

Valorisation de la Radiologie Interventionnelle

JM BARTOLI, PA BARRAL,
B SARLES, MT JIMENO
A JACQUIER (Marseille)

**1/Tarif par séance, consultations,
acte CCAM et FT**

2/Tarif par séjour (GHS)

**3/Paiement en sus LPP
MO - DMI**

... EN FRANCE !

**1/Tarif par séance, consultations,
acte CCAM et FT**

2/Tarif par séjour (GHS)

**3/Paiement en sus LPP
MO - DMI**

Acronymes

- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- GHS : Groupe Homogène de Séjour (hospitalier)
- 3 types de GHS/GHM :
 - **M** = Médical
 - **K** = Interventionnel
 - **C** = Chirurgical
- MO – DMI : Molécules Onéreuses – Dispositifs Médicaux Implantables
- LPP : Liste des Produits et Prestations Remboursables (en sus des GHS)
- PMSI : Programme de Médicalisation des systèmes d'information Médicale

CCAM

- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- 14 000 actes CCAM (V.64)
- Révision CCAM par le HCN (Haut Comité de la Nomenclature) avec les CNP et la CNAM-TS
- 42 Comités Cliniques (8 à 14 experts / CC et parité libéral / public)

CCAM (2)

- Dont 1 Comité Clinique : **Radiologie** (mono-spécialité) avec 2 sous-comités : Radiologie Diagnostique et Radiologie Interventionnelle (Actes RIO, NRI, Diag vasc)

- Dont 1 Comité Clinique : (Multi-spécialités) :

Angioplastie/Dilatation, Embolisation, Fibrinolyse et Thrombectomie (Endovasculaire)

- Dont 1 Comité Clinique (Multi-spécialités): **Douleur**
- Dans chaque CC : 1 Référent CC et Experts présentés par les CNP et choisis par le HCN
- Début des travaux : Juin 22 pour ces 3 CC
- Fin des travaux avec validation HAS (suppression ou ajout nouveaux actes), CEAP puis négociation conventionnelle entre Syndicats/ CNAM : 2025

Valorisation des séjours hospitaliers (GHS)

- Rapport tarifaire du GHS: $M(1) < K = (2 \times M) \ll C = (4 \times M)$
- Tous les actes de RI ne sont pas classant pour générer des GHS K(Interventionnel) ou C(hirurgicaux) versus GHS M(médicaux)
- Intégration sur les 4 dernières années à la CCAM d'actes classant
 - radiofréquence hépatique (guidage écho, scan, IRM) (07K06)
 - chimio-embolisation hépatique (07K06)
 - DTPI rénale, radio-embolisation
 - DTPI pulmonaire (par le remboursement des aiguilles BSc)
 - En cours : Plugs et micro-plugs,...
- Intégration et valorisation tarifaire d'un acte dans la CCAM si validation par PHRC et PRME (HAS → CNAMTS); Forfait Innovation

Les Règles de codage des Diagnostics

2 types d'informations à coder :

- **Diagnostics** (Logiciel : *CORA*)
 - Classification Internationale des Maladies (V10) - CIM 10
 - DP** Diag Principal (obligatoire)
 - DR** Diag Relié

- **Actes** (Logiciel RIS : *Xplore*)
 - Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

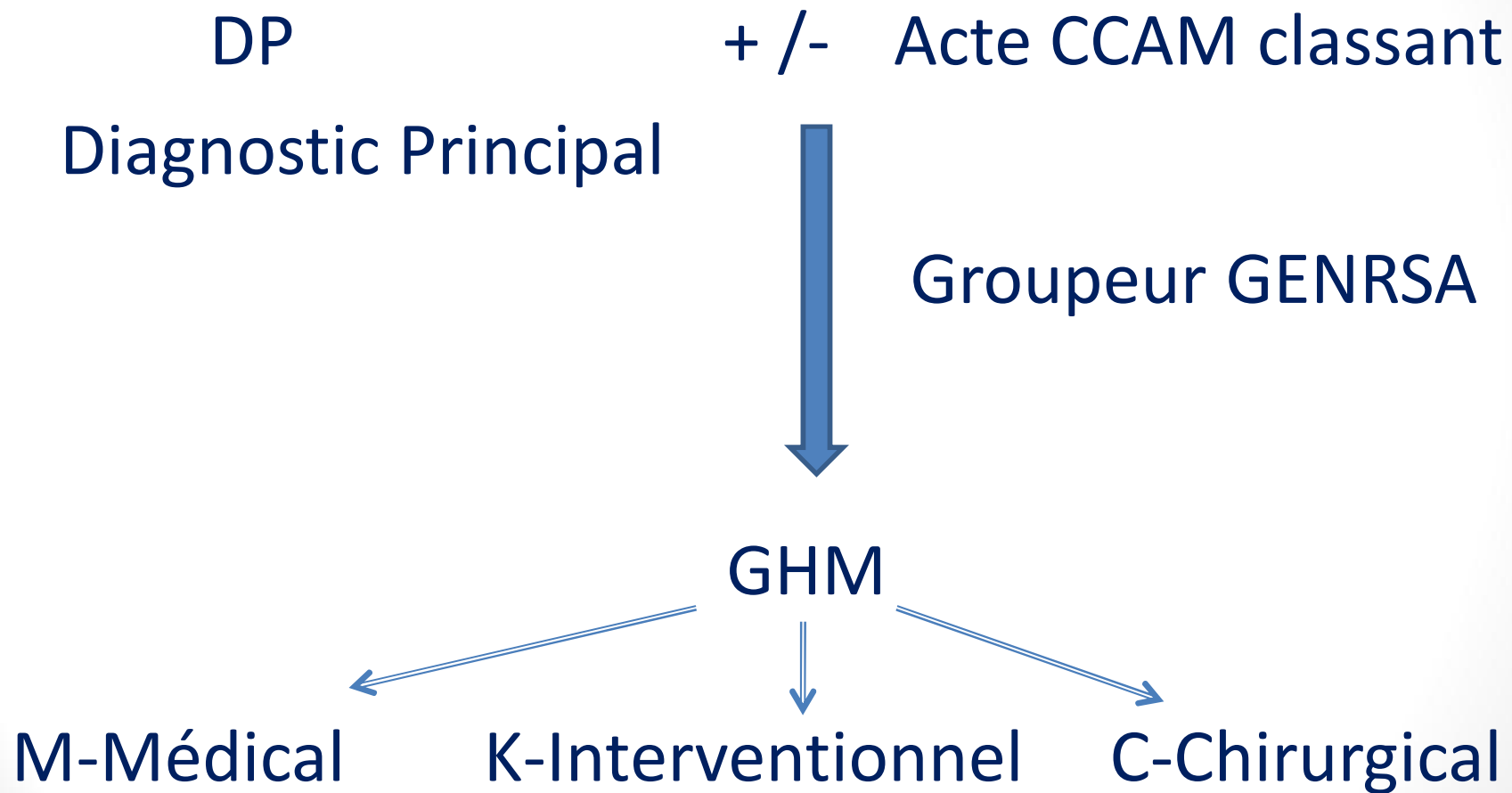
La CIM 10

Les chapitres de la Classification Internationale des Maladies

- C... TM
- D... Tumeur évolution imprévisible
- I... Cardio-Vasc (permet d'aller en GHS 05K Interventionnel)
- N... Néphro
- O... Obstétrique
- P... Pédiatrie

- T... Complication
- Z... Motifs de prise en charge (Z452)

Patient Hospitalisé



Patient Hospitalisé

DP Cardio Vasc (Le I ++)

+ /-

Acte CCAM classant
Embolisation

I10 HTA

I70 à I79 Pathologie artérielle :

Sténose, Anévrisme, Dissection

Embolie, Thrombose

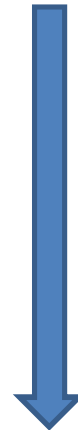
I80 à I97 Pathologie veineuse :

Phlébite, embolie, thrombose

I770 fistule A-V

R57 Choc

R58 Hémorragie



EDSF Embolisation Artère / Veine

EDLF Chimio-Embolisation pour TM

GHM Interventionnel

05K25 Acte thérapeutique sur Artère

[1 800 - 12 000 €]

05K26 Acte thérapeutique sur Veine

[1 800 - 6 300 €]

ATP Fistule Dialyse

Si le DP est N185 Insuffisance Rénale Chronique sans DAS (Fistule)
le GHM est 11M : pathologie rénale sans acte classant: 583 €

Artère

I771 Sténose artérielle
I742 Thrombose artérielle de FAV

Acte: ECAF002 Dilatation artérielle

GHS 05K25 1 756 €

Veine

I808 Thrombose veineuse
I871 Compression veineuse

Acte: EFAF002 Dilatation veine

GHS 05K26 1 581 €

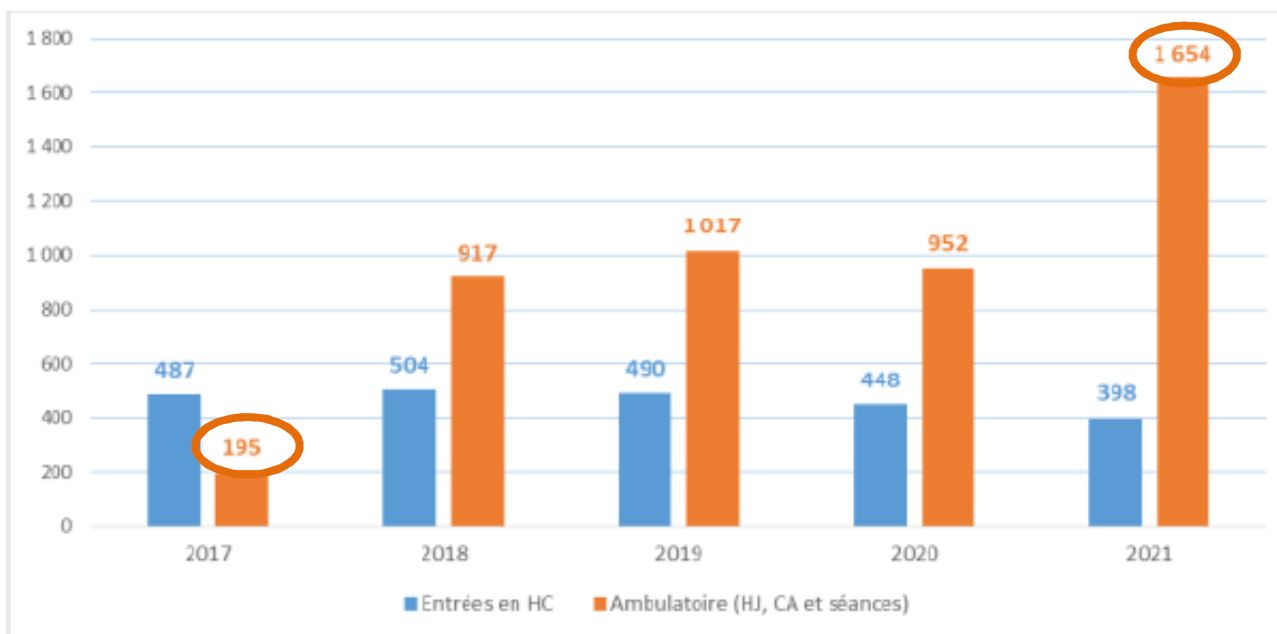
PMSI et Radiologie

- **Patient Consultant ou Externe :**
 - Pas d'hospitalisation donc pas de GHS et pas de codage PMSI
 - Recettes directes liées à la cotation CCAM de l'acte de RI mais pas de remboursement des DMI pour l'ES (Etablissement de Santé)
- **Patient en Hospitalisation Complète (secteur public) :**
 - Codage du séjour (et recettes) dans le service d'hospitalisation
 - RI : Cotation de l'acte CCAM de RI (pas de recettes vraies pour le service de RI mais des dépenses : personnel, matériel, PDS, ..)
- **Patient en Hospitalisation Partielle : HDJ ou ACHA (UF Anesthésie – Chir Ambu) :**
 - Cotation de l'acte CCAM puis codage séjour
 - Ces UF sont à créer **dans** le service de radiologie pour bénéficier des recettes
- **Prestations inter-établissement (PIE)**
 - Préférer une hospitalisation pendant le séjour du patient dans votre ES

ACTIVITES D'HOSPITALISATION et de CONSULTATION

INDICATEURS COMMUNS

EVOLUTION DE L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION SUR 5 ANS



EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE CONSULTATIONS SUR 5 ANS

	2017	2018	2019	2020	2021
Consultations externes	4 204	5 202	5 564	8 539	6 760
Part / Activité totale	0,4%	0,5%	0,5%	1,0%	0,7%

ACTIVITES : ACHA

Nb RSS	RI Ambulatoire			
	HN UM 1304		TA UM 1303	
	Effectif	Δ	Effectif	Δ
2018	131		614	
2019	167	27,5%	664	8,1%
2020	71	-57,5%	693	4,4%
2021	61	-14,1%	1 266	82,7%
Valo. T2A				
2018	97 347 €		569 642 €	
2019	126 995 €	30,5%	701 048 €	23,1%
2020	62 759 €	-50,6%	814 850 €	16,2%
2021	63 793 €	1,6%	1 519 904 €	86,5%
PMCT				
2018	743 €		927 €	
2019	760 €	2,3%	1 056 €	13,9%
2020	884 €	16,3%	1 176 €	11,4%
2021	1 046 €	18,3%	1 200 €	2,0%

Le Compte-Rendu Opératoire (CRO)

L'indication et/ou les informations décrites dans le CRO doivent permettre de coder le Diagnostic Principal et de justifier d'une hospitalisation Complète ou Partielle :

- « Nécessité d'une voie veineuse » dans votre CRO est un motif insuffisamment détaillé pour coder une pose de Picc ou de PAC.
- Lui préférer « Voie veineuse pour poursuite de chimiothérapie, d'antibiothérapie, nutrition entérale,... pour TM du Foie, sein, pour ostéomyélite, ... »

Il est indispensable de noter la conduite à tenir dans le CRO/CRH : surveillance, date de la prochaine consultation, traitement + courrier daté / envoyé dans un délai de 8 jours au médecin traitant (nom, prénom + adresse)

Autres consignes

- Pour éviter les discussions lors des Contrôles de L'Assurance Maladie, les codes saisis doivent concorder avec les informations médicales retrouvées dans le dossier du Patient.
- C'est le praticien qui prend en soins le patient qui est responsable du CRO et de la qualité du codage.

Autres consignes

- C'est sur les actes isolés, phlébo, artério, ATP, embolisation qu'il faut « blinder » le CRO avec l'indication, le terrain du patient.
- Il faut pouvoir justifier de la prise en charge en Hospitalisation Partielle (HDJ ou ACHA) par rapport à une prise en charge en Externe : fragilité du patient, vient de loin (surveillance post RI), surveillance compression voie d'abord, terrain pluri-pathologique, dénutrition, risque anatomique (organe profond), ...

DM-DMI et LPP

- Pas de remboursement en sus des DM (inclus dans le GHS)
- Remboursement des DMI en sus du GHS si inscrits sur la liste LPP et si indication respectée
- Chaque DMI est sur une ligne générique de la LPP fixant nationalement le tarif maximum que l'industriel peut facturer

RI et Pharmacie : Politique DMI

- Tout DMI posé est associé à un GHS (HdJ, ACHA, HC)
- Fiche de Bon Usage obligatoire après chaque pose (SIR et Pharmacie) : chaque DMI a ses indications spécifiques
- 1 AO/2 ans le plus détaillé possible
- Réunions préparatoires pharmacie-radiologues /segment
- DMI non inscrits sur la LPP : passez votre chemin !
- Comme pour le Produit de Contraste Iode et Gado :
évolution vers des lots à l'intervention (coût complet
DMI avec DM intégrés)

Appel d'Offres DMI : Remise Tarifaire

La remise tarifaire c'est le plus simple :

- Le bénéfice sur la remise (\neq entre tarif LPP et prix AO TTC) est partagé en 2 entre l'ES et la Caisse Régionale
- Mais quel Pôle/service/médecin a vu la couleur de cette remise ?
- Quand la Caisse (qui rembourse la LPP) voit que tous les ES négocient au-dessous du tarif générique, elle diminue le tarif LPP des DMI

Ce qui coûte dans un service :

- ce ne sont pas les DMI LPP (si on a fait le ménage sur les DMI non LPP)
- ce sont les DM (inclus dans les GHS): aiguilles, cathéters et microcathéters, intros, guides et microguides,...

AO DMI

- Donc comment introduire les DM dans un marché DMI pour les faire prendre en charge par la Caisse et non plus par le service de radiologie et donc par l'ES ?
- Ne négociez pas ou peu de remise/tarif générique DMI
- Négociez plutôt des gratuités sur DM associées à un DMI au tarif générique plein :
 - Pour 1 stent sans remise tarifaire par rapport au tarif LPP, fourniture gratuite d'un pack avec intro et ballon
 - Pour 4 micro-coils LPP, fourniture gratuite d'un couple microcath-microguide

Que retenir ?

- Coder soi-même CCAM et PMSI
- Si pas d'acte classant CCAM, se débrouiller pour que le DP soit classé I(i)
- Participer aux AO DM et DMI des pharmaciens de votre établissement
- Connaître les indications remboursées des DMI et remplir la fiche de bon usage associée au DMI
- N'utiliser en pratique clinique que des DMI inscrits à la LPP
- Ouvrir une UF ACHA (Anesth-CHir Ambu) pour votre activité RI dans votre service de radiologie pour l'activité ambulatoire
- Blinder le CRO
- Vérifier que votre ES va bien demander une autorisation d'activité de RI et monter le dossier pour l'ARS
- Travailler la démarche qualité en inscrivant son équipe de RI dans l'accréditation des équipes de l' ODPC-RIM

Acquisition et stockage des DMI

La Mise à Disposition
par les fournisseurs et le
paiement à la pose

Le risque de
péremption est
supporté par le
fournisseur

Gestion des stocks
moins lourde avec un
réapprovisionnement au
fur et à mesure

Un paiement à la pose
contractualisé dans le
marché avec le
fournisseur

L' Achat avec
engagement sur des
quantités annuelles

Gestion des stocks
classique avec gestion
du risque pour
l'établissement

Engagement annuel ou
pluriannuel contractuel

Effet volume joué à
plein, modèle plus
pratiqué en Allemagne
/région