

Dotation « Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie »

Présentation de l'évolution de la méthodologie de calibrage des délégations régionales du FIR 2015 destinées aux établissements de santé

I. Rappel du contexte

Depuis la campagne 2011 de financement des établissements de santé, les *actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie* sont financées au titre d'une mission d'intérêt général (MIG) modélisée au niveau national. Cette dotation finance les missions relatives au dispositif d'annonce, aux soins de support et à la participation des médecins aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Le modèle de financement s'appuie sur l'identification des autorisations en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie, qui permettent d'attribuer un socle de financement aux établissements de santé autorisés à ces activités de traitement du cancer, lequel pouvant être surpondéré (en fonction : du nombre d'activités autorisées au traitement du cancer, du fait que certains ES constituent des pôles régionaux de cancérologie, ainsi que du coefficient géographique).

A ce socle de financement s'ajoute un montant valorisé par tranche de patients de la file active identifiée via les données PMSI n-2.

La file active de patients est déterminée par une extraction par l'ATIH des séjours en MCO transmis dans le PMSI à partir de listes d'actes, de GHM et de diagnostics, permettant ainsi d'identifier les patients ayant au moins un séjour ou une séance de radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie pour cancer.

Depuis 2013, plusieurs éléments ont modifié le modèle de financement de cette dotation :

- En 2013, les crédits correspondants à cette mission sont désormais intégrés au fonds d'intervention régional (FIR), même si le modèle de répartition est conservé.
Notons que le calibrage de la répartition de la dotation par établissement de santé aboutit à des montants fournis aux ARS uniquement à titre indicatif, la dotation ayant intégré le FIR.
- En 2014, la dotation a été répartie en fonction d'un nouvel algorithme élaboré par l'INCa en concertation avec les fédérations hospitalières.
Cet algorithme cancer INCa permet de sélectionner, en plus des patients traités pour un cancer par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie, et déjà identifiés par l'algorithme ATIH, des patients suivis au long cours pour un cancer ou un risque de cancer (ex. : prophylactique, palliatif, prise en charge des complications du cancer, effets secondaires des traitements...). Cette modification du périmètre de la file active a conduit à doubler le nombre de patients retenu pour appliquer le modèle de financement de la dotation.

Pour 2015, il est apparu nécessaire d'affiner l'algorithme de détermination et de valorisation de la file active des patients utilisé pour le calibrage des délégations de la dotation, dans la mesure où l'algorithme cancer utilisé en 2014 comporte une vision beaucoup plus large de la prise en charge du cancer par les établissements de santé, que celle des missions initialement spécifiquement ciblées, à savoir : le dispositif d'annonce, les soins de support et la participation aux RCP.

Ainsi, des ajustements du calibrage de la dotation sont effectués en 2015 (en collaboration INCa/DGOS/ATIH), permettant de mieux prendre en compte les missions réalisées par les établissements de santé dans l'allocation des ressources.

II. Paramètres du modèle pour 2015

Détermination de deux files actives de patients pris en charge pour cancer :

- Pour chaque établissement de santé (au niveau de l'entité géographique), **deux files actives de cancérologie** sont constituées à partir des données PMSI n-2 :
 1. La file active des patients hospitalisés identifiée selon la méthode définie dans la circulaire DGOS-R3/INCa/mai 2011 (traitements du cancer par chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie).
 2. La file active des patients *additionnels* au point 1., identifiée en 2014 à l'aide de l'algorithme cancer INCa, en excluant en 2015 les hospitalisations pour surveillance d'antécédents familiaux de cancer (« prédisposition familiale au cancer »).

Note : Pour l'année 2015, les files actives de patients sur les données PMSI 2013 ont directement été calculées par l'INCa.

Financement :

A. Socle :

17 000 € par établissement de santé autorisé (au niveau entité géographique) pour au moins une des trois modalités de traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie) avec au moins un patient selon les deux files actives (points 1 et 2).

B. Forfait 1 :

3 000 € par tranche de 50 patients supplémentaires, au-delà de 100 patients, au sein de la file active de base (point 1. – file active initiale de l'algorithme ATIH).

C. Forfait 2 :

500 € par tranche de 50 patients supplémentaires, au-delà de 100 patients, au sein de la file active de patients *additionnels* (point 2. – file active complémentaire identifiée par l'algorithme INCa).

Surpondérations :

D. Surpondération en fonction du nombre de modalités de l'activité (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) autorisées :

- ✚ si 2 modalités : +25%.
- ✚ si 3 modalités : +50%.

E. Surpondération des établissements de santé constituant les pôles régionaux de cancérologie (par entité géographique) :

- ✚ les CHU : + 80%.
- ✚ les CLCC : + 70%.

Cas particulier : une surpondération de 70% est appliquée à la clinique Sainte Clotilde (ex-OQN) à La Réunion.

F. Application du coefficient géographique.

Remarques :

- Pour 2015, une mise à jour de la liste des établissements de santé autorisés en cancérologie a été effectuée, sur la base des données ARGHOS 2014.
- Le socle de financement est dorénavant attribué au niveau de chaque entité géographique autorisée en cancérologie.