

QUESTIONS / REPONSES

ENQUETE DE COUTS AD-HOC – REFORME DE FINANCEMENT DE LA DIALYSE

WEBINAIRE N°1 – PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

23/01/26

Webinaire n°1 – Présentation de la méthodologie de l'enquête	1
Questions relatives à la réforme de financement de la dialyse	3
Q° Pourquoi les forfaits ont été publiés 1 an à l'avance ? Peuvent-ils être modifié courant 2026 ?	3
Questions relatives à la méthodologie globale de l'enquête de coûts	3
Q° La période de recueil est-elle imposée ?	3
Q° Est-ce qu'un outil d'aide à la saisie sera mis en ligne ? Cet outil pourrait-il permettre de générer le fichcomp ?	3
Q° De quelle manière seront articulées l'analyse des dépenses annuelles 2025 et l'analyse de l'activité recueillie pendant la coupe patient ?	4
Q° Est-il possible pour plusieurs agents de répondre à l'enquête ?	4
Questions relatives au recueil à la structure	5
Q° Le fichier « structure » agrège pour une même entité géographique / pour un même FINESS l'ensemble des données de coûts RH et d'équipement. Toutefois, lorsqu'une entité géographique comporte plusieurs modalités, cette agrégation ne permet pas de distinguer clairement les spécificités propres à chacune d'elles.	5
Q° Comment les coûts de structure sont-ils intégrés dans la méthodologie d'enquête ?	5
Q° Qu'entendez-vous par « charges de personnel libéral à la charge de la structure de dialyse en euros pour l'année 2025 » ?	5
Q° Comment comptabiliser les coûts RH indirects (ex : rattachement HS, CA non pris, TTA, CET...) ?	5
Q° Comment comptabiliser par exemple les couts des astreintes infirmières H24 obligatoires notamment dans les centres lourds ?	5
Q° : Les coûts relatifs à l'eau, l'électricité, à la maintenance du matériel et les surcouts liés dialyse de nuit doivent être pris en compte. Y a-t-il une méthode pour les estimer ?	6
Questions relatives a la coupe patient	7
Q° : Est-ce que le recueil des données nécessitera une participation du DIM ?	7
Q° Si une entité géographique dispose de plusieurs modalités de prise en charge, doivent-elles toutes répondre à l'enquête ?	7
Q° Quelle proportion de patients doit être incluse dans l'enquête ?	7
Q° Les séances recueillies dans le PMSI sur la durée du recueil doivent-elles aussi être exportées ?	7
Q° Le recueil de la durée de dialyse en DPCA, ne semble pas pertinent par rapport à la spécificité de la prise en charge (3 à 5 échanges de liquides par jour). Comment qualifier le début et la fin de la dialyse en DPCA ?	7
Q° Lorsqu'un soin d'escarre ou de pied diabétique est réalisé par une IDE, comment doit-il être renseigné ?	7
Questions relatives aux caractéristiques patient	8

- Q° Comment récupérer les données associées aux caractéristiques patient ?8
- Q° Concernant le taux d'albumine, serait-il possible de préciser ce que recouvre la notion de "dernier"
? S'agit-il du dernier taux mesuré avant l'inclusion, ou du dernier en fin de recueil ?8
- Q° Est-ce que la variable « hémiparaplégie » couvre les situations d'hémiparésie ?8
- Q° Concernant les données relatives au minutage du temps professionnel par patient, quel type de
données est attendue : une estimation, un chronométrage ? Une solution simplificatrice serait de
diviser le nombre d'ETP par patient vu sur la semaine.8

QUESTIONS RELATIVES A LA REFORME DE FINANCEMENT DE LA DIALYSE

Q° Pourquoi les forfaits ont été publiés 1 an à l'avance ? Peuvent-ils être modifié courant 2026 ?

Selon la loi, les nouveaux forfaits de dialyse devaient être publiés en 2025. Il s'agit d'une première version de classification qui pourra être modifiée en 2026 selon les concertations avec les fédérations et les résultats de l'enquête de coûts.

QUESTIONS RELATIVES A LA METHODOLOGIE GLOBALE DE L'ENQUETE DE COUTS

Q° La période de recueil est-elle imposée ?

La période de recueil pour la phase **d'enquête « Structure - Etablissement »** est imposée **entre février et avril 2026**.

La période de la phase d'enquête « Patient » est imposée, avec une **réalisation en mars 2026**. Une souplesse d'organisation est cependant permise aux établissements volontaires, qui peuvent **choisir la période de deux semaines consécutives la plus adaptée à leur activité** parmi les suivantes :

- du 2 au 15 mars,
- du 9 au 22 mars,
- ou du 16 au 28 mars.

La phase d'enquête patient concerne toutes les séances de dialyse de l'établissement participant sur la période des 2 semaines consécutives.

Q° Est-ce qu'un outil d'aide à la saisie sera mis en ligne ? Cet outil pourrait-il permettre de générer le fichcomp ?

- **Concernant l'enquête de coûts "Structure" collectant des données globales au niveau de l'entité géographique**

La/les personne(s) chargée(s) du recueil devront remplir manuellement un fichier Excel. Il sera transmis par l'ATIH avant le démarrage de l'enquête.

Le format attendu des données sera indiqué soit dans les cellules, soit dans les en-têtes des colonnes. Des règles de mise en forme, intégrées dans le fichier par l'ATIH permettront de limiter les erreurs.

Une fois l'excel dûment rempli, le fichier devra être restitué selon deux modalités :

- Pour les établissements réalisant l'ENC : sur la plateforme "GED" au sein du dossier "Echanges_Etablissement_ATIH" dans le sous dossier "Enquête dialyse".
- Pour les autres établissements : sur la plateforme ECHANGE. Un espace dédié sera créé (détails à venir)

- **Concernant l'enquête de coûts "Patients"**

Comme pour l'ensemble des recueils opérés par l'ATIH pour le PMSI ou dans le cadre des Etudes Nationales de Coûts, le format des variables attendu est fourni par l'ATIH.

Le fichier à produire par l'établissement doit être au format csv pour être ensuite transmis sur la plateforme ePMSI à l'aide du module MATIS.

Une démo sera proposée sur la page dédiée au recueil.

Une manipulation du fichier excel sera également présentée (transposition et enregistrement au format csv).

Les modalités de recueil des informations attendues sont propres à chaque établissement, notamment la capacité à récupérer des données depuis le registre REIN (cf. la question dans ce document *Comment récupérer les données associées aux caractéristiques patient ?*) ou à interfacier les recueils attendus depuis les logiciels métiers de l'établissement.

Le déploiement d'un outil de collecte standardisé n'a ainsi pas été prévu dans le cadre de cette enquête FLASH.

Q° De quelle manière seront articulées l'analyse des dépenses annuelles 2025 et l'analyse de l'activité recueillie pendant la coupe patient ?

L'analyse de l'activité recueillie pendant la coupe patient rendra compte des écarts de charge en soins induits par les caractéristiques et la complexité des patients, ainsi que des modalités et des contextes des séances.

Ces analyses permettront d'approcher les surcoûts associés à des prises en charges plus lourdes en les croisant avec l'exploitation de deux types de données de coûts : d'une part, l'étude nationale des coûts (ENC), qui trace les coûts associés à la prise en charge de la dialyse, et d'autre part, l'analyse des dépenses annuelles 2025 remontées lors de l'enquête, pour compléter et affiner les données de l'ENC (en particulier sur les majorations horaires).

Cette approche permettra ainsi d'affiner l'objectivation des surcoûts associés à un type de prise en charge par rapport à un autre et le calibrage de modulateurs pour mieux les valoriser.

Q° Est-il possible pour plusieurs agents de répondre à l'enquête ?

Oui, compte tenu de la charge potentiellement importante du recueil, il est même recommandé que celui-ci ne repose pas sur une seule personne.

Plusieurs catégories de professionnels sont amenées à contribuer à la collecte de données selon le type d'information à fournir :

- Le recueil "structure" relève principalement des services administratifs (RH, contrôle de gestion, services financiers), notamment pour les données relatives aux charges (coûts de personnel, équipement) ;
- La coupe "patient" sur 2 semaines consécutives, est davantage destinée aux professionnels de terrain (secrétariat, aides-soignants, IDE, IDEC, néphrologues), puisqu'elle porte sur les données de parcours et les caractéristiques des patients.

Un temps significatif de préparation en amont de la phase de collecte est essentiel afin de partager, avec l'ensemble des professionnels impliqués, les objectifs de l'enquête, les attendus, la répartition des tâches et le rétroplanning.

Chaque établissement reste toutefois libre d'organiser le recueil selon son organisation interne.

QUESTIONS RELATIVES AU RECUEIL A LA STRUCTURE

Q° Le fichier « structure » agrège pour une même entité géographique / pour un même FINESS l'ensemble des données de coûts RH et d'équipement. Toutefois, lorsqu'une entité géographique comporte plusieurs modalités, cette agrégation ne permet pas de distinguer clairement les spécificités propres à chacune d'elles.

L'objet du fichier "structure" n'est pas de distinguer les spécificités propres à chaque modalité. En effet, ces coûts peuvent être objectivés via l'ENC. Ce recueil vise principalement à recueillir des détails non disponibles autrement (majorations horaires par exemple), et des techniques bien spécifiques (dialyse à domicile, hémofiltration, dialyse de nuit).

Q° Comment les coûts de structure sont-ils intégrés dans la méthodologie d'enquête ?

Nous comprenons l'importance des coûts liés aux amortissements et aux coûts de structure, notamment dans des configurations territoriales variées.

Toutefois, l'objectif de l'enquête dialyse est d'estimer **les surcoûts directs** de prise en charge et de complexité afin de hiérarchiser les nouveaux forfaits, ce qui diffère de l'ENC qui analyse les coûts complets.

Aussi la méthodologie d'enquête a été réfléchiée dans un format « flash ». Intégrer l'analyse des coûts de structure dans le recueil impliquerait une charge supplémentaire importante pour les établissements et poserait des difficultés de vérification pour l'ATIH.

Pour approfondir les comparaisons (notamment pour prendre en compte les coûts de structure ou de logistique), l'ATIH pourra réaliser une analyse comparative des résultats de l'ENC 2023 par groupes d'établissement ou par modalité.

Q° Qu'entendez-vous par « charges de personnel libéral à la charge de la structure de dialyse en euros pour l'année 2025 » ?

L'article R162-33-2 du Code de la Sécurité Sociale fixe les règles s'agissant des possibilités de facturation en sus des prestations d'hospitalisation. Dans ce cadre, les actes infirmiers ne sont pas facturables en sus des forfaits facturés par les établissements privés. Certains établissements ont des conventions avec des IDEL en cas de prise en charge assistée, et la facturation de leur intervention est faite auprès de l'étab. Il s'agirait de ce type de charges.

Les dépenses facturées directement à l'Assurance Maladie (exemple : honoraires médecins libéraux) et donc qui ne seraient pas à la charge des établissements ne sont pas à collecter ici.

Q° Comment comptabiliser les coûts RH indirects (ex : rattachement HS, CA non pris, TTA, CET...)?

Ces coûts sont effectivement à comptabiliser dans la masse salariale (fichier de recueil à la structure). Il sera ajouté dans la notice d'information une définition de la notion de masse salariale.

Q° Comment comptabiliser par exemple les coûts des astreintes infirmières H24 obligatoires notamment dans les centres lourds ?

Les coûts des astreintes infirmières sont pris en compte dans les données de coût qui seront exploitées : ils sont intégrés dans la masse salariale globale renseignée dans l'ENC ainsi que dans les informations du fichier "Structures" qui sera recueillie pendant l'Enquête Dialyse. La calibration des tarifs comptabilisera ainsi ces coûts d'astreintes.

Q° : Les coûts relatifs à l'eau, l'électricité, à la maintenance du matériel et les surcoûts liés dialyse de nuit doivent être pris en compte. Y a-t-il une méthode pour les estimer ?

La méthode d'affectation des coûts de maintenance et d'énergie est laissée au choix de l'établissement. Ces charges étant particulièrement importantes lors des séances de dialyse, elles doivent être affectées le plus finement possible. L'utilisation d'une clé de ventilation des charges peut être pertinente dans le cas où elle est représentative de la réalité des coûts. Le cas échéant, cette clé est laissée à la main de l'établissement.

QUESTIONS RELATIVES A LA COUPE PATIENT

Q° : Est-ce que le recueil des données nécessitera une participation du DIM ?

L'équipe DIM au sein de chaque établissement sera mobilisée à plusieurs reprises durant la phase d'enquête. En amont de la période de réalisation de l'enquête, elle devra proposer un système d'information / format de fichier qui lui est propre et convertible en format csv. Pendant la période de recueil des données patients de deux semaines, il revient à l'établissement d'identifier la ou les équipes en charge du recueil (équipe médicale, non médicale, personnel administratif, DIM). L'équipe DIM sera enfin mobilisée pendant la phase de consolidation et de transmission de ces données à l'ATIH après la phase de recueil.

Q° Si une entité géographique dispose de plusieurs modalités de prise en charge, doivent-elles toutes répondre à l'enquête ?

Afin d'avoir une vision complète de l'activité de chaque entité pendant la coupe, l'ensemble de l'activité du FINESS géographique participant est attendue et donc toutes les modalités de l'entité géographique.

Q° Quelle proportion de patients doit être incluse dans l'enquête ?

Au sein d'une même entité géographique participante, il est demandé que 100% des patients pris en charge en dialyse sur la coupe patient soient inclus dans l'enquête. Dans le cas contraire, l'analyse des charges par rapport à l'activité réalisée ne sera pas pertinente.

C'est en raison de l'inclusion de 100% des patients que seules deux semaines de coupe sont demandées.

Q° Les séances recueillies dans le PMSI sur la durée du recueil doivent-elles aussi être exportées ?

Les séances PMSI sont à remonter via le canal habituel (DRUIDES, etc.), lors de l'envoi du M3. Il n'est pas demandé qu'un export supplémentaire soit transmis au titre de l'enquête.

Q° Le recueil de la durée de dialyse en DPCA, ne semble pas pertinent par rapport à la spécificité de la prise en charge (3 à 5 échanges de liquides par jour). Comment qualifier le début et la fin de la dialyse en DPCA ?

Le début de la DPCA est entendu comme le début du 1er cycle du jour, et la fin comme la fin du dernier cycle du jour.

Q° Lorsqu'un soin d'escarre ou de pied diabétique est réalisé par une IDE, comment doit-il être renseigné ?

S'il s'agit d'un soin réalisé en séance, le temps soignant associé est renseigné dans le minutage du personnel soignant sur cette séance.

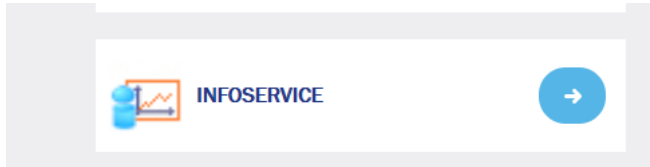
S'il s'agit d'un soin réalisé en dehors de la séance, il doit être indiqué dans la rubrique *Traitements personnels pris en charge par la structure*.

QUESTIONS RELATIVES AUX CARACTERISTIQUES PATIENT

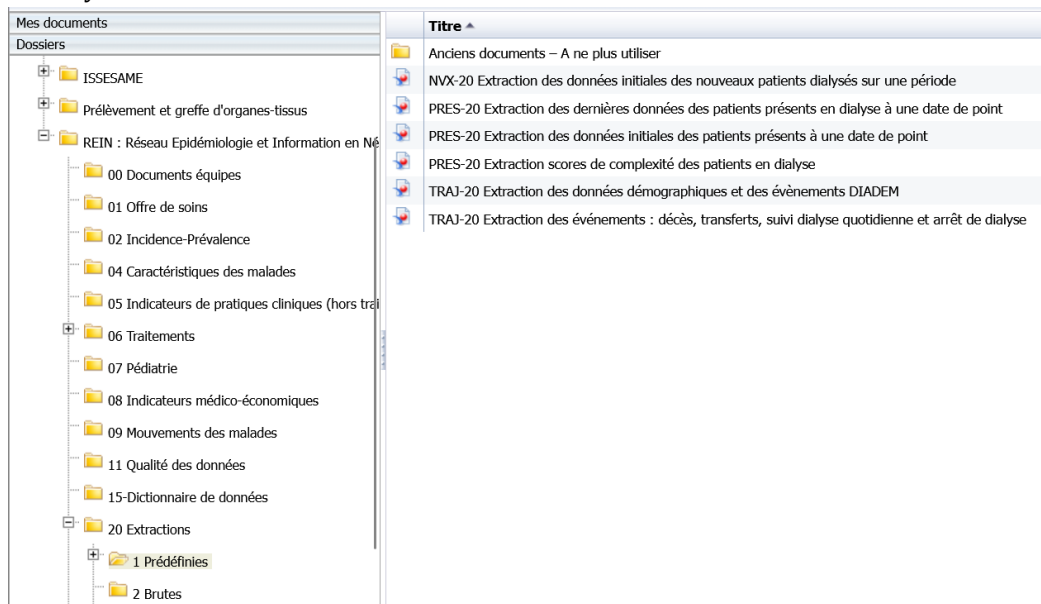
Q° Comment récupérer les données associées aux caractéristiques patient ?

Chaque établissement peut exporter, via le site internet de l'ABM, les caractéristiques patient renseignées dans le registre Rein.

Etape 1 : Connexion à l'InfoService sur le portail sécurisé de l'ABM (<https://portailpro.biomedecine.fr/>)



Etape 2 : Dans le dossier 20, Extraction du document « PRES-20 Extraction scores de complexité des patients en dialyse »



Q° Concernant le taux d'albumine, serait-il possible de préciser ce que recouvre la notion de "dernier" ? S'agit-il du dernier taux mesuré avant l'inclusion, ou du dernier en fin de recueil ?

La notion de "dernier" correspond à la dernière donnée d'albumine disponible dans le dossier du patient. Il n'est pas demandé de réaliser un test sanguin spécifique pour l'enquête mais d'utiliser la mesure la plus récente figurant dans le dossier. Cette précision sera intégrée dans la note d'information.

Q° Est-ce que la variable « hémiparaplégie » couvre les situations d'hémi-parésie ?

La définition de la variable « hémiparaplégie » est la suivante : le patient présente un déficit moteur d'un côté (atteinte du membre supérieur et du membre inférieur) ou des deux membres inférieurs. L'hémi-parésie ne semble pas correspondre à cette définition.

Q° Concernant les données relatives au minutage du temps professionnel par patient, quel type de données est attendue : une estimation, un chronométrage ? Une solution simplificatrice serait de diviser le nombre d'ETP par patient vu sur la semaine.

L'objectif de ce minutage est d'approcher le plus fidèlement possible les écarts de charge en soins selon les caractéristiques patient. La mesure doit refléter le temps réellement consacré à chaque patient.

La division de l'ETP par le nombre de patients ne répond pas aux objectifs de l'enquête, qui vise à identifier, au niveau patient, d'éventuels surcoûts liés à la comorbidité, la modalité, l'horaire de prise en charge. Il est explicitement demandé aux établissements de ne pas recourir à ce mode de calcul.