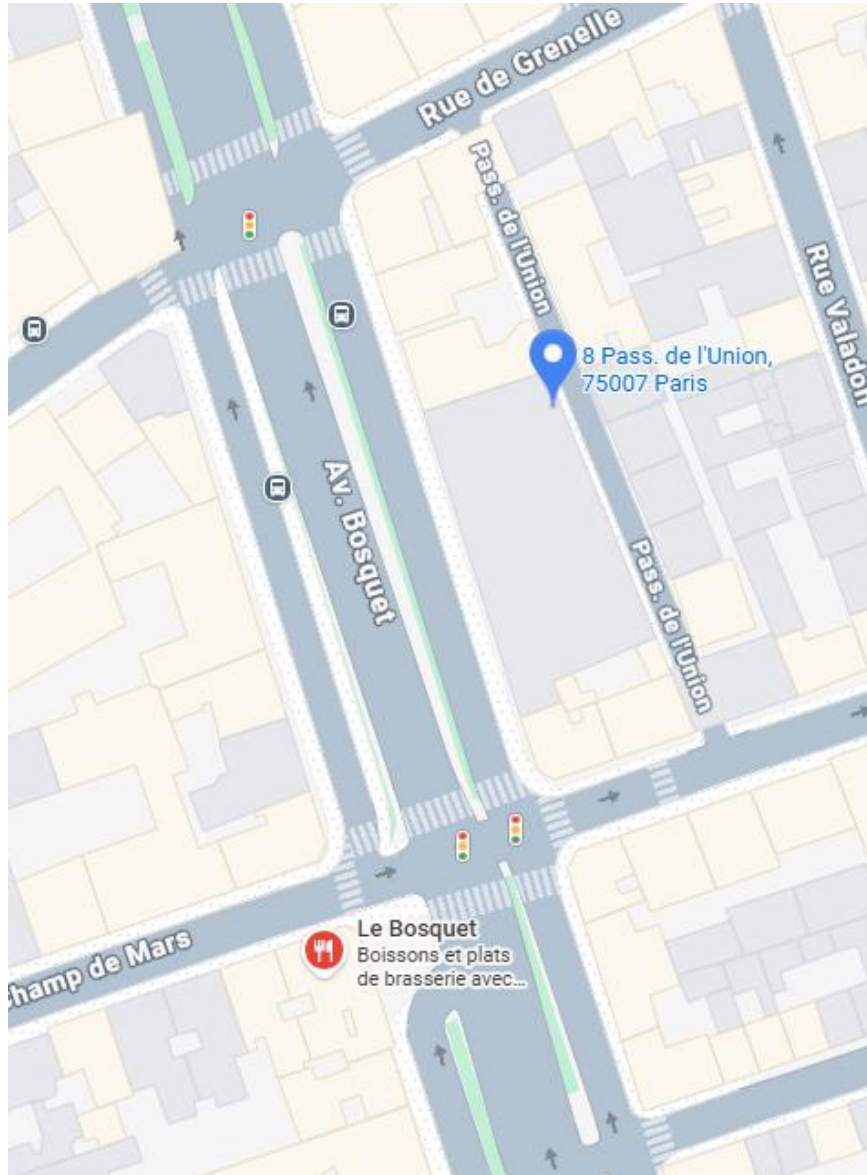
Questionnaire de satisfaction

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



DÉJEUNER

Reprise à 14h



Déjeuner
au restaurant Le Bosquet
situé en face du MEDEF

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Nous remercions nos partenaires :



ORDRE DU JOUR

APRÈS MIDI :

- Table Ronde : « L'IA au service des DIM »
Dr Vincent CANUEL, Directeur de l'Information Médicale Groupe - **GIE Vivalto Santé Management**,
Dr Charles LEQUEU, Directeur de l'exploitation et de la valorisation de la donnée médicale - **Ramsay Santé**
et **Dr Arthur SPILLEBOUT**, Médecin DIM - **Groupe Hospitalier Les Portes du Sud**
- Retour sur l'Expérimentation codage PMSI en CIM-11
Dr Fabrice DANJOU, et **Dr Sophie GUEANT**, Service CIM-MF Classifications, Information Médicale et Modèles de Financement – **ATIH**
Dr Caroline FLAMENT, Médecin DIM - **Groupe Pauchet Santé**
- Point d'actualité MCO : Campagne tarifaire 2026 - Perspectives campagne tarifaire 2027 - Point sur les réformes de financement
Thierry BECHU, Délégué Général, **Dr Matthieu DERANCOURT**, Médecin Conseil, et **Laure DUBOIS**, Déléguée aux affaires médico-économiques et à la qualité – **FHP-MCO**

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



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

Dr Vincent CANUEL, Directeur de l'Information Médicale
Groupe - **GIE Vivalto Santé Management**

Dr Charles LEQUEU, Directeur de l'exploitation et de la
valorisation de la donnée médicale - **Ramsay Santé**

Dr Arthur SPILLEBOUT, Médecin DIM - **Groupe
Hospitalier Les Portes du Sud**



La parole est à vous





Retour sur l'expérimentation codage PMSI en CIM-11

Dr Fabrice DANJOU, Dr Sophie GUEANT, Service
CIM-MF Classifications, Information Médicale et
Modèles de Financement – **ATIH**

Dr Caroline FLAMENT, Médecin DIM - **Groupe
Pauchet Santé**



La parole est à vous





Point d'actualité MCO

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

Point d'actualité MCO

- **Point d'étape sur la Campagne tarifaire 2026**
- **Evolutions envisagées pour la Campagne tarifaire 2027**
- **Point de situation :**
 - RIHN
 - MRC
 - HTNM
 - Pertinence et Efficience
 - Projet ROC
- **Réforme du financement MCO**
 - IFAQ
 - Focus Réforme de la dialyse
 - Les PCR
 - Focus Réforme Radiothérapie

RIHN

Plus aucune réunion depuis plusieurs mois

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
- 
-  **Evolutions avec l'arrêté du 21 janvier 2026**
-  **Mise à jour en 2026**

Forfait MRC

Conditions minimales pour percevoir l'intégralité du forfait

Pour Mémoire

- Le versement de l'intégralité du forfait est conditionné à la réalisation de 3 interventions. Il faut « cumuler » les 3 conditions suivantes :
- 1° Avoir réalisé au moins une consultation **individuelle avec un** néphrologue ;
 - 2° Avoir réalisé au moins une séance **individuelle** avec un infirmier pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie **ou un IPA**;
 - 3° Avoir réalisé au moins une séance individuelle avec soit un diététicien, un psychologue, un assistant social, ou un IPA



Evolutions apportée par l'arrêté 2026:



À partir de 2027, au moins deux consultations individuelles avec un néphrologue pour les patients au stade 5 seront nécessaires pour percevoir l'intégralité du montant annuel de la rémunération.

Une exception est admise pour les patients de stade 5, pris en charge moins de 6 mois, et ayant bénéficié d'une consultation avec un néphrologue : la rémunération est diminuée de moitié.

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Forfait MRC

Compartiment Qualité

- Introduction en 2023 d'une rémunération à la qualité en complément de la rémunération à l'activité qui était jusqu'alors la seule composante du forfait
- Pour 2023, 2024 et 2025, à titre transitoire, cette rémunération à la qualité a été basée sur l'exhaustivité du recueil des données liées aux indicateurs qualité.
- A partir de 2026, les résultats des indicateurs en eux-mêmes sont pris en compte.
 1. taux de patients éligibles à un bilan d'inscription sur la liste d'attente de greffe, engagés dans ce bilan au cours de l'année ;
 2. taux de patients pour lequel un courrier est adressé au médecin traitant et un plan personnalisé de soins est établi pour au moins les six prochains mois ;
 3. taux de transmission de l'adresse mail des patients en disposant et ayant accepté de la transmettre pour répondre à des questionnaires via la plateforme EvalSanté ;
 4. taux de patients pour lequel l'évolution du débit de filtration glomérulaire fait l'objet d'une remontée d'information.

 L'arrêté du 21/01/26 introduit un taux d'exhaustivité minimal à 80% (pour les indicateurs 1, 2 et 3) afin de s'assurer que les résultats des indicateurs sont significatifs. Ces dispositions s'appliquent pour les dotations qualités 2026.

Forfait MRC

- Dépêche Expert n°934
du 30 janvier 2026 -
Forfaits MRC :
modalités 2026 et 2027

Si vous n'arrivez pas à lire cet email, consultez la version [en ligne](#)

N° 934 - 30 janvier 2026

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP
REIN

ÉCOUTER, DIALOGUER, PARTAGER

DÉPÊCHE EXPERT
FINANCEMENT X TARIFICATION

Forfait Maladie Rénale Chronique :
les modalités de rémunération
du forfait et de la dotation qualité
évoluent en 2026 et 2027

HTNM

Cette prestation a pour objectif de permettre aux établissements de santé de proposer aux patients un hébergement non médicalisé temporaire, en amont et ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance soins, lorsque le maintien ou le retour à domicile est jugé impossible.

Périmètres des prises en charge

Les établissements de santé peuvent proposer à leurs patients, sur prescription médicale d'un praticien exerçant en leur sein, une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins.

Aucun soin ne doit être réalisé par l'établissement dans le lieu d'hébergement exceptés le télésoin (article L6316-2 du code santé publique), la télémedecine (article L6316-1 du code de santé publique) et les prises en charge en urgences.

L'hébergement non médicalisé peut être réalisé à l'intérieur de l'établissement ou à proximité, et, il doit répondre à une éventuelle situation de handicap. Une convention doit être établie dès lors que la prestation est déléguée à un tiers.

Eligibilité du patient

La prestation peut être proposée aux patients dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une surveillance médicale ou paramédicale continue, une hospitalisation à domicile, ni d'installation médicale technique lourde mais dont le maintien à proximité de l'établissement de santé peut être justifié par la combinaison de critères d'éloignement géographique, médicaux, sociaux ou de récurrence des venues dans l'établissement.

La prestation d'hébergement temporaire non médicalisé ne peut être proposée que si le patient est autonome ou s'il peut être accompagné.

Les critères d'éligibilité sont précisés par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.

La personne hébergée peut partager sa chambre avec un accompagnant.

Un consentement éclairé est également recueilli (article 5 du décret).

En 2026, pérennisation du financement de la prestation d'Hébergement Temporaire Non Médicalisé

Introduction d'une différenciation géographique des tarifs

Le financement de la prestation d'HTNM est effectué par un forfait par nuitée dont le montant est fixé à 73 euros la nuitée, à l'exception des grandes villes et des communes de la métropole du Grand Paris pour lesquelles ce montant est fixé à 90 euros la nuitée.

- Sont considérées comme grandes villes les communes dont la population légale est égale ou supérieure à 200 000 habitants.

Simplification du bilan annuel d'évaluation

Conformément à la demande de l'ensemble des acteurs, un nouveau bilan a été construit visant à l'alléger, à cibler les sujets nouveaux relatifs aux parcours et services hospitaliers impliqués et à uniformiser la remontée des données en passant par la plateforme Démarche numérique.

[Dépêche Expert n°957 - Pérennisation du financement de la prestation d'Hébergement Temporaire Non Médicalisé - FHP-MCO](#)

Pertinence et efficience

Contexte

L'organisation hospitalière fait face à des enjeux majeurs

Une évolution des besoins et des attentes des patients

- Une structure de population vieillissante (vieillissement et baisse de la natalité)
- Une part croissante des maladies chroniques, nécessitant par ailleurs des orientations fortes en matière de prévention

Une évolution des aspirations des professionnels

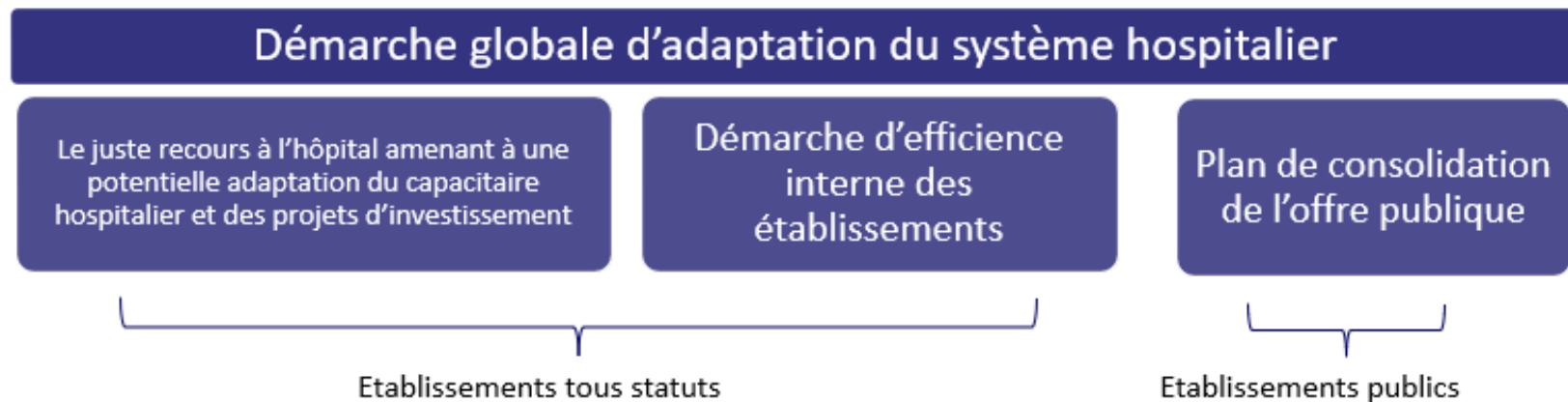
Des évolutions majeures des pratiques de prise en charge

- Des thérapeutiques permettant d'éviter le recours à l'hospitalisation complète
- L'utilisation de technologies de pointe qui ne seront pas disponibles dans tous les établissements
- L'hyperspécialisation des équipes médicales et soignantes

Une situation exceptionnelle de dégradation de la situation financière des établissements de santé et de l'Assurance Maladie

Une démarche nationale autour de trois axes

Une démarche globale d'adaptation du système hospitalier basée sur l'évolution des besoins et des attentes des patients, des aspirations des professionnels de santé et des évolutions des pratiques offertes par les nouvelles pratiques et technologies plutôt que l'approche par un plan d'efficience



Une gouvernance projet articulée autour de :

1. Un comité stratégique (COSTRAT) présidé par la ministre à des fins de concertation des orientations avec les représentants nationaux des parties prenantes
2. Un comité de pilotage opérationnel (COFIL) avec le cabinet, les DAC, le SGMAS, une représentation des ARS et l'ANAP afin de piloter le projet de transformation

Pertinence et efficience

Une démarche en faveur du juste recours à l'hôpital

- ➔ Une accélération du transfert en HAD depuis les ES MCO et SMR et de son intervention en EHPAD engagée dès cet été
- ➔ Une coupe, un jour donné, sur la pertinence des journées d'hospitalisation dans tous les établissements (MCO, SMR, HAD) d'ici fin septembre pour asseoir les travaux en particulier de transfert vers les alternatives à l'HC
- ➔ Une nouvelle dynamique au développement de l'ambulatoire (MCO, SMR) et de l'HTNM à l'automne
 - Un autodiagnostic à la main de l'établissement (outil national)
 - Une feuille de route à la main de l'établissement
 - Des cibles personnalisées à la situation de l'établissement et contractualisées
- ➔ Des méthodes d'accompagnement sur la base des retours d'expérience concluants
- ➔ Une nécessaire coordination avec les soins primaires et le secteur médico-social
- ➔ Des travaux en parallèle pour adapter les modèles de financement

Circulaire n° DGOS/FIP3/P1/P2/DSS/1A/2026/138 du 29 septembre 2026 relative à l'appui à la mise en œuvre de la démarche de performance des établissements de santé sur le champ du juste recours

Une enquête

La ministre de la Santé a annoncé au début de l'été l'engagement d'une réflexion et de travaux sur la **transformation de l'offre hospitalière**, en réponse aux enjeux d'organisation, de qualité des soins et de soutenabilité du système de santé.

Dans le cadre de cette démarche d'adaptation du système hospitalier à l'évolution des besoins, a été retenu un axe sur le « **juste recours à l'hôpital** » qui retient plusieurs orientations : l'accélération des alternatives à l'hospitalisation complète notamment par un transfert en hospitalisation à domicile, le développement de l'ambulatoire et des hôtels hospitaliers, ainsi que le renforcement de l'évaluation de la pertinence des prises en charge et des journées d'hospitalisation.

Pour la mise en œuvre de cet axe, une **enquête de pertinence des séjours en hospitalisation complète** un jour donné sera réalisée **le 15 octobre 2026** sur l'ensemble du territoire, pour les activités **médico-chirurgicales et SMR**. Elle ne concerne pas la psychiatrie, l'obstétrique, les soins critiques, les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et les soins de longs séjours (USLD).

Pertinence et efficience

Cette enquête tend à identifier les volumes de patients hospitalisés qui ne nécessitent pas ou plus une hospitalisation complète, à comprendre les raisons des journées inadéquates et proposer des recommandations et actions en regard. Il est attendu des établissements de santé d'organiser sur la base d'un questionnaire, quelque peu différent selon l'activité [médico-chirurgicale](#) ou [SMR](#), un recueil des informations requises par un binôme constitué d'un médecin exerçant dans un autre service que celui audité et un professionnel soignant ou médico-administratif ou du service qualité.

Il est estimé un temps de remplissage sur la plateforme demarche.numerique.gouv.fr, évalué entre 1h et 1,5h pour 30 patients. Cette mobilisation exige un temps de préparation et l'information des médecins et des équipes des services concernés. Les ARS porteront la démarche auprès des établissements de son territoire, via notamment l'organisation de webinaire,

À l'issue de l'enquête, l'ARS restituera à chaque établissement ses propres données pour identifier des axes d'amélioration des organisations internes et engager les actions utiles. Les résultats territoriaux seront également partagés pour engager les actions collectives qui en résulteront.



Dans la mesure du possible dans la totalité des services et, lorsque la taille de l'établissement ne le permet pas, dans les services permettant d'inclure au moins la moitié des patients présents en priorisant ceux au plus fort risque d'atypies afin d'optimiser le bénéfice de ce travail.

L'ensemble des établissements de santé concernés par les activités susmentionnées sont appelés à participer à cette enquête.

Nous avons alerté la DGOS sur les modalités de mise en œuvre de l'enquête, qui s'annoncent chronophages pour les équipes, et sur le risque d'aboutir à la conclusion, déjà connue de tous, de la présence de bed blockers au sein des services, faute de solutions d'aval.



L'enquête sera menée **sous l'égide du Département d'information médicale (DIM)** des établissements. Un binôme comportant un médecin, idéalement d'un autre service que celui qui est audité, et un professionnel soignant pouvant exercer dans le service audité ou un professionnel du service qualité renseigneront la grille d'enquête. Un professionnel de l'HAD de recours peut être associé à la démarche si l'établissement le juge opportun. Les établissements informeront les patients de cette enquête via les modalités habituelles mobilisées par eux, dans le respect du RGPD et de la méthodologie de référence MR004.

Projet de tableau indicateurs macro-diagnostic « Juste recours » : actions, indicateurs et cibles affichées

En complément des questionnements stratégiques sur le juste positionnement de l'ES en réponse aux besoins de son territoire, abordés par les indicateurs cités dans l'instruction DGOS octobre 2025 (parts de marché, taux de fuite...), liste des indicateurs d'organisation pour y répondre de façon efficiente

Pertinence et efficience

Action	Libellé indicateur	Source	Cible
Améliorer la gestion des lits	IpDMS par activité M, C et O	ATIH Outil ReperES	1
	Taux occupation services MCO, SC et SMR	ATIH Outil ReperES	90% M et C 85% Obstétrique 80% pour SC 95% SMR
	Indice de maturité bedmanager (Imbm)	Transfert plateforme ANAP vers ATIH ReperES ?	Pas de cible proposée. Permet travail d'analyse des axes d'amélioration
Améliorer la pertinence du mode de prise en charge	Iptransfert en HAD	ATIH Outil Orfee et ReperES	1
	Taux de transfert en HAD des GP pertinents	ATIH	Cible à créer et à rapprocher travaux IFEP
	Potentiel développement chirurgie ambulatoire	ATIH Outil ReperES	Potentiel Visuchir
	Détection de séjours substituables de HC médecine vers HDJ médecine	ATIH Outil ReperES	Pas de cible proposée. Permet travail d'analyse du potentiel identifié

Pertinence et efficience

Améliorer du parcours patient	Taux d'admission à J0 (chirurgie et activités interventionnelles programmées)	ATIH ReperES ?	Pas de cible proposée, définir le J0 comme norme
	Taux de patients PEC en HAD sur leur territoire d'intervention (ES autorisés HAD)	ATIH Outil Orfee et ReperES (à partir de TBD HAD)	Cible à ajuster en lien avec travaux IFEP et feuille de route HAD 2
	Taux d'hospitalisation à la sortie des urgences des plus de 75 ans	Calcul ES ?	Pas de cible à proposer mais permet travail d'analyse des axes d'amélioration
	Taux de dépendance aux urgences	ReperES ?	Pas de cible proposée. Permet travail sur programmation séjours/admission directe
	Volume HTNM	ATIH	Pas de cible proposée mais permet travail de développement mobilisation
Adapter les ressources humaines aux activités	<i>Evolution du taux d'adéquation charges T1/recettes (Titre 1/Titre 1 + 2) sur 3 ans (ou entre 2025/2019) ?</i>	<i>ReperES (via comptes financiers déposés dans Ancre)</i>	Pas de cible proposée mais permet analyse sur évolution du taux
Résultante financière	Taux de marge brute non aidée	ReperES (via comptes financiers déposés dans Ancre)	>6%

Dans le même temps...

Le vendredi 2 octobre, un groupe de travail relatif à l'Incitation Financière à l'Efficience et à la Pertinence – en application de l'article L162-23-14 issu de l'article 79 de la LFSS pour 2026 - a été organisé.

Extrait de l'art. L. 162-23-14.-:

Les ES [...] sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein.

*En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard **des objectifs fixés au niveau national ou régional**, qui peuvent être exprimés en volume ou en taux d'évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficience et à la pertinence des soins et des prescriptions, le DG ARS peut leur :*

1° Attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie ;

2° Appliquer une pénalité financière par la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2 % du total de ces financements.

➤ *Un DCE précise les modalités d'application et un arrêté dresse la liste des objectifs nationaux et régionaux et celle des indicateurs*

Le vendredi 2 octobre, un groupe de travail relatif à l'Incitation Financière à l'Efficience et à la Pertinence – en application de l'article L162-23-14 issu de l'article 79 de la LFSS pour 2026 - a été organisé.

Dans la suite de celui-ci, nous sommes destinataires du projet de décret d'application.

Extrait :

Pour chaque établissement de santé et pour chaque objectif, sur la base du résultat observé par rapport à la cible fixée, le montant de l'incitation financière est déterminé :

- ***Pour la dotation complémentaire : en proportion des économies réalisées par l'assurance maladie calculées en comparant les dépenses correspondant au périmètre de l'indicateur de la période précédente à celle de la période considérée***
- ***Pour la pénalité financière : en proportion des recettes d'assurances maladie correspondant au périmètre de l'activité de l'objectif concerné ou à défaut de pouvoir définir les recettes correspondant à ce périmètre, en proportion de l'ensemble des recettes assurance maladie.***

Indicateurs à l'étude :

- **Cataracte** : Nombre de séjours ou part des patients < 65 ans
- **Canal carpien** : Part des patients de plus de 65 ans et plus opérés pour un syndrome du canal carpien (SCC)
- **PHEV médicaments** : Dépense moyenne de médicaments par patient (exclusion de certaines classes –ex : anticancéreux)
- **PHEV transports** : Dépense moyenne de transport par patient
- **Transfert vers l'HAD** : Nombre de séjours avec un mode de sortie mutation/transfert vers l'HAD / nombre de séjours du périmètre (périmètre à définir)

Un retour sur ce projet de texte est attendu pour ce 19 octobre.

Pertinence et efficience

En 2027, le dispositif IFEP sera déployé sur un périmètre restreint s'agissant des indicateurs et des mécanismes de financement associés

LE CADRE GÉNÉRAL D'IFEP SERA DÉFINI PAR DÉCRET EN CONSEIL D'ÉTAT

Les dispositions réglementaires devront décrire notamment les catégories d'objectifs qui relèvent du niveau national et celles qui relèvent du niveau régional

2027

**ACTIVATION UNIQUEMENT DE LA DIMENSION
NATIONALE D'IFEP**

Un ciblage d'indicateurs pour lesquels des marges de progression sont observées sur l'ensemble du territoire national

Cela permet d'évaluer la mise en œuvre au niveau national avant d'activer le volet régional du dispositif

**MISE EN PLACE PRÉFÉRENTIELLEMENT D'UN
DISPOSITIF D'INTÉRESSEMENT**

Le mécanisme d'intéressement semble plus mobilisateur pour initier le dispositif – la possibilité de calculer un intéressement est cependant dépendante des indicateurs finalement sélectionnés

La mesure des économies réalisées se fera en 2027 et le versement de l'intéressement aura lieu en 2028

**FIXATION DES OBJECTIFS EN TAUX
D'ÉVOLUTION**

L'objectif sera fixé en taux d'évolution calculé d'une année à l'autre.

L'enjeu est d'inciter les acteurs à améliorer la pertinence de leurs pratiques sans imposer de cible nationale uniforme.

NOMBRE LIMITÉ D'INDICATEURS

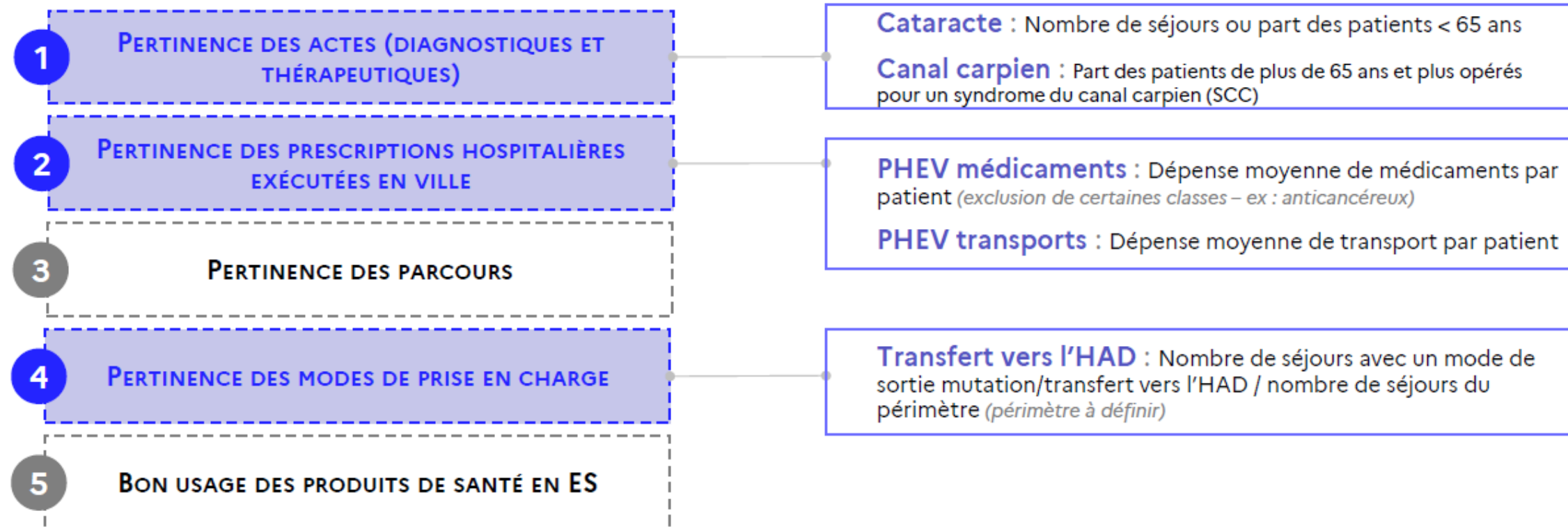
Deux critères guident le choix des indicateurs : l'imputabilité du résultat à l'établissement et le potentiel de progression à l'échelle nationale

► Les travaux à venir devront permettre à la fois de finaliser le DCE et de structurer les premiers indicateurs pour application 2027

Pertinence et efficience

Trois catégories d'objectifs ont été pré-identifiées pour 2027

Indicateurs à l'étude



Le dispositif de mise sous surveillance permet une évaluation individualisée de la pertinence des établissements de santé à la main des ARS

MISE SOUS SURVEILLANCE

Objectif :

- Faire baisser les variations injustifiées de recours sur les actes, prescriptions et prestations en ciblant et en accompagnant les établissements en situation de sur-recours

Outil à la main des DGARS avec des indicateurs nationaux distincts de ceux de l'IFEP

- Les indicateurs nationaux sont fixés par le national
- La mise en œuvre du dispositif repose sur la **responsabilité du DGARS** qui cible les ES significativement en sur recours, procède à leur accompagnement sur une période qui sera à définir réglementairement. Il peut également décider de les sanctionner au terme de cette période.
- **Enjeu** : faire modifier les pratiques en réalisant les actions de suivi et d'accompagnement **sur-mesure au niveau local. Les sanctions sont appliquées uniquement en tout dernier recours.**

Mécanisme financier : possibilité de sanctions financières

- **Pénalité financière** minorant des financements, en respectant l'obligation légale de montant maximum de sanctions équivalente à 2% des financements de l'établissement par l'Assurance Maladie pour les deux dispositifs IFEP et Mise sous surveillance

Deux modalités de fixation d'objectifs possibles

- Des cibles absolues exprimées en volume
- Des taux d'évolution

Les modalités d'application de la pénalité financière sont définies par le DCE, en prévoyant une phase contradictoire

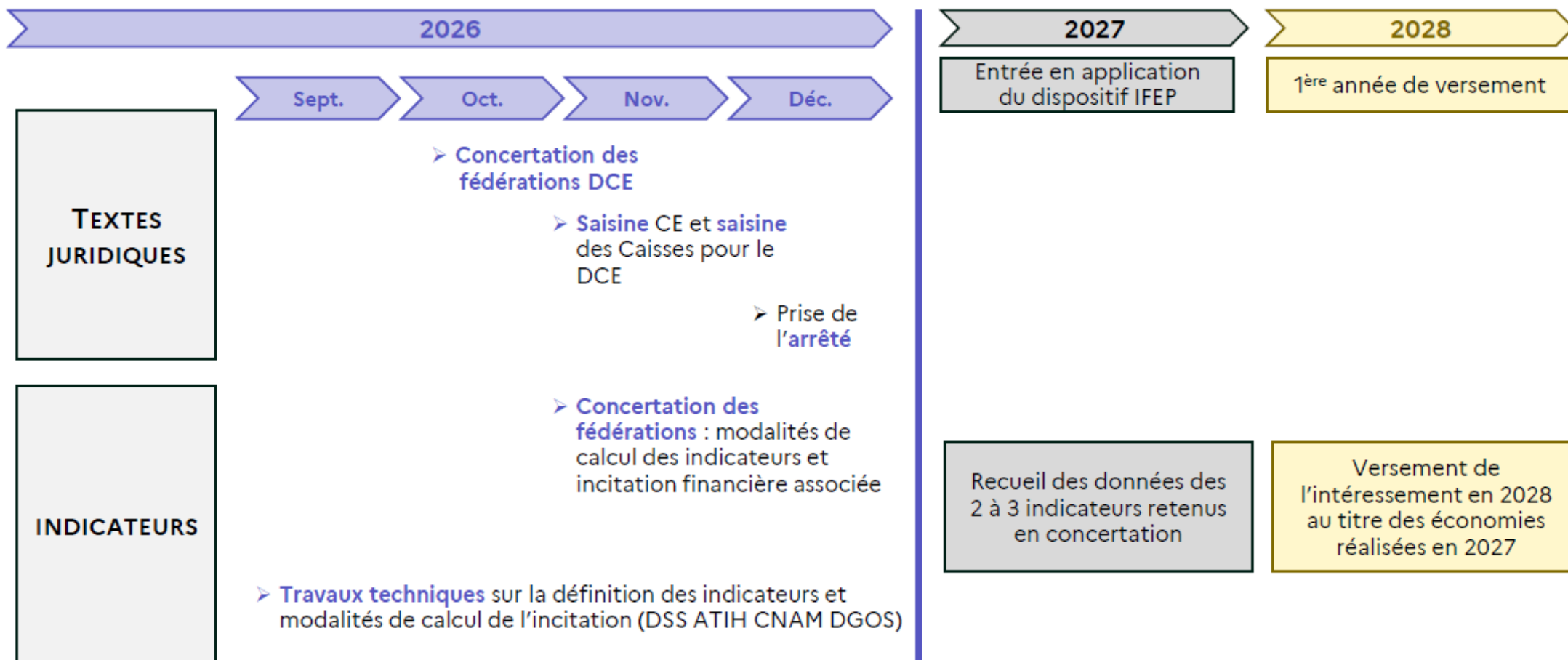
- Le DGARS arrête le **montant de la pénalité financière**
 - en tenant compte de **l'écart à la cible** et
 - dans la **double limite** :
 - de **10% des recettes** d'assurances maladie correspondant **au périmètre de l'activité** de l'objectif concerné et
 - de **2% de l'ensemble des recettes** assurance maladie.
- Avant d'arrêter la pénalité, le DGARS adresse à l'établissement concerné, par tout moyen permettant d'en accuser réception, un courrier l'informant des **résultats constatés**, du **montant envisagé de la pénalité** et, le cas échéant de la prise en compte des **caractéristiques du territoire de santé et de l'établissement**.
- L'établissement dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de ce courrier pour présenter ses observations écrites. Il peut également demander à être entendu, auquel cas le DGARS ou son représentant le reçoit dans un délai de quinze jours suivant cette demande.
- La décision d'application de la pénalité financière est notifiée à l'établissement par **tout moyen permettant d'en accuser réception et précise** :
 - le **montant** retenu,
 - les **motifs** qui la fondent,
 - le cas échéant, les **éléments ayant conduit à modifier le montant** initialement envisagé au regard des observations présentées par l'établissement
- Le DGARS transmet à l'organisme local d'assurance maladie les éléments nécessaires au recouvrement de la pénalité.



Article R. 162-30-5

Pertinence et efficience

Les catégories et indicateurs pré-identifiés sont soumis à la concertation des fédérations afin de permettre une entrée en vigueur en 2027



Projet ROC

Dans la suite de nos échanges en séminaire du Conseil d'Administration FHP-MCO, le 19ème Copil ROC a permis de faire le point sur l'avancement du dispositif, notamment les déploiements et les évolutions fonctionnelles, tout en abordant des sujets critiques nécessitant une action rapide. Vous trouverez ci-jointe la présentation effectuée en séance.

- Le déploiement du dispositif ROC est en retard de déploiement dans le secteur Ex-DGF par rapport aux prévisions, principalement en raison des délais des éditeurs. Un appel est lancé aux fédérations pour relayer l'importance de planifier le déploiement de la V2.
- Des améliorations ont été apportées à la gestion des anomalies (structuration des tickets, ...) et un nouvel outil web d'aide à la gestion des rejets est en phase de test avec les établissements.
- La mise à jour de l'IPD ROC nécessite une communication ciblée auprès des établissements déjà raccordés pour qu'ils actualisent leurs documents internes.

Plus spécifiquement pour les établissements de santé Ex-OQN, il est confirmé que SOFTWAY avance avec les deux cliniques qui se sont portées volontaires il y a plus d'un an. Evolucare se lance avec une clinique et DEDALUS aurait sollicité deux cliniques. (NDLA : Si SOFTWAY a été en contact avec notre fédération pour organiser le lancement des tests, à date, nous ne disposons d'aucune d'information en directe de la part des deux autres SSII)

Par ailleurs, sans lien technique direct avec le projet ROC, une préoccupation majeure a été soulevée concernant la continuité de la plateforme Noé utilisée par les AMC au 1er janvier 2027, avec un impact potentiel significatif pour les établissements de santé. La problématique de la plateforme Noé met en évidence une forte dépendance interfonctionnelle entre la DGOS, la DGFIP, les AMC et les établissements, nécessitant une coordination urgente.

Calendrier :

- Organiser une réunion urgente avec les fédérations hospitalières, la DGFIP et les AMC pour discuter des impacts de la fin de la plateforme Noé.
- COPIL ROC : 26 novembre 2026
- COSTRAT ROC : 10 décembre 2026
- Action FHP-MCO : Publication ce mois d'une newsletter dédiée



La parole est à vous





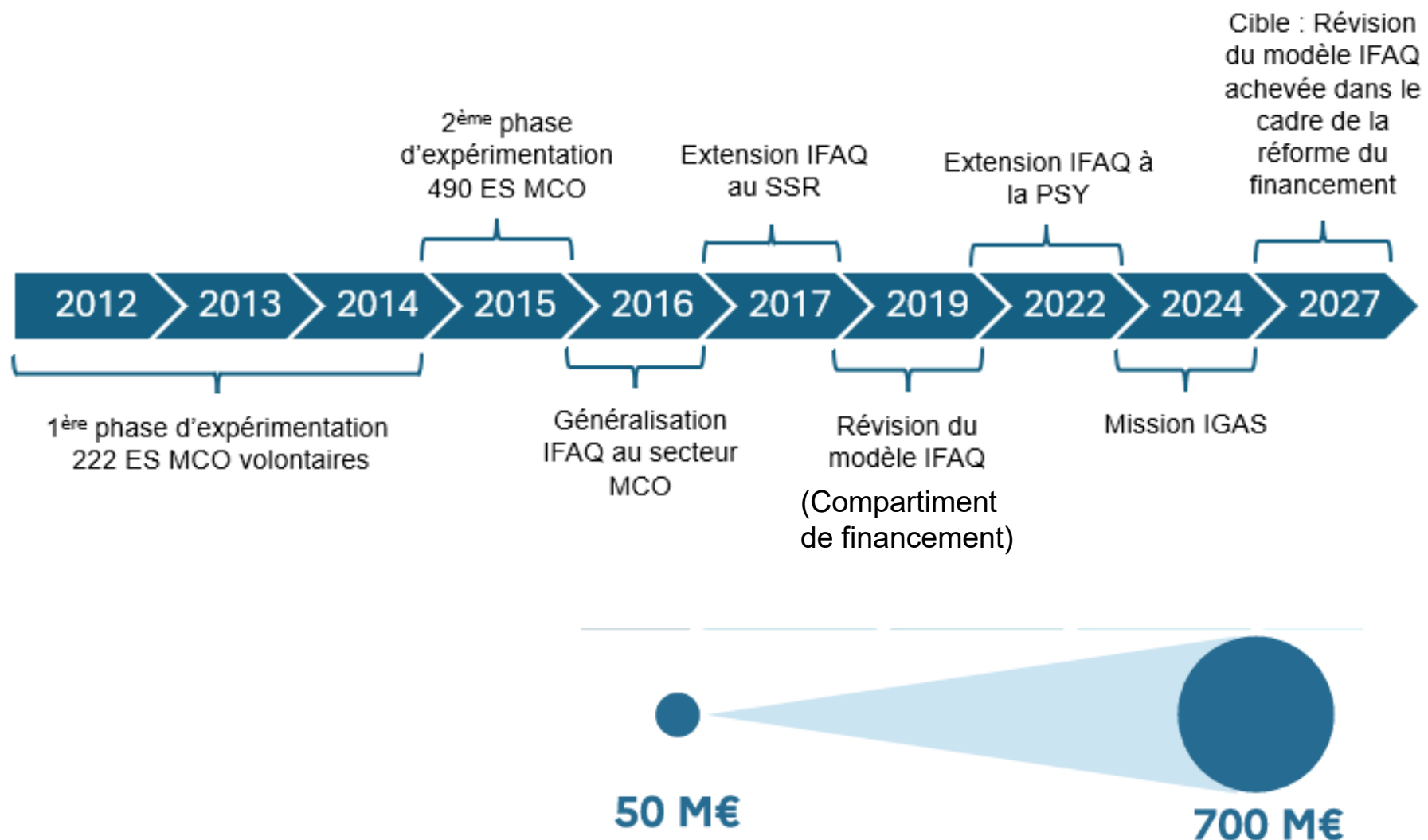
Point sur la réforme du financement MCO

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

IFAQ

IFAQ 2026 : Le modèle

Bref rappel historique : Une montée en charge progressive du modèle



IFAQ 2026 : Le modèle

Modèle 2025

Modèle IFAQ rénové 2026

Une enveloppe IFAQ de 700 M€

Une enveloppe par GC

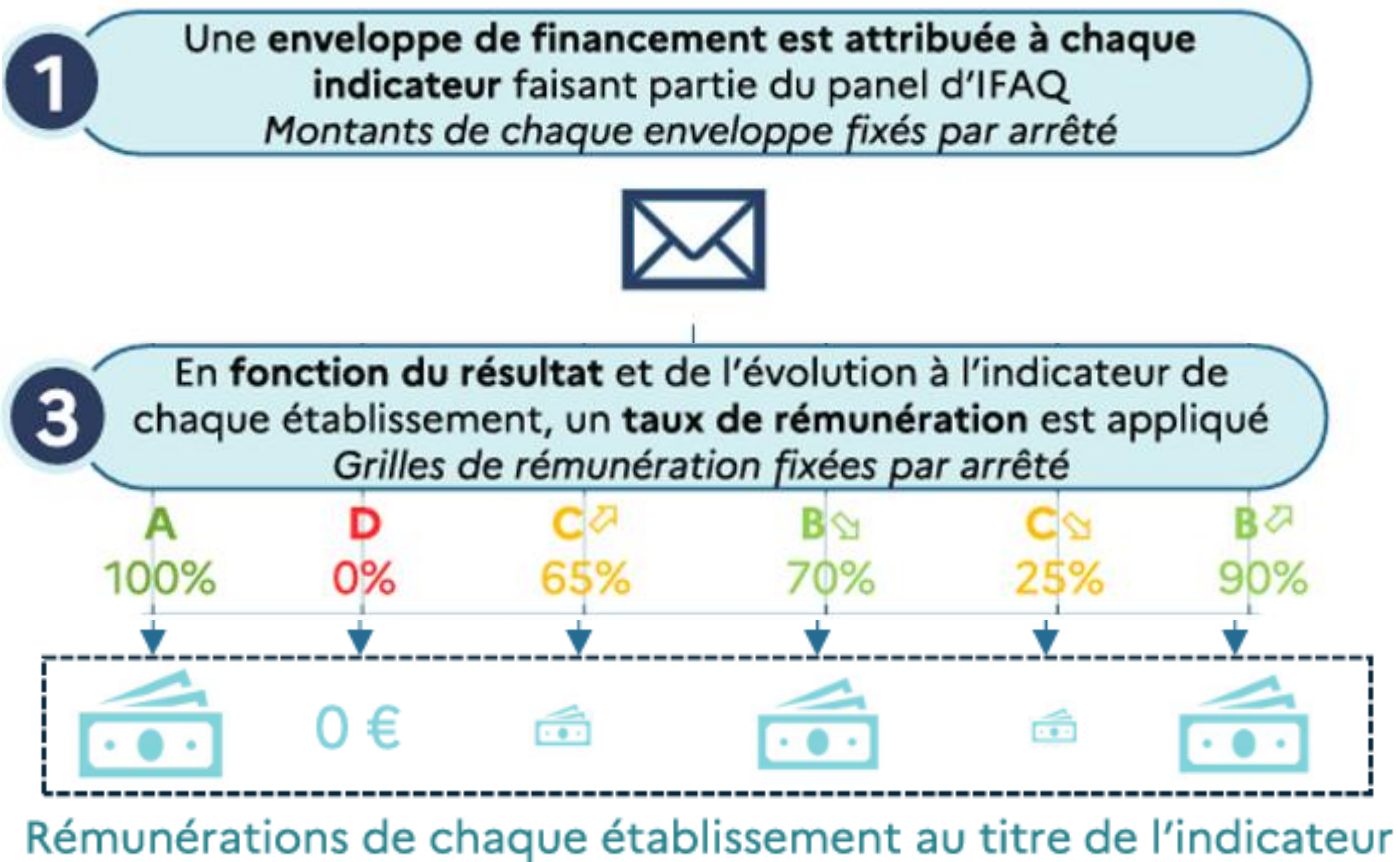
Une enveloppe par indicateur

- Certification : Une enveloppe de 280 M€ soit 40% du total
- Pour les autres indicateurs, la construction s'est faite de manière « neutre » sur la base du vol éco des ES éligibles, sans pondération



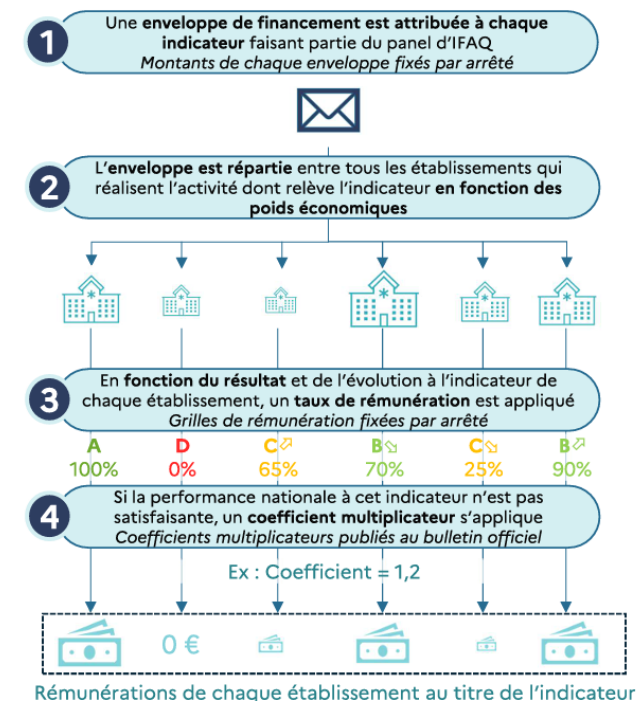
IFAQ 2026 : Le modèle

La rémunération: en synthèse



Une étape supplémentaire pour les indicateurs non « matures » :

Calcul de la rémunération par indicateur



IFAQ 2026 : Le modèle

◉ Les indicateurs pris en compte (Art 2 - annexes 1, 2 et 3 de l'arrêté):

Modèle 2025	Modèle IFAQ rénové 2026
3 types d'indicateurs pris en compte : ▪ La certification : avec une grille de rémunération par niveau, ▪ Indicateurs qui mesurent la conformité vis-à-vis d'un attendu ▪ Indicateurs qui mesurent un niveau de qualité (ex : QLS)	
Les IQSS	
Utilisation des scores et principe de gradation	Une grille de rémunération par classe (A, B, C, D, NV, NR)
	Introduction d'un coefficient multiplicateur (compris entre 1 et 1,5) : pour les indicateurs présentant une marge de progression importante au niveau national
Une prise en compte de l'atteinte de la cible et de la progression	
La Certification	
Pas de rémunération des ES certifiés C en V 2014 ou sous conditions	Une grille de rémunération où seuls les ES non certifiés ne sont pas rémunérés au titre de la Certification
Une prise en compte des différentes versions du process de certification (V2014, V2020, 6 ^{ème} cycle)	

IFAQ 2026 : Le modèle

Les indicateurs pris en compte (Art 2 et annexe 1 de l'arrêté):

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

IFAQ 2026 : Le modèle

➤ Rémunération de la certification (annexe 2):

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

➔ Bonus de 10% pour la haute qualité de soins

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

➤ Alignement de la FHP sur ces taux de rémunération par niveau de certification

IFAQ 2026 : Le modèle

➤ Rémunération des indicateurs qui mesurent un niveau de qualité dont IQSS, e-satis :

Classe	Stable ou sans évolution calculable	Evolution positive	Evolution négative
A	100%	0% (100%)	0% (100%)
B	80%	+10% (90%)	-10% (70%)
C	45%	+20% (65%)	-20% (25%)
D (si existant)	0%		
NR*/NV**		0%	

Pas de Malus pour les ES en A

Niveau de bonus/malus différent selon les classes

Pas de Rémunération (il a été question d'un rémunération min pour Incitation au recueil)

(*) NR non répondant : si l'établissement n'a pas procédé au recueil d'un indicateur pour lequel il avait une obligation de recueil.

(**) NV non validé : les exigences en termes de qualité de recueil n'ont pas été respectés lors du recueil de l'indicateur.

- Une seule grille pour l'ensemble de ces indicateurs
- NA à 100% (ES éligible mais en dessous du seuil d'activité pour le recueil obligatoire)
- Mesure de l'évolution : prise en compte du calcul de la HAS

➤ Le coefficient multiplicateur (Annexe 3)

- Constat partagé : éviter un reliquat trop important
- D'où la proposition d'appliquer un coefficient en fonction de la performance constatée au national (c'est-à-dire le niveau de maturité/saturation) ➡ pour les indicateurs avec une minorité des ES classé en A ou en B (hors certification) donc avec une marge de progression importante au niveau national.
 - ✓ indicateur par indicateur
 - ✓ coefficient compris entre 1 et 1,5.
 - ✓ appliqué de la même manière quel que soit le niveau et l'évolution,
 - ✓ La valeur est déterminée selon les résultats de distribution des volumes économiques des établissements A et B observés l'année N-1

IFAQ 2026 : Le modèle

➤ Le coefficient multiplicateur (Annexe 3)

Pour les IQ qui mesurent une conformité :

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

Pour les IQ qui mesurent un niveau de qualité :

Indicateurs qui mesurent un niveau de qualité

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

*En volume économique

○ Le calcul de la primo allocation (art 3 de l'arrêté)

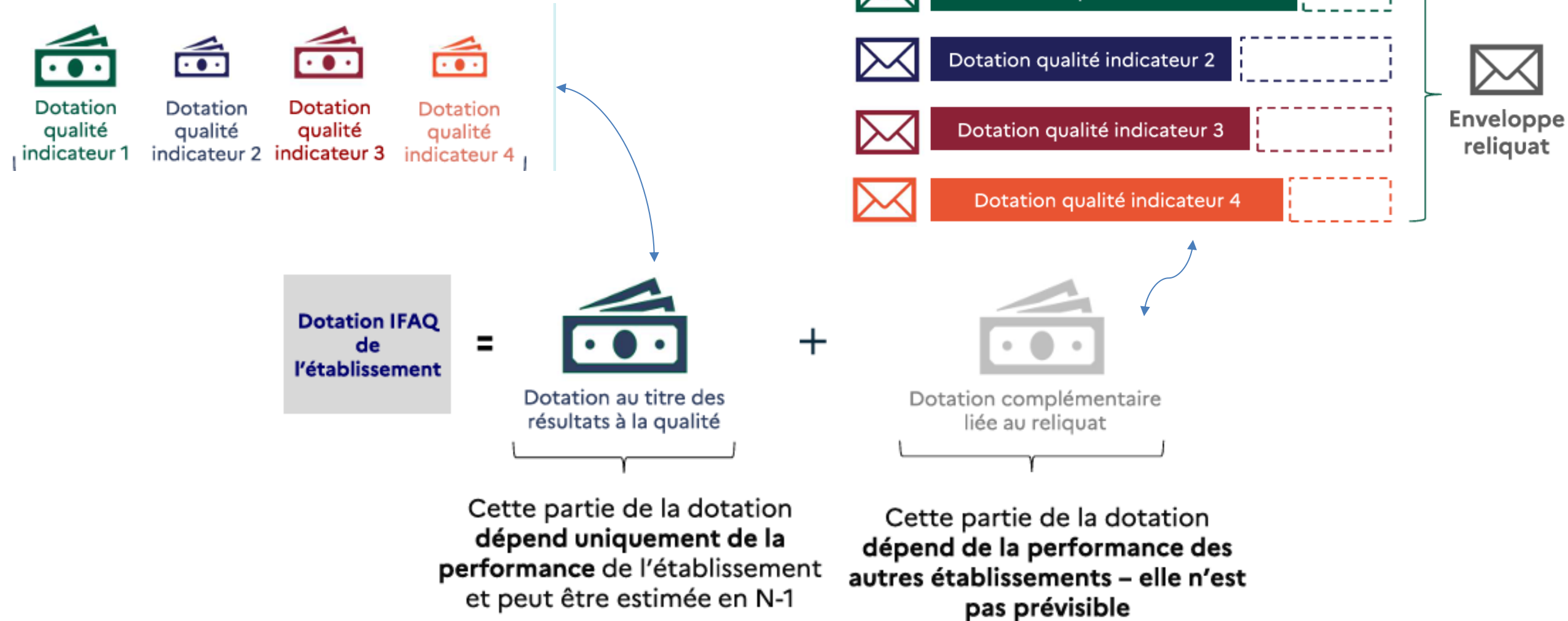
- Pour chaque indicateur recueilli, le montant que peut percevoir l'établissement est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Montant de la dotation IFAQ attribué à l'indicateur} \times \frac{VE_{N-1}}{\sum VE_{N-1}} \times \text{taux de rémunération} \\ \times \text{coefficient multiplicateur}$$

- Chaque établissement touche un gain par indicateur en fonction de :
 - l'enveloppe attribuée à l'indicateur ;
 - son volume économique N-1
 - la somme des volumes économiques de l'ensemble des établissements du périmètre du champ d'activité dont relève l'indicateur
 - son score et de sa progression sur cet indicateur (☛ fixe le taux de rémunération), et non plus en fonction de son classement, ainsi que du niveau de saturation de l'indicateur

IFAQ 2026 : Le modèle

○ La rémunération: le reliquat



Les dispositions transitoires (Article 7 de l'arrêté) :

⇒ **Indicateur numérique** : les règles de calcul et les modalités de recueil changent. Pour respecter notre engagement, cet indicateur est « neutralisé » pour la première année de calcul avec ces nouvelles règles

⇒ **Indicateurs avec un recueil biennal non recueillis en 2025** : pour l'année de transition du modèle, ces indicateurs seront neutralisés pour des raisons techniques comme indiqué dans le GT du 11 juin.

⇒ Cela veut dire que pour tous les établissements qui sont éligibles à ces indicateurs, **le calcul de la dotation sera fait en appliquant l'équation suivante** :

$$\text{Montant de la dotation IFAQ attribué à l'indicateur} \times \frac{VE_{N-1}}{\sum VE_{N-1}}$$

⇒ Les montants perçus au titre d'indicateurs pour lesquels le calcul n'est pas basé sur un résultat de qualité **ne sont pas pris en compte pour le calcul du reliquat**

Modification apportée dans l'arrêté

Pour l'année 2026, chaque établissement éligible à l'indicateur portant sur le taux d'alimentation du dossier médical partagé en lettres de liaison de sortie des patients ou à un indicateur dont la fréquence de recueil est biennale, tel que mentionné à l'annexe 1, et pour lequel le recueil n'a pas été réalisé en 2025, perçoit une rémunération au titre de chacun de ces indicateurs correspondant au produit du montant attribué à l'indicateur et du poids du volume économique de l'établissement pour l'année précédente, déterminé selon la formule suivante :

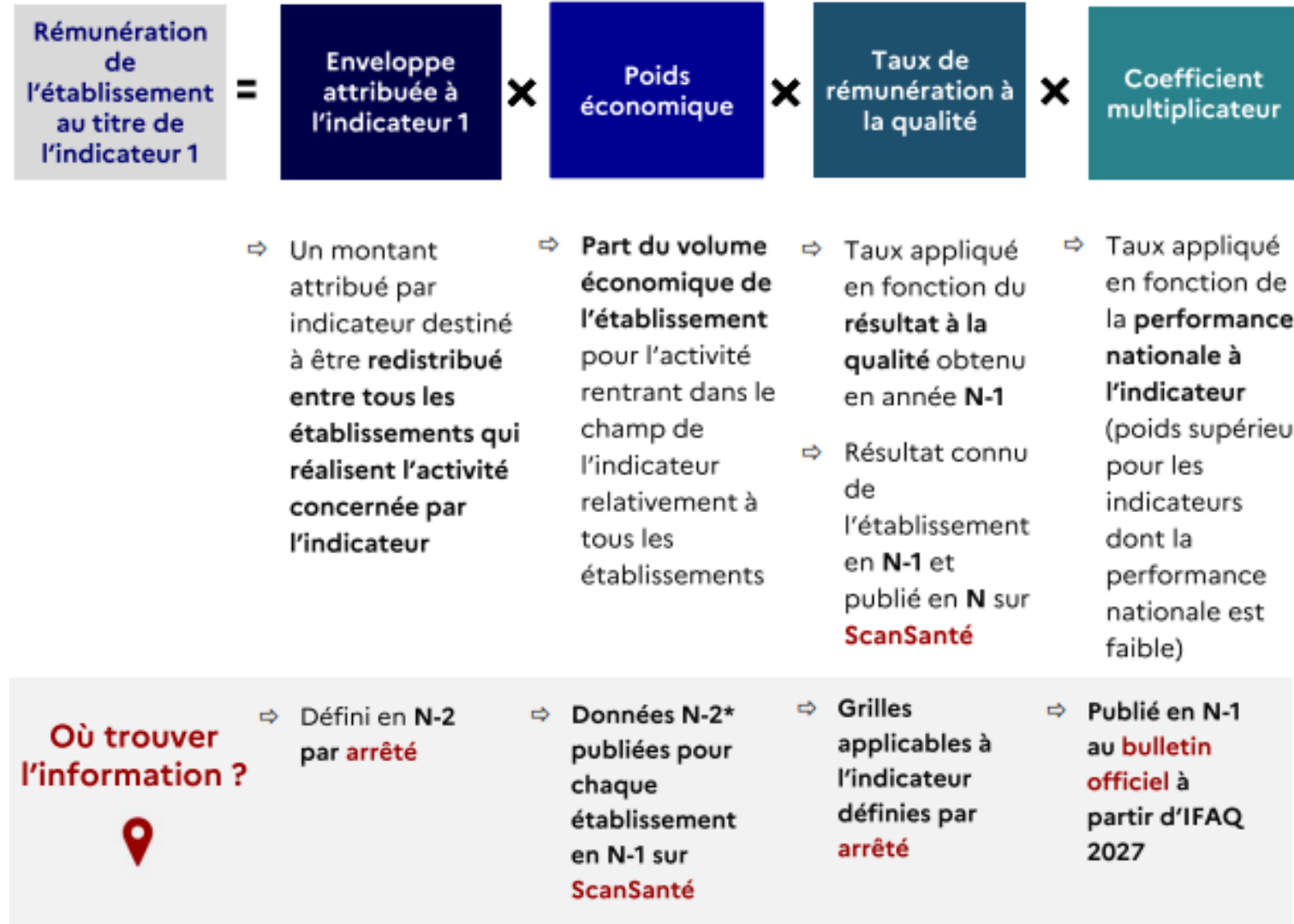
$$\text{Montant de la dotation IFAQ attribué à l'indicateur} \times \frac{VE_{N-1}}{\sum VE_{N-1}}$$

Pour l'année 2026, les montants perçus au titre des indicateurs précités ne sont pas pris en compte pour le calcul du reliquat mentionné à l'article 4.

➤ **Dotation IFAQ 2027** : Eviter de pénaliser les ES qui participent à l'expérimentation « e-Satis Mater » ➡ résultat le plus élevé entre eSatis MCO+48h recueilli en 2025 ou en 2026

IFAQ 2026 : Le modèle

○ Calcul de la rémunération :



➤ La **dotation de l'année N** s'appuie sur :



- Les **poids économiques** constatés en **N-1**
- **les résultats des indicateurs en N-1** avec une date butoir au 31/10/N-1
- Pour les indicateurs biennaux ➡ date du dernier recueil donc N-1 ou N-2

* Les données N-2 du poids économique sont à utiliser pour prévoir le montant (➡ dans l'outil de simulation) mais le calcul du montant effectif est réalisé à partir du poids économique N-1

IFAQ 2026 : Le modèle

Résultats IFAQ 2026 :

- Publication de l'arrêté IFAQ 2026 au JO du 18 janvier 2026
- Résultats IFAQ 2026 :

Notifications aux ES

➔ dans le cadre de la C1 2026

Restitution individuelle aux établissements

➔ depuis le 22 juin, via le nouvel outil de restitution ATIH (data avancé IFAQ)

Fichier Résultats détaillés pour restitution aux fédérations

➔ Fin juin 2026, la DGOS a transmis un fichier excel par fédération, suivi d'une V2 en juillet (ES manquants)

Notice Technique

➔ Publication en juillet,
➔ Mise à jour le 16/09/2026 avec l'ajout d'un schéma expliquant le calendrier de la campagne IFAQ

Résultats IFAQ 2026

- 1^{ère} délégation de la dotation IFAQ calculée avec les nouvelles règles de rémunération

Principes de fonctionnement du nouveau modèle

- ⇒ Une **enveloppe** par indicateur
- ⇒ **Rémunération possible** pour chaque indicateur du panel tous les ans (même si recueil biennal)
- ⇒ **280 M€** alloués à la certification
- ⇒ **Rémunération de l'année N** calculée sur la base des derniers résultats aux indicateurs disponibles et des VE de l'année N-1
- ⇒ **Bonification de la rémunération** pour les indicateurs pour lesquels la marge de progression nationale est importante
- ⇒ Dotation de l'établissement au titre d'IFAQ **composée de deux parties** :
 - Dotation au titre des résultats de qualité
 - Dotation liée au reliquat
- ⇒ **Notification** en C1

Spécificités de la délégation en 2026

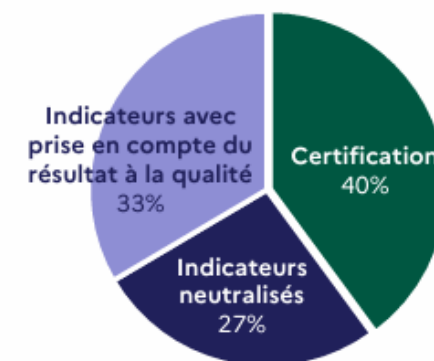
Neutralisation d'indicateurs

- **Redistribution au VE** des enveloppes des 8 indicateurs non recueillis en 2025 :
 - **MCO** : PCC, QLS CA
 - **HAD** : COORD, TDP
 - **SMR** : PSPV
 - **PSY** : CV, ADD
 - **Transverse** : DMP
- **73 % de l'enveloppe** distribuée en prenant en compte le **résultat à la qualité**

Coefficients multiplicateurs

- Un **coefficient multiplicateur supérieur à 1** a été appliqué sur 5 indicateurs
 - **MCO** : QLS (1,4) ; e-satis48h+ (1,3)
 - **PSY** : QLS (1,5) ; PCD (1,3) ; HLD (1,3)

Répartition de l'enveloppe nationale IFAQ en 2026



Appropriation du nouveau modèle IFAQ :

- la DGOS a organisé 2 webinaires IFAQ à destination des ES:
 - Le 1^{er} webinaire le 30/03 dédié à la présentation du nouveau modèle IFAQ, des outils pédagogiques mis à disposition, et avec un aperçu du nouvel outil de restitution de l'ATIH
 - Le 2^{ème} webinaire le 26/05, animé par l'ATIH et dédié à la présentation et la démo du nouvel outil ATIH de restitution des résultats.
- Et mis en ligne plusieurs outils pédagogiques pour accompagner les ES :
 - Les grands principes du modèle, ainsi que les textes réglementaires
 - Le livret pédagogique IFAQ mis à jour pour le nouveau modèle ;
 - Une FAQ ;
 - L'outil de simulation pour estimer votre dotation (hors reliquat) ainsi que son lisez moi

IFAQ 2026 : Le modèle

l'outil de restitution ATIH

- Les données relatives aux résultats sont disponibles dans l'outil de restitution de l'ATIH depuis le 22 juin via le lien suivant : <https://ifaq.data-avance.atih.sante.fr/>

The screenshot shows the 'Tableau de bord IFAQ' (IFAQ Dashboard) interface. The top navigation bar includes a menu icon, the 'DAV' logo, and several tabs: 'Tableau de bord IFAQ' (highlighted in pink), 'Accueil', 'Le dispositif IFAQ', 'Indicateurs pris en compte', 'Elements de financement', 'Les plateformes Data ATIH', and a user profile for 'Laure DUBOIS'. The main heading is 'Bienvenue sur le tableau de bord IFAQ'. Below it, a paragraph explains the IFAQ device's purpose: to valorize and encourage quality improvement in healthcare establishments. Another paragraph states that the application is interactive and provides simplified navigation to essential information for the 2026 campaign. A section titled 'Elle est composée de 2 parties :' (It is composed of 2 parts) lists two main features: 'Indicateurs pris en compte' (Indicators taken into account) and 'Éléments financiers' (Financial elements). A note mentions that results are available for both individual establishments and aggregates, and can be exported as PDF. A footnote (*) provides information on connecting via 'Plage' and creating a 'PASREL' identifier. At the bottom, there are two buttons: 'En savoir plus sur le dispositif' and 'Accéder à la documentation de l'application'. On the right side of the dashboard, there is a dark blue panel titled 'Consultation des résultats' (Results consultation). This panel contains two sections: 'Sélectionnez un ou plusieurs champ(s) d'activité(s)' (Select one or more activity field(s)) with buttons for 'MCO', 'HAD', 'SMR', 'Dialyse', and 'Psychiatrie'; and 'Sélectionnez l'année de la campagne' (Select the campaign year) with a button for '2026'. Below these, there are two buttons with arrows: 'Indicateurs pris en compte Données brutes' and 'Éléments de financement'.

Bienvenue sur le tableau de bord IFAQ

Le dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) a pour objectif de valoriser et d'inciter à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

Interactive, l'application « Tableau de bord IFAQ » a été développée pour vous offrir une navigation simplifiée et accéder aux informations essentielles (à partir) de la campagne 2026. Elle est accessible en vous connectant via votre compte Plage(*).

Elle est composée de 2 parties :

- **Indicateurs pris en compte** : vous pourrez y consulter les valeurs de chaque indicateur de mesure retenu.
- **Éléments financiers** : vous pourrez vous informer sur le montant des dotations obtenues au titre de chaque indicateur.

Ces résultats sont disponibles aussi bien pour un établissement que pour des agrégats d'établissements constitués à façon. Vous pourrez exporter en PDF les résultats de votre requête.

(*) Pour obtenir davantage d'informations sur la connexion Plage via Data Avance et créer un identifiant PASREL, veuillez consulter le lien suivant : [Connexion Plage via Data Avance](#).

[En savoir plus sur le dispositif →](#) [Accéder à la documentation de l'application →](#)

Consultation des résultats

Sélectionnez un ou plusieurs champ(s) d'activité(s)

MCO HAD SMR Dialyse Psychiatrie

Sélectionnez l'année de la campagne

2026

Indicateurs pris en compte Données brutes →

Éléments de financement →

IFAQ 2026 : Le modèle

le simulateur de dotation IFAQ

- La DGOS a mis en ligne un fichier excel pour simuler sa dotation : <https://ifaq.data-avance.atih.sante.fr/>

1	Nom de l'indicateur	Enveloppe totale attribuée à l'indicateur	Périmètre d'activité	Eligibilité à l'enveloppe	Coefficient multiplicateur	Poids VE*	Gain potentiel à l'indicateur	Résultat à l'indicateur	Taux de rémunération appliqué	Gain effectif (Allocation perçue par l'établissement à l'indicateur)	Commentaires établissement
2											
3	Certification PSY	45 469 518 €	Psychiatrie	Oui	1		0 €	A+	110%	0 €	
4	Certification hors PSY	234 530 482 €	Tous hors PSY	Oui	1		0 €	A	100%	0 €	
5	Taux d'alimentation du DMP en lettre de liaison de sortie	67 200 000 €	MCO, Dialyse, SMR, HAD	Oui	N/A	0,600000%	403 200 €	NA	100%	403 200 €	
6	Qualité de la lettre de liaison de sortie MCO	39 620 000 €	MCO faisant des séjours de plus de 24h	Oui	1,4	0,600000%	332 808 €	B_P	126%	299 527 €	
7	Qualité de la lettre de liaison de sortie SMR	10 870 000 €	Hospitalisation complète en SMR	Oui	1		0 €	B	80%	0 €	
8	Qualité de la lettre de liaison de sortie PSY	13 960 000 €	Hospitalisation complète en PSY	Oui	1,5		0 €	A_S	150%	0 €	
9	Qualité de la lettre de liaison de sortie d'une chirurgie ambulatoire	37 830 000 €	MCO-Chirurgie ambulatoire	Oui	N/A		0 €				
10	Coordination de la prise en charge	2 100 000 €	HAD	Oui	N/A		0 €				
11	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés +48h en MCO (eSatis +48H MCO)	39 630 000 €	MCO avec séjours de +48h	Oui	1,3		0 €				
12	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (eSatis MCO CA)	37 480 000 €	Chirurgie ambulatoire en MCO	Oui	1		0 €				
13	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (eSatis SMR)	10 910 000 €	SMR hors HDJ	Oui	1		0 €				
14	Evaluation et prise en charge de la douleur MCO	39 620 000 €	MCO avec séjours de +24h	Oui	1	0,600000%	237 720 €	NA	100%	237 720 €	

< >

Lisez-moi

Légende

Simulateur de dotation

Ann. 1-indicateurs

Ann. 2-Grilles de rémunération

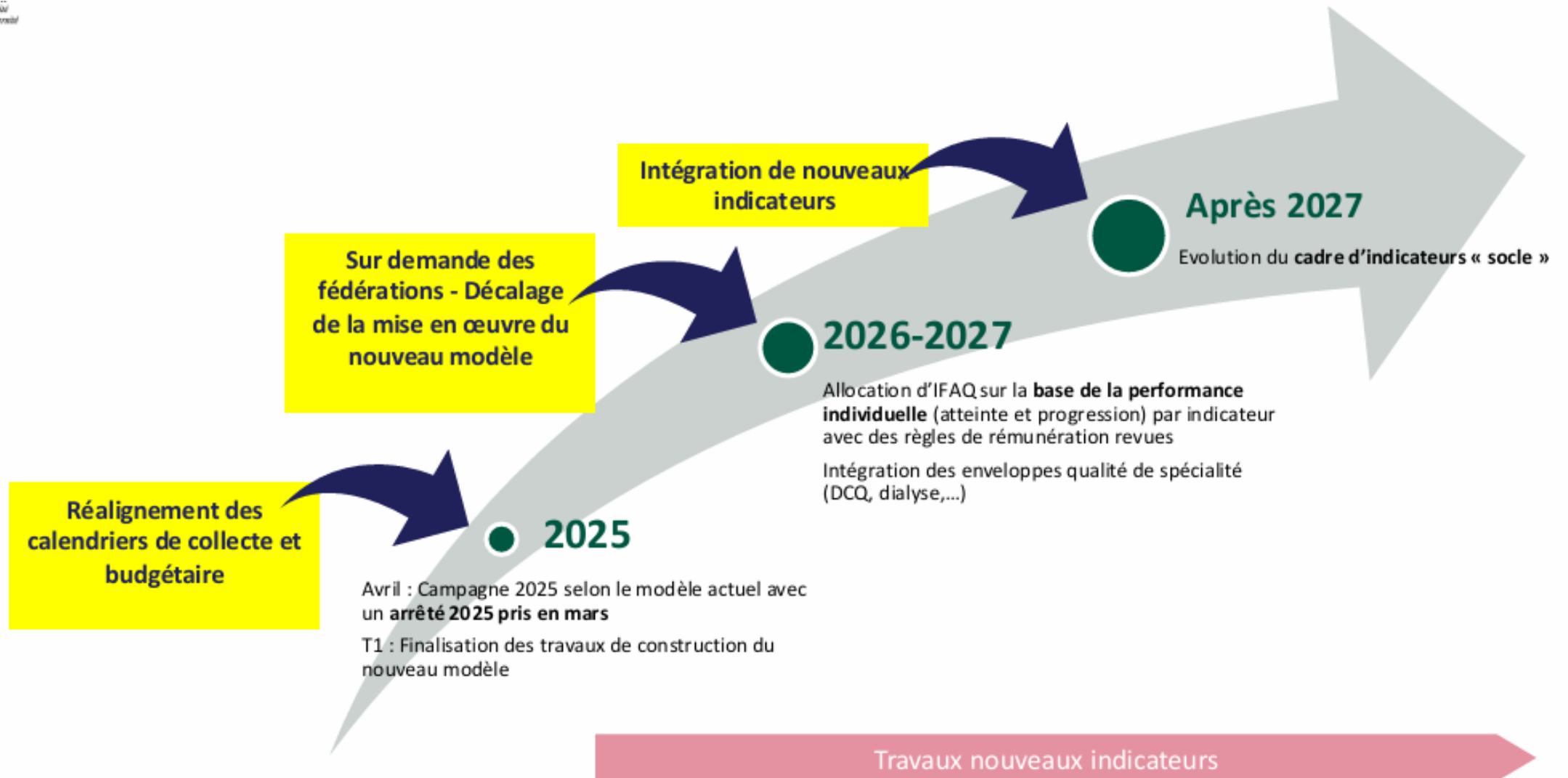
⋮ + ⋮

◀

IFAQ 2026 : Le modèle

IFAQ 2027 ?

*Égalité
Potentiel*

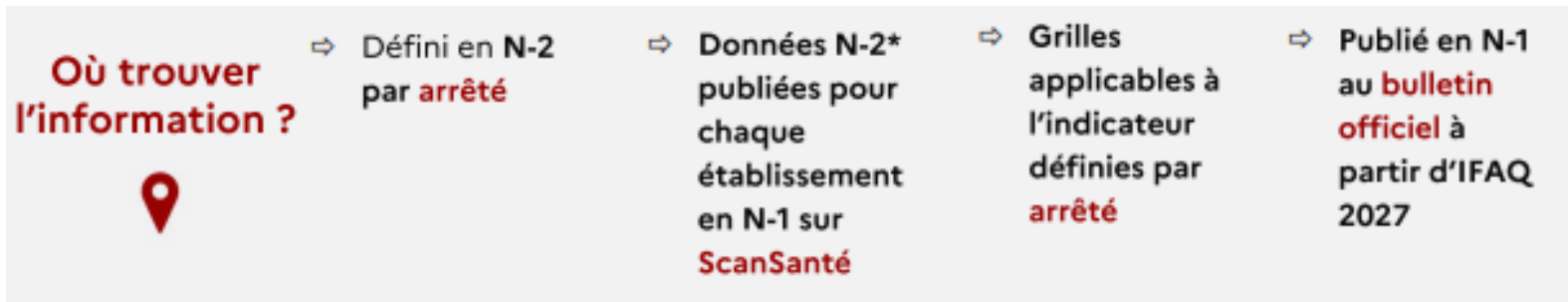


IFAQ 2026 : Le modèle

IFAQ 2027 ?

Calcul de la rémunération par indicateur

En résumé, pour calculer la **rémunération de l'établissement pour chaque indicateur**, il suffira de **multiplier quatre termes**



➤ Publication au BO du 30/07/2026 des coefficients multiplicateurs appliqués au calcul des dotations IFAQ 2027

➤ Prise en compte des indicateurs biennaux neutralisés en 2026

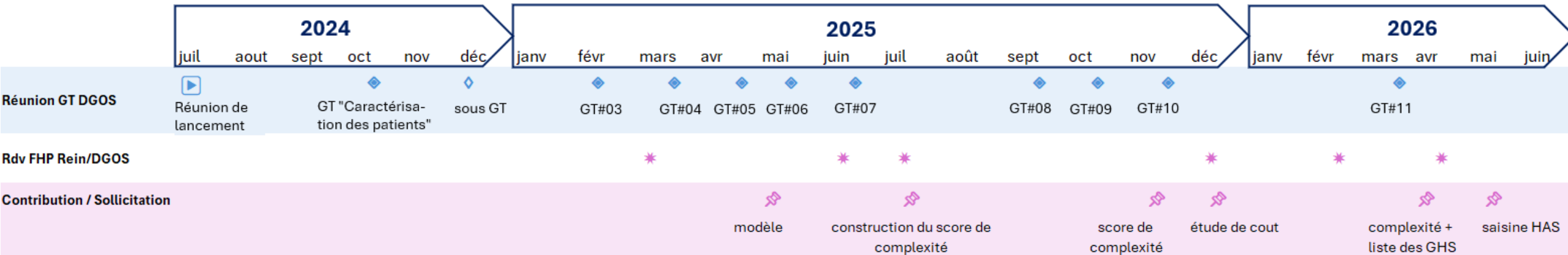


Réforme du financement de la dialyse

Réforme du financement de la dialyse

Depuis le lancement des travaux en 2024, les travaux se sont poursuivis avec la Participation de la FHP REIN, accompagnée des référents FHP MCO:

- **à 8 GT DGOS,**
- **complétés de 4 bilatérales et/ou rdv techniques** avec la DGOS,
- **et ayant donné lieu à 4 contributions**



Légende

- ◆ Réunion du GT DGOS
- * Rdv FHP Rein-FHP MCO /DGOS
- 📌 Contribution / Sollicitation

DATE	GT DGOS et bilatérale (FHP REIN FHP MCO DGOS)
04/07/2024	Réunion de lancement
15/10/2024	GT "Caractérisation des patients"
03/12/2024	GT Technique
11/02/2025	GT#03 "compartiment Acitivité"
04/03/2025	bilatérale * (modèle de financement)
26/03/2025	GT#04 "GT qualité et MS"
22/04/2025	GT#05 "Forfaits"
15/05/2025	GT#06 "Caractéristiques patient"
13/06/2025	rdv * (compartiment activité)

DATE	GT DGOS et bilatérale (FHP REIN FHP MCO DGOS)
18/06/2025	GT#07 "compartiment Activité"
11/07/2025	rdv * (sévérité)
19/09/2025	GT#08 "Point d'étape et nouveau calendrier"
15/10/2025	GT#09 "Score de complexité"
18/11/2025	GT#10 "Enquête de coûts"
10/12/2025	bilatérale * (étude de cout)
17/03/2026	GT#11 "classification et recueil des données"
17/04/2026	bilatérale * (OSP MS)

Réforme du financement de la dialyse

Récapitulatif déroulé des travaux:

- La LFSS 2024 prévoit 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 avec une entrée en vigueur **au 1^{er} janvier 2026**.
- Lancement des travaux en Juillet 2024, et 1^{ère} proposition DGOS d'architecture cible d'une grande complexité sur la partie « activité »
- **Juillet 2025** : Courrier commun (CNP de néphrologie, SFNDT, SNL, FRANCE-REIN, FEHAP, FHP) aux Ministres demandant le report au 1^{er} janv 2027 de cette réforme.
- Dans les suites de ce courrier commun, **décision de différencier l'étape de définition de la nomenclature (respect du 1^{er} janvier 2026) et celle de l'étape tarifaire (au 1^{er} janvier 2027), ce qui se traduit par :**
 - 📖 Publication de la nouvelle nomenclature fin 2025 : **Parution de l'arrêté « dialyse » au JO du 04 déc. 2025**
 - 📱 Déploiement des paramètres de valorisation associés au 1^{er} janv. 2027 : **Les dispositions de l'arrêté entrent en vigueur au 1er janvier 2027**



Juillet 2026 : lettre interfédération au DG de la DGOS soulignant que les conditions de mise en œuvre de la réforme du financement de la dialyse ne sont pas réunies pour le 1er janvier 2027.

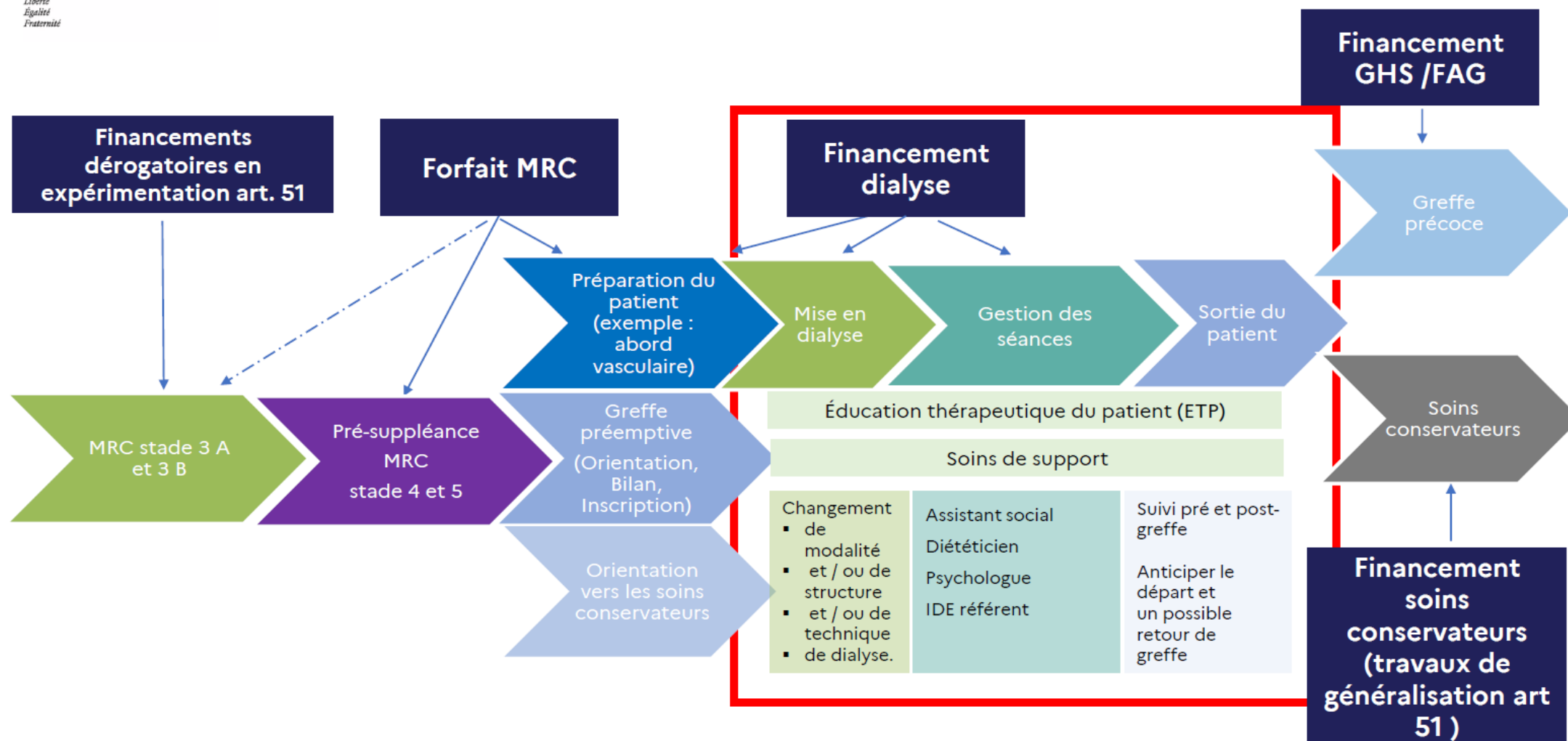


EEV en 2027 de manière progressive afin de permettre aux ES de s'adapter

Réforme du financement de la dialyse

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

Direction générale de l'offre de soins



Réforme du financement de la dialyse

une évolution du modèle de financement de la dialyse en lien avec la réforme du financement MCO :

Pour mémoire, la réforme du financement de la dialyse associe 3 compartiments :

- Un compartiment « Activité »
- Un compartiment « Qualité/Pertinence » et
- Un compartiment « Missions Spécifiques »

COMPARTIMENT ACTIVITÉ	COMPARTIMENT OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (OSP)	COMPARTIMENT MISSIONS SPÉCIFIQUES (MS)
Tarifs Financements à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins	Dotations annuelles forfaitaires - Prévention - Qualité et pertinence - Coordination des parcours de soins - Objectifs nationaux ou territoriaux de santé publique (exemples : prise en charge des personnes âgées, santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques)	Dotations annuelles forfaitaires - Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation - Activités de recours et d'expertise - Prise en charge de certaines maladies chroniques - Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les tarifs pour certaines activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés - Dotation populationnelle urgences

⇒ Jusqu'à présent, les travaux ont essentiellement porté sur le compartiment « Activité » avec le passage d'un paiement à la séance vers un forfait à la séquence hebdomadaire.

Réforme du financement de la dialyse

Ces trois compartiments seront mis en œuvre de manière progressive de manière à ne pas déstabiliser les établissements

Modèle appliqué en 2027

>95%

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Paiement à la **séquence hebdomadaire** avec une tarification différenciée en fonction de

Type de prise en charge
(dialyse chronique ou entraînement)

Modalité
(centre lourd, UDM, UAD, domicile)

Technique
(hémodialyse, dialyse péritonéale)

Horaire
(journée, soirée, nuit)

Complexité patient
(3 niveaux en fonction d'un score sur la base des comorbidités)

Paramètre neutralisé pour 2027

Suppléments pour des étapes spécifiques du parcours du patient

Repli pour hospitalisation

Transition
(autonomisation, aggravation)

<5%

FINANCEMENT DES MISSIONS SPÉCIFIQUES PAR DOTATION

Soutien aux établissements maintenant une offre de **proximité**

Soutien aux établissements assurant la **prise en charge pédiatrique**

FINANCEMENT À LA QUALITÉ OU À LA PERTINENCE

Financement en fonction des résultats aux indicateurs d'**expérience patient, parcours et cliniques**

Objectifs

- ⇒ Limiter les **effets revenus** potentiellement importants pour certains centres
- ⇒ Recueillir des données en vie réelle pour la définition du **score de complexité** proposé
- ⇒ Permettre la **montée en charge des équipes** pour le recueil et la transmission des données

Réforme du financement de la dialyse

Pour rappel, la cible de la réforme est un modèle de financement à la séquence hebdomadaire intégrant l'ensemble des variables suivantes

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Paiement à la **séquence hebdomadaire** avec une tarification différenciée en fonction de

Type de prise en charge
(dialyse chronique ou entraînement)

Modalité
(centre lourd, UDM, UAD, domicile)

Technique
(hémodialyse, dialyse péritonéale)

Horaire
(journée, soirée, nuit)

Complexité patient
(3 niveaux en fonction d'un score sur la base des comorbidités)

Suppléments pour des étapes spécifiques du parcours du patient

Repli pour hospitalisation

Transition
(autonomisation, aggravation)



- ⇒ La **complexité du patient sera neutralisée** dans les forfaits en 2027
- ⇒ Cela veut dire que :
 - ⇒ la **fonction groupage** ne prend pas en considération les variables liées à la complexité
 - ⇒ la **facturation peut se faire** même si ces données n'ont pas été renseignées
- ⇒ Toutefois :
 - ⇒ L'**envoi de toutes les informations** liées aux caractéristiques du patient au PMSI **sera obligatoire**
 - ⇒ Ces informations peuvent être envoyées de **manière décalée de la facturation/valorisation**



Réforme du financement de la dialyse

Qu'est-ce qui change concernant le recueil de données ?



- ▶ Tous les établissements de santé ont une obligation d'envoi de l'activité au PMSI
- ▶ Il y avait une dérogation pour l'activité de dialyse qui sera supprimée en 2027



Toutes les données concernant **le patient et le type de prise en charge** devront être recueillies et transmises en 2027

Données nécessaires à la valorisation/facturation

- Concernant le type de prise en charge (modalité/technique/horaire)
- Concernant l'étape du parcours (transition/repli)
- Concernant le besoin d'assistance à domicile



- Recueil **au fil de l'eau des deux premiers** pour permettre de valoriser les forfaits et suppléments correspondants
- **Envoi au PMSI jusqu'à M6** pour le troisième pour le calcul de la dotation

Données descriptives

- Concernant la durée d'hémodialyse
- Concernant les caractéristiques du patient



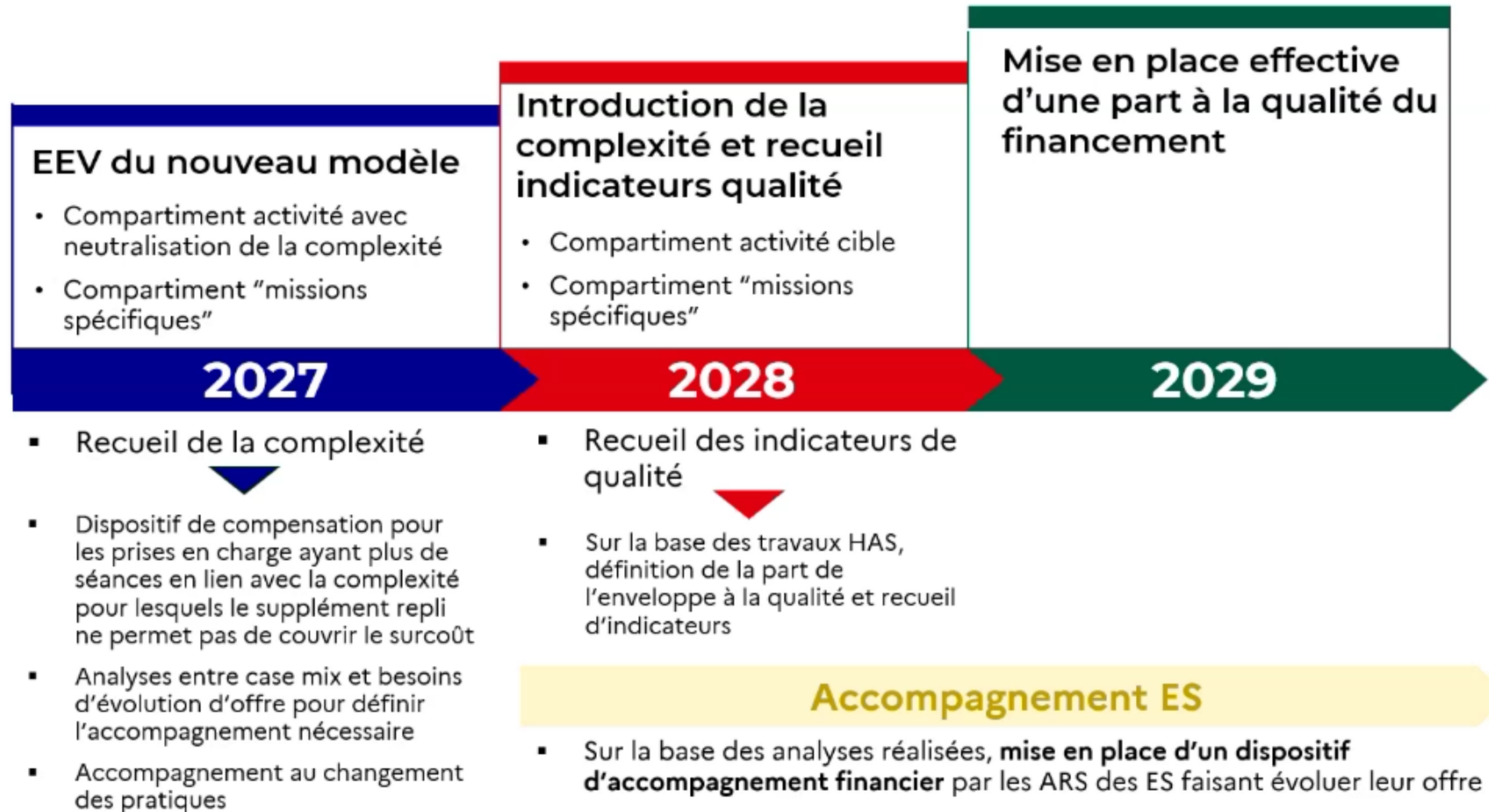
- Les caractéristiques patient permettront d'affiner le score de complexité et de pouvoir prévoir les effets revenus
- Une **bonne exhaustivité des données est nécessaire à partir de M3** pour anticiper ces travaux

Cf diapo sur
les IDEL



Réforme du financement de la dialyse

La réforme rentre en vigueur en 2027 et se met en place de manière progressive afin de permettre aux établissements de faire évoluer leurs organisations et leur offre



FOCUS sur les règles encadrant les forfaits

Réforme du financement de la dialyse

- La classification publiée en décembre 2025 distingue 2 types de forfaits :

- ✓ Dialyse chronique
- ✓ Entraînement

- ces 2 forfaits se déclinent ensuite selon :

- ✓ la technique (HD, DPA, DPCA),
- ✓ la modalité (adulte, enfant, UDM, AD, domicile),
- ✓ l'horaire (jour, soirée, nuit)
- ✓ et « l'intégralité » (partiel, intégral)

- ⊕ un score de complexité pour prendre en compte de la sévérité

**540
combinaisons
possibles**



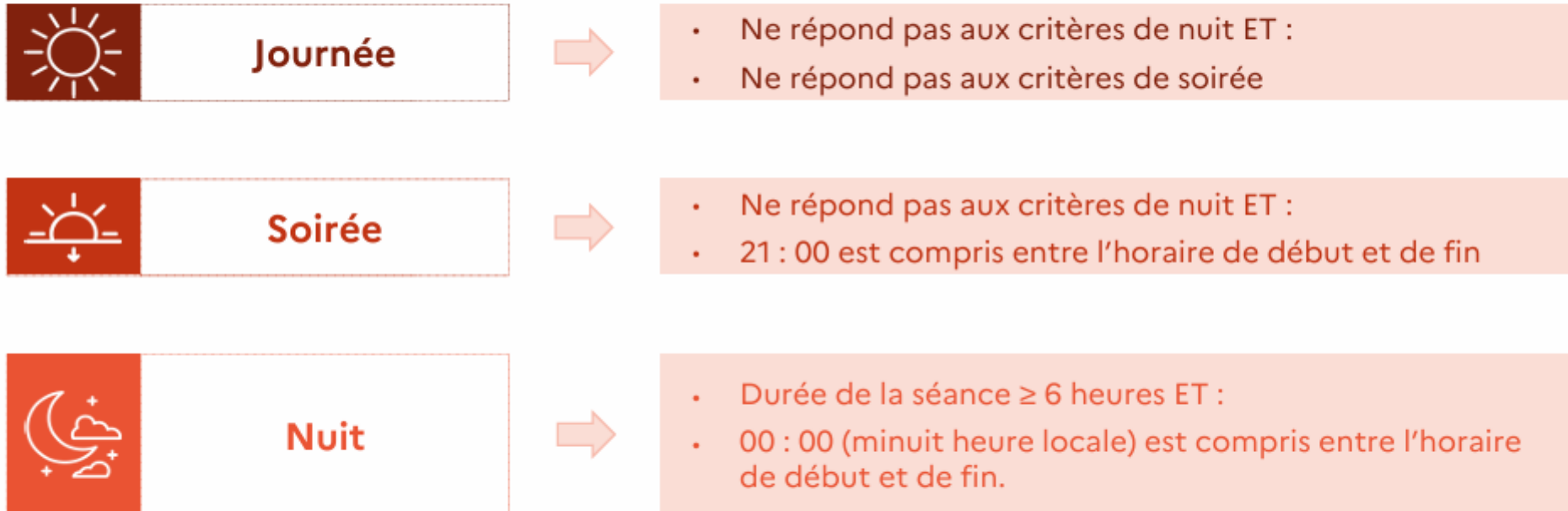
52 forfaits

↳ La DGOS a engagé un travail de « nettoyage » pour diminuer le nombre de forfait (Mise en place de règles qui respectent le droit des autorisations et les réalités du terrain)

- La FHP-REIN / FHP-MCO a contribué à ces travaux (objet d'échange lors du précédent CA et avec les membres du conseil scientifique de la FHP REIN)
- Annonce lors du GT du 04/09 : 52 forfaits distincts (hors suppléments) :
 - ✓ 38 – centre adulte, UDM, UAD et domicile (8 entraînement + 30 dialyse chronique)
 - ✓ 14 - centre enfant (8 entraînement + 6 dialyse chronique)

Réforme du financement de la dialyse

Trois plages horaires de prise en charge seront distinguées



 ⇒ L'hémodialyse longue de nuit sera bien prise en charge dans le nouveau modèle par la variable « horaire »

Réforme du financement de la dialyse

Les forfaits d'entraînement sont applicables en centre et UDM sans distinction tarifaire en fonction de la modalité

	Centre	UDM
	8 forfaits	
Technique de dialyse	Hémodialyse, DPA, DPCA Pas de distinction tarifaire entre DPA et DPCA	
Horaire	Jour, soirée	
Complétude	Toutes les techniques : Complet - ≥ 3 séances/hebdo Partiel - ≤ 2 séances/hebdo	



Prise en compte de notre remarque sur l'entraînement en soirée

Réforme du financement de la dialyse

Les forfaits de dialyse chronique applicables et les règles associées qui conduisent à des distinctions tarifaires sont spécifiques à chaque modalité

	Centre 10 forfaits	UDM 6 forfaits	UAD 6 forfaits
Technique de dialyse	Hémodialyse, DPA, DPCA Distinction tarifaire en fonction de chaque technique	Hémodialyse uniquement	
Horaire	Jour, soirée, nuit Pas de distinction tarifaire pour la dialyse péritonéale en fonction de l'horaire	Jour, soirée, nuit	
Complétude	HD : Complet - ≥ 3 séances/hebdo Partiel - ≤ 2 séances/hebdo DPA : Complet - ≥ 6 séances/hebdo Partiel - ≤ 5 séances/hebdo DPCA : Complet - ≥ 6 séances/hebdo Partiel - ≤ 5 séances/hebdo	HD : Complet - ≥ 3 séances/hebdo Partiel - ≤ 2 séances/hebdo	

- ✓ Prise en compte de notre remarque sur la distinction centre /UDM/UAD pour la soirée
- ? DPA/DPCA en centre : pas de distinction horaire – quelle fréquence ?
- ✓ Tarif différent DPA/DPCA en centre

Réforme du financement de la dialyse

En résumé les forfaits de dialyse chronique applicables pour le domicile

Domicile
8 forfaits

Technique de
dialyse

Hémodialyse

DPA, DPCA

Distinction tarifaire en fonction de chaque technique



Horaire

Jour, soirée

Nuit

Jour, soirée, nuit

Pas de distinction tarifaire
pour l'hémodialyse en
fonction de l'horaire

Distinction tarifaire
relativement à
l'hémodialyse quotidienne

Pas de distinction tarifaire pour la dialyse péritonéale en
fonction de l'horaire

Complétude

Règles distinctes pour HDQ et conventionnel

Complet - ≥ 5 séances/hebdo
Partiel - ≤ 4 séances/hebdo

Complet - ≥ 3 séances/hebdo
Partiel - ≤ 2 séances/hebdo

DPA : Complet - ≥ 6 séances/hebdo
Partiel - ≤ 5 séances/hebdo

DPCA : Complet - ≥ 6 séances/hebdo
Partiel - ≤ 5 séances/hebdo

✓ Tarif différent DPA/DPCA à domicile

- 
- L'hémodialyse à domicile quotidienne « à bas débit » doit être codée comme de séances de jour ou de soirée
 - L'hémodialyse à domicile « conventionnelle » / « à haut débit » doit être codée en séances de nuit – ces séances sont normalement plus longues que ce qu'on fait en centre, UDM ou UAD

Réforme du financement de la dialyse

Focus : Règles de complétude

Type de forfait	Type de prise en charge		Complet	Partiel
Entrainement	Toutes techniques		≥ 3 séances/hebdo	≤ 2 séances/hebdo.
Dialyse chronique	HD à domicile	Séances de nuit	≥ 3 séances/hebdo	≤ 2 séances/hebdo.
		Séances de jour ou de soirée	≥ 5 séances/hebdo	≤ 4 séances/hebdo
	DPA -DPCA		≥ 6 séances/hebdo	≤ 5 séances/hebdo.
	Autres prises en charge		≥ 3 séances/hebdo.	≤ 2 séances/hebdo

Réforme du financement de la dialyse

Un ensemble de règles ont été retenues à la suite des échanges et de la concertation avec les membres du groupe de travail

Dialyse chronique

- ⇒ Pas de forfaits pour la **dialyse péritonéale en UDM et UAD** → non autorisées par l'autorisation en vigueur
- ⇒ Pas de distinction tarifaire sur l'horaire pour le **domicile**
- ⇒ Pas de distinction tarifaire sur l'horaire pour la **dialyse péritonéale en centre adulte et enfant**
- ⇒ Distinction tarifaire en **fonction de la modalité pour l'hémodialyse longue de nuit**

Entrainement

- ⇒ Pas d'entraînement en **UAD et domicile** → non autorisées par l'autorisation en vigueur
- ⇒ Pas d'entraînement de **nuit**
- ⇒ Pas de distinction tarifaire entre **centre et UDM**
- ⇒ Pas de distinction tarifaire entre **DPA et DPCA**
- ⇒ Entrainement possible en soirée

Supplément Repli

- ⇒ **Conditions de déclenchement :**
 - **hospitalisation complète avec une durée égale ou supérieure à 2 nuitées** pour un patient pris en charge pour dialyse chronique
 - uniquement pour les forfaits de « **dialyse chronique** »
- ⇒ **Eligibilité :** uniquement **les centres adulte et enfants**
- ⇒ **Plafond :** pendant toute la durée de l'hospitalisation complète jusqu'à **8 semaines**
- ⇒ **Cumul :** non cumulable avec le supplément transition

Supplément Transition

- ⇒ **Conditions de déclenchement :**
 - **Initiation d'une dialyse**
 - **Transition entre techniques et modalités**
 - **Retours de greffe**
 - **Adaptation raisonnée des thérapeutiques**
 - Forfaits de « **dialyse chronique** » et « **entraînement** »
- ⇒ **Eligibilité :** **centres adulte et enfants ; UDM**
- ⇒ **Plafond :** période maximale de **6 semaines**
- ⇒ **Cumul :** non cumulable avec le supplément repli

FOCUS sur les IDEL

Rappel du contexte : les difficultés engendrées par des contrôles assurance maladie menés dans le cadre de l'**activité de dialyse péritonéale à domicile** et donnant lieu à des récupérations d'indus pour la facturation soins infirmiers réalisés par des professionnels de ville en sus de la facturation des établissements.

Réforme du financement de la dialyse

Cas particuliers :

1

Distinction entre les situations avec et sans assistance IDEL

- ▶ En conformité avec le R. 162-33-2 II 2°, les **forfaits de dialyse comprennent les soins infirmiers**.
- ▶ Dans le modèle cible, il est prévu que le **niveau de complexité** pourrait permettre de **distinguer les tarifs** des prises en charge avec et sans assistance IDEL
- ▶ Comme la variable complexité est neutralisée en 2027, une **alternative pour la valorisation** de l'assistance IDEL est proposée



- ▶ Mise en place d'un **recueil spécifique** permettant d'identifier les prises en charge avec intervention d'un IDEL via un diagnostic CIM-10 (Z76.880 : « Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs »)
- ▶ **Financement ex post** via une dotation déléguée par circulaire budgétaire
- ▶ Valorisation fondée sur **les données M6 et M12**, permettant d'identifier et de quantifier l'activité concernée.

i

La DGOS et la DSS souhaitent organiser prochainement un échange entre les fédérations hospitalières, le Sniil et la fédération nationale des infirmiers pour clarifier la réglementation en vigueur et trouver des solutions concrètes, par exemple, à l'instar des accords existants pour l'HAD

Réforme du financement de la dialyse

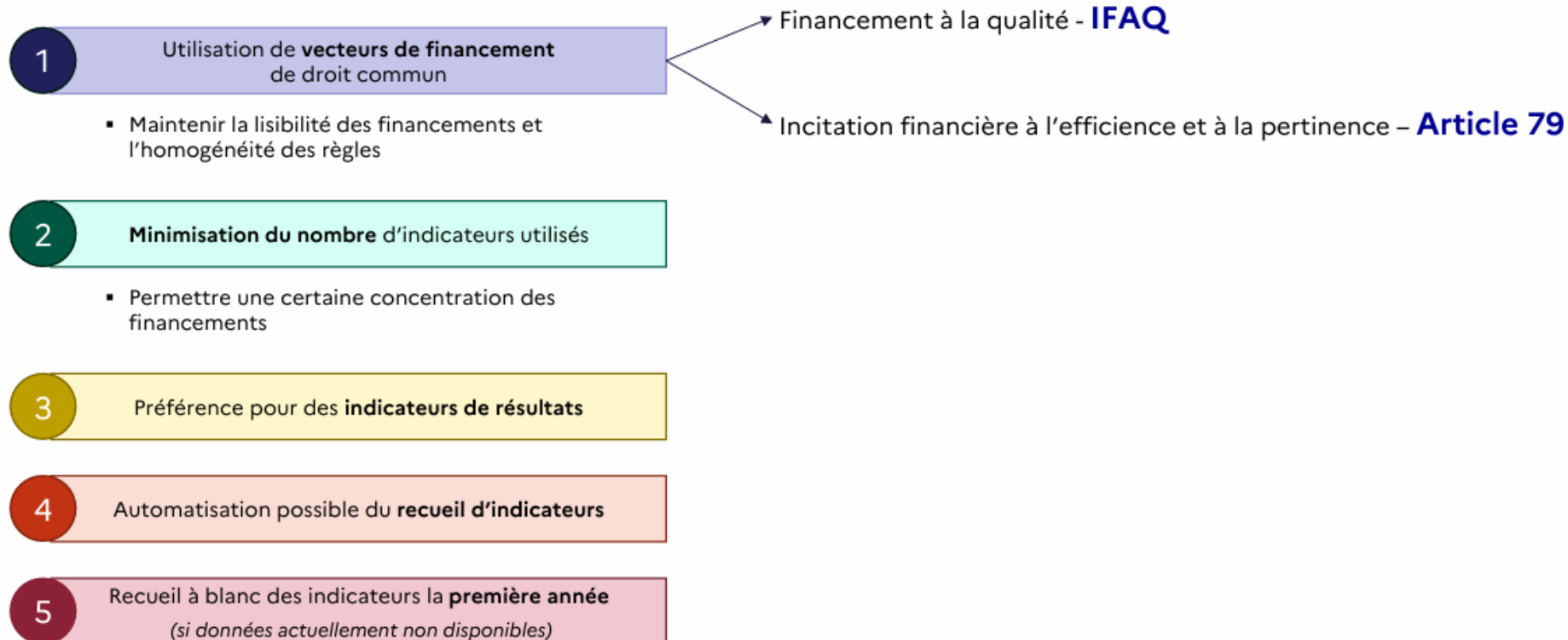
Le compartiment « Qualité »

- Les dimensions identifiées relèvent de la qualité et de la pertinence des soins ➡ plusieurs leviers financiers peuvent être mobilisés



Quelques principes sont posés pour la suite des travaux

Direction générale de l'offre de soins



Réforme du financement de la dialyse

Des échanges entre la DGOS et la HAS, l'ATIH et l'ABM conduisent à cibler cinq thématiques

Direction générale de l'offre de soins

Thématique	Explication
Expérience patient	• Dimension essentielle de la qualité • Contrairement aux questionnaires PROM, le résultat de l'expérience patient peut être plus facilement introduit dans un modèle de financement
Durée hebdomadaire d'hémodialyse	• Il est nécessaire de garantir que les prises en charge sont en conformité avec les recommandations HAS existantes
Surveillance nutritionnelle	• Aspect essentiel de la prise en charge, qui lors du dernier recueil IQSS, présente des marges de progression importantes
Accès à la greffe	• Constitue un objectif majeur de la réforme de financement et contribue fortement à l'efficacité du système de santé et à la pertinence des modes de prise en charge
Orientation vers des modalités plus autonomes	• Constitue un objectif majeur de la réforme de financement et contribue fortement à l'efficacité du système de santé et à la pertinence des modes de prise en charge

Qualité

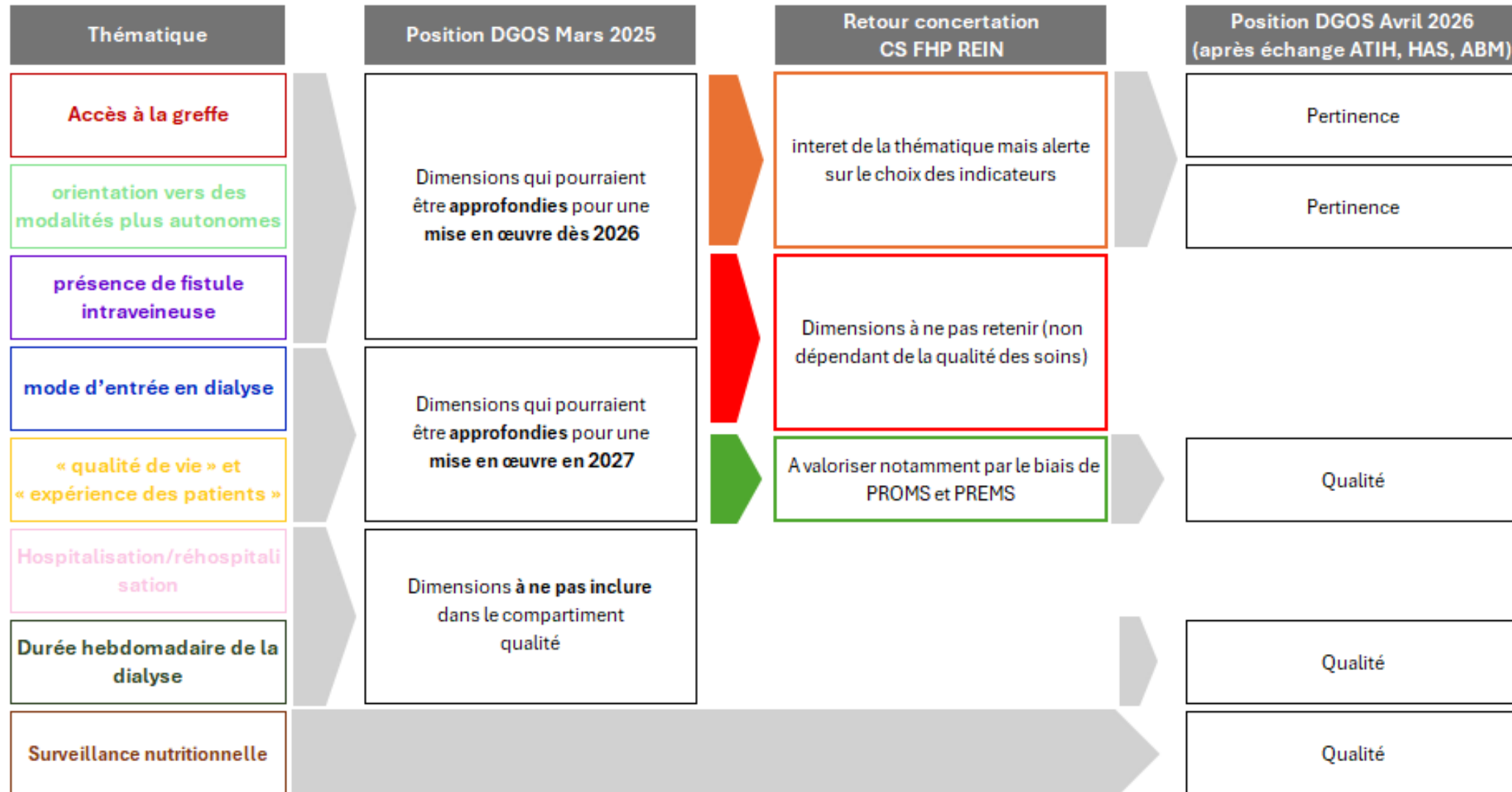
Une **saisine HAS** est nécessaire pour ces dimensions

Pertinence

Les prochaines séances devront permettre de **définir collectivement les indicateurs** et les **cibles associées** aux objectifs fixés en concertation

Réforme du financement de la dialyse

Synthèse des Dimensions/thématiques retenues pour le compartiment Qualité – Objectif de Santé Publique





La parole est à vous



Parcours Coordonné Renforcé – (Généralisation art 51)

PCR - Parcours Coordonné Renforcé

Origine et principe

Les PCR sont issus des expérimentations « article 51 » de type parcours.

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

Architecture juridique

1- ***Décret n° 2024-1035 du 15 novembre 2024***, qui fixe les conditions générales de mise en œuvre, la facturation du forfait et la procédure de validation du projet de parcours par l'Assurance maladie, chaque type de parcours devant notamment préciser les critères d'éligibilité des personnes susceptibles d'être incluses.

2- ***Décret n° 2025-394 du 30 avril 2025***, qui énumère les catégories de structures autorisées à coordonner des PCR : établissements de santé, ESMS, centres de santé, MSP, ESS, CPTS, DAC, notamment.

3- ***Un arrêté « chapeau » avec des annexes par type de parcours***, qui en fixe le cahier des charges ; les ARS déploient les PCR sur leur territoire au fur et à mesure de leur publication par arrêtés ministériels, généralement via appel à candidatures pour désigner la structure coordinatrice.

PCR - Parcours Coordonné Renforcé

PCR publiés à ce jour

Deux sont actuellement déployés.

Le PCR « Obésité complexe chez l'adulte » fonctionne sur une durée pouvant aller jusqu'à deux ans, avec des appels à candidatures ARS en cours ou clos dans plusieurs régions, dont les Hauts-de-France.

Le PCR « Enfance protégée » prévoit dans chaque département un parcours de soins des enfants et jeunes majeurs protégés, coordonné par une structure de coordination, avec possibilité de mobiliser des soins précoces en santé mentale ; l'ARS HDF a ouvert un appel à candidatures clos le 17/07/2026

Un 3^e PCR à venir: ***PCR « Addictions complexes premier niveau »***



Arrêté « chapeau » des PCR, publié au JO du 4 mars 2026
Le PCR obésité y figure en annexe 2, qui contient son cahier des charges.

Ce même arrêté a ensuite été modifié par l'arrêté du 21 avril 2026, qui y a ajouté le PCR « Enfance protégée » en annexe 3

PCR - Parcours Coordonné Renforcé

Focus PCR « Obésité complexe de l'adulte »

Le dispositif

Patients. Adultes (dès 16 ans) en obésité complexe, phénotypes 2 et une partie du 3 (HAS), répartis en 4 profils selon TCA et limitation de l'APA.

Entrée. Prescription par un médecin spécialiste de l'obésité référencé, après évaluation multidimensionnelle.

Durée. 2,5 ans maximum : prise en charge initiale intensive, puis suivi renforcé.

Équipe socle. Médecin coordonnateur, IDE, diététicien, psychologue clinicien, professionnel de l'APA ; médecin traitant associé en continu.

Financement. Forfait CPAM versé à la structure porteuse, qui répartit les quotes-parts (base 1 126 €, suivi 338 à 500 €).

Déploiement. 269 structures au plus en France, retenues sur appel à candidatures ARS ; programme d'ETP 2e/3e niveau déclaré exigé.



Éligibilité. ETP déclaré et équipe socle complète dès la candidature ;

Nombre maximal de structures pouvant déployer
le parcours coordonné renforcé « Obésité complexe chez l’adulte » par régions

Le nombre de structures fixé au niveau national et détaillé pour chaque région est fixé selon le nombre de personnes souffrant d’obésité complexe selon les dernières estimations.

L’appel à candidatures lancé par l’agence régionale de santé respecte les conditions de quotas et de calendrier suivant :

Appel à candidatures régional	Obésité complexe (en milliers de personnes) (*)	Nombre maximal de structures	Publication du 1 ^{er} appel à candidatures avant le
Auvergne-Rhône-Alpes	(260 - 380)	32	31 décembre 2026
Bourgogne-Franche-Comté	(100 - 150)	12	30 juin 2026
Bretagne	(110 - 160)	14	31 décembre 2026
Centre-Val-de-Loire	(90 - 130)	11	30 juin 2026
Corse	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Grand Est	(210 - 310)	26	30 juin 2026
Hauts-de-France	(240 - 360)	30	30 juin 2026
Île-de-France	(320 - 480)	40	31 décembre 2026
Normandie	(120 - 180)	15	30 juin 2026
Nouvelle-Aquitaine	(190 - 290)	24	31 décembre 2026
Occitanie	(180 - 270)	22	31 décembre 2026
Pays de la Loire	(100 - 160)	13	31 décembre 2026
Provence-Alpes-Côte d’Azur	(160 - 230)	19	31 décembre 2026
Guadeloupe	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Martinique	(10 - 20)	2	31 décembre 2026
Guyane	(10 - 10)	1	31 décembre 2026
La Réunion	(20 - 30)	3	31 décembre 2026
Mayotte	(10 - 20)	1	31 décembre 2026

Réforme du financement de la Radiothérapie

Réforme du financement de la radiothérapie

Focus réforme du financement de la Radiothérapie

Une réunion était organisée ce 25 août par la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, Madame Stéphanie RIST, pour faire un point de situation sur la mise en œuvre de la réforme du financement de la radiothérapie.

Trois points sont à retenir de cette séance :

Point 1 : Une mesure PLFSS 2027 est proposée pour garantir la convergence des nomenclatures des tarifs des deux secteurs public et libéral dès le 1^{er} janvier 2027. Cette mesure est obligatoire pour mettre en œuvre la réforme du financement de la radiothérapie des deux secteurs au 1^{er} janvier 2027. Dès lors, si cette mesure PLFSS n'était pas votée, la mise en œuvre de la réforme serait reportée d'une année. La volonté de la ministre est bien de réformer en même temps les deux secteurs.

Point 2 : Les premiers tarifs concernant les nouveaux forfaits seront disponibles en octobre 2026 pour une application au 1^{er} janvier 2027. Une échelle tarifaire RELATIVE entre les forfaits a été réalisée à dire d'experts en juillet 2026. La ministre a souligné que cette réforme en elle-même n'emportait pas de mesures d'économies. Pour autant, le PLFSS 2027 emportera des mesures d'économies qui seront présentés lors des travaux à venir, et ce, indépendamment de la mise en œuvre des réformes de financement.

Réforme du financement de la radiothérapie

Point 3 :

Un outil de simulation des recettes sera mis à disposition des établissements de santé et des cabinets libéraux. En effet, l'ATIH et la CNAM n'ayant pas les données nécessaires, seules les structures de radiothérapie sont en mesure d'apprécier les effets de la mise en œuvre de la réforme du financement. Cependant, la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a souligné son attachement à accompagner la mise en œuvre de la réforme *(dont les modalités d'accompagnement ne sont pas définies à date en l'absence de données sur les impacts générés)* car cette réforme ne doit pas mettre en difficulté les structures de radiothérapie nécessaires à la prise en charge des patients et ne doit pas conduire à remettre en cause les investissements, les projets d'innovation et de recherche.

Réforme du financement de la radiothérapie

Les objectifs portant sur la **réforme du financement de la radiothérapie** sont de :

1. - Présenter les **premiers résultats de la méthodologie de construction tarifaire**
2. - Partager les **limites et risques** associés à la méthode

1 -Rappel des principes méthodologiques de la construction tarifaire

Le montant d'un épisode de radiothérapie résulte de la combinaison des montants associés à la préparation et aux séances d'irradiation :

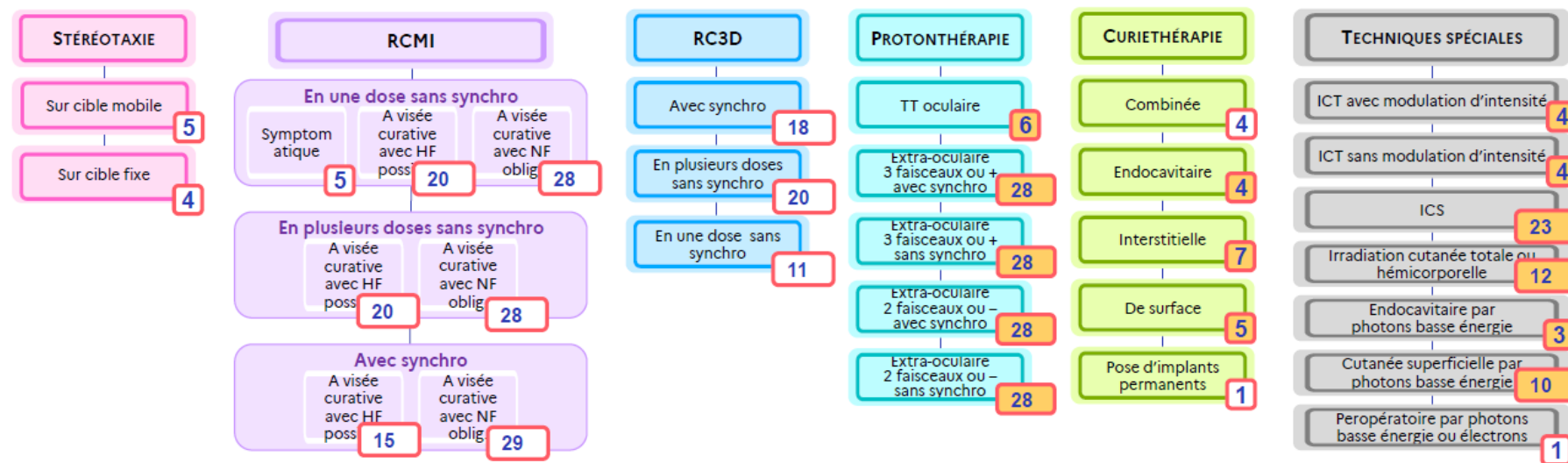
1. - Un **tarif** doit être établi **pour chaque type d'épisode** : (1 épisode = 1 GHS = 1 GHM, pour la quasi-totalité des cas)
2. - **Episode de soins** = conjonction d'une **indication** unique (tumeur ou symptôme donné) et d'une **technique** d'irradiation unique. Il commence avec la **préparation** (imagerie de centrage) et se termine avec la **consultation de fin de traitement** (correspondant en générale à la dernière irradiation réalisée) pour cette indication.
 1. - Ce **tarif** doit, en moyenne, correspondre aux **coûts** liés à la réalisation de l'épisode
 2. - Il se peut qu'il soit nécessaire **d'inciter ou désinciter la réalisation** de certains types d'épisode → *les tarifs peuvent être ajustés pour prendre en compte l'effet d'incitation*
 3. - Les **surcoûts** liés à certains types de prise en charge (patient nécessitant accompagnement spécifique, anesthésie générale et contexte de ré irradiation) seront couverts par les **suppléments**.

Réforme du financement de la radiothérapie

2- Analyse des volumes de séances sous-jacents aux forfaits

Volume

En synthèse, voici le nombre de séances d'irradiation retenues



Légende

- Recueil à blanc
- A dire d'experts

ATI

Chaque forfait de traitement complet intègre également la préparation

12

Réforme du financement de la radiothérapie

3 - Les scénarios de détermination du montant des épisodes sont détaillés avec la mise en avant, d'une part, **des hypothèses de volume de traitement et de suppléments** et, d'autre part, **des hypothèses de pondération des préparations, séances et suppléments**.

Les résultats des exercices de détermination de volume de séances sous-jacent aux forfaits pondération pour les préparations isolées, les séances d'irradiation et les épisodes complet (préparation + irradiations) sont définis. Ces éléments seront mis à jour prochainement (correction classement protonthérapie, part de la préparation dans le traitement complet).

Les éventuelles corrections apportées à ces principes permettront de définir les orientations pour la construction des tarifs.

La DGOS a instruit les points concernant la considération des traitements de radiochirurgie dans la nouvelle classification et le besoin de définir le terme "indication".

Réforme du financement de la radiothérapie

Calendrier

- **15 octobre** – Démarrage de la campagne tarifaire et GT présentant V1 des tarifs



La parole est à vous



Nos RETEX

Retour d'expériences : Anomalies de groupage

○ Retour d'expériences :

- Tous les ans, la FHP-MCO produit un document « Retour d'expériences « Anomalies » de groupage et/ou tarification » :
 - Constitué grâce à vos retours
 - Transmis à l'ATIH et à la DGOS
 - Dans le cadre des travaux classificatoire et des travaux relatifs à la campagne tarifaire
- ⇒ Avez-vous constaté d'autres anomalies de groupage ?
- ⇒ La Fiche « ATIH » vous sera transmise en même temps que le questionnaire de satisfaction
- ⇒ 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





1

Demande d'évolution de la classification en MCO

Date de la demande : JJ/MM/AAAA

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

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

1



2

1. Demande

Formulez ici votre demande d'évolution

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2. Contexte et justification

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Émetteur	Lien vers la publication

3. Méthode

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

Code diagnostic CIM 10	Libellé diagnostic

Code acte CCAM	Libellé acte

4. Solution proposée

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2

Retour d'expériences : « Défaut de description »

- ⇒ **Avez-vous constaté des situations « d'anomalie/ de défaut de description »?**
- ⇒ **une Fiche « Retour d'expériences « Défaut de description » » vous sera transmise en même temps que la fiche ATIH relative au « Retour d'expériences « Anomalies » de groupage et/ou tarification »**
- ⇒ **Transmettez-les-nous à l'adresse : laure.dubois.mco@fhp.fr**



Groupes d'experts

**N'hésitez pas à revenir vers nous si vous souhaitez adhérer
aux groupes experts de la FHP MCO !**

- **GE Evolution de la classification GHM**
- **GE Pharmacie**
- **GE Naissance**
- **GE Qualité**
- **GE Recherche**

Les travaux des GE sont détaillés au sein des rapports d'activité de la FHP MCO disponible sur son site internet :

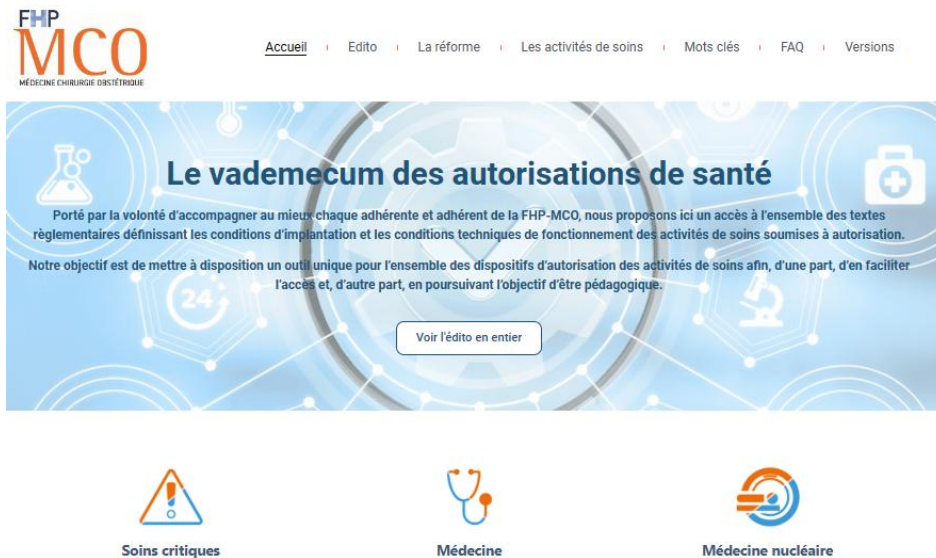
<https://www.fhpmco.fr/mediatheque/publications/>

Nos sites

Les outils FHP-MCO

Trois sites internet à votre disposition:

- un site dédié aux autorisations d'activités de soins MCO : « **Le VADEMECUM des AUTORISATIONS** »



- un site dédié à la télésanté :
« **Le Vademecum de la télésanté** »

Le Vademecum de la télésanté.

Nous avons poursuivi le développement de ces outils en mettant en ligne fin 2024 le site sur la télésanté : <https://fhpmco-telesante.fr/>. Comme pour le site autorisation, cet outil se veut être unique pour l'ensemble des actes de télémedecine et de l'activité de télésoin, faisant partie du tout qu'est la télésanté, afin, d'une part, d'en faciliter l'accès et, d'autre part, de poursuivre notre mission d'accompagnement de nos cliniques et hôpitaux privés.



Les outils FHP-MCO

Trois sites internet à votre disposition:

- un nouveau site dédié aux contrôles T2A

👉 <https://fhpmco-controlet2a.fr/>



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





Questionnaire de satisfaction

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

Nous remercions nos partenaires :



ABONNEZ-VOUS

à notre page LinkedIn





Pour des informations
complémentaires :

thierry.bechu.mco@fhp.fr

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr

laure.dubois.mco@fhp.fr

32^{ème} Club des médecins DIM:

Mardi 02 février 2027

De 10h à 13h

En visio





**Merci
pour
votre attention
et
votre participation**