FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Pôle Finances

# NOUVEAUTÉS CAMPAGNE 2019

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

16 mai 2019 - Nice

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**

# Ordre du jour

- Actualités de la campagne 2019 : tous champs
- Instruction frontière
- Les transports inter-établissements
- Forfaits pathologies chroniques
- IFAQ
- Pertinence des soins
- Responsabilité populationnelle...


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

# Actualités de la campagne 2019 : tous champs


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**

# ONDAM 2019

| | Montant | Taux d'évolution 2019 | Rappel taux 2018 |
|---|---|---|---|
| Soins de ville | 91.5 | 2.5 % | 2.4 % |
| Etablissements de santé | 82.7 | 2.4 % | 2.0 % |
| Etablissements médico-sociaux | 20.8 | 2.2 % | 2.6 % |
| FIR | 3.5 | 4.8 % | 3.1 % |
| Autres prises en charge | 1.9 | 6.3 % | 4.3 % |
| TOTAL | 200.3 | 2.5 % | 2.3 % |

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

# Données de cadrage global sur l'ONDAM établissements de santé 2019

- L'ONDAM établissements de santé pour 2019 est porté à **82,7Md€**, en progression de **+2,4% (vs 2% en 2018).** Cette évolution représente en valeur **+1,96Md€.**

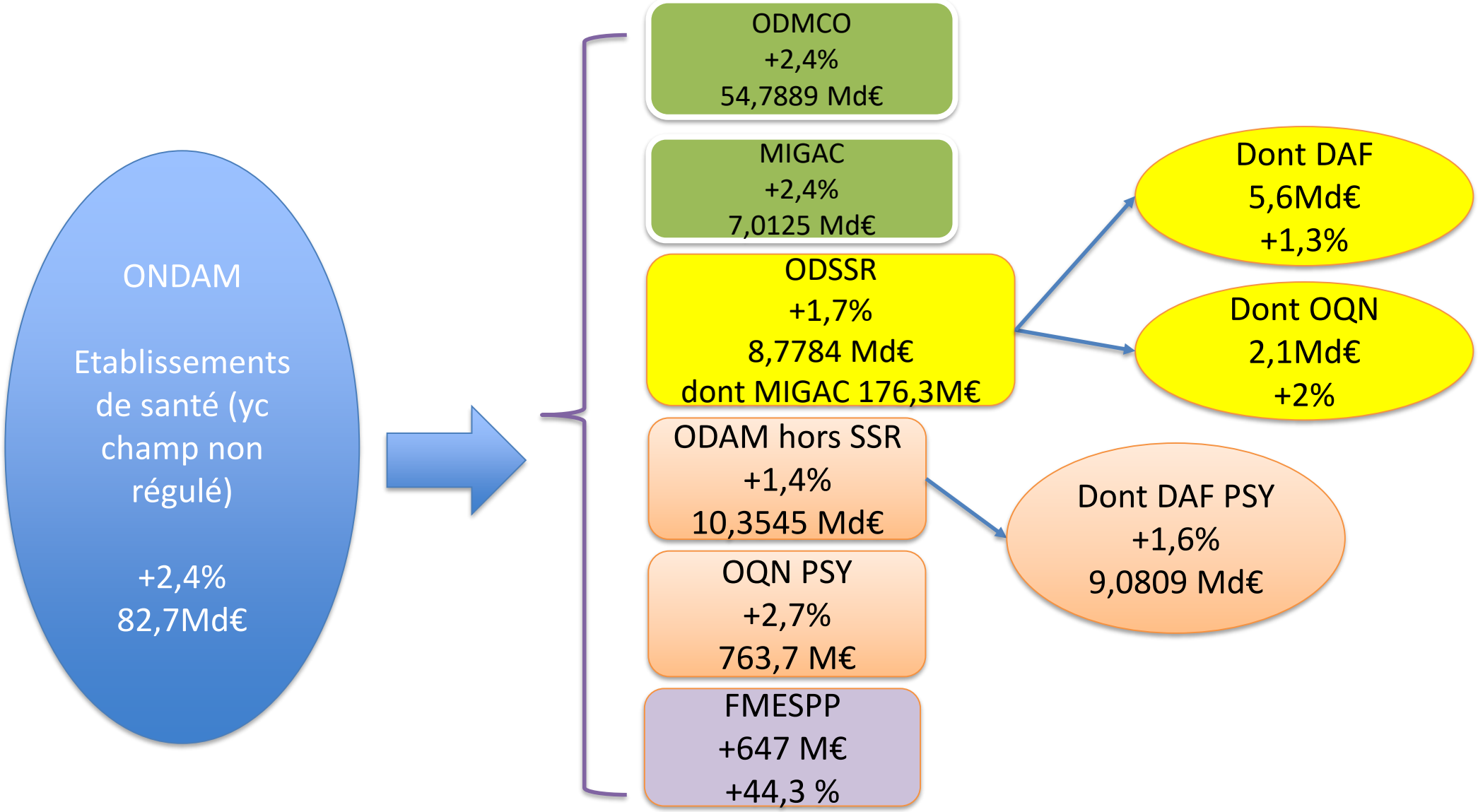
- L'évolution avant effort de l'ONDAM ES pour 2019 est estimée à **+3,7% (*vs* 4% en 2018).**

- Par rapport à l'évolution avant effort estimée à +3,7%, 1 023M€ d'effort de maîtrise sont nécessaires pour atteindre le taux de progression de 2,4% de l'ONDAM établissements de santé pour 2019. Toutefois, ce niveau d'effort de maîtrise doit être relativisé en termes d'impact sur les établissements de santé puisqu'il intègre une part importante d'efforts liés à des baisses de prix qui ne pèsent pas directement sur eux (360M€).

En pratique, **le niveau d'effort qui va être réellement supporté par les établissements de santé en 2019 correspond à 663M€** (vs 960M€ à périmètre identique en 2018). Ces efforts porteront principalement sur :

- ✓ *L'optimisation des dépenses hospitalières et tout particulièrement des achats principalement portée par le programme PHARE*
- ✓ *La structuration des parcours de soins efficients*
- ✓ *Les adaptations tarifaires des actes de biologie et d'imagerie*

# Evolution de l'ONDAM **ES** en 2019




Ces taux d'évolution intègrent l'effort d'économies 2019 mais ne tiennent pas compte des mises en réserve prudentielles 2019.

# Construction de l'OD MCO

- Il intègre
  - Pour la part « tarifs » une hypothèse de volume de :
    - **+ 2 %** (vs + 2.6 % en 2018 et +2.8% en 2017) pour le secteur ex DG
    - et **+ 1.4 %** pour le secteur ex OQN (vs + 1.6 % en 2018).
  - Pour la part « actes et consultations externes », une progression de **3.3 %** permet d'envisager une 1ère étape de transposition des majorations de la convention médicale dès 2019.
  - Pour la part « forfaits » une progression de **2.3 %** tient compte, au-delà de la dynamique de volume du forfait annuel urgences, de l'évolution du périmètre du forfait annuel greffes (FAG) avec un nouveau compartiment pour la réhabilitation de greffon pulmonaire.

# Construction de l'OD MCO

- L'enveloppe MIGAC progresse de **+ 2.4 % :**
  - soit 160 M de ressources supplémentaires
  - et 50 M de crédits (issus de divers plans de santé arrivés à terme) iront abonder la dotation socle des MERRI.

# Mises en réserves

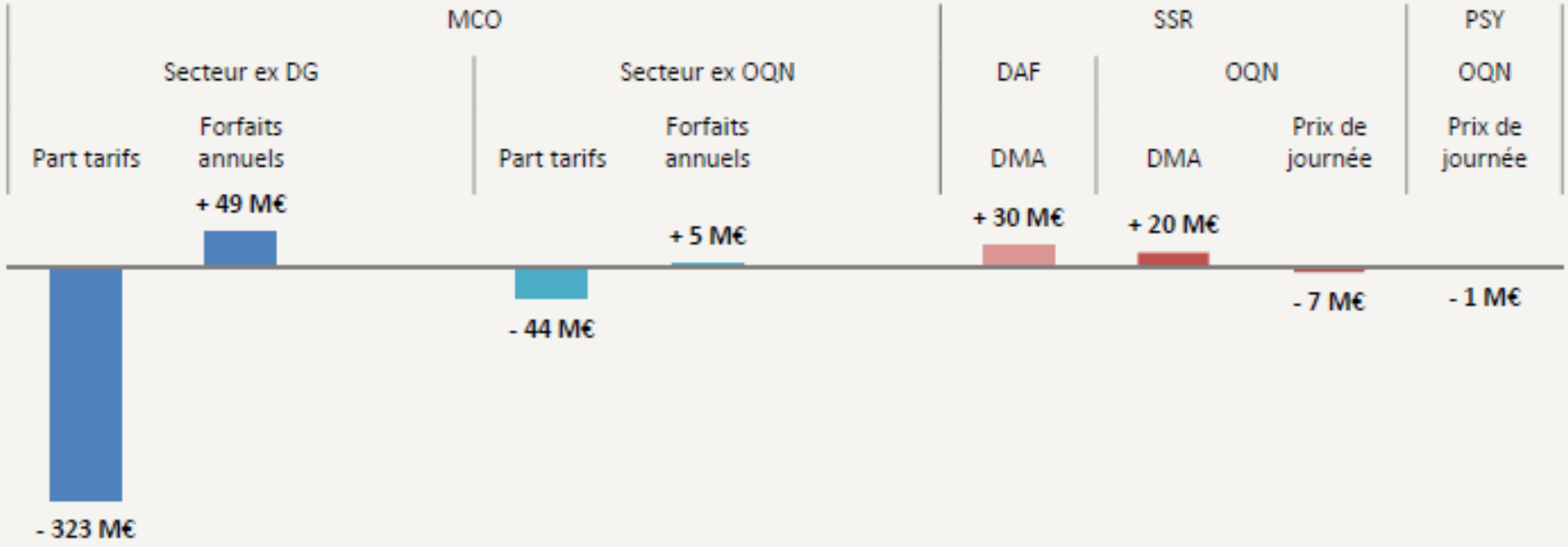
- Mises en réserve prudentielles : 415M€
  - MCO : 305 M€ dont 240M€ ex-DG et 65M€ ex-OQN (soit -0,7% de coeff prudentiel)
  - SSR :
    - DAF 30M€ et OQN 14,8M€
    - DMA SSR : 6,2M€ dont 4,4M€ DMA DAF et 1,8M€ DMA OQN
  - PSY :
    - DAF : 54M€
    - OQN : 5,4M€

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

# La prise en compte de l'exécution 2018 dans la campagne 2019

- **La campagne 2019 tient compte de l'intégralité de la sous-exécution liée à l'activité hospitalière** estimée à fin février 2019 (hors dépassement du champ non régulé), soit **270M€.**

- Le tableau ci-après présente la répartition de la sous exécution par enveloppe de financement :



# Fin de campagne 2018 - retours

- Sous-exécution de 300M€ lié :
  - Activité plus faible que celle anticipée en construction tarifaire et
  - Niveau de remises sur les médicaments plus important que prévu

- Restitution des crédits via les MIGAC et la DAF
- La redistribution entre secteurs Ex-DG et et OQN (235M€) se fait au prorata du niveau de sous-exécution
  - 206M€ ex-DG
  - 29M€ ex-OQN
  - 65M€ ciblés sur 3 critères
    - o Etablissements en difficulté de trésorerie
    - o Nécessité d'accélérer le financement de mesures prioritaires, notamment la prévention et le dépistage de l'hépatite C.
    - o Nécessité d'accélérer les versements correspondant à la couverture des charges engagées par les établissements en 2018 tels que les PHRC

# Fin de campagne 2018 - retours

- Rattachement de ces crédits pour les ex-DG à l'exercice 2018 si possible
- Versements fin mars ou début avril
- la LFSS 2019 a acté, pour l'ONDAM 2018, un transfert de 300 M€ de l'enveloppe des établissements de santé vers celle de la médecine de ville, en dépassement.
- La sous-exécution par rapport à l'ONDAM initial doit donc se monter à 600 M€ (comme en 2017).
- L'année 2018 est la première année où une partie de la sous-exécution est restituée aux établissements.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

# Taux d'évolution des prestations MCO

| | ex DG (hors mouvements de périmètre) | ex DG (y compris mouvements de périmètre) | ex OQN (hors mouvements de périmètre) | ex OQN (y compris mouvements de périmètre) |
|---|---|---|---|---|
| **Total GHS** | **0,50%** | **0,16%** | **0,62%** | **0,24%** |
| *dont GHS hors obstétrique et dialyse* | *0,52%* | *0,20%* | *0,54%* | *0,32%* |
| *dont GHS obstétrique* | | | | *2,50%* |
| *dont GHS dialyse* | | *-2,30%* | | *-2,09%* |
| Suppléments (hors supp. Transports) | 0,52% | 0,16% | 0,52% | 0,16% |
| Suppléments transports | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| Dialyse (hors centre) | 0,52% | 0,16% | 0,35% | -0,87% |
| *dont D11* | | | | *-2,14%* |
| SE/PO/ATU/FFM/APE/AP2/FPI | 0,16% | 0,16% | 0,16% | 0,16% |
| HAD | 1,32% | 0,96% | 1,32% | 0,96% |
| **Evolution globale moyenne** | **0,52%** | **0,19%** | **0,63%** | **0,18%** |

Mouvements de périmètre : IFAQ, Transports TIH, Forfait MRC

L'hypothèse de volume retenue pour la construction tarifaire est de + 2%

# Modulations tarifaires

- 3 axes
  - Soutien au développement de l'ambulatoire
  - Soutien de l'obstétrique dans le secteur privé
  - Diminution des tarifs de dialyse pour financer la création du forfait MRC

# Modulations tarifaires

- Ambulatoire
  - Suppression des bornes basses tarifaires des niveaux 2 et 3 : 20,8M€ pris sur la masse totale des GHS
  - Revalorisation de 17 couples de GHS, en tarifs uniques les plus sous-financés : 10,1M€ pris sur les couples en TU surfinancés
  - Incitation à la RAAC : 17 racines ciblées + variables dans le recueil : valorisation dans le GHS correspondant au GHM obtenu en faisant fi des bornées classificatoires

# Modulations tarifaires

- Interventionnel
  - Mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T et les séjours de niveau 1
  - La suppression des bornes basses tarifaires sur les niveaux 1, 2 et 3 : 2, 3M€ pour les ex-DG pris sur la masse totale des GHS

# Modulations tarifaires

- Médecine
  - Mise en place de tarifs uniques sur 26 racines
  - Réduction des sous-financements à -5% des tarifs issus des coûts (TIC) pour les séjours sous-financés : 32,2M€ pris sur les GHS sur-financés hors les niveaux 3 et 4
- Obstétrique
  - Revalorisation des 6 GHS d'en moyenne +2,5%. C'est une mesure financée par la baisse des tarifs de -0,11% des autres tarifs du même secteur

# Modulations tarifaires

- Dialyse
  - Baisse des tarifs d'hémodialyse en centre en réduisant l'écart au TIC pour les 2 secteurs
  - Impact -2% sur ces tarifs
  - Ex-DG, GHS d'hémodialyse en centre +10,3% /TIC
  - Ex-OQN, +8,9% /TIC
  - Ex-OQN, baisse du tarif du D11 pour maintenir l'écart entre UDM et centre

# Arrêté prestations du 22 février 2019

- MCO
  - Suppression des GHS majorés sur le 05K06 et 05K10 : inscription du dispositif dans le titre V de la LPP
  - Cumul SE/APE possible pour l'injection de Bevacizumab dans le cadre de la DMLA
  - Tarif du forfait AP2 passe de 40€ à 71,5€ à titre transitoire dans l'attente de l'instruction frontière (GT administration de produits de la RH)
  - Création d'un forfait annuel pour la réhabilitation pulmonaire : 31343€
    - Valorisation par utilisation de machine à perfusion-ventilation pour la réhabilitation ex vivo d'un greffon pulmonaire

# Les Prestations Inter-Activités

- Seules les PIA séjours avaient été définies avec comme règle que chacun facture pour son propre compte à l'Assurance Maladie
- Il en est de même pour les PIA externes
- S'applique à tous les champs d'activités

# Forfait de réorientation des urgences

- Une expérimentation est prévue à compter d'octobre 2019 pour une durée de 3 ans.
- L'objectif vise à identifier une centaine d'établissements, tout statut.
- Mars 2019 : choix des territoires par les ARS sur la base de critères d'engorgement des urgences (temps d'attente) et la présence sur le territoire d'une médecine libérale.
- La valeur du forfait serait différenciée selon le ré-adressage du patient (généraliste, psychiatre ou pédiatre) ou vers une consultation hospitalière / une consultation spécialisée en ville.

# Indus des activités non autorisées

- Périmètre : toutes les activités soumises à autorisation.
- Reprise ex-post sur les bases PMSI scellées n-1.
- Mise en œuvre sur l'activité réalisée en 2019 (selon date de publication du décret).

- Décret MCO en cours prochainement soumis à concertation :
  - Récupération des sommes sur l'activité réalisée à partir de la date de publication du décret.
  - Périmètre : toutes activités soumises à autorisation hors cas de découvertes fortuites et urgences. Proposition FHF d'enlever les PIE
  - Récupération ex-post sur la base des données PMSI consolidées en n+1. L'ATIH adressera aux ARS la liste des établissements et le nombre d'interventions non autorisées concernées.
  - Une procédure contradictoire est prévue entre établissement et ARS.

# Forfait Innovation I04 : METAGlut1

- Ce test peut se réaliser en externe ou en hospitalisation
- Réalisation en activité externe
  - RSF-ACE : lettre clé I04,
  - Le forfait inclut l'ensemble de la prise en charge : aucune autre lettre clé dans le RSF-ACE
  - Aucune facture télétransmise via FIDES à l'AM. Recettes via les arrêtés de versement
- Réalisation en Hospitalisation
  - Code Innovation : « INNOV1808004N » dans les RSS
  - Valorisation par l'ATIH
  - Supplément en sus de la valorisation GHS

# Forfait Innovation PULSE SANTE

- Concerne la neuromodulation du ganglion sphénopalatin dans le cadre des algies vasculaires de la face pour les patients résistants aux TRT et présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :
  - Suivi pour diagnostic des AVF
  - Avec crises d'AVF chroniques résistantes aux TRT de la crise
  - Avec crises d'AVF épisodiques sévères réfractaires aux traitements (durée au moins 4 mois par an)
  - En capacité de distinguer les crises d'AVF des autres céphalées
- Nb total de patients 180
- Nb ES : 11

# Forfait Innovation PULSE SANTE

- Nb total de patients 180 :
  - 60 en 1ère vague au titre de l'inclusion dans l'étude
  - 120 patients supplémentaires non inclus dans l'étude
- Forfait alloué sur la base de la saisie dans le RUM à partir du 18 janvier 2019
  - Code « INNOV 1801006I » pour l'inclusion
  - Code «  INNOV1801006S » pour les patients supplémentaires
- Montant des forfaits
  - 35820€ pour « PULSE SANTE ETUDE » code I061
  - 29670€ pour « PULSE SANTE Additionnel » code I062

# Forfait Innovation WISE CRT I07

- Dispositif de resynchronisation cardiaque implantable chez les IC symptomatiques persistants malgré le traitement
- Volume éligible : 40 patients
- 4ES participent à l'étude
- Code Innovation dans le RUM: « INNOV190007Z »
- Forfait : 25600€

# Nouveautés 2019 en MCO

La classification
Le guide méthodologique
Les formats

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**

# L'arrêté PMSI MCO du 26/12/2018

- Annexe I : la classification des GHM
  - Manuel des GHM BO 2019/5bis
- Annexe II : le guide méthodologique
  - Guide méthodologique BO 2019/6bis
- Annexe III : la CIM
  - CIM-10 à usage PMSI : BO 2019/9bis
- Annexe IV : la CCAM
  - CCAM descriptive à usage PMSI : BO 2019/8bis

# Evolutions pour le champ MCO

- Mise à jour de la classification des GHM
  - 1 racine modifiée
- Mise à jour du guide méthodologique
- Evolutions des formats de fichiers

# La classification V2019

- Modification de classement d'acte pour la racine
  - 05K26 *Actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire*
    - *Intégration de l'acte EJSF032 dans la racine*
    - *EJSF032 Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale*

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Conversion HDJ vers HC
  - Identification de ces séjours demandée par la HAS
  - Nouvelle variable dans le recueil : « conversion HP-HC »
  - Selon le SIH, soit le RUM de HDJ est écrasé et seul le RUM HC est conservé (respect des règles de la norme B2) soit les 2 RUM existent
  - Règle : codage sur le 1ER RUM d'HC qu'il y ait eu ou non écrasement du premier RUM d'HDJ
  - Sont concernées comme HDJ : la chirurgie ambulatoire, l'interventionnel ou les séances, les PIE pour le prestataire qui vont de l'HDJ dans une UM non partielle, les patients admis aux urgences et qui vont en UM d'HDJ ensuite

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Conversion HDJ vers HC
  - Sont exclus les séjours de 0 jour en UM d'hospitalisation complète (hospitalisations partielles foraines)
  - 3 valeurs :
    - Blanc : non concerné
    - 1 : conversion
    - 2 : absence de conversion

# Le guide méthodologique MCO 2019

- IVG
  - Suppression de l'UM IVG 72
  - Les séjours ne doivent plus être enregistrés dans une UM dédiée mais possiblement dans les unités suivantes :
    - UM 70, 71, 73 : gynécologie ou obstétrique
    - UM 53 chir polyvalente
    - UM 29 médecine polyvalente
  - Si les séjours d'IVG médicamenteuses sont la seule activité de l'unité de gynécologie, alors ces séjours devront être enregistrés au sein des autres UM déjà existantes.

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Modes d'entrée N pour naissance
  - Pour fiabiliser le dénombrement des nouveau-nés dans les maternités, les RUM de naissance auront comme mode d'entrée N
  - Ne se code que si la naissance a lieu dans l'établissement
  - Les NN nés à domicile ou dans une maison de naissance garde un mode d'entrée 8
  - Les NN transférés d'un autre établissement garde un mode d'entrée 7

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Recueil d'info pour les séjours de nouveau-nés auprès de leur mère
  - Dès 2021, identification obligatoire dans EUROSTAT
  - Pour les NN restés auprès de leur mère
    - Côté PMSI : règle production d'un RSS
    - Côté administratif : facturation à partir du séjour de la mère, le NN n'ayant pas de NIR ni de carte d'ouvrant droit ……..le séjour ne peut être facturé seul
  - Soit l'ES peut produire un numéro administratif de séjour pour les NN
    - Production d'un VIDHOSP pour le NN en y indiquant le numéro administratif de la mère
    - Si pas de soins particulier pour ce NN : coder 1 pour hospitalisation du NN auprès de sa mère dans le VIDHOSP du NN
      - Pas de codage de cette variable si le NN est réhospitalisé après retour à domicile
      - Pas de déclaration comme étant auprès de sa mère si hospitalisé en néonat

EX
DG

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Recueil d'info pour les séjours de nouveau-nés auprès de leur mère
  - Soit l'ES ne peut produire un numéro administratif de séjour pour les NN
    - Pas de production d'un VIDHOSP pour le NN, seul le VIDHOSP de la mère est produit
    - Inscrire dans N° adm de séjour du VIDHOSP, le N° adm local de séjour de la mère qui figure sur le RSS de la mère
    - Inscrire N° sécu, date de naissance et sexe de la mère
    - NE RIEN INSCRIRE dans N° adm de séjour de la mère et hospitalisation d'un nouveau-né auprès de sa mère
  - Dans le RSS du NN, dans la variable N° adm local de séjour : INSCRIRE CELUI DE LA MERE

EX DG

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Recueil d'info pour les séjours de nouveau-nés auprès de leur mère
  - Pas de traitement hybride autorisé
  - A partir de 2019, GENRSA signalera les erreurs dans les fichiers pour la CMD 14 et CM 15 si
    - Doublons dans les N° administratif
    - Hospitalisation d'un NN auprès de la mère et N° adm de séjour de la mère sont renseignés

EX
DG

# Le guide méthodologique MCO 2019

- Réhabilitation améliorée après chirurgie RAAC
  - Nouvelle variable introduite dans le recueil pour identifier ces séjours
    - Pour tous les séjours qui bénéficient de la RAAC

- Traitements de type CAR T Cells (Kymriah®, Yescarta®)
  - Pas de GHM et pas d'actes dédiés
  - ES prescripteurs pourront coder rétrospectivement de telle sorte de groupe le séjour dans le GHM 27Z024 Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4
  - Consignes spécifiques valables seulement pour 2018
  - Pour 2019, accompagnement spécifique prévu

# Rappels de codage

- Ganglion sentinelle
  - Si Ablation d'une TM sein, recherche de gg sentinelle
    - Actes de détection : ZZQL010 ou ZZQL013

    Associé à
    - Examen anapath du gg : FCQX005 ou FCQX008 ou FCQX007

Si résultat de la recherche négatif

- Le curage ganglionnaire ne peut être codé (FCFA029 ou QEFA001 ou QEFA008) dans le même temps opératoire ou dans un temps différé

# Rappels de codage

- Opérations prophylactiques
  - Le DP Z40 concerne les itv prophylactiques sur des organes sains mais aussi les itv à visée thérapeutique ou prophylactique dans le cadre de la PEC de TM portant sur d'autres localisations
- Codage de l'IMG
  - Z64.0 si IVG médicamenteuse ou échec d'IVG médic et IVG instrumentale pour poursuite
  - Pas de Z64.0 si IVG compliquée, incomplète ou IMG

# Rappels de codage

- Mort-nés
  - Déclinaison des codes P95 pour identification de la cause de la mort fœtale
  - Plus de codage du P96.4 Interruption de la grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né
  - Instruction DGOS/DGS/DREES mortinatalité sera modifiée en conséquence

# Formats

- RUM /RSS
  - Format en 2019 :  RUM019/RSS119
  - 2 nouvelles variables
    - Conversion HP vers HC
    - Prise en charge RAAC
- FICHSUP
  - Pas de changement

# Formats

- FICHCOMP
  - Formats inchangés
  - **Nouveau FICHCOMP** : Admission en provenance de maison de naissance
    - Expérimentation en cours pour 8 maisons de naissance
    - Enregistrement des N° administratif du ou des séjours de la mère/enfant s'il y a eu transfert de la maison de naissance vers l'établissement de santé
    - Seul le séjour de transfert doit être inscrit dans ce FICHCOMP

# Formats

- FICHCOMP
  - FICHCOMP Médicaments hors ATU
    - Recueil de l'indication obligatoire depuis le 1er septembre 2018 en MCO, facultatif pour l'HAD jusqu'au 28 février 2019 et obligatoire à partir du 1er mars 2019 en HAD
    - Référentiel des indications disponible depuis septembre 2017 sur le site internet de la DSS
    - Certains produits utilisés en remplacement de médicaments de la liste en sus en tension d'approvisionnement déclarés dans FICHCOMP-ATU seront à déclarer dans FICHCOMP avec un code indication à compter du 1er janvier 2019

# Formats

- FICHCOMP
  - FICHCOMP Médicaments sous ATU
    - Ajout de l'indication pour les ATU de cohorte
    - Code générique à renseigner pour les ATU nominatives
    - Liste des indications pour codage des médicaments ATU et Post-ATU sera disponible courant 2019

# Formats

- VIDHOSP
  - Format V013
  - Ajout :
    - IPP dans le cadre de l'article 51 et notamment du forfait pathologies chroniques

- FICHSUP
  - Pas de changement

# Formats

- RSF/ RSF-ACE
  - Ajout de l'IPP dans le RSF-ACE A
  - Ajout de l'indication dans le RSF-ACE H et RSF H

- FICUM
  - **Création de l'autorisation 61** : établissement ciblé par le forfait diabète à faire porter par une **unité médicale fictive dont le n° $$$$** pour les établissements concernés

# Nouveautés communes à plusieurs champs
# Les nomenclatures


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**

# La CCAM

- La version de la CCAM en vigueur au 1er mars est la V55.50
  - Modificateur des tarifs de 118 actes pour la grille 5 « spécialistes chir et gynéco-obstétriciens, s2-1DP OPTAM »
- En mai 2019, 2 versions supplémentaires V56 et V56.10 (correctif des numéros de dents et de libellés)

# La CCAM

- Les modifications V56 et V56.10 portent sur :
  - Création de 88 actes en odontologie
  - Création de 2 suppléments
    - YYYY183 Supplément pour prise en charge d'un patient en situation de handicap 100€
    - YYYY614 Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK] 20€
  - Création de 2 gestes complémentaires en odontologie
    - HBMD776 Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire
    - HBMD689 idem mais extension céramométallique ou en équivalents minéraux

# La CCAM

- Les modifications portent sur :
  - Les notes (21 actes), les notes de facturation (9 actes),
  - les associations d'actes
  - Les tarifs de 10 actes de la grille tarifaire des chirurgiens dentistes
  - Les libellés d'actes de 9 actes (5 en V56, 4 en V56.10)
  - Création de nouveaux codes de regroupements pour 166 actes, modifications des libellés des codes regroupement, création de nouveaux codes de regroupement

# La CCAM

- Les modifications portent sur :
  - PEC de 3 actes
    - HBQD001/1/0  tarif 50€
    - HBLD045/1/0 tarif 25€
    - HBFD010/1/0 tarif 60€
  - Suppression de 8 actes dont 1 au JO 2015
  - Modification du libellé du modificateur K (raccourcissement)
  - Ajout du modificateur K pour les chirurgiens dentistes
  - Ajouts et suppression de forfaits CMU-C dans la TB21
  - Ajouts forfaits CMU-C à 115 actes  et suppression pour 96 actes

# CCAM descriptive

- Déclinaison des libellés de by-pass selon le type d'anse depuis sept. 2018
  - *HFCC003-01 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par cœlioscopie*
  - *HFCC003-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par cœlioscopie*
  - *HFCA001-01 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par laparotomie*
  - *HFCA001-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par laparotomie*

# CCAM descriptive - 2019

- Déclinaison des libellés de césarienne selon la parité et le caractère unique ou multiple de la grossesse

  - *JQGA002-11 Accouchement **unique** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA002-12 Accouchement **unique** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une multipare*
  - *JQGA002-21 Accouchement **multiple** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA002-22 Accouchement **multiple** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une multipare*

# CCAM descriptive

- Déclinaison des libellés de césarienne selon la parité et le caractère unique ou multiple de la grossesse

  - *JQGA004-11 Accouchement **unique** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA004-12 Accouchement **unique** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une multipare*
  - *JQGA004-21 Accouchement **multiple** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA004-22 Accouchement **multiple** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une multipare*

# CCAM descriptive

- Déclinaison des libellés de césarienne selon la parité et le caractère unique ou multiple de la grossesse

  - *JQGA003-11 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA003-12 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une multipare*
  - *JQGA003-21 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une primipare*
  - *JQGA003-22 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une multipare*

# CCAM descriptive

- Déclinaison des libellés de césarienne selon la parité et le caractère unique ou multiple de la grossesse

  - *JQGA005-11 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, chez une primipare*
  - *JQGA005-12 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, chez une multipare*
  - *JQGA005-21 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, chez une primipare*
  - *JQGA005-22 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, chez une multipare*

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Création de catégories et sous-catégories
  - 48 créations :
    - A92.5 Maladie due au virus Zika
    - B48.5† Pneumocystose (J17.2*)
    - G83.6 Paralysie faciale du neurone moteur supérieur [NMS] [MNS]
    - G90.5, G90.6 et G90.7 pour le « Syndrome douloureux régional complexe» de type I, II ou autre et sans précision
    - G94.3* Encéphalopathie au cours de maladies classées ailleurs
    - J98.7 Infections respiratoires non classées ailleurs
    - K55.3 Angiodysplasie de l'intestin grêle
    - K58.1, K58.2, K58.3 et K58.8 pour le « Syndrome de l'intestin irritable », avec diarrhée prédominante [SII-D], avec constipation prédominante [SII-C], avec troubles du transit mixtes [SII-M] ou autre et non précisé
    - K66.2 Fibrose rétropéritonéale

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Création de catégories et sous-catégories
  - 48 créations :
    - M75.6 Lésion du labrum [bourrelet glénoïdien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule
    - P35.4 Maladie congénitale due au virus Zika
    - R00.3 Activité électrique sans pouls, non classée ailleurs
    - R17.0 et R17.9 pour l' Hyperbilirubinémie, avec ou sans « mention d'ictère, non classée ailleurs »
    - T76 Effets non précisés de causes externes
    - Z22.7 Sujet porteur d'infection tuberculeuse latente

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Modification de catégories et sous-catégories
  - Modification des libellés de catégories et de tous les libellés des sous-catégories correspondant :
    - X47 Intoxication accidentelle **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
    - X67 Auto-intoxication **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
    - X88 Agression **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations
    - Y17 Intoxication **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Catégories et sous-catégories
  - Suppressions :
    - B59 Pneumocystose (J17.3*) remplacé par le code B48.5† Pneumocystose (J17.2*)
    - G56.4 Causalgie, retrouvé dans le nouveau code G90.6 Syndrome douloureux régional complexe de type II
    - K58.0 et K58.9 Syndrome de l'intestin irritable », avec ou sans diarrhée remplacés par les codes K58.1 à K58.8
    - M31.2 Granulome malin centrofacial qui doit être codé par C86.0 Lymphome extranodal à cellules NK/T, type nasal
    - U06 Maladie due au virus Zika et ses déclinaisons U06.0 à U06.9 ont été supprimés, suite à la création de A92.5

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Création de subdivisions de catégories et sous-catégories
  - Subdivisions à titre facultatif comme 5ème caractère

    0 phase d'immunotolérance

    9 phase autre et non spécifiée

    Pour
    - B18.0 Hépatite virale chronique B avec agent delta
    - B18.1 Hépatite virale chronique B sans agent delta

# La CIM-10 2019 de l'OMS

- Catégories et sous-catégories
  - Modifications de libellés
    - *I62.0 Hémorragie sousdurale ~~(aigüe)~~ ~~(non traumatique)~~* ***non traumatique***
    - *R17* ~~***Ictère, sans précision***~~ *Hyperbilirubinémie, avec ou sans ictère, non classée ailleurs*
    - *T75.8 Autres effets précisés d'**autres** causes externes*

# La CIM-10 2019 de l'ATIH

- Extensions de libellés pour les sous-catégories suivantes
  - Degrés d'insuffisance cardiaque

    0 *Avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≥ 50*

    *1 Avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < à 50 et ≥ 40*

    *2 Avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < à 40*

    9 *Avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée*

    S'appliquent aux 5 sous-catégories suivantes (codes pères interdits)

    - I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
    - I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
    - I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
    - I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
    - I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

# La CIM-10 2019 de l'ATIH

- Extensions de libellés pour les sous-catégories suivantes
  - IVG/IMG

S'appliquent à la catégorie O04 (le code père devient interdit)

- O04.-0 Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG dans le cadre légal]
- O04.-1 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale
- O04.-2 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause maternelle
- O04.-3 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour association de causes fœtale et maternelle

L'utilisation du code Z64.0 demeure inchangée

# La CIM-10 2019 de l'ATIH

- Extensions de libellés pour les sous-catégories suivantes
  - Mort fœtale : RUM des mort-nés

S'appliquent à la catégorie P95

- P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse
- P95.+1 Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse
- P95.+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse
- P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse

Plus de nécessité d'ajouter le code P96.4 Interruption de grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né

# La CIM-10 2019 de l'ATIH

- Modifications de libellés
  - P96.1 Symptômes de sevrage du nouveau-né dus à la toxicomanie de la mère
  - P96.2 Symptômes de sevrage après usage thérapeutique de médicaments chez le nouveau-né
  - S52.0 Fracture de l'extrémité supérieure du cubitus
  - **Z50.0 Rééducation cardiaque**
  - **Z50.5 Orthophonie**
  - Y70–Y82 Dispositifs médicaux associés à des accidents au cours de leur usage diagnostique et thérapeutique
  - M75.6 Lésion du labrum [bourrelet glénoidien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule

    ajout du terme [bourrelet glénoidien] dans le libellé

# Les transports inter-établissements


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**

# La réforme du financement des transports

Rappel

- Article 80 de la LFSS 2017 et décret 2018-354 du 15 mai
  - Transports intra-hospitaliers et interhospitaliers provisoires et définitifs sont pris en charge par l'ES à l'origine de la prescription sauf exceptions ci-dessous
  - Mesure applicable au 1er octobre 2018
  - Exceptions :
    - Transports entre deux ES en avion ou en bateau
    - Transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence
    - Transports de patients non hospitalisés
    - Transports réalisés par le SMUR
    - Transports prescrits par une structure d'HAD sauf exception
    - Transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception
    - Transports depuis ou vers une USLD sauf exception
    - Transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral

# La réforme du financement des transports

- 2 nouvelles exceptions au périmètre de la réforme
  - Certaines permissions de sortie : prise en charge par l'AM d'un A/R hebdomadaire pour les moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours
    - concerne le MCO, le SSR et la PSY
    - application à compter de mars 2019
  - Dialyse à domicile : prise en charge par l'AM à compter de la publication du nouveau décret prévue prochainement.
    - Dans l'attente de la publication, le supplément transport reste à coder.

# La réforme du financement des transports

- Création de 3 suppléments transports pour le SSR et la PSY
  - Identiques pour le secteur DAF et le secteur OQN
  - Recueil des suppléments pour les établissements sous DAF via FICHSUP et en B2 pour les OQN
  - Le FICHSUP pourrait être mis à disposition pour la transmission de M4
  - Une avance serait versée en 1ère circulaire sur la base des données 2016 avec régularisation ultérieure sur la base des remontées des ES
  - Un mécanisme de type « stop loss » à l'instar du MCO, sera mis en place afin de limiter la perte pour les établissements à 0.1 % de leurs recettes

# La réforme du financement des transports

- Création de 3 suppléments transports pour le SSR et la PSY
  - ST1

    Il est facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours
  - ST2

    Il est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans les conditions du 3° de l'article 2.

    « Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation dans le cadre des 2° et 3° de l'article 2, aucun supplément transport ne peut être facturé par l'établissement d'origine. »
  - ST3

    Il est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale

# La réforme du financement des transports

- Création de 3 suppléments transports pour le SSR et la PSY
  - SSR
    - **Le tarif du supplément dénommé ST1 est fixé à 106 €**
    - **Le tarif du supplément dénommé ST2 est fixé à 191 €**
    - **Le tarif du supplément dénommé ST3 est fixé à 191 €**
  - PSY
    - **Le tarif du supplément dénommé ST1 est fixé à 100 €**
    - **Le tarif du supplément dénommé ST2 est fixé à 110 €**
    - **Le tarif du supplément dénommé ST3 est fixé à 110 €**

# La réforme du financement des transports

- Travaux futurs à mener en 2019
  - Définir un modèle de valorisation qui tienne compte de la distance
  - Recueil au séjour en 2020
  - Elargissement du périmètre de facturation du TSE pour l'intégralité des séances (transfusions, caissons hyperbare…) : nécessite une modification des règles de facturation des PIE et une évaluation des impacts financiers

# L’instruction frontière


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**

# Instruction frontière

- Le moratoire sur les contrôles T2A des HDJ de médecine se poursuit jusqu'au 1er mars 2020.
- Nouvelle proposition de rédaction en cours de discussion dans des groupes de travail
  - HDJ et PEC sans acte technique, UHCD
  - Administration de produits de la RH
  - Valorisation des actes et cs externes pour transposition progressive aux ES des majorations de la convention médicale
  - Impacts de la nouvelle instruction
  - Gestion du stock via le dispositif de rescrit

- A l'issue formations communes des médecins DIM/contrôleurs envisagées

# Circulaire frontière MCO

- Reprise des travaux en 2019
- Ecriture par annexes, en MCO :
  - Actes et consultations externes
  - **Prestations hospitalières sans hospitalisation (ATU, FFM, SE, APE, AP2, FPI)**
  - **UHCD**
  - **Séjours de moins de 1j : avec acte technique/sans acte technique**
  - Forfaits (diabète, IRC)
  - Rescrits
- Calendrier prévu : nouvelle circulaire frontière pour octobre 2019, GT sur l'HDJ, la Réserve hospitalière, les rescrits, les impacts financiers…etc….

# HDJ versus externe : où se situe la difficulté ?

- Est-ce un problème de description ?
- Est-ce un problème de pertinence?
- Est-ce un sujet d'organisation des soins?
- Est-ce un problème de financement?

Les Quatre …..mon commandant !!

# HDJ versus soins externes

- Meilleure qualité, efficacité et sécurité des soins
- Article 8 du code de déontologie :
  - **Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science**, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.
  - Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.
  - Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles

# Les forfaits pathologies chroniques
# Diabète et MRC


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**

# Une première étape de diversification des modes de financement des établissements de santé

- La campagne 2019 est marquée par la première étape de mise en œuvre du **chantier de réforme de la tarification** des soins et de la régulation des dépenses de santé initié par la taskforce de Jean-Marc Aubert qui conduit à **substituer à la tarification à l'activité de nouvelles modalités de financement pour une part croissante des ressources allouées aux établissements de santé**.

- En 2019, deux évolutions principales sont engagées en la matière :
  - ✓ Le modèle de **financement à la qualité** est sensiblement revu et son enveloppe multipliée par 4 pour s'établir à **200 M€.**
  - ✓ Les premiers **forfaits de prise en charge pour les patients atteints de maladies chroniques seront créés** pour les patients atteints de maladies rénales chroniques et de diabète.

# Forfaits pathologies chroniques

- A partir de juillet 2019 ces forfaits doivent être mis en place pour 2 pathologies :
  - Diabète : patients diabétiques de type 1 ou 2, enfants ou adultes ; les établissements éligibles doivent avoir une file active (2018) d'au moins 150 patients (enfants ou adultes) ou au moins 50 enfants (si file active uniquement d'enfants).

  Le périmètre du forfait reste à ce jour à stabiliser.

  - MRC : patients en pré-suppléance en stades 4 et 5, adultes ou enfants.

  La file active permettant de savoir quels sont les établissements éligibles à ce forfait n'est pas encore définie.

# Rétro-planning TASK FORCE

| | Avril 2019 | Mai 2019 | Juin 2019 |
|---|---|---|---|
| **DCE** | Concertation / envoi CE | Conseil d'état | Publication DCE |
| **Arrêté forfaits** | Production et concertation | | Publication arrêté forfaits |
| **Arrêté liste ES** | Elaboration de pré-listes | | Publication arrêté liste ES |
| **Recueil** | Finalisation maquette et envoi pour test à quelques ES | Finalisation du codage et élaboration du guide d'utilisation | Implémentation dans les ES pour validation |
| **Ateliers** | 1ers ateliers : MRC / Diabète / recueil et facturation | 2èmes ateliers d'approfondissement | |
| **Copil** | | Validation étapes | Validation étapes |

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

# IFAQ



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**

# IFAQ

- L'enveloppe finalement retenue pour 2019 est de 200 M€ soit 150 M€ de plus qu'en 2018.
- L'enveloppe est constituée par prélèvement sur les différents compartiments de financement des activités MCO, HAD et SSR.
  - Part tarif MCO, DMA et OQN SSR
  - Dotation DAF SSR
  - En 2019, ce transfert de crédits correspond à une baisse des tarifs MCO et HAD de -0,35%
- Une liste limitative d'indicateurs (pas plus de 10 par champ d'activité) est constituée
- Les indicateurs seront renouvelés tous les 3 à 5 ans
- Un travail entre CAQES et IFAQ est envisagé

# Calendrier général

Introduction du **dispositif de sanction financière**

Mise en œuvre des premières **sanctions financières**

| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|

Application du nouveau dispositif IFAQ : rémunération à l'indicateur
Dispositif incitatif uniquement
Périmètre d'ES concernés MCO, HAD et SSR )

Extension du dispositif de financement à la qualité au champ de la **psychiatrie**

€ **300 M€** consacrés au financement à la qualité

***Augmentation progressive de l'enveloppe IFAQ***

# Principes du nouveau dispositif IFAQ (1/2)

## Une remuneration à l'indicateur

Rémunération des ES les mieux classés et de ceux ayant le plus fortement progressé

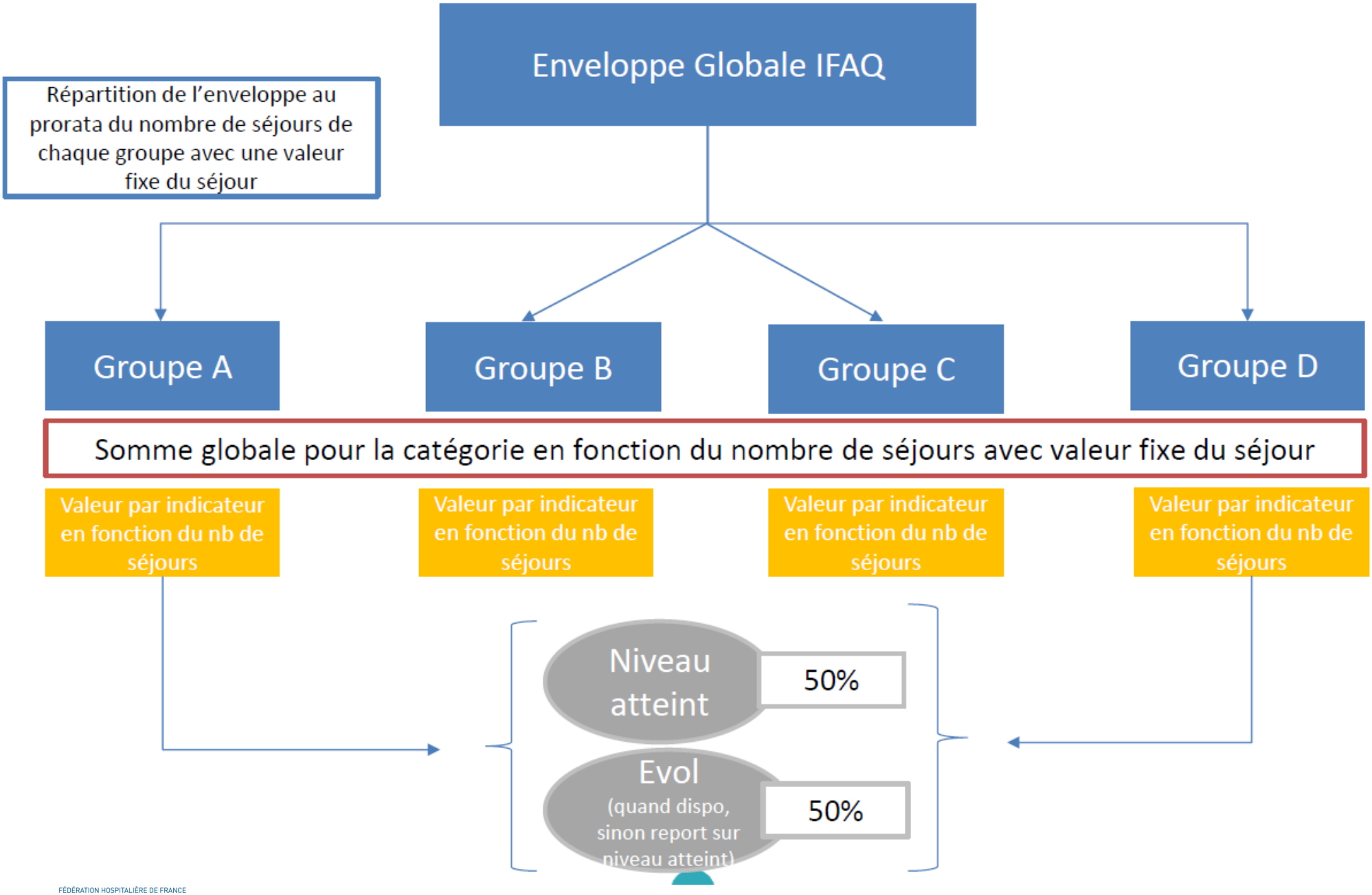
## Comparaison des ES

- **Par indicateur** sur le niveau atteint (valeur de l'indicateur) **et** l'évolution
- Au sein de **catégories homogènes** définies sur la base de critères de champ d'activité, taille et degré de spécialisation du case-mix

## Indicateurs pris en compte

- Un panel d'indicateurs **plus restreint par type d'activité** (environ 10 pour le MCO)
- Des indicateurs **transversaux** qui s'appliquent à plus d'ES contrairement aux indicateurs de spécialités

# Principes du nouveau dispositif IFAQ (2/2)



## Garanties liées au dispositif de sanction

1. Seuls certains indicateurs seront concernés par le dispositif de sanction (ex : e-Satis, QLS)

2. Les seuils de sanction seront fixés par indicateur en fonction de la distribution observée des scores des ES

3. L'ES ne se voit pas appliquer une sanction les deux premières années où il obtient un score inférieur au seuil de sanction mais en est informé par le DGARS

   → *La sanction financière ne s'applique qu'après trois années consécutives de non atteinte du seuil d'acceptabilité sur le même indicateur*

4. Un plafond est fixé au niveau législatif et limite le montant global de la sanction à 0,5% des recettes annuelles Assurance Maladie de l'établissement

5. Une marge d'appréciation est laissée au DGARS qui peut ne pas appliquer la sanction en cas de "conditions particulières propres à un établissement"

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

# Indicateurs retenus

→ **Rappel des indicateurs confirmés**

| indicateurs | MCO | SSR | HAD | Dialyse | MCO <500 sjrs |
|---|---|---|---|---|---|
| certification | | | | | |
| Qualité lettre de sortie | | | | | |
| QLS en chirurgie ambulatoire | | | | | |
| Esatis + Esatis 48h MCO | | | | | |
| Esatis chir ambu | | | | | |
| Ischa 3 | | | | | |
| Prescription informatisée | | | | | |
| Prise en charge de la douleur | | | | | |
| Dépistage troubles nutritionnels | | | | | |
| coordination | | | | | |
| Projet de soin personnalisé | | | | | |
| Tenus dossier patient | | | | | |
| Traçabilité des escarres | | | | | |

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

# Indicateurs retenus

→ Les indicateurs en discussion

- **Qualité de vie au travail**
  - **Pour l'année 2019, il n'y aura pas d'indicateurs sur la qualité de vie au travail.**
  - **L'indicateur du taux d'absentéisme « normalisé » (exclusion des arrêts longs, des congés maternité..) n'est pas disponible pour tous les établissements (Problème des remontées et de la consolidation des données)**
  - **La HAS a été saisie pour la mise en œuvre d'une étude spécifique (saphora job) mais le délai de réalisation de l'enquête est estimée à 18 mois**
  - **C'est pourquoi, nous proposons que le sujet de l'indicateur QVT pour 2020 soit débattu au cours de cette année.**
- **IP DMS**
  - **Cet indicateur avait fait l'objet de nombreuses critiques au moment de sa présentation.**
  - **C'est la raison pour laquelle, il avait été proposé de lui substituer un indicateur sur le taux ambulatoire**
  - **Les travaux ont été conduits par l'Atih sur le sujet**

# Indicateurs retenus

→ **Taux ambulatoire**

**Objectif: mesurer le différentiel entre la pratique de l'ambulatoire de l'établissement et la pratique moyenne.**

Principes:

- Mesure de l'écart entre un volume ambulatoire observé et un volume ambulatoire théorique, pondéré par le poids de l'activité
- Volume théorique calculé en appliquant le taux d'ambulatoire national au nombre de séjour total de l'établissement
  - Par racine et par acte pour les séjours de chirurgie (C)
  - Par racine pour les séjours de médecine (M et Z) et interventionnel (K)
- Distinction de 2 groupes de racines de GHM :
  - Les racines pour lesquelles l'établissement a un nombre de séjours *supérieur* au volume théorique (racines +)
  - Les racines pour lesquelles l'établissement a un nombre de séjours *inférieur* au volume théoriques (racines -)
- Par groupes de racines
  - Calcul de la somme des écarts entre le volume observé et le volume théorique
  - Divisée par le nombre de séjours observé dans ce groupe de racines
  - Pondéré par le poids que représente ce groupe de racines dans l'activité total de l'établissement

→ Pour chaque établissement, 2 indicateurs

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

# Indicateurs retenus

→ **Taux ambulatoire**

**Séjours exclus du calcul**

- Prestations inter-établissements
- Des CMD 28 et 90 (séances et erreurs)
- De niveaux 2, 3, 4, B, C, D (séjours avec sévérité) et E (décès)
- Ayant un autre mode d'entrée ou de sortie que le domicile (ie ≠ 8)
- Précédé d'un passage par les urgences (provenance=85)
- Les interruptions volontaires de grossesse (GHM 14Z08Z)
- les CMD 14 et 15 (obstétrique)
- Les racines en M qui ne seront pas en tarif unique
- Les racines en Z

= 7,7 millions séjours donc 63,7% de chirurgie, 2,0% de médecine et 34,3 % d'interventionnel.

→ **Indicateur non corrélé à l'IP-DMS**

→ **Mettre un seuil minimal de séjours**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

# Principes de rémunération et simulation des résultats

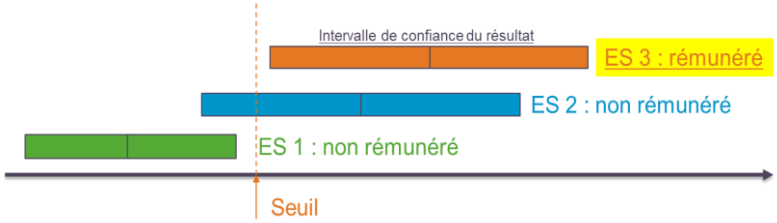
→ **Principes de rémunération du compartiment IFAQ**

- **La rémunération est liée au volume économique de chaque structure (EG) et de chaque groupe de comparaison**
- **Pour un indicateur particulier, la valeur de rémunération dépend du nombre (et donc du poids économique) des établissements qui y participent.**
  - Un indicateur n'a donc pas la même valeur entre établissements et entre groupes mais elle est toujours identique en proportion
- **Chaque indicateur peut rémunérer deux fois un établissement :**
  - **A- pour le score atteint** – principe retenu : 70% des établissements (avec intervalle de confiance)
  - **B- pour l'évolution** – principe identique avec la limite qu'on ne rémunère pas un établissement dont les résultats se dégradent.
  - **Une exception pour l'indicateur de certification** : rémunération entière pour les établissements en A et 2/3 de la rémunérations pour les établissements en B.

→ **Le compartiment tarifaire possède donc deux leviers pour faire varier la rémunération des établissements :**

- **A- le pourcentage d'établissements rémunérés par indicateur**
- **B- la répartition de la rémunération entre le score atteint et le score évolution**

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




**Rémunération d'un établissement**

$$\text{Rémun.} = \textit{Volume éco.} * x_i * \sum_{nb\ indicateurs\ recueillis} (coeff * 1_{rémun})$$

Part du VE

Nb d'indicateurs sur lesquels l'établissement est rémunéré. Le coefficient vaut 0,5 pour les indicateurs où l'évolution est prise en compte. Pour la certification, le coefficient vaut 1, 2/3 ou 0 pour les niveau de certification « A », « B » et « C » respectivement.

23

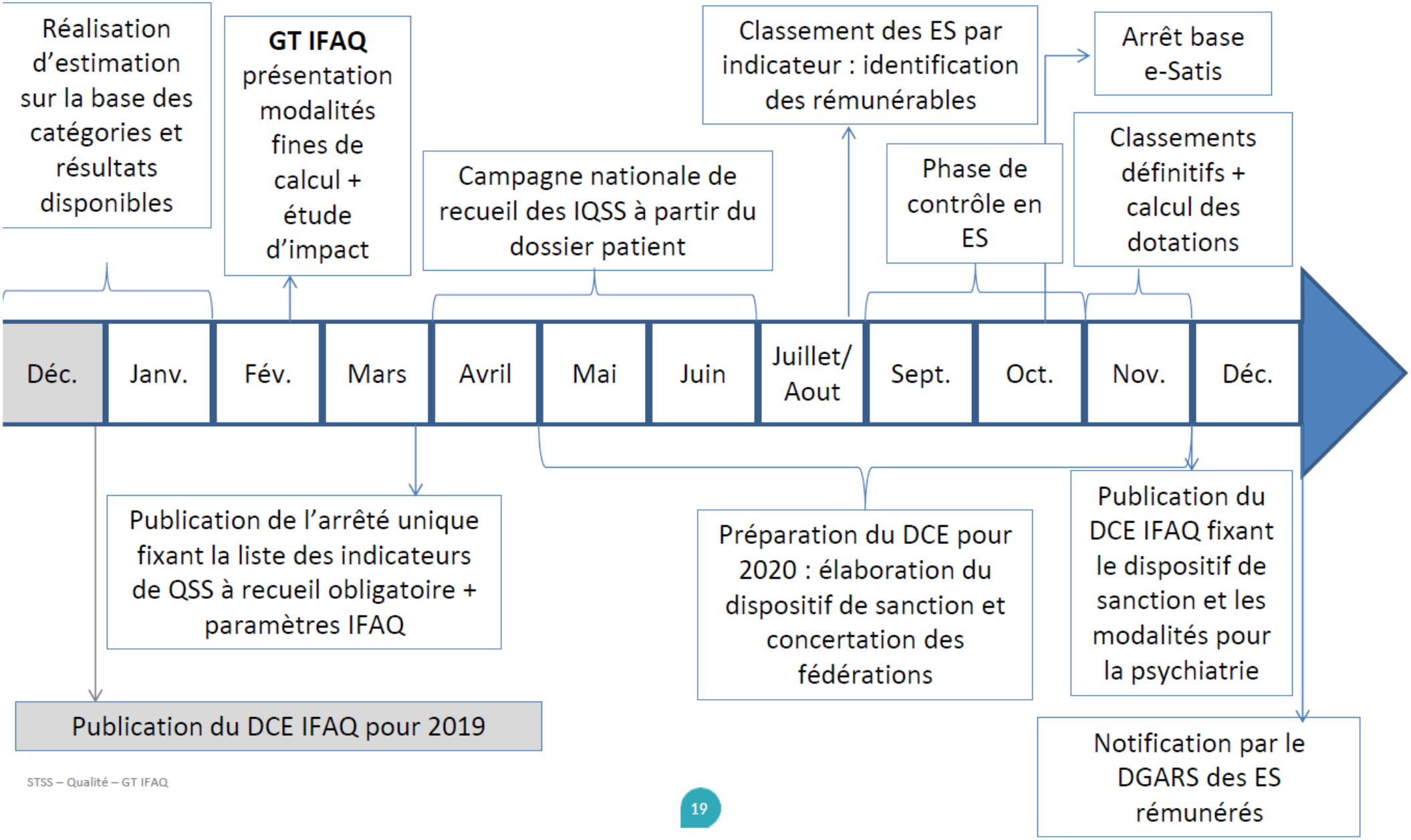
# IFAQ

- Les indicateurs sont recueillis par entité géographique, la rémunération est globale pour un établissement.
- Les entités géographiques sont, pour chaque indicateur, comparées au sein de groupes « d'entités comparables (tailles similaires) »

- La rémunération de chaque entité est calculée par indicateur, les 70% les plus performants bénéficiant d'un financement. Chaque indicateur peut donner lieu à deux financements distincts, l'un au titre d'un compartiment résultat (les établissements les plus performants en valeur absolue) et l'autre au titre du compartiment évolution (les établissements en progression, pour chaque indicateur considéré).
- La pondération entre les deux compartiments reste à arbitrer

- La psychiatrie rentre dans le modèle en 2020. En 2019, année blanche.

# Calendrier campagne 2019



# Nouveautés 2019 en HAD

La classification
Le guide méthodologique
Les formats

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**

# Arrêté PMSI HAD

- Arrêté du 26 décembre 2018 remplace celui du 27 décembre 2017
  - Annexe I : guide méthodologique, BO n° 2019-7bis
  - Annexe II : CCAM descriptive, BO n° 2019-8bis
  - Annexe III : CIM-10 à usage PMSI, BO n° 2019-9bis

- Ce sont les versions BO qui font foi et non les versions provisoires

# Classification et guide méthodo

- Prise en compte du projet médical dans le recueil
  - A l'entrée du patient en HAD dans le 1er RPSS
  - Pour les séjours à partir du 1er mars 2019
  - Nature du séjour : nouvelle variable
    - 8 modalités
      - Petite enfance
      - Ante partum
      - Post partum
      - Soins palliatifs
      - Soins complexes de pathologies chroniques ou de handicap
      - Soins ponctuels
      - Surveillance
      - Rééducation

# Classification et guide méthodo

- Modification de la définition du DP
  - Jusqu'à présent le DP avait comme définition
    - Le DP est l'affection ou le problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe
  - Au 1er mars, le DP a comme définition
    - Le DP est l'affection ou le problème de santé qui a motivé l'admission en HAD en lien avec le projet médical à l'entrée du séjour d'HAD

# Format des fichiers

- FICHCOMP des conventions HAD-ESMS/SSIAD/SPASAD
  - Rappel en 2018 introduction de la modalité 33 pour le type d'établissement de manière à repérer les journées de PEC conjointes SSIAD/SPASAD
  - La notion de forfait de soins ne s'applique pas aux SSIAD et SPASAD. Ce champ NE DOIT PAS être renseigné

- VIDHOSP et FICHCOMP ATU
  - idem MCO

# Formats des fichiers

- FICHCOMP
  - Recueil des indications des spécialités pharmaceutiques obligatoire à compter du 1er mars 2019
    - Au 1er mars les HAD doivent remonter un code
    - Au 1er décembre, si code erroné, pas de valorisation de la MO
- RPSS
  - Nouveau format : « nature du séjour »
    - H0B ex-DG
    - H0C ex-OQN

# Arrêté prestations 2019

- HAD
  - Cumul possible d'un GHT avec un forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale (D20 et D21) ou à l'hémodialyse (D24)

# Nouveautés 2019 en SSR

## La Classification
## Le guide méthodologique
## Le financement

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**

# L'arrêté PMSI SSR du 26 décembre 2018

- Annexe I : la classification des GME
  - Manuel des GME BO 2019/1bis
- Annexe II : le guide méthodologique
  - Guide méthodologique BO 2019/2bis
- Annexe III: le CSARR
  - CSARR BO 2019/3bis
- Annexe IV : la CCAM
  - CCAM descriptive à usage PMSI : BO 2019/8bis
- Annexe V : la CIM
  - CIM-10 à usage PMSI : BO 2019/9bis

Applicables à partir de la semaine 10

# Arrêté PMSI SSR

- Validation par les ARS :
  - des données de l'année N-1 : 1 er mars
  - délai de validation fixé à 6 semaines pour les données mensuelles cumulatives

# Le guide méthodologique

- Type d'unité spécifique
  - Si le séjour ne se déroule pas dan une unité spécifique (SP : 08 – UCC : 09 – Unité EVC-EPR : 10) la variable doit rester à blanc

- CCAM
  - Date de réalisation de l'acte CCAM obligatoire (idem autres champs)

# Le guide méthodologique

## Suppression du Z AIGU en FPP à partir de 2019

- Affection aigüe survenant en S1
  - FPP : Z51.88
  - MMP : affection aigüe

  Dès que des soins comme la rééducation ou des soins non médicaux (surveillance des pansements)
  - FPP : la rééducation / soins non médicaux
  - MMP : le problème de santé en lien avec la FPP
  - DAS : l'affection aigüe

# Le guide méthodologique

## Suppression du Z AIGU en FPP à partir de 2019

- Affection aigüe survenant en Sn
  - FPP : idem la FPP de la semaine précédente
  - MMP : idem la MMP de la semaine précédente
  - DAS : l'affection aigüe et ce, jusqu'à la fin du traitement

# La classification en GME

- Version « 2019 » = Version 2018 = Version 2017
  - Pas de changement

# Le CSARR

- Evolutions 2019
  - Modifications du guide de lecture
  - Modifications de la liste analytique
  - Calendrier

# Le CSARR

- Modifications du guide de lecture
  - Evolution de la structure de maintenance
  - Annexe 1  codification : dico des topographies et des actions est modifiée

  - Paragraphe 3.3.1.2. Actes dont la répétition est attendue
    - ZZM+161
    - ZZM+066
    - Mention du libellé intégral avec une écriture originale…!!!

# Le CSARR

- Modifications de la liste analytique
  - Portant sur les AVQ et AIVQ paragraphes 11.02.01. avec 3 nouveaux actes ZFR+199, ZFR+031, ZFR+237 et la suppression de l'acte ZGQ+217 du paragraphe 11.01.01
  - Modifications de libellés
    - *ANQ+179 Hétéro-évaluation de la douleur d'un patient sans communication verbale fiable [**patient dyscommunicant**]*
    - *CDR+018 Séance de rééducation **des troubles** de l'audition*
    - *ZFR+213 Séance de réadaptation aux activités **instrumentales** de la vie quotidienne [AIVQ] avec mise en situation dans un environnement reproduisant le lieu de vie*
    - *ZFR+137 Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques **et/ou sportives** de précision et d'adresse*

# Le CSARR

- Modifications de la liste analytique
  - Ajouts de notes
    - Pour 6 actes d'évaluation initiale, intermédiaire ou finale de la discrimination auditive ou de la lecture labiale est ajouté

    « Avec ou sans : enregistrement du son et/ou de l'image »
    - Les actes concernés sont :
      - CDQ+279 Évaluation initiale des compétences en discrimination auditive
      - CDQ+273 Évaluation intermédiaire des compétences en discrimination auditive
      - CDQ+136 Évaluation finale des compétences en discrimination auditive
      - GKQ+054 Évaluation initiale des compétences en lecture labiale
        GKQ+177 Évaluation intermédiaire des compétences en lecture labiale
      - GKQ+186 Évaluation finale des compétences en lecture labiale

# Le CSARR

- Modifications de la liste analytique
  - Suppression de notes
    - Pour 5 actes d'évaluation initiale, intermédiaire ou finale du langage écrit, du raisonnement logique et mathématique est supprimé

    « Avec ou sans : enregistrement du son et/ou de l'image »
    - Les actes concernés sont :
      - GKQ+139 Évaluation initiale du langage écrit
      - GKQ+102 Évaluation intermédiaire du langage écrit
      - AKQ+124 Évaluation initiale des troubles du raisonnement logique et mathématique
      - AKQ+172 Évaluation intermédiaire des troubles du raisonnement logique et mathématique
      - AKQ+219 Évaluation finale des troubles du raisonnement logique et mathématique

# Formats des fichiers

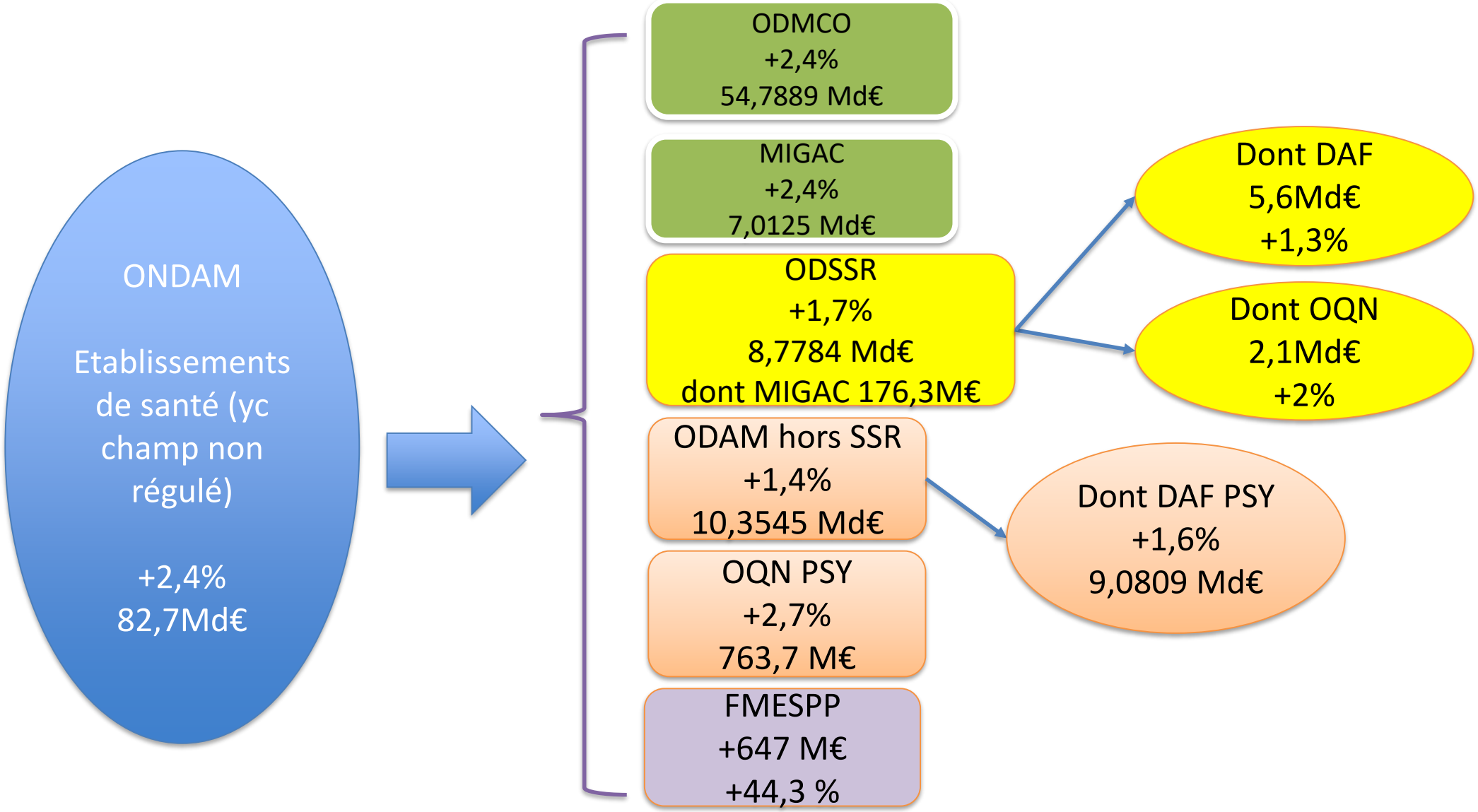
- RHS, FICUM, FICHCOMP
  - Pas de changement
- VID-HOSP, RSF-ACE A
  - Idem MCO
  - Ajout de l'IPP

# Financement SSR
# campagne 2019

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**

# Evolution de l'ONDAM **ES** en 2019




Ces taux d'évolution intègrent l'effort d'économies 2019 mais ne tiennent pas compte des mises en réserve prudentielles 2019.

# La DMA pour 2019

- La DMA en 2019 est identique à la DMA 2018/2017 : pas de changement dans le modèle
  - Taux de DMA : 10%
  - Effets revenus capés +/- 1%
  - Part socle = la DAF en 2018 ou le PJ (OQN)
  - Non différenciation des taux entre secteurs
  - Application des coefficients géographique, spécialisation, +/- transition
  - Coefficient prudentiel 0,7%
  - La prévision de volume pour la DMA SSR et OQN SSR à 2,9%
  - Baisse tarifaire de -0,34 % après prise en compte des effets périmètre (IFAQ) pour la DMA SSR et +0,1% pour les tarifs des ES OQN

# Calendrier SSR

- Avril 2019 :
  - notification de la régularisation définitive et du dégel de la DMA 2018 et versement par les CPAM prévu en mai
  - publication des arrêtés tarifs DMA et OQN SSR 2019
- Mai 2019 : notification des avances de DMA théorique 2019 par les ARS
- Juin 2019 : versement par les CPAM des 1ères avances de DMA théorique. Entre janvier et mai les établissements SSR perçoivent des acomptes correspondant à 1/12ème de la DMA théorique de 2018

# Crédits 2019

- 3ème circulaire budgétaire 2018 :
  - 16M€ de crédits alloués pour le soutien au développement des activités financées en DAF
  - Ces crédits seront pérennisés en 2019
- 1ère circulaire budgétaire 2019 :
  - D'autres crédits pérennes supplémentaires pourront être alloués
  - Après arbitrage
  - Ventilation pourrait être fonction du taux d'équipements régionaux

# Nouveautés 2019 en PSY

## Le recueil
## Le guide méthodologique
## Le financement

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**

# L'arrêté PMSI PSY du 26 décembre 2018
## modifiant l'arrêté du 23 décembre 2016

- Annexe I : le guide méthodologique
  - Guide méthodologique BO 2019/4bis
    - Applicable au 1er janvier
- Annexe V : la CIM
  - CIM-10 à usage PMSI : BO 2019/9bis
    - Applicable au 1er janvier

Rappel

# Guide méthodologique PSY

- Nouveau recueil « Contention et Isolement »
  - Article L.3222-5-1 du CSP organise la traçabilité du recours à la contention et à l'isolement au sein de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement
  - L'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement

Rappel

# Guide méthodologique PSY

- Le recueil « Contention et Isolement »
  - L'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 énonce que :
    - le RIM-P a vocation à intégrer à partir de 2018, sur la base des reco HAS, des données relatives au recours à la contention et à préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement
    - Précise l'utilisation des données au sein de chacun de ces ES
    - Précise l'utilisation des données au niveau régional et national

# Guide méthodologique PSY

- Pas de modifications notables
  - Précisions sur le recueil « Contention et Isolement » dans l'annexe du CT plénier de psychiatrie du 3 juillet 2018.

# Formats 2019 en Psychiatrie

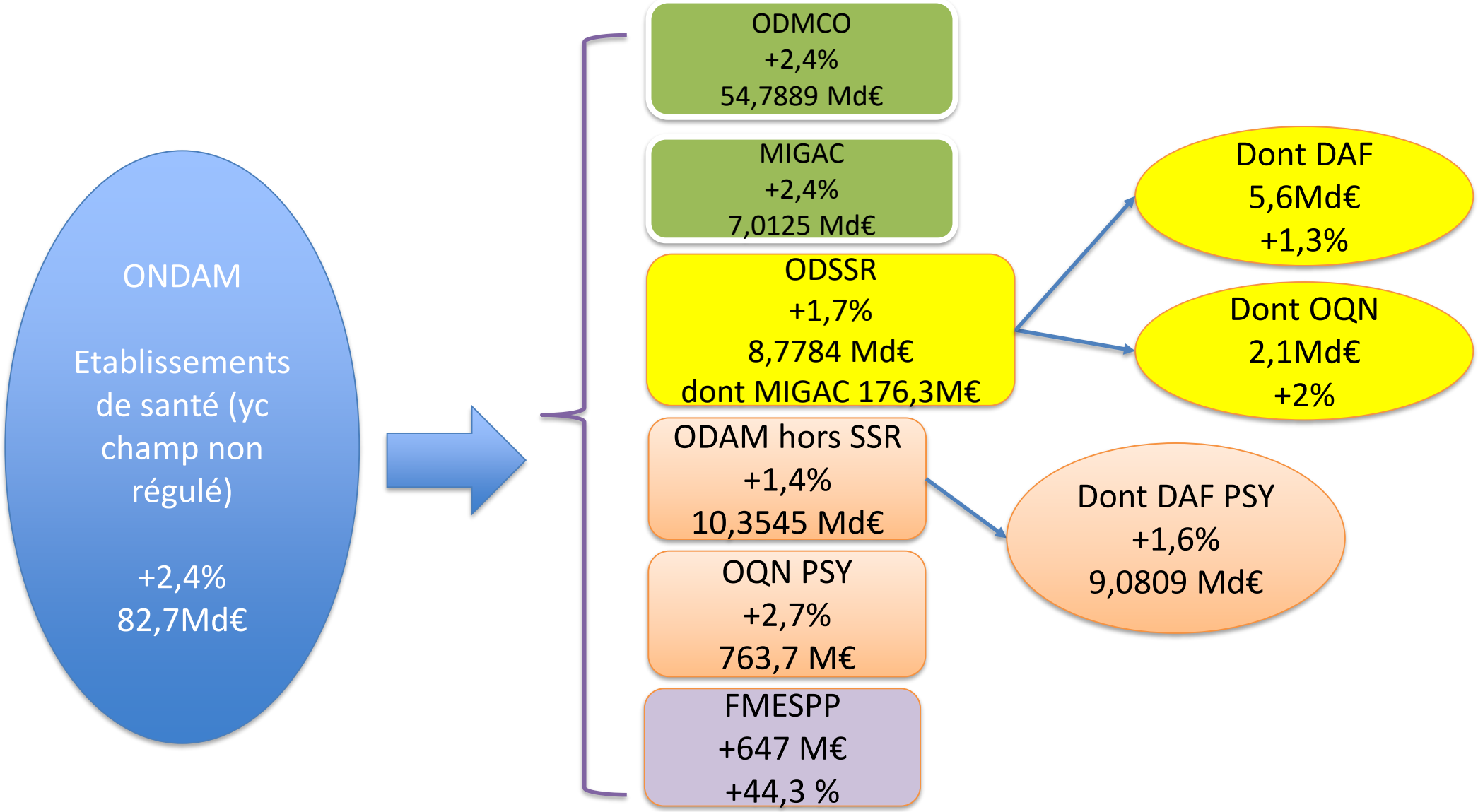
- RPS non modifié
- RAA  non modifié
- Fichcomp « Contention et Isolement » non modifié

- VIDHOSP, RSF
  - Idem MCO

# Financement PSYCHIATRIE campagne 2019

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**

# Evolution de l'ONDAM **ES** en 2019




Ces taux d'évolution intègrent l'effort d'économies 2019 mais ne tiennent pas compte des mises en réserve prudentielles 2019.

# Campagne 2019 pour la Psychiatrie

- L'évolution de +1,6% de la DAF = 100M€ de crédits supplémentaires pérennes
- La prévision de volume des ES OQN PSY est identique à 2018 : +2,9%
- Les tarifs des établissements sous OQN progressent de +0,7%

# Deux priorités pour 2019

## 1. Réduction des écarts de financement inter-régionaux

- Etablissements sous DAF : propositions pour la 1ère circulaire 2019
  - Principe de modulation portant uniquement sur tout ou partie des mesures nouvelles 2019 non fléchées (80 M€ maximum)
  - Proposition de critères de modulation affinés :
    - basés sur la population (95 %) (avec survalorisation des mineurs)
    - et sur des critères de précarité – allocataires CMU-C - (5 %).

- Etablissements sous OQN
  - Pas de péréquation en 2019
  - Poursuite de l'analyse de l'hétérogénéité des prix de journée pour initier en 2020 une péréquation dans de bonnes conditions.

# Deux priorités pour 2019

## 2. Mise en œuvre du fonds d'innovation en psychiatrie

- 10M€ en crédits FIR
- Objectif : impulser et soutenir des initiatives organisationnelles locales innovantes
- Thèmes à prioriser :
  - pédopsychiatrie, périnatalité et protection de l'enfance,
  - droits des patients et pair ressource,
  - soins intensifs à domicile (dont ESMS),
  - accès aux soins somatiques,
  - organisation des parcours dans les territoires,
  - gestion des urgences,
  - personnes âgées,
  - télémédecine

# Calendrier PSY

- Mars / Avril : GT national conférences, fédérations et ARS
- Avril / Mai : élaboration d'une instruction aux ARS déclinant les orientations du fonds
- Septembre : remontée par les ARS des projets priorisés au niveau régional
- Octobre : sélection des projets retenus au niveau national
- Octobre / Novembre : délégation des crédits aux ARS en 2ème circulaire FIR

# Questions sur la campagne 2019 et les actualités PMSI 2019


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**

# Responsabilité populationnelle
# Les ACO


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**

# Merci de votre attention

s.gomez@fhf.fr