

Suppression du critère d'âge à ≥ 70 ans pour la facturation du forfait innovation HIFU I01

Une information qui intéressera la soixantaine d'établissements maîtrisant le traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate (HIFU) donnant lieu à la facturation du forfait innovation INNOV0441001H (I01) d'un montant de 6 047 €.

Rappelons que, du point de vue PMSI, le déclenchement de ce forfait par la fonction de groupage MCO supposait jusqu'à aujourd'hui 3 critères : codage du codage innovation INNOV0441001H dans le champ « Numéro d'innovation » du RSS, âge ≥ 70 ans, codage de l'acte CCAM JGNJ900-00 « Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale »

A compter du 13 octobre 2015, la fonction de groupage MCO ne tient plus compte du critère d'âge.

Sources : Notice technique « Financement » (ATIH – 24 mars 2015) – Arrêté du 7 mai 2014 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale de la destruction par ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate



PMSI SSR : envoi des données

à fin de mois + 30 jours à partir de Février 2016 et périodicité mensuelle à partir de Mai 2016

C'était attendu depuis quelques mois : les ARS communiquent actuellement par région aux établissements SSR une instruction DGOS relative à la modification du rythme des remontées d'information du PMSI SSR à compter de l'envoi M10 2015.

L'ATIH a publié dans la foulée une notice technique reprenant les informations de l'instruction ([lien en Source](#)).

Les 2 changements majeurs et obligatoires à retenir :

- A partir de **l'envoi M02 2016** (mois de janvier et février 2016 cumulés), l'envoi **se fera 1 mois plus tard, donc au 31 mars 2016 au plus tard** et non plus 2 mois plus tard comme aujourd'hui

- A partir de **mai 2016**, le PMSI SSR se cale sur le rythme du PMSI MCO avec un **envoi chaque mois, au plus tard 1 mois plus tard**. Donc à fin juin au plus tard, il faudra envoyer les données cumulées M05 2016 (janvier à mai 2016)

Par ailleurs, pour les établissements qui le souhaitent, une expérimentation de l'envoi des données à + 30 jours est possible dès l'envoi M10 2015.

Commentaires : la mise en oeuvre de l'envoi mensuel des données PMSI SSR dès Février 2016 est certes une mesure purement technique : elle marque toutefois une nouvelle étape dans le caractère irréversible du financement, pour partie, à l'activité des établissements SSR

Nous invitons les établissements SSR à dès maintenant se rapprocher de leurs éditeurs de logiciels pour s'assurer qu'ils seront prêts à temps.

Source : Notice technique ATIH « Remontées PMSI mensuelles – Etape expérimentale à compter de M10 2015 »



Basculement d'indicateurs des réseaux de santé périnatale (RSP) vers le PMSI -Etude ARS Bretagne

L'ARS Bretagne a mené une étude quant aux possibilités et limites de la bascule vers le PMSI d'indicateurs en périnatalité avec l'objectif bienvenu d'alléger les saisies dans les établissements concernés en utilisant les données PMSI déjà saisies de toute manière.

Les établissements intéressés pourront consulter avec profit cette étude qui documente les écarts observés pour un même indicateur, toutes choses étant égales par ailleurs, entre les données RSP et les données PMSI ([lien en Source](#)).

Pour chacun des 19 indicateurs, on constate des situations différentes, allant d'écart négligeable (ex : taux de mortinatalité, taux d'accouchement par voie basse, taux de césarienne), d'écart de 10% (ex : part des AVB instrumentaux car codage des gestes complémentaires incomplet dans le PMSI) à des écarts très importants (ex : taux d'initiation de l'allaitement maternel car codage facultatif dans le PMSI) en passant par des indicateurs non disponibles en RSP ou en PMSI.

Source : Comparaison des données en périnatalité produites par les Réseaux de Santé Périnatale et de celles fournies par le PMSI (ARS Bretagne)



La T2A SSR : ce sera une

Dotation Modulée à l'Activité (DMA) au 1er janvier 2017 – L'essentiel à retenir

Mise à jour 06 juin 2017 : démarrage effectif finalement le 1er mars 2017.

Voir notre article « Les règles de valorisation DMA des séjours et semaines SSR en 2017 »

Après une longue attente, le calendrier de mise en oeuvre de la T2A SSR s'est précisé avec la publication du PLFSS 2016 et diverses interventions DGOS ces derniers jours.

Le principe d'une T2A SSR est maintenant inscrit dans la loi, avec une date de démarrage au **1er janvier 2017** et déjà quelques premiers financements en 2016.

Comme cela avait été annoncé depuis plusieurs mois, le financement des SSR sera composé de 3 blocs, régulés par l'ONDAM :

- Une dotation pluri-annuelle donnant de la visibilité aux établissements, appelée socle et basée sur l'historique, donc sur le case mix GME passé de l'établissement

- Des financements liés à l'activité de l'établissement, **via un forfait par séjour**, en liaison donc avec la production du case mix en GME du PMSI de l'établissement

- Divers financements ad'hoc au SSR : financement au fil de l'eau des molécules onéreuses de la liste des spécialités pharmaceutique SSR, missions d'intérêt général (MIGAC), certains plateaux techniques spécialisés

Pour 2016, il est annoncé un soutien aux établissements SSR pour mettre à jour leur informatique et former leur personnel, le financement anticipé de 2 missions d'intérêt général (la scolarisation des enfants accueillis au sein des établissements SSR et la réinsertion professionnelle des patients adultes) et le financement spécifique des molécules onéreuses SSR au sein de la DAF

Par ailleurs :

- Diffusion annoncée d'une première version de simulation du nouveau modèle de financement pour chaque établissement SSR au printemps 2016

- Il y aura une phase de transition de 2017 à 2022 par application d'un coefficient de transition, comme on l'a connu en MCO au début de la T2A MCO

- Pour les plateaux techniques spécialisés qui seront retenus pour des financements spécifiques, ces derniers seront des dotations soumises à des seuils d'activité

- Financement différencié entre les établissements publics-ESPIC et les cliniques privées SSR.

- Il y aura un coefficient géographique. Commentaire : à priori, comme en MCO, seront concernés l'Ile de France, la Corse et les DOM-TOM

- Tous ces financements seront régulés par un Objectif Quantifié global.

Constats et commentaires : le financement du socle au 1er janvier 2017 se fera en grande partie sur la base du case mix GME de l'année 2016. Les établissements SSR ont donc intérêt à optimiser ce dernier dès 2016, sans attendre 2017, sans compter le temps d'adaptation et de sensibilisation des équipes au sujet.

Dans l'attente de la liste des plateaux techniques spécialisés éligibles à des financements spécifiques et aux seuils de déclenchement de ces financements, nous conseillons aux établissements de bien coder les extensions documentaires (cf P0, P1, etc...) en lien avec les actes CSARR dispensés dans les PTS

Pour les établissements intéressés, nous signalons notre journée exceptionnelle « **Les 101 techniques d'optimisation GME et PMSI SSR** » à Paris le 17 Décembre 2015 au cours de laquelle nous présenterons en détail les techniques à utiliser pour optimiser le case mix GME d'un établissement SSR. Plus d'informations [ici](#).

Sources : Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2016 (dossier de presse) – PLFSS 2016 officiel (article 50)



L'évolution des dépenses d'Actes et Consultations Externes (ACE) à l'hôpital jusqu'en 2014

Dans son dernier rapport publié le 24 septembre dernier, la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) fait une étude détaillée des dépenses d'ACE de 2008 à 2014.

Le périmètre des ACE de cette étude comprend les actes NGAP, les actes CCAM, les forfaits techniques de radiologie (FTN), mais aussi les ATU (Accueil et Traitement des Urgences), les forfaits dits « petits matériels » (FFM), les forfait « sécurité environnement hospitalier » (SE1, SE2, SE3 et SE4), les forfaits APE (administration de produits et prestations en environnement hospitalier) et les forfaits alternatives à la dialyse en centre.

Principales conclusions à relever :

- Tous les ACE sont en croissance sur la période, en moyenne de +5%/an tout ACE confondu
- Les dépenses de consultations généralistes connaissent une très forte croissance de +10%/an sur la période avec même une accélération depuis 2012
- Les consultations spécialisées et les actes d'imagerie sont les ACE qui croissent le moins (+2% par an sur la période)
- Les actes NGAP tout compris (avec majorations, consultations généralistes et spécialistes, soins infirmiers, biologie) pèsent 45,7% des dépenses d'ACE sur la période
- Les actes CCAM pèsent 33% des dépenses d'ACE sur la période

■ Les forfaits techniques de radiologie (FTN) pèsent 11,4% des dépenses d'ACE sur la période

Source : Les Comptes de la Sécurité Sociale – Rapport 2015 (chapitre 3.3)

