FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Pôle Finances

RÉUNION FHF PACA/CIPE NICE

LA DOTATION MODULÉE À L'ACTIVITÉ OU « T2A SSR »

Dr Sandra GOMEZ
Chef de projet médico-économique – Pôle Finances et BDHF

28 septembre 2017 – CHU NICE

Le modèle dans sa globalité

- Instauration du nouveau mode de financement du SSR : modèle « hybride »
  - **Ne plus parler de T2A SSR : pb sémantique !!**
- Le modèle comporte 4 compartiments
  - Activité de soins : c'est le plus important (L162-23-3 du CSS) = DMA
  - Molécules onéreuses (L162-23-6)
  - Plateaux techniques spécialisés (L162-23-7)
  - MIGAC/MERRI (L162-23-8)
- Un compartiment complémentaire est ajouté
  - IFAQ amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (L162-23-14)

Le nouveau modèle de financement SSR

Compartiment Activité

« DMA »

% Activité réelle

% Socle

Compartiments Complémentaires

+

Actes et Consultations externes

MO

PT

MIGAC

IFAQ

Le compartiment « activité »
= Dotation Modulée à l'Activité

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . T +33 1 44 06 84 44 . F +33 1 44 06 84 45 . e-mail fhf@fhf.fr . www.fhf.fr

Le compartiment DMA

- On parle de Dotation modulée à l'activité (DMA)
  - Dotation socle « fonds de roulement »
    - Allouée mensuellement
    - Fondée sur l'activité constatée (PMSI) des années antérieures et valorisée sur une quote part des tarifs de l'année n
  - Financement au séjour
    - Activité réelle année N
    - Valorisée sur la base d'une fraction des tarifs, complémentaire à celle de la dotation socle

Le nouveau modèle de financement SSR

Compartiment Activité

« DMA »

% Activité réelle

PMSI année N

% Socle

PMSI année N-1 et N-2

Compartiments Complémentaires

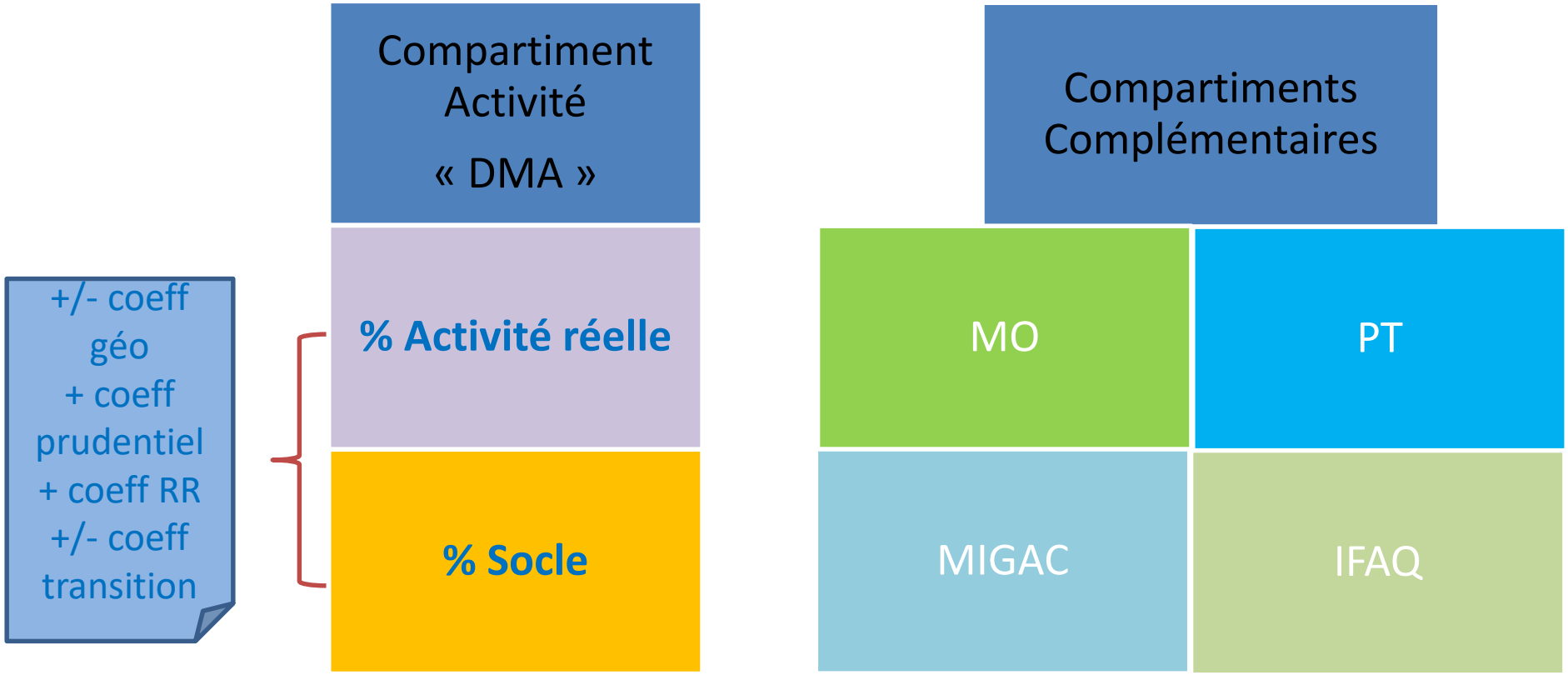
MO

PT

MIGAC

IFAQ

Le nouveau modèle de financement SSR



Le compartiment DMA

- Financement du socle (basé sur l'activité historique) et de l'activité réelle réalisée :
  - Via les tarifs de prestations avec 1 échelle de tarifs par secteur (ODAM SSR, OQN SSR)
  - Sur la base des **coûts moyens nationaux de l'ENC** (pas les coûts de chaque établissement)

- Actuellement l'échantillon des établissements SSR participant à l'ENC a une majorité d'établissements spécialisés.

Le compartiment DMA

- Les tarifs de prestation sont basés sur :
  - un financement au GME avec
    - 1 GME = 1 tarif appelé GMT,
    - Possibilité dans certains d'avoir pour 1 GME = 1 ou plusieurs GMT
  - 3 types de GME
  - Chaque GME est typé forfaitisable (F) ou non forfaitisable (NF)
    - La zone forfaitaire couvre 2, 3 voire 4 semaines pour les F
    - La zone forfaitaire couvre 1 semaine pour les NF

GME 0
- Concerne les séjours de 0j
- HTP et Séjours de 1j HC

GME niveau 1
- Concerne les séjours sans complications = sans CMA

GME niveau 2
- Concerne les séjours avec complications = avec CMA

Le compartiment DMA

GME 0
- Concerne les séjours de 1 journée (=0j)
- HTP et Séjours de 1j HC

GME niveau 1
- Concerne les séjours sans complications = sans CMA

GME niveau 2
- Concerne les séjours avec complications = avec CMA

- La valorisation se fait :
  - Pour les GME 0 : à la journée
  - Pour les GME niveaux 1 et 2 : valorisation mixte

Lire l’arrêté tarifaire

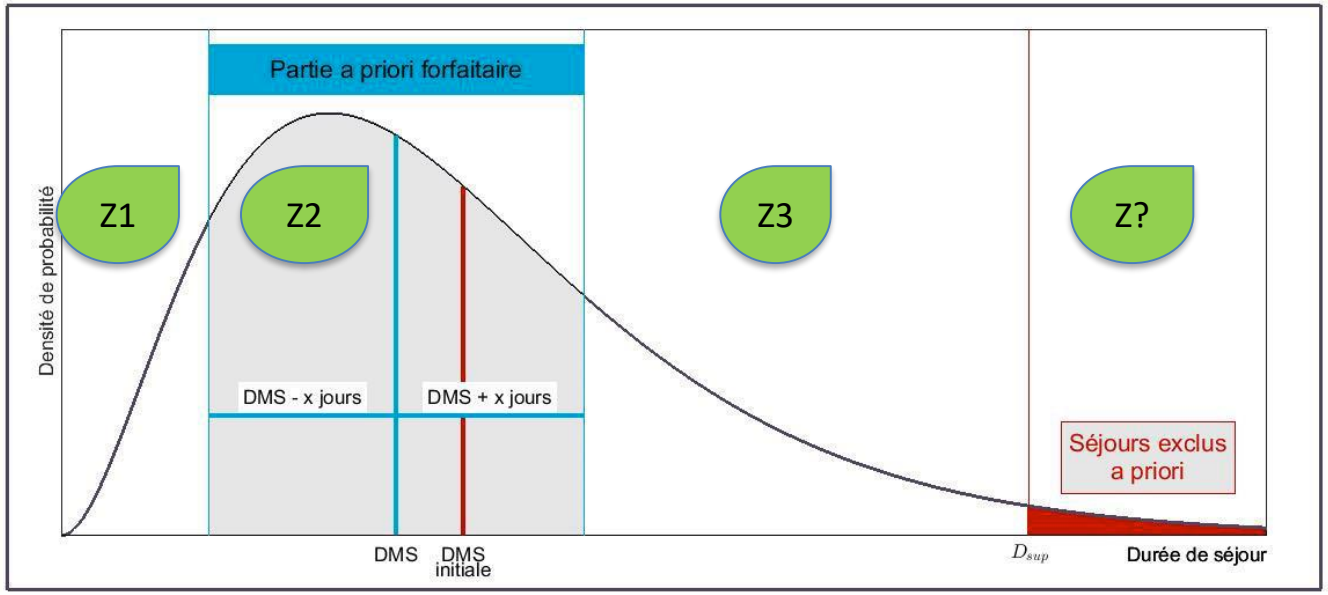
Arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l’année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l’article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2o et 4o du E du III de l’article 78 modifié de la loi no 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

Les tarifs 2017

- 2 échelles tarifaires : ex-DAF, ex-OQN
- 1 GME = 1 GMT
  - sauf soins palliatifs où 1 GME a 2 GMT (LISP vs lits standard)
  - Il semblerait exister des unités de soins palliatifs en SSR (comme en MCO) : pour le moment pas de tarif particulier pour ces unités

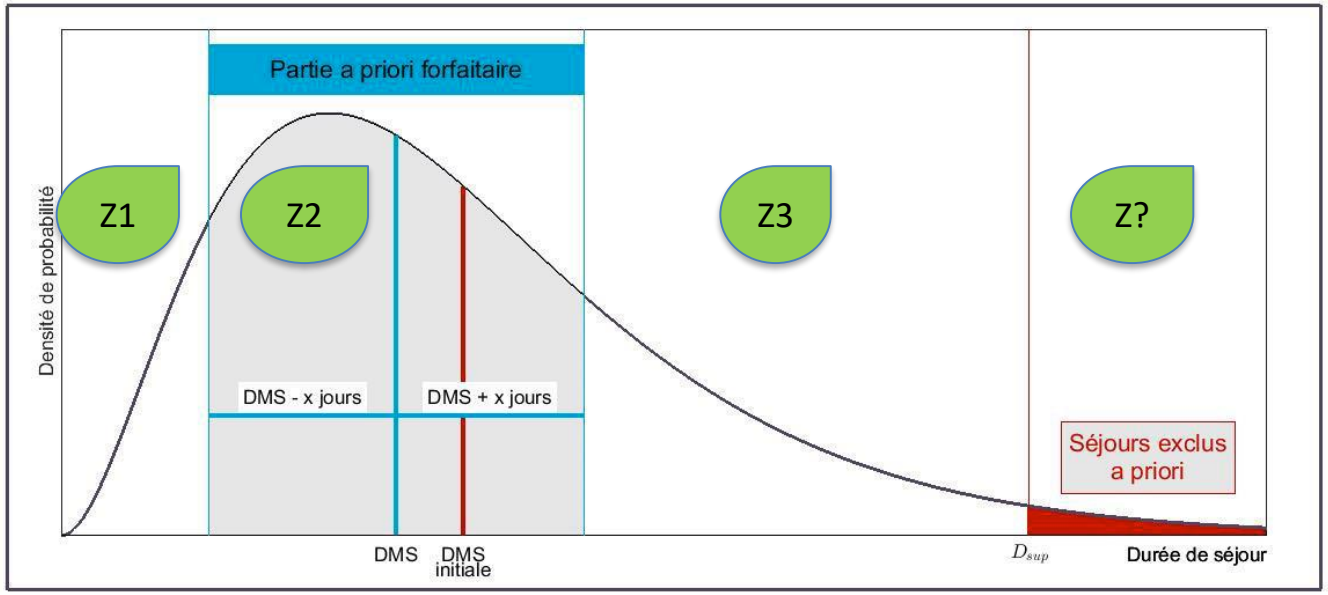
Le compartiment DMA

- Pour chaque GME, identification de 3 zones
  - Zone 1 : séjours financés à la journée
  - Zone 2 : séjours financés au forfait
  - Zone 3 : séjours financés au forfait + à la journée (dès que la zone 2 est dépassée)
  - Zone 4 probable ?



Le compartiment DMA

- Pour chaque GMT, identification de 3 zones
  - Zone 1 : zone basse (ZB) = tarif ZB (**TZB**) + suppléments journaliers (**SZB**)
  - Zone 2 : zone forfaitaire (ZF) = **TZF**
  - Zone 3 : zone haute du GMT (ZHG) = **TZF** + supplément journalier zone haute (**SZH**)
  - Zone 4 : EXH, pas en 2017



Montée en charge progressive de 2018 à 2022

Modèle transitoire pour l'année 2017

- Cohabitation de 2 modèles de financement
- Tous les compartiments ne sont pas encore mis en œuvre
- Les ACE sont facturables depuis le 1er janvier 2017 (secteur DAF : financement à 10% à l'activité et 90% en DAF)

- Finalement le modèle transitoire va durer un peu plus !!!

En 2017

Compartiment Activité

« DMA »

% Activité réelle

10%

90% DAF

Compartiments Complémentaires

MO

PT

MIGAC

IFAQ

Compartiment Activité

« DMA »

% Activité réelle

10%

90% DAF

Compartiments Complémentaires

MIGAC

PT

IFAQ

En 2017

Et en 2018

Et en 2019

Les spécialités pharmaceutiques

Compartiment MO destiné à :

- permettre aux ES de dispenser des TRT innovants, non captables par la classification
- éviter les ruptures de parcours pour les patients
- avoir un mécanisme de régulation innovant
  - Enveloppe cible fixée en début d'exercice
  - MO remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif minoré d'un coefficient
  - En fin d'exercice, si enveloppe non consommée, montant lié au coeff minorateur rendu ex-post

Les MO

- Liste spécifique SSR, obligatoire depuis 2014
  - Transmission via FICHCOMP (UCD sur 13 caractères facultatif)
  - A beaucoup évolué entre 2015 et 2016
  - Stable depuis 2016 mais non définitive

- La liste comprend
  - Les MO de la liste en sus MCO/HAD
  - La toxine botulique et le baclofène mais aussi les médicaments couteux spécifiques du champ SSR
  - Les traitements intercurrents (hépatite C, HIV, cancer etc..)

Les MO

- Isolement au sein de la DAF en 2016 et en 2017 d'un montant correspondant à l'évaluation des conso et versement en fin d'exercice aux ES au prorata du réalisé
- Débasage en 2016 avec pb dans certaines régions (double débasage par l'ARS)
- 55% des ES sous DAF avaient un montant à 0 € de MO (simulations ATIH 1ère circulaire 2016*2)
- Urgent de vérifier la chaîne

Le compartiment Molécules onéreuses

- La liste actuelle comporte
  - La toxine botulique et le baclofène
  - Des antibiotiques
  - Interféron
  - Albumine,
  - Anticancéreux
  - Etc…
  - Cf. liste (sous excel) est disponible sur le site de l'ATIH
    - http://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-ssr

Le compartiment MIGAC/MERRI

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

Les MIGAC/MERRI 2016 et 2017

Arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D.162-6 et D.162-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-23-8

MIGAC - MERRI

- Compartiment MIG
  - Liste spécifique au SSR, non accessible au MCO
  - Les MIG du MCO qui pourraient être aussi perçues par le SSR devront être intégrées dans l'arrêté ad hoc dans la liste SSR
  - Liste qui a vocation à évoluer

MIGAC - MERRI

- Le compartiment MIGAC/MERRI a été mis en place en 2016 (9 MIG de V01 à V09)

  - 3 MIG financées en 2016
    - Scolarisation des enfants (6 – 17 ans) : 137 ES autorisés
    - Réinsertion professionnelle
    - Cs d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC en SSR

  - MERRI SSR
    - Internes
    - Recherche : des publications ont été réalisées et des financements déjà octroyés par les MERRI à des établissements SSR

MIG Scolarisation

- Critère d'éligibilité
  - Autorisation de PEC des enfants de plus de 6 ans
  - Assurer de façon effective la scolarisation des enfants au sein de l'ES ou dans des structures extérieures à l'établissement

- Périmètre de financement de la MIG
  - Compensation des surcoûts liés aux transports des enfants sur la base d'un coût annuel moyen par enfant
  - Compensation des surcoûts de personnel dédié à l'accompagnement des enfants
  - Compensation des coûts immobiliers et mobiliers
    - Locaux sur la base de la surface
    - Forfait amortissement du mobilier scolaire

MIG Réinsertion professionnelle

- Critère d'éligibilité
  - Disposer des autorisations spécialisées suivantes : locomoteur ou neuro
  - Proposer un suivi professionnel à plus de 100 patients par an
  - Etre intégré à une convention cadre signée pa les deux fonds professionnels dédiés à l'emploi des personnes handicapées AGEFIPH et FIPHFP

- La MIG assure, avec les deux fonds précités, le cofinancement d'une équipe pluriprofessionnelle en charge de la réinsertion professionnelle de patients de plus de 18 ans
- Montant : 5,6M€

MIG Post-AVC en SSR

- Action 6 du plan national AVC 2010-2014
- Instruction de la DGOS du 3 août 2015

- Objectif : permettre à chaque patient victime d'un AVC de bénéficier d'un bilan post-AVC pluriprofessionnel 2 à 6 mois voire jusqu'à 12 mois après l'AVC

- Modalités de mise en œuvre de ces CS pour le SSR
  - En SSR neuro et/ou gériatrie, ces consultations sont réalisées sur le site SSR par un médecin de MPR ou un gériatre, hospitalier ou libéral ayant compétence et expérience en pathologie neuro-vasculaire ou accès à une expertise neuro-vasculaire

MIG Post-AVC en SSR

- Objectif des financements :
  - Mobiliser des professionnels de santé paramédicaux ainsi qu'un temps de coordination médicale
  - En 2016 :
    - Allocation de la deuxième tranche de crédits en vue notamment de soutenir le développement de CS au sein de SSR privés
    - Le modèle de financement est le suivant :
      - Socle de 15000€ pour 200 consult annuelles
      - Part variable évaluée à hauteur de 3750€ pour 50 patients supplémentaires
      - Ces montants peuvent être ajustés en fonction des spécificités territoriales

MIGAC - MERRI

Pour 2017

- 3 MIG/MERRI (de V010 à V012)
  - Hyperspécialisation
  - La rémunération, les charges sociales des personnels à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements SSR
  - Equipes mobiles SSR

- 3 « MIG » prises en charge au titre du b)du 3° du E de l'article 78 de la loi n°2015-1072 du 21 décembre 2015
  - Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)
  - PTS
  - Ateliers d'appareillage

Les MIG 2017

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Objectif 2017

La MIG hyperspécialisation en 2017 a un double objectif:

- Financer des activités de recours dits « exceptionnels » (qui ne seront jamais captées par une classification médico-économique)

- Aider au financement d'activités spécialisées mal financées dans l'état actuel des outils de planification et de classification, en attendant leur évolution à moyen terme

MIG Hyperspécialisation

- A l'étude et va être inclus pour 2017
  - Polyhandicap lourd
- Après travaux sur 2017
  - Obésité morbide
  - Poches de nutrition entérale
  - Soins post réa
  - Insuf. Resp.Chronique
- Ont été étudiés mais non retenus pour 2017
  - La mucoviscidose
  - La drépanocytose
  - Les UCC financées via un autre vecteur

Les plateaux techniques

18,8% des ES SSR publics n’en ont pas d’après le fichier des simulations ATIH

Les plateaux techniques

- Plateaux techniques rares, coûteux, et innovants
  - 16 plateaux étudiés mais pas tous retenus (enquête ATIH de 2011)
  - PT innovants : enveloppe MERRI
  - PT issus des décrets : inclus dans la classification en GME sauf exception
  - PT non captés par la classification : financés en sus via un forfait annuel

Les plateaux techniques

- Compartiment Plateaux Techniques : 6 PT + 1
  - Balnéothérapie
  - Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement
  - Rééducation robotisée des membres inférieurs
  - Rééducation robotisée des membres supérieurs
  - Rééducation pour la conduite
  - Isocinétisme

  - Ateliers d'appareillage

Les plateaux techniques

- Compartiment Plateaux Techniques (PT)
  - Doit financer en premier les surcoûts directs d'exploitation et de maintenance
  - En fonction des simulations,
    - Compensation des coûts spécifiques liés à l'entretien d'un ou plusieurs plateaux de rééducation
    - Compensation des coûts observés liés à un portefeuille de compétences

Compartiment PT

- Financement forfaitaire
- En 2017, les 6 PT seront financés via les MIG
- En 2017, les ateliers d'appareillage sont pris en compte dans une MIG dédiée

- Attention certains PT sont financés dans l'activité et d'autres dans les MIG

Compartiment IFAQ

Généralités sur IFAQ

- Volume financier : 40M€ (MCO/HAD) + 10M€ au titre du SSR
- Texte concernant les indicateurs obligatoires pour IFAQ SSR

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034157404&dateTexte=&categorieLien=id

Les indicateurs disponibles en SSR

- Pour IFAQ SSR
  - Certification
  - Hôpital Numérique (Pré-requis D2 et D3)
  - IAS (ICSHA2, ICALIN2, ICATB, ICABMR)
  - Dossier du patient
    - Traçabilité de l'évaluation de la douleur TRD
    - Tenue du dossier patient TDP
    - Délai d'envoi du courrier DEC
    - Détection des troubles nutritionnels (DTN3)

Indicateurs IPAQSS

1. **Thème Dossier du Patient (DPA) en SSR recueilli pour la 5ème fois en 2016**
   - Tenue du Dossier Patient (TDP)
   - Tenue du Dossier Patient - version 2 (TDP2)
     - En campagne à blanc en 2016
   - Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)
     - Evolution prévue vers la qualité du document de sortie
   - Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)
   - Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)
   - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)
     - Indicateur optionnel
2. **Développement prévu 2016 (sous-réserve de validation par le collège) sur des indicateurs de processus sur la prise en charge des patients AVC en SSR**

Source HAS

Mise en place progressive 2016, 2017…

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

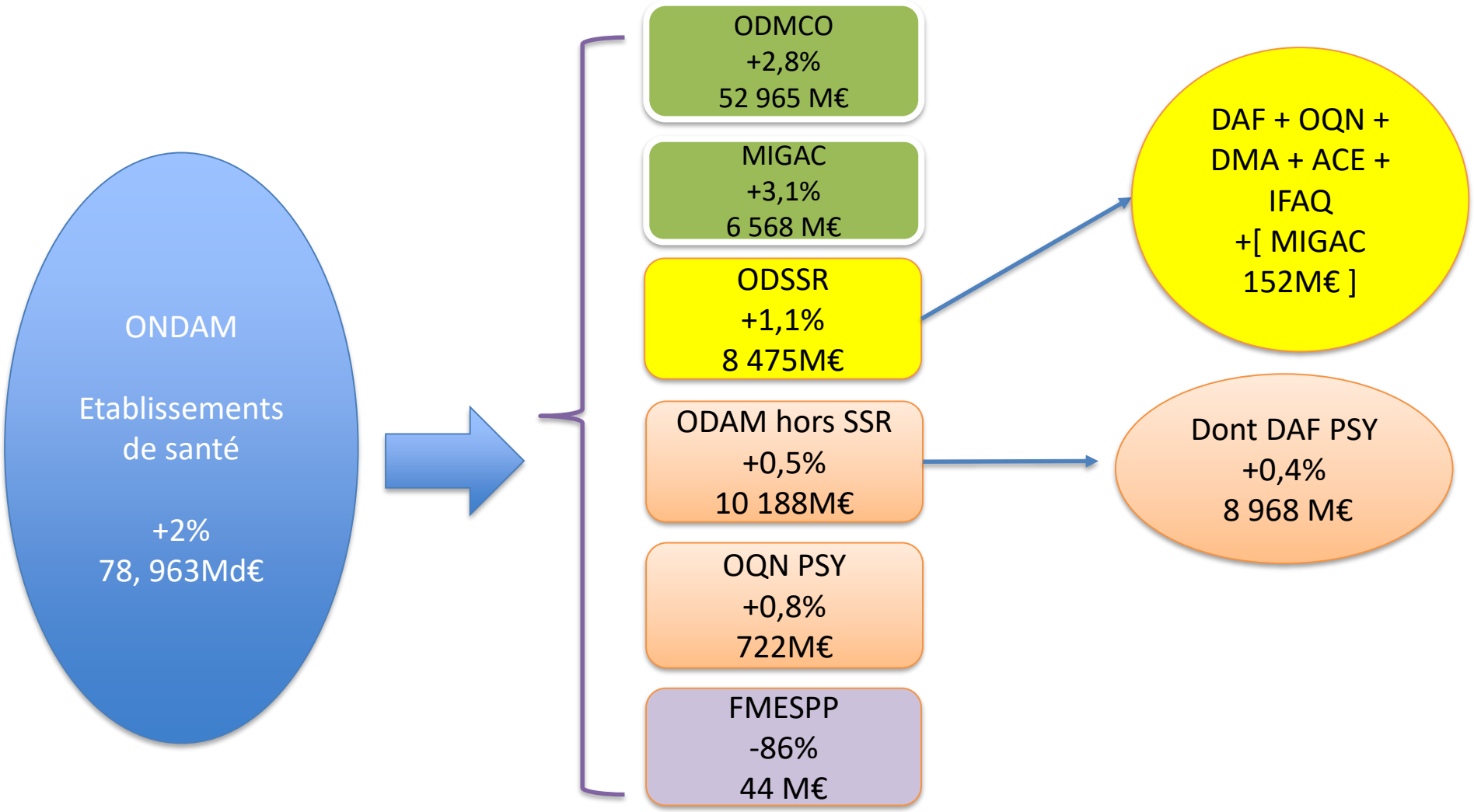
La DMA en SSR pour 2017

- Démarrage du nouveau modèle de financement SSR
  - 1er mars 2017
  - Taux de DMA : 10% sur la part activité réelle réalisée
  - Part socle = la DAF en 2017 ou le PJ (OQN)
  - Effets revenus capés +/- 1%
  - Application des coefficients géographique, prudentiel, spécialisation, +/- transition

Période transitoire 2016, 2017

- Le PLFSS prévoit la création d'un Objectif de dépenses SSR commun au public et au privé
  - Pour l'année 2017 :
    - Du 1/01 au 28/02/17 : OD constitué de la part « DAF » et de la fraction ACE
    - Du 1/03 au 31/12/17 : OD constitué d'une fraction « DAF » + d'une fraction « DMA » + de la fraction ACE (10%)
    - + MIG + IFAQ +coeff géo +coeff prudentiel +coeff de spécialisation (RR) +/- coeff de transition

Evolution de l'ONDAM **ES** en 2017



Ces taux d'évolution intègrent l'effort d'économies 2017 mais ne tiennent pas compte des mises en réserve prudentielles 2017.

Economies ONDAM établissements de santé 2017

- L'effort d'économie s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la 3ème tranche du plan triennal d'économies ONDAM 2015-2017.
- L'effort de 1,1Md€ est porté comme suit :

Mesures concernées	Montant
Développement de la chir ambu	160 M€
Optimisation du circuit de facturation (programme Symphonie)	80 M€
L'optimisation des achats hospitaliers (programme PHARE principalement)	505 M€
Réduction des inadéquations hospitalières : développement des alternatives à l'hospitalisation complète - en MCO - En SSR - En PSY	 144 M€ 51 M€ 55 M€

Mises en réserve prudentielles ONDAM ES 2017

La loi de programmation des finances publiques précise que le montant minimum des mises en réserve prudentielles doit représenter au moins **0,3%** de l'ONDAM.

Le quantum total de mises en réserve devant peser sur l'ONDAM établissements en 2017 n'est pas encore arbitré. Pour autant, sont déjà arbitrés les éléments suivants:

- **Le valeur du coefficient prudentiel MCO est fixée à 0,7% pour les 2 secteurs** à compter du 1er mars 2017, correspondant à **280M€** ;

- **La dotation prudentielle OQN (SSR et PSY)** équivalente au coefficient prudentielle, soit **0,7%** permettant la mise en réserve de **20M€**, à compter du 1er mars 2017 ;

- **96M€ de mises en réserve sur la DAF (PSY et SSR):** la ventilation entre ces deux champs sera établie dès la publication de l'ODSSR 2017 (mi avril) et opérée dans le cadre de la 1ère circulaire budgétaire. **(soit ≈ 52M€ pour le SSR)**

- Ce ne sont pas les 10% de DMA avec effets capés à – 1% qui ont le plus d'impact mais l'ODSSR commun

- OD SSR commun public et privé
  - Privé : déjà à l'activité +3,9%
  - Public : en dotation +0,2%

Modalités de facturation

Hors arrêté tarifaire

- MIGAC : 152 M€ en 2017 (y compris PT)
- Le plafonnement des TJP pour le champ MCO, prévu par la LFSS 2016, est désormais étendu au champ SSR (article 82 de la LFSS 2017)
- ACE : 10% à l'activité et 90% en DAF

Introduction
Rappel des modalités de financement 2017

Différents coefficients ont été prévus dans le cadre de la réforme. Ils ont vocation à permettre d'une part la mise en place d'amortisseurs correcteurs et d'autre part à prendre en compte les spécificités de financement des établissements sous OQN dans le cadre du passage à la DMA.

La mise en place de coefficients correcteurs :

Dès le 1er mars 2017, deux coefficients correcteurs ont vocation à amortir les effets de la réforme, pour l'ensemble des établissements (OQN et DAF) :

- *Le coefficient de transition (CT) :* en 2017, le CT s'appliquera uniquement sur la dotation modulée à l'activité. L'objectif est de limiter les effets revenus des établissements à -1% par rapport à leurs recettes actuelles ;

- *Le coefficient de spécialisation (CS) :* il a vocation à prendre en compte le degré de spécialisation des établissements. Il est fondé sur le nombre et l'intensité des actes de rééducation réadaptation facturés par chaque établissement de santé.

Modalités de versement - facturation 2017
Cadre général (2/6)

Concernant les nouvelles modalités de financement DMA communes OQN/DAF : une valorisation pour tous

- Pour limiter l'impact sur les systèmes d'information et laisser un délai complémentaire pour permettre l'adaptation des acteurs, l'article 78 modifié de la LFSS pour 2016 prévoit que la part financée en DMA sera valorisée par l'ATIH pour l'ensemble des établissements (OQN/DAF) au 1er mars 2017 ;

- Ainsi, des modalités communes de versement de la DMA en 2017 ont été construites pour les établissements sous DAF et sous OQN.

Modalités de versement - facturation 2017
Cadre général (3/6)

Pour rappel, deux vecteurs juridiques coexistent et étaient théoriquement mobilisables :

- *L'arrêté « versement » mensuel* qui permet notamment le versement des recettes en T2A MCO des ES ex-DG ;
- *L'arrêté « dotation » annuel* qui permet notamment le financement DAF, MIGAC et des forfaits annuels MCO

Le préalable au choix du véhicule de versement :

- **Les modalités de versement ne doivent générer aucune tension de trésorerie** : dans la mesure du possible, il doit y avoir concomitance entre le versement des nouvelles modalités de financement (DMA) et la minoration des recettes historiques (PJ ou DAF). Un versement « mensuel de l'activité réalisé le mois considéré » aurait induit un décalage substantiel.

Pour rappel, les données d'activités du mois de mars (M3) sont disponibles fin mai pour une valorisation début juin. Entre mars et juin, en cas de versement « mensuel de l'activité réalisé le mois considéré », l'ES n'aurait perçu aucune recette liée à la DMA.

- **Les modalités de versement doivent limiter autant que faire se peut la production normative régionale.**

En conséquence : le vecteur juridique de versement du financement en DMA retenu est l'arrêté « dotation » annuel, pour l'ensemble des établissements OQN/DAF.

Modalités de versement - facturation 2017
Cadre général (4/6)

Mise en œuvre concrète du versement de la DMA durant la période transitoire (1/2) :

En lieu et place d'un versement mensuel fonction des dernières données d'activités remontées, il est proposé le schéma suivant :

- Pour chaque établissement, l'ATIH définit un montant théorique 2017 de la part activité de DMA. Ce montant est fonction de l'activité réalisée n-1 et des tarifs de l'année n. Ce montant est notifié par l'ARS à chaque ES concerné ;

- Ce montant n'est pas définitif. Il fera l'objet de régularisation en fonction des données d'activités cumulées, remontées par les établissements ;

- Ce montant fera l'objet de versement de 10 dixièmes, couvrant les mois de mars à décembre ;

- Une régularisation finale devra s'effectuer lorsque les données de décembre 2017 seront disponibles, à savoir en mars 2018.

Modalités de versement - facturation 2017
Cadre général (5/6)

Mise en œuvre concrète du versement de la DMA durant la période transitoire (2/2) :

- Le montant théorique annuel de la part activité de la DMA est arrêté par le DGARS :
  - *Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté « tarifs SSR » pour les établissements sous OQN ;*
  - *Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté « dotation régionale » pour les établissements sous DAF.*

- Modalités de calcul du montant théorique : Le montant théorique annuel de la DMA sera calculé par l'ATIH sur le périmètre suivant et de manière à couvrir 10 mois d'activité (mars 2017 – décembre 2017) :

  - *Sur la base de l'activité remontée en 2016 calculée sur les tarifs publiés ;*
  - *En fonction notamment des coefficients de transition, de spécialisation pour l'ensemble des établissements ;*
  - *En fonction du coefficient « honoraires » pour les établissements sous OQN ;*
  - *Pour les seuls établissements sous DAF, le périmètre inclut également la fraction des ACE financées*

- Modalités de régularisation du montant théorique : Le montant théorique est corrigé à minima une fois en mars 2018, sur la base des remontées d'activité cumulées des établissements du 1er mars au 31 décembre 2017, en cas de régulation infra annuelle. La régularisation est lissée sur les 10ème de DMA restant à verser. Au plus tard, la régularisation est effectuée en mars 2018 (date à laquelle les données M12 sont connues) pour le mois de décembre 2017.

- Modalités de versement de la DMA : ***pour les ES sous DAF et sous OQN, le versement en une seule fois le 5 de chaque mois par la CPAM*** *ou le dernier jour ouvré précédant cette date si ce jour n'est pas ouvré.*

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Modalités de versement - facturation 2017
Cadre général (6/6)

Etablissements sous DAF :

↓

Dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté fixant le montant des dotations régionales :

Le DGARS arrête pour chaque établissement le **montant théorique annuel** calculé par l'ATIH de la part activité de la DMA

Périmètre :

-Activité 2016 : **fraction*GMT*TR**
-Coefficients de spécialisation + transition
-Fraction des ACE facturées **: fraction*tarif ACE*TR**

↓

Versement du montant théorique en dixième

↓

Actualisation du montant théorique de DMA **sur la base des données d'activité cumulées** remontées via le PMSI

Etablissements sous OQN :

↓

Dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté « tarifs » :

Le DGARS arrête pour chaque établissement le **montant théorique annuel** calculé par l'ATIH de la part activité de la DMA

Périmètre :

-Activité 2016 : **fraction*GMT*TR**
-Coefficients de spécialisation + transition
-Coefficient honoraires

↓

Versement du montant théorique en dixième

↓

Actualisation du montant théorique de DMA **sur la base des données d'activité cumulées** remontées via le PMSI

Modalités de versement - facturation 2017
Etablissements sous DAF

Modalités de versement de la DAF 2017 :

Les 12ème continueront à être versés sur la base de l'arrêté dotation (actualisé à compter de la C1) selon le calendrier habituelle :

- 15% en le 5 du mois ;
- 25% le 15 du mois ;
- 60% le 20 du mois.

Ils intégreront la régularisation à opérer au titre des avances 2017 (différentiel entre les avances 2017 et le montant notifié 2017).

Modalités de versement de la DMA au sein de l'arrêté « dotation » :

Au sein de l'arrêté « dotation », deux nouvelles lignes seront identifiées :

- *Une ligne relative au versement de la DMA ;*
- *Une ligne relative au versement des ACE.*

Les versements de DMA s'effectuent sur la base de 10ème, tous les 5 du mois.

Les montants de DMA théorique sont actualisés (suivant un rythme restant à définir) et régularisé au plus tard en mars 2018 pour la période 2017 (M12).

Modalités de versement - facturation 2017
Etablissements sous DAF

Concernant la trésorerie des établissements sous DAF :

Les effets de la dotation annuelle de financement 2017, c'est-à-dire la DAF minorée de 10%, entreront en application concomitamment au versement des premiers dixièmes de DMA.

Ainsi, il n'y aura pas de tension de trésorerie pour les établissements sous DAF.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

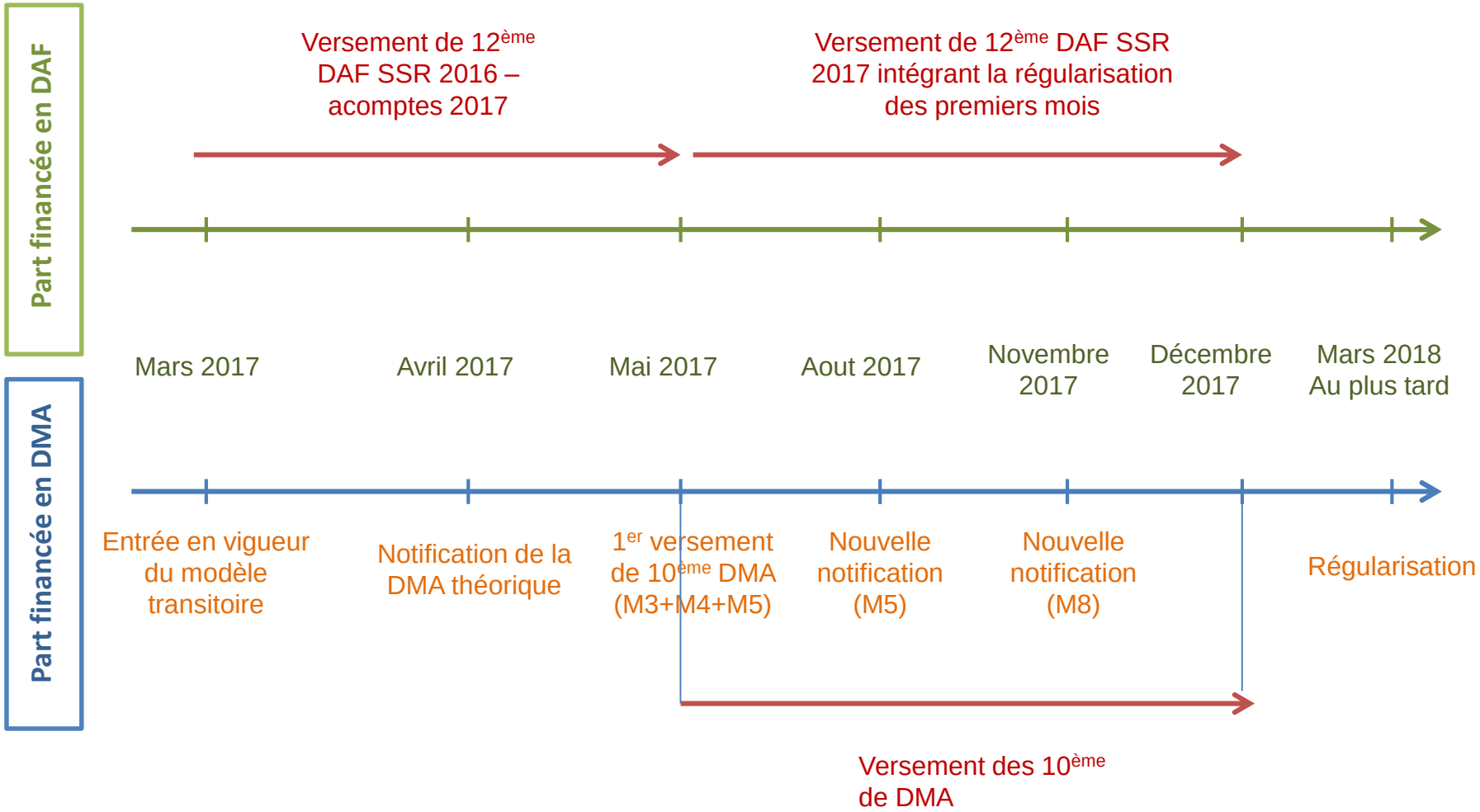
Modalités de versement - Etablissements sous DAF: calendrier théorique

	Mars	Avril	Mai
1	-Publication de l'arrêté tarifs SSR ; -Transmission aux ARS des éléments tarifaires (notamment DMA théorique)		
2		- Notification des arrêtés coefficients de transition et de spécialisation ; -Notification de la dotation théorique DMA aux ES et CPAM -Notification de la DAF 2017	
3	-Versement d'1/12ème de DAF SSR (avance 2017 basée sur la C3 2016)	-Versement d'1/12ème de DAF SSR (avance 2017 basée sur la C3 2016)	-Versement des 12ème de DAF SSR régularisés -Versement de 3/10ème de DMA (mars, avril et mai)

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Modalités de versement - facturation 2017
Etablissements sous DAF

Calendrier prévisionnel des versements des établissements sous DAF :



Mise en œuvre en détail du modèle DMA en 2017

- Le coefficient de transition
  - Limite les effets revenus à 1% de la DMA
  - Sur les données PMSI 2016
  - Comparaison des recettes de l'année 2016 et la valorisation économique de cette même année 2016 et ce sur un même périmètre
    - Les nouvelles MIG 2017 : financement via le compartiment MIG en totalité
    - PTS, AA, UCC : financement 90% en DAF ou PJ et 10% via le compartiment MIG
    - AC reconductible (structure, investissement, cs mémoire, mutualisation, coordination territoriale) : financement 90% en DAF ou PJ et 10% via le compartiment MIG
    - ACE : 90% en DAF et 10% à l'activité

Mise en œuvre en détail du modèle DMA en 2017

- Le coefficient de transition
  - Valorisation économique de l'activité 2016 inclut :
    - Majoration pédiatrique
    - Valo des séjours groupés en erreur
    - Coeff de spécialisation, géographique et honoraire
  - Valorisation économique de l'activité 2016 exclut les effets budgétaires liés à la campagne 2017 :
    - Application du coeff prudentiel à 0,7%
    - Les mesures de fongibilité de 2017 mises en œuvre par les ARS sur le secteur DAF
    - L'ajustement des tarifs à l'ODSSR de 2017

Mise en œuvre en détail du modèle DMA en 2017

- La DMA théorique
  - Montant théorique de la part activité de la DMA basée sur l'activité réalisée en 2016 et valorisée aux tarifs 2017
  - Le montant sera corrigé des données d'activité cumulées remontées par les établissements
  - Le Taux AM des prestations GMT sera celui de chaque patient retrouvé dans VIDHOSP
  - Elle inclut la majoration pédiatrique quand le séjour n'est pas dans un GN scindé sur l'âge ; les coeff de spécialisation, géo, honoraire, prudentiel et de transition ; la valo des séjours en erreur au tarif journalier minimal
  - Elle intègre l'application du coeff prudentiel de 0,7%, les mesures de fongibilité mises en œuvre par les ARS sur le secteur DAF et l'application des tarifs 2017 tels que publiés par l'arrêté du 5 mai 2017

- Unité de groupage = Suites de RHA et non les séjours clos d'où création de 2 GME
  - 1 GME valorisable
  - 1 GME intermédiaire

Si SSRHA = Séjours clos
GME valorisable
GME intermédiaire =0

GMT=GME valorisable

Si SSRHA envoyés mais séjours non clos

Si SSRHA <90 jours
GME valorisable = vide
Affichage GME intermédiaire
GMT=9999

Si SSRHA >90 jours
GME valorisable= vide
Affichage GME intermédiaire
GMT= 8888 (tarif journalier le plus bas)

- Indexation des GME Forfaitisables ou Non Forfaitisables différente public/privé
- Campagne tarifaire :
  - Surpondération des 0j privilégiant l'HDJ
  - Majoration de 25% des GMT = GME dont le groupe nosologique n'est pas scindé sur l'âge si le patient a moins de 18 ans
  - Coeff géographiques : idem MCO

Pour 2018

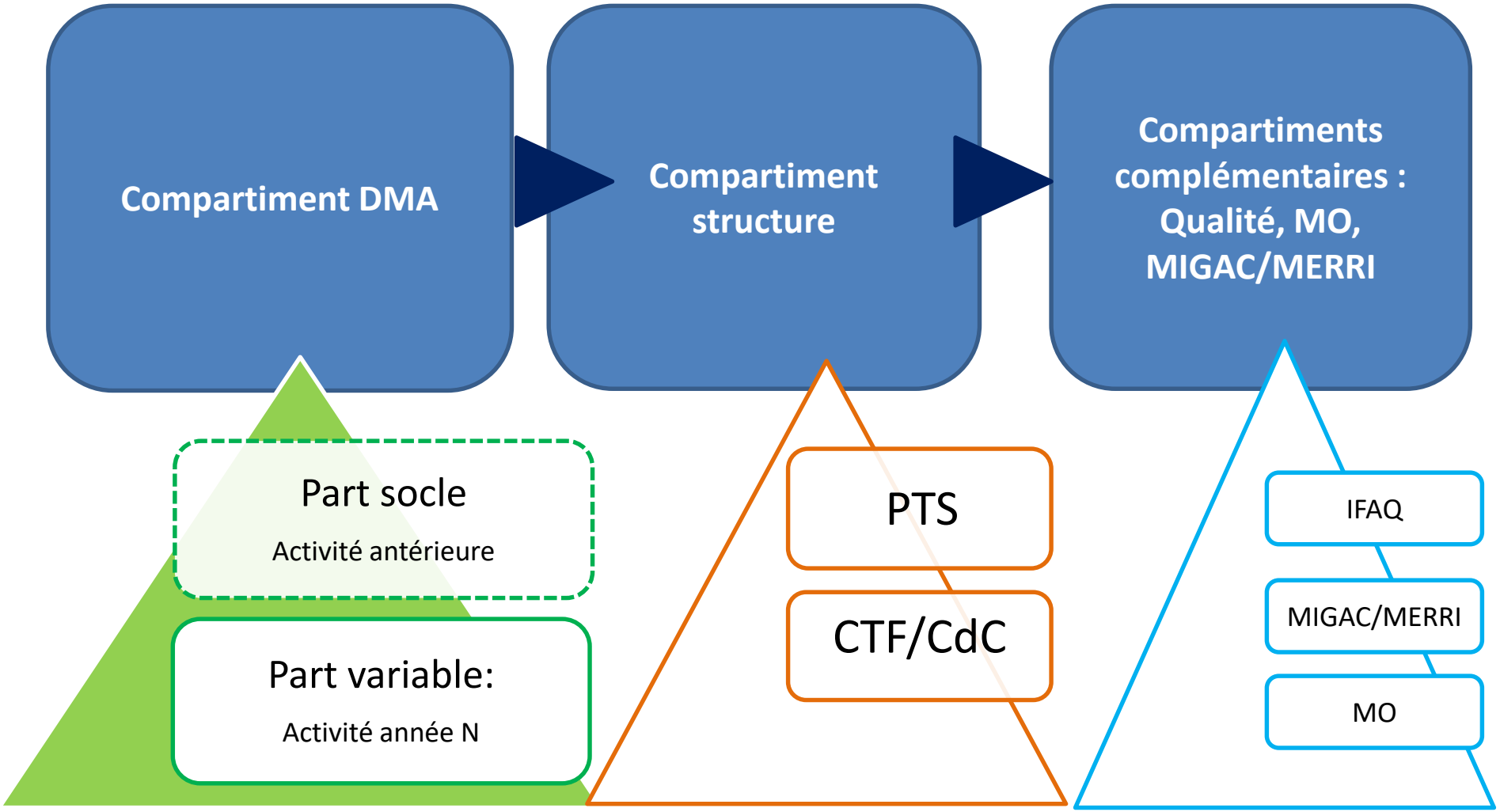
- La période transitoire est prolongée de 2 ans
  - Le niveau des fractions pourra être différencié entre public et privé jusqu'à l'atteinte du niveau cible de DMA
  - La part socle va être rediscutée : activité PMSI historique ? Coûts de structure ?
  - Les ACE seront financés à 100%
  - Le taux de DMA : ?
  - Effets capés : oui/non ? À combien ?

Modèle Cible ~~2018 -2022~~

Modèle Cible 2020 -2022 ?

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

Le modèle cible



CTF : conditions techniques de fonctionnement
CdC : cahier des charges

Modèle cible ?

- Les financements issus des autres compartiments
  - Au 1er ~~janvier 2018~~
    - Introduction du compartiment Plateaux Techniques (avec 6 plateaux ciblés)
  - Au 1er ~~janvier 2018~~ : En 2020
    - Compartiment Spécialités pharmaceutiques

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

HDJ SSR

- En cours d'élaboration et de discussion à la DGOS
- Pas de circulaire frontière SSR en mars 2018

Les transports en SSR

- Pour les HDJ, les prescriptions de transports entre le domicile du patient et l'établissement relèvent de la ville
  - Font partie du CAQES
  - Les établissements développant le plus l'HDJ peuvent apparaître très hauts en termes de prescriptions de transports…et donc sanctionnés au titre du CAQES

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Les difficultés de démarrage

- Démarrage du modèle le 1er mars 2017
- Parution des tarifs le 5 mai 2017
- 1er versement de la partie DMA envisagé pour le 5 juillet

- Effets financiers de la DMA : difficiles à apprécier
- Les établissements ont un an pour améliorer leurs points fragiles (lien pharmacie/DIM, SIH, qualité du codage..)

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Les difficultés de démarrage

- Différents sujets ne sont pas encore finalisés y compris pour cette année transitoire 2017
  - Hospitalisation de jour en SSR
  - Liste MO définitive : règle d'inscription de radiation, quid de la toxine botulique ?
  - Plateaux techniques spécialisés et cahiers de charge
  - Ateliers d'appareillage
  - Compartiment DM qui n'a pas été prévu mais problème des coûts des orthèses et prothèses
  - **La MIG hyperspécialisation**
  - Précarité
  - …..

Pilotage des Etablissements SSR

- En mars 2018, ~~entrée complète dans le modèle~~
  - ~~Part socle basée sur l'activité PMSI (années N-1 et N-2) et non plus la DAF~~

- Messages indispensables du ministère à l'attention des établissements publics
  - Taux de DMA pour 2018 : 20 % ? 10% ? X?
  - Effets capés ou non ? ou adaptation du coefficient de transition par établissement ?
  - Rôle des établissements polyvalents/spécialisés, place dans les territoires…
  - Doit-on faire une course aux autorisations ? Réorienter l'activité de certains établissements ?
  - Quid des filières d'aval ? EHPAD, USLD, domicile + soins de ville etc…

Travaux ATIH
Classification en GME

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

Les travaux ATIH en SSR

- Les travaux portent
  - sur la classification en GME
  - sur le score RR
  - sur le CSARR
  - sur la dépendance
  - sur le recueil SSR

Classification GME

Travaux 2017

- **Principes :**
  - Faire évoluer la classification SSR tout en pérennisant certains principes
    - Utilisation des **mêmes variables** qu'en V2017 pour la construction de la classification et le groupage :
      - **Diagnostics** (morbidité principale / DA) — **CM, GN**
      - **Âge** (< 18 ans), **actes CSARR** — CM, GN, **sous-GN**
      - **Âge** (> 75 ans), **scores de dépendance, indicateur post-chirurgical** — CM, GN, sous-GN, **groupes de complexité**
      - **Score RR** (actes CSARR, CCAM-RR) — CM, GN, sous-GN, groupes de complexité, **groupes de RR**

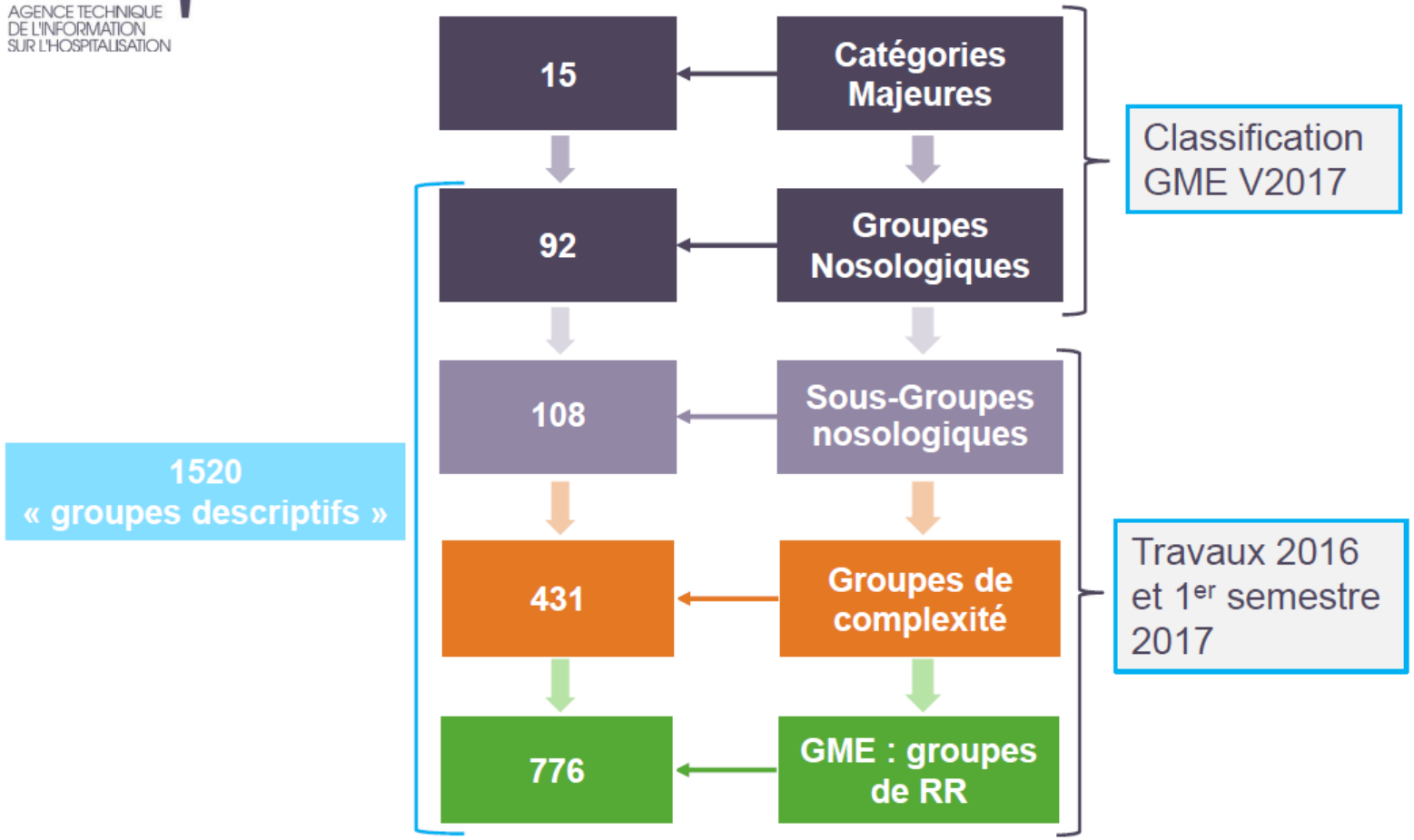
      Groupes descriptifs
    - Continuité des **méthodes** :
      - Analyse médicale
      - Analyse statistique

Les travaux ATIH en SSR

atih
AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Description de l'arbre

Nombre de groupes par niveau hiérarchique



Description de l'arbre
Groupes descriptifs

- **Exemple du GN 1006 *Obésités* :**
  - **15 gpes descriptifs** car :
    - 3 possibilités pour la RR : modérée / élevée / très élevée
    - 5 possibilités pour les variables mobilisées dans l'indice de complexité :
      - 1006Z**1** : Obésités, Dép Phys <= 8, sans CMA
      - 1006Z**2** : Obésités, Dép Phys [9-12], sans CMA
      - 1006Z**2** : Obésités, Dép Phys <= 8, avec CMA
      - 1006Z**3** : Obésités, Dép Phys > 8, avec CMA
      - 1006Z**3** : Obésités, Dép Phys >12, avec ou sans CMA
    - Exemple : 1006Z2s-a « Obésités, Dép Phys [9-12], sans CMA , RR >= 120 mn/jour et >= 20h/séjour, en HC »

Classification GME

Travaux 2018 et années suivantes

- **Perspectives :**
  - Révision GN et sous-GN
    - Poursuite travaux révision des CM04 et CM05
    - Différenciation des niveaux de « déficience des patients » ?
      - Par exemple : tbles cognitivo-comportementaux
    - Différenciation des prises en charge : actes CSARR marqueurs ?
  - Amélioration de l'indice de complexité :
    - Prise en compte de l'âge : test de nouvelles classes d'âge ?
    - Révision statut post-chirurgical ?
    - Révision score(s) dépendance ?
    - Révision niveaux de sévérité (règles CMA, listes CMA, polypathologies) ?
  - Amélioration des seuils de RR :
    - Modalités de calcul du score RR (dénominateur et diversité)
    - Affinage des seuils de RR par « groupes de complexité » ?
  - Travaux spécifiques « classification HTP SSR » ?

Travaux CSARR

- Simplification du chapitre appareillage avec des regroupements envisagés
  - Fabrication d'orthèses
- Création de nouveaux actes :
  - Séance de recherche sur écran, des points moteurs par rétrocontrôle musculaire [myofeedback], pour prothèse myoélectrique
  - Réparation et/ou révision de prothèse de membre supérieur
  - Réparation et/ou révision de prothèse de membre inférieur

Travaux score RR

- **Contexte :**
  - **Pondérations actuelles des actes CSARR :**
    - Issues des pondérations des actes CdARR
    - Basées sur le temps professionnel de RR
  - **Enquête 2013-2014 sur la durée des actes CSARR**
    - Affectation à chaque acte CSARR d'un « temps patient »
      - Pour donner une dimension économique au score RR, nécessité de mobiliser des informations complémentaires aux « temps patients »
- **Objectifs :**
  - **Définition des nouvelles modalités de calcul du score RR**
  - **Intégration du score RR dans la classification GME**

Score RR

Point d'étapes des travaux

- Rappel des étapes des travaux de définition des nouvelles modalités de calcul du score RR :

1. **« Neutralisation » des codages inattendus**
2. **Score d'intensité** **FG GME v2018?**
3. Score de diversité
4. Dénominateur **FG GME v2018?**

Score de RR : neutralisation des codages inattendus

- Deux propositions pour le numérateur du score RR (FG GME v2018?) :
  - Périmètre : ne pas retenir les actes CSARR dont le codage est « non attendu »
  - Pondération « économique » par acte CSARR mobilisant :
    - « Temps patients » par acte
    - **ET** « nb de patients » codé

- **Règles d'exclusion des actes CSARR** pour le **calcul du score de RR** retenues pour la FG GME V2018? :
  - **Valeurs non renseignées / non numériques / nulles :**
    - Nombre réalisations des actes
    - Nombre patients
    - Nombre intervenants
    - Etape d'appareillage
  - **Nombres supérieurs à des valeurs seuils :**
    - Nombre réalisations des actes
    - Nombre patients : pour actes individuels dédiés / actes individuels non dédiés / actes collectifs
    - Nombre intervenants : pour actes pluri-professionnels
  - Gestes complémentaires
  - Code « IDE », « autres intervenants » non attendus pour une liste restreinte d'actes

Score RR

« Score d'intensité »

- Pondérations « économiques » par acte CSARR :
  - Acte **individuel dédié strict** (« Nb patients » = 1) : pondération = temps patient
  - Acte **individuel non dédié possible** : 3 pondérations différentes selon « nb patients » en classes :
    - « Nb patients » = 1 ou [2; 5] ou [6; 8]
  - Acte **collectif** : 2 pondérations différentes selon « nb de patients » en classes :
    - « Nb patients » = [2; 10] ou [11; 25]
    - Remarque : pas de limitation du « nb patients » pour ZZR+026 *Séance collective information patient et/ou entourage*
  - Borne minimale de pondération = 5 mn

La dépendance AVQ

- L'échelle AVQ n'est pas valide (non reproductible….)…travaux engagés par l'ATIH puis la SOFMER dans le but d'évoluer vers une autre échelle

- A minima, travail engagé pour ajouter la toilette à la variable habillage comme en HAD

Travail sur le recueil PMSI SSR

- La cible : simplification du recueil
- Description au séjour
- 2 chantiers :
  - la périodicité du recueil,
  - le contenu du recueil

Améliorer la description de l'activité SSR

Contenu – Travaux sur les variables

Affiner la description & Agir sur la qualité des données

Règles

- Compréhension
- Précision
- Recommandations de codage

Variables

- Variables utiles
- Variables manquantes
- Variables redondantes
- Difficultés identifiées pour les variables existantes
- Modifications de définition

Hiérarchisation

- Situations cliniques
- Codage sans variabilité pour une même situation clinique → Repérage des difficultés de hiérarchisation
- Algorithme

Codage

- Défaut de codage identifiés
- Codes CIM 10 manquants
- Précisions sur le sens de certains codes
- Gravité / Stade des affections

Travaux DGOS
Hôpitaux de proximité et SSR

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . T +33 1 44 06 84 44 . F +33 1 44 06 84 45 . e-mail fhf@fhf.fr . www.fhf.fr

Les hôpitaux de proximité en SSR

- Pour 2017
  - La Dotation Forfaitaire Garantie : socle : 70% et DOP* : 20%
  - La DFG se base sur la moyenne des recettes 2015 et 2016
  - 8 ARS ont modulées la DOP
  - Rapport Véran : étendre la labellisation HP à l'activité de SSR
  - En SSR, missions proches de celles des HP médecine : appui au premier recours, orientation, coordination des parcours

*DOP : dotation organisationnelle et populationnelle

Les hôpitaux de proximité en SSR

- Pour 2017
  - Labellisation des SSR « mixtes » et des SSR « autonomes »
  - SSR « mixtes » : sur 241 HP, 219 sont autorisés en SSR
    - SSR polyvalents 78%, PAPD 5%
    - Activité 2 fois moins importante que les SSR non HP (écart moins fort que pour la médecine)
  - SSR « autonomes » : 949 établissements sans autorisation de MCO

*DOP : dotation organisationnelle et populationnelle

CAQES SSR

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Composition du CAQES

VOLET SOCLE RELATIF AU BON USAGE DES MEDICAMENTS, DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS

Contrat à durée indéterminée

Tous les Etbs : MCO dont HAD et dialyse, SSR, psychiatrie et USLD

+

VOLETS OPTIONNELS

Durée de 1 à 5 ans

Etbs **ciblés au regard des référentiels ou de seuils** (volume ou dépenses AM)

VOLET TRANSPORTS

VOLET PERTINENCE

VOLET AMELIORATION DES PRATIQUES

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . T +33 1 44 06 84 44 . F +33 1 44 06 84 45 . e-mail fhf@fhf.fr . www.fhf.fr

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

VOLET SOCLE RELATIF AU BON USAGE DES MEDICAMENTS, DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

Volet Socle

Les objectifs du volet socle sont organisés autour de 5 parties :

- **Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique** du patient et du circuit des produits et prestations

- Développement des **pratiques pluridisciplinaires et en réseau**

- Prescription de médicaments dans le répertoire des **génériques et biosimilaires**

- Médicaments et liste des produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur **l'enveloppe de soins de ville**

- Spécialités pharmaceutiques et produits et prestations pris en charge **en sus** des prestations d'hospitalisation

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

VOLETS ADDITIONNELS

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Volet transports

Objectif : **maîtriser les dépenses de transports de patients prescrits par l'établissement et financés sur l'enveloppe des soins de ville**, tout en incitant l'établissement à promouvoir des **pratiques efficientes de prescription et de commande des transports** (plateformes de centralisation de la commande, recours raisonné à l'ambulance, transports partagés,…).

Le volet transport est proposé aux établissements qui dépassent les seuils fixés par l'arrêté référentiels du 27 avril 2017 :

- un **taux d'évolution annuel en valeur des dépenses de transports prescrits par l'établissement et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville > 2,2%**

ou

- un **montant annuel des dépenses de transports prescrits par l'établissement et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville > 500 000€**

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . T +33 1 44 06 84 44 . F +33 1 44 06 84 45 . e-mail fhf@fhf.fr . www.fhf.fr

Volet Pertinence

Objectif : **Promouvoir la pertinence** dans le domaine des actes, prestations et prescriptions retenues, portant le cas échéant sur la **structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé** avec ou sans hébergement.

Sur une même région, tous les établissements sont ciblés à partir des critères définis par le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).
Ils sont ciblés lorsque sont constatés :
- un **écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable** ;

ou

- une **proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la HAS**.

Volet Amélioration des pratiques

Objectif : Accompagner les établissements les plus en retard sur le plan de la **qualité et de la sécurité** de certaines pratiques médicales.

Ciblage au regard :

- Du risque infectieux : **ICALIN2** en classe C, D ou E, et les non-répondants

- Du risque médicamenteux : **Indicateur d'hôpital numérique D3.1 « Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées »** < 10%

- Du risque de rupture du parcours : **Indicateur DOC**, document de sortie en MCO taux qui évalue la qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient, < 10% (c'est-à-dire ceux pour lesquels l'intervalle de confiance du résultat est strictement inférieur à 10%), et les non-répondants.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

⚠ **À défaut de contractualisation,** l'établissement de santé est passible :

- d'une sanction mécanique de 1% de ses recettes d'assurance maladie

ou

- d'une réduction de 30% du remboursement des produits de la liste en sus pour le volet produits de santé.

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

CALENDRIER ET EVALUATION

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14 . **T** +33 1 44 06 84 44 . **F** +33 1 44 06 84 45 . **e-mail** fhf@fhf.fr . **www.fhf.fr**

Calendrier

Le CAQES entre en vigueur au 1er janvier 2018. Jusqu'à cette date, les contrats antérieurs en cours restent applicables et pourront être évalués en 2018 sur les objectifs de l'année 2017.

Précision apportée par l'instruction : si des sanctions au titre du CBU ont été prononcées en 2017 au titre de 2016, il est préconisé, afin d'homogénéiser les prises en charge dans cette année de mise en oeuvre, de n'appliquer la minoration du taux de prise en charge que jusqu'au 31 décembre 2017.

Evaluation

Le contrat fixe des obligations aux établissements de santé, qui sont déclinées en plan d'actions dont la réalisation est mesurée sur la base d'indicateurs :

Indicateurs obligatoires, fixés au niveau national et qui s'appliquent à tous les établissements

Indicateurs additionnels, définis au niveau régional, qui peuvent être sélectionnés parmi une liste figurant en annexe de l'instruction ou mis en place directement par les régions

Evaluation

Une **grille d'évaluation annuelle**, annexée au contrat type, synthétise les éléments d'évaluation de l'établissement et leur traduction financière.

❖ Evaluation du contrat socle **:** obligations de résultats, obligations de mises en œuvre, indicateurs nationaux et régionaux.

❖ Evaluation des volets additionnels :

- **Obligation de résultat** ; c'est sur la réalisation de cet objectif que sera basé le déclenchement d'intéressement ou de sanction le cas échéant ;
- **Obligations complémentaires** ; leur réalisation permet de moduler le montant de l'intéressement ou de la sanction.

Evaluation

En fonction de la grille d'évaluation et après avis de l'Assurance Maladie, le DGARS décide des sanctions et des intéressements.

Sanctions

- Sur la partie socle
- Sur l'ensemble des volets additionnels

Intéressements

- Uniquement sur le volet additionnel transports et le volet additionnel pertinence

Evaluation

Types de sanctions applicables

Sanctions financières

Dans la limite de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement au titre du dernier exercice clos par volet,

Et dans la limite de 5% pour l'ensemble des volets.

Réduction, dans la limite de 30%, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7

Mise sous accord préalable (MSAP)

Pour les actes, prestations ou prescriptions ciblés, l'établissement doit systématiquement recueillir l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie

CAQES & SSR

Chaque établissement doit disposer d'un **plan d'actions adapté à sa situation et ses activités**. Il est construit et rédigé au niveau régional (ARS, DCGDR, organisme local d'assurance maladie et le cas échéant, les représentants des établissements de santé), durant la période de concertation tripartite.

Certains indicateurs, y compris ceux obligatoires, sont inapplicables à certains types de structures compte tenu de leur activité. L'instruction recommande de ne pas les inclure au plan d'actions de l'établissement.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Cadre juridique du CAQES

- ✓ **Article 81 LFSS pour 2016**
- ✓ **Décret n°2017-584 du 20 avril 2017** fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
- ✓ **Arrêté du 27 avril 2017** relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale
- ✓ **Arrêté du 27 avril 2017** fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie
- ✓ **Instruction interministérielle** N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

Pour tout renseignement complémentaire

FHF

Dr Sandra GOMEZ

s.gomez@fhf.fr

0144068434