

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

Copil MCO
6 octobre 2014



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Ordre du jour

1. Validation de la classification des GHM pour 2015
2. Application du principe de neutralité tarifaire
 - ✓ Suite du COPIL du 19 juin
 - ✓ Présentation des travaux en cours sur la fiabilité des TIC
3. Point d'étape sur :
 - ✓ Financement des activités isolées
 - ✓ Dégressivité tarifaire
4. Urgences - calendrier des travaux

Comité de pilotage Campagne 2015

Evolutions Classification

Ordre du Jour

- 1. CMA**
- 2. CMD17**
- 3. Diabète**
- 4. Cancérologie**
- 5. Chirurgie Ambulatoire**
- 6. Autres travaux**
- 7. Evolutions HAD**

1. Révision des CMA

Rappels

- **Révision à méthodologie constante**
 - Effets mesurés = allongement de la durée de séjour
 - Les effets mesurés chaque année sur 2 années glissantes
 - Calculés sur exDG, exOQN et sur l'ensemble
- **Analyse globale des résultats**
 - Revue systématique de toutes les évolutions statistiques
- **Arbitrages**
 - Les codes imprécis (SAI) ne peuvent pas avoir un niveau + élevé que des codes dont ils sont le SAI
 - Effets de seuils
 - Dans certains cas des exclusions permettent de conserver le niveau
 - Si modifications de consignes de codage
 - Autres...

Impact global sur les séjours

	Mvt	%
TOT	105 976	1,4%
ExDG	81 786	1,5%
ExOQN	24 190	1,1%

V11f	V11g					%				
	1	2	3	4	TOT	1	2	3	4	% mvt
1	4 565 577	6 362	228	41	4 572 208	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
2	51 868	1 551 584	10 663	101	1 614 216	3,2%	96,1%	0,7%	0,0%	3,9%
3	5 554	13 268	1 031 086	11 103	1 061 011	0,5%	1,3%	97,2%	1,0%	2,8%
4	1 000	1 151	4 637	330 986	337 774	0,3%	0,3%	1,4%	98,0%	2,0%
TOT	4 623 999	1 572 365	1 046 614	342 231	7 585 209					1,4%

Niveau	TOT				ExDG				ExOQN			
	V11f	V11g	Var poids		V11f	V11g	Var poids		V11f	V11g	Var poids	
1	60,3%	61,0%	↗	1,1%	54,9%	55,6%	↗	1,2%	73,4%	74,2%	↗	1,0%
2	21,3%	20,7%	↘	-2,6%	22,8%	22,3%	↘	-2,3%	17,5%	16,9%	↘	-3,5%
3	14,0%	13,8%	↘	-1,4%	16,8%	16,6%	↘	-1,2%	7,0%	6,9%	↘	-2,0%
4	4,5%	4,5%	↗	1,3%	5,4%	5,5%	↗	1,3%	2,0%	2,0%	↗	1,3%
TOT	100%	100%			100%	100%			100%	100%		

Impact global

○ Les principaux mouvements de séjours

code	Lib	nivF	nivG		sej
E109	Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication	2	1	↘	17 000
K564	Autres obstructions de l'intestin	2	3	↗	5 500
R651	SRIS avec défaillance d'organe	3	4	↗	5 100

○ Impact établissement

- Redistributions théoriques du nombre de journées:
 - Moyenne : $\pm 0.14\%$ dans le ExOQN et $\pm 0.11\%$ dans le ExDGF
- Aucun groupe d'établissements n'a une évolution de plus de 0.5%.

○ Les CMA sous surveillance

- Aucune CMA ne change de niveau à l'issue de la révision

2. Révision de la CMD 17 : Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus

○ Méthode

- Expertise métier → Saisine de la Fédération des Spécialités Médicales
- Analyses médicales et statistiques ATIH

○ Les différentes étapes

- Redirection de certains séjours vers des CMD d'organes
- Constitution des racines médicales à dire d'experts
- Création de racines chirurgicales sur la « lourdeur » des actes
 - Analyse statistique complexe → 3 Classes de DMS
 - inf 3 jours / [3–5,2[/ [5,2 et +]
 - Validation médicale cohérence des résultats
- Segmentation d'une racine interventionnelle
 - Racine 17K06 *autres curiethérapies et irradiation interne* hétérogène sur DMS et coûts

Bilan

- Amélioration de la cohérence médicale
- Maintien de la PVE globale malgré une diminution du nombre de GHM

	Durée		Coûts	
	V11f	V11g	V11f	V11g
Ex-DGF	50,33	50,33	53,20	53,20
Ex-OQN	57,99	57,99	64,94	64,94
BN	52,43	52,43	52,96	52,96

Propositions pour la campagne 2015

- **Redirection de certains séjours vers des CMD d'organes**
 - « opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne ».
 - Séjours avec code de tumeur solide relativement précis sur la localisation
- **Racines médicales**
 - **Suppression de 4 racines et création de 3 nouvelles racines**
 - 17M15 = « Lymphomes et autres affections lymphoïdes »
 - 17M16 = « Hémopathies myéloïdes chroniques »
 - 17M17 = « Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus »
- **Racines chirurgicales**
 - **Suppression de 4 racines et création de 3 nouvelles racines**
 - 17C06 = « Interventions *majeures* de la CMD17 »
 - 17C07 = « Interventions *intermédiaires* de la CMD17 »
 - 17C08 = « Interventions *mineures* de la CMD17 »
- **Racines interventionnelles**
 - **Suppression 1 racine et création de 2 nouvelles racines**
 - 17K08 = « Curiéthérapies toute localisation, hors grains d'iode »
 - 17K09 = « Irradiations internes »

3. Diabète

Problématique et enjeux

- Durant les contrôles, en cas de prise en charge d'un **diabète déséquilibré** en l'absence de complication aiguë → une partie des séjours est redressée en surveillance
 - Impact tarifaire = Tarif / 2-3
- **Enjeux**
 - Distinction des différentes situations cliniques
 - Travaux SFD-SOFIME
 - Urgence métabolique / Aggravation progressive de la maladie / Poussée aiguë du diabète
 - Lien entre diabète déséquilibré et poussée aiguë
 - Prises en charge et impact financier pour les bilans
 - 90 % de séjours de 0-1 j et 10% de séjours de 2 jours et plus
 - Un seul et même tarif
 - Pénalisation des séjours pour bilan/adaptation ttt de DS > 1j

Propositions pour la campagne 2015

- **Evolution de la classification pour mieux prendre en compte les modalités de prises en charge des bilans**
 - Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13
 - Atténuation du différentiel de tarif en campagne 2015
- **Clarifier les consignes de codage**
 - **Saisine FSM**
 - Préciser certaines définitions et situations cliniques afin de clarifier les consignes de codage du guide méthodologique.
 - 4 experts désignés
 - Démarrage travaux en Octobre / Nov
- **Guide**
 - Evolutions éventuelles en 2015 en fonction travaux

4. Cancérologie

Ganglion sentinelle

Chimio embolisation hépatique

Ganglion sentinelle

○ Bilan

- Les DS sont peu affectées par la technique du ganglion sentinelle
- Un surcoût assez généralisé, principalement dans le Secteur exDG, de l'ordre de 1000€ ou plus dans les séjours avec acte de radio-isotopes

○ Campagne 2015

- Pas d'évolution de la classification
 - Segmentation sur la technique peu pertinente et nécessiterait une multiplication des racines
 - Solution non pérenne: Dvpt dans d'autres localisation (pelvis)
 - Pas d'impact sur les DS
- Poursuite des travaux dans le cadre de la campagne tarifaire
 - Analyse du différentiel de coût
 - Modalités éventuelles de prise en charge du surcoût

Chimio embolisation hépatique

○ Deux actes concernés

- Un peu moins de 5000 séjours en 2013 (4700 dans le ExDG)

○ Bilan

- 80% des séjours avec chimio embolisation dans la racine 07M06
Aff. malignes syst. hépato-biliaire ou pancréas
- DMS comparables avec 07M06 pour Niv 1
 - mais < pour les autres niveaux
- couts T2A >> à ceux de la racine 07M06 pour les niveaux 1 et T
 - plus proches de la racine 07K06

○ Proposition campagne 2015

- Actes de chimio embolisation hépatique rendus classant dans la racine 07K06 *Actes thérap. par voie vasculaire pour aff. malignes du syst.hépatobiliaire*

5. Chirurgie ambulatoire

○ Le codage des DA

○ 26% de séjours avec au moins un DA en 2013

- ExDG : 26.8% et ExOQN : 25.7%

○ Pas de montée en charge entre 2009 et 2013

- Stabilité dans le secteur exDG

- Diminution dans le secteur exOQN (30% en 2009)

○ Les niveaux de sévérité

○ ±2% de séjours qui auraient un niveau CMA V11f

- ExDG : 2.4% et ExOQN : 1.5%

- 85% Niv 2 – 12% Niv3 - <3% niv4

○ Pas d'évolution sur la période 2009 et 2013

- Stabilité dans le secteur exDG

- Diminution dans le secteur exOQN (2% en 2009)

Propositions pour la campagne 2015

○ Classification

○ Pas d'évolutions

○ Travail exploratoire à engager

○ Hétérogénéité intra racine des actes

○ Problématiques

○ Stabilité?

○ Création potentielles de racines si actes non affectables à une racine existante → Volumes suffisants?

○ Cohérence médico-éco dans les racines (existantes ou à créer)?

○ Recherche d'une variabilité des coûts en CA

○ Quelles perspectives d'évolutions de la classification?

En parallèle de ces travaux exploratoires en classification, la DGOS a missionné l'ATIH en vue de définir des « marqueurs » dès la campagne 2015 :

- **Axe population spécifique par exemple gériatrie**
- **Axe patients lourds et/ou complexes fondé sur les comorbidités en CA :**
 - Elles ne sont pas une contre-indication à la pratique de la CA
 - Elles peuvent toutefois constituer un frein au développement de la pratique
 - Elles peuvent peser de façon variable sur les prises en charge (d'autant plus que les procédures sont longues et complexes)
 - Sur le choix des techniques anesthésiques et chirurgicales (ex: BPCO)
 - Sur la surveillance à mettre en place en amont, pendant et après l'acte chirurgical (ex: diabète insulino-dépendant),
 - Sur l'organisation du lien avec la ville (ex: anticoagulants)

Campagne 2015

- **Possibilité de travaux exploratoires d'identification de marqueurs « à dire d'expert »**
 - Populations spécifiques
 - Admission depuis ESMS? Autres?
 - Patients lourds et/ou complexes
 - Quelles Comorbidités?
- **Pour une mise en œuvre **éventuelle** en campagne 2015?**
- **Organisation envisageable**
 - Groupe de travail ad hoc d'une « durée de vie » limitée
 - Pilotage ATIH
 - Objectifs → Proposition de mesures pour la campagne 2015
 - **et/ou** 1^{er} éléments dans une optique à plus long terme d'évolution de la classification

6. Autres travaux

○ Infections Ostéo Articulaires

○ Suppression de la racines 08C56 et Création de 2 nouvelles racines

- 08C61 = « Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires »
- 08C62 = « Autres interventions pour infections ostéoarticulaires »

○ Pas d'évolution de la classification pour

- TAVI
- Rémicade
- Transsexualisme
 - Poursuite des travaux dans le cadre de la campagne tarifaire
- Polyhandicap lourd
 - Poursuite des travaux

Autres - Recueil- Nomenclature

○ IVG

- Suppression à venir des BIG dans le cadre de la simplification administrative - Pilotage SG MAP
- **Demande INED de recueil de 3 données supplémentaires**
 - Nb IVG antérieures / Année IVG précédente / Nb de naissances vivantes antérieures

○ Autres

- MIG
 - Lactarium

○ MO

- Codage en UCD sur 13 caractères

Autres - Recueil- Nomenclature

○ **CIM 10**

- Mises à jour liées à l'OMS
- Création d'extensions nationales
 - Précarité / Infectieux / Extension DP Z40.0
 - **Obésité**: segmentation de la classe IMC 30-40
 - Possible en 2015 mais code à 6 caractères....
 - Refonte pour 2016 plus globale sur les catégories d'obésité avec sollicitation FSM en lien avec le Ss gp du CT MCO
- Saisie obligatoire du caractère fermé ou ouvert d'une fracture

○ **CCAM pour usage PMSI**


- Evolution de format prévue pour 2015
- Recours à un code spécifique dérivé du code à 7 caractères de l'acte de type LLLLCCC-CC

7. Evolution HAD

○ Pas d'évolutions de la classification

○ Evolution du recueil

- Précisions sur le **codage domicile en ES et EMS**
 - Nomenclature utilisée dans la circulaire
 - Une trentaine de types d'établissements, et donc de modalités
 - Ex : MAS, FAM, village d'enfant, EHPA, etc
- Type de structure renseigné dans le fichier des conventions
 - Pas de modification du RPSS



Méthodologie d'application du principe de neutralité tarifaire

Direction générale
de l'offre de soins

Préambule :

→ l'ensemble des fédérations partage l'application du principe de neutralité tarifaire

Il y a donc par conséquent un consensus sur cet objectif. Il reste à définir les modalités et le rythme de mise en œuvre

1/ Pertinence de l'utilisation de l'outil tarifaire pour inciter/désinciter à la pratique d'une activité

→ l'ensemble des fédérations est en accord sur l'utilisation de ce vecteur de financement.

Il y a donc par conséquent un consensus sur l'acceptation d'une distorsion de l'échelle tarifaire.

→ sous réserve tout de même d'un calibrage, d'un choix de durée de l'incitatif, ainsi que de son évaluation

2/ La référence pour la détermination des tarifs

→ les acteurs sont favorables pour que le tarif issu des coûts (TIC) soit la référence de calcul

→ Il est entendu que cet accord n'est valable que sous réserve de la fiabilisation des TICs (Cf travaux en cours sous le pilotage de l'ATIH)

3/ Le rythme d'évolution de la référence et des tarifs

- l'ensemble des fédérations est d'accord pour une mise à jour annuelle de la référence (TIC)
- sur le sujet du rythme de mise à jour des tarifs en fonction des TIC, les fédérations ont des positions légèrement différentes :

La FHF souhaite une mise à jour annuelle,

Les autres fédérations souhaitent une mise à jour des tarifs selon un rythme bi ou tri-annuel

A noter, que certaines fédérations soulèvent le lien avec l'ensemble des paramètres du modèle dont ceux de la classification

A noter que le rythme d'évolution des tarifs s'entend hors taux campagne

Neutralité Tarifaire

- Rythme d'évolution des tarifs ?
 - Rester sur une mise à jour annuelle des tarifs
 - Mettre en place une mise à jour biennale ou triennale

Rythme d'actualisation des tarifs

- Pour mémoire, la modification des tarifs dépend :
 - de la modification des paramètres du modèle
 - Changement de la Classification
 - Changement de périmètre
 - Liste en sus, création d'un supplément au séjour , transfert de crédit, etc.
 - Actualisation des bornes → **prise en compte de l'évolution des pratiques**
 - En fonction des dernières données d'activité (tendance à la baisse des DMS)
- de la modulation tarifaire
 - Principe de neutralité
 - Politique incitative

Cas d'une mise à jour annuelle

- Permet une **adaptabilité immédiate** du modèle
- Difficultés de calendrier pour la mise en œuvre
 - **Peu de temps** laissé aux acteurs pour anticiper les changements (sociétés de service, établissements, etc.).
 - Application du principe de neutralité **complexe**
 - Les TIC sur lesquels repose la modulation sont transitoires (peuvent intégrer les changements de classification mais n'intègrent pas systématiquement tous les changements de périmètre)

Cas d'une mise à jour bi ou tri annuelle

- Nécessite une stabilité de l'ensemble des paramètres du modèle sur la période

(classification, périmètre tarifaire, création de prestations, etc..)

→ Acceptabilité des acteurs à être en situation « d'attente »

- Pour les acteurs, **lisibilité et appropriation accrues** sur les travaux et les décisions

- Afficher des phases distinctes

- Techniquement, **application du principe de neutralité plus aisée**

- En fonction d'une référence plus stable et dont le périmètre sera défini préalablement

4/ La gestion de la transition

Les fédérations ont des positions différentes :

- Unicancer est défavorable à un coefficient de transition au niveau de chaque établissement mais favorable à un coefficient par tarif ;
- La Fehap se positionne sur un coefficient de transition par établissement ;
- La FHF souhaite une gestion de la transition par activité ;
- La FHP ne s'est pas prononcé sur ce point.

Au vue des réponses des FD, pas d'alignement total des tarifs vers les TIC pour la campagne 2015

→ Poursuite de la politique de rapprochement du tarif vers le TIC en l'enrichissant si possible des résultats des travaux sur la fiabilité des TIC

Fiabilité des TIC

COPIL MCO 06 Octobre 2014

Service Financement des établissements de santé

Contexte

- Principe de neutralité tarifaire :
 - Consensus sur la référence : **le Tarif Issu des coûts** (TIC)
 - Sous réserve de travaux permettant d'élaborer une grille de lecture sur la fiabilité des TIC
 - Critiques sur la mesure du TIC par les acteurs sur certaines activités
 - Mise en place par l'ATIH d'un groupe technique sur la fiabilité des TIC
 - Définir des axes de lecture
 - Etudier la faisabilité d'un indicateur composite
 - Identifier les activités où la mesure du TIC reste à consolider
- **Deux sessions de travail avec le GT**

Travaux du GT

- **1^{ère} réunion le 11 Juillet 2014 :**
 - Définition de trois axes de travail
 - L'échantillon
 - La méthodologie
 - Prise en compte de l'évolution
 - Chaque axe est défini par différents indicateurs
 - Envoi des données aux membre du groupe technique en Août 2014
 - Avec pour objectif de juger de la pertinence des axes et des indicateurs et de proposer d'autres axes le cas échéant

Travaux du GT

○ 2^{ème} réunion le 1^{er} Octobre 2014 :

- Synthèse du retour des fédérations sur les axes et les indicateurs
 - ➔ Importance de poursuivre l'enrichissement de l'échantillon
 - ➔ Nécessité de poursuivre des travaux lors des CT ENC
 - Consommables couteux
 - Chirurgie ambulatoire
 - Variables de calage
 - Evolution des pratiques
- Validation des axes et des indicateurs en séances
- Présentation de la démarche envisagée pour la construction de l'indicateur composite

Définition des axes

○ Axe 1 : Echantillon

- Nombre de séjours
- Nombre d'établissements
- Précision de l'estimation (ERE)
- Taux de sondage

**Indicateurs
Objectivables via
l'ENC**

Définition des axes

○ Axe 2 : Méthodologie

- Part des consommables dans le coût complet
- Taux d'affectation au séjour des consommables
- Activités identifiées par les experts du GT

→ La part importante dans l'ENC de « non affectation des consommables au séjour » implique une veille à dire d'experts afin de repérer des activités non identifiables via les données de l'ENC

Définition des axes

○ Axe 3 : Evolution des pratiques

- Evolution des coûts

- Evolutions des DMS

- Activités identifiées par les experts du GT

→ Le décalage dans le temps entre la production du référentiel de coût et la campagne tarifaire implique une veille à dire d'experts afin de repérer des activités non identifiables via les données de l'ENC

Construction de l'indicateur composite

○ Démarche envisagée

- Construction du score en fonction d'un arbre permettant de classer les GHM en fonction de la fiabilité du TIC
- Score basé sur l'axe 1
- Dégradation de ce score en fonction des axes 2 et 3

Suite des travaux

○ Courant Octobre

- Envoi des indicateurs permettant de calculer le score
- Simulation du score sur les TIC 2013 en faisant varier certains seuils à la demande des experts

○ Mi Novembre

- Prochain GT
- Validation de l'indicateur composite

Financement des activités isolées

Direction générale
de l'offre de soins

Activités isolées Travaux en cours

- Envoi du décret au Conseil d'Etat – **Octobre 2014**

Ajout d'un plafonnement de l'aide (modalités à définir par arrêté)

- Expertise de l'ATIH en cours de finalisation

- Actualisation de la liste des établissements répondant aux critères à partir des données 2013
- Méthodologie réalisée sur :
 - le calcul des points morts
 - le calibrage de l'aide financière

Réunion de travail avec les FD sur le modèle économique

5 novembre 2014.

Dégressivité tarifaire

Direction générale
de l'offre de soins

Dégressivité tarifaire Travaux en cours

- Envoi du décret au Conseil d'Etat - **Septembre 2014**
- Modification des modalités de fixation des seuils
 - Possibilité de différenciation régionale et introduction de la notion de taux de recours → lien avec la pertinence
 - Suppression de la notion de gains de productivité
- Modification de la méthode d'appréciation du dépassement du seuil (exprimé en taux d'évolution)
 - **volume économique** (base de remboursement)
 - **Objectif** : neutraliser un éventuel effet de déformation de la structure d'exonération de reste à charge de la patientèle
 - Détermination des sommes à récupérer : basée sur les **recettes AM** (application du taux de dépassement)

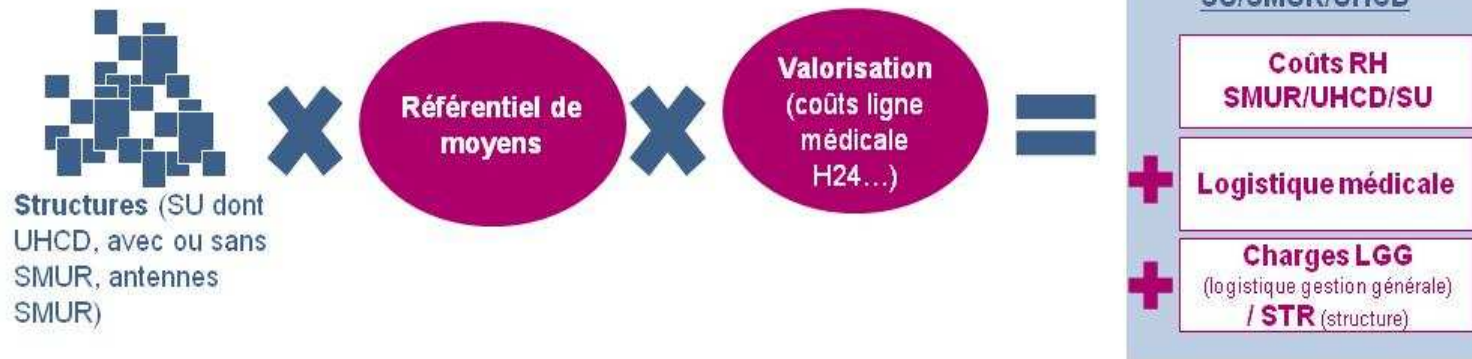
Dégressivité tarifaire -Travaux en cours

- Modification des modalités de récupération des sommes :
 - Délai de deux mois suivant la notification pour le versement puis recouvrement sur prestations à venir
 - En l'attente de la réforme sur la facturation directe, pour les ES ex-DG : déduction des sommes dues sur l'arrêté versement
- Rapport OCDE : diffusion au public

Urgences calendrier des travaux

Rappel de la démarche refonte financement SU/SMUR

→ démarche d'estimation du besoin de financement



Mise à plat de l'existant

Construction de référentiels de moyens

Valorisation financière

- Périimètre : nature des activités à financer
- Etat des lieux des financement actuels
- Etat des lieux des données concernant les structures de médecine d'urgence (implantations, activité, effectifs...)
- Urgences et SMUR : Analyse des effectifs moyens en fonction de l'activité
- Autres référentiels de moyens ad hoc (HéliSMUR, Evasan...)
- Enveloppe RH
- Logistique médicale
- Charges LGG /Structure

Point d'étape – travaux du 2^{ème} semestre 2014

Mise à plat de
l'existant

- Remontée des ARS sur le détail des financements MIG SMUR 2013, consolidation des données
- Retours GT :
 - Nature des activités à financer en plus des Urgences – SMUR, articulation avec les autres financements
 - Enjeux des postes mixtes Urgences-SMUR
- Validation par les ARS des données de la SAE 2013 Mise à plat des données (implantations, activité, effectifs...)
- Extraction des données d'activité et de financement à partir du PMSI 2013

Construction de
référentiels de
moyens

- Démarrage des travaux sur les référentiels de moyens :
- Urgences et SMUR : Analyse des effectifs moyens en fonction de l'activité
 - Autres référentiels de moyens ad hoc (HéliSMUR, Evasan...)

➤ Nécessité d'avoir un retour de votre part suite au groupe technique du 24 juin dernier

Prochain GT : Décembre 2014