HÔPITAUX UNIVERSITAIRES Paris Seine-Saint-Denis
AVICENNE JEAN-VERDIER RENÉ-MURET

Quel impact de la réforme du financement des SMR ?

Point de vue d'un DIM SMR

Dr Delphine Nidegger
Médecin DIM GHU Paris Seine Saint Denis (PSSD)
Journées du Grand Sud – 06/06/2025

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

1

Réforme du financement des SMR

Fin 2023, sondage auprès des MIM de l'APHP pour avoir un premier RETEX de la mise en place de la réforme du financement sur le terrain

2 mots revenaient systématiquement

- **Complexité**
  - Modèle multi-compartimental avec des règles propres à chaque compartiment
  - Règles complexes et évolutives depuis les débuts de la réforme (Ex : expertise)
  - Introduction d'une nouvelle règle pour les séjours de 90 jours et plus
- **Opacité**
  - Absence de lisibilité du montant de certains compartiments (Dot Pop)
  - Introduction d'une nouvelle dotation : dotation de transition

Qu'en est-il aujourd'hui ?

2

2

Réforme du financement des SMR

Constat : une succession de réformes

- Une réforme des autorisations de l'activité des SMR en 2022
- Un nouveau modèle de classification des séjours en SMR 2022
- Un nouveau modèle de financement des SMR 2023

…et une évolution du recueil et des nomenclatures

- **Simplification du recueil des diagnostics :** Suppression de la FPPC
- **Simplification du recueil des actes de réadaptation CSAR**
  - Phase test en 2025
  - Avec un impact financier à terme non connu à ce jour
- **A venir…**
  - Refonte de la liste des comorbidités classantes
  - La mise en place de la CIM11 (SMR pas inclus dans la 1ère phase d'expérimentation)

Complexe pour les équipes de terrain (DIM/Soignants/Directions) de s'y retrouver et de bien maitriser l'ensemble des règles et leurs impacts

3

3

Outils informatiques

Les prestataires informatiques peinent à suivre le rythme soutenu des réformes qui ne concernent pas que le SMR

Les outils informatiques ne se sont pas tous adaptés à ces évolutions

Outils de recueil des données

- Le groupage du séjour n'est pas toujours affiché (impact des corrections ?)
- La valorisation du séjour n'est pas toujours affichée en temps réel
- Un simulateur de valorisation est rarement proposé
- Recueil CSAR ne pourra pas débuter avant 09/2025 pour bcp d'Ets

Outils de contrôle qualité des données PMSI

- Combien sont en capacité de proposer une traçabilité suffisante pour aborder sereinement la certification des comptes ?

4

Compartiment activité

Message d'un compartiment activité pourvoyeur de 50% des recettes

- Message intégré par les directions
- Et relayé sur le terrain auprès des soignants

Oui mais…

- D'autres compartiments sont (ou seront) impactés par les données d'activité
  - Compartiment activité d'expertise
    - Obésité complexe, Blessés médullaires, EVC-EPR
  - MIG Hyperspécialisation (transfusion, Polyhandicap lourd POLYH)
  - Compartiment PTS : pas de lien direct entre activité et montant… pour le moment
  - Dotation populationnelle : il est proposé des indicateurs basés sur les données d'activité (arrêté mai 2023)
    - Facteurs socio-environnementaux, casemix des Ets, autres (CCAR)…
- Absence de certains compartiments (dotation pédiatrique, AE, PTS) = poids du compartiment activité plus important

Dans les faits, c'est plus de 50% des recettes d'un Ets qui reposent sur les données d'activité

5

Compartiment activité

Grille tarifaire complexe à maitriser pour les acteurs de terrains

Plusieurs types de Groupe Médico-Tarifaires (GMT) existent

- **GMT par jour de présence**
  - Pédiatrie, soins palliatifs)
  - séjours courts (< 8 jours) et mode de sortie 6/7/9
- **GMT forfaitisables**
  - Sur 7 jours
  - Sur 21 jours : avec 3 zones de valorisation au sein de la zone forfaitaire
- **GMT EVC EPR** : par jour de présence **mais** la valorisation via le compartiment activité n'intervient que pour 30% dans le financement de ces activités. Les 70% restant étant couvert par le compartiment activité d'expertise (AE)

Activité	Périmètre du financement	Unité de compte	Source du recueil	Détail unité de mesure	Calibrage	Financement
EVC-EPR	70%	Lits	Enquête ARS	Lits au sein d'unités dédiées	70% * Nbre de lits déclaré * 365 jours * 341€ + 30% * Activité PMSI n-1 * 341€	341€ dont 70% alloués selon le nombre de lits dédiées et 30% en fonction des journées de présence n-1 concernées
	30%	Journées	PMSI	GME		

- **GMT pour les séjours de plus de 90 jours**

6

Compartiment activité - Séjours longs

La réforme s'est accompagnée d'une évolution des règles de valorisation des séjours longs

- **Disparition des avances sur trésorerie des séjours non clos**
  - Suppression du GMT 8888 125 € pour les Ets ex-DGF
- **Evolution du délai d'absence de valorisation des séjours non clos**
  - de 70 jours avec le modèle DMA
  - à 90 jours avec le nouveau modèle de financement
  - Durant cette période, molécules onéreuses et transports ne sont pas valorisés

A compter du 90ème jour, le séjour peut être valorisé MAIS à partir des informations issues des 90 premières journées

Conséquences

- La survenue d'évènements intercurrents (CMA classantes)
- Les actes CSARR, CCAM et les points de pondération qui s'y rattachent
- Toute aggravation de la dépendance qu'elle soit physique ou cognitive

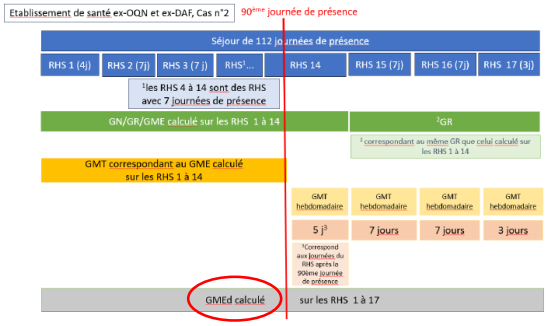
Ne sont pas pris en compte après les 90 premières journées

Quelle est l'impact de cette règle ?

7

Compartiment activité - Séjours longs

Rappel : nouvelle modalité de calcul de valo pour les séjours longs



Source ATIH

8

Séjours longs - GME documentaire

GME valorisé (GMEV) ≠ GME documentaire (GMED) : GHU PSSD

Volume et typologie des séjours

- 2% des séjours (n=28) et 4% des journées de présence (n=2846)
- **SMR gériatrique = 89% des séjours et JPR avec GMEV ≠ GMED**
- Soit 3% des séjours et 6% des JPR des SMR gériatrique de l'année 2024
- DMS tous SMR = 100 jours

Impact sur le groupage

- Perte d'1 niveau de sévérité = 35% des séjours et JPR
- Perte d'1 niveau de lourdeur = 14% des séjours et 8% des JPR
- **Impact variable sur le groupe de réadaptation**

	Nb de séjours	GMED			
	Réadaptation	S	T	U	Total
GMEV	S		2		2
	T	1	3	6	10
	U		6	10	16
	Total	1	11	16	28

Une évaluation de l'impact de cette nouvelle règle, notamment d'un point de vue financier, semble nécessaire à 2 ans du démarrage

9

Compartiment activité - Evolutions à venir….

Des évolutions à venir sur le recueil d'activité…
…qui pourraient impacter les recettes du compartiment activité

2 principales évolutions à court et moyen terme

- **La nouvelle nomenclature CSAR**
  - Phase test depuis mars 2025
  - Impact ?
    - Actes CSARR sans équivalence CSAR
    - Listes d'exclusion du CSAR
    - Listes d'actes non autorisés par intervenant (listes non définitives)
      - Pourraient avoir un effet sur le nombre d'actes CSAR recueillis
- **La refonte des comorbidités classantes**

10

Compartiment activité - Impact du nouveau CSAR

Actes CSARR sans équivalence en CSAR

- 3 actes CSARR

CSARR	Libellé
ANQ+179	Hétéro-évaluation de la douleur d'un patient sans communication verbale fiable [patient dyscommunicant]
EQQ+206	Mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène [TcPO2] au cours d'un exercice à puissance croissante
HSM+297	Composition diététique de repas avec le patient et/ou l'entourage

Source ATIH

- **GHU PSSD** : concerné essentiellement par l'acte HSM+297
  - 0,3% des actes du GHU (n=304 actes)
  - 0,1% des pondérations du GHU (n=4560 pondérations)
  - La moitié de ces actes sont retrouvés en SMR Gériatrie
- **Base nationale : Ets publics**
  - Ces 3 actes concentrent 427 949 actes = 1% des actes de 2024
  - > 50% concentrés sur 3 secteurs : Gériatrie/Polyvalent/Respiratoire
  - Intervenant Diététicien et IDE

11

Compartiment activité - Impact du nouveau CSAR

Impact des listes d'exclusion du CSAR

- Sur le GHU PSSD les **3 actes CSAR 07S07, 07S08 et 07S10**
  - **30%** des actes de 2024 (transcodage) (n=35 115 actes)
  - **20%** des pondérations 2024 (n=806 185 pondérations)
- Exclusions du nouveau CSAR

Code CSAR	Libelle CSAR	Exclusions
07S15	Séance de réadaptation des activités physiques sportives	07S07, 07S08, 07S09, 07S10, 11S09

Quelle est l'impact de cette liste d'exclusion sur le nb d'actes ?

- Méthode : analyse sur 2024, même séjour, même date, même intervenant
- Au total, cette liste d'exclusion aurait pour effet de supprimer
  - 1% des actes du GHU (n=1 358 actes)
  - 2% des pondérations 2024 (n=69 800 pondérations)

12

Compartiment activité - Impact du nouveau CSAR

Actes non attendus (listes non définitives)

- **Suppression de l'intervenant 88 « autres intervenants »**
  - **GHU PSSD en 2024**
    - 7% des actes et 9% des pondérations
    - HDJ SMR Gériatrie pour 98% des actes
  - **Base nationale ≈ 2% des actes**

- **Actes non attendus hors intervenant 88**
  - **GHU PSSD en 2024**
    - 5% des actes et 6% des pondérations
    - Intervenants concernés = EAPA, Psychomotricien
    - Impact équivalent HC et HDJ
    - Secteur SMR neuro et addictologie
  - **Base nationale**
    - Kiné = 1% des actes / Ergo = 5% des actes / EAPA = 6% des actes
    - IDE = > 50% des actes ++++

A ce jour, les Ets mesurent difficilement l'impact du CSAR

- nb d'actes après bascule ?

13

Compartiment activité - Evolutions à venir….

Révision de la liste des comorbidités

- **Attendue depuis de nombreuses années par les équipes de terrain !**
- Prise en compte des comorbidités multiples
- La prise en compte distincte de facteurs ajoutés (FSE, soins palliatifs, âge)

Mais…quelques remarques sur la 1ère liste diffusée

- **Troubles neuro-cognitifs**
  - Aucun des codes CIM10 de démence n'est affecté d'un niveau de sévérité
  - Alors que le code F068 Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique est porteur d'un niveau de sévérité 2
  - Lié à l'hétérogénéité de codage des TNC ?
- **Fractures multiples**
  - T02- fractures de plusieurs parties du corps sont affectés d'un niveau de sévérité 3 alors que le guide méthodologique indique que les codes T02- ne doivent pas être utilisés
- **Pneumopathie d'inhalation** (J690) = niveau 2 / DNID avec complication rénale = niveau 3

La poursuite de l'analyse des listes de CMA classantes et des niveaux de sévérité associés avec les acteurs de terrain semble nécessaire

14

Compartiment activité - Evolutions à venir….

Mesure de l'impact des TNC dans la population du GHU PSSD

- **Méthode**
  - Patients avec au moins 1 code de trouble neuro-cognitif (F00-/F01-/F02-/F03-)
  - Et/ou avec des troubles psycho-comportementaux associés (TPC)
  - Hors CM 01 « affections neurologiques »
- Résultats
  - **20% des séjours de SMR gériatriques**
  - **DMS +16 jours**

  - 61% des séjours avec 1 dépendance physique lourde (>= 13)
  - 35% des séjours avec 1 dépendance cognitive lourde (>=7)
  - 32% des séjours avec dépendance physique et cog lourde
  - Mais seulement 55% de Groupe de lourdeur C…
- 45% de séjours en niveau de sévérité 2
  - Tous ne sont pas en attente de place dans une structure d'aval

15

Compartiment activité - HDJ

Depuis 2022, la classification ne semble pas suffisamment segmentée pour prendre en compte toutes les spécificités des patients et des prises en charge

- La dépendance n'intervient pas dans le groupage en HDJ
  - SMR Gériatrique (dépendance physique et/ou cognitive)
  - SMR Pédiatrique (et notamment neuro-pédiatrique +++)
- 66% des GME d'HDJ ne sont pas sensibles à la densité de rééducation

De nouveaux travaux sont prévus sur ce sujet mais…

…Tant que la dépendance n'est pas utilisée, la qualité du codage reste très insuffisante…

L'absence de segmentation sur la densité de rééducation pour certains GME, impacte peu la qualité du codage car elle est souvent méconnue des acteurs de terrain

16

Compartiment activité - HDJ

Les enjeux actuels des SMR s'articulent notamment autour du développement de l'ambulatoire (virage ambulatoire)

Mais pas de texte encadrant spécifiquement les activités d'HDJ

- **Pas d'instruction gradation des soins en SMR**

Les textes de 2022 (décrets et instruction) sur les autorisations SMR précisent la triple exigence spécifique à chaque spécialité

- Une exigence de pluridisciplinarité de compétences en précisant les métiers que doit obligatoirement comporter l'équipe pluridisciplinaire (compétences obligatoires)
- Une exigence de pluridisciplinarité de la prise en charge en précisant le nombre minimal de pratiques thérapeutiques que le titulaire de l'autorisation doit proposer à chaque patient, selon son état clinique (compétences recommandées - liste de pratiques adaptées à chaque mention)
- Une exigence d'intensité dans la prise en charge par la définition d'un nombre minimal de séquences de traitement à fournir à chaque patient, par jour ouvré.

Mais que recouvre exactement une séquence de traitement ????...

17

Compartiment activité - HDJ

L'instruction de septembre 2022 indique

Une séquence de traitement consiste en une prise en charge individuelle ou collective, réalisée par un ou plusieurs professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, sur un temps dédié et continu, pouvant intégrer un ou plusieurs actes. Ces actes sont à visée diagnostique, thérapeutique (actes médicaux et infirmiers, actes de réadaptation, d'adaptation de l'environnement ou des aides techniques), préventive ou d'éducation thérapeutique ou de réinsertion. Ils s'inscrivent dans le programme de soins du patient et sont principalement décrits au sein du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), sans s'y limiter strictement.

Le nombre de séquences par jour sera adapté à l'état clinique du patient, à ses capacités et à ses besoins. Cette modulation peut se traduire par un fractionnement ou une réduction du nombre de séquences (par exemple en cas de fatigue, complication intercurrente, troubles du comportement, …). Pour certaines situations cliniques très spécifiques (ajustement d'aides techniques, bilans d'ergothérapie en hôpital de jour notamment l'apprentissage informatique adapté, la dictée vocale, la commande oculaire…), la séquence de traitement pourra se limiter à ces interventions.

Séquence de traitement ≠ acte ≠ intervention

Donc quelles sont les conditions de facturation d'un HDJ ?

- Nombreuses questions des cliniciens sur le nb minimal d'actes qui valide l'HDJ

Un cadre réglementaire spécifique est nécessaire…
…avant les prochains contrôles de l'assurance maladie

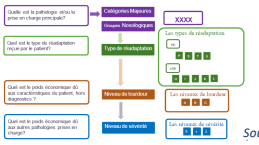
18

Compartiment activité - Optimiser

Une question récurrente des équipes
« comment optimiser la valorisation de mes séjours ? »

2 points d'attention majeurs ⚠

- « Sécuriser » la morbidité principale : la MP est le 1er nœud de l'algorithme
- Densifier la réadaptation proposée au patient en ciblant les actes spécialisés sans oublier les autres actes CSARR…
  - Complexe… les actes spécialisés diffèrent d'un groupe nosologique à un autre…



Source ATIH

➢ Définir des **chemins cliniques par pathologie**
  ➢ Protocolisation du parcours patient

19

Compartiment activité - Optimiser

Protocolisation du parcours patient ? HAS

- C'est un schéma de prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle
- **Nécessite une analyse**
  - Des besoins des patients
  - Des référentiels de prise en charge existant
  - De l'offre de soins et d'expertise de l'Ets (équipes pluridisciplinaires, PTS)

Démarche implique plusieurs étapes : exemple SMR HDJ cardiologie

Identifier les parcours → **Insuf Card, Post chir cardiaque…**

Décrets 2022 →

séquences	Pratiques thérapeutiques	Equipe pluridisciplinaire
Nb de séquences/j	Nb de pratiques par séjour	Professionnels obligatoires

Classification GME →

Groupe Nosologique	Type de réadaptation
Morbidité principale	actes CSARR et CCAM

Harmonisation des pratiques | **Optimiser les ressources** | **GME « sécurisé »**

20

Compartiment Activités d'expertise (AE)

Les activités d'expertise = 14 activités

- Arrêté du 15 mai 2023 liste des prises en charge spécifiques
- Note d'information du 3 novembre 2023 : cahiers des charges des AE

Quelques réflexions autour de cette liste

- AE pédiatriques
  - 2 AE pédiatriques listées mais non financées via les AE
  - Les AE pédiatriques sont incluses dans la dot pédiatrique
- Pas d'activité d'expertise identifiées en SMR Gériatrique

Secteur HDJ non concernée…sauf pour l'AE amputation

- Alors qu'il s'agit de « filières d'expertise »
- C'est d'autant plus important
  - avec le développement de l'ambulatoire
  - De la nécessité de proposer une offre d'HDJ pour les autorisations d'HC

21

Compartiment Activités d'expertise (AE)

4 activités d'expertise basées sur les données du PMSI

Quels sont les codes PMSI retenus pour le calcul de l'activité des AE ?
Concernant l'obésité complexe : GME du GN 1006 avec IMC >40 et GME de niveau 2 avec IMC >30
Concernant les blessés médullaires : GME des GN 0134, 0135, 0137 et 0138
Concernant les amputés : GN 0803 (en HC) - GN 0803 avec FPP Z441 ou Z440 (en HDJ)
Concernant les EVC-EPR (30% du financement) : GN 0103

- Uniquement dans la notice méthodologique des études d'impact
- Autres documents ?

Mais les critères d'identification PMSI devraient être rediscutés

- Blessés médullaires : GN 0139 exclus (regroupe notamment syringomyélie, spina bifida)
- Obésité complexe critères PMSI mais…

… les critères du cahier des charges des AE ne semblent pas correspondre strictement aux critères PMSI retenus

22

Compartiment Activités d'expertise (AE)

Critères nationaux actuels d'identification de l'obésité complexe

- GME du GN 1006 « avec IMC > 40
- GME de niveau de sévérité 2 avec IMC > 30

Le cahier des charges de cette AE précise

Le libellé complexe regroupe les profils patients suivants :

- Les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur ou égal à 40 kg/m² ;
- Les patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 35 kg/m² et qui présentent au moins une complication ou comorbidité telle que définie par la grille French Obesity Staging System (FOSS - voir « Document complémentaire ») ;
- Les patients dont l'IMC est supérieur à 30 kg/m² et qui présentent au moins deux complications et des comorbidités telles que définies par la grille French Obesity Staging System (FOSS - voir « Document complémentaire »).

Critères de la grille FOSS

- **Troubles du comportement alimentaire** (TCA) (sévères : hyperphagie boulimique - crises = quantité + perte contrôle ≥ 1 fois/s pdt ≥ 3 mois, BED DSM5-, boulimie, prises alimentaires nocturnes / majeurs : hyperphagie incontrôlable) ;
- **Précarité** (avec 3 de ces éléments : revenus <1000 €/m, pas de logement fixe, insécurité alimentaire, privation ressentie, choix très limités, accès aux repas réduit / isolement social) ;
- **Résistance à la perte de poids** (médicaments obésogènes au long cours -ex: psychotropes, corticoïdes, insuline-) ;
- **Psychotrauma** (violences physique, psychique, sexuelle, carences affectives majeures) ;
- **Handicap** (Physique –sensoriel-, psychique, cognitif ; handicaps multiples) ;
- **Obésités** syndromique, génétique, lésionnelle, maladies rares du tissu adipeux (ex : lipomatose multiple symétrique, lipodystrophie partielle génétique) ;
- **Comorbidités évoluées sévères, avec décompensation** ;
- **Complications de la chirurgie bariatrique** ;
- **Défaillance d'organe** / Transplantation ;
- **Invalidité** > 80 % ; périmètre de marche <50 m ; nécessité d'un aidant à domicile ; handicap : déficit sensoriel/cognitif, absence de relation sociale ;
- **Dépendance** : perte sévère d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, grabatisation.

En dehors de la **précarité**, aucune de ces comorbidités ne fait partie de la liste actuelle des CMA de niveau 2 en SMR

23

Compartiment Activités d'expertise (AE)

Des conséquences de ces critères sur l'activité identifiée

Activité d'expertise obésité complexe sur le GHU PSSD

- Travaux réalisés avec les cliniciens sur les critères les plus pertinents
- Sur PSSD, l'identification des patients relevant de l'expertise est basée sur les critères de la HAS et de la Fédération Française de Nutrition
  - Recommandations de juin 2022 sur la prise en charge de l'obésité de l'adulte de 2ème et 3ème niveau

Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un IMC ≥ 50 kg/m².	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2

Extrait des recommandations HAS 2022

24

Compartiment Activités d'expertise (AE)

Les recommandations de 2022 précisent les typologies de patients qu'il est conseillé de prendre en charge dans les différents niveaux de recours : exemple pour les patients stade 3b

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques etiou cognitifs, troubles du comportement	5 Etiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
3b	≥ 50	- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m voire grabatisation/perte d'autonomie due à l'obésité ou - Qualité de vie fortement dégradée	- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	- Monogénique ou - Syndromique		- Échec de chirurgie bariatrique ou - Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

Pour identifier les patients relevant de l'AE obésité complexe, nous avons retenu les patients identifiés par les critères 2, 3a et 3b de la HAS

25

Compartiment Activités d'expertise (AE)

Identification des patients présentant les critères 2, 3a et 3b en HC et HDJ

Résultats 2024 de cette méthode de ciblage sur le GHU PSSD

- 5253 journées d'HC et 766 venues ont été identifiées en 2024 avec les critères HAS
- Ces journées représentent 83% de l'activité HC et 70% de l'activité d'HDJ du service
- Parmi ces séjours, **seuls 15% avaient un niveau de sévérité 2**
- DMS des séjours clos = 45 jours
  - 12 séjours avaient une durée >= 50 jours
  - 2 séjours avaient une durée >= 100 jours

Le nb de journées identifiées à partir des critères nationaux

- 4785 journées (calculé à partir des montants notifiés / 176 €)
- Soit un différentiel de -467 journées
- Soit une activité de 1,4 lit non identifiée comme relevant de l'expertise

Des travaux sont prévus pour améliorer l'identification des AE

Ces travaux devront également réviser les critères des AE déjà identifiées via le PMSI

26

Compartiment MIG Hyperspécialisation

Qu'est-ce que la MIG hyperspécialisation ?

- Mis en place en 2017 avec le modèle DMA
- Pour pallier les insuffisances de la classification SMR de l'époque, qui appréhendait mal certains surcoûts

Activités concernées

- Transfusions : identifiées via les actes CCAM codés
- POLYH : identifié via le PMSI
  - 4 listes de codes diagnostics
  - 1 code de chaque liste sur au moins 1 RHS du séjour
- Enfants 0-3 ans
- Insuffisance respiratoire chronique (SMR respiratoire)
- Obésités syndromiques : identifiés via le PMSI
- Poches de nutrition entérale à façon
  - Les préparations magistrales individualisées
  - les préparations hospitalières standardisées pour un groupe de patients

27

Compartiment MIG Hyperspécialisation

Cette enveloppe était vouée à disparaitre…

- **Obésité morbide** → **Compartiment activité + expertise**
- **Enfants 0-3 ans** → **Activité + Dotation pédiatrique**
- **Insuffisance respiratoire chronique (SMR respi)** → **Activité + Expertise**
- **Poches de nutrition entérales à façon**
- **Transfusions**
- **POLYH**

} **Devenir ???**

28

Compartiment MIG Hyperspécialisation

La suppression de cette enveloppe soulève plusieurs questions…

- **Quid du financement des transfusions en SMR ?**
  - SMR oncologie où les transfusions peuvent être fréquentes
  - Les transfusions vont-elles réintégrer les tarifs GMT ?
  - Faut-il réaliser les transfusions en MCO sous forme de séance ?
    - Tous les Ets SMR n'ont pas systématiquement des places MCO
    - Transferts des patients fragiles ou instables
    - Coûts des transports
- **Quid du financement des patients avec POLYH ?**
  - Troubles neuro-cognitifs sévères avec dépendance physique
  - Activité d'expertise en SMR Gériatrique ? Avec financement dédié ?

Le détail de l'enveloppe 2024 montre que toutes les activités « hyperspécialisation » ont été financées via cette enveloppe (??) mais que les montants ont fortement diminués

- Transfusions : 400 € ----> 250 € (pour info : coût d'1 CG = 200 €)
- Polyhandicap : 600 € par séjour

Qu'en sera-t-il pour 2025 ?

29

Compartiment Molécules onéreuses

La réforme du financement des SMR s'est accompagné :

- de l'évolution des listes des MO remboursables en sus
- de l'ajout d'un code indication (non obligatoire)

Mais des difficultés de remboursement subsistent pour certaines molécules :

- Wegovy (Obésité, SMR nutrition) : 300 € par mois (radié AP-AC en 2024)
- Buvidal (Dépendance opioïdes, SMR addictologie) : 300 € la dose (hebdo ou mois)
- Mepolizumab (Asthme sévère, SMR respiratoire) : 950 €
- Imbruvica (Ibrutunib) (anticancéreux oral, SMR onco) : 1700 € à 6300 € fct dosage

⚠ **Attention au couple MO/Indication**

- Xeomin (Sialorrhée chronique, SMR neuro) : 72 à 143 € le flacon
  - **sur la liste des MO LES mais pas pour cette indication**

Impact pour les Ets :

- Souvent dans les SMR avec expertise

Au-delà de l'impact financier défavorable pour les secteurs SMR, c'est aussi….

- Des refus de prise en charge par les Ets SMR
- Un allongement de la durée de séjour en MCO
- Une augmentation du coût pour les secteurs MCO

30

Point de vue d'un DIM : Synthèse

A 2 ans de la mise en place de cette réforme du financement

- Celle-ci reste difficile à appréhender dans son ensemble pour les acteurs
- Pour les équipes DIM, les services cliniques et les directions
- Et beaucoup de questions restent toujours d'actualité

La poursuite de la simplification du recueil semble nécessaire

- L'abandon du recueil hebdomadaire au profit du recueil à la séquence de soins pourrait aider à la simplification en apportant du sens pour les équipes

Des évolutions à venir sur le recueil et les nomenclatures

- Mais sans que les Ets parviennent à en mesurer pleinement les impacts
- Rend difficile la prévision financière à court et moyen terme

Merci de votre attention !

31