

NOUVEAUTÉS CAMPAGNE 2015

Dr Sandra GOMEZ –
Chef de projet médico-économique au PÔLE FINANCES - BDHF

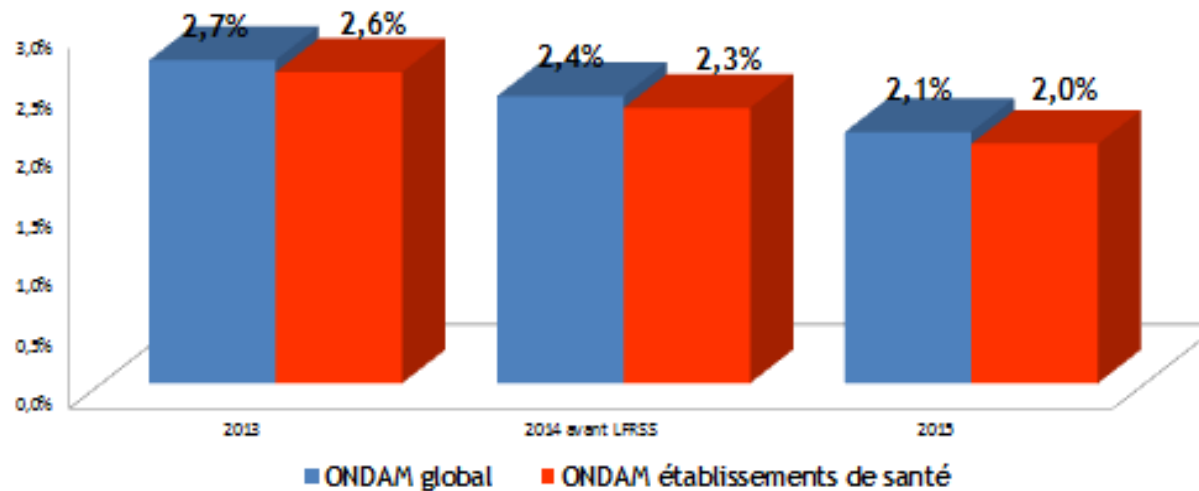
2 avril 2015 - Nice

Ordre du jour

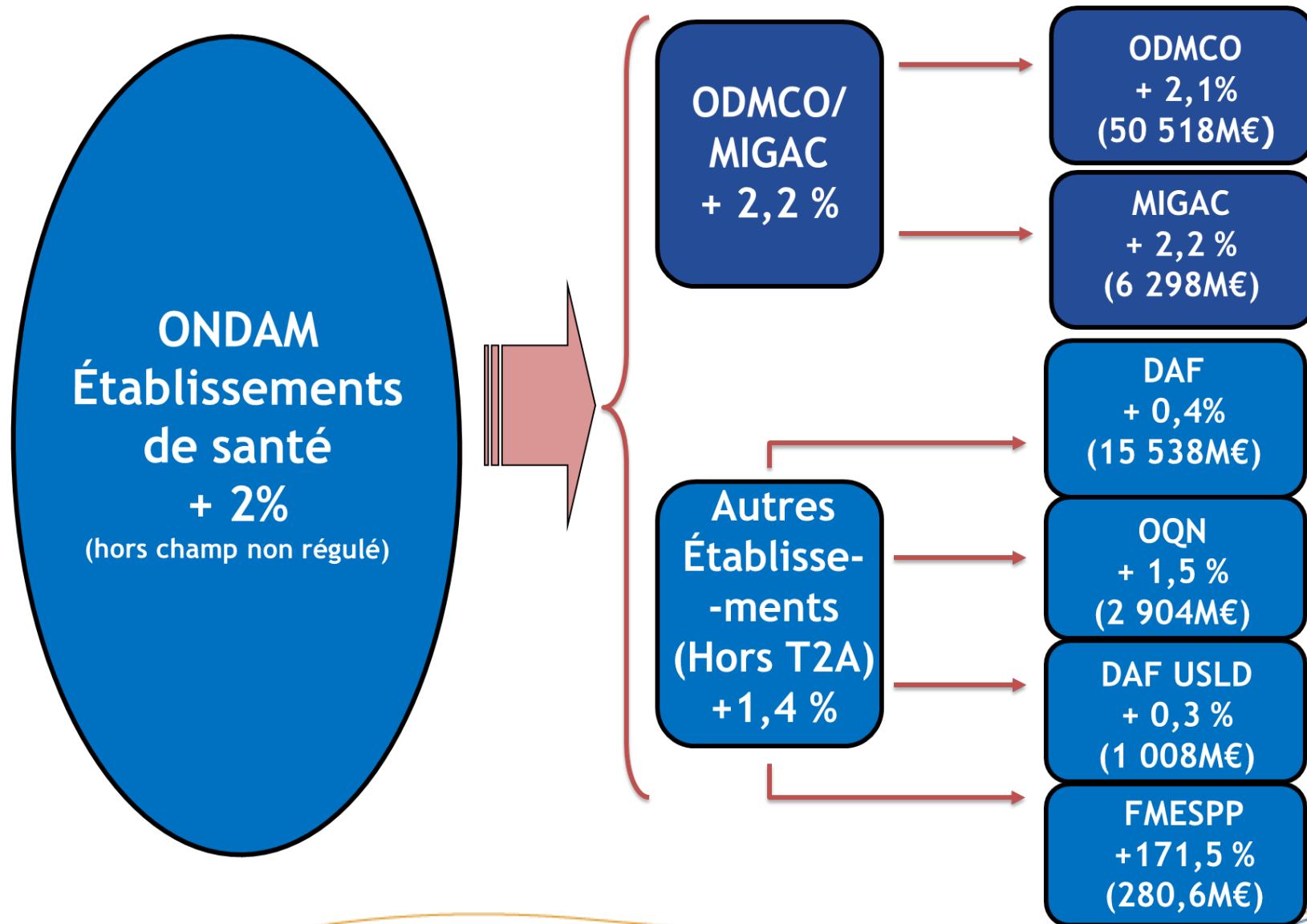
- Campagne 2015 et nouveautés PMSI
 - MCO, HAD, SSR, PSY
 - Questions sur la campagne 2015
- Dégressivité tarifaire
- Activités isolées
- FIDES
- GHT
- Codage CIM
- Les contrôles externes : nouveautés
- Questions diverses

Cadrage global de la campagne tarifaire et budgétaire 2015

- L'ONDAM établissements de santé pour 2015 est porté à **76,5Md€ hors champ non régulé**, en progression de **+2%** contre +2,3% en 2014. Cette évolution représente en valeur **+1,5Md€** et traduit la mise en œuvre de la première tranche du plan triennal d'économies 2015-2017.
- Cette décélération est en conformité avec la décélération de l'ONDAM global qui évolue de **+2,1% en 2015** contre +2,4% en 2014 avant LFRSS.



Cadrage global de la campagne tarifaire et budgétaire 2015



Nouveautés 2015 en MCO

La Classification
Le guide méthodologique
Le financement

L'arrêté PMSI MCO

- Annexe I : la classification des GHM
 - Manuel des GHM BO 2015/5bis
- Annexe II : le guide méthodologique
 - Guide méthodologique BO 2015/6bis
 - Applicable au 1^{er} mars
- Annexe III : la CIM
 - CIM-10 à usage PMSI : BO 2015/9bis
- Annexe IV : la CCAM
 - CCAM descriptive à usage PMSI : BO 2015/8bis
 - Applicable au 1^{er} janvier

La classification V11g

- **Révision de la liste des CMA**
- **La CMD 17**
- **Racine 08C56 : IOA chirurgicales**
- **Racine 10M13**
- **Chimio-embolisation**
- **N39.3**
- **Actes pour les GEU**

La classification V11g

- La révision des CMA
 - Selon la méthodologie habituelle
 - 2% des diagnostics changent de niveau de sévérité
 - Soit 105 976 séjours

Niveaux des diag	% en V11f	% en V11g	
1	64,7	64,6	↘
2	25,5	25,7	↗
3	6,4	6,2	↘
4	3,5	3,6	↗

Niveaux	Nb de séjours V11f	Nb de séjours V11g	
1	4 572 208	4 623 999	↘
2	1 614 216	1 572 365	↘
3	1 061 011	1 046 614	↘
4	337 774	342 231	↗

La classification V11g

- La révision des CMA
 - Modification importante du nb d'exclusions entre les DP et DAS : on passe à 9M d'exclusions
 - Attribution d'un niveau B de CMA pour la CMD 14 à 23 codes de niveau 3 ou 4 dans les autres CMD et qui n'étaient pas CMA dans la CMD 14
- Révision de l'effet âge
 - Bornes des <2 enfants : ajout +3 racines, supp - 6 racines
 - Bornes >69 ans, >79 ans : ajout +16 racines, supp -25 racines

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17
 - Créations des libellés de l'OMS en 2011, en mars dans la V11c
 - Nécessité d'ajuster la classification au regard de ces changements après au moins un an de codage
 - Difficultés dans l'analyse de ces séjours, l'ATIH a sollicité l'aide des experts désignés par la FSM

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17 : 4 axes
 - Redirection de séjours vers les CMD d'organes (Z40.0)
 - Constitution des racines médicales à direx d'experts
 - Révision des racines chirurgicales
 - Segmentation de la racine 17K06

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17 :
 - Redirection de séjours vers les CMD d'organes
 - Z40.0 : création d'extensions et réorientations
 - Z40.00 Ablation prophylactique de sein
 - Z40.01 Ablation prophylactique d'organe de l'appareil génital féminin
 - Z40.02 Ablation prophylactique d'organe de l'appareil digestif
 - Z40.08 Ablation prophylactique d'autres organes
 - 9 diagnostics de tumeur solide assez précis sur la localisation
 - Exemple : C76.1 tumeur de siège mal défini du thorax

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17 : refonte des racines médicales
 - Constitution des racines médicales à dire d'experts
 - 17M15 Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes
 - T0 et 4 niveaux
 - 17M16 Hémopathies myéloïdes chroniques
 - T0 et 4 niveaux
 - 17M17 Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus
 - T0 et 4 niveaux
 - Suppression de 4 racines médicales
 - 17M07, 17M11, 17M12, 17M13

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17 : Révision des racines chirurgicales
 - Création de 3 racines : l'acte est plus discriminant que l'affection et la DMS (seuils à 3j et à 5,2j)
 - 17C06 Itv majeures de la CMD 17 (niv 1, 2, 3, 4)
 - 17C07 Itv intermédiaires de la CMD 17 (niv 1, 2, 3, 4)
 - 17C08 Itv mineures de la CMD 17 (niv J, 1, 2, 3, 4)
 - Suppression de 4 racines chirurgicales
 - 17C02, 17C03, 17C04, 17C05

La classification V11g

- Refonte de la CMD 17 : Segmentation de la racine interventionnelle 17K06
 - Séparation des curiethérapies des autres irradiations internes
 - 17K08 Autres curiethérapies (niv 1, 2, 3, 4)
 - 17K09 Irradiations internes (niv J, 1, 2, 3, 4)
 - Suppression du 17K06

La classification V11g

- Les diabètes déséquilibrés
 - La SFD a essayé d'aider à définir des critères pour border « le déséquilibre »
 - Création d'un GHM de très courte durée, GHM en « T », la racine 10M13 Exploration et surveillance de la CMD 10 (GHM T1)
 - 10M13T 90% des séjours
 - 10M13Z 10% des séjours de DS > 2j

La classification V11g

- Les IOA infections ostéoarticulaires
 - La racine 08C56 est supprimée
 - Segmentation en deux nouvelles racines
 - 08C61 Itv majeures pour infections ostéoarticulaires
 - 08C62 Autres Itv pour infections ostéoarticulaires

La classification V11g

- L'incontinence urinaire d'effort (N39.3)
 - Cette pathologie concernant aussi les hommes, ce diagnostic est rendu classant à la fois dans la CMD 12 et la CMD 13
 - N39.3 est orienté dans la racine 12M09
 - Les actes opératoires sont principalement contenus dans la liste A-105 de la racine 12C09

La classification V11g

- Les GEU traitées chirurgicalement
 - La liste A-326 des actes opératoires autorisés pour le traitement des GEU a été modifiée
 - Ajout de 200 actes chirurgicaux de la CMD 13 à cette liste

Le guide méthodologique

- ATCD familial de cancer et actes prophylactiques Z40.0
- Chimio-embolisations et chimiothérapies intra-artérielles
- Etat grabataire R26.30
- Recueil des actes pour les unités de réanimation
- RSF – ACE des OQN
- Codage du Yondélis
- Créations de codes CIM-10 (OMS et ATIH)
- Utilisation de la CCAM descriptive

Le guide méthodologique

- ATCD familial de cancer et actes prophylactiques Z40.0
 - En raison des travaux de refonte de la CMD 17
 - Cf. avant
- Chimio-embolisations et chimiothérapies intra-artérielles
 - Les chimio-embolisations hépatiques sont orientées dans la racine 07K06
 - Les chimiothérapies intra-artérielles sont des traitements répétitifs (EDLF014, EDLF015)
 - DP obligatoire Z51.1 Séance de chimiothérapie pour tumeur

Le guide méthodologique

- **Etat grabataire R26.30**
 - **Maintien artificiel en niveau 3 de CMA**
 - **Utilisation doit être conforme au guide méthodologique**
 - « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement »
 - Toutes les conditions doivent être présentes
 - Le codage suppose **la chronicité**
 - **Pas de codage si état transitoire**

Le guide méthodologique

- Recueil des actes pour les unités de réanimation
 - Obligatoire de tous les actes
 - En raison de l'ENC, le calcul du score oméga sera calculé directement à partir du recueil PMSI
 - **Il est recommandé pour tous les établissements de veiller au recueil de tous les actes effectués dans cette unité**

Le guide méthodologique

- RSF – ACE des OQN
 - Les établissements OQN doivent produire un fichier des RSF des actes et cs externes pour leurs médecins salariés

Le guide méthodologique

- Codage du Yondélis
 - Instruction n°DGOS/PF2/PF4/2014/48 du 11 février 2014
 - Les consommations du Yondélis dans son indication « traitement des sarcomes des tissus mous évolués, chez les patients adultes, après échec de traitement à base d'anthracyclines ou d'ifosfamide ou chez les patients ne pouvant pas recevoir ces médicaments »
 - À coder via FICHCOMP-ATU avec les codes UCD 9 290 519, UCD 9 290 525
 - Les RSS doivent avoir leurs diagnostics renseignés (C49.-)

Le guide méthodologique

- Codage du Yondélis
 - Les consommations du Yondélis dans son indication « cancer de l'ovaire récidivant sensible au platine, en association à la doxorubicine liposomale pegylée »
 - À coder via FICHCOMP

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Peu de mises à jour OMS
 - Modification des libellés de diabète
 - Type 1 remplace insulino-dépendant
 - Type 2 remplace non insulino-dépendant
 - Cela concerne les E10 et E11 et O24.0 et O24.1
 - Modifications de notes d'inclusions et d'exclusions
 - K10.2 inclut l'ostéonécrose de la mâchoire
 -

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Nombreuses extensions créées par l'ATIH
 - Extensions pour Z40.0

Code	Libellé
Z40.00	Ablation prophylactique de sein
Z40.01	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil génital féminin
Z40.02	Ablation prophylactique d'organe de l'appareil digestif
Z40.08	Ablation prophylactique d'autres organes

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Nombreuses extensions créées par l'ATIH
 - Créations d'extensions pour la précarité : 19 pour les sous-catégories suivantes (voir détail site ATIH)
 - Z55.0 Analphabétisme et faible niveau éducatif
 - Z59.1 Logement inadéquat
 - Z59.5 Pauvreté extrême
 - Z59.6 Faibles revenus
 - Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants
 - Z60.2 Solitude
 - Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Création de nouvelles catégories par l'OMS en 2014
 - U82 Résistance aux antibiotiques bêtalactamines [bêtalactames]
 - U83 Résistance aux autres antibiotiques
 - U84 Résistance aux autres antimicrobiens
 - U85 Résistance aux médicaments antinéoplasiques
 - Création par l'ATIH d'extensions et de subdivisions pour les U82 et U83
 - Création en 6^{ème} position d'un caractère supplémentaire
 - 0 situation d'infection
 - 1 situation de portage sain

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Création par l'ATIH d'extensions et de subdivisions pour les U82 et U83
 - Subdivision du U82.1 Résistance à la méthicilline
 - Distinguer le SARM des autres situations
 - Subdivision de U83.7 Résistance à de multiples antibiotiques
 - Distinguer les BHRe des BMR
 - Création d'extensions du code B96.8 Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
 - Subdivision pour l'acinetobacter et le citrobacter

Le guide méthodologique

- Les mises à jour de la CIM-10
 - Modification des notes d'utilisation des codes de fractures
 - Saisie du caractère Ouvert ou fermé est obligatoire
Exemple : S72.00 fracture fermée du col du fémur
 - Les fractures non précisées comme ouvertes ou fermées se codent en fractures fermées.

Le guide méthodologique

- La version de la CCAM en vigueur est la V39.10
- La v39.10 (correctif de la v39.00) permet la mise en œuvre au 01/01/2015 du tarif cible de 3 763 codes actes/activités/phases pour les médecins de secteur 1 et 2 adhérents au CAS, de la suppression des modificateurs O, X, I et 9.
- Elle corrige le tarif de 95 actes

Le guide méthodologique

- Parallèlement l'ATIH publie la CCAM descriptive à usage PMSI
 - Le format change : de 7 à 10 caractères
 - Mise en œuvre qui pose problème à certains éditeurs notamment les codes en 8– qui ne doivent pas être transmis à la facturation

Le guide méthodologique

- **RSS :**
 - **Recueil de 3 données supplémentaires**
 - Nb d'IVG antérieures
 - Année de l'IVG précédente
 - Nb de naissances vivantes antérieures

- **FICHSUP :**
 - **Lactarium**
 - Modification du format
 - Nouvelles variables

Le guide méthodologique

- Les médicaments

- FICHCOMP « médicaments »

- Le code UCD passe de 7 à 13 caractères sans modification de format (la zone comportant 15 positions)
- Cette évolution deviendra obligatoire en 2016

- ATU

- La liste des ATU est parfois publiée tardivement par rapport à la date d'autorisation
- Ces médicaments pourront être codées dans un fichier lamda

Le guide méthodologique : tous champs

- VIDHOSP
 - Deux nouvelles variables, norme B2
 - N° d'AT ou date de l'accident de droit commun
 - N° d'organisme complémentaire

Les GHS majorés

Les GHS majorés

- Utilisation de la technique du ganglion sentinelle
 - Les racines 09C04 Mastectomies totales pour tumeur maligne et 09C05 Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne
 - Font l'objet d'un GHS majoré si 2 conditions :
 - Acte CCAM de détection radio-isotopique + Acte CCAM d'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud lymphatique(s) sentinelle(s)

Les GHS majorés

- Utilisation de la technique du ganglion sentinelle
 - La racine 09C11 Reconstructions des seins
 - Fait l'objet d'un GHS majoré si 3 conditions :
 - Acte CCAM de détection radio-isotopique + Acte CCAM d'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud lymphatique(s) sentinelle(s) + Acte CCAM de mastectomies totales

Les GHS majorés

- GHS majoré pour IOA
 - La racine 08C56 ayant été segmentée en deux, les racines 08C61 et 08C62
 - Font l'objet d'un GHS majoré pour IOA complexe comme précédemment :
 - Si RCP qui définit l'IOA complexe
 - Si le patient recourt à un centre de référence ou un centre correspondant
 - Code CIM obligatoire : Z76.800
 - Code à noter chaque fois que le patient est hospitalisé pour cette raison postérieurement à la RCP

Les GHS majorés

- GHS majoré pour transsexualisme
 - La racine 19C02 d'interventions chirurgicales avec un DP de maladie mentale
 - Fait l'objet d'un SEUL GHS majoré quel que soit le niveau de sévérité
 - GHS 7005

Les autres points

Les autres points du financement

- ATU et AMI
 - Interdiction de facturer les AMI liés aux ATU à compter de la publication de l'arrêté
- Application du PLFSS 2015
 - Prise en charge des soins urgents : idem AME
- Minoration forfaitaire de 40€ pour les GHM 28Z07Z et 28Z17Z si prescription de molécules sur la liste

en sus

Les autres points du financement

- Le forfait innovation
 - Article L165-1-1 du code de la SS
 - Forfait exclusif, ne peut se cumuler avec un autre forfait
 - Le coeff MCO ne s'applique pas (géographique et prudentiel)
 - 2 forfaits existants pour les seuls ES autorisés
 - I01 : forfait innovation HIFU « traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute densité, par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate dont la PEC relève de l'arrêté du 7 mai 2014 »
 - I02 : forfait innovation ARGUSII « système de prothèse épirétinienne »

Les autres points du financement

- Le forfait innovation
 - I01 : forfait innovation HIFU « traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute densité, par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate »
 - Code innovation « INNOV0441001H
 - Âge \geq 70 ans
 - Acte CCAM JGNJ900-00
 - I02 : forfait innovation ARGUSII « système de prothèse épirétinienne »
 - Code innovation « INNOV1490002N
 - Âge \geq 25 ans

Les autres points du financement

- HdJ et Sages-femmes
 - Arrêté prestations modifié pour autoriser la facturation d'un GHS de 0 jour si PEC par une sage-femme pour le suivi des grossesses à bas risque

Les autres points du financement

- Les MIG

- Certaines info contenues dans le recueil PMSI peuvent être utilisées pour répartir les MIG
 - Les actes hors nomenclatures
 - Les actes réalisés en externe pour le dentaire relatifs à la MIG centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (ORT, SCM, PRO, TO, SC, SPR, D, DC, AXI, END, IMP, INO, ICO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS)
 - Le typage des consultations longues et pluridisciplinaires pour les 9MIG déjà mis en place en 2014
- Vigilance sur la qualité et l'exhaustivité de ces info pour le bon calibrage de ces MIG

Les MIG : rappel de 2014

- Fichier RSF-ACE : 3 variables ont été ajoutées en 2014
 - Typage de certaines consultations : seules les consultations en rapport avec 9 MIG sont tracées. Une variable est ajoutée au RSF-ACE pour identification de l'unité ou le centre qui réalise l'activité (UF)
 - Cs réalisées par les UCSA (soins aux détenus)
 - Cs mémoire pour les centres mémoire de ressources et de recherche et les établissements non CM2R
 - Cs pour maladies rares
 - Cs mucoviscidose
 - Cs VIH (dépistage, prévention, diagnostic)
 - Cs Parkinson
 - Cs centres de référence des troubles du langage
 - Cs hospitalières d'addictologie
 - Cs hospitalières de génétique

Les autres points du financement

- HdJ et Sages-femmes
 - Arrêté prestations modifié pour autoriser la facturation d'un GHS de 0 jour si PEC par une sage-femme pour le suivi des grossesses à bas risque

Le financement en général

Les axes principaux de la campagne

La campagne tarifaire MCO 2015 s'inscrit dans la **continuité de la politique tarifaire menée en 2013 et 2014** mais elle traduit également la **mise en œuvre de la première tranche du plan triennal d'économies** pour la période 2015-2017.

Elle repose sur 2 axes principaux :

- 1. La mobilisation des leviers tarifaires au profit du virage ambulatoire et de l'adéquation de la prise en charge en établissement :**
 - ➔ Favoriser le **développement de la chirurgie ambulatoire** et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que la **dialyse hors centre** et **l'hospitalisation à domicile**.
- 2. La poursuite de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire**


Construction tarifaire MCO 2015

Principes :

Identiques à ceux de 2014, à savoir :

→ 2 étapes pour la fixation des tarifs :

1. Prise en compte des mesures modifiant le périmètre des tarifs (étape 1)
2. Modulations tarifaires (CA/dialyse/réduction des financements extrêmes) (étape 2)



Etape2: Utilisation de l'étude adéquation charges/financement 2014 ainsi que de l'indicateur de fiabilité des TIC (ATIH)

A noter :

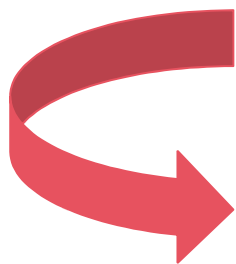
Suite retour des fédérations → Pas de modification des bornes

Etape 1 : Changement de périmètre des tarifs

Changements de classification : Mise en place de la V11g présentée au COPIL MCO du 6 octobre 2014 : mise à jour des CMA, révision de la CMD 17, etc.

Création de GHS majorés : Ganglion sentinelle, IOA, transsexualisme.

Réintégration des MO/DMI : Radiation de la liste en sus de 10 MO et de 4 DMI selon les modalités présentées au COPIL MCO du 28 janvier .



Des tarifs 2015 non directement comparables aux tarifs 2014

Etape 1

- Réintégration de MO
 - 10 molécules ont été réintégrées sauf 3 sans réintégration des masses financières
 - Ethyol, Muphoran, Tomudex
- Réintégration de DMI
 - Implants digestifs pour gastroplastie 10C09
 - Anneaux valvulaires cardiaques 05C02, 05C03 et 05C06
 - Implants exovasculaires de ligature interne (CLIP) pour anévrisme cérébral 01C04
 - Implants ORL 03C09, 03C20

La chirurgie

La construction de l'ONDAM hospitalier 2015 intègre **des mesures d'économies au titre de la chirurgie à hauteur de 80M€**, correspondant à la première tranche du plan ONDAM 2015-2017 représentant 400M€ sur 3 ans.

Il s'agit **d'économies nettes comme lors de la campagne précédente**, la masse ainsi dégagée n'est pas redistribuée en faveur d'autres activités.

La construction des tarifs portant sur des valorisations en dépenses encadrées sur 12 mois (mars 2015 à mars 2016), il convient donc en construction d'intégrer **91M€ d'économies** afin de générer **80M€ sur 2015**, en tenant de l'effet report de la campagne précédente.

Impact Campagne 2015

Economies en M€	ex DG	ex OQN	Total
Chirurgie Ambulatoire	21,7	24,8	46,5
<i>Classe 1</i>	<i>2,5</i>	<i>5,1</i>	<i>7,6</i>
<i>Classe 2</i>	<i>19,2</i>	<i>19,7</i>	<i>38,9</i>
Chirurgie niveaux 2 et 3	33,4	11,3	44,7
<i>Niveau 2</i>	<i>9,2</i>	<i>9,3</i>	<i>18,5</i>
<i>Niveau 3</i>	<i>24,2</i>	<i>2</i>	<i>26,2</i>
Economies totales sur la chirurgie	55,1	36,1	91,2

➤ Un effort réparti à hauteur de 60% pour le secteur ex DG et 40% pour le secteur ex OQN soit un effort légèrement plus important pour le secteur ex OQN que le strict prorata des bases (2/3 – 1/3), qui s'explique par la montée en charge du modèle.



Contexte 2015 : **25M € d'économies ciblées**, soit 30M€ sur 12 mois, correspondant à la 1^{ère} tranche du plan ONDAM 2015-2017.

Principes de répartition des mesures d'économies entre le centre et du hors centre au prorata des bases :

- **Dialyse en centre** : ventilation des économies entre les 2 secteurs en fonction de l'écart aux TIC → **19,3M€** (sur 12 mois) = **64% des économies**. Le tarif pour le secteur ex DG étant à son coût, l'effort porte intégralement sur le tarif du secteur ex-OQN dont l'écart au TIC se situe désormais à +11%.
- **Dialyse hors centre** : ventilation des économies entre les secteurs ex DG et ex OQN au prorata des bases (pas de coûts disponibles) → soit **423K€** pour le secteur ex-DG et **10,3M€** pour le secteur ex-OQN (sur 12 mois)

Soutien au développement de la dialyse hors centre :

- **Transfert de l'accompagnement financier octroyé en campagne 2014** en crédits AC **vers les tarifs des forfaits D15 et D16**, soit une majoration de **1,2M€**.
- **Taux d'évolution des tarifs « préservé » à 0%** avant économies ciblées et impact des exonérations de charges pour le secteur privé.

Activités concernées

➤ Exclusion de certains GHM :

- GHM de chirurgie de niveau 1 ou J (TU), GHM de césariennes, GHS majorés
- GHM de séances de radiothérapie, GHM de séances de chimiothérapie, GHM d'autres curiethérapies (17K06), GHM de surveillance et exploration pour autre motif (23M19Z), les GHM de dialyse (28Z04Z, 28Z01Z, 28Z02Z)

➤ Pour répondre aux observations des fédérations et des professionnels, **effort spécifique en faveur de la chirurgie conventionnelle des niveaux 2,3 et 4 :**

- Suite à l'exclusion des GHM de **chirurgie de niveau 4** de la modulation au titre des économies ciblées en chirurgie, intégration de ces GHM dans les extrêmes;
- Intégration des GHM de **chirurgie des niveaux 2 et 3** dans la modulation des extrêmes **uniquement pour ce qui est des sous financements**, les sur financements étant pris en compte au titre des économies ciblées de chirurgie.

➤ **Sélection des activités :**

- Sous financement > - 20% du TIC
- Sur financement > + 25% du TIC (+ 30% pour les activités spécifiques)
- Le sur ou sous financement est observé sur 2 années consécutives

43

Impact Campagne 2015

Réduction des sur ou sous financements extrêmes	Nombre de GHS		Impact en M€	
	ex DG	ex OQN	ex DG	ex OQN
Extrêmes hauts	32	0	-15.2	0
Extrêmes bas	43	23	19.4	6.2
TOTAL	75	23	4.2	6.2

Taux d'évolution 2015 des tarifs de prestation

Taux d'évolution des tarifs des prestations au 1^{er} mars 2015 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution des tarifs avant exonérations de charges (CICE et pacte)		Taux y compris exonérations de charges	Taux y compris exonérations de charges et Coefficient prudentiel (0,35%)	
	ex-DG	ex-OQN	ex-OQN	ex-DG	ex-OQN
GHS	-0,86%	-0,86%	-2,36%	-1,21%	-2,70%
<i>Dont dialyse en centre</i>	-0,68%	-2,89%	-4,39%	-1,03%	-4,72%
Suppléments	-0,57%	-0,57%	-2,06%	-0,92%	-2,41%
SE/ATU/FFM/PO/APE/DIP	0%	0%	-1,50%	-0,35%	-1,84%
HAD (GHT)	+0,4%	+0,4%	-1,10%	+0,05%	-1,44%
Dialyse hors centre	-1,49%	-1,49%	-2,98%	-1,83%	-3,32%
Evolution globale moyenne avant majoration au titre des mesures liste en sus et dégressivité	-0,82%	-0,82%	-2,32%	-1,16%	-2,66%
Evolution globale moyenne y compris liste en sus et dégressivité	-0,65%	-0,65%	-2,15%	-1,00%	-2,5%

Economies de 12 M€ en 2015 sur la DAF MCO au titre des ex-HL inscrites dans le plan triennal 2015-2017

➤ 178 ex-HL financés en DAF MCO en 2013

Sur cette base, le niveau de surdotation des ex-HL a été évalué à 36M€ par rapport à une application du modèle T2A « classique ».

⇒ Une économie limitée à 1/3 de la surdotation et pour la seule année 2015 a été arbitrée et intégrée dans le cadre du plan ONDAM

A partir de 2016, les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité bénéficieront d'un **modèle de financement mixte de leur activité de médecine**.

Les critères de reconnaissance et le modèle de financement feront l'objet d'un DCE.

→ Travaux 2015 en vue de définir ce nouveau modèle de financement

La dégressivité tarifaire

▪ Application d'un mécanisme de dégressivité tarifaire inscrite dans la loi :

▪ Mesure d'application nationale

- Paramètres d'application fixés au niveau national
- Applicables à tous les établissements de santé selon des dispositions identiques

▪ La dégressivité tarifaire peut s'appliquer sur:

- L'ensemble de l'activité hospitalière (dégressivité globale)
- Des pans de l'activité (dégressivité ciblée)

- Choix d'une dégressivité ciblée

Dégressivité – mise en œuvre 2015

- Application d'un seuil exprimé en taux d'évolution du volume économique
- Un ciblage de 24 activités (25 racines) entrant dans le champ du programme de gestion du risque « pertinence des soins », après avis des fédérations hospitalières
- Un seuil différencié par racine en tenant compte des dynamiques d'évolution observées par activité
- Mesure activité et seuil commun pour deux racines, l'une étant la déclinaison ambulatoire de l'autre (03C10 et 03C27)
- Un coefficient de minoration de 20% pour l'activité au-delà du seuil
- L'arrêté fixant le montant en deçà duquel les sommes ne sont pas récupérées sera publié prochainement

Activités ciblées en 2014 et liste définitive 2015

(en bleu : ajouts et en rouge : suppressions)

- Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (03K02)
- **Affections des voies biliaires**
- Appendicectomies non compliquées (06C09)
- Arthroscopies d'autres localisations (08C40)
- **Bronchopneumopathies chroniques surinfectées**
- Césariennes pour grossesse unique (14C08)
- **Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës (07C14)**
- Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës (07C13)
- Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans (03C14)
- Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (05K06)
- **Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire**
- Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire (06K05)

Activités ciblées en 2014 et liste définitive 2015

(en bleu : ajouts et en rouge : suppressions)

- Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans (03C10) et Interventions sur les amygdales, en ambulatoire (03C27)
- Gastroplasties pour obésité (10C09)
- Interventions digestives autres que les gastroplasties pour obésité (10C13)
- Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire (11C12)
- Interventions transurétrales ou par voie transcutanée (11C11 et 11C13)
- Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels (01C14 et 01C15)
- Ligatures de veines et éveinages (05C17)
- Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire, en ambulatoire (11K08)
- Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie
- Prothèses de genou (08C24)
- Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents (08C48)
- Autres interventions sur le rachis (08C27)
- Autres interventions majeures sur le rachis (08C52)
- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05)

Les forfaits activités isolées

- Publication du décret d'application le 19 février 2015
- Publication de l'arrêté sur les paramètres du modèle et la liste des établissements répondant aux critères d'isolement le 11 mars 2015:

Critères appliqués à l'établissement :

- Moins de 10 000 séjours (hors séances) dans un rayon de 45 minutes déduction faite de l'activité de l'établissement
- Densité < 80 habitants au km^2 dans la zone de recrutement

Critères appliqués aux activités :

- Distance à un autre établissement exerçant la même activité :
 - Médecine : 60 minutes
 - Chirurgie : 60 minutes
 - Obstétrique : 45 minutes
 - Urgences : 30 minutes
- Pour l'activité d'obstétrique, part de marché $>$ ou égale à 40%
- Plafond: le montant globale de l'aide (FAI+ part variable) n'excède pas 25% des produits de l'activité hospitalière financés par l'AM perçus par l'établissement, après déduction des MIGAC

Paramètres
identiques à
l'application
2014

➔ **63 établissements de santé isolés**

➤ Eligibilité au FAI

Sont éligibles au FAI les établissements dont l'activité est inférieure aux seuils suivants:

- o 1 800 séjours pour l'activité de médecine ;
- o 2 000 séjours pour l'activité de chirurgie ;
- o 1 200 accouchements pour l'activité de soins d'obstétrique ;
- o 11 000 passages non suivis d'hospitalisation pour l'activité d'urgences.

➔ 53 établissements éligibles au FAI en 2015

➤ Montants des forfaits (arrêté tarifs)

	Forfait		Tranche	Point Mort
	ex-DG	ex-OQN		
Medecine	35 000	28 000	100	1 800
Chirurgie	70 000	56 000	100	2 000
Obstétrique	120 000	96 000	100	1 200
Urgences	50 000	40 000	1 000	11 000

o Différentiation du FAI ex-DG et ex-OQN

o Concernant l'activité d'obstétrique :

- Plafonnement du forfait à 7 tranches (moins de 600 accouchements réalisés)

- Réduction de la dotation en fonction de la part de marché pour l'obstétrique

Les forfaits activités isolées

- S'agissant de l'obstétrique, les montants forfaitaires sont plafonnés selon les critères suivants :
 - Plafonnement du montant forfaitaire pour les activités < 600 accouchements à un montant équivalent à 7 tranches de 100 accouchements
 - Réduction du montant forfaitaire en fonction de la part de marché pour l'obstétrique
 - Montant réduit de 25% qd pdm entre 60 et 80%
 - Montant réduit de 50% qd pdm < à 60%

FIDES

FIDES : où en est-on ?

- FIDES ACE
 - On s'achemine vers la généralisation
- FIDES séjour
 - Un courrier a été adressé à François Hollande à ce sujet
 - Contradiction entre la simplification et la mise en place de FIDES séjour
 - Contradiction entre les délais d'exploitation des données financières privées par la CNAMTS et celles publiques par l'ATIH

FIDES : où en est-on ?

- FIDES séjour
 - Réponse de François Hollande à ce sujet : on tente l'expérimentation sur quelques établissements, si cela ne simplifie rien, on arrête
 - Le CHU de Montpellier est actuellement en train de tester

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)

*Article 27 du Projet de loi de santé
1^{er} avril 2015*

Les groupements hospitaliers de territoire : une coopération imposée !

- Après plusieurs tentatives d'incitation à la coopération avec des outils facultatifs (CHT, SIH, GCS, GIE, GIP...)
- Introduction des GHT qui seront obligatoires
- Chaque établissement public adhère à un GHT qui n'a pas de personnalité morale
- Objectif de stratégie commune avec projet médical partagé

Les groupements hospitaliers de territoire : quels établissements ?

- Tous les ES publics adhèrent à un seul GHT
- Chaque GHT s'associe au CHU de son territoire
- Les CHS et les ES d'HAD peuvent être associés au projet médical de GHT dont ils ne sont pas membres
- Les établissements ou services sociaux ou MS publics et les ES privés peuvent s'associer par convention à un GHT

Les groupements hospitaliers de territoire : pour faire quoi ?

- Un projet médical partagé
- Avec des équipes médicales communes
- Eventuellement, des délégations ou transferts d'activités
- 1 établissement SUPPORT désigné pour assurer au minimum :
 - La gestion commune des SIH, en particulier mise en place du dossier patient
 - La gestion d'un DIM de territoire (avec dérogation à l'article L. 6113-7 CSP)
 - La fonction achats
 - La coordination des instituts et écoles de formation

Les groupements hospitaliers de territoire : et quoi d'autres ?

- Les CHU coordonnent pour les GHT auxquels ils sont associés : enseignement, recherche, gestion de la démographie médicale, recours et référence
- Certification HAS des membres d'un même GHT conjointe
- Appréciation globale des EPRD et des PGFP par le DGARS de tous les établissements d'un même GHT
- Des délais à respecter :
 - Convention constitutive du GHT : 1^{er} janvier 2016
 - Projet médical partagé : 1^{er} juillet 2016

Nouveautés 2014 en SSR

La Classification
Le guide méthodologique
Le financement

L'arrêté PMSI SSR du 16 décembre 2014

(Applicable au 29 décembre)

- Annexe I : la classification des GME
 - Manuel des GME BO 2015/1bis
- Annexe II : le guide méthodologique
 - Guide méthodologique BO 2015/2bis
- Annexe III: le CSARR
 - CSARR BO 2015/3bis
- Annexe IV : la CCAM
 - CCAM descriptive à usage PMSI : BO 2015/8bis
- Annexe V : la CIM
 - CIM-10 à usage PMSI : BO 2015/9bis

Le guide méthodologique

- Le recueil : modification de la règle de production de la variable « type d'autorisation de l'UM »
 - Règle actuelle : 1UM =1 autorisation
 - En 2015 : 1UM = plusieurs mentions possibles
 - L'unité médicale reste l'unité d'hébergement du patient
 - Quand l'UM regroupe l'activité de plusieurs autorisations accordées à l'établissement, le type d'autorisation déclaré dans le RHS est celui de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient
- Modification de FICUM pour renseigner plusieurs autorisations par UM

Le guide méthodologique

- Nouvelle variable : « poursuite du même projet thérapeutique »
 - Relier les séjours thérapeutiques interrompus par la règle administrative des absences de plus de 48h qui aboutit à une clôture des séjours
 - Information médicale
 - Attestation que 2 séjours d'hospit complète de SSR, distants de plus de 2 j et de 5 jours au plus, s'inscrivent dans la continuité du même projet thérapeutique
 - Pour un même patient
 - Pour un même établissement

Le guide méthodologique

- Nouvelle variable : « poursuite du même projet thérapeutique »
 - A renseigner dans le volet morbidité du 1^{er} RHS du séjour administratif de réadmission
 - Que ce soit pour la poursuite du même projet après un séjour administratif ou après des séjours répétitifs (hospit de semaine)
 - Les mouvements entre les deux séjours peuvent être
 - Domicile
 - Mutation
 - Transfert
 - Facultatif en 2015 mais souhaité

Le guide méthodologique

- Dans le RHS : modification du recueil de l'AVQ
 - Règle actuelle : l'AVQ à renseigner pour chaque RHS
 - En 2015 : périodicité au choix de l'établissement
 - Soit de façon identique à 2014
 - Soit sur le 1^{er} et le dernier RHS + au minimum toutes les 4 semaines à compter du 1^{er} RHS
 - Conseil de ne rien changer

La classification en GME

- Modification de la classification pour les AVC
 - Avec 3 GN au lieu d'un seul
 - GN0146 AVC avec tétraplégie
 - GN0147 AVC avec hémiplégié
 - GN0148 AVC autres
 - Avec 13 R-GME au lieu de 14
 - Et une baisse de la PVE !!

La classification en GME

- Révision de la liste des CMA
 - Ajouts : 17 codes CIM-10
 - Aphasie récente, persistant au-delà de 24h
 - Mauvais résultat d'une colostomie
 - Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
 - Retirés : 35 codes CIM-10
 - IDM à répétition
 - Pédiculose
 - Erysipeloïde
 - Pas de recherche des CMA en position d'Affection étiologique

La classification en GME

- Révision de la liste des CMA : actes
 - Ajouts : 12 codes CCAM
 - Séance d'injection de toxine botulique
 - Poses de stomies par voie transcutanée
 - Changements de sondes de stomies digestives et urinaires
 - Retirés : 4 codes CCAM
 - Trachéotomie, par cervicotomie
 - Intubation trachéale avec instillation de surfactant exogène
 - Ventilation mécanique à poumons séparés, par 24h
 - Pose d'un cathéter dans la veine jugulaire interne, par cervicotomie

Le CSARR

- Version 3 du CSARR Annexe III 2015/3bis
 - Guide de lecture et de codage
 - Définition de la notion de séjour dans le CSARR
 - Modification de la liste des actes pluriprofessionnels
 - Modification des listes des codes « extensions documentaires »
 - Modification du dictionnaire servant de base à la construction des codes CSARR
 - Catalogue
 - Ajouts d'actes pour la confection d'appareils d'immobilisation en plâtre ou résine
 - Regroupement des libellés de rééducation neurologique cérébrale et médullaire
 - Précision pour le chapitre 10 Education et information

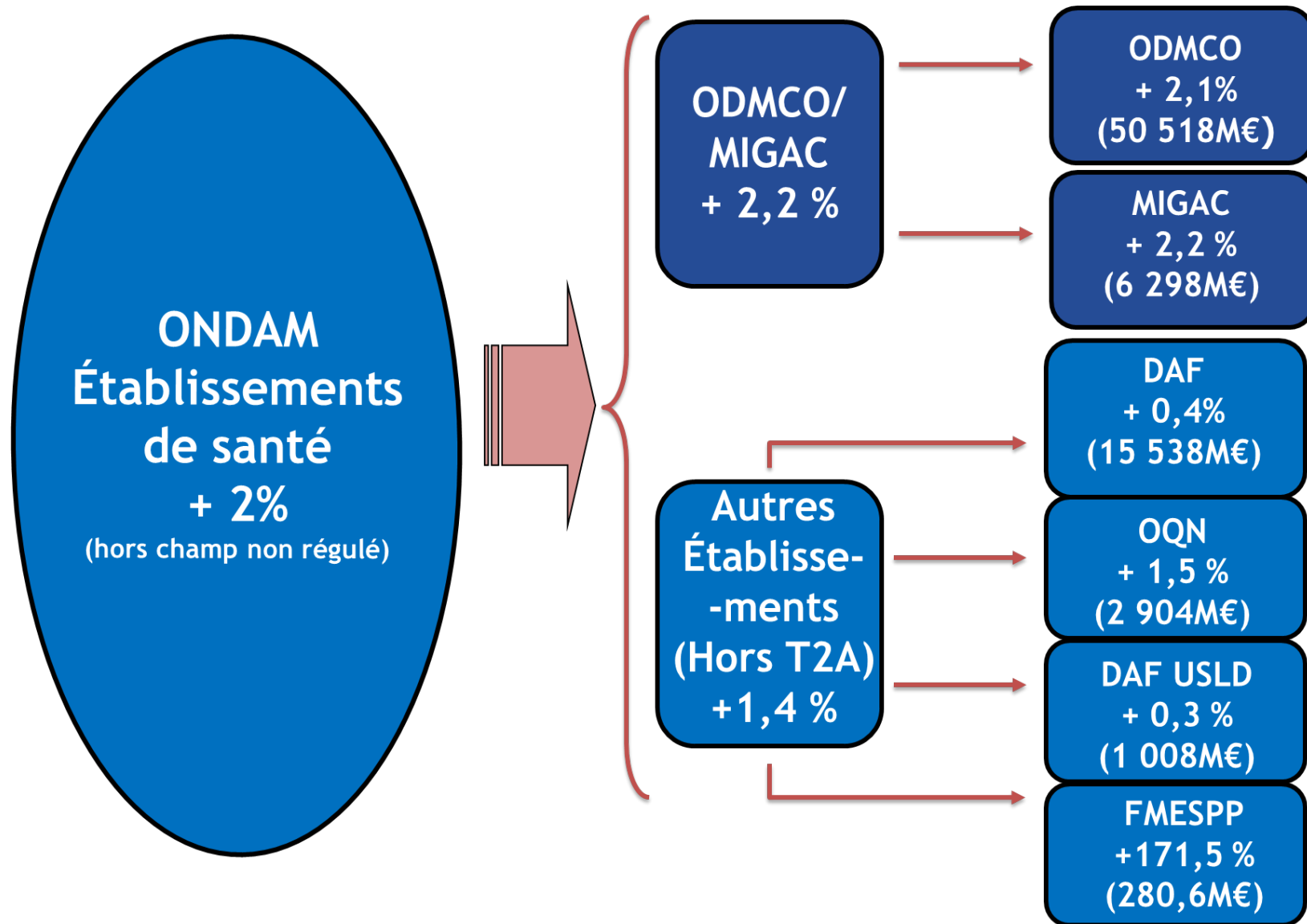
Formats des fichiers

- RHS :
 - nouvelle variable
 - « Poursuite du même projet thérapeutique »
 - format de la CCAM : de 7 à 10 caractères
- FICHCOMP :
 - renseignement du code UCD sur 13 caractères

Formats des fichiers

- VIDHOSP : 2 nouvelles variables
 - N° d'AT ou d'accident de droit commun
 - N° d'organisme complémentaire
- RSF pour les actes et consultations externes des médecins salariés (OQN)

Cadrage global de la campagne tarifaire et budgétaire 2015



Le montant global des économies 2015 DAF + OQN s'élève à 55M€, au titre du virage ambulatoire.

Répartition pour moitié sur des critères de développement de l'ambulatoire / sur l'autre en réduction des écarts de financement interrégionaux :

➤ **Développement de l'ambulatoire en substitution de l'HC**

1. L'effort d'économie concerne les régions dont le taux d'hospitalisation partielle en 2013 est inférieur à la moyenne nationale.
2. L'effort des régions concernées est proportionnel à l'écart à la moyenne nationale, pondéré du taux d'accroissement des journées d'hospitalisation partielle si celui-ci est supérieur au taux d'accroissement des journées en hospitalisation complète (= si la région a « substitué » des journées d'HP à des journées d'HC)

➤ **Réduction des écarts de financement interrégionaux**

L'autre moitié des économies est calculée sur les écarts interrégionaux de DAF/jour, à due proportion – pour les régions « surdotées » – de l'écart à la moyenne nationale.



Le nouveau modèle de financement en SSR

Point d'avancement

Bilan du financement actuel en SSR

- Établissements publics : DAF
- Établissements privés : prix de journée
 - Pas d'évolution de la DAF et une mise en réserve « prudentielle » non restituée en 2014
 - Évolution de l'activité de +1,5% entre 2012 et 2013 (OQN SSR +3,1%). Pas de mise en réserve « prudentielle » en 2014 pour le secteur OQN.
 - Dans le public, pas de création d'activité déficitaire
 - En 2015, il est prévu une hausse de +3,2% (OQN SSR) et 0% (ODAM SSR) par rapport à l'objectif 2014
 - Aucune possibilité pour le secteur public de dynamiser ce champ d'activité

Propositions de la DGOS lors du COPIL du 16 janvier 2015

- Échéance de la T2A SSR : mars 2016, démarrage progressif
- Modèle prévoyant 4 compartiments :
 - Activité : le plus important
 - Molécules onéreuses
 - Plateaux techniques rares, coûteux, innovants
 - MIGAC/MERRI

Propositions de la DGOS lors du COPIL du 16 janvier 2015

- **1 seule échelle de tarifs public et privé**
 - et des coefficients sectoriels pour prise en compte du différentiel de charges entre les 3 secteurs du SSR : publics, ESPIC et privés
- **2 échelles ? 3 échelles ?**
 - Pas de décision sur ce sujet

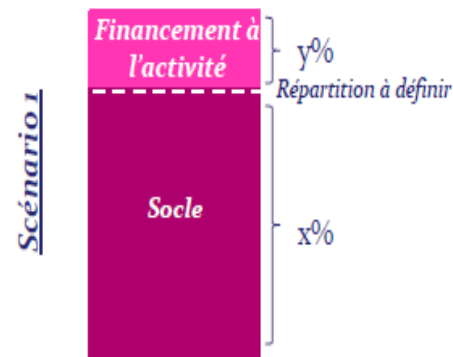
Les avantages et inconvénients d'un modèle à l'activité

- Pour les établissements publics :
 - Redynamiser ce champ d'activité, développement des activités jusque là impossibles à réaliser sauf à créer des déficits
 - Les classifications étant moins performantes en SSR en raison des pathologies prises en charge (séjours longs, polypathologies, dépendance, déficiences), il est inopportun de financer à 100% à l'activité
 - Risque à nouveau d'une baisse des tarifs pour contrer l'évolution en volume
 - Risque de non pertinence dans la course à l'activité

Propositions de la DGOS pour le compartiment activité

• 3 scénarii pour le compartiment activité

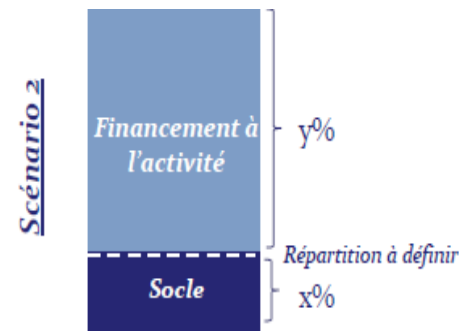
■ Scenario



1. Calcul sur la base de l'activité GME : valorisation du case-mix

- ✓ Calcul sur la base de l'activité l'historique constatée
- ✓ Coûts constatés
- ✓ Le socle couvre l'ensemble des lignes de charges

■ Scenario

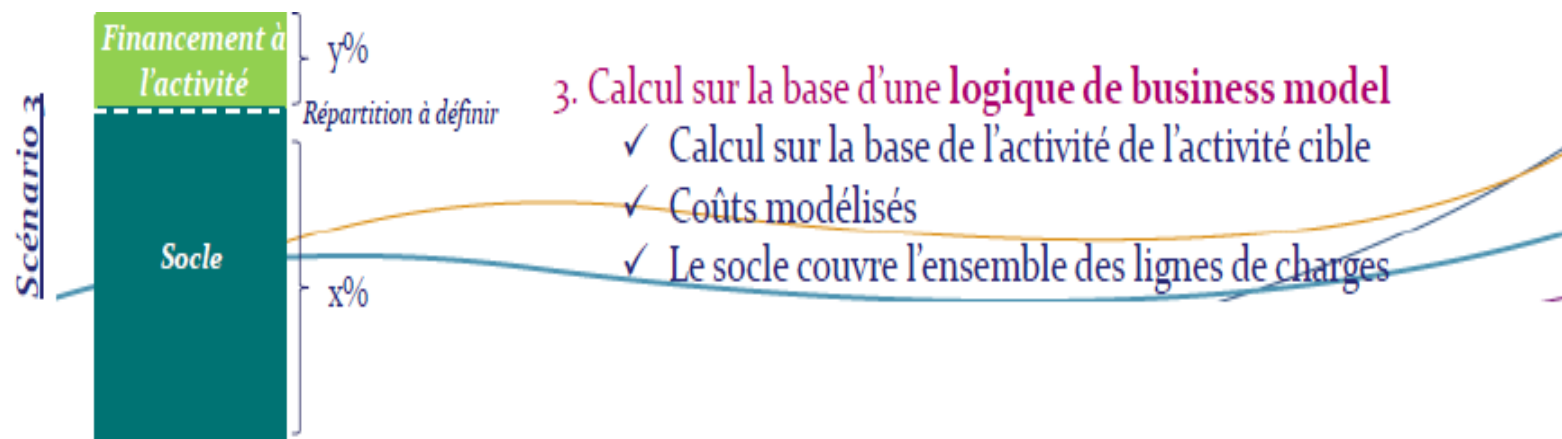


2. Calcul sur la base des frais de structure

- ✓ Calcul sur la base de l'activité l'historique constatée
- ✓ Coûts constatés
- ✓ Le socle couvre seulement les frais de structures (objectivation à partir de l'ENC)

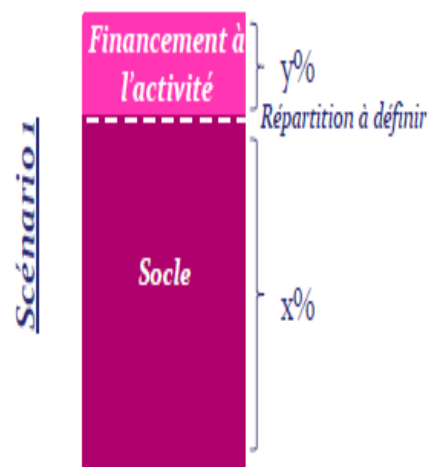
Propositions de la DGOS pour le compartiment activité

- 3 scénarii pour le compartiment activité
 - Scenario 3



Propositions de la DGOS pour le compartiment activité

- le scénario **retenu** pour le compartiment activité
 - Scénario 1 mais attention le socle est basé sur **l'activité moyenne nationale** de l'année N-1 voire N-1 et N-2 et les **coûts moyens nationaux de l'ENC, pas sur celle de chaque établissement**



1. Calcul sur la base de l'activité GME : valorisation du case-mix

- ✓ Calcul sur la base de l'activité l'historique constatée
- ✓ Coûts constatés
- ✓ Le socle couvre l'ensemble des lignes de charges

D'où la nécessité d'un coefficient de transition

Détails du modèle : pour le compartiment activité

- Financement au GME avec un tarif par GME, pour l'hospitalisation complète (HC) etpartielle (?) (HP)
- Chaque GME comporterait une partie forfaitisable et une partie non forfaitisable
- La partie non forfaitisable serait financée par ajustement à la journée pondérée qui couvrirait en partie les extrêmes et les GME où l'activité n'est pas forfaitisable

Détails du modèle : pour les compartiments MO, MIGAC, PT

- Molécules Onéreuses
 - Liste spécifique au SSR (sera a priori moins étendue que celle actuellement en test)
 - Celle en test comprend la toxine botulique et le baclofène entre autre...
 - **Attention à renvoyer ce fichier des molécules onéreuses sinon l'enveloppe en sus pour ces molécules sera calibrée sur une réalité très sous-estimée**
 - Elle a fait l'objet d'un financement de 8M€ en DAF non reconductible en 2^{ème} circulaire budgétaire cette année

Détails du modèle : pour les compartiments MO, MIGAC, PT

- MIGAC et MERRI

- Équipe mobile, ETP, scolarisation, accueil des parents, centre de référence...
- Peu de choses ont été évoquées sur le sujet au dernier COPIL. Peut-être que le financement de la pédiatrie relèverait en partie de ce compartiment...

- Plateaux techniques rares, coûteux, et innovants

- 16 plateaux étudiés mais pas tous retenus (enquête ATIH de 2011, à réactualiser pour définition finale de ces PT)
- Sujet préoccupant, toujours pas finalisé. De nouveaux PT nous ont été transmis par certains établissements...périmètre flou de ce compartiment, pas de définition claire, difficulté liée aux niveaux de PT

Propositions de la DGOS lors du COPIL du 16 janvier 2015

- Les consultations seront intégrées au modèle
 - Quelles modalités? Mélange avec les cs MCO? A part ?
Les modalités ne sont pas encore connues
- Evocation de points forts différents du MCO
 - « pression à la productivité qui s'exercera de façon différente du MCO »
 - « A la différence du MCO, il n'y aura pas abondance de financement pour gérer la transition mais une redistribution »

La FHF alerte sur

- La prise en compte de la précarité dans le modèle, en cohérence avec le MCO (pas de score EPICES)
- Les DAF actuelles ne couvrent pas obligatoirement les charges fixes liées à l'activité
- Les outils pour le pilotage du modèle non matures : classification en GME qui a des insuffisances (la rééducation via le CSARR, la dépendance, la pédiatrie, l'HP versus HC, la polypathologie) , l'ENC s'améliore mais fragile
- Un modèle de financement qui doit corriger les bizarreries de la planification...

Point sur le COPIL du 13 mars 2015

Rien n'est abordé au sujet du nouveau modèle de financement

- Développement de l'outil d'information médico économique dédié au SSR « Carré d'As » (idem hospidiag en MCO)
- Perspectives IFAQ en SSR
- Développement des prises en charge alternatives
- Campagne 2015

Carré d'As

Outil créé par la DGOS et l'ATIH. Equivalent d'Hospidiag pour le SSR

Structuration :

- 1 carte d'identité de l'établissement
- 5 blocs d'analyse :
 - Valorisation de l'activité SSR
 - Situation financière
 - Gouvernance/RH
 - Intégration dans l'environnement
 - Qualité et sécurité des soins

Adaptation IFAQ SSR

- **Expertiser la faisabilité du développement d'un modèle SSR en 2015 :**

- ⇒ Possibilité d'appliquer le modèle des indicateurs transversaux sur 2016

Mais

- ⇒ Nécessité de développer des indicateurs de spécialités (AVC notamment)

- ⇒ **Proposition de généralisation du modèle en 2018 avec recueil des indicateurs une année/2**

Nouveautés 2015 en HAD

La Classification
Le guide méthodologique
Le financement
Les formats

Arrêté PMSI HAD

- Arrêté du 31 décembre 2004 est modifié
 - Annexe I : guide méthodologique, BO n°2015-7bis
 - Annexe II : CCAM descriptive, BO n°2015-8bis
 - Annexe III : CIM-10 à usage PMSI, BO n°2015-9bis
- Ce sont les versions BO qui font foi et non les versions provisoires

Classification et guide méthodo

- Modifications du guide
 - Suppression du MP20 « retour précoce à domicile après accouchement »
 - Conforme au périmètre de « l'HAD » dans les autres pays
 - Pour cela, clôture des séquences avec MP20 au 28 février
 - Pour les rares cas démarrés avec MP20 avant le 1^{er} mars, clôture de la séquence et fin du séjours en MP21 (seuls quelques jours autorisés)
- La classification en GHPC est modifiée en conséquence
 - 139 GHPC en moins

Classification et guide méthodo

- Modifications de la classification
 - Association « MP02 nutrition parentérale * MP06 nutrition entérale » autorisée
 - Confirmation de codage

Classification et guide méthodo

- Les conditions d'intervention et de financement des établissements HAD dans les établissements sociaux et MS avec hébergement
 - Sont détaillées dans les décrets n°2012-1030 et n°2012-1031 du 06 septembre 2012
 - La circulaire n°DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 précise dans son annexe 2 les différents types d'établissements existants
 - À partir du 1^{er} mars, renseigner le type d'ES ou EMS conformément à la circulaire dans **le fichier des conventions**

Classification et guide méthodo

- Beaucoup de modifications de l'ex-appendice F (liste 1 chapitre VII)
 - MP08 « Autres traitements » est très impacté
- Les modifications de la CIM-10 s'appliquent au 1^{er} mars mais les règles peuvent démarrer au 1^{er} janvier :
 - surtout extensions de l'ATIH pour la précarité et l'infectieux
 - peu de modifications OMS

Classification et guide méthodo

- Les formats :
 - FICHCOMP médicaments : le code UCD des médicaments passe de 7 à 13 caractères (sans impact sur le format car la zone fait 15 caractères)
 - Obligatoire en 2016
 - VIDHOSP : ajout de deux variables
 - Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun
 - Numéro d'organisme complémentaire

Le financement en HAD

Travaux en cours

- Existence d'un COFIL HAD (réunion en septembre 2014 annulée / prochaine réunion : 16 avril 2015)
- 4 groupes de travail avaient été créés en mars 2013 :
 - GT 1 : missions de l'HAD et modèle de financement
 - GT 2 : imperfections du modèle HAD et impact sur l'activité
 - GT 3 : Régime des autorisations en HAD
 - GT 4 : Permanence et continuité des soins en HAD

Thèmes des groupes de travail

- **GT 1** : détailler les missions des HAD dont la décomposition n'apparaît pas dans le « tout compris » du GHT, coordination amont/aval, prise en compte de l'isolement/précarité, amélioration de la qualité des pratiques ; proposition de rédaction d'une circulaire sur le périmètre du GHT
- **GT 2** : repérer les imperfections du modèle de classification /tarification et leur impact sur l'activité ; condition d'admission en HAD
- **GT 3** : faire des propositions pour clarifier et faire évoluer le régime des autorisations ; état des lieux des autorisations en HAD réalisé en partenariat FNEHAD / DGOS
- **GT 4** : faire des propositions pour faire évoluer la réglementation sur PDS et CDS en HAD

Evolution tarifaires en HAD pour 2015

Réintégration de l'EPO au sein du modèle HAD :

- **Ciblage des MPP et MPA pour lesquels la réintégration apparaît médicalement pertinente.** Les MPP/MPA retenus suite aux échanges techniques organisés par l'ATIH sont les suivants :
 - chimiothérapie anticancéreuse (05)
 - surveillances post chimiothérapie anticancéreuse (13)
 - surveillances d'aplasie (24)

Revalorisations :

- **Soutien au développement des chimiothérapies en HAD**
 - Revalorisation du MPA 05 ➔ +0,2 point
- **Soutien au développement des transfusions en HAD**
 - Revalorisation du MPP 18 ➔ +1 point

Taux d'évolution des tarifs d'HAD :

Afin d'adresser un signal explicite en faveur du développement de l'HAD, **le taux d'évolution des tarifs d'HAD est fixé à +0,4%** avant prise en compte des exonérations de charges pour le secteur privé.

Cumul dialyse et GHT

- Quand un patient est en HAD avec facturation de GHT et parallèlement bénéficie de séances de dialyse en hors centre
 - Autorisation de cumul de la facturation des forfaits D et des GHT
 - D11 forfait d'hémodialyse en UDM
 - D12 forfait d'autodialyse simple
 - D13 forfait d'autodialyse assistée
 - D14 forfait d'hémodialyse à domicile
 - D15 forfait de DPA
 - D16 forfait de DPCA

Nouveautés 2015 en PSY

La campagne

Le recueil

Le guide méthodologique

Les travaux futurs

DAF PSY

Effort de **10 M€ pour 2015** sur les deux secteurs (sous DAF et OQN) au titre du virage ambulatoire.

- Elaboration DGOS/ATIH d'une méthodologie de répartition des économies entre les dotations DAF régionales
- **Prise en compte des observations formulées par les ARS, ES et Fédérations** concernés par les mises en réserve prudentielles en 2014 :
 - 8 régions concernées en 2014
 - Critère retenu : DAF par habitant
 - Régions impactées : celles qui présentaient un écart à la moyenne nationale > 7.5 %

DAF PSY

Le modèle proposé pour ventiler les économies par région utilise les pistes issues du chantier santé mentale de la SNS.

Quatre axes d'analyse sont ciblés :

Axe 1 : Réduire les séjours longs

Axe 2 : Réduire les hospitalisations non pertinentes

Axe 3 : Développer les alternatives à l'hospitalisation à temps plein

Axe 4 : Réduire les écarts de financement interrégionaux

DAF PSY

Axe 1 : Réduire les séjours longs

Indicateur proposé : durée moyenne d'hospitalisation par patient pour l'hospitalisation à temps plein.

Axe 2 : Réduire les hospitalisations non pertinentes

Indicateur proposé : taux de recours à l'hospitalisation à temps plein

Prise en compte des taux d'attractivité et taux de fuite (à la demande des régions)

Axe 3 : Développer les alternatives à l'hospitalisation à temps plein

Indicateur proposé : taux d'hospitalisation à temps partiel de jour par rapport à l'hospitalisation à temps plein.

Axe 4 : Réduire les écarts de financement interrégionaux

Indicateur proposé : dépenses AM par habitant comprenant DAF, prestations hospitalières du secteur OQN, facturations des honoraires liés à une prestation hospitalière du secteur OQN et honoraires des psychiatres et pédopsychiatres exerçant en ville.

DAF PSY

- ➔ Neutralisation des UMD et partiellement des UHSA
- ➔ **Etude des corrélations entre les 4 axes :**
 - Pas de corrélation entre les 4 axes
 - Chaque axe apporte une information différente
- ➔ **Construction d'un score par région pour chaque axe d'analyse :**
 - Basé sur les écarts entre les valeurs régionale et nationale pour chaque axe
 - Pour les trois premiers axes (DMH, taux de recours et taux d'HDJ) : score minoré dans le cas où la région a réduit cet écart entre 2009 et 2013
 - Score final : moyenne des scores pour les 4 axes, chaque axe ayant un poids identique

DAF PSY

Le modèle 2015 permet déjà une amélioration certaine sur :

- Prise en compte des taux de fuite / taux d'attractivité
- Prise en compte des dépenses AM (ville et OQN)

L'arrêté PMSI PSY du 16 décembre 2014

- Annexe I : le guide méthodologique
 - Guide méthodologique BO 2015/4bis
 - Applicable au 1^{er} janvier

Guide méthodologique PSY

- En 2014, augmentation de la saisie des diagnostics
 - jusqu'à 99 DAS par RPS (résumé par séquence)
 - jusqu'à 9 DAS par RAA (résumé d'activité ambulatoire)
- Précisions sur les DAS en 2015
 - Emploi des codes symptômes au lieu de codes imprécis
 - Précisions sur l'emploi des codes étendus
- Introduction des nouveautés CIM-10 (idem MCO mais application au 1^{er} janvier 2015)

Travaux en Psychiatrie

- Organisation du travail
 - Deux sous-groupes issus du CT psychiatrie : qualité des données et restitutions médico-économiques
 - Un groupe de travail sur la dépendance en psychiatrie
 - Une enquête de coûts en psychiatrie via le RTC
- L'ATIH souhaite visiter des établissements de psychiatrie sur l'année 2015
 - Candidatures via les fédérations

Formats 2015 en Psychiatrie

- Pas d'évolution des formats des RPS et des RAA
- RSF des actes externes des médecins salariés (OQN)
- VID-HOSP : 2 nouvelles variables issues de la norme B2

Questions sur la campagne 2015

Contrôles externes : où en est-on ?

Renforcer et améliorer le contradictoire lors des contrôles T2A

Synthèse du terrain

- des procédures de préparation des contrôles communes **lourdes à mettre en œuvre** malgré le guide et la charte du contrôle externe
- des contrôles sur site **longs** du fait de **dossiers patient nombreux, imparfaits et complexes**
- un temps de **préparation du contrôle et du contradictoire insuffisant** pour les établissements

Renforcer et améliorer le contradictoire lors des contrôles T2A

L'établissement engage **sa responsabilité sur le contenu et la qualité** des dossiers patients (article R. 1112-2 du code de la santé publique)

Le dossier patient doit comporter les informations

- ✓ nécessaires pour justifier **l'adéquation patient /structure**
- ✓ ayant une incidence sur **la racine GHM ou son niveau**

Renforcer et améliorer le contradictoire lors des contrôles T2A

Un temps de préparation avant contrôle plus long

- ✓ de 3 à 6 semaines en fonction du **nombre de dossiers à contrôler**
- ✓ une **rencontre entre le DIM et le PC responsable du contrôle** pour caler les questions de logistiques et d'organisation du contrôle

Une phase de contrôle organisée

- ✓ une analyse des dossiers **par champs de contrôle**
- ✓ un **point d'étape** avec le DIM après chaque champ de contrôle

Une concertation à distance de la phase de contrôle

- ✓ **1 ou 2 jours** de concertation à **15 jours** de la fin d'analyse des dossiers
- ✓ permettre à l'établissement de **préparer argumentaires ou pièces manquantes**

Expérimentation de la nouvelle procédure des contrôles T2A

Phase expérimentale pour la campagne de contrôles T2A 2014

- ✓ établissements volontaires
- ✓ en lien avec les Fédérations Hospitalières
- La FHF a refusé de participer à cette expérimentation, la FEHAP aussi
- Plus de réunions à la CNAMTS depuis

Phase de généralisation dès la campagne de contrôles T2A 2015

- ✓ mise à jour du guide du contrôle externe

Exercices Codage

Exercices de codage CIM

- IRA :
 - IRA fonctionnelle
 - IRA avec atteinte organique
- Spondylarthrite ankylosante de la région dorso lombaire
- Cancer du colon droit étendu au colon transverse

Exercices de codage CIM

- IRA :
 - IRA fonctionnelle R39.2
 - IRA avec atteinte organique se code en N17.8
- Spondylarthrite ankylosante de la région dorso lombaire M45.+5
- Cancer du colon droit étendu au colon transverse C18.2

Atelier de codage d'EMOIS

- La grippe
- Codage des résistances
- Les injections de fer
- Les complications d'acte
- Ulcères peptiques

Codage de la grippe

Repose sur 3 catégories :

- J09 Grippe, à **certains virus** grippaux identifiés
- J10 Grippe, à **autre virus** grippal identifié
- J11 Grippe, **virus non identifié**

Grippe, à certains virus grippaux identifiés

- J09 s' utilise uniquement dans les situations décrites dans la note :
 - En termes de type de virus
 - **Et** de situation épidémique

Le contenu de cette catégorie ne peut être élargi que sur indication expresse de l' OMS

Cette catégorie est destinée au dénombrement de phénomènes épidémiques particuliers

Grippe, à certains virus grippaux identifiés

- Pour clarifier ce point et mieux s'adapter à la situation épidémique, une évolution est prévue en 2016
 - Le libellé va changer
« Influenza due to identified zoonotic or pandemic influenza virus »

Et la note va être supprimée et remplacée

Exemples

Grippe saisonnière à virus A (H1N1) => J10. –

Pneumopathie grippale, virus non identifié => J11.0

Grippe SAI => J11.1

Pneumopathie à Haemophilus influenzae => J14

J10 Grippe, à autre virus grippal identifié

J 10.0 Grippe avec pneumopathie, autre virus grippal identifié

(Broncho) pneumopathie grippale, autre virus grippal identifié

J10.1 Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, autre virus grippal identifié

Epanchement pleural grippal

Grippe

Infection grippale des voies respiratoires supérieures } à autre virus grippal identifié

Laryngite grippale

Pharyngite grippale

J 10.8 Grippe avec d'autres manifestations, autre virus grippal identifié

Encéphalopathie grippale

Gastroentérite grippale

Myocardie (aigue) grippale } à autre virus grippal identifié

- J10 est à utiliser pour les gripes dont le virus a été identifié et qui est distinct des situations épidémiques relevant du J09
- La grippe saisonnière avec virus identifié se code en J10 et non en J09

Codage des résistances aux anti-infectieux - Rappel

- Révision complète lors de la mise à jour 2013 de la CIM par l'OMS
 - Création de nouvelles catégories U82-U84
 - Suppression de la condition d'infection

- Evolution souhaitée (groupe de travail avec infectiologues, fédérations)

Condition de codage

- Le codage d'une résistance doit respecter deux conditions :
 - Mention de la résistance dans le CR du labo de bactériologie
- + selon la situation
 - La résistance doit entraîner une modification du schéma thérapeutique habituel (situation d'infection)
 - La résistance conduit à la mise en œuvre de mesures d'isolement septique spécifiques (situation de portage sain)

Création subdivisions portage sain

- Création d'un caractère supplémentaire en 6^{ème} position, pour tous les codes des catégories U82 et U83 :
 - 0 situation d'infection
 - 1 situation de portage sain

 - Caractère obligatoire, précédé du signe + si code à 4 caractères :
- Ex : U82.2+0 Résistance par BLSE en situation d'infection

Situation de portage sain

Codage de la situation de portage sain : Z22. -

Codage de l'isolement le cas échéant : Z29.0

Codage de la résistance si respect des conditions
et avec 6^e caractère = 1

Actuellement le codage du germe (B95-B98) n'est pas autorisé en l'absence d'infection

Situations d'infectieux

Codage de l'infection

Codage du germe si code d'infection
hors chapitre I

Codage le cas échéant de la sévérité
(sepsis, sepsis sévère, choc septique)

Création de subdivisions U82.1

- Création de subdivisions du code U82.1 Résistance à la méthicilline, pour distinguer les situations de **Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM]**, des autres situations :

U82.10 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline [SARM]

U82.18 Staphylocoques, autres, et non précisés, résistants à la méthicilline

- U82.1- ne s' utilise **que** pour les staphylocoques
- Une résistance à la méthicilline mise en évidence pour un autre germe n' a pas d' intérêt et ne se code pas

Création de subdivisions U83.7 (1)

- Création de subdivisions du code U83.7 Résistance à de multiples antibiotiques, pour identifier les situations de BMR et BHRe

U83.70 Bactérie hautement résistante émergente [BHRe]

Entérobactéries productrices de carbaoénémases [EPC]

Entérocoques résistants aux glycopeptides [ERG]

U83.71 Bactérie multirésistantes [BMR]

A l'exclusion de : résistance par bêtalactamases à spectre étendu [BLSE] (U82.2-)

Staphylococcus aureus résistant à méthicilline [SARM] (U82.10-)

U83.78 Autres résistances à de multiples antibiotiques

Création de subdivisions U83.7 (2)

- Les bactéries ou germes multirésistants (BMR)
 - = bactérie précisée comme telle par le laboratoire
 - ≠ bactérie présentant plusieurs résistances
- La notion de BMR ne concerne que certains germes et certaines résistances bien définies par les labos et les CCLIN

Création de subdivisions U83.7 (3)

- Il existe plusieurs types de BMR :
 - Entérobactéries BLSE
 - SARM
 - Pyocyanique résistant à la ceftazidime
 - ...

Une BMR se code en U83.71 sauf pour les cas qui sont déjà spécifiquement décrits et qui correspondent en tant que tel à une BMR :

Résistance par BLSE => U82.2-

Staphylocoques dorés résistant à la méthicilline (SARM) => U82.10-

U83.71 Bactérie multi résistante [BMR]

A l'exclusion de : résistance par bêtalactamases à spectre étendu [BLSE] (U82.2-)

Staphylococcus aureus résistant à méthicilline [SARM] (U82.10-)

Création de subdivisions U83.7 (4)

Cas particulier des BHRe

Les bactéries hautement résistantes émergentes sont des bactéries multirésistantes qui :

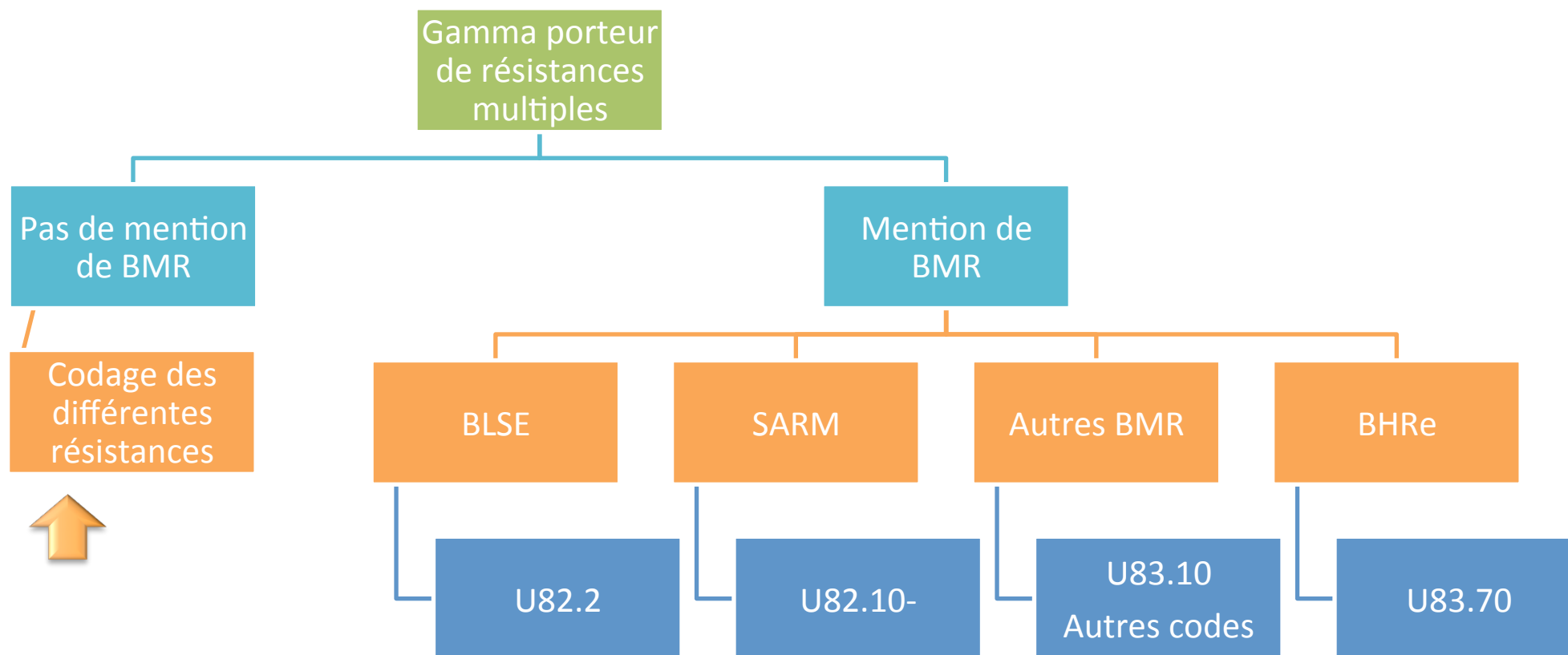
justifient des mesures de prise en charge particulières qui se déclinent dans les situations de portage sain et d'infection relèvent d'une instruction DGOS du 14 janvier 2014 correspondent actuellement aux EPC et aux ERG

Dans ce cas et dans ce cas uniquement la résistance se code U83.70-
Il s'agit d'un codage d'exception



U83.70 Bactérie hautement résistante émergente [BHRe]
Entérobactéries productrices de carbaoénémases [EPC]
Entérocoques résistants aux glycopeptides [ERG]

Résistance multiple



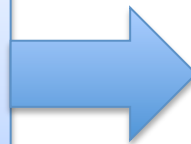
U83.70- et U83.71
ne peuvent pas être
codés sans mention
de BMR

Infections graves

DAS \ DP	Infections localisés	Infections organes parenchymateux	A40-A41 Bactériemie origine inconnue ou inoculation directe	Infection sur matériel
SRIS R65.0	o	o	Redondant	o
SEPSIS SEVERE R65.1	o	o	o	o
A40 – A41	o	o	= DP	o

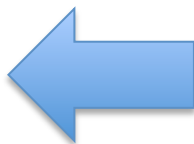
Exemples :

- Hémostoculture + à *staph aureus*
- BMR de type SARM
- Tableau infectieux (SRIS)
- Sans porte d'entrée identifiée



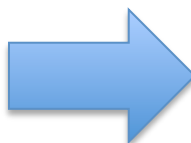
A41.0 + U82.100

**Z22.3 + Z29.0 +
U83.701**



- Prélèvement positif d'un entérocoque résistant à la vanco (ERG)
- Isolement et mesures spécifiques

- Cystite à *Klebsiella pneumonia*
- SRIS
- Résistante à l'amoxicilline



N30.0 + R65.0 + B96.1

Questions

Merci de votre attention

s.gomez@fhf.fr