



Nos données
au service
de la Santé

RÉFORMES DIALYSE ET RADIOTHÉRAPIE

Webinaire DIM – Champ MCO

02 juillet 2026



Pour communiquer avec nous :

- Le webinaire n'a pas commencé il n'y a pas de son
- **VERIFIER VOS PARAMETRES AUDIO** : casque , enceinte..
 - **CHANGER DE NAVIGATEUR SI NECESSAIRE**
 - **UTILISER WEBEX SI POSSIBLE**
- **Pour le confort de tous (bande passante et gestion de la parole) : les micros sont coupés**
- **Traitement des questions**
 - Utiliser le chat, fenêtre à droite de votre écran
 - Soyez concis et précisez au mieux vos questions pour éviter les quiproquos
 - Des temps de questions/réponses sont prévus au cours du webinaire

Le webinaire est enregistré : il sera diffusé sur le site de l'ATIH

Tester le son sur Webex

- ❑ Essayez de chatter avec les autres participants et voyez si d'autres personnes ne peuvent pas entendre l'audio. Si vous utilisez la voix sur IP ou l'audio de l'ordinateur, assurez-vous que vos haut-parleurs ou votre casque sont correctement branchés, essayez de : redémarrer le service audio de Windows.
- ❑ Pour un webinaire, cliquez sur Afficher la barre de menu > Webinaire > Paramètres du webinaire.
- ❑ Pour les paramètres audio, cliquez sur Audio, puis cochez la case située en regard du paramètre souhaité.
 - Haut-parleur—Vous pouvez sélectionner l'option de votre haut-parleur dans le menu déroulant, puis tester votre haut-parleur.
 - Réglage automatique du volume—Si cette option est sélectionnée, elle augmente ou diminue automatiquement le volume du haut-parleur et du micro.
 - Synchroniser le statut du bouton de coupure du son sur le micro—Si vous coupez votre propre son sur un autre périphérique, il est reflété dans la réunion.
- ❑ Options audio intelligentes Webex :
 - Suppression du bruit : supprime tous les bruits de fond.
 - Optimiser pour ma voix : supprime tous les bruits de fond et paroles de fond.
 - Optimiser toutes les voix – Supprime tous les bruits de fond et améliore toutes les voix à proximité.



**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

Webinaire DIM ATIH

2 juillet 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

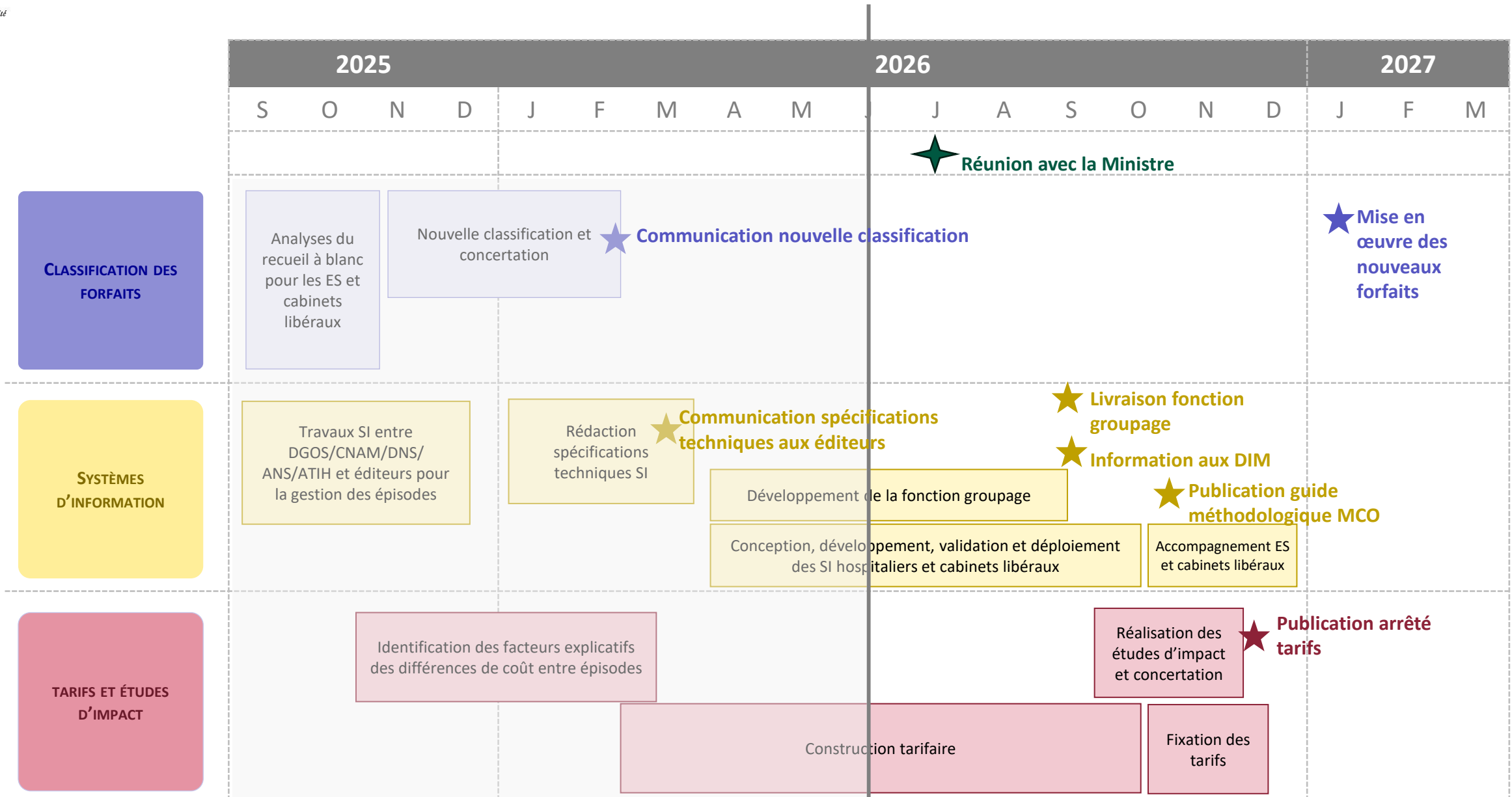
Soutien aux établissements maintenant une offre de **proximité**, les **centres pédiatriques** et les **centres de recours**

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

Pour rappel, les travaux suivent leur cours : la nouvelle classification a été stabilisée mi-février 2026 et nous avons présenté les évolutions attendues aux éditeurs



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)

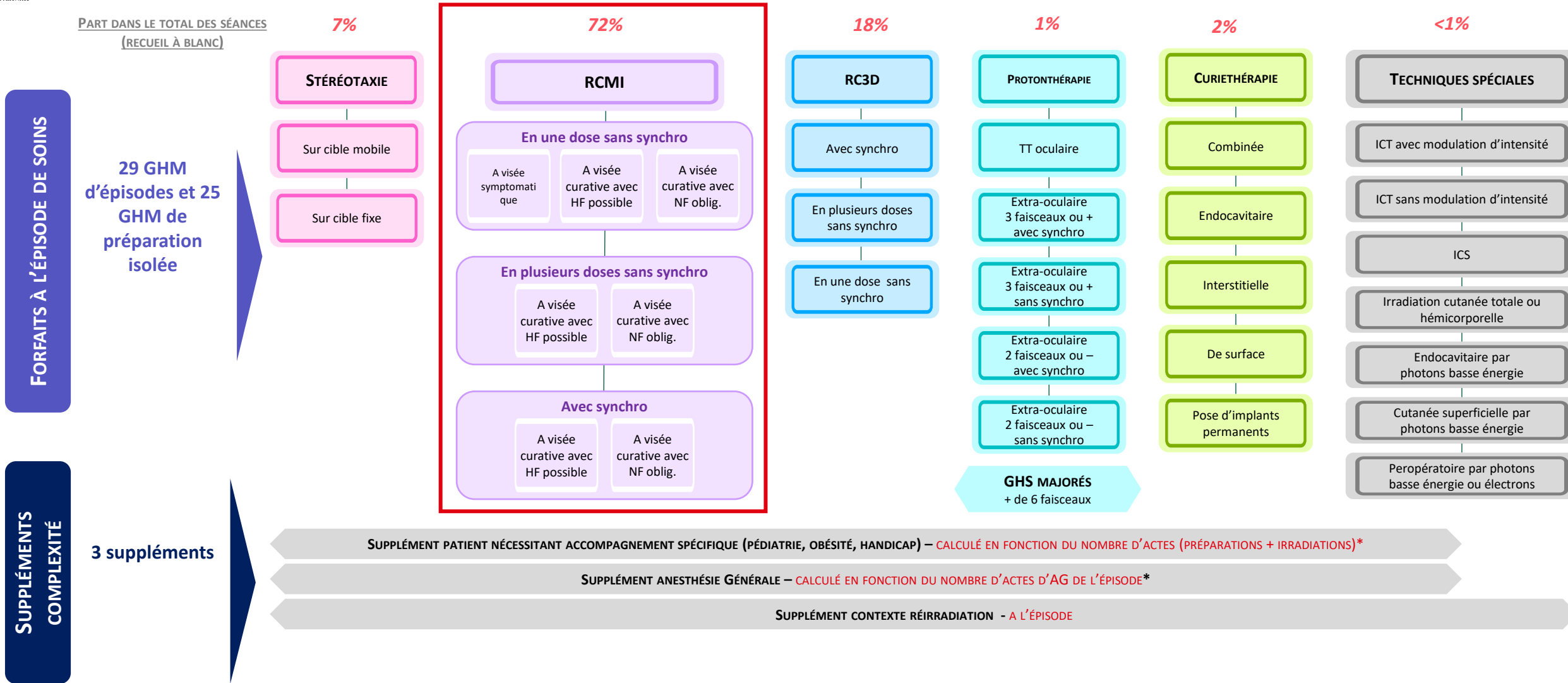
- Ensemble des actes réalisés (préparation, séances d'irradiation, gestes complémentaires, etc.) pour une indication (type de tumeur ou cancer) traitée par une technique d'irradiation donnée.
- Il **démarre par une préparation** et se **termine par la dernière séance d'irradiation** réalisée pour cette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

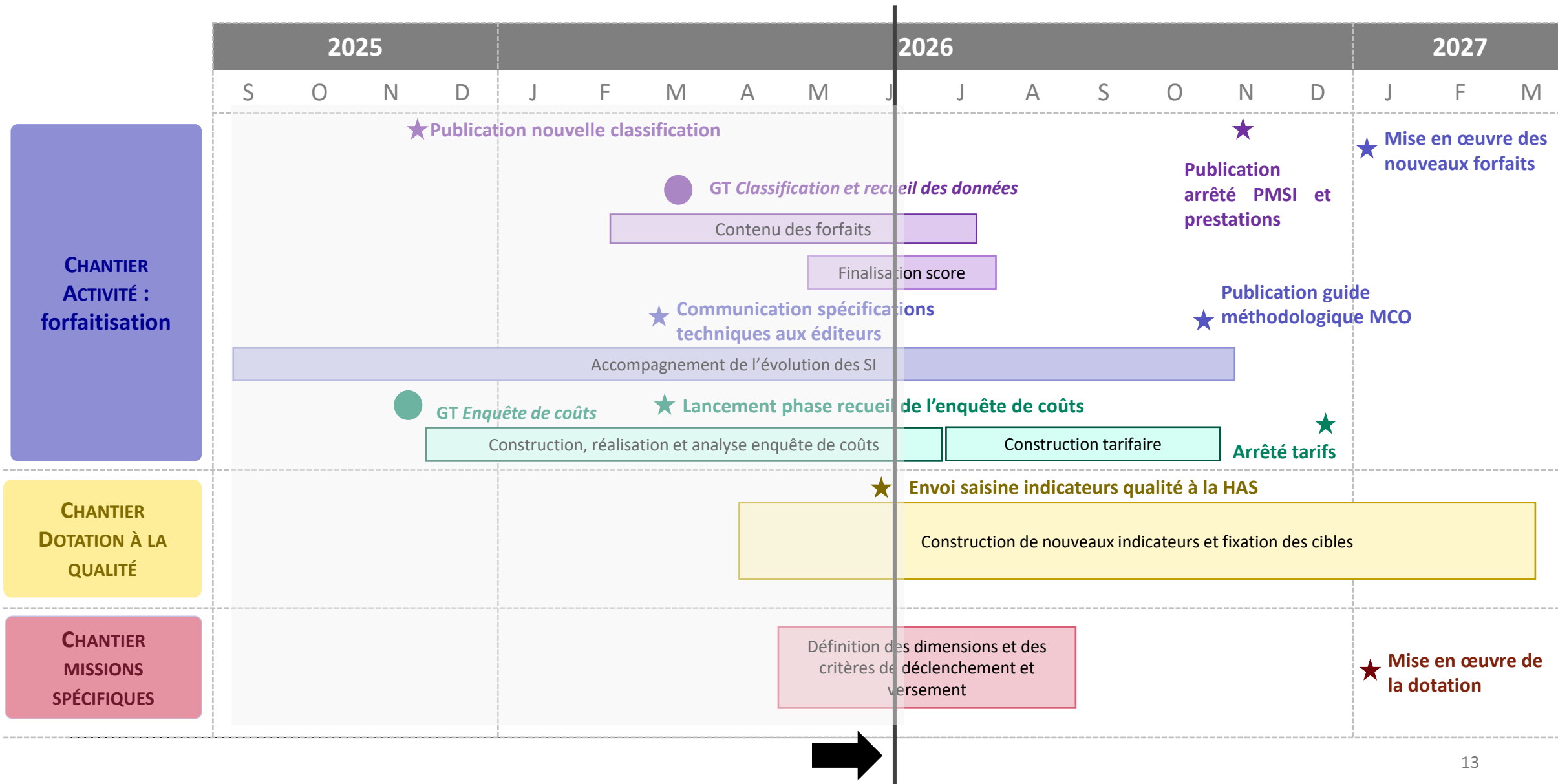


* Les suppléments «nécessitant accompagnement spécifique » et « anesthésie générale » seront applicables en techniques spéciales uniquement sur l'ICT

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 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

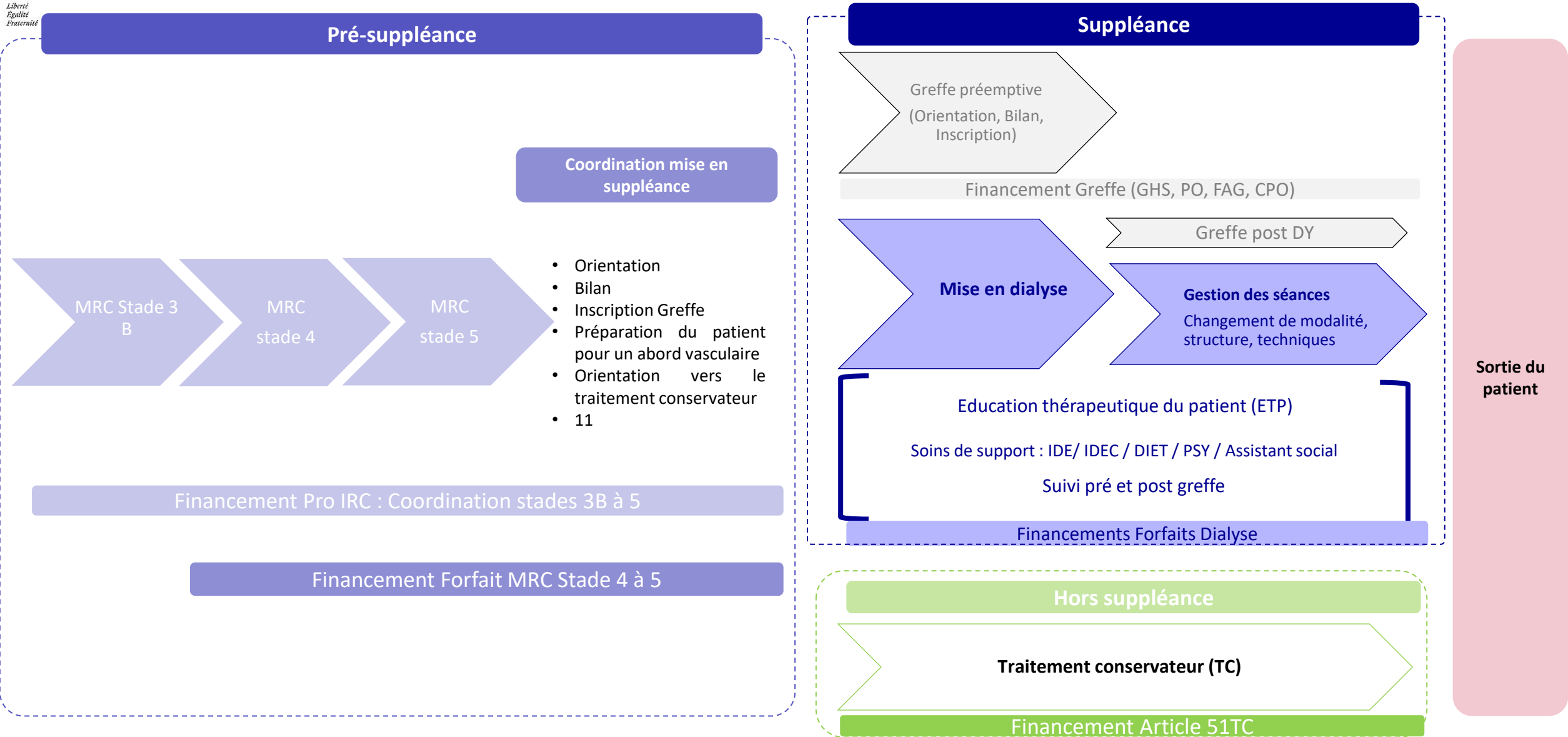
Prestation	Code	Libellé	ex-DG	Ex-OQN
GHS	9602	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	500,19	430,19
Forfait	D20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	514,72	429,89
GHS	9603	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	468,85	400,66
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

	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



SUPLÉMENTS 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
Cirrhose et classe selon Child-Pugh	
Présence d'une coronaropathie ou antécédent d'angioplastie ou de pontage	
Arterite et stade	
Présence d'insuffisance respiratoire chronique ou BPCO	
Insuffisance cardiaque et classe NYHA	
Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire	
Capacité à la marche	
Indice de masse corporelle	
Antécédent d'infarctus du myocarde	
Taux d'albuminémie en g/L	
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**

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

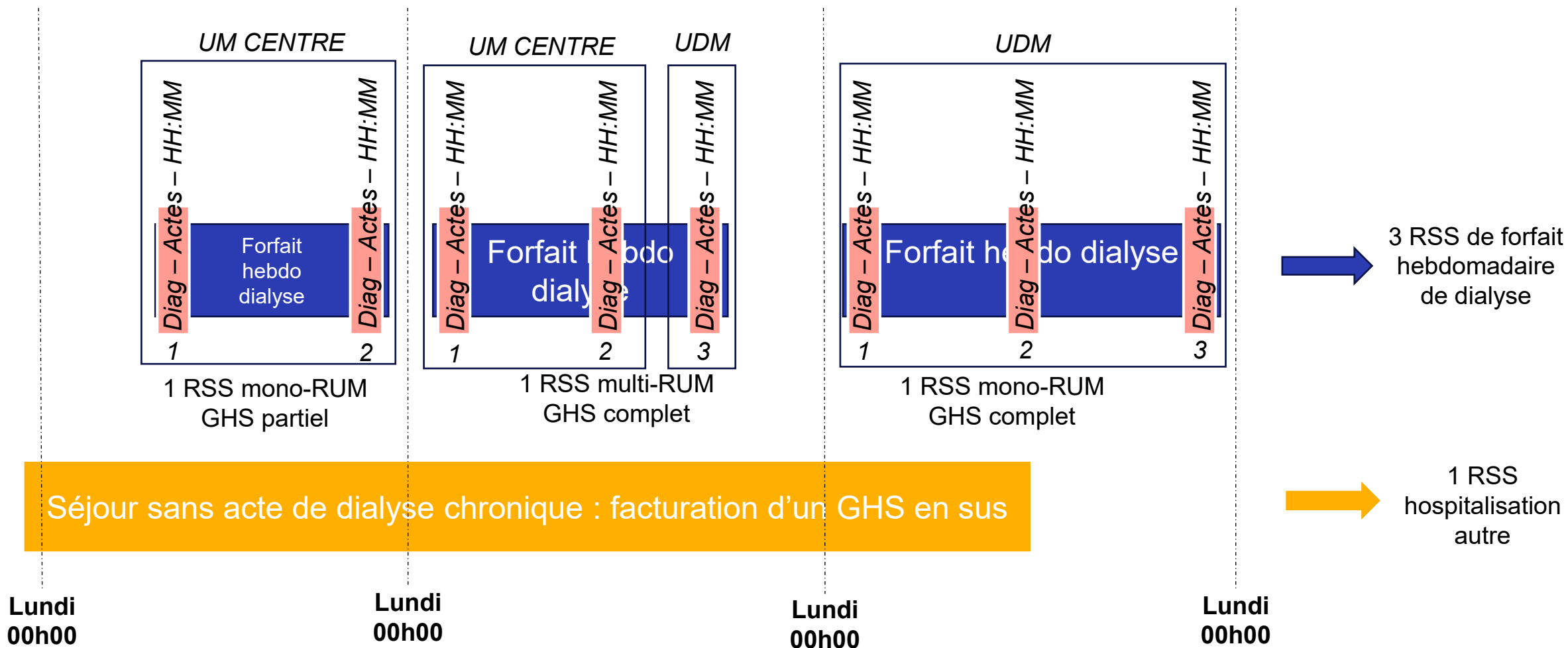
En remplacement de l'ancien modèle :

- 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	Saisonnier	xxx

Actes de dialyse chronique (CCAM descriptive)

JVJB001	XXXXXXX YYYYYYY	Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale automatisée pour insuffisance rénale chronique 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 hémofiltration, 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- E6606;E6607;E6616;E6617; E6626;E6627;E6686;E6687; E6696;E6697
Indice de masse corporelle en kg/m ²	E43
Taux d'albuminémie en g/L	F00-àF31- H540;H541;H542
Présence de troubles du comportement	Z991- C-;D-(sauf bénins)
Présence de troubles visuels sévères	G81-;G82-;G83-
Nécessité d'oxygénothérapie ou d'assistance respiratoire à domicile	
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 acte₁ RUM₁ ... <= DD:HH fin acte_n RUM₁ <= date sortie RUM₁ <= ... <= date entrée RUM_n <= DD:HH début acte₁ RUM_n <= ... <= DD:HH fin acte_n RUM_n <= date fin RUM_n <= 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

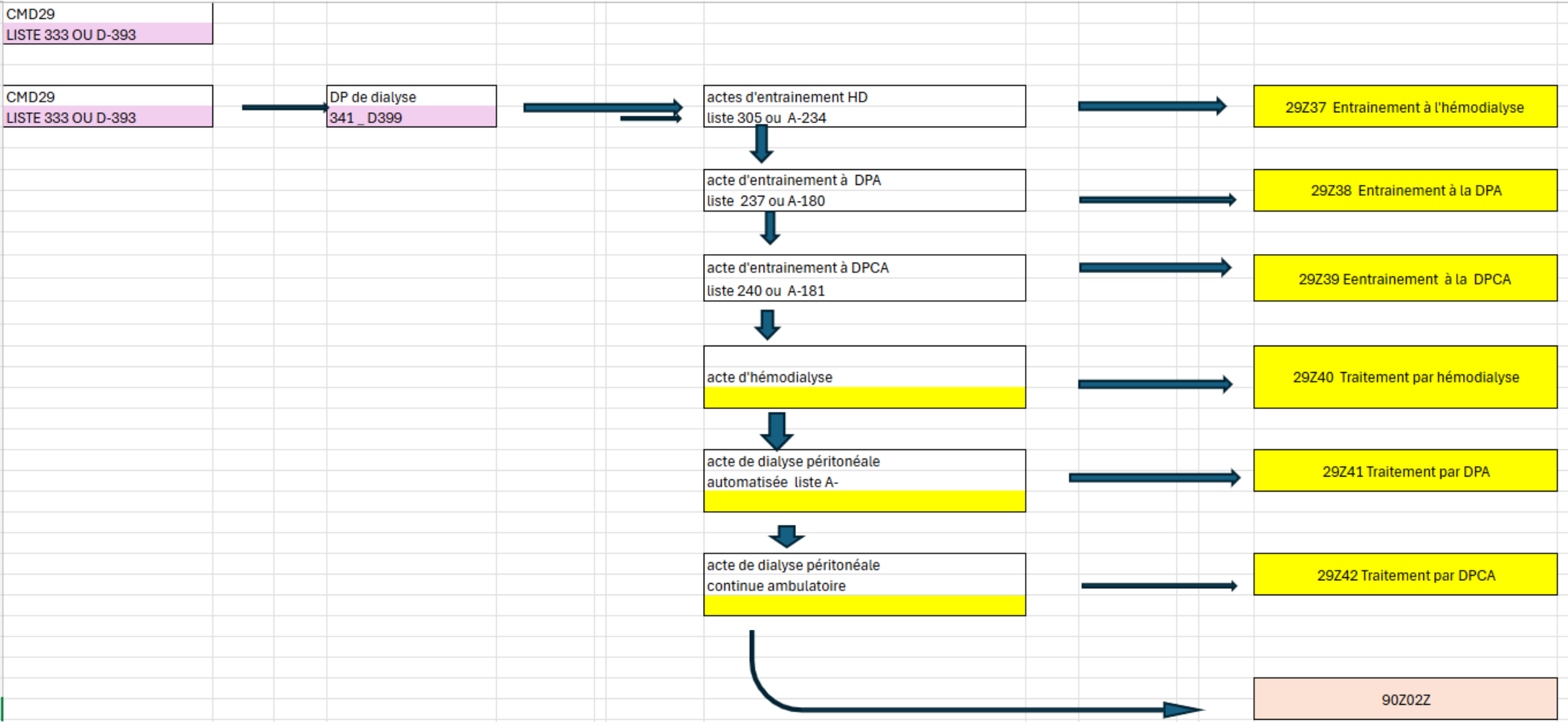


58	Zone d'acte n° 1	Date de fin de réalisation	8			Date	JJMMAAAA	O	NA/NA	Correspond à la variable "Date de réalisation" dans les versions précédentes du format du RSS	Bloquant si non renseigné
59		Horaire de fin de réalisation	4			Horaire	HHMM	C	Gauche/Espace		Obligatoire si DP = Z49.3 (sauf pour les 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									

Classification des informations recueillies



Arbre classificatoire en GHM :



Classification des informations recueillies



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
- entrainement en UAD ou Domicile

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

- GHM : Technique (Entrainement > 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 »
- Z49.4 : « Dialyse en situation de repli »
- Z49.5 : « Dialyse en situation 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



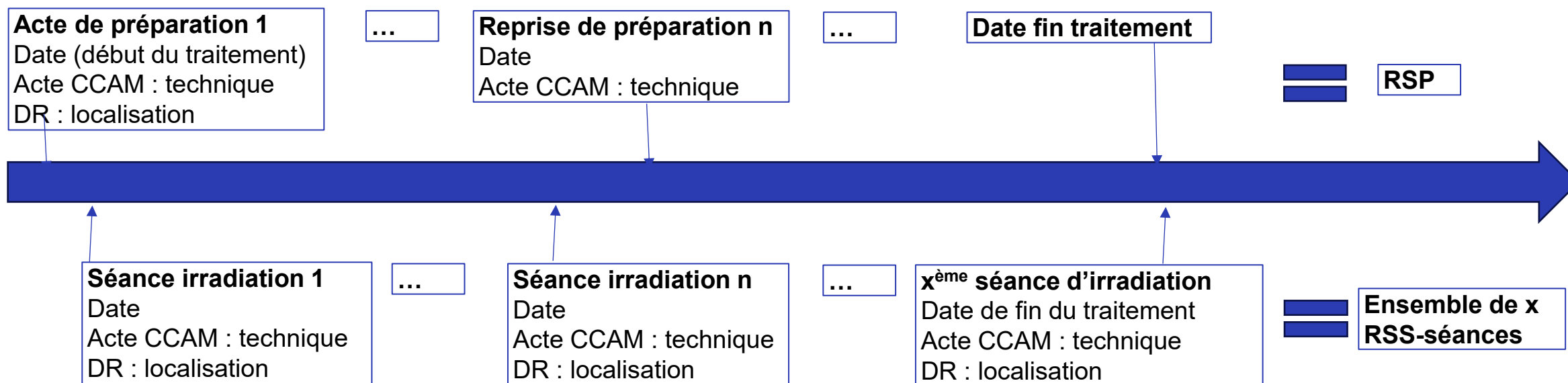
Questions / Réponses Echanges

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

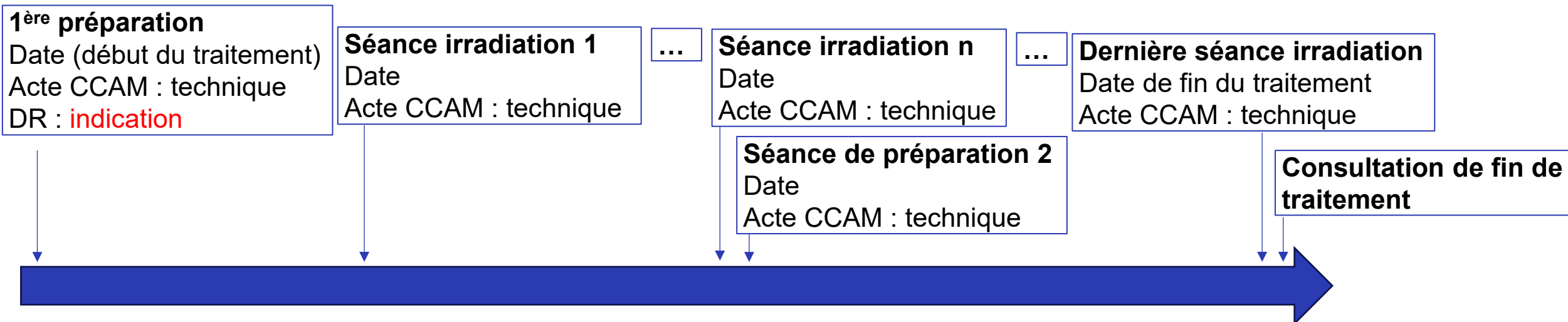
Episode de soins = un traitement de radiothérapie

- 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 dernière séance d'irradiation (ou cas rare : consultation de fin de traitement si réalisé quelques jours après)



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)

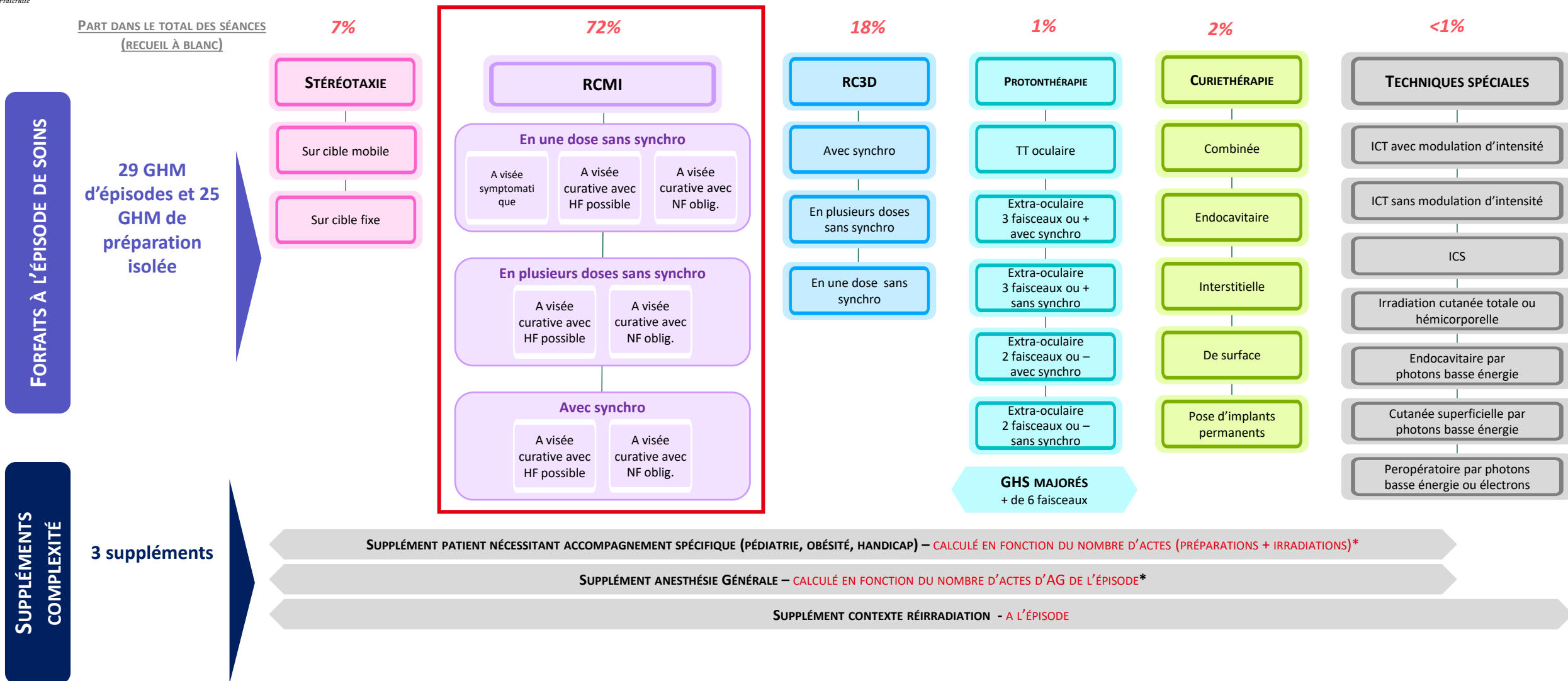
Ajout des 4 nouvelles pour la radiothérapie dans le RSS :

								Unité et dimensions	
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, U : urgences d'une autre EG, 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] 0 : non Obligatoire si DP = Z51.02
50	Radiothérapie adaptative	1	183	183	A*	Liste	F	Gauche/Espace	1 : oui, radiothérapie adaptative "online" 2 : oui, radiothérapie adaptative "offline"
51	Filler	8	184	191					
52	DA n° 1	8	192	199	A*	CIM10-PMSI-FR	O	Gauche/Espace	
53	*8				
54	DA n° nDA	8			A*	CIM10-PMSI-FR	C	Gauche/Espace	Le nombre de DA doit coïncider avec la variable nDA

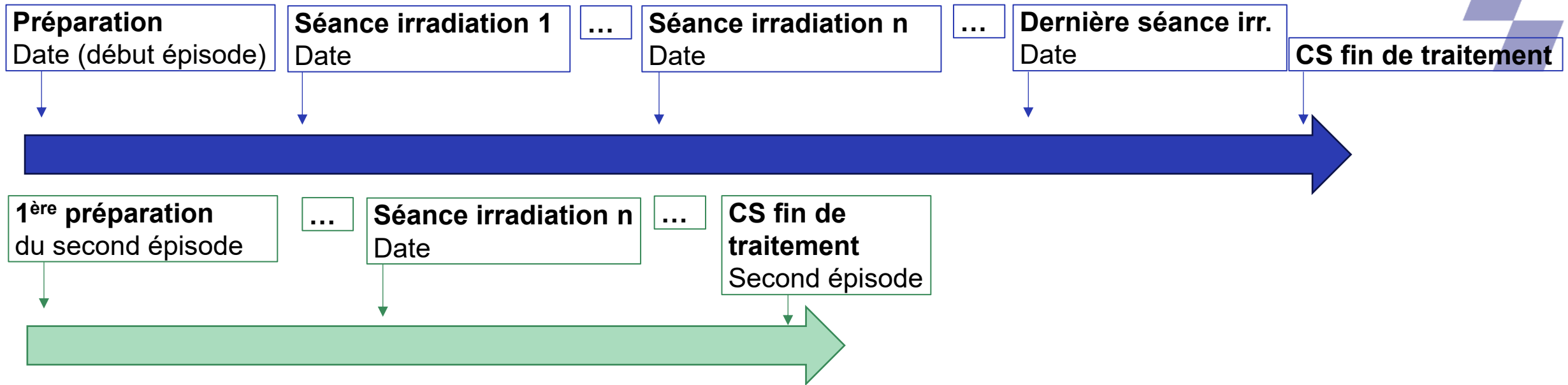
A noter

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



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)



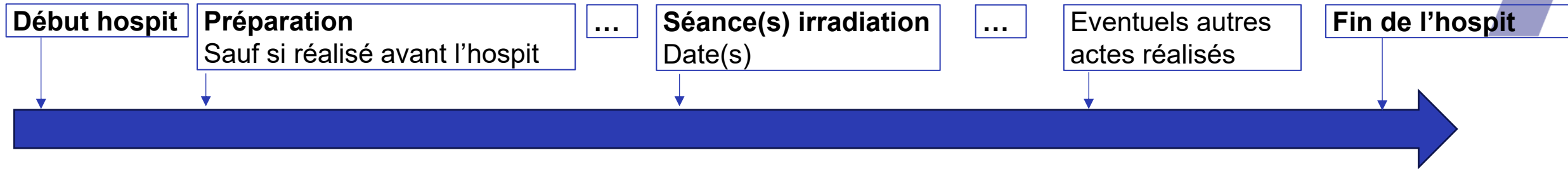
Quelques questions des éditeurs

« 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

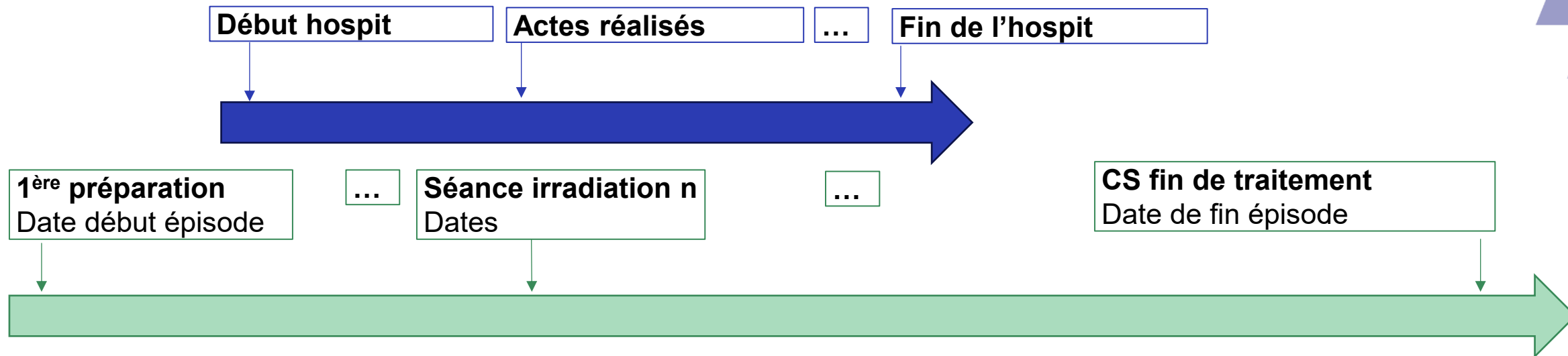
Un seul RSS décrivant le séjour avec les actes de radiothérapie.

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.



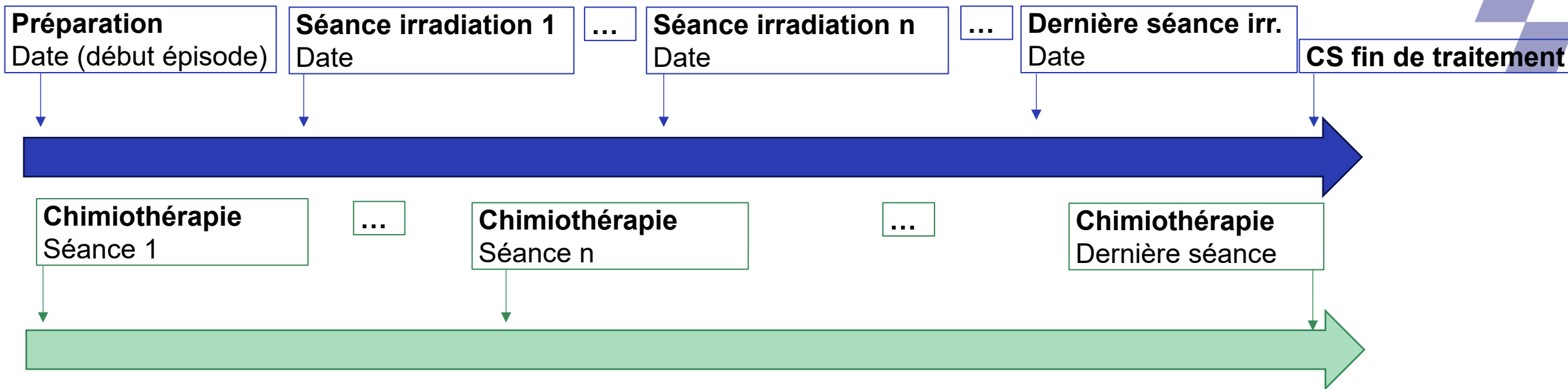
Exemple :

- 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^{er} 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^{er} 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