



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,  
DE L'AUTONOMIE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins  
Bureau modèles de financement (FIP2)

# Réformes de financement de la dialyse et de la radiothérapie

Journées du Grand Sud d'Information  
Médicale

**19 juin 2026**

## Ordre du jour

- ⇒ **Enjeux des deux réformes**
- ⇒ Focus sur la réforme du financement de la radiothérapie
- ⇒ Focus sur la réforme du financement de la dialyse

# Le législateur a acté une évolution structurante des règles de financement des activités de dialyse et de radiothérapie

*Les **objectifs poursuivis**, propres à chacune de ces activités, ont nécessité la conception d'**architectures de financement cibles adaptées***

## Objectifs - Radiothérapie

- ▶ Inciter aux **évolutions de prise en charge**, en lien avec les innovations techniques, afin de réduire le nombre de séances par patient (hypofractionnement) ou de minimiser la dose et le champ d'irradiation
- ▶ **Harmoniser les règles de financement** entre les secteurs libéral et hospitalier (public/EBNL)
- ▶ Mieux **maîtriser les dépenses ONDAM**

PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS PAR FORFAITS (OU TRAITEMENT) +  
SUPPLÉMENTS

**Ensemble des actes réalisés** (préparation, séances d'irradiation, gestes complémentaires, etc.) pour **une indication** (type de tumeur ou cancer) traitée par **une technique d'irradiation**

## Objectifs - Dialyse

- ▶ Mieux **organiser le parcours du patient**, en adaptant la prise en charge à ses besoins et ainsi **améliorer sa qualité de vie**
- ▶ Encourager aux **modalités de dialyse plus autonomes**
- ▶ Améliorer **l'accès à la greffe par augmentation de l'inscription précoce sur la liste d'attente** et amélioration de l'information du patient
- ▶ Garantir un **maillage de l'offre de dialyse de proximité** et de recours adapté

FINANCEMENT À LA  
SÉQUENCE HEBDOMADAIRE

Ensemble des séances réalisées sur la semaine  
Tarification selon le type de **prise en charge**, **technique**, la **modalité**, l'**horaire**

FINANCEMENT À LA QUALITÉ  
OU À LA PERTINENCE

Prise en compte d'indicateurs **d'expérience patient, parcours et cliniques**

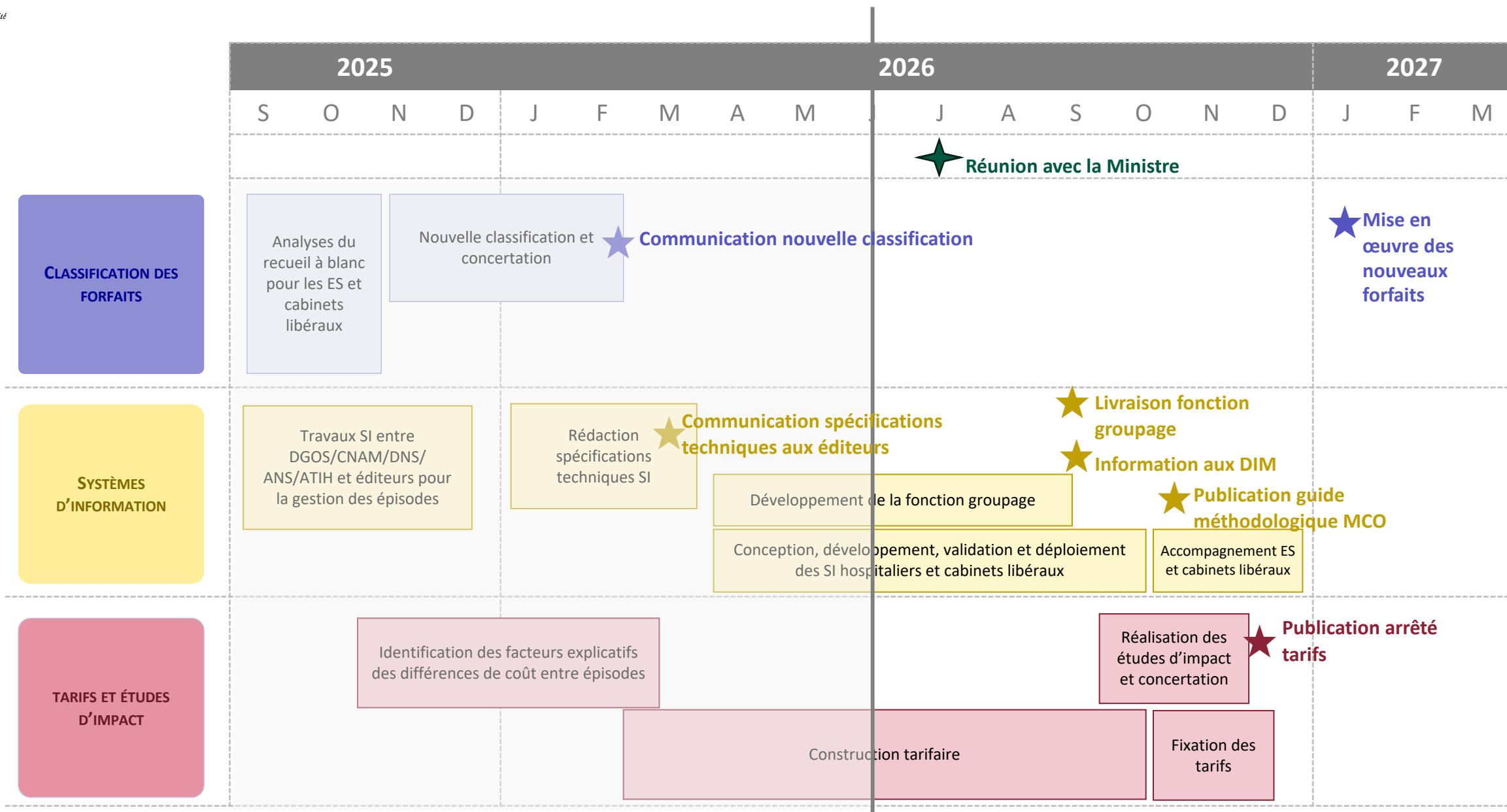
DOTATION MISSIONS  
SPÉCIFIQUES

Soutien aux établissements maintenant une offre de **proximité**, les **centres pédiatriques** et les **centres de recours**

*Financement mixte*

## Ordre du jour

- ⇒ Enjeux des deux réformes
- ⇒ **Focus sur la réforme du financement de la radiothérapie**
- ⇒ Focus sur la réforme du financement de la dialyse



# Le modèle de tarification actuel s'appuie sur une nomenclature obsolète et induit des différences significatives de tarification des actes entre le secteur hospitalier (public et EBNL) et le secteur libéral

EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :  
LA T2A N'INCITE PAS À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

PAIEMENT À LA SÉANCE DE  
RADIOTHÉRAPIE



SUPPLÉMENTS OU GHS  
MAJORÉS A LA SÉANCE

9 GHM donnant lieu à 17 GHS  
(ou forfaits) permettant la  
valorisation d'une séance de  
radiothérapie selon la  
technique utilisée

3 suppléments ou GHS majorés à la  
séance pour rendre compte de la  
complexité patient :

1. Âge (pédiatrie)
2. Anesthésie (actes CCAM)
3. Machine dédiée

EN LIBÉRAL :  
UNE FACTURATION A L'ACTE INCHANGÉE DEPUIS 2004

PAIEMENT À LA SÉANCE SELON :

1. La dose prescrite
2. Le champ considéré
3. La puissance de l'équipement

- ▶ **Très forte hausse** des dépenses de radiothérapie au-delà de l'augmentation stricte du nombre de patients
- ▶ Pas d'incitation aux **évolutions innovantes de prise en charge par la tarification à la séance ou à l'acte**

# Les nouvelles règles de financement introduites par la LFSS 2024 reposent sur un paiement à l'épisode de soins avec des suppléments pour certains cas spécifiques

## PAIEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS (OU TRAITEMENT)



## SUPPLÉMENTS LIÉS À LA COMPLEXITÉ PATIENT A LA SÉANCE OU À LA SÉQUENCE DE SOINS

### Episode de soins (ou traitement)

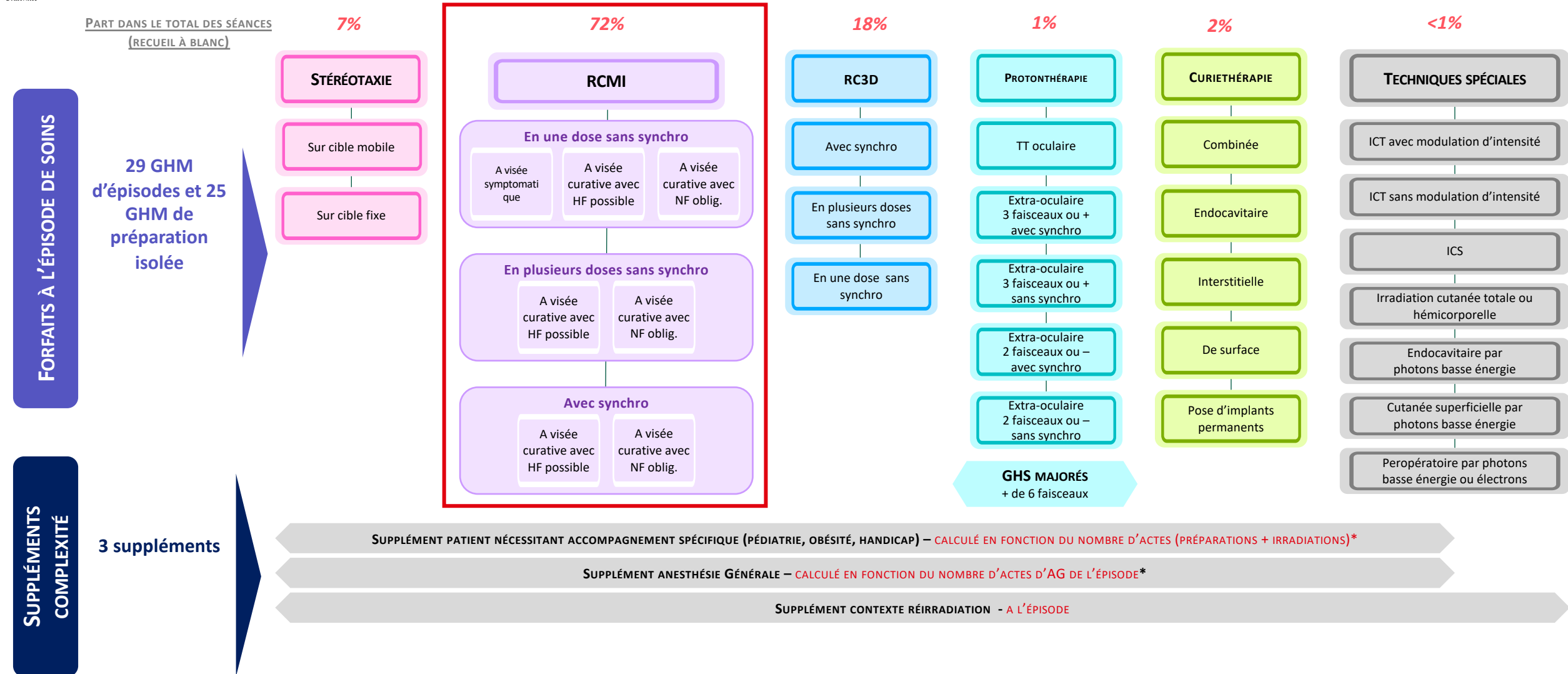
- Ensemble des actes réalisés (préparation, séances d'irradiation, gestes complémentaires, etc.) pour une indication (type de tumeur ou cancer) traitée par une technique d'irradiation donnée.
- Il **démarre par une préparation** et se **termine par de la dernière séance d'irradiation** réalisée pour cette indication.

La nouvelle classification repose sur 56 forfaits selon la technique de radiothérapie utilisée

### 3 suppléments de complexité retenus :

- 1 **Accompagnement spécifique** (pédiatrie, handicap, obésité massive)
- 2 **Anesthésie générale**
- 3 **Ré-irradiation**

# Cette nouvelle classification apporte un très grand niveau de précision pour la description des prises en charge

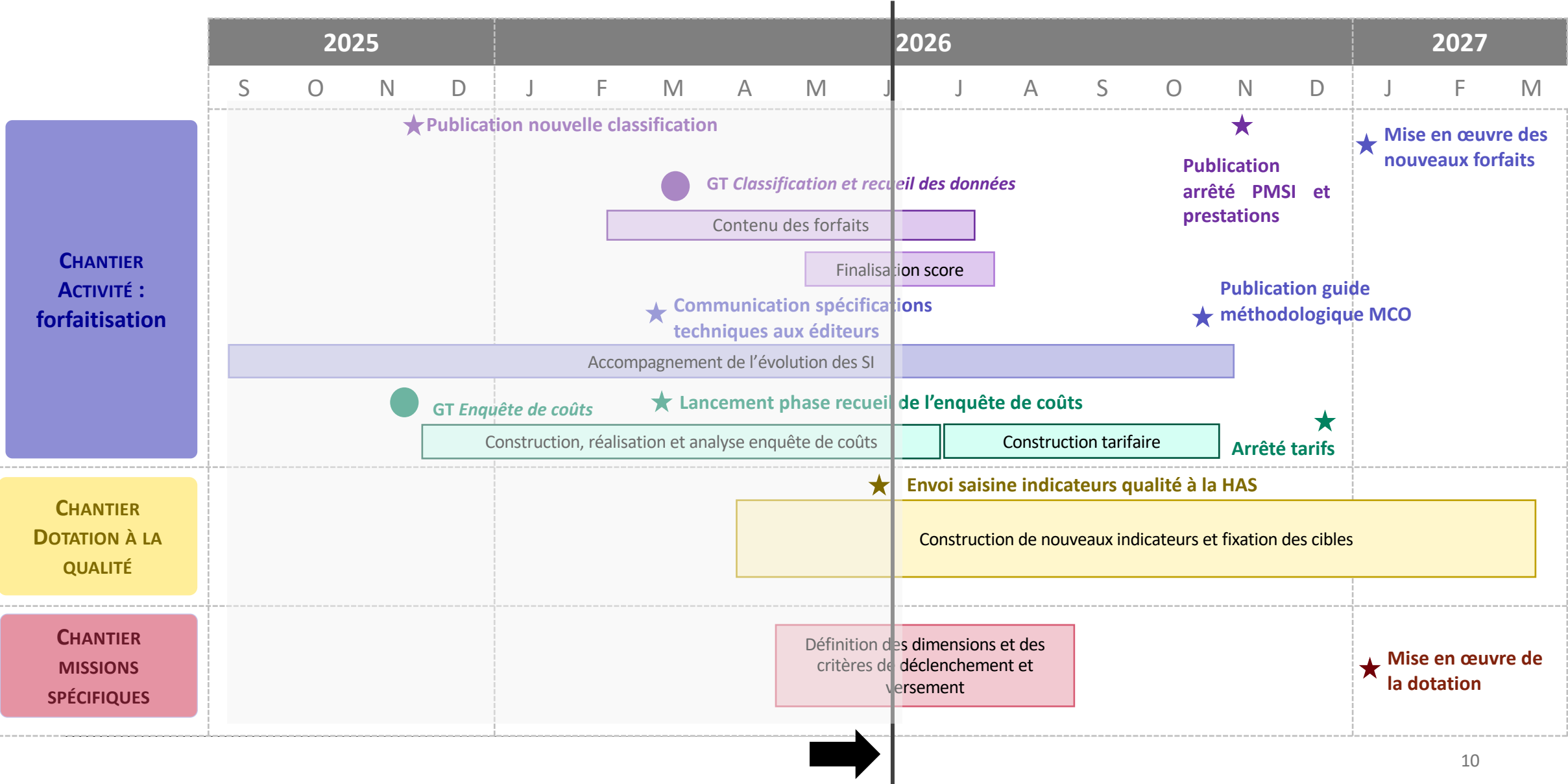


\* Les suppléments «nécessitant accompagnement spécifique » et « anesthésie générale » seront applicables en techniques spéciales uniquement sur l'ICT

## Ordre du jour

- ⇒ Enjeux des deux réformes
- ⇒ Focus sur la réforme du financement de la radiothérapie
- ⇒ **Focus sur la réforme du financement de la dialyse**

# Les travaux de la réforme du financement de la dialyse se poursuivent en conformité avec le calendrier proposé fin 2025, avec le lancement de l'enquête de coûts en mars 2026



## Le financement actuel de la dialyse se caractérise par une tarification à la séance



Le financement de la dialyse repose aujourd'hui sur **une seize forfaits/GHS** différents par secteur de soins, facturés à la séance de dialyse et fonction des modalités et techniques de dialyse

CENTRES LOURDS

GHS

HORS CENTRE

FORFAITS D



- Possibilité de facturer un GHS dialyse en sus d'un GHS d'hospitalisation
- Pratiquement aucune information médicale du patient n'est envoyée au PMSI, notamment concernant les forfaits D
- Les forfaits couvrent l'utilisation du matériel, les consommables, le personnel, la surveillance médicale

| Prestation | Code | Libellé                                                                                                              | ex-DG  | Ex-OQN |
|------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| GHS        | 9602 | Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances                                                       | 500,19 | 430,19 |
| Forfait    | D20  | Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée                                                          | 514,72 | 429,89 |
| GHS        | 9603 | Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances                                              | 468,85 | 400,66 |
| Forfait    | D21  | Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire                                                 | 482,61 | 400,62 |
| GHS        | 9604 | Entraînements à l'hémodialyse, en séances                                                                            | 640,77 | 427,33 |
| Forfait    | D24  | Forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée                                               | 645,58 | 424,18 |
| GHS        | 9617 | Hémodialyse, en séances                                                                                              | 627,49 | 400,48 |
| GHS        | 9605 | Hémodialyse, en séances                                                                                              | 386,95 | 280,22 |
| Forfait    | D11  | Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée                                                                | 308,12 | 280,19 |
| Forfait    | D12  | Forfait d'autodialyse simple                                                                                         | 293,99 | 268,69 |
| Forfait    | D13  | Forfait d'autodialyse assistée                                                                                       | 300,90 | 274,92 |
| Forfait    | D14  | Forfait d'hémodialyse à domicile                                                                                     | 262,58 | 243,71 |
| Forfait    | D15  | Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)                                                                     | 850,49 | 799,42 |
| Forfait    | D16  | Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)                                                           | 662,18 | 622,20 |
| Forfait    | D22  | Forfait de dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours          | 343,33 | 306,56 |
| Forfait    | D23  | Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours | 269,34 | 240,68 |

# Le modèle de tarification actuel de la dialyse basé sur des forfaits facturés à la séance manque de lisibilité et n’incite pas aux modalités autonomes ainsi qu’à une meilleure organisation de la prise en charge

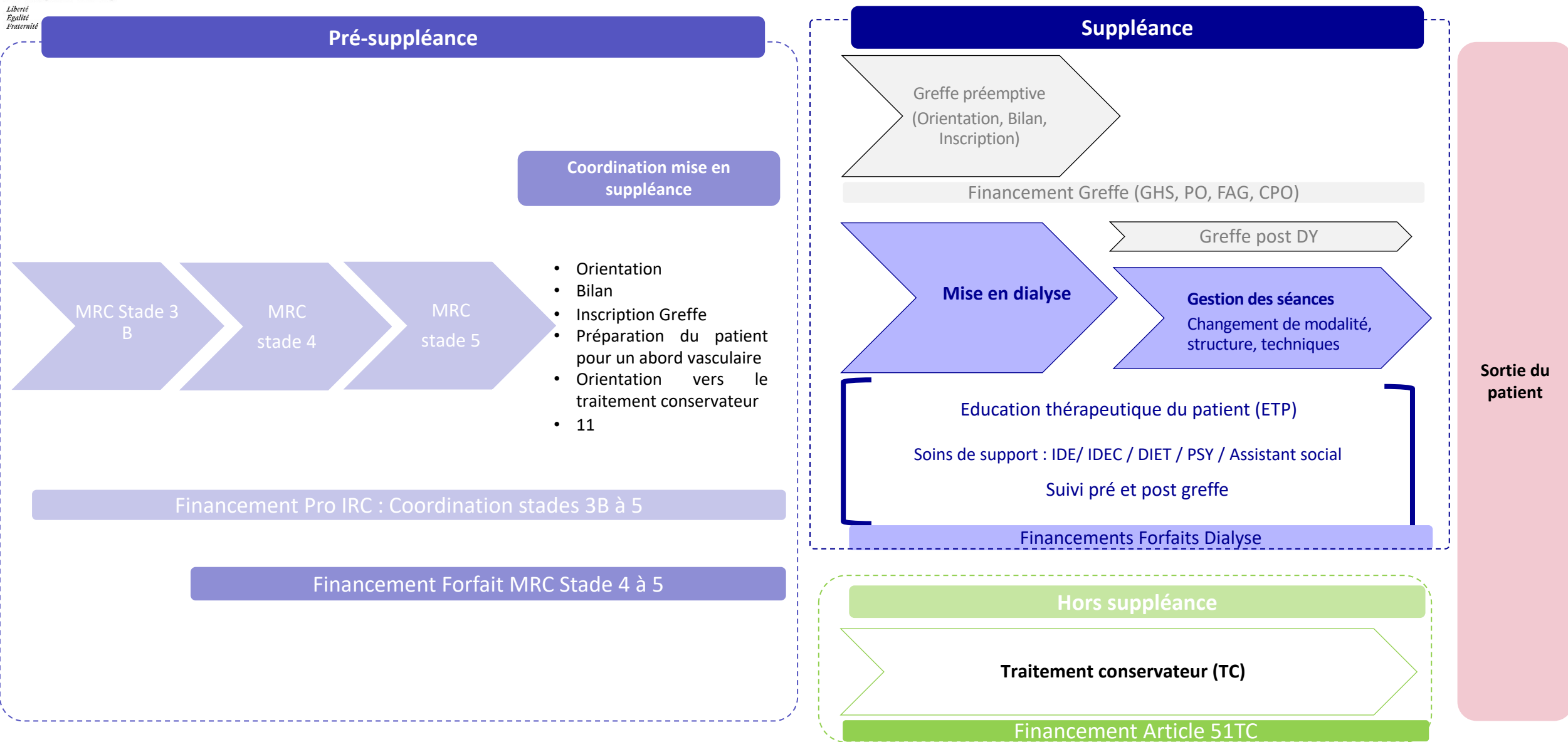
Direction générale de l’offre de soins

|                          | Centre lourd adulte | Centre lourd enfant | UDM        | UAD        | Domicile    |                     |
|--------------------------|---------------------|---------------------|------------|------------|-------------|---------------------|
| Fréquence de facturation | Séance              | Séance              | Séance     | Séance     | Hémodialyse | Dialyse péritonéale |
|                          |                     |                     |            |            | Séance      | Semaine             |
| Support de facturation   | GHS                 | GHS majorés         | Forfaits D | Forfaits D | Forfaits D  | Forfaits D          |

- ▶ Cette double classification entre les forfaits dialyse (forfaits D) et les GHS n’est pas pertinente et conduit à un **manque d’informations sur les patients dont les prestations sont facturées en forfaits D**
- ▶ La **coexistence de modalités de facturation** à la séance pour certaines prises en charge et à la semaine pour d’autres n’est pas très lisible pour les acteurs et pour les tutelles.
- ▶ La classification actuelle ne tient **pas compte de la complexité des patients**, ce qui limite la capacité du modèle à refléter la complexité réelle des prises en charge.
- ▶ Ce type de facturation à la séance ne tient pas compte **des résultats des traitements et n’intègre pas les frais supplémentaires** (soutien psychologique, surveillance nutritionnelle, etc.)



# La réforme du financement de la dialyse s'inscrit dans un contexte d'évolution du financement des différentes étapes du parcours de prise en charge de la MRC



# L'atteinte de l'ensemble des objectifs fixés nécessitent le déploiement d'un financement mixte combinant les 3 compartiments du MCO

1

Mieux organiser le parcours du patient

2

Encourager aux modalités de dialyse plus autonomes

3

Améliorer l'accès à la greffe

4

Garantir un maillage de l'offre de dialyse

## COMPARTIMENT À L'ACTIVITÉ

- Définition de forfaits de **séquence de soins hebdomadaires de dialyse**
- Modulés en fonction des **techniques, modalités, horaires** et des **caractéristiques patient**
- Complétés par des **suppléments pour les situations de transition et repli**

## COMPARTIMENT À LA QUALITÉ ET A LA PERTINENCE

- Prise en compte **d'indicateurs d'expérience patient, cliniques et de coordination**

## DOTATION MISSIONS SPÉCIFIQUES

- Soutien financier aux établissements jouant un rôle spécifique dans l'organisation de l'offre sur le territoire (déploiement d'une **offre de proximité** et de **centres de recours**)

# La classification pour l'EEV en 2027 évoluera pour prendre en compte les propositions effectuées par le CNP de néphrologie et soutenues par les associations de patients et les fédérations

## COMPARTIMENT À L'ACTIVITÉ

### PAIEMENT À LA SÉQUENCE DE SOINS (SEMAINE CALENDRAIRE)

#### Séquence de soins (semaine de dialyse)

- Ensemble des séances réalisées sur la semaine
- Inclut aussi l'accompagnement et suivi du patient
- Tarification selon le type de prise en charge, technique, la modalité, l'horaire et la **complexité\***
- Facturation à la séquence hebdomadaire
- Notion de complétude de séquence

La nouvelle classification publiée reposait sur 82 forfaits

#### Complexité :

- De niveau 0
- De niveau 1
- De niveau 2

Définition du niveau de complexité sur la base d'un **score** calculé à partir des données liées aux comorbidités du patient



### SUPPLÉMENTS LIÉS À AUX PÉRIODES À RISQUES DANS LE PARCOURS DU PATIENT

En janvier 2026, le CNP a proposé la création de modalités de financement spécifiques des phases de **transition** et de **repli** représentant des périodes à risque pour les patients

2 suppléments sont proposés:

1

#### Transition

Soins de support et ETP additionnel pour 2 situations différentes :

- autonomisation du patient
- perte d'autonomie/aggravation

2

#### Repli pour hospitalisation

Augmentation de la charge en soins pour l'UM de dialyse lors de l'hospitalisation du patient

# Le score sera calculé sur la base des codes CIM-10 des diagnostics associés

| COMPARTIMENT À L'ACTIVITÉ                                                |                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Diagnostic marqueur de complexité du patient                             | Code(*s) CIM-10 |
| <b>Cirrhose et classe selon Child-Pugh</b>                               |                 |
| Présence d'une coronaropathie ou antécédent d'angioplastie ou de pontage |                 |
| Arterite et stade                                                        |                 |
| Présence d'insuffisance respiratoire chronique ou BPCO                   |                 |
| <b>Insuffisance cardiaque et classe NYHA</b>                             |                 |
| Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire      |                 |
| Capacité à la marche                                                     |                 |
| Indice de masse corporelle                                               |                 |
| Antécédent d'infarctus du myocarde                                       |                 |
| <b>Taux d'albuminémie en g/L</b>                                         |                 |
| Présence de troubles du comportement                                     |                 |
| Présence de troubles visuels sévères                                     |                 |
| Nécessité d'oxygénothérapie ou d'assistance respiratoire à domicile      |                 |
| Cancer actif                                                             |                 |
| Présence d'hémi-paraplégie                                               |                 |



Des travaux sont en cours avec l'ABM pour faire la **correspondance entre code CIM-10 et impact sur le score de complexité**



Nos données  
au service  
de la Santé

# RÉFORMES DE FINANCEMENT : DIALYSE ET RADIOTHÉRAPIE

Journées du Grand Sud

19 Juin 2026

# RÉFORME DIALYSE

Déclinaison technique



## Principes du recueil

### Financement en forfaits hebdomadaires :

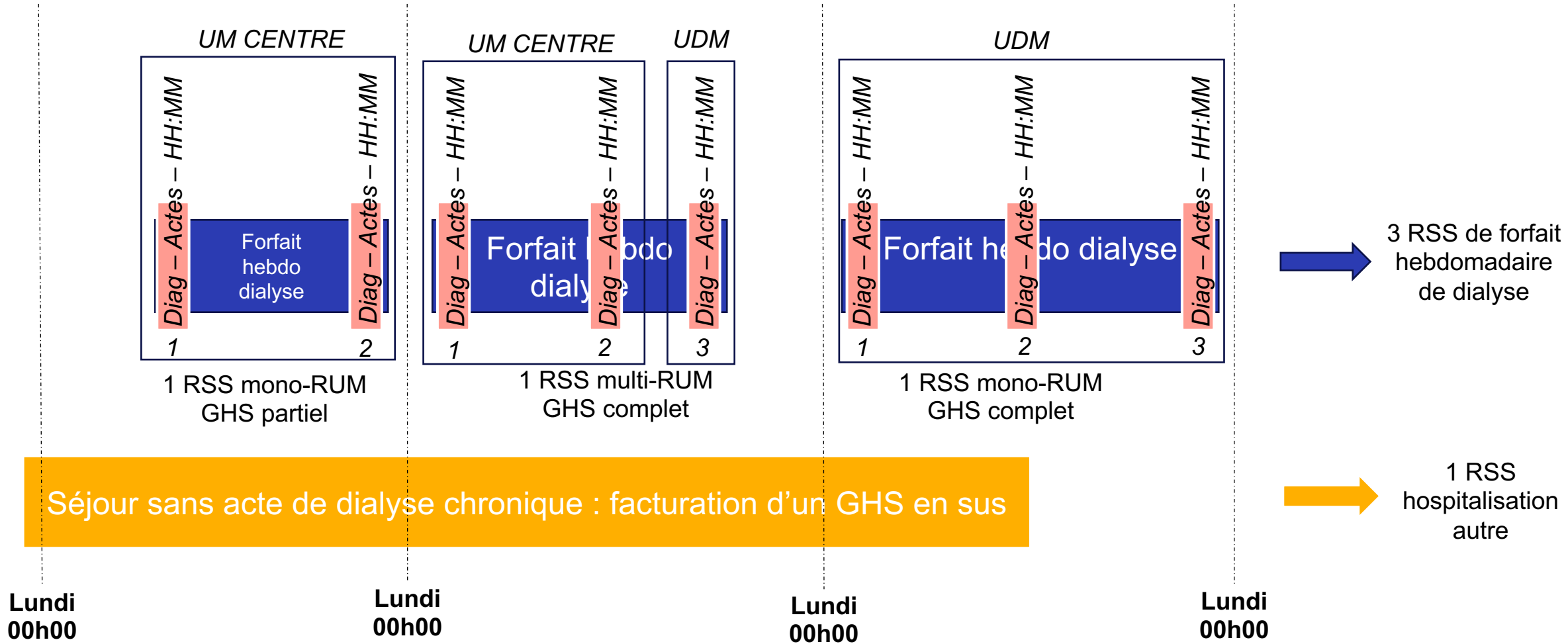
- Sous forme de **séquence de soins hebdomadaire** regroupant l'ensemble des séances de dialyse chronique d'une semaine calendaire
- Les informations sont portées par des RSS dans tous les cas

### En remplacement de l'ancien modèle :

- disparition des forfaits en D (D11 à D16, D20 à D24 et DTP)
- disparition des GHM 28Z01Z à 28Z04Z et GHS 9602 à 9605 et 9617
- disparition des vecteurs RSF pour les séances de dialyse
- disparition du vecteur FICHCOMP dialyse péritonéale et des modalités de comptabilisation des actes de dialyse chronique en sus

**Tous les établissements transmettent des RSS (ex-DG et ex-OQN)**

# Réforme dialyse - exemples





## Informations à recueillir

### Création d'une nouvelle CMD29 :

- Motif d'admission porté par le diagnostic principal [CIM-10] (Z49.3 Prise en charge forfaitisée de dialyse)

### Liste de nouveaux GHM :

- Type et technique de dialyse chronique portés par les actes de dialyse chronique [CCAM descriptive]

### GHS selon les informations suivantes :

- Modalité de réalisation des actes de dialyse via les types d'unité médicale [Nomenclature des UM]
- Plage horaire des actes de dialyse via les dates-horaires de début et fin des actes [Horaire]
- Comorbidités du patient pris en charge, portées par les diagnostics associés [CIM-10]
- ( Dénombrement des actes réalisés durant la semaine [CCAM] ) => calculé

### Suppléments :

- Supplément de **transition** (SDT) porté par les diagnostics associés [CIM-10]
- Supplément de **repli** (SDR) porté par les diagnostics associés [CIM-10]

Nomenclatures : actes, diagnostics et unités médicale



| Code UM | Libellé          | Modalité      |
|---------|------------------|---------------|
| 21      | HD centre adulte | centre adulte |
| 22      | HD centre enfant | centre enfant |
| 23      | HD UDM           | udm           |
| 34      | HD autodialyse   | autodialyse   |
| 35      | HD domicile      | domicile      |
| 36      | DP domicile      |               |
| 37      | Saisonnière      | xxx           |

Actes de dialyse chronique (CCAM descriptive)

|         |                                                                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JVJB001 | Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale                                                                                |
|         | XXXXXXX Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale automatisée pour insuffisance rénale chronique                         |
|         | YYYYYYY Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale continue ambulatoire pour insuffisance rénale chronique                |
| JVJF004 | Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique                                                     |
| JVJF008 | Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique |
| JVRP004 | Séance d'entraînement à l'hémodialyse                                                                                                 |
| JVRP007 | Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée                                                                            |
| JVRP008 | Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire                                                                   |

| Diagnostic marqueur de complexité du patient                             | Code(-s) CIM-10                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Cirrhose et classe selon Child-Pugh                                      | K743-àK746;K700;K703                                                        |
| Présence d'une coronaropathie ou antécédent d'angioplastie ou de pontage | I20-;I24-;I25-(sauf I252)                                                   |
| Antécédent d'infarctus du myocarde                                       | I21-,I22-;I23-;I252                                                         |
| Arterite et stade                                                        | I7020;I7021                                                                 |
| Présence d'insuffisance respiratoire chronique ou BPCO                   | J41-àJ47-;Z942                                                              |
| Insuffisance cardiaque et classe NYHA                                    | I50-;Z950;Z941                                                              |
| Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire      | Z8660;Z8670;I69-                                                            |
| Capacité à la marche                                                     | R26-<br>E6606;E6607;E6616;E6617;<br>E6626;E6627;E6686;E6687;<br>E6696;E6697 |
| Indice de masse corporelle en kg/m²                                      | E43                                                                         |
| Taux d'albuminémie en g/L                                                | F00-àF31-<br>H540;H541;H542                                                 |
| Présence de troubles du comportement                                     | Z991-                                                                       |
| Présence de troubles visuels sévères                                     | C-;D-(sauf bénins)                                                          |
| Nécessité d'oxygénothérapie ou d'assistance respiratoire à domicile      | G81-,G82-,G83-                                                              |
| Cancer actif                                                             |                                                                             |
| Présence d'hémi-paraplégie                                               |                                                                             |



### Les RSS de séquence hebdomadaire :

- Les RSS contiennent tous les actes de dialyse chronique d'une même semaine calendaire
- Les dates d'entrée et sortie des RUM et des actes se succèdent ainsi :  
*lundi 00h00 <= DD:HH fin acte<sub>1</sub> RUM<sub>1</sub> ... <= DD:HH fin acte<sub>n</sub> RUM<sub>1</sub> <= date sortie RUM<sub>1</sub> <= ... <= date entrée RUM<sub>n</sub> <= DD:HH début acte<sub>1</sub> RUM<sub>n</sub> <= ... <= DD:HH fin acte<sub>n</sub> RUM<sub>n</sub> <= date fin RUM<sub>n</sub> <= dimanche 23h59*
- L'appartenance d'un acte à une séquence dépend de la **date de fin de réalisation de l'acte**
- Les **GHS** seront quant à eux transmis avec des **dates de facturation correspondant au début du premier acte et à la fin du dernier acte de la séquence**

### Séquences et séjours concomitants :

- Il est possible de produire **un ou plusieurs RSS de dialyse par NDA mais pas l'inverse**
- **Les RSS de dialyse chronique peuvent coexister avec d'autres RSS** afin de respecter les règles de financement en sus des GHS de dialyse chronique
- En cas d'hospitalisation concomitante au séjour de dialyse **deux RSS et préférentiellement deux NDA différents sont attendus**



## Urbanisation des outils de recueil

### Nécessité, pour tous, de produire, contrôler et transmettre les RSS

Les informations recueillies préexistent car utiles aux soins ou mobilisées dans le registre REIN  
Les schémas d'interopérabilité prévoient leur prise en charge (diagnostics, actes, horaires, UM)  
Toutefois **l'urbanisation de leur recueil est rarement déjà en place**

**Les informations d'horaires de début et fin des actes ainsi que les diagnostics CIM-10 doivent être propagés depuis les logiciels métiers, spécialisés ou non, jusqu'au logiciel PMSI, en plus des informations déjà mobilisées dans le modèle préexistant**

### Risques GAP :

- Neutralisation des données médicales selon les flux
- Neutralisation des horaires des actes selon les flux



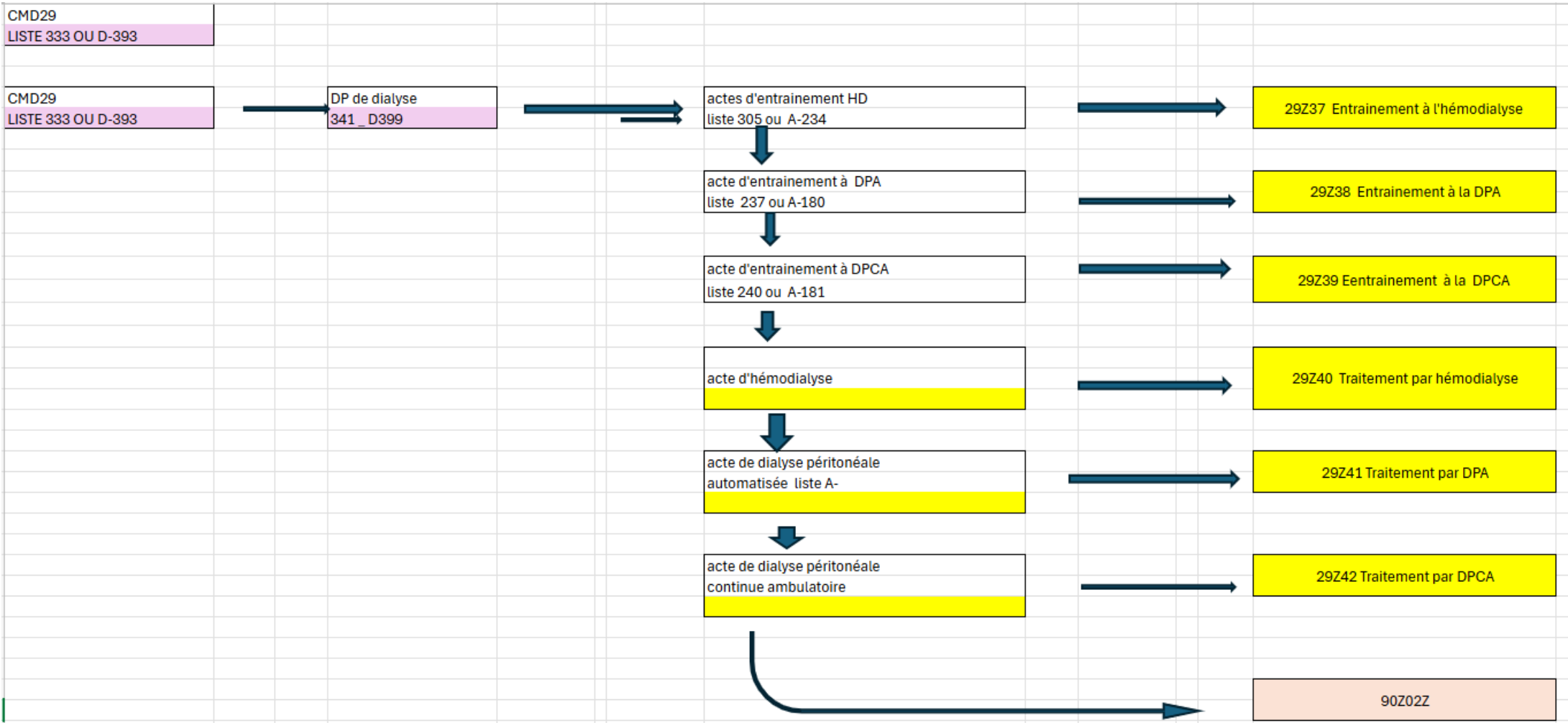
## Précisions complémentaires

- Seuils variables pour **forfait complet ou partiel** ([3] sauf si DP [6] ou HD à domicile de jour [5])
- La variable **nombre de réalisations de l'acte** doit prendre obligatoirement la **valeur 1**
- Les **UM et actes** sont dédiées au codage de l'**IRC exclusivement**
- Pas d'évolution prévue concernant les GHS facturable en sus
- L'autorisation des unités de dialyse saisonnière (37) ne doit pas être renseignée dans le PMSI, seules les autorisations correspondant à des modalités de dialyse doivent être transmises

# Modifications du format de la zone d'acte dans le RSS

|    |                  |                                         |     |     |     |         |          |     |               |                                                                                               |                                                                        |
|----|------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|---------|----------|-----|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 58 | Zone d'acte n° 1 | Date de fin de réalisation              | 8   |     |     | Date    | JJMMAAAA | O   | NA/NA         | Correspond à la variable "Date de réalisation" dans les versions précédentes du format du RSS | Bloquant si non renseigné                                              |
| 59 |                  | Horaire de fin de réalisation           | 4   |     |     | Horaire | HHMM     | C   | Gauche/Espace |                                                                                               | Obligatoire si DP = Z49.3 (sauf pour les actes de dialyse péritonéale) |
| 60 |                  | Date de début de réalisation            | 8   |     |     | Date    | JJMMAAAA | C   | Gauche/Espace |                                                                                               | Obligatoire si DP = Z49.3                                              |
| 61 |                  | Horaire de début de réalisation         | 4   |     |     | Horaire | HHMM     | C   | Gauche/Espace |                                                                                               | Obligatoire si DP = Z49.3 (sauf pour les actes de dialyse péritonéale) |
| 62 |                  | Code CCAM                               | 7   |     |     | A       | CCAM     | O   | NA/NA         |                                                                                               |                                                                        |
| 63 |                  | Extension PMSI                          | 3   |     |     | A**     | CCAM     | C   | NA/Espace     |                                                                                               | Si l'extension existe alors obligatoire                                |
| 64 |                  | Phase                                   | 1   |     |     | A*      | CCAM     | O   | NA/NA         |                                                                                               |                                                                        |
| 65 |                  | Activité                                | 1   |     |     | A*      | CCAM     | O   | NA/NA         |                                                                                               |                                                                        |
| 66 |                  | Extension documentaire                  | 1   |     |     | A*      | CCAM     | C   | Gauche/Espace |                                                                                               |                                                                        |
| 67 |                  | Modificateurs                           | 4   |     |     | A*      | CCAM     | F   | Gauche/Espace |                                                                                               |                                                                        |
| 68 |                  | Remboursement exceptionnel              | 1   |     |     | A*      | CCAM     | F   | Gauche/Espace |                                                                                               |                                                                        |
| 69 |                  | Association non prévue                  | 1   |     |     | A*      | CCAM     | F   | Gauche/Espace |                                                                                               |                                                                        |
| 70 |                  | Nombre de réalisations de l'acte n° nZA | 2   |     |     | N       | Entier   | O   | Droite/Zéro   |                                                                                               | égal à 1 si acte de dialyse                                            |
| 71 |                  | Filler                                  | 3   |     |     | A*      |          | F   | Gauche/Espace |                                                                                               |                                                                        |
| 72 | ...              |                                         | *48 | ... | ... |         |          | ... | ...           | ...                                                                                           |                                                                        |

Arbre classificatoire en GHM :





Classification post-GHM selon les combinaisons des variables suivantes :

- **Typologies d'autorisation** de dialyse chronique portées par les **unités médicales**, renseignés via les UM
- **Plage horaire de réalisation des actes de dialyse** : nuit (>6h et minuit inclus), soirée (21h inclus), journée (autres cas), renseignés à partir des horaires de début et fin des actes
- **Score ABM de complexité du patient** pris en charge, déterminé à partir des diagnostics associés renseignés en CIM-10 (3 classes de complexité)
- **Complétude de la séquence**, calculé à partir du nombre d'acte total transmis dans la séquence (seuils à 3, 5 ou 6 selon actes, UM et plages horaire)

=> nombre important de combinaisons attendues

## **Règles de production (contrôles et précedence)**

**Un seul RSS hebdomadaire : rejet en cas de RSS de dialyse multiples pour une même semaine calendaire**

**Erreur de groupage en cas de :**

- dialyse péritonéale en UDM ou UAD
- entraînement en UAD ou Domicile

**Règles de précedence pour déterminer les GHM et GHS portés par la fonction de groupage :**

- GHM : Technique (Entraînement > HD > DPA > DPCA)
- GHS : Modalité (Centre enfant > Centre adulte > UDM > UAD > Domicile) > Horaires (Nuit > Soirée > Journée) > Diagnostics associés (score de complexité)
- En cas de RUM et/ou techniques multiples : technique > modalité > horaires

## Prochaines étapes des travaux



**Enquête de couts : clôture et analyse des données**

**Définition des GHS et tarifs afférents avec suppléments**

**Consignes de recueil**

**Inscription en 2027 d'une nouvelle subdivision de code CIM10-FR à usage PMSI**

- Z49.3 : « Prise en charge forfaitisée de dialyse »
- Code diagnostic de repli
- Code diagnostic de transition

**Déclinaison d'actes nouveaux en CCAM descriptive**

- Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale automatisée pour IRC
- Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale continue ambulatoire pour IRC



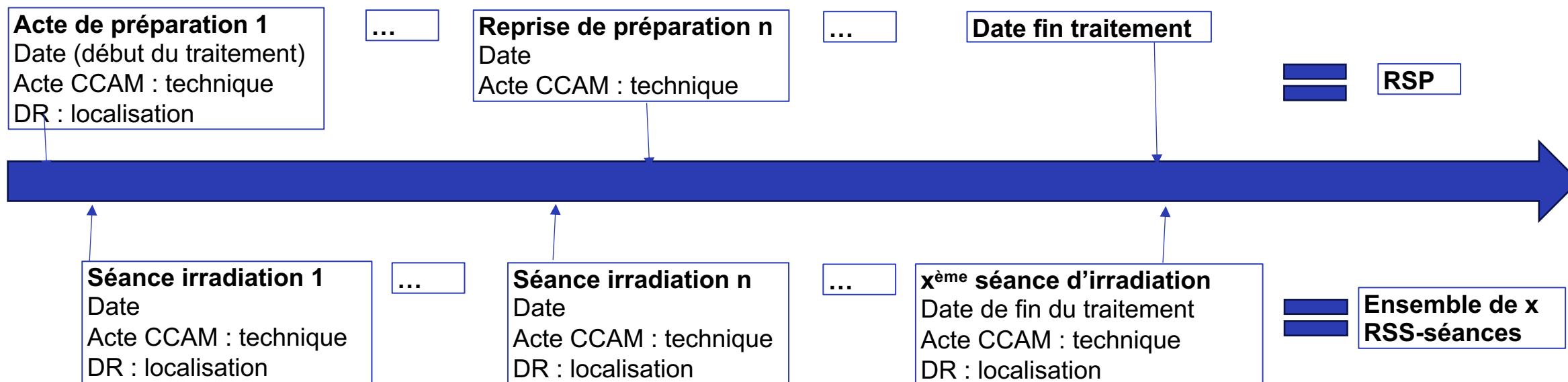
# Questions / Réponses Echanges

# RÉFORME RADIOTHÉRAPIE

# Recueil radiothérapie : rappel de l'existant

## Deux types de RSS particuliers :

- **RSP** : financement GHM de préparation
- **RSS-séances** : financement à la séance



# Principes du recueil d'un épisode de soins

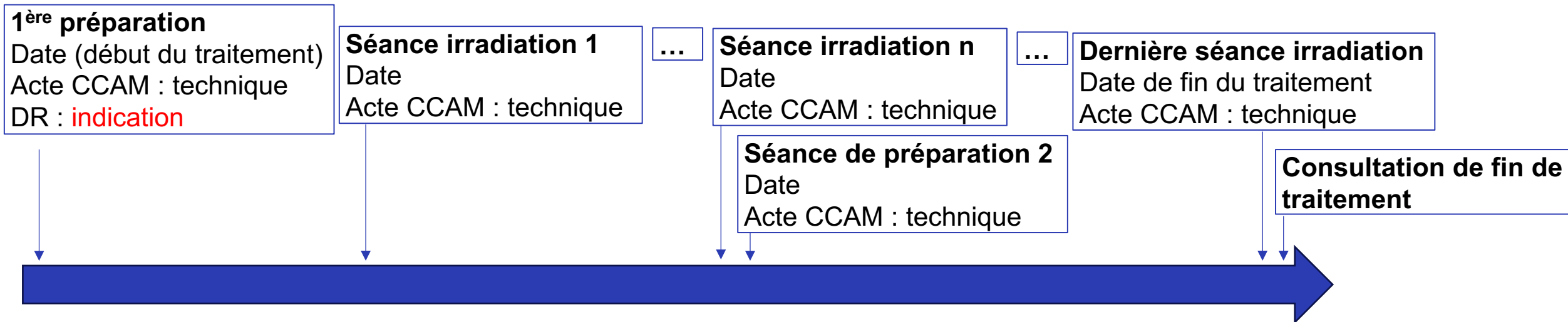
## Episode de soins = un traitement de radiothérapie

- Une indication donnée (le plus souvent, un type de tumeur ou de cancer ; parfois un symptôme)
- Traitée par une technique d'irradiation donnée (prescription médicale)

Il **démarre** avec un acte CCAM de préparation.

Il comprend le codage de chaque séance d'irradiation réalisée, des actes d'anesthésie et des éventuels gestes complémentaires associés (actes CCAM).

Il **se termine** avec la consultation de fin de traitement (le plus souvent réalisée lors de la dernière séance d'irr.).



**L'ensemble des données d'un épisode de soins sont colligées dans un seul RSS** : dates de début et fin, DP/DR/DAS, actes CCAM, autres variables...



## Application de la réforme

### Financement en forfait(s) à l'épisode de soins (= un traitement)

- En radiothérapie, un traitement regroupe l'ensemble des actes réalisés (préparation, séances d'irradiation, gestes complémentaires, etc.) pour une indication (type de tumeur ou cancer) traitée par une technique d'irradiation donnée : définies par la prescription médicale (et par extension la Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle).
- Il démarre lors de la préparation (imagerie de centrage) et se termine lors de la dernière irradiation réalisée pour cette indication.

### Le dossier administratif de radiothérapie (en établissement de santé)

Il se traduit par un dossier administratif unique avec un seul NDA.

Il peut être composée :

- d'un seul traitement dans la majorité des cas (estimation 95% des cas sur la base du recueil à blanc 2025)
- ou de plusieurs traitements en cas de cancers multiples, présence de métastase(s) à traiter, ou la nécessité d'utiliser plusieurs techniques d'irradiation pour la même tumeur

Il démarre lors de sa première venue dans le service de radiothérapie, et se termine lors de la dernière séance des différents traitements prévus (-> fermeture du dossier administratif)

### Pour appliquer le modèle (1 traitement = facturation d'1 forfait) en établissement de santé

- Fin du système actuel RSP et RSS-séances
- Produire 1 RSS par traitement réalisé pour le décrire médicalement = 1 RSS par préparation réalisée
- Fonction groupage : 1 RSS -> 1 GHS -> 1 forfait (+ suppléments)



## Classification et information médicale

### Création d'une nouvelle CMD29

Liste de nouveaux GHM : forfaits par type de techniques, déclinés en GHS  
Si pas d'acte d'irradiation : GHM de préparation sans irradiation  
+ Suppléments

### Inscription en 2027 d'une nouvelle subdivision de code dans la CIM10-FR à usage PMSI

*Z51.02 Prise en charge forfaitisée de radiothérapie*

*À utiliser pour l'enregistrement d'un traitement de radiothérapie*

*À l'exclusion de : Z51.00 Préparation à une radiothérapie*

*Z51.01 Séance d'irradiation*

Z51.00 et Z51.01 seront toujours utilisés pour des séjours groupant en CMD17  
+ transitoirement pour les traitements à cheval sur la fin d'année 2026 (cf plus loin)

### Inscription pour 2027 d'une nouvelle liste d'actes CCAM par la CNAM

- 75 nouveaux actes pour décrire l'activité de radiothérapie
  - Remplacent les actes actuels des chapitres 17.04, 17.05 et 19.01.10
- A noter, persistance transitoire des codes actuels pour les traitements à cheval fin d'année 2026
- Travaux en cours ; seront ajoutés d'ici fin 2026 dans le format NX habituel
- Diffusion anticipée de la liste des actes (codes et libellés) aux éditeurs

## Actes CCAM

**Redescription réalisée par le Haut Conseil des Nomenclatures (HCN)** – en charge de la refonte de la CCAM en cours

Décrivent les différentes techniques d'irradiation, ainsi que différents niveaux de technicité (1 ou plusieurs niveaux de doses + synchronisation respiratoire pour la RCMI)

Décrivent les différentes modalités de contrôle par imagerie : gestes complémentaires

| Codes CCAM | Libellés actes                                                                                                                                          | Codes CCAM | Libellés actes                                                                                                                            |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ZZMP882-01 | Préparation à une radiothérapie stéréotaxique sur cible fixe                                                                                            | ZZNL877-01 | Séance de radiothérapie stéréotaxique par photons sur cible fixe                                                                          |
| ZZMP884-01 | Préparation à une radiothérapie stéréotaxique sur cible mobile                                                                                          | ZZNL833-01 | Séance de radiothérapie stéréotaxique par photons sur cible mobile                                                                        |
|            |                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                           |
| ZZMP838-01 | Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec un niveau de dose, sans synchronisation respiratoire          | ZZNL813-01 | Séance de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] par photons haute énergie, sans synchronisation respiratoire |
| ZZMP848-01 | Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec plusieurs niveaux de doses, sans synchronisation respiratoire | /          | /                                                                                                                                         |
| ZZMP893-01 | Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec un niveau de dose, avec synchronisation respiratoire          | ZZNL846-01 | Séance de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] par photons haute énergie, avec synchronisation respiratoire |
| ZZMP812-01 | Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec plusieurs niveaux de doses, avec synchronisation respiratoire | /          | /                                                                                                                                         |



## Données et variables du recueil

### Données nécessaires pour le groupage en CMD29

- DP : **Z51.02** (nouveau code CIM-10 FR ajouté pour 2027)
- DR : précisant **l'indication** (tumeur/cancer ou symptôme traité)
  - Si symptôme en DR, coder la tumeur/cancer en DAS
- Technique d'irradiation, 1 ou plusieurs niveaux de doses, synchronisation respiratoire : **actes CCAM**
- Thérapie concomitante : **nouvelle variable du RSS** (définition en cours validation avec radiothérapeutes)
- Contexte post-opératoire : **nouvelle variable du RSS** (définition en cours validation avec radiothérapeutes)
- Nombre de tumeurs ou lésions traitées : **nouvelle variable du RSS**

### Données nécessaires pour les suppléments

- Pédiatrie : DDN (âge)
- Handicap et obésité massive : codage CIM-10 en DAS
- Anesthésie générale : Acte CCAM
- Réirradiation : codage CIM-10 en DAS

### Données facultatives en 2027 (descriptives dans un 1er temps)

- Repositionnement surfacique, contrôle quotidien imagerie (portale, scanner, CBCT ou IRM) : actes CCAM
- Radiothérapie adaptative online ou offline : **nouvelle variable du RSS** —————> Mise en cible dans le recueil pour intégration dans la feuille de route des standards d'interopérabilité

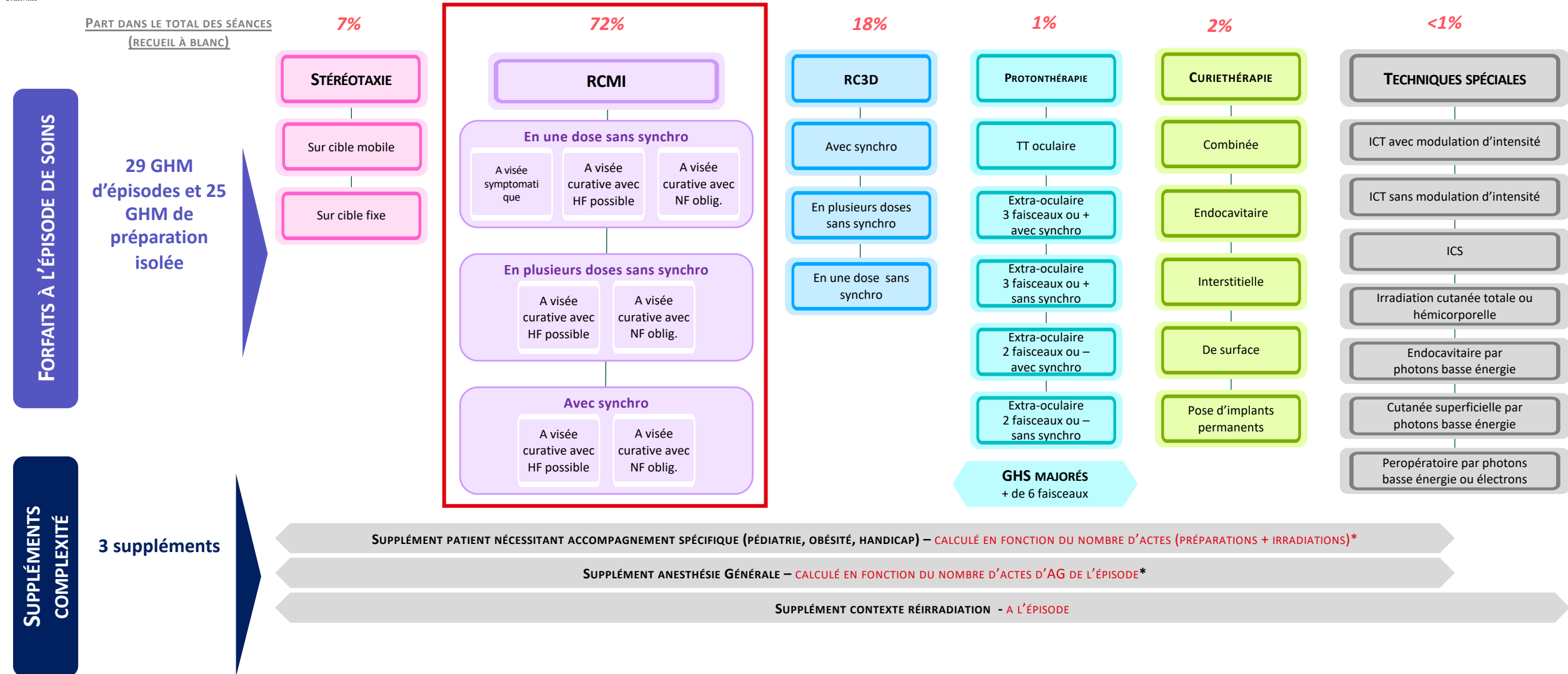
# Modifications du format du RSS (et RSA)

## Ajout des 4 nouvelles pour la radiothérapie dans le RSS :

|    |                                                               |    |     |     |     |               |     |               |                                                                                           |                                                     |
|----|---------------------------------------------------------------|----|-----|-----|-----|---------------|-----|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 43 | Non Programmé (NP)                                            | 1  | 170 | 170 | A*  | Liste         | F   | Gauche/Espace | 1 : oui, 2 : non                                                                          |                                                     |
| 44 | Passage par une structure des urgences                        | 1  | 171 | 171 | A*  | Liste         | F   | Gauche/Espace | 5 : urgences de l'EG,<br>U : urgences d'une autre EG,<br>V : 5 et U                       |                                                     |
| 45 | Filler                                                        | 4  | 172 | 175 | A*  |               | F   | Gauche/Espace |                                                                                           |                                                     |
| 46 | Zone réservée                                                 | 3  | 176 | 178 | A*  |               | F   | NA/Espace     |                                                                                           |                                                     |
| 47 | Traitement radiosensibilisant concomitant à une radiothérapie | 1  | 179 | 179 | A*  | Liste         | C   | Gauche/Espace | 1 : oui, 2 : non                                                                          | Obligatoire si DP = Z51.02                          |
| 48 | Radiothérapie en contexte post-opératoire                     | 1  | 180 | 180 | A*  | Liste         | C   | Gauche/Espace | 1 : oui, 2 : non                                                                          | Obligatoire si DP = Z51.02                          |
| 49 | Nombre de tumeurs traitées en radiothérapie                   | 2  | 181 | 182 | N   | Entier        | C   | Droite/Zéro   | [0-99]<br>0 : non                                                                         | Obligatoire si DP = Z51.02                          |
| 50 | Radiothérapie adaptative                                      | 1  | 183 | 183 | A*  | Liste         | F   | Gauche/Espace | 1 : oui, radiothérapie adaptative "online"<br>2 : oui, radiothérapie adaptative "offline" |                                                     |
| 51 | Filler                                                        | 8  | 184 | 191 |     |               |     |               |                                                                                           |                                                     |
| 52 | DA n° 1                                                       | 8  | 192 | 199 | A*  | CIM10-PMSI-FR | O   | Gauche/Espace |                                                                                           | Le nombre de DA doit coïncider avec la variable nDA |
| 53 | .....                                                         | *8 |     |     | ... |               | ... | ...           |                                                                                           |                                                     |
| 54 | DA n° nDA                                                     | 8  |     |     | A*  | CIM10-PMSI-FR | C   | Gauche/Espace |                                                                                           |                                                     |

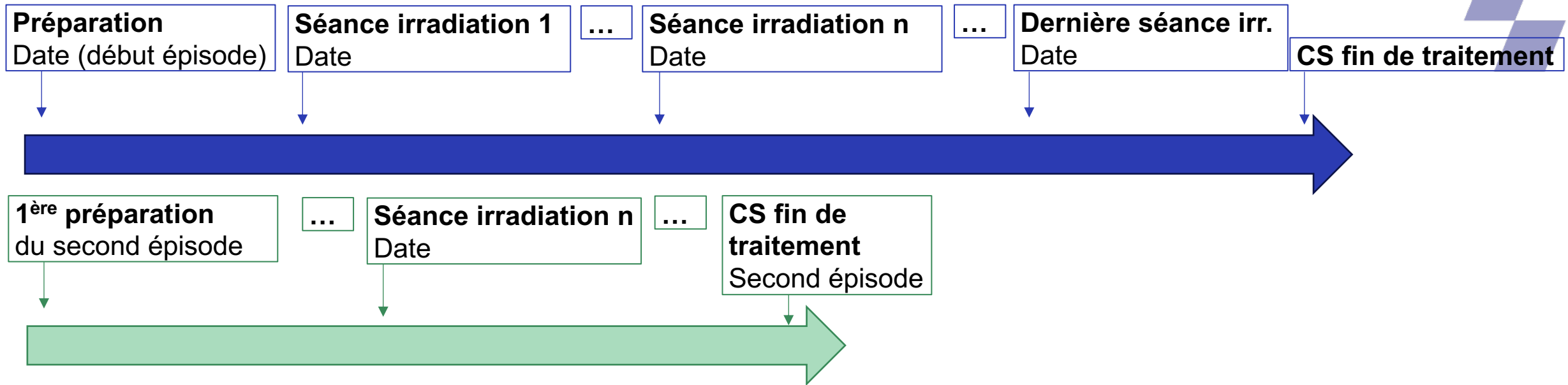
**A noter**  
Plus haut dans le format : ajout d'1 caractère à la variable *Nombre de zone d'actes (nZA)* dans ce *RUM* ➡ Décalage de plusieurs variables d'un caractère.

# Cette nouvelle classification apporte un très grand niveau de précision pour la description des prises en charge



\* Les suppléments «nécessitant accompagnement spécifique » et « anesthésie générale » seront applicables en techniques spéciales uniquement sur l'ICT

# Cas particulier : deux traitements en parallèle



## Exemple :

- 1 épisode de 25 séances de RCMi pour traiter un cancer de l'utérus
- 1 épisode de 5 séances de stéréotaxie pour traiter 2 métastases cérébrales

**Distinguer un épisode** pour chaque indication ou pour chaque technique utilisée.

Décrire chaque épisode (traitement) dans des RSS distincts. Ils peuvent avoir des dates de débuts et de fin différentes.

Il est recommandé d'ouvrir un numéro de séjour (NDA/IEP) différent pour chaque épisode. Mais il sera autorisé de transmettre des RSS avec le même numéro de séjour (NDA/IEP)



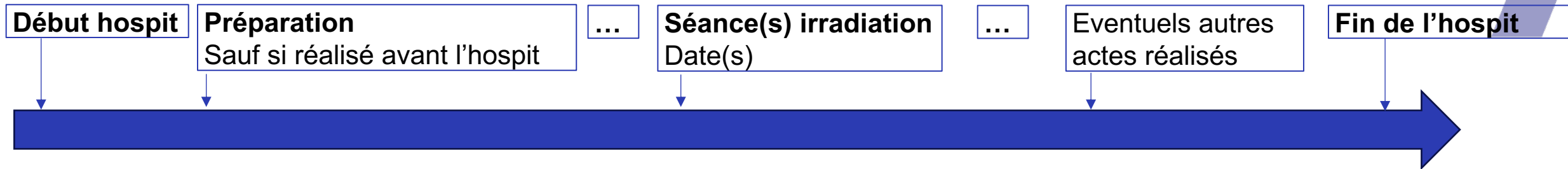
## Quelques questions des éditeurs

### « Peut-on considérer qu'un épisode commence toujours par un acte de préparation ? »

- Oui, un épisode de soins commence systématiquement par un acte de préparation.
- Important de différencier les préparations initiales et les reprises de préparation.
- Les reprises ne doivent pas déclencher de nouvel épisode ou de RSS différent : code acte CCAM différent pour les reprises de préparation en cours de traitement.

### « Est-il possible de saisir des séances sur des UM différentes ? Ou les actes seront forcément associés à l'autorisation 42 ? »

- Un épisode de soins de radiothérapie ne peut avoir lieu que sur l'UM de radiothérapie. Les RSS des épisodes de soins ne peuvent être que monoRUM, et associés à l'autorisation 42 en effet.
- Exceptions = hospitalisation pour réaliser le traitement (actes de « stéréotaxie en dose unique », certains traitements de curiethérapie : à coder sur l'UM d'hospitalisation comme actuellement, groupage en CMD17.



## Exemples :

- Hospitalisation pour traitement de stéréotaxie en dose unique (avec ou sans pose de cadre effractif)
- Hospitalisation pour curiethérapie

Dans ce cas, **l'hospitalisation est motivée par le traitement** de radiothérapie.  
Ou la réalisation du traitement nécessite que le patient soit hospitalisé

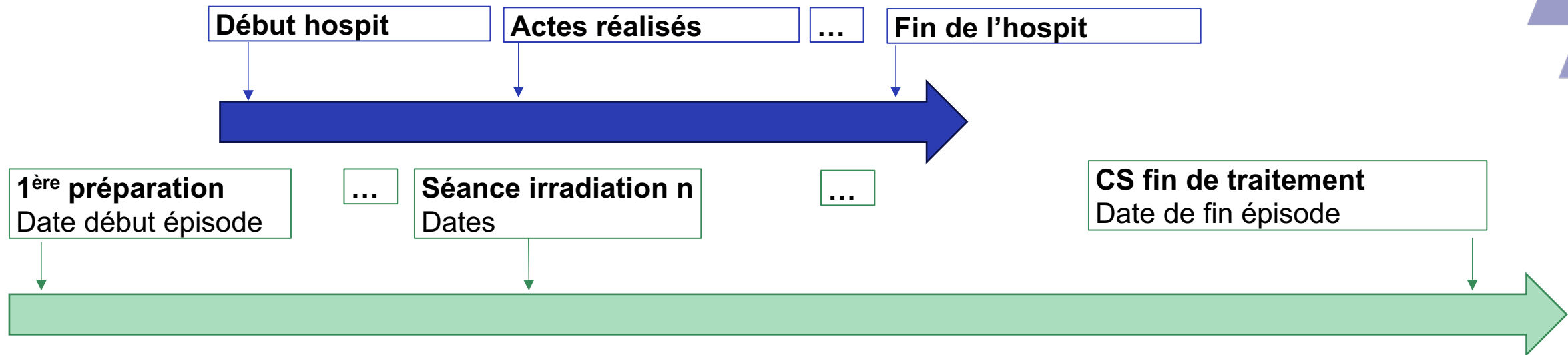
**Un seul RSS** décrivant le séjour avec les actes de radiothérapie.

Pas de distinction en deux RSS.

Par définition : un seul numéro de séjour (NDA/IEP).

DP : Z51.00 ou Z51.01 ; groupage du séjour en CMD17K

Correspond à ce qui se fait déjà actuellement.



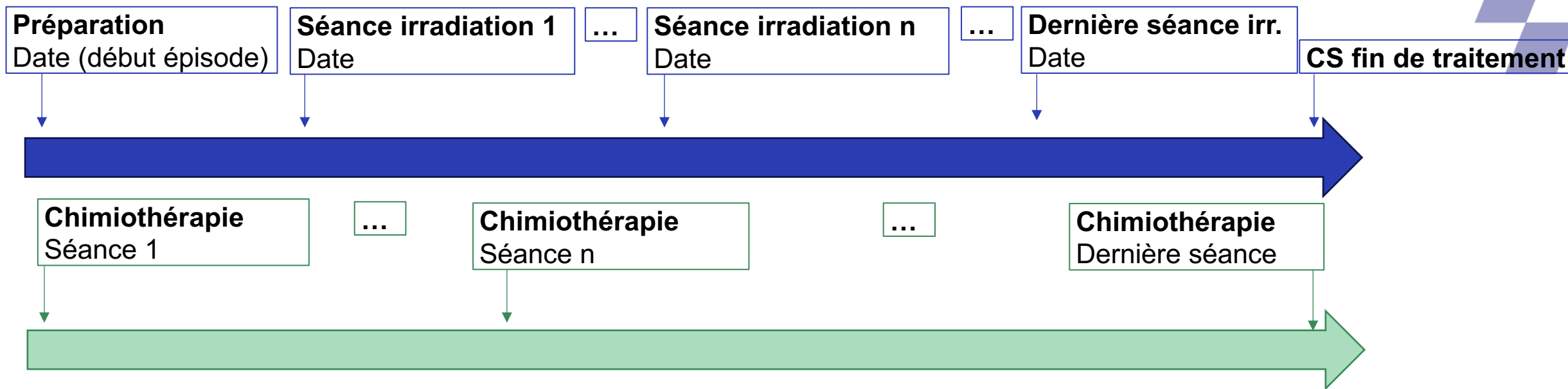
### Exemple :

- Hospitalisation au cours du traitement pour une autre raison

**Distinguer l'épisode** de radiothérapie dans un RSS distinct du RSS d'hospit. Ces RSS peuvent avoir des dates de début et de fin identiques ou différentes. Chaque RSS aura un numéro de séjour (NDA/IEP) différent.

Groupage du RSS de traitement en CMD 29

Groupage du RSS d'hospitalisation en fonction du DP et des actes (comme habituellement).



### Exemple :

- 1 épisode radiothérapie
- Séances de chimiothérapie en parallèle

**Distinguer l'épisode** de radiothérapie dans un RSS distinct.

Les séances de chimiothérapie sont à recueillir dans des **RSS-séances comme actuellement**.

Ces RSS peuvent avoir des dates de débuts et de fin identiques ou différentes.

Chaque RSS aura un numéro de séjour (NDA/IEP) différent.



## Cas particulier : traitements démarrés en 2026

**Tous, et seulement,** les traitements démarrant à partir du **1<sup>er</sup> janvier 2027** sont à recueillir en RSS à l'épisode de soins, pour facturer les nouveaux GHS de radiothérapie en CMD29.

= Plus aucun RSP ouvert à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2027

### Traitements démarrés en 2026 avec des séances se poursuivant en 2027

- Ils ne sont pas considérés comme des épisodes de soins pour le recueil PMSI et la facturation.
- Les dernières séances de ces traitements seront à facturer en 2027 en CMD28 (ou 17K) comme actuellement
  - Persistance des RSS-séances début 2027, qui disparaîtront naturellement avec la fin des traitements concernés
  - Confirmation de codage prévu dans la fonction groupage
- Les RSP des traitements concernés seront clôturés à la fin du traitement en 2027. Dans les mêmes conditions qu'actuellement.
  - Discussion en cours sur l'intérêt d'un contrôle bloquant dans la fonction groupage



# Questions / Réponses Echanges

## Contacts :

[fabrice.danjou@atih.sante.fr](mailto:fabrice.danjou@atih.sante.fr) et [pierre.leblanc@atih.sante.fr](mailto:pierre.leblanc@atih.sante.fr)

## Autre rendez vous :

Webinaire DIM exceptionnel sur les deux réformes le 2 juillet 14h (invitation reçue par mail)