

NOTICES TECHNIQUES DES CAMPAGNES DE FINANCEMENT MCO/HAD

Campagnes 2018 à 2026

DIRECTION FAE

Campagne tarifaire et budgétaire 2026

Nouveautés « financement MCO/HAD »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2026, la première notice a été publiée en novembre (notice technique n° ATIH-294-9-2025 du 21 novembre 2025), présentant les nouveautés 2026 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et HAD (hospitalisation à domicile).

Elle est composée de quatre annexes :

- L'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- L'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- L'annexe 3 apporte des précisions concernant la Dotation Forfaitaire Garantie des Hôpitaux de Proximité (Activités MCO et HAD – tous secteurs) ;
- L'annexe 4 précise le calendrier des délégations de crédits.

La Directrice générale
Nathalie FOURCADE

Nathalie
Fourcade

Signature
numérique de
Nathalie Fourcade
Date : 2026.02.19
10:37:06 +01'00'

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [Arrêté du 29 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile](#)
- [Arrêté du 12 janvier 2026 fixant pour l'année 2026 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale](#)

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « Tarifaire ».

Les évolutions prévues à partir du 1^{er} janvier 2026 sont les suivantes :

Création de GHS majorés

10 GHS (groupe homogène de séjours) majorés sont créés en 2026 :

- 5 GHS majorés dans la racine 12C04 *Prostatectomies transurétrales* lorsque le séjour comporte l'acte JGND858 « Destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité [HIFU], par voie rectale avec guidage échographique » ;
- 5 GHS majorés dans la racine 01M12 *Autres affections du système nerveux*, lorsque le séjour comporte l'acte AANB256 « Destruction unilatérale d'une ou plusieurs cibles intracérébrales par ultrasons focalisés, par voie stéréotaxique avec monitoring par imagerie par résonance magnétique [IRM] ».

Création d'un forfait SE8

Un forfait sécurité environnement SE8 a été créé pour accompagner la pose d'un repère magnétique dans le sein, en externe uniquement. Le SE 8 est facturable dès lors que l'acte QELJ001 « Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage échographique » ou l'acte QELH001 « Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage mammographique » est réalisé pour la pose d'un marqueur magnétique.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2026, les étapes de construction tarifaire s'articulent autour de deux axes :

- Les modifications relatives au modèle de financement ;
- Les revalorisations tarifaires liées aux différentes mesures de soutien réalisées pour certaines activités.

1. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des Groupes Homogènes de Malades (GHM) et induisant donc des modifications des tarifs associés.

1.1. Les nouveautés relatives aux GHS

En lien avec les nouveautés induites par l'arrêté « Forfaits », l'arrêté « Tarifaire » crée de nouveaux Groupes Homogènes de Séjours (GHS) majorés pour valoriser des traitements innovants par voie d'ultrasons focalisés.

Pour la prise en charge du traitement du cancer de la prostate par ultrasons focalisés telle que détaillée en Annexe 1, les GHS de la racine 12C04 « Prostatectomies transurétrales » sont, à partir du 1^{er} janvier 2026, majorés de 5 192,39€ pour le secteur ex-DG et de 4 426,32€ pour le secteur ex-OQN. Ces majorants, établis à dire d'experts, tiennent compte du surcoût associé au matériel (acquisition et maintenance), aux consommables et à la durée d'intervention additionnelle en bloc opératoire. La différence entre les deux secteurs correspond à la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'acte JGND858 (destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité [HIFU], par voie transrectale avec guidage échographique) au titre de la rémunération des honoraires associés dans le secteur ex-OQN.

Le tableau ci-dessous présente les tarifs des GHS majorés applicables à la prise en charge du traitement du cancer de la prostate par ultrasons focalisés de la racine 12C04, ainsi que les tarifs des GHS non majorés :

GHM	Secteur ex-DG				Secteur ex-OQN			
	GHS non majoré		GHS majoré		GHS non majoré		GHS majoré	
	Code	Tarif	Code	Tarif	Code	Tarif	Code	Tarif
12C041	4518	2 570,11 €	8941	7 762,50 €	4518	1 635,21 €	8941	6 061,53 €
12C042	4519	3 779,85 €	8942	8 972,24 €	4519	2 168,11 €	8942	6 594,44 €
12C043	4520	5 220,21 €	8943	10 412,60 €	4520	2 954,75 €	8943	7 381,07 €
12C044	4521	7 890,33 €	8944	13 082,72 €	4521	4 175,59 €	8944	8 601,91 €
12C04J	4562	2 570,11 €	8945	7 762,50 €	4562	1 635,21 €	8945	6 061,53 €

Pour la prise en charge des tremblements essentiels par ultrasons focalisés telle que détaillée en Annexe 1, les GHS de la racine 01M12 « Autres affections du système nerveux » sont, à partir du 1^{er} janvier 2026, majorés de 10 684,59€ en secteur ex-DG et 9 727,22€ en ex-OQN. Ces majorants, établis à dire d'experts, tiennent compte du surcoût associé au matériel (acquisition et maintenance) et aux consommables. La différence entre les deux secteurs correspond à la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'acte AANB256 (destruction unilatérale d'une ou plusieurs cibles intracérébrales

par ultrasons focalisés, par voie stéréotaxique avec monitoring par imagerie par résonance magnétique [IRM]) au titre de la rémunération des honoraires associés dans le secteur ex-OQN.

Le tableau ci-dessous présente les tarifs des GHS majorés applicables à la prise en charge des tremblements essentiels par ultrasons focalisés de la racine 01M12, ainsi que les tarifs des GHS non majorés :

GHM	Secteur ex-DG				Secteur ex-OQN			
	GHS non majoré		GHS majoré		GHS non majoré		GHS majoré	
	Code	Tarif	Code	Tarif	Code	Tarif	Code	Tarif
01M121	238	2 198,68 €	8946	12 883,28 €	238	920,98 €	8946	10 648,20 €
01M122	239	4 270,52 €	8947	14 955,12 €	239	1 833,46 €	8947	11 560,68 €
01M123	240	7 140,89 €	8948	17 825,48 €	240	2 579,06 €	8948	12 306,28 €
01M124	241	10 062,65 €	8949	20 747,24 €	241	4 402,51 €	8949	14 129,73 €
01M12T	242	913,06 €	8950	11 597,65 €	242	273,56 €	8950	10 000,78 €

1.2. Les nouveautés relatives aux prestations

En lien avec les nouveautés induites par l'arrêté « Forfaits », l'arrêté « Tarifaire » entraîne la création de nouveaux tarifs.

1.2.1. Forfait sécurité environnement SE8

Pour la pose d'un repère magnétique dans le cas de tumeur de sein en dehors d'une hospitalisation tel que décrit en Annexe 1, le tarif du forfait sécurité environnement SE8 est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2026, à 390,16€ pour les deux secteurs (ex-DG et ex-OQN). La facturation du SE8 est cumulable avec celles des actes CCAM de pose (QELJ001 « Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage échographique » ou QELH001 « Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage mammographique »).

1.2.2. Prélèvement d'organe(s)

En 2026, deux nouveaux forfaits prélèvement d'organe(s) sont mis en place, pour couvrir l'utilisation d'une circulation extracorporelle régionale normothermique (CRN) mobile lors des opérations de prélèvements d'organes (cf. notice technique N° ATIH-294-9-2025) :

- Le forfait POB « Prélèvement(s) d'organe(s) sur une personne décédée après arrêt circulatoire, avec recours à une CRN mobile » est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2026, à 10 583,40€ pour les deux secteurs (ex-DG et ex-OQN).
- Le forfait POE « Pose et surveillance d'une CRN mobile sur une personne décédée après arrêt circulatoire » est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2026, à 6 187€ pour les deux secteurs (ex-DG et ex-OQN).

Pour la campagne 2026, un nouveau compartiment du forfait annuel greffe (FAG) est également créé, pour valoriser l'utilisation de machines à perfusion d'un greffon cardiaque. Le tarif de ce compartiment est fixé, à partir du 1^{er} janvier 2026, à 35 692€ pour les deux secteurs.

Enfin, le financement des réseaux opérationnels de proximité (ROP) évolue. En vue de mieux valoriser le recensement de donneurs, 4 nouveaux forfaits (ROP4, ROP5, ROP6, ROP7) sont introduits, et les 3 forfaits ROP1, ROP2 et ROP3 sont modifiés. Les suppléments associés sont fixés, à compter du 1^{er} janvier 2026, pour les deux secteurs de la façon suivante :

Forfaits	Critère	Suppléments
ROP 1	Réseau opérationnel de proximité composé de 1 établissement de santé (non autorisé au prélèvement d'organes)	12 135 €
ROP 2	Réseau opérationnel de proximité composé de 2 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	18 135 €
ROP 3	Réseau opérationnel de proximité composé de 3 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	24 135 €
ROP 4	Réseau opérationnel de proximité composé de 4 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	30 135 €
ROP 5	Réseau opérationnel de proximité composé de 5 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	36 135 €
ROP 6	Réseau opérationnel de proximité composé de 6 ou 7 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	42 135 €
ROP 7	Réseau opérationnel de proximité composé de plus de 8 au moins 8 établissements de santé (non autorisés au prélèvement d'organes)	48 135 €

Un tarif REC est également créé pour l'identification pour recensement d'un donneur décédé en vue d'un prélèvement d'organes dans un établissement non autorisé au prélèvement d'organes, et est fixé, à compter du 1^{er} janvier 2026, à 1 000€ pour les deux secteurs.

1.3. Les transferts de crédits induits par le changement de périmètre des tarifs

1.3.1. Réintégration des Molécules Onéreuses et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus

Pour la campagne 2026, la radiation de la liste en sus (LES) de Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) et de médicaments entraîne des modifications des tarifs associés. Les charges induites par les produits radiés sont réintégrées proportionnellement à la part que le coût du traitement représentait par rapport au tarif de chaque GHM. Par exemple, les charges induites d'un produit dont le coût moyen représentait 10% du tarif d'une racine donnée sont réintégrées à hauteur de 33% dans la racine.

Pour chaque racine, le montant total à réintégrer est rapporté au montant total valorisé de la racine pour déduire un taux d'évolution, qui s'applique à l'ensemble des GHS, des tarifs extrêmes bas (EXB) et hauts (EXH). À titre d'exemple, les GHS de la racine 04M19 (Tuberculoses) évoluent de +0,27% en ex-DG et de +0,01% en ex-OQN après réintégration de 95% de charges induites par l'isavuconazole, radié de la liste en sus à partir du 1^{er} janvier 2026.

143 racines sont revalorisées au titre des radiations des médicaments dans le secteur ex-DG, avec un pourcentage de revalorisation des racines compris entre +0,01% et +2,87%. 67 racines de GHM sont revalorisées au titre des radiations des médicaments dans le secteur ex-OQN, avec un pourcentage de revalorisation des racines compris entre +0,01% et +0,19%.

11 racines sont revalorisées au titre des radiations des dispositifs médicaux dans les deux secteurs, avec un pourcentage de revalorisation des racines compris entre +0,004% et +14,8% dans le secteur ex-DG, et +0,1% et 34,8% dans le secteur ex-OQN.

Les racines 05K05 (Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde) et 05K06 (Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde), concentrant plus des deux tiers des charges induites par les produits radiés, ont été traitées selon une méthodologie *ad hoc*. Pour la campagne 2026, l'ensemble des GHS de la racine 05K05 évoluent de +527€ en ex-DG et de +565€ en ex-OQN. Les GHS de la racine 05K06 évoluent de +419€ en ex-DG et de +374€ en ex-OQN.

1.3.2. Intégration des tests PCR dans les suppléments de biologie des passages aux urgences

Pour la campagne 2026, le financement des tests PCR aux urgences est intégré dans le supplément biologie des passages aux urgences, mettant fin à leur financement dérogatoire en sus. Cette modification induit une modification des tarifs des suppléments biologie SUB et SB3 en ex-DG, qui baissent de 1 B¹ (0,25 € en métropole, 0,29 € aux Antilles et 0,31 € en Guyane/Réunion) à compter du 1^{er} janvier 2026. Le tarif du supplément SB2 en ex-DG, ainsi que les tarifs des suppléments biologie en ex-OQN, restent stables.

2. Les modifications tarifaires

2.1. Mesures de soutien réalisées sur les activités ciblées

2.1.1. Mesure en faveur de la réanimation

Dans la continuité de la campagne 2025, un appui spécifique est apporté aux soins critiques, avec une attention particulière portée à l'activité de réanimation, dans le sillon de la réforme des autorisations des soins critiques. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2026, les suppléments journaliers de réanimation (REA, REP, NN1, NN2, NN3) bénéficient d'une revalorisation de +1,25% et les suppléments journaliers de soins intensifs (STF) bénéficient d'une revalorisation de +0,62%.

2.1.2. Mesure de correction sur les GHS intermédiaire d'obstétrique

La revalorisation ciblée sur l'obstétrique de +2,64% introduite par la campagne 2025 avait été appliquée par erreur à 4 GHS intermédiaires, dont les évolutions tarifaires sont gérées par classe de 'tarif intermédiaire'. La campagne 2026 entraîne la correction de cette hausse pour les 4 GHS intermédiaires suivants : 5400, 5401, 5403 et 5504.

2.1.3. Mesure de soutien sur les forfaits de prélèvement d'organes

Pour la campagne 2026, un appui spécifique est également apporté à l'activité de prélèvements d'organes dans le cadre du Plan Greffe. Les tarifs des forfaits PO sont ainsi tous revalorisés de 8,9% à compter du 1^{er} janvier 2026.

3. Les autres évolutions non ciblées

La campagne 2026 n'entraîne pas d'évolution des autres GHS et suppléments. L'évolution portée par l'ONDAM 2026 est de 0% quel que soit les GHS et le secteur de financement.

¹ L'intégration des tests PCR dans les suppléments biologie se faisant à enveloppe financière constante, cela implique une légère baisse du montant du supplément sur le secteur ex-DG.

4. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2025 et 2026 par catégorie de prestations :

	taux de sortie ex-DG	taux de sortie ex-OQN
GHS + suppléments journaliers	0,3%	0,5%
<i>GHS hors réintégration LES</i>	0,0%	0,0%
<i>GHS y/c réintégration LES</i>	0,3%	0,5%
Suppléments journaliers	1,0%	1,0%
<i>supplément de réanimation et néonatalogie</i>	1,2%	1,2%
<i>supplément de soins intensifs</i>	0,6%	0,6%
<i>dont suppléments hors réanimation</i>	0,0%	0,0%
Dialyse (hors centre)	0,0%	0,0%
PO	8,9%	8,9%
forfaits urgences	0,0%	0,0%
suppléments transports et DTP	0,0%	0,0%
forfaits annuels (hors FAG)	0,0%	0,0%
forfait annuel FAG	0,0%	0,0%
SE/FFM/AP/AP2	0,0%	0,0%

Pour la campagne 2026, les forfaits de dialyse hors centre, les forfaits annuels, suppléments transports et dialyse tierce personne (DTP), forfait innovation et forfaits SE/PO/FFM/AP et AP2 n'évoluent pas.

Sur le champ HAD, les tarifs bénéficient comme chaque année d'un soutien spécifique, traduit par une évolution tarifaire uniforme de +1,0% dans les deux secteurs (ex-DG et ex-OQN), soit une évolution plus favorable qu'en MCO.

5. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre en compte leurs surcoûts reste identique en 2026 par rapport à 2025 ;
- le coefficient dit « RH » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement n'évolue pas entre 2025 et 2026 ;
- le coefficient prudentiel reste fixé à -0,7% pour l'année 2026 comme en 2025.

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2025 et 2026 qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements. La campagne 2026 n'introduit ainsi aucune variation des coefficients.

i. Les coefficients géographiques

Les coefficients géographiques demeurent inchangés en 2026 par rapport à 2025. Les valeurs 2026 par département sont les suivantes :

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud	11,00%
2B Haute Corse	11,00%
75 Paris	7,00%
77 Seine et Marne	7,00%
78 Yvelines	7,00%
91 Essonne	7,00%
92 Haut de Seine	7,00%
93 Seine saint Denis	7,00%
94 Val de Marne	7,00%
95 Val d'Oise	7,00%
971 Guadeloupe	27,00%
972 Martinique	27,00%
973 Guyane	33,10%
974 Réunion	34,00%
976 Mayotte	34,00%

ii. Coefficient dit « RH »

Étant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisations salariales sont arrêtées par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement arrêté.

Pour la campagne 2026, les coefficients dit « RH » restent inchangés par rapport à 2025. Les valeurs par statut juridique sont les suivantes :

Catégorie d'établissement	Valeur du coefficient
Établissements publics de santé mentionnés au a de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EPS)	1,41%
Établissements à but non lucratif mentionnés au b et c de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBNL ex-DAF)	-2,08%
Établissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBNL ex-OQN)	-1,11%
Établissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale (EBL)	0,12%

Annexe 3

Hôpitaux de Proximité

Dotation Forfaitaire Garantie

Activités MCO et HAD – tous secteurs

Les hôpitaux de proximité perçoivent une dotation forfaitaire garantie (DFG) si leur valorisation est en deçà de cette dernière. Cette DFG est mise à jour chaque année de l'effet prix. L'effet prix 2026 considéré est l'effet prix moyen de la campagne 2026. Cet effet prix prend en compte l'application des tarifs 2026, l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

La campagne 2026 n'entraînant pas d'évolution des GHS (hors liste en sus et suppléments journaliers), l'effet prix 2026 de la DFG est nul.

Annexe 4

Calendrier des délégations de crédits

Les crédits de dotations ou forfaitaires alloués au titre de la campagne 2026 aux établissements de santé sont délégués par circulaires budgétaires ou concomitamment.

Le montant des délégations de crédits sont calculés sur la base des données de l'activité 2025 transmises par les établissements de santé.

Le tableau ci-dessous précis, pour chaque financement, le vecteur associé, la base de données utilisée pour le calcul du montant des crédits à déléguer, la période de délégation et le mois de transmission retenu :

Champs	Financement	Vecteur de financement	Période de délégation	Mois de Transmission	Recueil
Interchamps	Incitation Financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)	IFAQ	C1 2026	M12 2025	PMSI
MCO	Hébergement Temporaire Non Médicalisé (HTNM) et Engagement Maternité	Mission spécifique/Objectifs de santé publique	C1 2026	M12 2025	FICHSUP
MCO	FAI	Forfait annuel	C1 2026	M12 2025	PMSI
MCO	Coordination des Prélèvements d'Organes (CPO) / Forfait Annuel Greffe (FAG)	Forfait annuel	C1 2026	M12 2025	PMSI
MCO	Maladie Rénale Chronique (MRC)	Forfait annuel	C1 2026	M12 2025	Recueil MRC
MCO	MIG dentaires (CSERD - Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires)	Objectif de santé publique	C1 2026	M12 2025	RSF-ACE
MCO	Admissions Directes Non Programmées (ADNP)	Objectif de santé publique	C3 2026	M8 2026	PMSI
MCO	Dotation Complémentaire Qualité urgences (DCQ)	DCQU	C3 2026	M12 2025	RPU
HAD	Maladies Neurodégénératives (MND)	Objectif de santé publique	C2 2026	M12 2025	PMSI

Champs	Financement	Vecteur de financement	Période de délégation	Mois de Transmission	Recueil
HAD	Liste en sus complémentaire- "traitements couteux HAD"	Mission spécifique	C1 2026	M12 2025	FICHCOMP
HAD	HAD-Réadaptation (HAD-R)	Objectif de santé publique	C1 2026	M12 2025	FICHCOMP
HAD	HAD Chimiothérapie- Primo-prescription de chimiothérapies orales"	Objectif de santé publique	C1 2026	M12 2025	FICHCOMP

Campagne tarifaire et budgétaire 2025

Nouveautés « financement MCO/HAD »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2025, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024), présentant les nouveautés 2025 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO et HAD.

Elle est composée de quatre annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 3 apporte des précisions concernant la Sécurisation Modulée à l'Activité et la Dotation Forfaitaire Garantie (Activités MCO et HAD – secteur ex-DG) ;
- l'annexe 4 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

La Directrice générale
Nathalie FOURCADE

Nathalie
Fourcade

Signature
numérique de
Nathalie Fourcade
Date : 2025.06.04
11:55:45 +02'00'

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [Arrêté du 29 février 2024 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile](#) ;
- [Arrêté du 15 avril 2024 fixant pour l'année 2024 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale](#)

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « Tarifaire ».

Les évolutions prévues à partir du 1^{er} mars 2025 et décrites dans l'arrêté « forfait » ne nécessitent pas de précisions particulières, en dehors du sujet des UM de soins critiques.

Unités médicales de soins critiques

Pour information : Il est rappelé que les UM de soins intensifs polyvalents pédiatriques de recours (code d'UM 15G) ne figurent pas dans le décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

Ainsi, bien que cette UM ait été présentée dans les tableaux relatifs à l'identification des nouvelles unités de soins critiques de la campagne 2024 (notice et guide méthodologique campagne 2024), l'identification de cette UM n'ayant pas lieu d'être, elle a été supprimée des documents relatifs à la campagne 2025 (Notice technique et guide méthodologique).

En conséquence, ce code d'UM (15G) ne doit pas être utilisé.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2025, les étapes de construction tarifaires s'articulent principalement autour d'un axe concernant les revalorisations tarifaires liées aux différentes mesures de soutien réalisées pour certaines activités d'une part, et aux autres évolutions non ciblées d'autre part.

Les revalorisations tarifaires

A. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées

Dans la continuité de la campagne 2024, un soutien spécifique est ciblé sur certaines activités qui ont le plus de mal à redémarrer depuis la crise sanitaire avec des conséquences en termes de santé publique (retards de prise en charge, risque de renoncement aux soins). Il s'agit de soutenir prioritairement certaines activités de médecine, les soins palliatifs, l'activité de pédiatrie et l'activité de greffe/transplantation ainsi que certaines prises en charge de chirurgie lourde.

Le périmètre des racines ciblées est défini comme suit :

- racines de médecine des CMD 01, 05, 06, 07, 08, 16 et 17 ;
- racines de soins palliatifs
- racines de la CMD 27 et greffes de cornées (transplantations / greffes) ;
- racines de chirurgie lourdes et complexes (01C0, 01C04, 01K07, 03C25, 05C02, 05C03, 07C09, 07C11, 08C61, 22C02, 25C02 et 26C02)
- racines de pédiatrie qui remplissent au moins une des conditions suivantes :
 - o racines avec une condition d'âge des patients dans la classification en vigueur ;
 - o racines avec plus de 50% du volume des séjours concernant des patients de moins de 18 ans ;
 - o racines avec plus de 30% du volume des séjours qui sont dans une unité médicale de pédiatrie ;

Les GHS de séances (CMD 28) et les GHS intermédiaires de médecine sont exclus des mesures de soutien

Les GHS ciblés ont une évolution, au titre de ces mesures de soutien, de +0,79% dans le secteur ex-DG et dans le secteur ex-OQN. Pour ces GHS, ces évolutions ciblées viennent s'ajouter aux évolutions non ciblées communes à tous les GHS.

Ces mesures de soutien représentent une évolution moyenne de +0,22% sur le secteur ex-DG et de +0,06% sur le secteur ex-OQN. Cet écart de taux moyen s'explique par le poids différencié du périmètre des revalorisations ciblées dans le case-mix de chacun des secteurs.

En parallèle, des revalorisations ciblées portent également sur les soins critiques, notamment ceux réalisés en service de réanimation. Ainsi, les suppléments journaliers de réanimation ont aussi bénéficié d'une mesure de soutien de 2,33% dans les deux secteurs (cette mesure venant s'ajouter aux évolutions non ciblées dont bénéficient également les suppléments de réanimation).

B. Les autres évolutions non ciblées

Les autres évolutions non ciblées s'appliquent uniformément à l'ensemble des GHS et des suppléments. Cette évolution « socle » est de 0,2% sur le secteur ex-DG¹ et de 0,4% sur le secteur ex-OQN.

L'évolution des tarifs présentés dans le tableau ci-dessous résulte de la combinaison de l'évolution commune à tous les GHS et de l'évolution ciblée des mesures de soutien pour les GHS et suppléments concernés.

C. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2024 et 2025 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution global ex-DG	Taux d'évolution global ex-OQN
Forfait innovation	0,0%	0,0%
HAD	1,5%	1,5%
Dialyse (hors centre)	0,2%	0,4%
SE/PO/FFM/AP/AP2	0,2%	0,2%
Forfaits urgences	0,2%	0,2%
GHS + suppléments journaliers	0,5%	0,5%
GHS	0,4%	0,5%
<i>dont GHS concernés par la mesure de soutien</i>	1,0%	1,2%
<i>dont GHS non concernés par la mesure de soutien</i>	0,2%	0,4%
Suppléments journaliers	1,7%	1,3%
<i>dont suppléments journaliers hors réanimation</i>	0,2%	0,4%
<i>dont suppléments journaliers de réanimation</i>	2,5%	2,7%
Suppléments transports et DTP	0,2%	0,2%
Forfaits annuels (hors FAG et CPO)	0,2%	0,2%
Forfaits annuels FAG et CPO	1,5%	1,5%

Les suppléments journaliers et les forfaits de dialyse hors centre évoluent comme les GHS non ciblés par les mesures de soutien.

Les forfaits annuels, suppléments transports et DTP, forfait innovation et forfaits SE/PO/FFM/AP et AP2 connaissent des évolutions identiques entre secteurs, comme lors des campagnes précédentes.

Les forfaits annuels en lien avec la greffe (FAG et CPO) sont revalorisés à hauteur de +1,5%, dans le cadre du plan greffe 2022-2026.

Pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, les forfaits et les suppléments évoluent de 0,2% dans les deux secteurs. L'évolution est la même pour les suppléments imagerie du secteur ex-DG. L'application du taux d'évolution aux forfaits biologie du secteur ex-DG n'est pas suffisant pour faire augmenter les nombres de B associés, ces forfaits demeurent donc inchangés. Enfin, le supplément SAS est revalorisé de 6,50 € en métropole et de 9,20 € dans les DOM.

¹ A l'exception des GHS des séances de radiothérapie ou l'évolution est de 0% (tarifs stables) dans l'attente de la réforme de financement.

Sur le champ HAD, les tarifs bénéficient comme chaque année d'un soutien spécifique, traduit par une évolution tarifaire uniforme de +1,5% dans les deux secteurs, soit une évolution plus favorable qu'en MCO.

D. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre en compte leurs surcoûts. Il est en hausse en 2025 par rapport à 2024 sur certains territoires ;
- le coefficient dit « RH » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement ;
- le coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2025

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2024 et 2025 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

i. Les coefficients géographiques

Suite à la publication du rapport de la DREES en 2023², les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés. L'évolution est lissée sur les campagnes 2024 et 2025.

Les valeurs 2025 par département sont les suivantes :

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud	11,00%
2B Haute Corse	11,00%
75 Paris	7,00%
77 Seine et Marne	7,00%
78 Yvelines	7,00%
91 Essonne	7,00%
92 Haut de Seine	7,00%
93 Seine saint Denis	7,00%
94 Val de Marne	7,00%
95 Val d'Oise	7,00%
971 Guadeloupe	27,00%
972 Martinique	27,00%
973 Guyane	33,10%
974 Réunion	34,00%
976 Mayotte	34,00%

ii. Coefficient dit « RH »

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisations salariales sont arrêtées par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement arrêté.

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

Pour 2025, le coefficient des EBNL est scindé en 2, il devient spécifique à chaque secteur de financement.

Le niveau du coefficient est le suivant pour 2025 :

EPS	
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	0,35%
EBNL	
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-1,77%
EBNL	
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-0,29%
EBL	
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-0,14%

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 et au Ségur 2 allouées par les tarifs de 2021 à 2023, des mesures de revalorisation du point d'indice et des mesures « pouvoir d'achat » allouées par les tarifs en 2023 et des mesures Guérini allouées par les tarifs en 2024 dont le reliquat des mois de janvier et février vient impacter ce coefficient en 2025. La variation de ce coefficient entre 2024 et 2025 est de -0,07% pour les EPS, -0,02% pour les EBNL ex DG, +1,46% pour les EBNL ex OQN et de +0,03% pour les EBL.

iii. Coefficients de reprise des allègements de charges

Depuis la campagne 2018, la reprise des allègements sociaux et fiscaux bénéficiant aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise.

Les coefficients de reprise disparaissent à partir de l'année 2025, conformément aux annonces ministérielles.

Annexe 3

Sécurisation Modulée à l'Activité et Dotation Forfaitaire Garantie Activités MCO et HAD – secteur ex-DG

I. Sécurisation Modulée à l'Activité

La sécurisation modulée à l'activité est un mécanisme de sécurisation des recettes qui, en 2023 et 2024, a remplacé la garantie de financement mise en place lors de la crise sanitaire en 2020. Cette sécurisation est supprimée en 2025.

Cette suppression est effective dès M3 en ex-DG, avec effet rétroactif : les établissements doivent régulariser les montants perçus au titre de M1 et M2.

Un accompagnement spécifique des établissements de santé présentant les situations financières les plus dégradées sera mis en œuvre. Une enveloppe de 235 M€ est dédiée à cet accompagnement (200 M€ pour les EPS, 35 M€ pour les EBNL).

II. Dotation Forfaitaire Garantie

Les hôpitaux de proximité perçoivent une dotation forfaitaire garantie (DFG) si leur valorisation est en deçà de cette dernière. Cette DFG est mise à jour chaque année de l'effet prix. L'effet prix 2025 considéré est l'effet prix moyen de la campagne 2025.

L'effet prix 2025 est appliqué à la DFG 2024. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2024 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2024 et 10 mois d'application des tarifs 2025, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

Les effets prix 2025 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	1,36%	1,93%

Annexe 4

Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires la notice technique n°ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024 (Nouveautés PMSI).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- **Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50 en HAD**
- **Complément d'information pour le financement du forfait innovation ENDOTEST**

I. Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50 en HAD

L'expérimentation article 50, menée au titre de l'[article 50 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024](#), vise à proposer une rémunération forfaitaire aux établissements MCO qui adressent des patients souffrant d'une pathologie cancéreuse pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique (hors chimiothérapie orale) en hospitalisation à domicile.

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sont précisées dans l'[arrêté du 14 mars 2025 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024](#), ainsi que dans l'instruction n° DGOS/P1/P2/2025/23 du 28 mars 2025 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et prévoyant la mise en place d'un forfait pour la prise en charge en hospitalisation à domicile de patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC).

Des précisions complémentaires concernant le financement de cette expérimentation sont disponibles dans l'[arrêté du 8 avril 2025 relatif au montant des forfaits de l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024](#).

Le nouveau FICHCOMP dit « Art50 TMSC » servira de support au recueil de l'information médicale en lien avec cette expérimentation. Il concerne donc les établissements HAD partenaires des établissements MCO autorisés à mettre en œuvre l'expérimentation article 50.

Le recueil, mensuel et cumulatif, permettra le calcul de la rémunération forfaitaire versée à l'établissement MCO expérimentateur, adressant ses patients en HAD pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique du cancer. Cette rémunération est destinée à financer l'encadrement par l'établissement MCO de ce traitement poursuivi en HAD.

La liste des variables à recueillir comporte notamment :

- Le FINESS de l'établissement HAD ;
- Le numéro de séjour en HAD ;
- Le FINESS de l'établissement MCO partenaire avec lequel l'établissement HAD a conventionné et qui adresse le patient dans le cadre de l'expérimentation (FINESS géographique) ;
- Sont attendues dans le recueil, les dates d'administration des traitements médicamenteux systémiques du cancer (une ligne par date d'administration), permettant le calcul du nombre moyen de journées d'administration mensuel de TMSC par patient inclus dans l'expérimentation.

Format du FICHCOMP dit « Art50 TMS »

Libellé	Nom variable	Taille	Type de données	Précision (type de données)	Caractère obligatoire	Cadrage/ Remplissage	Modalités
Numéro FINESS d'inscription e-PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9	A	Référentiel FINESS e-PMSI (Plage)	O	NA/NA	
Numéro de séjour en HAD	<i>num_admin</i>	<=20	A		O		
ID Exp	<i>id_exp</i>	5	A	Valeur fixe	O	NA/NA	N9908
N°ordre	<i>id_ord</i>	1	A	Valeur fixe	O	NA/NA	1
Numéro FINESS MCO	<i>finess_mco</i>	9	A		O	NA/NA	Finess de l'ES MCO partenaire avec lequel l'ES HAD a conventionné (FINESS géographique)
Date d'administration	<i>date_admin</i>	8	Date	JJMMAAAA	O	NA/NA	Date d'administration des TSMC

II. Complément d'information pour le financement du forfait innovation ENDOTEST

Le forfait I19 de prise en charge d'ENDOTEST, test salivaire de diagnostic de l'endométriose³, est exclusif de tout autre financement ayant pour objet la prise en charge de la réalisation de l'acte et de la consultation associée pour les patients hors de l'étude, ainsi que des consultations associées d'annonce et de suivi pour les patients dans l'étude. Par ailleurs, la facturation du forfait I19 est indépendante de la facturation du séjour hospitalier. En d'autres termes, si le test est réalisé à l'occasion d'un séjour hospitalier dont la motivation n'est pas la réalisation du test, la facturation du I19 peut se faire en plus de la facturation du séjour hospitalier.

Pour les patientes qui participent à l'essai clinique, le forfait innovation comprend notamment les actes médicaux et paramédicaux liés spécifiquement à la recherche, la réalisation du test ainsi que les consultations d'annonce et de suivi.

Pour les patientes qui bénéficient d'ENDOTEST en dehors de l'essai clinique, le forfait innovation comprend la réalisation du test. Toutes prises en charge additionnelles, comme la consultation d'annonce, sont à facturer en plus du forfait innovation au titre des soins courants.

La complexité du test induit l'annonce des résultats à distance de la réalisation de celui-ci. Aussi, il est recommandé de coder le forfait innovation lors de la réalisation du prélèvement de l'échantillon salivaire.

Afin de percevoir le forfait, les établissements de santé codent les actes et consultations associées des patientes bénéficiant du dispositif in vitro ENDOTEST :

- lors d'une hospitalisation, via le code « INNOV2408019N », au sein de la variable « Innovation » dans le RSS du séjour correspondant = en sus du GHS ;
- lors d'une consultation externe : via le code I19 au sein du RSF-ACE. Le RSF-ACE ne doit contenir aucune autre prestation, et aucune facture ne doit être transmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie.

³ Notice technique ATIH-506-6-2024 du 20 décembre 2024 / modification du 20 février 2025
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4903/notice_technique_atih-mco-had-smr-psy-2025_complement2025.pdf

Campagne tarifaire et budgétaire 2024

Nouveautés « financement MCO/HAD

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2024, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-546-10-2023 du 18 décembre 2023), présentant les nouveautés 2024 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO et HAD.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 3 apporte des précisions concernant la Sécurisation Modulée à l'Activité et la Dotation Forfaitaire Garantie (Activités MCO et HAD – secteur ex-DG).

Le Directeur général

Housseyni HOLLA

Housseyni
HOLLA

Signature numérique de
Housseyni HOLLA
Date : 2024.06.24 15:40:27
+02'00'

ANNEXE 1 Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation	3
1. Intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits »	3
2. Forfaits annuels FAG et CPO	3
3. Soins critiques	4
ANNEXE 2 Modalités techniques de construction tarifaire	5
1. Les modifications relatives au modèle de financement	5
2. Les revalorisations tarifaires	5
<u>3.1. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées</u>	5
<u>3.2. Les autres évolutions non ciblées</u>	6
<u>3.3. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation</u>	6
<u>3.4. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations</u>	7
ANNEXE 3 Sécurisation Modulée à l'Activité et Dotation Forfaitaire Garantie Activités MCO et HAD – secteur ex-DG	10
2. Dotation Forfaitaire Garantie	11

ANNEXE 1 Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [Arrêté du 29 février 2024 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile](#) ;
- [Arrêté du 15 avril 2024 fixant pour l'année 2024 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale](#)

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « Tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits » ;
- évolution des forfaits annuels FAG et CPO ;
- prise en compte de la réforme des autorisations pour les soins critiques.

1. Intégration de l'arrêté relatif aux « forfaits patient urgences » dans l'arrêté « Forfaits »

L'article 13 de l'arrêté « Forfaits » de 2024 reprend à l'identique les éléments de l'arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, l'arrêté du 31 mars 2023 étant désormais abrogé.

Dans le cas des forfaits âge urgences qui sont facturables dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète par le médecin de la structure des urgences, ou par l'infirmier en pratique avancée de médecine d'urgence, il convient de rappeler que, dans les établissements ex-OQN, la facturation de ces forfaits par les infirmiers en pratique avancée (IPA) n'est pas autorisée, compte tenu des dispositions de l'article L.162-22-8-2 qui prévoit que les forfaits et suppléments urgences « sont destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale mentionnés à l'article L. 162-14. »

2. Forfaits annuels FAG et CPO

Pour l'année 2024, le montant des forfaits de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) et le forfait annuel correspondant aux activités de transplantations d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques (FAG) est déterminé, pour chaque établissement, à partir des données d'activité transmises soit au titre de l'année précédente (2023) soit au titre d'une année qui ne peut être antérieure à 2019. L'année retenue pour le calcul du montant du forfait est celle où le nombre de greffes est le plus élevé pour l'établissement de santé concerné.

3. Soins critiques

L'article 7 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé a été modifié afin de prendre en compte la réforme des autorisations des soins critiques.

Afin qu'il n'y ait pas de rupture de facturation, dès la notification de leur nouvelle autorisation, les établissements pratiquant une activité de soins critiques, à savoir la réanimation adulte, la réanimation pédiatrique et les soins intensifs adultes et pédiatriques, à la date d'ouverture de la période de dépôt de demande d'autorisation mentionnée à l'article R. 6122-28 du code de la santé publique peuvent facturer, s'il y a lieu, les suppléments réanimation adulte (REA) et pédiatrique (REP), ainsi que soins intensifs (STF).

Les établissements bénéficiant jusqu'alors d'une reconnaissance contractuelle de soins intensifs et n'ayant pas déposé de demande d'autorisation, pourront continuer à facturer le supplément associé (STF) jusqu'à l'échéance de leur reconnaissance contractuelle.

Aussi, les établissements bénéficiant jusqu'alors d'une reconnaissance contractuelle de surveillance continue pourront continuer à facturer le supplément associé (SRC) jusqu'à l'échéance de celle-ci.

ANNEXE 2 Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2024, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées aux différentes mesures de campagne dont les mesures concernant les revalorisations salariales et les mesures de soutien réalisées pour certaines activités.

1. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte en 2024 uniquement d'un changement de périmètre des tarifs qui induit des modifications des tarifs associés.

Une seule modification de périmètre est intervenue pour la campagne, il s'agit de la réintégration des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) radiés de la liste en sus en 2023.

Lors de la campagne 2023, les dispositifs médicaux implantables « Guides de mesure de la FFR » et « Cathéters de reperfusion » ont été radiés de la liste en sus sans faire l'objet d'une réintégration dans les tarifs.

Pour la campagne 2024, les charges induites par ces dispositifs sont réintégrées dans les tarifs. La réintégration est ciblée de manière différenciée sur les racines les plus consommatrices :

- Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux (01K03)
- Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (05K06)
- Actes diagnostiques par voie vasculaire (05K10)

Ainsi, l'impact de ce changement de périmètre est dépendant des racines.

A titre d'exemple, sur le secteur ex-DG, le tarif de la racine « Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux (01K03) » augmente de 8,5%.

2. Les revalorisations tarifaires

3.1. Mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées

Un soutien spécifique est réalisé pour les activités qui ont le plus de mal à redémarrer depuis la crise sanitaire avec des conséquences en termes de santé publique (retards de prise en charge, risque de renoncement aux soins). Il s'agit de soutenir prioritairement les activités de médecine, les soins palliatifs, l'activité de pédiatrie et l'activité de greffe/transplantation. Les maternités bénéficient également d'un soutien tarifaire spécifique dans un contexte de forte baisse de la natalité.

Le périmètre des racines ciblées est défini comme suit :

- racines de médecine (GHM en M ou en Z) ;
- racines de la CMD 27 (transplantations / greffes) ;
- racines de pédiatrie qui remplissent au moins une des conditions suivantes :
 - racines avec une condition d'âge des patients dans la classification en vigueur ;
 - racines avec plus de 50% du volume des séjours concernant des patients de moins de 18 ans ;

- racines avec plus de 30% du volume des séjours qui sont dans une unité médicale de pédiatrie ;
- racines de maternité (CMD 14 et 15).

Les GHS de séances (CMD 28) et les GHS intermédiaires de médecine sont exclus des mesures de soutien

Les GHS ciblés ont une évolution, au titre de ces mesures de soutien, de +2,64% dans le secteur ex-DG et dans le secteur ex-OQN.

Ces mesures de soutien représentent une évolution moyenne de +1,4% sur le secteur ex-DG et de +0,5% sur le secteur ex-OQN.

3.2. Les autres évolutions non ciblées

Les autres évolutions non ciblées concernent notamment les mesures de revalorisation salariales (Guérini, Attractivité) et l'effet report des mesures de campagne de l'année précédente. En effet, la forte hausse des tarifs entre 2022 et 2023 se traduit par un « effet report » à financer sur les mois de janvier et février ce qui contraint fortement l'évolution des tarifs au 1er mars 2024.

3.3. Synthèse des taux d'évolution des tarifs par prestation

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2023 et 2024 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution global ex-DG	Taux d'évolution global ex-OQN
Forfait innovation	0,0%	0,0%
HAD	3,3%	2,1%
Dialyse (hors centre)	3,1%	0,0%
SE/PO/FFM/AP/AP2	0,0%	0,0%
Forfaits urgences	0,0%	0,0%
GHS + suppléments journaliers	4,6%	0,6%
GHS	4,6%	0,6%
<i>dont GHS concernés par la mesure de soutien</i>	5,8%	2,7%
<i>dont GHS non concernés par la mesure de soutien</i>	3,1%	0,0%
Suppléments journaliers	3,1%	0,0%
Suppléments transports et DTP	0,0%	0,0%
Forfaits annuels	3,1%	3,1%

Sur le champ MCO, l'écart de 4 points entre le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN est principalement lié :

- d'une part, au financement des mesures de revalorisation salariale, qui représentent de l'ordre de +3,5% dans le secteur ex-DG et +0,7% dans le secteur ex-OQN ;
- d'autre part, au poids des activités ciblées par des mesures de soutien réalisées sur des activités ciblées (cf. II.a)

Les suppléments journaliers et les forfaits de dialyse hors centre évoluent comme les GHS non ciblés par les mesures de soutien.

Les forfaits annuels, suppléments transports et DTP, forfait innovation et forfaits SE/PO/FFM/AP et AP2 connaissent des évolutions identiques entre secteurs, comme lors des campagnes précédentes

Pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, les forfaits et les suppléments n'évoluent pas car les mesures de revalorisation salariales sont intégrées dans la dotation populationnelle. La fin du mécanisme de gestion des effets revenus de la mise en œuvre de la réforme en 2022 (dit « stop loss ») implique pour le secteur ex-DG une revalorisation des tarifs tel que définis sans application de ce mécanisme, comme cela a été le cas en 2023 pour le secteur ex-OQN.

Pour les forfaits de biologie, le nombre de B évolue de manière à conserver la même valeur de forfait et ainsi compenser la baisse du prix du B.

Prestation	Secteur ex-DG			Secteur ex-OQN
	Evolution tarifaire liée à la fin du mécanisme de sécurisation	Evolution tarifaire liée à la campagne 2024	Evolution totale	Evolution tarifaire liée à la campagne 2024
Forfait âge	0,90%	0%	0,90%	0%
Suppléments forfaits âge	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfaits avis spécialiste	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfait âge biologie	0,90%	0%	0,90%	0%
Forfaits imagerie	0,90%	0%	0,90%	0%

Sur le champ HAD, les tarifs bénéficient comme chaque année d'un soutien spécifique :

- une évolution tarifaire uniforme de +1,5% hors mesures RH dans les deux secteurs, soit une évolution plus favorable qu'en MCO ;
- le financement des mesures de revalorisation salariale représente de l'ordre de +1,8% dans le secteur ex-DG et +0,5% dans le secteur ex-OQN.

3.4. Les coefficients s'appliquant aux tarifs des prestations

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre en compte leurs surcoûts. Il est en hausse en 2024 par rapport à 2023 sur certains territoires ;
- le coefficient dit « RH » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement ;
- le coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2024

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2023 et 2024 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

3.4.1. Les coefficients géographiques

Suite à la publication du rapport de la DREES en 2023¹, les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés. L'évolution est lissée sur les campagnes 2024 et 2025.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/actualisation-des-coefficients-geographiques-des-departements-doutre>

Les valeurs 2024 par département sont les suivantes :

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud	11,00%
2B Haute Corse	11,00%
75 Paris	7,00%
77 Seine et Marne	7,00%
78 Yvelines	7,00%
91 Essonne	7,00%
92 Haut de Seine	7,00%
93 Seine saint Denis	7,00%
94 Val de Marne	7,00%
95 Val d'Oise	7,00%
971 Guadeloupe	27,00%
972 Martinique	27,00%
973 Guyane	31,05%
974 Réunion	32,50%
976 Mayotte	32,50%

3.4.2. Coefficient dit « RH »

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisations salariales sont arrêtées par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement arrêté.

Le niveau du coefficient est le suivant pour 2024 :

EPS	
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	0,42%
EBNL	
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-1,75%
EBL	
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	-0,17%

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 et au Ségur 2 allouées par les tarifs de 2021 à 2023, des mesures de revalorisation du point d'indice et des mesures « pouvoir d'achat » allouées par les tarifs en 2023 et des mesures Guérini allouées par les tarifs en 2024. L'impact est de +0,2% pour les EPS, -0,7% pour les EBNL et de -0,1% pour les EBL.

3.4.3. Coefficients de reprise des allègements de charges

Depuis la campagne 2018, la reprise des allègements sociaux et fiscaux bénéficiant aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise.

Les coefficients de reprise pour 2024 prennent les valeurs suivantes :

- Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- Le coefficient de reprise est fixé à $-2,17\%$ pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Il augmente de $+0,2\%$ par rapport à 2023 étant donné que la masse des reprises qui reste inchangé est rapportée sur une assiette plus importante.
- Le coefficient de reprise est fixé à -0.64% pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Il est diminué de moitié par rapport à 2023 conformément aux annonces ministérielles de fin d'année 2023.

ANNEXE 3 Sécurisation Modulée à l'Activité et Dotation Forfaitaire Garantie Activités MCO et HAD – secteur ex-DG

1. Sécurisation Modulée à l'Activité

En 2023, la sécurisation modulée à l'activité a remplacé la garantie de financement mise en place lors de la crise sanitaire en 2020. Cette sécurisation est reconduite en 2024.

Les mécanismes d'application concernant cette sécurisation sont explicités dans la notice de financement 2023 relative à cette dernière :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4537/notice_sma_2023_exdg_vf-hh.pdf

Le fonctionnement en 2024 est similaire, **seuls l'assiette utilisée pour le calibrage du montant de référence et les paramètres d'application évoluent.**

Pour chaque établissement exerçant en 2024 une activité de MCO ou de HAD exercée en 2022, un montant de référence annuel est calculé. Ce dernier sert de base de comparaison à la valorisation d'activité sur le même périmètre. Si le montant de référence est supérieur à la valorisation d'activité, alors le financement de l'établissement est **égal à 50 % du montant de référence complété de 50 % de sa valorisation d'activité.**

Dans le cas contraire, le financement de l'établissement est égal à la valorisation de son activité.

Les montants de référence 2024 par établissement sont basés sur les montants de référence 2023

Ensuite, l'effet prix 2024 est appliqué aux montants de référence. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2023 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2023 et 10 mois d'application des tarifs 2024, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

- Montant de référence 2024 = Montant de référence 2023 * effet prix

- avec : effet prix = $2/12 * \text{effet prix 2023} + 10/12 * \text{effet prix 2024}$

L'effet prix des séjours est distinct selon le statut juridique de l'établissement puisqu'il prend en compte les évolutions des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise

Les effets prix 2024 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	5,19%	4,89%
PO	1,07%	0,78%
Transports	1,07%	0,78%
dialyse	3,88%	3,59%
HAD	3,83%	3,54%

2. Dotation Forfaitaire Garantie

Les hôpitaux de proximité perçoivent une dotation forfaitaire garantie (DFG) si leur valorisation est en deçà de cette dernière. Cette DFG est mise à jour chaque année de l'effet prix. L'effet prix 2024 considéré est celui de l'activité de médecine qui fait partie des activités soutenues lors de la campagne 2024.

L'effet prix 2024 est appliqué à la DFG 2023. Cet effet prix comme décrit dans la notice 2023 prend en compte deux mois d'application des tarifs 2023 et 10 mois d'application des tarifs 2024, ainsi que l'évolution des coefficients dit "RH" et celle du coefficient de reprise.

Les effets prix 2024 pris en compte sont les suivants :

	EPS	EBNL
GHS y compris suppléments	6,18%	5,88%

Campagne tarifaire et budgétaire 2023

Nouveautés « financement MCO/HAD »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2023, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022), présentant les nouveautés 2023 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire du champ MCO et HAD.

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de quatre annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 3 décrit les nouveautés relatives aux prestations concernant les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation ;
- l'annexe 4 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Le Directeur général
Housseyni HOLLA



Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 1er mars 2023 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « Tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- GHS majoré pour le don d'ovocytes : nouvelles consignes de codage
- Création d'un supplément tarifaire pour les injections de CAR-T Cells
- Evolution du FAG
- Protonthérapie pédiatrique

I. GHS majoré pour le don d'ovocytes : nouvelles consignes de codage

À compter du 1er mars 2023, le code de la CIM10 à usage PMSI qui devra être utilisé pour les dons d'ovocytes est : Z52.804 *Dons d'ovocytes*. Ce code est l'unique support permettant la valorisation du séjour par le GHS majoré 4989. Le code à usage PMSI Z52.808 (prélèvements d'ovocytes pour autres motifs précis) en usage depuis 2022 ne devra pas être codé dans le cas de prélèvement d'ovocyte en vue de don.

II. Création d'un supplément tarifaire pour les injections de CAR-T Cells

Un supplément tarifaire est alloué aux séjours au cours desquels une administration de CAR-T Cells est réalisée. Ce supplément tarifaire « CTC » est accordé aux séjours au sein desquels est codé l'acte CCAM FGLF671 (administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse) et ceci uniquement pour les établissements bénéficiant d'une habilitation au titre de l'arrêté du 19 mai 2021 limitant l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique.

Ce supplément est facturé en sus du GHS et il est cumulable avec les autres suppléments au séjour (réanimation, réanimation pédiatrique, soins intensifs ou soins continus).

III. Forfaits annuels FAG et CPO

Evolution du FAG : un nouveau compartiment est créé pour financer le surcoût lié à l'utilisation de machine à perfusion hypothermique pour la perfusion d'un greffon hépatique. Ainsi un nouveau forfait "autres organes" intitulé "Valorisation par utilisation de machine à perfusion hypothermique pour la perfusion d'un greffon hépatique" est présent en 2023. Le modèle de financement est un modèle linéaire par utilisation de la machine à perfusion hépatique hypothermique.

Pour l'année 2023, le montant des forfaits de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) et le forfait annuel correspondant aux activités de transplantations d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques (FAG) est déterminé, pour chaque établissement, à partir des données d'activité transmises soit au titre de l'année précédente soit au titre d'une année qui ne peut être antérieure à 2019. L'année retenue pour le calcul du montant du forfait est celle où le nombre de greffes est le plus élevé pour l'établissement de santé concerné. Il s'agit d'une mesure transitoire pour l'année 2023 qui permet de tenir compte des variations d'activité à la baisse des établissements en lien avec la crise sanitaire.

IV. Protonthérapie pédiatrique

L'acte de protonthérapie pédiatrique est facturable en sus des GHS correspondant aux séjours au cours desquels il a été réalisé. En conséquence, le GHS de protonthérapie pédiatrique (GHS 9639) a été rajouté à la liste 2 de l'annexe 4, qui liste les GHS excluant les actes de radiothérapie facturés en sus.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2023, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées au protocole d'accord sur l'évolution pluriannuelle et celles liées aux accords du SEGUR.

I. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

A. Les modulations relatives aux GHS

Lors de la campagne tarifaire 2022, pour le secteur ex-OQN, les évolutions tarifaires différenciées sur les tarifs des GHS et sur les forfaits D ont entraîné une valeur du forfait D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) supérieure à celle du tarif du GHS 9605 (hémodialyse en centre). Lors de la campagne tarifaire 2023, cette différence a été ajustée : les deux tarifs ont été fixés à hauteur du tarif moyen pondéré par le volume d'activité de 2022 avant prise en compte des revalorisations tarifaires de 2023.

B. Les nouveautés relatives aux suppléments : supplément CTC

Depuis la campagne 2019, un complément forfaitaire, défini à dire d'experts, de 15 000€/patient traité par CAR-T Cells, couvrant les coûts induits par leur prise en charge, était versé aux établissements de santé habilités par l'ARS à l'administration des CAR-T Cells (L.1151-1 CSP). Ce forfait était versé 2 fois/an en AC par circulaire budgétaire.

Pour la campagne tarifaire 2023, il a été décidé de basculer d'un versement aux établissements de santé par circulaire budgétaire vers un versement au fil de l'eau par la mise en place d'un supplément au séjour. Ainsi depuis le **1^{er} mars 2023, un supplément au séjour dit « CTC » est créé.**

La valeur de ce nouveau supplément a été déterminée en confrontant d'une part une étude de coûts menée sur la base des données de l'ENC (Etude Nationale de Coûts) et d'autre part une étude de coûts (dont certaines charges non identifiées dans l'ENC ont été estimées par méthode de micro-costing) élaborée par la conférence des CHU. Les échanges techniques ont permis de **prendre en considération les avantages et les inconvénients des deux méthodologies. Ainsi les charges non identifiées par la méthodologie de l'ENC et incluses dans la méthode de la conférence des CHU ont été prises en compte dans la détermination de la valeur du supplément. Néanmoins l'estimation des surcoûts selon la méthode de la conférence des CHU a fait l'objet de deux ajustements :**

- **la médiane à la place de la moyenne des coûts pour les charges non identifiées par la méthodologie de l'ENC** : la moyenne étant tirée vers le haut par les coûts extrêmement haut d'un établissement de santé (valeur considérée comme trop atypique) ;
- **l'abattement du taux MERRI** : le financement des MERRI est habituellement exclu lors de la fixation des tarifs et des suppléments. Cet abattement ne pouvant pas méthodologiquement subir d'exception pour une activité ciblée, il a été également appliqué pour la fixation du supplément CAR-T Cells

La valeur établie selon cette méthodologie a ensuite été revalorisée pour prendre en compte le taux d'évolution des suppléments de 2022 et de 2023, étant donné que les deux études ont été menées sur l'année 2021.

C. Mouvement de base inflation

Les tarifs sont réhaussés en raison des crédits liés à l'impact exceptionnel de l'inflation alloués en AC en 2022 et mis dans l'enveloppe de la part tarif en 2023.

Ce mouvement de base lié à l'inflation exceptionnelle de 2022 est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1,38% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.17% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.9% pour l'HAD ; +1.1% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1.17% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0,9% pour l'HAD ; +1.1% sur les forfaits annuels.

D. Mouvement de base Ségur RH

Les tarifs sont réhaussés en raison des crédits Ségur alloués en AC en 2022 et mis dans l'enveloppe de la part tarif en 2023.

Ce mouvement de base lié aux mesures Ségur est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente +1.81% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.17% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.01% pour l'HAD ; +1.46% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente +1.17% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.01% pour l'HAD ; +1.46% sur les forfaits annuels.

II. Les revalorisations tarifaires

A. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives à l'inflation

Les tarifs sont réhaussés en raison des mesures nouvelles liées à l'inflation pour 2023.

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1.04% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.72% pour l'HAD ; +1.12% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.72% pour l'HAD ; +1.12% sur les forfaits annuels.

B. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives à la revalorisation du point d'indice et mesures « pouvoir d'achat »

Les tarifs sont réhaussés en raison des mesures nouvelles liées à la revalorisation du point d'indice et mesures « pouvoir d'achat » (effet année pleine de la mesure mise en œuvre en 2022).

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1.97% sur les GHS ; +1.93% sur les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.16% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.15% pour l'HAD ; +1.42% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1.16% sur les GHS ; +1.15% sur les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.16% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1,15% pour l'HAD ; +1.42% sur les forfaits annuels.

C. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives au Ségur RH

Les tarifs sont réhaussés en raison de la poursuite en 2023 des évolutions de la masse salariale liées au Ségur de la santé

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +0.11% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +0.3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.06% pour l'HAD.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +0.03% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.06% pour l'HAD.

Il convient de noter que dans la poursuite de 2022, les mesures concernant les « Infirmier(e)s en soins critiques » (extension de la prime soins critiques) ont été ciblées, en 2023, sur les suppléments journaliers des soins critiques. Ainsi ces suppléments bénéficient d'un taux plus élevé que les autres suppléments.

D. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles résultant de l'application des conditions du protocole de pluri-annualité 2020-2022 pour la campagne tarifaire 2023

Les tarifs sont réhaussés en 2023, selon les conditions prévues au protocole pluriannuel des ressources appliqué en 2020-2022.

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour les deux secteurs, il représente +0,7% sur les GHS y compris suppléments, les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +1,5% pour l'HAD

Les effets reports¹ liés à l'évolution tarifaire de 2022 sur janvier et février 2023 sont déduits du taux d'évolution cité supra.

E. Synthèses des évolutions tarifaires

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2022 et 2023 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution global ex-DG	Taux d'évolution global ex-OQN
Forfait innovation	0,00%	0,00%
HAD	5,44%	5,44%
Dialyse (hors centre)	6,93%	5,21%
SE	5,37%	5,37%
PO	5,37%	5,37%
ATU/FFM/APE	5,37%	5,37%
GHS	6,97%	5,22%
Suppléments hors transports	8,24%	7,67%
Suppléments transports et DTP	5,37%	5,37%
Forfaits annuels	6,77%	6,77%

¹ Les tarifs s'appliquant du 1^{er} mars N au 28 février N+1, leurs évolutions sont calculées de sorte à allouer sur 10 mois d'activité les recettes en adéquation avec l'objectif annuel. Dès lors la poursuite de ces tarifs sur les deux premiers mois N+1 induit mécaniquement un effet report qu'il convient d'intégrer chaque année. Autrement dit, l'application tarifaire des deux premiers mois conduit à allouer en avance de phase des mesures nouvelles.

F. Les coefficients s'appliquant aux tarifs

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre en compte leurs surcoûts ce coefficient est inchangé en 2023 par rapport à 2022;
- le coefficient dit « Ségur » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement ;
- le coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2023

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2022 et 2023 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

i. Coefficient dit « Ségur »

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisations salariales sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini. Le niveau du coefficient est le suivant pour 2023 :

EPS	0,23%
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
EBNL	-1,03%
Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
EBL	-0,11%
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 et au Ségur 2 allouées par les tarifs de 2021 à 2023 et prend également en compte les revalorisations du point d'indice et des mesures « pouvoir d'achat » allouées par les tarifs en 2023.

ii. Coefficients de reprise des allègements de charges

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise. Les coefficients de reprise pour 2023 prennent les valeurs suivantes :

- Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- Le coefficient de reprise est fixé à -2,34% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité.
- Le coefficient de reprise est fixé à -1,47% pour les établissements privés non lucratifs du secteur qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS).

Annexe 3

Les nouveautés relatives aux prestations concernant les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

I. Contexte général

Les principes de la réforme du financement des urgences actés dans le PLFSS 2020 (article 36) sont :

- une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- des recettes liées à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge ;
- une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

Pour les passages non suivis d'hospitalisation, les recettes liées à l'activité correspondent aux forfaits et suppléments mis en œuvre à partir du 1er janvier 2022. Les modalités sont définies par les arrêtés suivants :

- [Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale](#)
- [Arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale](#)

Deux types de forfaits peuvent être distingués pour les passages non suivis d'hospitalisation :

- les « forfaits âge urgences » (FU) complétés par des suppléments facturables en sus. Ces prestations sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie pour les assurés sociaux ;
- le forfait patient urgence et son complément qui sont selon les droits du patient, soit facturables à l'assurance maladie, soit facturables au patient ou aux organismes complémentaires.

Les règles de facturation et les valeurs des forfaits et des suppléments sont fixées par les arrêtés cités supra. Les coefficients suivants : géographique, Ségur, reprise et prudentiel, ne s'appliquent pas à la valorisation des forfaits et suppléments.

Concernant les passages non suivis d'hospitalisation, pour les établissements ex-DG ne facturant pas directement ces prestations à l'assurance maladie (hors FIDES), la transmission des forfaits et suppléments dans les RSF-ACE fait l'objet d'une valorisation par l'ATIH afin de véhiculer la partie correspondant aux recettes « assurance maladie » dans les arrêtés versements. Les forfaits relevant du ticket modérateur pris en charge par l'Assurance maladie (FPX et CFU) ou ceux à la charge du patient (FPU, FPV) sont à transmettre sur la même facture que le forfait « Âge urgences » pour un même passage. Si cette condition n'est pas remplie, l'ensemble des recettes Assurance maladie du passage concerné (forfaits « Âges urgences », suppléments et forfait « Patient urgences ») ne sont pas valorisées et les recettes associées ne sont pas intégrées dans les arrêtés versement pour les établissements du secteur ex-DG (hors FIDES).

Pour le secteur ex OQN ou les établissements ex-DG sous FIDES, les forfaits et suppléments font l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie.

Pour les passages non suivis d'hospitalisation, la facturation des ATU est maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques ; cette activité n'étant pas couverte par les nouveaux forfaits.

En cas de passages suivis d'hospitalisation en MCO dans la même entité géographique, les recettes liées à l'activité sont portées par les GHS des séjours consécutifs au passage aux urgences.

II. Les nouveautés de 2023

A. Constats

Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des patients de moins de 16 ans et des prises en charges en résultant, les forfaits et suppléments pour les passages non suivis d'hospitalisation évoluent à partir du 1^{er} mars 2023 :

- la spécificité de prise en charge des 0-3 mois entraîne la création d'un forfait FU0 pour cette classe d'âge. Le périmètre du FU1 est mécaniquement restreint à la population âgée entre 4 mois et 15 ans ;
- la création de deux nouveaux suppléments facturables en sus du FU0 et du FU1 :
 - o PE1 : déclenché en fonction d'une liste de diagnostics traduisant les prises en charge les plus sévères ;
 - o PE2 : déclenché en fonction d'une liste de diagnostics traduisant les prises en charge de sévérité intermédiaire.

B. Démarche méthodologique

Dans un premier temps, trois groupes homogènes de diagnostics ont été construits pour refléter la lourdeur de la prise en charge des patients âgés de moins de 16 ans lors d'un passage non suivi d'hospitalisation au sein de la structure des urgences. Cette construction s'est faite en trois étapes :

- 1- Catégorisation, à partir d'analyses statistiques, des diagnostics codés lors des passages, au sein de la structure des urgences, non suivis d'hospitalisation des patients âgés de moins de 16 ans en 3 familles selon la durée de la prise en charge aux urgences.
- 2- Identification des groupes de diagnostics pour lesquels un avis d'expert médical semblait nécessaire sur la base de critères de sévérité autres que la durée de passage, à savoir le taux d'hospitalisation, la probabilité d'orientation en UHCD, et l'échelle américaine de gravité des urgences pédiatriques « SCS »²⁻³. Les représentants des organisations savantes et professionnelles d'urgentistes (pédiatriques et polyvalents) ont ensuite émis leur avis sur ces groupes identifiés. Trois cas de figure pouvaient alors se présenter :
 - a. En cas de consensus entre urgentistes pédiatriques et polyvalents sur une famille : le consensus a été retenu, indépendamment de la classification SCS ou du résultat issu des travaux statistiques.
 - b. S'il n'y avait pas consensus, la famille a été déterminée en fonction de la classification SCS si cette dernière était renseignée pour le groupe de diagnostics.
 - c. S'il n'y avait pas de consensus et si la SCS n'était pas renseignée ou pas assez précise pour le groupe de diagnostics dans la CIM10 française, alors la famille déterminée à partir des analyses menées par l'ATIH a été maintenue.
- 3- Vérification de la cohérence des familles obtenues au sein d'une même catégorie de diagnostics CIM 10 (ex : famille du code père versus des codes fils ou famille des codes imprécis versus des codes précis).

Les diagnostics associés aux prises en charge les plus sévères (famille 1) déclencheront le supplément PE1 et les diagnostics associés aux prises en charge de sévérité intermédiaire (famille 2) le supplément PE2.

Dans un deuxième temps, le supplément PE2 a été fixé au niveau du supplément SUM (arrivée à la structure des urgences en ambulance). Le supplément PE1 a été fixé à partir de PE2 en respectant la hiérarchie des durées moyennes de passages associées aux familles de diagnostics 1 et 2. Le forfait FU1 a été fixé pour que la valorisation moyenne par passage des patients entre 4 mois et 15 ans avec application des suppléments PE1 et PE2 soit égale au forfait âge des patients entre 16 et 44 ans (FU2).

Enfin le taux d'hospitalisation des patients de moins de 4 mois est proche de celui des patients entre 4 mois et 15 ans de la famille 1 de diagnostics. Ainsi le forfait FU0 a été fixé pour que la valorisation moyenne par passage des patients entre 0 et 3 mois inclus avec application des suppléments PE1 et PE2 soit égale à la somme du forfait âge FU1 et du supplément PE1.

² Evaline A. & al. 2012. "[Developing a Diagnosis-based Severity Classification System for Use in Emergency Medical Services for Children](#)". Academic Emergency Medicine. A global Journal of Emergency Care. Volume19, Issue1. January 2012. Pages 70-78.

³ Base de données SCS par code CIM 10 : <https://pecarn.org/tools/>

A noter que les listes de diagnostics des familles 1 et 2 ont été élaborées pour 2023 sur la base des diagnostics qui avaient été codés en position de diagnostic principal en 2019 dans les Résumés de Passage aux Urgences (RPU) des patients âgés de moins de 16 ans non suivis d'hospitalisation. Les codes CIM10 qui n'étaient pas retrouvés dans ces RPU en 2019 mais qui l'étaient pour plus de 10 passages en 2021 ont également été ajoutés lors de l'étape 3.

Pour information, des travaux vont être menés courant 2023 pour élargir les listes de diagnostics à l'ensemble des codes de la CIM10 pouvant être codés au sein des structures des urgences. Ces listes complètes devraient être disponibles pour le 1^{er} janvier 2024.

C. Règles de facturation des nouveaux forfaits et suppléments

Pour chaque passage non suivi d'hospitalisation la prise en charge complète au sein d'une structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un forfait âge urgences (et un seul). Le nouveau forfait FU0 et le forfait FU1 modifié suivent les règles suivantes :

- Forfait FU0 correspond aux patients de moins de 4 mois. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.
- Forfait FU1 correspond aux patients entre 4 mois et 15 ans. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.

A la facturation des forfaits âge urgences FU0 et FU1 peut s'ajouter la facturation d'un nouveau supplément selon le diagnostic codé :

- Supplément PE1 associé à la famille 1 de diagnostics. Un seul supplément PE1 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le supplément PE2.
- Supplément PE2 associé à la famille 2 de diagnostics. Un seul supplément PE2 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le supplément PE1.

Ces suppléments sont cumulables avec les autres suppléments mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2022.

Les diagnostics des familles 1 et 2 de l'annexe 8 se réfèrent au diagnostic principal renseigné dans le résumé de passage aux urgences défini à l'article 3 de l'Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

Les modalités de facturation et les valeurs des forfaits et des suppléments sont fixées par l'arrêté du 31 mars 2023.

Annexe 4

Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022 (Nouveautés PMSI).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Clôture des FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2, vaccination COVID-19 et vaccination Monkeypox ;
- Rappel des consignes Abbot concernant les stimulateurs cardiaques implantables ;
- Modification des variables "mode d'entrée" et "provenance" et création de la variable "passage par une structure des urgences" en MCO et en HAD ;
- Prolongation de l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences

I. Clôture des FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2, vaccination COVID-19 et vaccination Monkeypox

Les FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2⁴, vaccination COVID-19⁵ et vaccination Monkeypox⁶ ont été mis en place à des fins de financement, dans certaines conditions, des prestations inhérentes selon des consignes de recueil décrites dans des notices publiées par l'ATIH. En 2023, la période d'exécution pour ces trois FICHSUP concerne des prestations effectuées entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023. Elle doit être renseignée à '1' pour la vaccination COVID-19, la vaccination Monkeypox et le séquençage des variants du COVID et à '2' pour les autres prestations relatives aux tests pour diagnostics SARS-CoV-2. À partir du 1^{er} juillet, l'activité liée à ces prestations ne sera plus recueillie par cette modalité. Les fichiers FICHSUP restent néanmoins ouverts jusqu'à la période de transmission M12 pour la remontée des données d'activité concernée par le recueil réalisée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023.

II. Rappel des consignes concernant les stimulateurs cardiaques implantables Abbot

Il est rappelé qu'une action de sécurité sanitaire est en cours depuis juillet 2022, concernant des stimulateurs cardiaques implantables (société Abbott / St. Jude Medical). Cette procédure a donné lieu à un message d'alerte sanitaire en date du 13 septembre 2022. L'ATIH a ensuite publié la notice n° ATIH-340-8-2022 pour décrire les modalités de codage PMSI des séjours concernés, afin de contribuer à la traçabilité du dispositif sanitaire mis en œuvre. Tous les séjours d'explantation de ces stimulateurs doivent être repérés en codant en diagnostic associé un code CIM-10 FR pour usage urgent : U07.9 *Explantation d'un stimulateur cardiaque dans le cadre l'action de sécurité ANSM n° R2218756*. Les consignes complémentaires pour les actes d'explantation/remplacement, le diagnostic principal, les autres diagnostics associés, ainsi que les informations à faire figurer dans les fichiers VIDHOSP ou RSF-A sont détaillées dans la notice parue en septembre 2022.

III. Modification des variables "mode d'entrée" et "provenance" et création de la variable "passage par une structure des urgences" en MCO et en HAD

A. En MCO

Le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (annexe II de l'arrêté PMSI MCO du 23 décembre 2016 -BO n° 2023/6 bis) prévoit la création de la nouvelle variable "Passage par une structure des urgences". Afin

⁴ <https://www.atih.sante.fr/transmission-des-prestations-pour-tests-diagnostic-d-infection-sars-cov-2-2>

⁵ <https://www.atih.sante.fr/vaccination-covid>

⁶ <https://www.atih.sante.fr/variole-du-singe-monkeypox>

d'accompagner la création de cette nouvelle variable, plusieurs modifications ont également été apportées aux variables "Mode d'entrée" et "Provenance".

Pour rappel, les modifications apportées sont les suivantes :

- Création de la variable "Passage par une structure des urgences" avec les valeurs possibles suivantes :
 - o Code '5' Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)
 - o Code 'U' Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris l'UHCD)
 - o Code 'V' Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et par celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises)
- Suppression des codes '5' et 'U' de la variable "Provenance"
- Modification de la définition du mode d'entrée "Transfert définitif" (code '7') qui inclut maintenant les situations où le patient arrive suite à un passage (sans hospitalisation) dans une structure des urgences d'une autre entité géographique.

L'extension de la définition du mode d'entrée « Transfert définitif » ne modifie pas les règles de financement des transports dans les situations où le patient arrive suite à un passage (sans hospitalisation) dans une structure des urgences d'une autre entité géographique.

Pour faire suite à des questions remontées des établissements, un document explicatif sera prochainement mis à disposition sur le site internet de l'ATIH. Ce document (de type fichier Excel) résumera différentes situations de parcours patient avec des recommandations de codage pour les variables « Mode d'entrée », « Provenance » et « Passage par une structure des urgences » conformes au guide méthodologique MCO 2023.

Par ailleurs, du fait de difficultés d'implémentation dans les logiciels de ces nouvelles consignes, une tolérance sera accordée en 2023 pour utiliser les formats 2022.

B. En HAD

Concernant le champ d'activité HAD, l'annexe 2 de la notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022 n'est pas modifiée mais complétée afin de préciser la modalité 'transfert' de la variable 'mode d'entrée' pour laquelle des modifications ont été apportées dans la version provisoire 2023 du Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile paru en décembre 2022 sur le site ATIH.

Ainsi, la définition de la modalité 'transfert' retrouvera sa version initialement parue au BO n° 2022-7bis dans la prochaine publication BO n°2023-7bis.

Mode d'entrée

Code 7 Transfert

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode d'entrée fait appel au code 7 Transfert.

Concernant la nouvelle variable « **Passage par une structure des urgences** », la présente notice réaffirme sa définition et son recueil à compter du 1er mars 2023.

Cette variable permet l'identification du passage du patient par une structure des urgences et/ou par l'UHCD de manière décorrélée de la variable Provenance. Elle peut être codée pour les patients quel que soit le mode d'entrée. Les modalités sont les suivantes :

- o Code 5 Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)
- o Code U Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris l'UHCD)
- o Code V Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et de celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises).

IV. Prolongation de l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences

L'article 43 de la LFSS pour 2018 a instauré l'expérimentation d'un forfait de réorientation pour les structures des urgences. Les précisions concernant le recueil de cette activité ont été détaillées dans la notice PMSI 2021 parue le 18 décembre 2020 (notice technique ATIH-601-2-2021).

Cette expérimentation du forfait de réorientation urgence (FRU) est prolongée jusqu'au 31 octobre 2023. Cette prolongation vise les établissements ayant déjà facturé au moins un forfait (RU1) avant le 31 décembre 2022. Cette prolongation s'explique en partie par le délai de montée en charge de l'expérimentation.

Un arrêté modificatif de l'arrêté du 23 février 2021 listant les établissements autorisés à participer à l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences est en cours de publication.

Campagne tarifaire et budgétaire 2022

Nouveautés « financement »

La notice ci-dessus référencée n° ATIH-150-4-2022 du 26 avril 2022, fait l'objet de compléments d'information au titre notamment de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex-DG.

Afin de permettre une certaine traçabilité documentaire, ces compléments sont portés dans la notice de référence, avec le repère typographique « surlignage jaune ».

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2022, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021, modifiée le 24 janvier 2022), présentant les nouveautés 2022 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire du champ MCO et HAD.

Une autre notice sera produite début mai, en lien avec la garantie de financement allouée aux établissements, dans le contexte de la crise sanitaire.

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de trois annexes :

l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation ;

l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux ;

l'annexe 3 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

HOUSSEYNI HOLLA Signature numérique
de HOUSSEYNI HOLLA
Date : 2022.05.17
16:55:52 +02'00'

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [l'arrêté du 1er mars 2022](#) modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- [l'arrêté du 28 mars 2022](#) fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- Création d'un GHS majoré pour la protonthérapie pédiatrique
- Modification des critères d'éligibilité aux GHS majorés (dons d'ovocytes et greffes d'îlots pancréatiques)
- Modification des critères de groupage des GHS mono RUM-UHCD dans le cadre de la réforme des urgences
- Création d'un forfait sécurité environnement SE7
- Révision des sous-CMD 08K et 09C
- Ajout de diagnostics sur la liste rendant éligible à la facturation d'un SRC (supplément surveillance continue)
- Année de référence concernant les forfaits annuels CPO et FAG

I. Création d'un GHS majoré pour les séances de protonthérapie pédiatrique

Un GHS majoré est créé, pour tenir compte des surcoûts induits par l'anesthésie itérative ou l'utilisation de techniques alternatives distractives, lors des séances de protonthérapie pédiatrique. Si les patients sont âgés de moins de 18 ans, la séance d'irradiation par protonthérapie sera valorisée par le GHS 9639. Ce GHS est cumulable avec la valorisation d'un supplément RAP (supplément à la séance pour la radiothérapie pédiatrique).

II. Modification des critères d'éligibilité aux GHS majorés (dons d'ovocytes et greffes d'îlots pancréatiques)

A. GHS majoré pour don d'ovocytes

Lorsqu'une patiente est prise en charge pour don d'ovocytes en ambulatoire (13C16J), le code Z52.808 (*prélèvement d'ovocyte pour d'autres motifs précisés*) **en position de DP** permet la facturation du GHS 4989.

B. GHS majoré pour greffe d'îlots pancréatiques

Pour les séjours de transplantation d'îlots pancréatiques, les actes créés dans la V68 sont les nouveaux vecteurs de l'accès au GHS majoré 8940. Deux actes ont été créés :

- HNEH606 transplantation d'îlots pancréatiques par voie intraportale transhépatique transcutanée avec guidage radiologique
- HNEA740 transplantation d'îlots pancréatiques par dispositif implanté, par laparotomie. Il est à noter, en ce qui concerne ce dernier acte, que seule la phase 2 oriente dans la racine de transplantation et est prise en compte pour le GHS majoré

Par ailleurs, l'acte HNEH900 n'a pas été radié de la CCAM, mais il ne sera plus le vecteur de l'orientation dans le GHS majoré. Pour obtenir une valorisation adéquate de ces séjours, il conviendra donc de ne pas l'utiliser.

III. Modification des critères de groupage pour les GHS mono-RUM UHCD dans le cadre de la réforme des urgences

En 2021, la réforme des urgences a impliqué, pour chacune des racines de GHM, la création de GHS dédiés aux séjours mono-RUM UHCD, dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- L'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- Le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile.

Le GHS est spécifique à chaque racine, mais au sein même d'une racine, il est unique quel que soit le niveau de sévérité.

A compter du 1^{er} mars 2022, la condition concernant le mode d'entrée et de sortie ne s'applique plus pour les séjours mono-RUM UHCD ; seule désormais la condition portant sur le déroulé du séjour en UM d'UHCD permet le groupage des séjours dans les GHS dédiés. Ainsi, un séjour dont toutes les unités médicales relèvent de l'UHCD sera tarifé selon le GHS UHCD quel que soit le mode d'entrée et de sortie.

IV. Création d'un forfait sécurité environnement SE7

Un forfait SE7 a été créé pour accompagner la pose sous cutanée, et la dépose, d'un dispositif d'enregistrement continu du rythme cardiaque (acte DEQA001, phases 1 et 2). Le forfait est facturable si l'acte est réalisé sans anesthésie générale ou locorégionale dans une salle réservée aux soins ou à la pratique de petits gestes chirurgicaux ou interventionnels.

Conformément aux règles de facturation, le cumul d'un forfait APE et d'un forfait SE n'est pas possible.

V. Révision des sous-CMD 08K et 09C

Comme il a été annoncé dans la notice technique du 21 décembre 2021, les travaux de classification ont amené à créer 2 nouvelles racines en K dans la CMD8 et à revoir la partie chirurgicale de la CMD09.

Concernant la CMD08, deux nouvelles racines ont été créées :

- la racine 08K05 « spondyloplasties » se déclinant en 5 niveaux (J et niveaux de 1 à 4)
- et la racine 08K06 « autres actes interventionnels sur le rachis » qui concerne uniquement les séjours de moins de 2 nuits .

Ces deux racines sont testées en amont des autres racines en K déjà existantes.

La révision de la CMD09 dans sa partie chirurgicale permet de mieux décrire les prises en charges des lésions du sein, individualise les actes réalisés pour tumeur maligne de la peau, et redistribue les séjours d'exérèse et greffe, en isolant les gestes très légers (portant sur les ongles, kystes et tumeurs bénignes) et les actes de prise en charge d'ulcère et de phlegmon, ainsi que les actes réalisés pour lésions des tissus mous.

Enfin les actes réalisés à proximité des orifices de la face, actes qui sont à la limite de la reconstruction plastique, sont également isolés au sein d'une racine différenciée.

La création d'un nouveau découpage pour les actes réalisés sur le sein permet de mieux prendre en compte des gestes complémentaires ayant un impact financier, ceux-ci donnant naissance à une racine spécifique lorsqu'il s'agit de reconstruction prothétique, ou de GHS majorés pour les techniques de ganglion sentinelle et/ou les poses de repère. Ces GHS majorés s'appliquent aux racines pour lesquelles ces gestes complémentaires sont légitimement réalisés et peuvent, dans certains cas, se cumuler.

Le tableau de valorisation par GHS majoré, ainsi que la description du nouveau découpage de la CMD09C peuvent être retrouvés dans la notice du 21 décembre 2021 ainsi que dans le manuel des GHM version 2022.

VI. Ajout d'actes et de diagnostics sur la liste rendant éligible à la facturation d'un SRC

Une mise à jour a été réalisée concernant les actes et diagnostics rendant un séjour éligible à la facturation d'un SRC.

Les nouvelles consignes concernant le sepsis ont amené à ajouter, dans les listes 1 et 3 de l'annexe 8, les codes de sepsis répertoriés dans la CIM-10 à usage PMSI. Parallèlement, le SRIS, codé R65.1, a été rayé de la liste 1.

Dans la liste 2 de l'annexe 8, ont été introduits :

- des actes de pelvimandibulectomie qui étaient absents, et qui s'ajoutent aux actes déjà présents
- des actes de reconstruction du sein par lambeau libre décrits dans la V68 de la CCAM

Codes intégrés dans la liste 3 de l'annexe 8	
P3600	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P3610	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P3620	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P3630	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P3640	Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P3650	Sepsis du nouveau-né à anaérobies
P3680	Sepsis du nouveau-né à autres bactéries
P3690	Sepsis du nouveau-né, bactérie non précisée

Codes intégrés dans la liste 1 de l'annexe 8	
A400	Sepsis à streptocoques, groupe A
A401	Sepsis à streptocoques, groupe B
A402	Sepsis à streptocoques, groupe D et entérocoques
A403	Sepsis à Streptococcus pneumoniae
A408	Autres sepsis à streptocoques
A409	Sepsis à streptocoques, sans précision
A410	Sepsis à staphylocoques dorés
A411	Sepsis à d'autres staphylocoques précisés
A412	Sepsis à staphylocoques non précisés
A413	Sepsis à Haemophilus influenzae
A414	Sepsis à microorganismes anaérobies
A415	Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif
A418	Autres sepsis précisés
A419	Sepsis, sans précision
A021	Sepsis à Salmonella
A227	Sepsis charbonneux
A267	Sepsis à Erysipelothrix
A327	Sepsis à Listeria
A427	Sepsis actinomycosique
B377	Sepsis à Candida
O85	Sepsis puerpéral

Actes rajoutés dans la liste 2 de l'annexe 8	
HAFA001/0	Glossectomie partielle de base, par cervicotomie
HAFA002/0	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interromptrice, par abord intrabuccal
HAFA024/0	Pelvimandibulectomie non interromptrice, par abord cervicofacial
HAFA026/0	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interromptrice, par abord cervicofacial
QEMA621/0	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de gracilis à palette cutanée transversale [lambeau TMG [Tranverse Musculocutaneous Gracilis]], avec anastomoses vasculaires
QEMA788/0	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre perforant du pédicule fémoral profond [lambeau PAP [Profunda Artery Perforator]], avec anastomoses vasculaires
QEMA682/0	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre abdominal perforant du pédicule épigastrique inférieur superficiel [lambeau SIEA [Superficial Inferior Epigastric Artery]] avec anastomoses vasculaires

VII. Année de référence concernant les forfaits annuels CPO et FAG

En 2022, le montant des forfaits de coordination des prélèvements (CPO) et le forfait annuel correspondant aux activités de transplantations d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques (FAG) est déterminé, pour chaque établissement, à partir des données de l'année la plus favorable en matière d'activité, entre 2019, 2020 et 2021. Il s'agit d'une mesure non pérénne dans le temps qui permet de tenir compte des variations d'activité à la baisse des établissements en raison de la crise sanitaire.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2022, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées au protocole d'accord sur l'évolution pluriannuelle et celles liées aux accords du SEGUR.

I. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

A. Les nouveautés relatives aux GHS : changement de classification et protonthérapie

Comme précisé dans l'annexe 1 de la présente notice, les nouveautés de l'année 2022 sont les suivantes :

- la refonte de la classification concernant les activités de chirurgie de la CMD 09 (Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins) et les activités de techniques interventionnelles de la CMD 08 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) ;
- la création du GHS de protonthérapie pédiatrique.

La refonte de la classification concernant les sous CMD 09C et 08K a entraîné une modification de l'arbre de classification (racines de GHM) et du groupage des séjours concernés. Dès lors, il a été nécessaire de calculer les tarifs associés à ce nouveau découpage de la classification. La construction tarifaire a été réalisée d'une part en conservant les masses tarifaires au sein de chaque sous CM et d'autre part à partir de l'échelle des coûts au champ tarifaire construite à partir des 3 dernières années de coûts disponibles dans l'ENC (2017, 2018 et 2019). Concernant spécifiquement la CMD 09, les GHS majorés ont fait l'objet d'une construction symétrique pour chaque GHM concerné :

- les GHS majorés pour la recherche de ganglion sentinelle sont de +958,88€ sur le secteur ex DG et de +676,20€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM ;
- les GHS majorés pour l'installation d'un harpon sont de +353,27€ sur le secteur ex DG et de +245,07€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM ;
- les GHS majorés pour la recherche du ganglion sentinelle et l'installation d'un harpon sont de +1312,15€ sur le secteur ex DG et de +921,27€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM.

Afin de prendre en compte les surcoûts des patients de moins de 18 ans induits par l'anesthésie itérative ou l'utilisation de techniques alternatives distractives, lors des séances de protonthérapie pédiatrique, un GHS majoré est créé. La fixation du tarif a été construite à partir des résultats d'une enquête de coûts spécifique réalisés auprès des trois centres concernés. Ainsi le tarif a été fixé via une majoration de +25% par rapport au tarif du GHS de base qui concerne la patientèle adulte.

B. Les transferts de crédits induits par le changement de périmètre des tarifs

Trois principaux mouvements sont à noter pour l'année 2022

1. L'impact sur les GHS mono RUM UHCD de la réforme des urgences

Le nouveau modèle de financement des urgences prévoit qu'une partie du financement des séjours mono-RUM UHCD est désormais intégrée au sein de la dotation populationnelle depuis l'année 2021. Cela a

impliqué la création de GHS dédiés pour les séjours mono-RUM UHCD, à partir du 1^{er} Mars 2021, pour chacune des racines de GHM dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- l'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile ;

Le tarif de ces GHS a été fixé à 75% du financement des séjours sans nuitée de la racine en 2021.

Ce transfert de financement vers la dotation populationnelle se poursuit à partir du 1^{er} Mars 2022 :

- la condition concernant le mode d'entrée et de sortie ne s'applique plus pour les séjours mono-RUM UHCD ; le périmètre des séjours est donc plus large en 2022 qu'en 2021 ;
- le tarif de ces GHS passe de 75% à 54% du financement des séjours sans nuitée de la racine (au lieu du 50% initialement prévu, le transfert de financement étant également couvert par l'élargissement des séjours concernés), soit une baisse tarifaire de 28% par rapport au tarif de 2021.

Les masses dégagées par l'extension du périmètre et par la baisse tarifaire sont transférées vers la dotation populationnelle.

2. Réintégration des Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux Implantables (MO-DMI) inscrits sur la liste en sus

Pour la campagne 2022, certains médicaments sont radiés de la liste en sus et font l'objet d'une réintégration dans les tarifs. Les DCI (dénomination commune internationale) suivantes sont concernées : Bedaquiline, Busulfan, Clofarabine, Delamaline, Fidoxomicine, Isavuconazole et Letemovir. La réintégration consiste à transférer dans les tarifs la masse financière correspondante à ces spécialités, sur la base des dépenses remboursées constatées en 2019 (hors Ecart médicament indemnisable (EMI)). Elle est réalisée de manière ciblée sur les racines de GHM les plus consommatrices de ces médicaments (25 racines en ex DG et 15 racines en ex OQN).

Les DMI suivants ont également été réintégrés dans les tarifs : obturateurs et les implants méniscaux.

La réintégration a été ciblée sur les racines représentant plus de 90% du montant total de la dépense. Les racines concernées sont :

- Pour les obturateurs : 08C22, 08C25, 08C47 et 08C47
- Pour les implants méniscaux : 08C34, 08C38, 08C45, 08C53 et 08C54

La masse financière réintégrée correspond aux dépenses remboursées constatées en 2019 pour les DMI concernés (hors Écart tarifaire indemnisable (ETI)).

A titre d'exemple, sur le secteur ex OQN, les tarifs de la racine 08C34 sont augmentés de +5,91% (+4,21% sur le secteur ex DG) en raison de l'intégration des implants méniscaux dans le vecteur tarifaire.

3. Transferts de crédits : Incitation financière à la qualité

En 2022, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) passe de 450M€ à 700M€ en intégrant le champ de la psychiatrie. Pour chaque secteur de financement, ce transfert correspond à un impact de l'ordre de -0,30% sur la masse tarifaire. Plus précisément, pour le champ MCO, seuls les tarifs des GHS, suppléments journaliers, dialyse et GHT en HAD sont concernés.

C. Mouvement de base Ségur

Les tarifs sont réhaussés en raison de l'extension en année pleine de deux mesures initiées en 2021 :

- Mesure d'attractivité pour les établissements publics
- Mesure de revalorisations salariales pour les personnels médicaux des établissements privés non lucratifs.

Ce mouvement entraîne une réhausse tarifaire de :

- Pour le secteur ex DG, +0,55% pour les GHS, suppléments journaliers et dialyse et +0,24% pour l'HAD
- Pour le secteur ex OQN, +0,19% pour les GHS, suppléments journaliers et dialyse et +0,24% pour l'HAD

II. Les revalorisations tarifaires

A. L'impact de l'augmentation tarifaire 2021

Les tarifs s'appliquant du 1^{er} mars N au 28 février N+1, leurs évolutions sont calculées de sorte à allouer sur 10 mois d'activité les recettes en adéquation avec l'objectif annuel. Dès lors la poursuite de ces tarifs sur les deux premiers mois N+1 induit mécaniquement un effet report qu'il convient d'intégrer chaque année. Autrement dit, l'application tarifaire des deux premiers mois conduit à allouer en avance de phase des mesures nouvelles. Cet effet report est d'autant plus impactant lorsque l'évolution tarifaire N-1 est significative, ce qui a été le cas en 2021 avec l'intégration des mesures du Ségur 1.

Cet effet report est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex DG, il représente -1,4% sur les GHS, suppléments journaliers, dialyse ; -1,3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE et -1% pour l'HAD
- Pour le secteur ex OQN, il représente -1,3% sur les GHS, suppléments journaliers, dialyse ; -1,3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE et -1% pour l'HAD

B. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles 2022

Le taux d'évolution final des tarifs 2022 prend en compte le taux d'évolution protocole ainsi que la prise en compte de la poursuite en 2022 des évolutions de la masse salariale liées au Ségur de la santé.

L'évolution liée au protocole de pluri annualité des ressources représente une augmentation moyenne +0,7% avec +2,2% pour l'HAD et +0,7% sur les autres prestations (GHS, suppléments journaliers, D, transports, ATU/FFM/SE).

S'agissant des mesures Ségur 2, il convient de noter qu'en 2022 certaines mesures sont ciblées sur des activités, si bien que le taux de revalorisation des tarifs n'est pas identique pour toutes les activités.

Sur le champ MCO les mesures suivantes sont concernées :

- IADE (infirmier(e)s anesthésiste) avec une intégration ciblée sur
 - o Les racines de chirurgie ('C') et les racines indifférenciées (Z) de la CMD 14 (obstétrique)
 - o Les racines de chirurgie ('C'), les racines indifférenciées (Z) et les racines interventionnelles (K) de la CMD 22 (brûlés)
 - o Les autres racines de chirurgie ('C') et d'interventionnelles (K) sauf la racine 23K02 (explorations nocturnes)
- IBODE (infirmier(e)s du bloc opératoire) avec une intégration ciblée sur toutes les racines de chirurgie
- Sages-Femmes avec une intégration ciblée sur toutes les racines de la CMD 14 (obstétrique)
- Puéricultrices avec une intégration ciblée sur toutes les racines de la CMD 15 (Néonatalogie) et les racines de chirurgie cardiaque des moins de 2 ans (05C07/05C09).
- Infirmier(e)s en soins critiques avec une intégration ciblée via les suppléments journaliers

Enfin, sur le champ HAD, la mesure ciblée concernant les sages-femmes est mise en œuvre non pas via une augmentation des tarifs GHT mais via une hausse des pondérations des MPP (mode de prise en charge principal) concernant l'ante et le post partum

- La pondération du MPP 19 (surveillance de grossesse à risque) passe de 1 à 1,039
- La pondération du MPP 21 (post partum) passe de 1,15 à 1,2492.

Cette hausse des pondérations permettra aux journées concernées de passer en moyenne dans un niveau de GHT supérieur.

C. Synthèses des évolutions tarifaires

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires (à la fois liés au changement de périmètre, aux effets report des tarifs 2021 et aux mesures nouvelles 2022) par catégorie de prestations

	Ex-DG		EX-OQN	
	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre (décrits dans les paragraphes I.B et I.C)	Taux d'évolution global	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre	Taux d'évolution global
Forfait innovation	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HAD	-0,07%	1,89%	-0,06%	1,89%
Dialyse (hors centre)	0,24%	0,71%	0,24%	0,88%
SE	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
PO	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
ATU/FFM/APE	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
GHS	-0,55%	0,26%	-0,24%	0,15%
Suppléments	0,24%	2,20%	-0,12%	2,51%
Suppléments transports et DTP	0,00%	0,42%	0,00%	0,42%
Forfaits annuels	0,00%	1,16%	0,00%	1,16%

D. Les coefficients s'appliquant aux tarifs

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre ne compte leurs surcoûts ;
- le coefficient Ségur ;
- le coefficient de reprise ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2022

1. Coefficient Ségur

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisation sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini. Le niveau du coefficient est le suivant pour 2022 :

EPS : Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale + 0,13%

EBNL : Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale - 0,69%

EBL :
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale + 0,02%

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 allouées en 2021 et à celles du Ségur 2 allouées en 2022.

2. Coefficients de reprise

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise. Les coefficients de reprise pour 2022 prennent les valeurs suivantes :

- Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.
- Le coefficient de reprise est fixé à -2,54% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en baisse par rapport à 2021 (coefficient fixé à -2,59%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.
- Le coefficient de reprise est fixé à -1,59% pour les établissements privés non lucratifs du secteur qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en baisse par rapport à 2021 (coefficient fixé à -1.60%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Annexe 3

Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021, modifiée le 24 janvier 2022.

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Transmission de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex DG
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells.
- Précisions de codage concernant les bactériémies
- Introduction d'actes de CCAM descriptive
- FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 et FICHSUP vaccination COVID-19
- Recueil « DM intra-GHS »

I. Transmission de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex DG

Les principes de la réforme du financement des urgences actés dans le PLFSS 2020 (article 36) sont :

- une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- des recettes liées à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge ;
- une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

Les recettes liées à l'activité correspondent aux facturations en lien avec une prise en charge au sein des structures des urgences, qu'ils soient suivis ou non d'hospitalisation. Pour les passages non suivis d'hospitalisation, ces recettes correspondent aux forfaits et suppléments mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2022. Les modalités sont définies par les arrêtés suivants :

- [Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale](#)
- [Arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale](#)

La facturation des ATU et des actes et consultations externes pour les passages non suivis d'hospitalisation est maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques, cette activité n'étant pas couverte par les nouveaux forfaits. En cas de passages suivis d'hospitalisation MCO dans la même entité géographique, les recettes liées à l'activité sont portées par les GHS des séjours consécutifs au passage au urgences.

Concernant les passages non suivis d'hospitalisation, pour les établissements ex DG ne facturant pas directement ces prestations à l'assurance maladie (hors FIDES), la transmission des forfaits et suppléments dans les RSF-ACE fait l'objet d'une valorisation par l'ATIH afin de véhiculer la partie correspondant aux recettes « assurance maladie » dans les arrêtés versements. Pour le secteur ex OQN ou les établissements ex DG sous FIDES, les forfaits et suppléments font l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie. Les consignes suivantes s'adressent donc aux établissements ex DG ne facturant pas directement à l'assurance maladie.

Deux types de forfaits peuvent être distingués :

- les « forfaits âge urgences » (FU) complétés par des suppléments facturables en sus. Ces prestations sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie pour les assurés sociaux ;
- le forfait patient urgence et son complément qui sont selon les droits du patients, soit facturables à l'assurance maladie, soit facturables au patient ou aux organismes complémentaires.

Les règles de facturation et les valeurs des forfaits et des suppléments sont fixées par les arrêtés du 17 et 27 décembre 2021 (cf. supra).

La valorisation ne prend pas en compte les coefficients suivants : géographique, Segur, reprise et prudentiel.

A. Les forfaits « âge » et suppléments

Pour chaque passage non suivi d'hospitalisation la prise en charge complète au sein d'une structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un forfait (et un seul) dénommé « forfait âge urgences » (FU) selon l'âge du patient :

- Forfait **FU1** pour les patients de moins de 16 ans
- Forfait **FU2** pour les patients entre 16 et 44 ans
- Forfait **FU3** pour les patients entre 45 et 74 ans
- Forfait **FU4** pour les patients entre 75 ans et plus

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date du début de sa prise en charge par le médecin au sein de la structure. La facturation du forfait âge est cumulée avec le forfait patient urgences et peut être cumulée avec un ou plusieurs suppléments. En revanche elle n'est pas cumulable avec la facturation des actes et consultations externes (ACE), sauf dans le cas particulier des actes de biologie médicale dont les indications visent le COVID-19. La valeur du forfait est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments correspondant à la lourdeur de la prise en charge :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un (ou plusieurs) supplément(s) lorsque l'état clinique du patient correspond aux cas suivants :

- supplément **SU2** : niveau CCMU2+ qui correspond à un niveau CCMU2 associé à la réalisation d'un acte appartenant à la liste limitative d'actes (cf. annexe 2 de l'arrêté tarifaire). Un seul supplément SU2 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le **SU3** ;
- supplément **SU3** : niveau CCMU 3 ou 4 ou 5. Un seul supplément SU3 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le **SU2** ;
- supplément **SUM** : arrivée aux urgences en ambulance (VSAV, transport sanitaire urgent, SMUR, hélicoptère). Un seul supplément SUM peut être facturé par passage ;
- supplément **SAS** : recours à un avis spécialiste à la demande de l'urgentiste. Plusieurs suppléments SAS sont facturables par passage si plusieurs avis spécialistes ont été donnés au cours du passage (un seul supplément SAS est facturable par spécialité et par passage). Lorsque l'avis sollicité relève de la pédiatrie ce supplément est uniquement facturable si le médecin spécialiste en pédiatrie n'est pas le médecin ayant assuré la prise en charge complète du patient au sein de la structure des urgences.

Ces suppléments doivent être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments biologie :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'un acte de biologie :

- supplément **SUB** pour les patients de moins de 16 ans ;
- supplément **SB2** pour les patients entre 16 et 44 ans ;
- supplément **SB3** pour les patients entre 45 ans et plus.

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date du début de sa prise en charge par le médecin au sein de la structure.

Un seul supplément biologie peut être facturé par passage. Le supplément biologie est cumulable avec les autres suppléments. En revanche, il n'est pas cumulable avec la facturation des actes NABM, à l'exception, le cas échéant, des règles spécifiques de prise en charge des actes de biologie médicale dont les indications visent le covid-19.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments imagerie :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'un ou plusieurs actes d'imagerie par un radiologue uniquement :

- supplément **SIM** pour l'imagerie standard ou l'échographie.
- supplément **SIC** pour l'imagerie en coupe.

Un seul supplément imagerie peut être facturé par passage. Dans le cas, où lors du passage les deux techniques d'imagerie sont réalisées, c'est le supplément SIC qui doit être facturé. Le supplément imagerie est cumulable avec les autres suppléments. En revanche, il n'est pas cumulable avec la facturation des actes CCAM.

Les forfaits techniques (FTN, FTR, etc..) sont facturables uniquement pour un passage qui fait l'objet de la facturation d'un supplément SIC. Les règles de facturation pour ces forfaits restent identiques à la facturation antérieure au 1^{er} Janvier 2022.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation.

Les suppléments concernant la permanence des soins :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation des suppléments suivants :

- supplément **SUN** pour une prise en charge de nuit (tous les jours 22H-8H) ;
- supplément **SUF** pour une prise en charge le samedi après-midi (14h-20h), le dimanche ou un jour férié en journée (08h-20h), tous les jours en soirée (entre 20h et 22h).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le médecin urgentiste.

Un seul de ces deux suppléments est facturable par passage. Le supplément est cumulable avec les autres suppléments.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

A la facturation d'un supplément imagerie ou d'un supplément avis spécialiste (SAS) peut s'ajouter la facturation des suppléments suivants :

- supplément **SSN** pour une prise en charge en soirée ou la nuit (20H-8H) ;
- supplément **SSF** pour une prise en charge en journée le dimanche, ou un jour férié (08h-20h).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le médecin spécialiste.

Un seul de ces deux suppléments est facturable en sus d'un supplément imagerie ou en sus d'un supplément avis spécialiste. Le supplément est cumulable avec les autres suppléments.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences et le supplément imagerie (ou le supplément avis spécialiste) pour faire l'objet d'une valorisation.

B. Forfait patient urgences

Le forfait patient urgences est la participation forfaitaire de l'assuré aux frais occasionnés par un passage dans une structure des urgences autorisée d'un établissement de santé et non suivi d'une hospitalisation. Cette participation de l'assuré est fixée à un montant forfaitaire « forfait patient urgences » et peut être minorée dans certaines situations, voire supprimée. Il existe 3 types de « forfait patient urgences ».

Forfait « patient urgences nominal » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire :

Le forfait patient urgences, lorsqu'il ne relève pas de situations d'exonération ou de minoration est à la charge du patient. La lettre clé de facturation est le **FPU (FPL** Pour les bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle). Pour un bénéficiaire de l'AME, le **FPU** est adressé à l'assurance maladie obligatoire pour prise en charge au titre de l'AME. Un seul forfait par passage peut être facturé en sus d'un forfait âge urgences. Le forfait n'est pas cumulable avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Forfait « patient urgences nominal » à la charge du régime d'assurance maladie obligatoire :

Les situations pour lesquelles le forfait patient « urgences » est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont les suivantes :

- les bénéficiaires de l'assurance maternité (article L. 160-9), soit du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après la naissance ,
- les personnes victimes d'un acte de terrorisme (article L.169-1) pour les passages en lien avec cet acte,
- les soins aux nouveau-nés dans les 30 jours qui suivent la naissance (11° de l'article L.160-14),
- les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs (15° de l'article L.160-14),
- pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits (18° de l'article L.160-14),
- les personnes écrouées,
- les bénéficiaires :
 - o d'une pension d'invalidité,
 - o d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité (articles L. 341-15, L. 341-16),
 - o d'une rente ou d'une allocation Accident du travail (AT)/ Maladie professionnelle (MP) (article L. 371-1) présentant une incapacité au moins égale à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP, que le passage soit en lien ou non avec l'AT/MP,
 - o d'une pension militaire d'invalidité (article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, et article L. 371-6 du code de la sécurité sociale).

La lettre clé de facturation est le **FPX** et la facturation est prise en charge par l'assurance maladie. Un seul forfait par passage peut être facturé en sus d'un forfait âge urgences. Le forfait n'est pas cumulable avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Forfait « patient urgences minoré »

Les situations pour lesquelles le montant de la participation forfaitaire assuré est minoré concernent :

- les bénéficiaires reconnus atteints d'une ALD, liste ou hors liste (3° et 4° de l'article L.160-14). La participation est minorée dans tous les cas y compris pour les passages aux urgences qui ne sont pas en lien avec l'ALD ;
- les bénéficiaires du régime AT / MP (L. 431-1 et L. 432-1 CSS) présentant une incapacité inférieure à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP, que le passage soit en lien ou non avec l'ATMP.

Ces situations ouvrent droit à une minoration du forfait patient urgence. Il reste toutefois à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé ; il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. La lettre clé de facturation est le **FPV** (**FPM** Pour les bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle).

Pour que la situation médico administrative du patient n'impacte pas le niveau des recettes des établissements, un forfait « complément du forfait patient urgences minoré » est facturé par l'établissement dans les cas d'application d'une participation assurée minorée. La lettre clé de facturation est le **CFU**. Ce complément est pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire pour les seules situations médico administratives du bénéficiaire de soins qui ouvrent droit au montant minoré de la participation assuré.

Dans ces situations un forfait FPV et un forfait CFU doivent être facturé par passage sur la même facture en sus d'un forfait âge urgences.

Ces forfaits ne sont pas cumulables avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Les règles de transmission.

Les forfaits pris en charge par l'assurance maladie (FPX et CFU) ou ceux à la charge du patient (FPU, FPV) doivent être transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour un même passage. Si cette condition n'est pas remplie l'ensemble des recettes assurance maladie du passage concerné (forfaits « âges urgences. », suppléments et forfait « patient urgences ») n'est pas valorisé et les recettes associées ne sont pas véhiculées par les arrêtés versement pour les établissements du secteur ex DG (hors FIDES).

C. Transmission des actes CCAM et NABM

Le circuit de remontée PMSI des actes médicaux (CCAM) et biologiques (NABM) à l'ATIH est maintenu pour permettre une remontée, pour information et selon les mêmes principes qu'antérieurement, des actes réalisés au cours d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation. Ainsi, tous les établissements doivent pouvoir poursuivre la transmission à l'ATIH des fichiers RSF M et RSF L permettant respectivement la description des actes CCAM et des actes NABM réalisés au cours des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Cette transmission à l'ATIH doit se faire sans code de regroupement associé dans le fichier RSF C qui sert à la facturation, la facturation de ces actes se faisant désormais de façon forfaitaire. La persistance de ce circuit garantit une continuité de la description de ces actes dans le PMSI.

En pratique :

- En ce qui concerne les établissements ex-DG, le principe généralement retenu par les éditeurs est de ne rien changer aux modalités antérieures de communication entre les systèmes d'information Laboratoires et Radiologie (SIL-SIR) et la Gestion Administrative des patients (GAP) ; les codes NABM et CCAM, dont la remontée est souhaitée, sont alors disponibles dans la GAP.
- Pour les établissements ex-OQN, lorsque les suppléments (ou leurs équivalents) sont transmis à la GAP par les SI des prestataires libéraux, en lieu et place des actes habituels de biologie et d'imagerie, ils tiennent lieu de facture et ne peuvent être associés aux codes prestations habituels, dans le même envoi. Dans ce cas de figure la remontée à l'ATIH des codes prestations habituels, non présents dans la GAP, n'est pas exigible.
- Enfin, l'intégration de prestations non facturées à l'AMO dans les RSF demande des développements spécifiques. Alors que se mettent en place à la fois les réformes de financement applicables au 1^{er} janvier 2022 et les adaptations liées à la campagne 2022-2023, il n'est pas attendu la mise en place de ces remontées pour information dès M01 mais autant que possible celle d'une remontée la plus exhaustive possible à M12 2022.

Les informations concernant la transmission des actes CCAM et NABM figurent également dans [la notice 2022 concernant les nouveautés du PMSI](#).

II. Précisions de codage concernant les traitements par CAR-T Cells

Le financement des traitements par CAR-T cells reste conditionné à la présence d'un RSS codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur, comprenant le nouvel acte FGLF671 *administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse*.

Contrairement à ce qui a été annoncé dans la notice technique n° ATIH-693-16-2021, le supplément alloué à cette activité reste conditionné à la déclaration des médicaments utilisés dans FICHCOMP liste en sus.

III. Précision de codage concernant les bactériémies

Le fascicule « Maladies infectieuses » de l'ATIH mis à jour en juin 2021 recommande, en cas de bactériémie sans critère diagnostique de sepsis, l'utilisation des codes du chapitre A49 **Infection bactérienne, siège non précisé** de la CIM-10. Les codes de ce chapitre deviennent autorisés au codage en diagnostic principal. Ces codes orientent le séjour en CMD 18 dans les racines 18M10 *Maladies infectieuses sévères* et 18M11 *Autres maladies infectieuses ou parasitaires*.

IV. Introduction d'actes de CCAM descriptive

Inscription de deux actes provisoires à la CCAM Descriptive à usage PMSI :

Le premier concerne la pose du dispositif médical SYSTÈME NEOVASC REDUCER à prise en charge transitoire.

L'inscription de l'acte de pose *DZBF800-01 Réduction du diamètre du sinus coronaire par pose d'endoprothèse avec angiographie, par voie veineuse transcutanée*, est transitoire et est effective à la date

du 23/03/2022 pour une durée de 12 mois. Le codage de cet acte sera possible uniquement pendant la phase de prise en charge transitoire du DM. Une [notice technique ATIH](#) explicative est publiée sur le site.

Le second acte provisoire pourra être utilisé pour les actes de transplantations exceptionnelles indiqués dans l'arrêté du 15 septembre 2020 fixant la liste des greffes exceptionnelles et l'arrêté du 15 septembre 2020 portant composition du dossier d'autorisation des activités de greffes exceptionnelles.

L'inscription de l'acte ZZE800-01 *Transplantation exceptionnelle de tissus et d'organe* permet un suivi PMSI avec un groupage dans la racine 27C07 Autres transplantations avec les DP Z89.- ou Z90.-, mais avec un GHS 9999. En effet, le financement de ces séjours n'entre pas dans le droit commun, et conduit à une prise en charge par les ARS. Cet acte peut être recueilli dans le PMSI depuis le 1^e mars 2022.

V. FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 et FICHSUP vaccination COVID-19

FICHSUP vaccination COVID-19 : ce fichier de recueil est prorogé pour l'année 2022. Le périmètre d'application n'est pas modifié. Une nouvelle notice et un nouveau format seront publiés sur le site de l'ATIH pour M3. L'actualisation du mode opératoire de valorisation rédigé par le ministère sera publiée également sur le site de l'ATIH.

FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 : ce fichier de recueil est prorogé pour l'année 2022. Dans l'attente d'arbitrages ministériels, la publication de la notice et du format 2022 est différée.

VI. Recueil « DM intra-GHS »

La date de mise en application de ce recueil est le 1^{er} avril 2022. L'ATIH va publier lors de la mise à disposition des outils pour la période M3, le référentiel IUD-ID des DM intra-GHS dans sa version actualisée d'ores et déjà disponible sur le [site du ministère](#).

Les modifications du format présenté dans la notice technique n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021 apparaissent surlignés ci-dessous :

Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINESS PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9905
N°ordre	<i>id_ord</i>	1
Date d'utilisation	<i>date_util</i>	JJMMAAAA
Code IUD-ID	<i>code_iud_id</i>	25 car. Alphanumérique - Règlement européen 2017/745 du dispositif médical
Nombre d'unités implantées	<i>nb_unitimpl</i>	numérique

**NOTICE TECHNIQUE
n° ATIH-234-7-2021
du 04 mai 2021**

Inscrit pour information à l'ordre du
jour du CNP du 30 avril 2021 – N ° 33

Complément du 12 juillet 2021

Campagne tarifaire et budgétaire 2021 Nouveautés « financement »

La notice ci-dessus référencée n° ATIH-234-7-2021 du 04 mai 2021, fait l'objet de compléments d'information au titre notamment du financement des prestations concernées pour 2021.

Afin de permettre une certaine traçabilité documentaire, ces compléments sont portés dans la notice de référence, avec le repère typographique « surlignage jaune »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2021, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-601-2-2021 du 17 décembre 2020), présentant les nouveautés 2021 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire du champ MCO et HAD.

Une autre notice sera produite début mai, en lien avec la garantie de financement allouée aux établissements, dans le contexte de la crise sanitaire.

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux ;
- l'annexe 3 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région, concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

**Housseyni
HOLLA**

Signature numérique
de Housseyni HOLLA
Date : 2021.07.13
09:24:40 +02'00'

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 05 mars 2021 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 06 Avril 2021 modifiant l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- Réforme des urgences : création des GHS monoRUM UHCD, Suppression du FAU, du FAI Urgences
- Ré-introduction SE5 et SE6
- Création d'un GHS majoré pour la greffe d'îlots pancréatiques
- Coefficient Ségur : principes de création
- Mise en place d'un forfait innovation pour le test fonctionnel ONCOGRAMME
- Mise en place d'un forfait innovation pour la technologie Sunrise

I. Modification de l'arrêté « forfaits » suite à la réforme du financement des urgences

Les principes de la réforme du financement des urgences actés dans le PLFSS 2020 (article 36) sont :

- une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- des facturations à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge ;
- une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

L'entrée en vigueur de cette réforme est le 1^{er} Janvier 2021. Cette réforme nécessite la suppression des modalités de financement suivantes :

- suppression du forfait annuel urgences (FAU) ;
- suppression du forfait annuel activités isolées pour les urgences (FAI U) ;

Le financement sera désormais couvert par la dotation populationnelle.

De plus le nouveau modèle de financement des urgences prévoit qu'une partie du financement actuel des séjours mono-RUM en UHCD est désormais portée au sein de la dotation populationnelle. Cette disposition se traduit par la création de GHS dédiés, à partir du 1^{er} Mars 2021, pour chacune des racines de GHM dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- l'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile.

La fixation des tarifs de ces nouveaux GHS est décrite dans l'annexe 2.

Les forfaits « activité » seront mis en œuvre au 1^{er} septembre 2021 pour les passages non suivis d'hospitalisation. Dans l'attente la facturation des ATU et des actes et consultations externes est maintenue. A compter du 1^{er} septembre cette facturation sera maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques, cette activité n'étant pas couverte dans un 1^{er} temps par les nouveaux forfaits.

II. Réintroduction des SE5 et SE6

Suite aux travaux liés à la gradation des soins et la publication de l'instruction en 2020, avait été inscrit dans l'arrêté prestations le principe de la facturation d'un GHS lorsque la prise en charge en HDJ était réalisée pour l'administration d'un produit de la réserve hospitalière. **Par voie de conséquence les forfaits SE5 et SE6 prévus pour l'injection de la toxine botulique ont été supprimés de l'article 16 de l'arrêté et de la liste des actes SE figurant en annexe.**

Toutefois, cette suppression s'est traduite par une augmentation significative du reste à charge pour les patients ne relevant pas d'une ALD et ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé.

Cette problématique particulière pourra être gérée dans le cadre de la réforme du ticket modérateur par le biais des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) en 2022, mais a contraint à rechercher une solution soutenable pour ces patients pour la campagne 2021.

Par conséquent, il a été décidé, en campagne 2021 et dans l'attente de la réforme des TNJP dans le champ MCO en 2022, de **réhabiliter les forfaits SE5 et SE6** selon les modalités strictement identiques à celles qui préexistaient avant la campagne 2020.

III. Création d'un GHS majoré pour les séjours de transplantation d'îlots pancréatiques

La transplantation d'îlots de Langerhans (TIL) constitue, avec la transplantation de pancréas (organe entier), une des deux options thérapeutiques de remplacement des cellules bêta pancréatiques productrices d'insuline chez les patients atteints de diabète de type 1. Le choix de l'une ou l'autre des deux options est fonction des caractéristiques cliniques et des préférences du patient.

Dans son rapport d'évaluation technologique adopté le 16 juillet 2020, la HAS a précisé les indications de cette modalité thérapeutique, ainsi que la stratégie de prise en charge à adopter en fonction des situations cliniques. Sur la base de ce rapport, la HAS a émis un avis favorable (n° 2020.0039/AC/SEAP du 16 juillet 2020) à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de l'acte de transplantation d'îlots pancréatiques : HNEH900 (*transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique*).

L'ATIH a rendu cet acte classant à partir du 1^{er} mars 2021 et intégré dans la liste (A-140) qui oriente les séjours vers la racine 27C03 (*transplantations pancréatiques*).

L'arrêté « Prestations » du 05 mars 2021 prévoit un accompagnement financier spécifique de ces prises en charge sous la forme d'un GHS majoré.

Ainsi, dès lors qu'un acte de transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique (HNEH900) a été réalisé, la production du GHM 27C031, 27C032, 27C033 ou 27C034 donne lieu à facturation du **GHS 8940**.

La réalisation préalable d'une laparotomie pour installation du cathéter (EHLA001) ne change pas le groupage en GHM, ni le GHS facturé qui reste le GHS 8940.

Le GHS 8940 relatif à la TIL fera l'objet d'une évaluation de coût à l'occasion de la campagne 2023, dans le même temps que la révision de l'arrêté d'autorisation (L1151-1 du CSP).

IV. Coefficient SEGUR

Les accords du Ségur de la Santé prévoient des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés. Ces revalorisations en 2021 sont pour une partie couverte par une augmentation des tarifs des prestations des champs MCO et HAD. Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisation sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini.

Ainsi, [le décret n° 2021-341 du 29 mars 2021](#) crée les coefficients dit « SEGUR », applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1er Mars 2021. Ces coefficients sont différenciés selon le statut juridique de l'établissement : établissements à but non lucratif et établissements à but lucratif du secteur afin d'individualiser le financement en fonction du statut juridique, et ce au sein d'une même échelle de financement. Les tarifs non concernés par ce coefficient sont le DTP, les IVG et les tarifs CCAM/NGAP des actes et consultations externes.

V. Mise en place d'un forfait innovation pour le test fonctionnel ONCOGRAMME

L'arrêté du 14 juin 2021 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du test fonctionnel ONCOGRAMME prévoit une durée de 28 mois de prise en charge forfaitaire de ce test. Celui-ci est réalisé dans le cadre d'une étude prospective multicentrique réalisée dans des établissements de santé précisés en annexe 1 de l'arrêté.

Ce test a la particularité de pouvoir être réalisé en externe ainsi qu'en hospitalisation.

Les modalités de facturation sont les suivantes :

- pour les réalisations du test ONCOGRAMME en activité externe, l'établissement doit utiliser la lettre clé « I14 » dans le RSF-ACE (facturation transmise à l'ATIH) correspondant au forfait innovation qui inclut l'ensemble de la prise en charge. Le RSF-ACE correspondant ne doit contenir aucune autre prestation. Aucune facture ne devra être télétransmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie. Les recettes perçues par l'établissement correspondant à cette activité seront prises en compte dans les arrêts versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie.
- pour les réalisations du test ONCOGRAMME en hospitalisation, l'établissement doit indiquer le code innovation « INNOV2108014Z » dans les RSS des séjours correspondants. La valorisation est réalisée également par l'ATIH en considérant le forfait innovation « I14 » comme **un supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.**

VI. Mise en place d'un forfait innovation pour la technologie Sunrise

L'arrêté du 17 juin 2021 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du système d'aide au diagnostic du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil SUNRISE prévoit une durée de 28 mois de prise en charge forfaitaire de cette technologie.

Ce test est réalisé dans le cadre d'une étude prospective contrôlée randomisée multicentrique réalisée dans des établissements de santé précisés en annexe 1 de l'arrêté.

Cette technologie est réalisée uniquement en externe.

L'établissement doit utiliser la lettre clé « I15 » dans le RSF-ACE (facturation transmise à l'ATIH) correspondant au forfait innovation qui inclut l'ensemble de la prise en charge. Le RSF-ACE correspondant ne doit contenir aucune autre prestation. Aucune facture ne devra être télétransmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie. Les recettes perçues par l'établissement correspondant à cette activité seront prises en compte dans les arrêts versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2021, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées au protocole d'accord sur l'évolution pluriannuelle et celles liées aux accords du SEGUR.

I. Les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

A. Les nouveautés relatives aux GHS

Comme annoncé dans l'annexe 1 de la présente notice, la réforme des urgences implique la création de GHS dédiés au séjours mono-RUM UHCD, à partir du 1^{er} Mars 2021, pour chacune des racines de GHM dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- l'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile.

Le tarif de ces GHS est fixé à 75% du financement des séjours sans nuitée de la racine.

Il convient de bien noter que ces créations concernent l'ensemble des racines, en dehors de la CMD 28 des séances.

Pour les séjours de transplantation d'îlots pancréatiques dont les éléments sont détaillés dans l'annexe 1 de la présente notice (création du GHS 8940) le tarif intègre une estimation des frais d'isolement des îlots par un laboratoire de thérapie cellulaire (38 000€ avant revalorisation tarifaire 2021) et les frais de séjour pour une injection (12 000€ avant revalorisation tarifaire 2021). Le tarif relatif à la TIL fera l'objet d'une évaluation de coût à l'occasion de la campagne 2023, dans le même temps que la révision de l'arrêté d'autorisation (L1151-1 du CSP).

B. Suppression de la facturation du ticket modérateur SMUR

La dotation populationnelle du nouveau modèle de financement des SU-SMUR qui entre en vigueur au 01/01/2020 intègre pour les établissements sièges de SMUR le montant correspondant à la suppression de la facturation du TM SMUR (78,2 M€), permettant ainsi à ces établissements de conserver les niveaux de financements antérieurs.

Cette opération se traduit, sur le secteur ex DG uniquement, par un transfert de charge de l'AMC vers l'AMO qu'il convient de rétablir par d'autres moyens pour que les équilibres entre financeurs soient préservés :

- Hausse des TJP s'appliquant sur les séjours MCO pour réhausse de la part AMC. Cette opération est réalisée de manière uniforme sur l'ensemble des séjours.
- Baisse des tarifs GHS sur les séjours MCO pour baisse de la part AMO. Cette opération est réalisée de manière ciblée par racine de GHM en fonction du montant du ticket modérateur facturé en 2019. Le ciblage permet d'assurer un niveau de recette AMO+AMC équivalant avant et après pour chaque racine de GHM.

A titre d'exemple, sur la racine 21M02 (Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans) la baisse de tarif est de 2,11%. A contrario sur la racine 2818Z (séances de RCMI), la baisse de tarif est de -0,01% car une part importante des patients ne sont pas redevables du ticket modérateur.

C. Réintégration des Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux Implantables (MO-DMI) inscrits sur la liste en sus

Pour la campagne 2021, les médicaments « Anti-TNF ALPHA » non majoritaires à l'hôpital sont radiés de la liste en sus, les spécialités réservées à l'usage hospitalier et celles administrées en IV exclusivement agréées aux collectivités sont maintenues. Cette radiation fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs. La réintégration est ciblée de manière différenciée sur les deux racines les plus consommatrices :

- 06M07 : Maladies inflammatoires de l'intestin
- 28Z17Z : Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances

A titre d'exemple, sur le secteur ex OQN, le tarif des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale augmente de 3,5%

D. Les effets reports de 2020

En 2020, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est passée de 200M€ à 400M€. En contrepartie, les tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD ont été diminués de 0.40% afin de transférer sur 10 mois les 200M€. Ainsi l'effet report d'IFAQ 2020 sur 2 les deux premiers mois en 2021 entraîne une hausse de l'ensemble des tarifs de +0,08%.

II. Les revalorisations tarifaires

A. Coefficients de reprise

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise. Les coefficients de reprise pour 2020 prennent les valeurs suivantes :

Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.

Le coefficient de reprise est fixé à -2,59% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -2,82%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,60% pour les établissements privés non lucratifs du secteur qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -1.73%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

B. Taux d'évolution des tarifs par prestation

Le taux d'évolution final des tarifs 2021 prend en compte le taux d'évolution protocole ainsi que la prise en compte des évolutions de masses salariale liées au Ségur de la santé (2020 et 2021).

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisation sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini. Le niveau du coefficient est le suivant :

- Le coefficient des établissements publics est fixé à +0,19%
- Le coefficient des établissements à but non lucratif est fixé à -1,38%.
- Le coefficient des établissements à but non lucratif est fixé à +0,28%.

Les tableaux ci-dessous présentent le taux d'évolution final des différentes prestations. Ces taux ne prennent pas en compte ni le coefficient de reprise, ni le coefficient prudentiel, ni le coefficient dit Ségur.

	Ex-DG		EX-OQN	
	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre	Taux d'évolution global	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre	Taux d'évolution global
Forfait innovation	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HAD	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
Dialyse (hors centre)	0,08%	8,26%	0,08%	6,48%
SE	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
PO	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
GHS	-0,59%	7,54%	-0,01%	6,39%
Suppléments	0,08%	8,26%	0,08%	6,48%
Suppléments transports et DTP	0,08%	6,48%	0,08%	6,48%
Forfaits annuels	0,00%	7,42%	0,00%	7,42%

Annexe 3

Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-601-2-2021 du 18/12/2020).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Recueil ADNP75 ;
- Fichsup tests, séquençage et vaccination anti Covid-19 ;
- Forfait MRC ;
- Hébergements temporaires non médicalisés ;
- Transport ;
- Rappel du codage du médicament : IMFINZI ;
- Suppression du fichier FICHCOMP-ATU pour les établissements Ex-OQN
- Précisions de codage concernant l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells.
- Fichier complémentaire DM intra-GHS

I. Recueil Admissions directes non programmées des patients âgés de 75 ans et plus (ADNP75)

Pour rappel, l'objectif du dispositif ADNP75 est de diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences (diminuer les urgences évitables) par la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS) – hôpital, dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences.

Comme annoncé dans la notice PMSI 2021, un recueil pour ce dispositif démarrera en septembre 2021 dans le PMSI MCO. Le format du recueil ainsi que les consignes de codage seront communiqués sur le site de l'ATIH à l'été 2021. Le recueil permettra la construction d'un indicateur d'évolution des ADNP75, portant sur l'ensemble des GHM. Une incitation financière sera mise en place sur la base de cet indicateur.

II. FICHSUP tests et vaccins Covid-19

FICHSUP tests Covid-19

Un nouveau FICHSUP sera mis en place à M4 2021 dans tous les champs du PMSI afin de recueillir les prestations inhérentes aux tests pour le diagnostic du SARS-Co-V2 : tests RT-PCR, RT-LAMP et tests antigéniques (TAG) sur prélèvement nasopharyngé, les consultations de contact tracing ainsi que le séquençage des variants pour les établissements concernés. Les données à recueillir dans ce FICHSUP unique seront les mêmes que celles recueillies en 2020 dans les deux FICHSUP PCR et TDR (TAG), auxquelles viennent s'ajouter le cas échéant le nombre de séquençages. Le recueil des données relatives aux tests RT-PCR concerne les établissements ex-DG et sous DAF ; le recueil des données relatives aux tests TAG concerne tous les établissements publics et privés.

FICHSUP vaccination Covid-19

L'arrêté du 5 février 2021 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire annonce la mise en place d'une remontée de données dans un FICHSUP pour le calcul du montant de la dotation pour la vaccination anti Covid-19. Ce FICHSUP sera mis en place courant 2021.

Les formats des FICHSUP tests et vaccination anti Covid-19 ainsi que les consignes de recueil associées seront publiées sur le [site de l'ATIH](#).

III. Forfait MRC

Pour l'année 2020

La notice technique n° ATIH-119-5-2021 du 03 mars 2021 précise les modalités de financement du forfait MRC à l'issue d'un arbitrage tenant compte de l'impact de la crise sanitaire en 2020. Les modalités de financement prévues initialement pour 2020 ont été assouplies. La date limite de transmissions des données 2020 par les établissements fixés dans cette notice était initialement le 02 avril 2021. La DGOS, en concertation avec les ARS, a décidé d'un report de la clôture de ces transmissions au 27 avril 2021. Les ARS pourront procéder à la régularisation des forfaits 2020 en mai.

Pour l'année 2021

L'arrêté, à paraître prochainement, modifiant l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique, introduit des modifications du recueil pour l'année 2021, suite aux échanges en groupe de travail avec notamment les représentants des fédérations hospitalières et des professionnels. Conformément à ces évolutions, la documentation (fichier « Formats », guide de recueil et notice technique pour 2021) a été mise à jour et mise en ligne¹. Les modalités de financement prévues pour 2020 (3 consultations obligatoires) dans la première notice technique (n° ATIH -505 - 7 -2019 publiée au 1er octobre 2019) sont applicables en 2021. Les variables obligatoires du recueil 2021 visent à permettre la construction des indicateurs qui moduleront à la qualité le montant du forfait (objectif de première année de mise en œuvre 2023). L'outil de recueil ATIH en version 2021 mis à jour sera mis en ligne en juin sur le site de l'ATIH. Pour 2021, les remontées d'information au format DATEXP seront obligatoires pour les périodes de janvier à juin 2021 et janvier à décembre 2021.

IV. Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM) pour patients

La LFSS pour 2021 dans son article 59 prévoit la généralisation du dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour patients à compter du 1^{er} janvier 2021. Un décret et un arrêté vont être publiés prochainement.

Le recueil relatif à ce dispositif est un fichier complémentaire avec séparateur ';'. Il concerne les champs MCO et SSR. Le format du fichier complémentaire est disponible sur le site de l'ATIH dans le fichier format de chaque champ concerné. Le fichier complémentaire sera mis à disposition des établissements et des consignes de recueil seront publiées sur le site de l'ATIH (dans les rubriques [documentation MCO](#) et [documentation SSR](#)) une fois le décret et l'arrêté publiés.

A terme, ce fichier complémentaire sera commun avec un autre dispositif d'hébergement de parturientes à proximité des établissements de santé dans le cadre de l'engagement maternité. Les textes d'application de l'article L.6111-1-5 du code de la santé publique, sont en cours d'élaboration.

V. Transport

Pour les établissements ex-DG et sous DAF des champs MCO, SSR et psychiatrie, pour les transports entrant dans le cadre de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale relatif aux transports inter et intra-établissements, **le FICHSUP transport reste le support de la valorisation des suppléments transport à partir du 1^{er} janvier 2021.**

Le recueil FICHCOMP transport est conservé mais ne sera pas valorisé en 2021. Le FICHCOMP deviendra néanmoins le support de valorisation des suppléments transports à partir du 1^{er} janvier 2022.

Par rapport au format de 2020, une **nouvelle variable** est ajoutée dans le FICHSUP transport 2021 en MCO : **le mois de la date de transport aller.**

¹ <https://www.atih.sante.fr/forfaits-pathologies-chroniques-mrc-0>

La notice Transport (notice technique n° ATIH-75-3-2021) publiée sur le site de l'ATIH le 01/02/2021 va être actualisée avec ces nouveaux éléments.

En MCO, les informations des établissements ex-OQN sont remontées dans les RSF. En SSR et psychiatrie, les établissements OQN intègrent les suppléments transports directement sur le bordereau de facturation. Les informations apparaissent donc dans les données de facturation issues des RSF.

VI. Rappel sur le codage du médicament IMFINZI

La notice explicative relative au référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus, disponible sur le [site du ministère](#), a été mise à jour pour rappeler les codes indications devant être utilisés pour IMFINZI dans le cancer bronchique non à petites cellules localement avancé non opérable et dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie à base de platine en fonction de l'expression tumorale de PD-L1.

VII. Suppression du fichier FICOMP-ATU pour les établissements Ex-OQN

Le fichier FICOMP-ATU créé en 2012 pour permettre la délégation budgétaire allouée est supprimé. En effet, depuis la mise en place de la facturation directe, celui-ci est en double des RSF. C'est pourquoi ce fichier est supprimé pour 2021. Les fichiers RSF sont à renseigner afin que ces données remontent dans le PMSI.

VIII. Précisions de codage concernant l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (instruction n°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020) décrit les conditions de facturation des prises en charge hospitalières sans nuitée avec une gradation allant des prises en charge en externe jusqu'à l'hospitalisation de jour.

L'annexe 6 de l'instruction décrit le dispositif de rescrit tarifaire. Ce mécanisme permet d'apporter une réponse concernant les modalités de facturation applicables à certaines situations qui ne se retrouveraient pas dans les critères spécifiques décrits au chapitre 7 de l'arrêté prestation du 19 février 2015 et précisés dans l'instruction.

Ce dispositif national est entré en vigueur le 25 juin 2021 (décret n°2021-818).

Le codage de la variable « rescrit tarifaire » dans le RSS de prises en charge hospitalières sans nuitée ne peut être envisagé **que lorsqu'une réponse à un rescrit a été publiée par l'administration**. La référence précise doit figurer dans le dossier du patient.

IX. Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par Car-T Cells. Pour la campagne tarifaire 2021 : il est tenu compte d'un surcoût pour ces séjours.

Depuis le 1^{er} mars 2021 : chaque séjour pour lequel un patient est traité par injection de Car-T Cells, est codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur et classé selon la fonction groupage, selon la pathologie traitée codée en DP. Chaque séjour est ainsi valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relève.

- Pour tous les séjours de patients requérant un traitement par un médicament à base de Car T-Cells dans une indication bénéficiant d'une prise en charge au titre d'une autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel :

- ➔ Les séjours identifiés dans le FICHCOMP-ATU par la présence du code UCD de la spécialité et du code indication correspondant, bénéficient d'un complément forfaitaire ajouté à la valorisation GHS. Ce complément forfaitaire, d'un montant de 15 000€ permet de couvrir le surcoût associé à ce séjour (et ce même si le prix d'achat du traitement est renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU).
- ➔ En cas de financement par un laboratoire du traitement par Car-T Cells, le prix d'achat de celui-ci devra être renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU.
- Pour les séjours requérant un traitement par des médicaments à base de Car-T Cells bénéficiant d'une prise en charge de droit commun, les séjours identifiés dans le FICHCOMP-LES avec le code UCD de la spécialité et le code indication correspondant, bénéficient d'un complément forfaitaire d'un montant de 15 000€, ajouté à la valorisation GHS. Ce complément permet de couvrir le surcoût associé à ce séjour.

Le complément forfaitaire s'applique exclusivement aux spécialités mentionnées dans les indications de l'AMM ou bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel. Il est versé en crédits AC (aide à la contractualisation) non reconductibles aux seuls établissements détenteurs d'une autorisation au titre de l'arrêté du 19 mai 2021 limitant l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043519089?r=Rww25Jc0MS>)

Les établissements de santé autorisés pour l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues (arrêté L1151-1 CSP), sont dans l'obligation de transmettre les données de suivi en vie réelle, ainsi que des données relatives aux coûts réels liés à la prise en charge.

X. Fichier complémentaire DM « intra-GHS »

Un nouveau recueil de type fichier complémentaire vise à produire des remontées de données par les établissements de santé relatives à l'utilisation des dispositifs médicaux inscrits sur la liste « intra-GHS ». Il s'inscrit dans un objectif de renforcement du suivi (analytique, épidémiologique et de bon usage) des DM inscrits sur la liste « intra-GHS » au travers des bases de données nationales compte tenu des enjeux de sécurité sanitaire relatifs à ces DM.

Pour rappel, depuis 2011, l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de certains produits de santé par les établissements de santé, financés au titre des prestations d'hospitalisation, sont conditionnés à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS » (article L. 165-11 du Code de la sécurité sociale). Les dispositifs médicaux concernés par ce dispositif « intra-GHS » appartiennent à des catégories homogènes de produits de santé déterminées par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (article R. 165-49 du Code de la sécurité sociale) qui comprennent des dispositifs médicaux invasifs ou pouvant présenter des risques pour la santé humaine. Cette liste est consultable² sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Le fichier complémentaire DM « intra-GHS » sera mis à disposition des établissements au cours du 1^{er} trimestre 2022. Le format du fichier complémentaire et le référentiel des dispositifs médicaux concernés seront publiés prochainement.

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>

Campagne tarifaire et budgétaire 2020

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2020, la première a été publiée en décembre (notice technique n° CIM-MF-722-1-2020 du 20/12/2019), présentant les nouveautés 2020 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, publiée tardivement en raison de la crise sanitaire, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire du champ MCO et HAD. En outre, il convient de noter qu'en raison de la pandémie et de son impact sur l'activité des établissements de santé, les pouvoirs publics ont mis en place un mécanisme de garantie de financement. Ce mécanisme vise d'une part à sécuriser le niveau des recettes des établissements et d'autre part à garantir un versement mensuel déconnecté de l'activité de soins réellement réalisée. Cependant, pour les établissements qui, sur la période mars à décembre, connaîtraient une évolution d'activité favorable, cette dernière est prise en compte par un mécanisme de régularisation de la garantie. L'ensemble du mécanisme est décrit dans une notice disponible sur le site de l'agence : <https://www.atih.sante.fr/financement-covid-19>

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de trois annexes :

l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation ;

l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux ;

l'annexe 3 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Housseyni
ni HOLLA

Signature
numérique de
Housseyni HOLLA
Date : 2020.11.25
16:38:47 +01'00'

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- Gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé
- Création de GHS dédoublés
- Elargissement du périmètre de la mesure de soutien à la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)
- Affinement des suppléments transports à la distance
- Forfait D11 dans le cadre d'une prestation inter-établissement
- Evolution du forfait annuel greffe (FAG)

I. Gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé

Le cadre général des conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée est prévu par l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé.

Dans le cadre de la campagne 2020, la poursuite de la politique tarifaire de soutien au développement de l'ambulatoire se traduit par les modifications suivantes de l'arrêté « Forfaits » :

- Suppression des forfaits FPI, AP2, SE5 et SE6 et modification du périmètre du forfait APE
- Modification des règles relatives à la facturation des GHS : GHS plein et GHS intermédiaire

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé (instruction n°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020) vient préciser les termes de cet arrêté. Cette instruction appelée dans la suite du document « instruction Gradation » décrit les conditions de facturation des prises en charge hospitalières sans nuitée avec une gradation allant des prises en charge en externe jusqu'à l'hospitalisation de jour. L'instruction Gradation vient remplacer la circulaire frontière de 2010.

L'instruction Gradation permet notamment de clarifier les critères de facturation entre l'activité externe et l'activité d'hospitalisation de jour. Pour les hôpitaux de jour de médecine, ce nouveau corpus permet de caractériser la mobilisation de moyens mis en œuvre pour la prise en charge du patient à travers le nombre d'interventions réalisées tout en tenant compte de la fragilité du patient ou de son terrain à risque ainsi que les spécificités de certaines prises en charge qui peuvent requérir un temps de surveillance prolongé ou le recours à un environnement spécifique. Ces évolutions se traduisent notamment par la création d'un niveau intermédiaire de prise en charge qui fait l'objet d'une facturation par un GHS dédié.

1. Suppression de certains forfaits associés à des prestations hospitalières sans hospitalisation

Les prestations non suivies d'hospitalisation sont visées par les dispositions des 2° à 6° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de prestations qui ne nécessitent pas une admission du patient dans une unité d'hospitalisation mais doivent être réalisées dans un environnement hospitalier au sens de structure hospitalière autorisée. Ces prestations peuvent donner lieu à la facturation de forfaits.

La nouvelle instruction crée un niveau de GHS intermédiaire au périmètre plus large que le « forfait prestation intermédiaire » (FPI) et acte que l'administration d'un produit de la réserve hospitalière justifie la facturation d'un GHS. Par conséquent, les forfaits suivants sont supprimés :

- le FPI qui était facturé pour chaque consultation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle nécessitant l'intervention coordonnée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à la rédaction d'une synthèse médicale ;
- le forfait AP2, qui pouvait être facturé pour des prises en charge pour administration d'un produit de la réserve hospitalière non inscrit sur la liste en sus et dont l'administration n'est associée à aucun acte CCAM ;
- les forfaits SE5 et SE6, qui pouvaient être facturés pour les actes CCAM associés à l'administration de toxine botulique.

Concernant l'administration de médicaments, le forfait « administration de produits en environnement hospitalier » (APE) est conservé mais avec une modification de son périmètre : il est facturé pour les administrations de médicaments (et de dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus. Pour l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, un GHS pour prise en charge hospitalière sans nuitée à taux plein est facturé (cf. paragraphe suivant et annexe 3 de la présente notice).

2. Modification des règles relatives à la facturation des GHS : GHS plein et GHS intermédiaire

Pour pouvoir justifier la facturation d'un GHS, l'annexe 4 de l'instruction Gradation décrit une condition commune à l'ensemble des prises en charge : l'admission dans une structure d'hospitalisation de jour.

La création d'un niveau intermédiaire facturé par un GHS, nécessite de créer pour l'activité de médecine sans nuitée de nouveaux GHS pour la campagne 2020.

Les prises en charge sans nuitée justifient la facturation d'un GHS déjà existant dit « GHS plein » dans les cas suivants :

- les séjours au cours desquels le patient est décédé, transféré, a fugué ou est sorti contre avis médical ;
- les séances et les séjours comprenant une prise en charge de type séance ;
- les soins palliatifs (GHM 23Z02T) ;
- les séjours avec un acte classant¹ ;
- les séjours avec une prise en charge médicale associée à un geste d'anesthésie générale ou locorégionale ;
- les séjours pour administration de produits de la réserve hospitalière.

Pour les autres prises en charge (c'est-à-dire les prises en charge de médecine sans acte classant), les critères de facturation sont les suivants :

- la facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées ;
- la facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions coordonnées par un professionnel médical. La fixation de la valeur de ces GHS est décrite dans l'annexe 2 la présente notice.

Ces conditions sont détaillées dans l'annexe 4 de l'instruction Gradation. Le dénombrement des interventions, le contexte patient et la surveillance particulière sont définis dans l'instruction et font l'objet de la création de nouvelles variables dans le PMSI (annexe 3 de la présente notice).

¹ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'Annexe 8 du Volume 1 du Manuel des Groupes Homogènes de Malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016.

II. Création de nouveau GHS dédoublés

1. Bevacizumab et DMLA

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires ayant modifié les conditions permettant de facturer un séjour hospitalier, l'administration de bevacizumab (AVASTIN) dans le cadre de la DMLA fera dorénavant à nouveau l'objet d'une valorisation par un GHS. Ainsi le séjour au cours duquel il sera procédé de façon isolée à l'injection de bevacizumab (acte BGLB001) sera groupé en racine 02C11J « Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire » pour laquelle le GHS octroyé sera le GHS 398.

2. Thermoplastie bronchique

La thermoplastie bronchique, repérée par l'acte GEME121, dès lors qu'elle est réalisée au sein d'un séjour groupé dans la racine 04M03 (bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans) bénéficie d'un GHS majoré à compter du 1^{er} mars 2020.

III. Elargissement du périmètre de la mesure de soutien à la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Pour la campagne tarifaire 2019, une mesure de soutien au développement de l'activité RAAC a été mise en place. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée.

En campagne 2020, deux racines de GHM viennent s'ajouter aux 17 racines de GHM concernée par cette mesure en 2019 :

- 04C02 : Interventions majeures sur le thorax
- 08C22 : Interventions pour reprise de prothèses articulaires

IV. Affinement des suppléments transports à la distance

La campagne 2020 est marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 LFSS 2017). Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissements, et ce à compter du 1er octobre 2018. Les transports visés par cette réforme (intégralité des transports de patients déjà hospitalisés sauf exception) ne sont donc plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements.

Pour la campagne 2019, les modalités de financement et de recueil des informations relatives aux transports ont été précisées dans une notice complémentaire².

La principale évolution pour la campagne 2020 concerne l'affinement des suppléments en fonction la distance kilométrique. Ainsi la valeur des suppléments est à la fois fonction du type de transfert (définitif et provisoire pour réalisation d'une séance) et de la distance en km. Les classes de distances et les valeurs des suppléments du champ MCO sont décrites dans le tableau suivant :

²https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3595/notice_technique_complementaire_interchamps_transports_2019_n_cim-mf-354-5-2019.pdf

Type de supplément	Classe de distance (km)	Valeur (€)
TDE	< 25 km	77,05 €
	25 – 74 km	136,68 €
	75 – 149 km	257,52 €
	150 – 300 km	423,74 €
	> 300 km	930,94 €
TSE	< 40 km	159,29 €
	40 – 79 km	215,45 €
	80 – 160 km	325,68 €
	> 160 km	484,45 €

Les classes et valeurs correspondent à la facturation d'un aller-retour

V. Forfait D11 dans le cadre d'une prestation inter-établissement

À partir du 1^{er} mars 2020 les séances d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) réalisées dans le cadre de prestations inter-établissements (PIE), respecteront les mêmes conditions que définies à l'[article 4bis alinéa 2 de l'arrêté du 19 février 2015](#) s'appliquant aux GHM de la catégorie majeure 28, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z.

Ainsi, dans le cas d'hémodialyse en UDM effectuée en PIE, l'établissement prestataire ne facturera plus sa prestation (forfait D11) à l'établissement demandeur comme décrit dans la [note d'information DGOS/R2/DSS/1A/2018/80 du 19 mars 2018](#) et la [notice ATIH CIM-MF-559-6-2018](#), mais directement à l'assurance maladie, comme pour les séances de dialyse radiothérapie et chimiothérapie faisant l'objet d'une facturation en GHS.

De même, concernant le transport lié à cette PIE, l'établissement prestataire est considéré comme prescripteur ; il assume donc la charge du transport et peut facturer un supplément TSE.

VI. Evolution du forfait annuel greffe (FAG)

Pour l'année 2020, un nouveau compartiment est créé afin d'avoir un financement dédié au financement de la cohorte de donneurs vivants. Ce financement permettra l'amélioration de la qualité du suivi de cohorte des donneurs vivants sur la base du système d'information Cristal : le financement rémunère les équipes ayant un taux d'exhaustivité de la base Cristal DV supérieur à 80% ou une progression par rapport à l'année précédente.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire qui s'articulent autour de deux grandes phases :

- l'une portant sur les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- l'autre portant sur la modulation tarifaire.

I. Première phase de la construction tarifaire : les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

A. Maintenance de la classification des GHM (V2020)

Deux évolutions sont intégrées dans la classification des GHM V2020³ :

- L'ensemble des séjours avec au moins un acte thérapeutique sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie sont orientés dans la racine 08C58.
- les séjours associant un acte d'endoscopie digestive thérapeutique et un acte de cholécystectomie sont orientés vers la racine 07C12.

Ces évolutions n'entraînent pas de modification des tarifs associés.

Par ailleurs, les nouveautés relatives aux GHS sont les suivantes (voir Annexe 1 également) :

- la création d'un GHS minoré sur le GHM 02C11J (Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères), afin de financer les prises en charge donnant lieu à l'injection de bevacizumab (AVASTIN®) dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ;
- la création de GHS majorés sur la racine 04M03 (Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans) pour financer la technique de "plastie des bronches par radiofréquence par endoscopie » (thermoplastie bronchique).

Pour ces nouveaux GHS, les tarifs ont été fixés de la façon suivante :

- Pour le GHS de bevacizumab (AVASTIN®) dans la DMLA (02C11J), il s'agit d'un tarif ad hoc fixé en fonction du coût de la prise en charge ;
- Pour les GHS finançant la thermoplastie bronchique, le tarif correspond au tarif du niveau de la racine associée majoré du surcoût moyen estimé.

³ Pour plus d'informations sur les changements de classification, se reporter à la notice PMSI de décembre 2019 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3697/notice_technique_atih-722-1-2020_nouveautes_pmsi_2020.pdf

B. Création des GHS intermédiaires dans le cadre de la nouvelle instruction Gradation

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires, dont les éléments sont détaillés dans l'annexe 1 de la présente notice, conduit à la création en 2020 de nouveaux GHS dit « intermédiaires ».

Les tarifs intermédiaires pour les GHM en « M » (3^{ème} lettre du GHM) sont calculés en appliquant un coefficient d'abattement de 50% sur un tarif de référence correspondant aux prises en charge sans nuitée construit sur la base des données de l'ENC. Ces tarifs sont regroupés par « classe » pour assurer une meilleure lisibilité au dispositif qui conduit ainsi à ne fixer que quelques valeurs différentes pour ces prises en charge.

Les tarifs intermédiaires pour les GHM en « Z » sans acte classant correspondent au tarif du GHS plein des séjours de médecine sans nuitée à l'exception des GHM 14Z06T (menaces d'avortement) et 14Z16T (Faux travail et menaces d'accouchements prématurés) dont la règle de fixation est identique à celle des GHM en « M ».

C. Transferts de crédits : Incitation financière à la qualité

En 2020, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est portée de 200M€ à 400M€. En contrepartie, les tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD sont diminués de 0.40%.

II. Deuxième phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2020, la modulation tarifaire a consisté à :

- soutenir le développement de l'ambulatoire ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- poursuivre la politique tarifaire d'incitation au développement des prises en charge de dialyse hors centre

Afin d'éclairer les choix relatifs aux modulations, l'ATIH a développé une méthode consistant à calculer des tarifs « issus des coûts » (TIC), tarifs dont la hiérarchie est identique à celle des coûts issus de plusieurs années de recueil, ceci pour en assurer une plus grande fiabilité. Ces tarifs issus des coûts, utilisés pour la modulation tarifaire depuis la campagne 2012, ont fait l'objet de plusieurs publications sur le site Internet de l'agence :

<http://www.atih.sante.fr/comparaisons-des-couts-et-des-tarifs>

Comme les années précédentes, un indicateur de fiabilité des TIC est calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence.

a. Politique tarifaire de soutien au développement des prises en charge ambulatoires en médecine et en chirurgie

Les modulations tarifaires mises en place en campagne 2020 sont principalement centrées sur le soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie et en médecine.

✓ Chirurgie

La campagne 2020 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire.

Cette mesure se traduit par une revalorisation des tarifs uniques (couple 1/J) de chirurgie ambulatoire qui sont en situation de sous financement. Comme les années précédentes, la modulation tarifaire est définie en fonction d'un tarif cible issu des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour mémoire les modalités de construction du tarif unique sont fixées en fonction du taux de chirurgie observé (du couple 1/J) sur la base de quatre classes :

- Classe 1 : couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80%
- Classe 2 : couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80%
- Classe 3 : couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50%
- Classe 4 : couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%

Le tarif cible est ensuite défini par classe de la manière suivante :

- Classe 1 : tarif cible est fixé au niveau du TIC du J
- Classe 2 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux cible 2020⁴
- Classe 3 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux observé
- Classe 4 : tarif cible est fixé sur la base du TIC du niveau 1

Pour le secteur ex-DGF, les couples en TU sous-financés à plus de 10% par rapport au tarif cible sont réhaussés jusqu'à -10% du tarif cible.

Pour le secteur ex-OQN, l'ensemble des couples en TU sous-financés à plus de 5% ont été revalorisés.

À titre d'exemple, dans le secteur ex-DGF, le TU de la racine 05C17 (Ligatures de veines et éveinages) présentait un écart de -16% par rapport au tarif cible. Le tarif unique a donc été augmenté de 7% passant de 1 327€ en 2019 à 1 423€ en 2020.

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation de ces activités a été financée par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples en situation de sur financement par rapport au tarif cible. Ces couples ont parcouru 24% du chemin vers le tarif cible.

Pour le secteur ex-DGF, la revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées a été financée, en partie, par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples en situation de sur financement par rapport au tarif cible, mais également par la baisse des tarifs de médecine de niveau 1 et 2 surfinancés et par la baisse du tarif d'hémodialyse (cf. infra).

✓ Médecine

Dans la poursuite des deux campagnes précédentes, les séjours courts de médecine sous financés sont revalorisés.

Les tarifs de médecine de courte durée (GHM en J et en T) sous financés, ayant un TIC bon ou correct, sont ainsi rehaussés jusqu'à -5% du TIC. À titre d'exemple, le tarif du GHM 04M19T (Tuberculoses, très courte durée) s'élève à 562€ en 2019 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 660€ en 2020.

En contrepartie, dans le secteur ex-DGF, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués pour financer à la fois la revalorisation des GHM de médecine de courte durée et la revalorisation de la chirurgie ambulatoire sous financée (cf. supra). La baisse consiste à faire converger le tarif vers le tarif issu des coûts. Les activités spécifiques⁵ sont également mises à contribution mais de manière plus limitée (90% du chemin vers +20% du TIC).

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation des tarifs des GHM de médecine de très courte durée sous financés est compensée par une baisse uniforme des tarifs de médecine (baisse de -0.9%).

b. Revalorisation de l'obstétrique

⁴ Le taux cible de chirurgie ambulatoire se base sur les recommandations du rapport IGAS-IGF sur la chirurgie ambulatoire. Un taux de transférabilité vers l'ambulatoire est défini par niveau et par durée de séjour. Cette méthode permet de calculer un taux cible 2020.

⁵ Les activités dites « spécifiques » correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

Dans la continuité des campagnes 2016 et suivantes, les tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A/B et 14Z13A/B) ont été revalorisés vers le TIC dans le secteur ex-OQN.

À titre d'illustration, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 684€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 926€.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

Ces hausses de tarifs sont financées par une baisse des tarifs des autres GHS du secteur ex -OQN.

c. Poursuite de la politique tarifaire d'incitation au développement des prises en charge de dialyse hors centre

Depuis plusieurs années, le levier tarifaire est mobilisé pour désinciter les prises en charge de dialyse en centre et inciter au développement des prises en charge hors centre.

Ainsi, les tarifs d'hémodialyse sont diminués cette année au regard du sur financement constaté. Ainsi, dans les deux secteurs, le tarif du GHS d'hémodialyse en centre (9605) est ramené au TIC +5%. Pour le secteur ex-OQN, et afin de maintenir l'écart de tarif entre la prise en charge en centre et en UDM, le tarif du D11 baisse du même taux.

La marge tarifaire dégagée par cette baisse a été redéployé de manière ciblée sur la chirurgie ambulatoire pour le secteur ex DG et de manière uniforme sur l'ensemble de l'activité pour le secteur ex OQN.

III. Taux d'évolution des tarifs

a. Coefficients de reprise

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise⁶.

Les coefficients de reprise pour 2020 prennent les valeurs suivantes :

Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.

Le coefficient de reprise est fixé à -2,82% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -2,89%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,73% pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -1.77%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

a. Taux d'évolution des tarifs par prestation

Les tableaux ci-dessous présentent le taux d'évolution final des différentes prestations. Ces taux ne prennent pas en compte ni le coefficient de reprise, ni le coefficient prudentiel.

⁶ Le décret n° 2018-130 du 23 février 2018, crée des coefficients de reprise applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1er Mars 2018

	Secteur ex-DGF		Secteur ex-OQN	
	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre
GHS	0.64%	0.25%	0.60%	0.20%
Suppléments (hors suppléments transports)	0.63%	0.23%	0.63%	0.23%
Suppléments transports	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Dialyse hors centre	0.63%	0.23%	0.63%	0.23%
SE/PO/ATU/FFM/APE/FPI	0.23%	0.23%	0.23%	0.23%
HAD	1.50%	1.10%	1.50%	1.10%
Evolution globale moyenne	0.65%	0.25%	0.65%	0.25%

Annexe 3

Compléments sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-722-1-2020 du 20/12/2019).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Précisions relatives au codage dans le cadre de l'instruction gradation ;
- Précisions relatives aux évolutions du recueil « Transports intra et inter établissements » ;
- Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques » : Maladie rénale chronique ;
- Rappel du calendrier relatif à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU
- Précisions relatives au recueil d'information dans le cadre de l'expérimentation article 51 anticancéreux ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells ;
- DATEXP thérapie génique ;
- Précisions relatives au recueil des molécules coûteuses hors liste en HAD ;
- Précisions relatives au recueil des thrombolytiques.

I. Précisions relatives au codage dans le cadre de l'instruction gradation

Séjours concernés par l'évolution du recueil

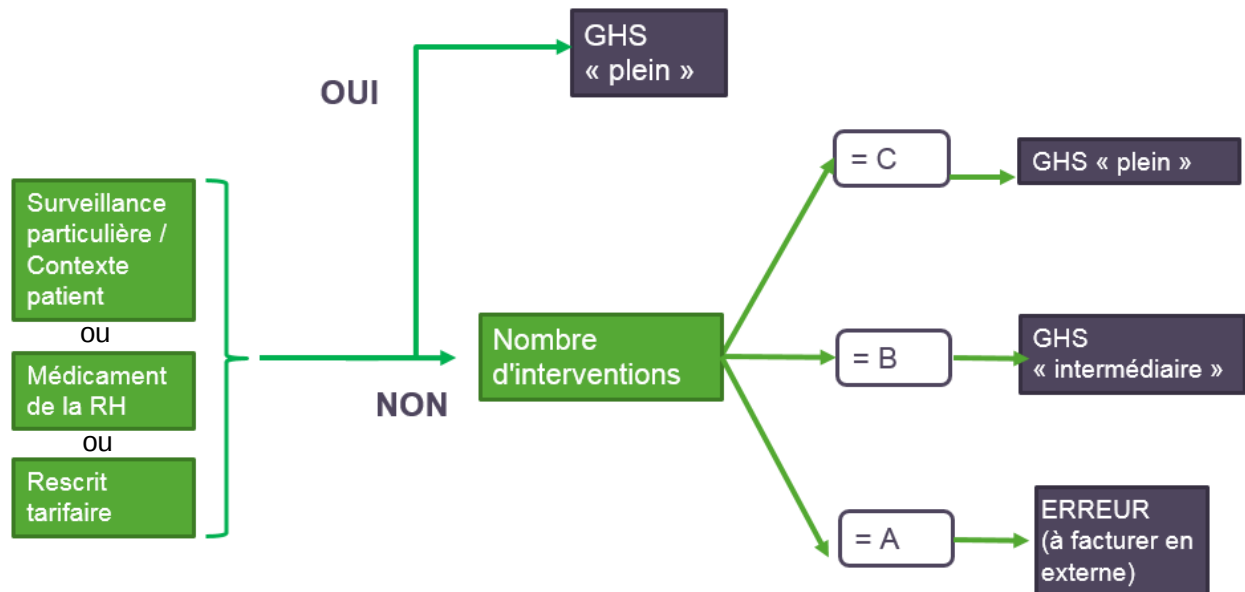
De nouvelles variables sont recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors de la prise en charge des patients en séjours de médecine (c'est-à-dire sans acte CCAM classant) pour lesquels la date de sortie est la même que la date d'entrée.

Parmi les séjours sans nuitée, le recueil de ces variables ne concerne pas :

- l'UHCD, sauf pour l'administration de produits de la réserve hospitalière ;
- les prises en charge qui ne relèvent d'aucune condition spécifique tel que précisé dans l'instruction :
 - les séjours au cours desquels le patient est décédé, transféré (mode de sortie 9 ou 7), a fugué ou est sorti contre avis médical (Z53.2 « acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées » en DAS) ;
 - les séances (racines de la CMD28)
 - les séjours comprenant une prise en charge de type séance :
 - séjours comprenant un DAS de séance (Z49.- et Z51.-)
 - séjours comprenant un acte de séance compris dans les listes :
 - actes d'aphérèse sanguine
 - actes d'oxygénothérapie hyperbare en caisson
 - actes de transfusion suivants : FELF006, FELF011, FELF012, FEJF006
 - actes d'irradiation en dose unique : liste A-342 du volume 2 du manuel des GHM
 - les soins palliatifs (23Z02T) ;
 - les prises en charge en addictologie (racines 20Z02 ; 20Z03 ; 20Z04 et 20Z06) ;
- les séjours avec acte CCAM classant⁷ ;
 - les prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie générale ou locorégionale (prises en charge nécessitant la réalisation d'un geste d'anesthésie complémentaire ou séjours comprenant un acte - classant ou non - avec un code activité 4).

⁷ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'Annexe 8 du Volume 1 du Manuel des Groupes Homogènes de Malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016.

Les nouvelles variables, ainsi que les consignes de codage, sont décrites dans le guide méthodologique ATIH MCO 2020. Ces variables permettent de déterminer le GHS qui sera facturé pour chaque séjour concerné (GHS dit « plein » ou « intermédiaire ») selon l'algorithme ci-dessous :



Ainsi les séjours sans nuitée ne correspondant pas aux exclusions listées plus haut, se verront attribuer un GHS en fonction du résultat de l'algorithme ci-dessus :

- Le codage de la valeur 1 pour l'une au moins des variables « surveillance particulière ou contexte patient », « administration de produit de la RH », ou « rescrit tarifaire » génère la valorisation par le GHS taux plein du GHM concerné ;
- En cas d'absence de codage de la valeur 1 pour les variables ci-dessus, l'algorithme prend en compte la valeur de la variable « nombre d'interventions » :
 - si la valeur est « C » (= 4 interventions ou plus), le GHS alloué sera un GHS taux plein du GHM correspondant ;
 - si la valeur est « B » (= 3 interventions), le GHS sera un GHS intermédiaire du GHM correspondant ;
- Si aucune variable n'est complétée ou si la seule valeur saisie est la valeur « A » (= moins de 3 interventions) pour la variable « nombre d'interventions », un GHM sera bien créé **mais ce GHM ne sera pas valorisé**. Dans ce cas il sera nécessaire d'annuler le séjour et de facturer en actes externes les prises en charge réalisées. Un code erreur signalera cette situation (code erreur : 242 SEJOUR A FACTURER EN EXTERNE).

II. Précisions relatives aux évolutions du recueil « Transports intra et inter établissements »

Un recueil FICHSUP transports, cumulatif annuel, a été mis en place depuis le 1^{er} octobre 2018 en MCO. L'objectif est de recueillir le nombre de suppléments transports et de les valoriser.

Ce recueil et les évolutions du recueil des suppléments transports présentés dans les paragraphes suivants concernent les établissements ex-DG. Pour les établissements ex-OQN, les informations concernant les suppléments transports sont remontées dans les RSF.

Évolution du recueil en 2020

➤ FICHSUP transports (support de la valorisation en 2020)

En campagne 2020, la variable classe de distance est ajoutée dans le FICHSUP transports pour permettre l'application de l'affinement de la valorisation des suppléments transports à la distance, à compter du 1^{er} mars 2020 (présenté en annexe 1 de la présente notice). Le FICHSUP transports reste le support de la valorisation des suppléments transports en 2020.

Ainsi, les variables à coder relatives aux suppléments transports dans le FICHSUP sont :

- Le code du supplément : TDE ou TSE
- La classe de distance (cf. tableau ci-après) :
 - pour les transports des séjours clôturés à partir du 1^{er} mars 2020, une valeur de 01 à 05 doit être renseignée pour les transferts définitifs (TDE) et une valeur de 06 à 09 doit être renseignée pour les transferts pour séances (TSE) ;
 - pour les transports des séjours clôturés en janvier-février 2020, une modalité sans classe « 00 » doit être renseignée quel que soit le type de transport, les transports réalisés pendant cette période n'étant pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance.

Pour mémoire un supplément TSE correspond à la valorisation d'un aller-retour. Ainsi pour un transfert provisoire pour réalisation d'une séance, il faut déclarer un seul supplément.

Identification des séjours concernés par le recueil des classes de distance :

Les transports ayant eu lieu au cours de séjours clôturés du 1^{er} janvier au 29 février 2020 ne sont pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance. Aussi, pour ces transports, la classe de distance doit être codée « 00 » quel que soit le type de transport. Les transports réalisés au cours de séjours clôturés à partir du 1^{er} mars 2020 sont concernés par le recueil de la classe de distance, qui doit être renseignée de 01 à 09 selon le type de transport (cf. tableau ci-après).

Valeur de la variable à coder pour la classe de distance :

Type de supplément	Date de transport	Classe de distance (km)	Valeur de la variable à coder
TDE ou TSE	Séjours clôturés en janvier-février 2020	Aucune	00
TDE	Séjours clôturés à partir du 1 ^{er} mars 2020	< 25 km	01
		25 – 74 km	02
		75 – 149 km	03
		150 – 300 km	04
		> 300 km	05
TSE		< 40 km	06
		40 – 79 km	07
		80 – 160 km	08
		> 160 km	09

Les classes de distance correspondent à un aller-retour

➤ FICHCOMP transports (fichier test non valorisé en 2020)

À partir du 1^{er} mai 2020, les établissements qui le souhaitent pourront recueillir les informations relatives aux suppléments transports dans un fichier FICHCOMP relié au séjour, **en plus du recueil FICHSUP**. L'objectif est de permettre aux établissements de tester le recueil des suppléments transports dans FICHCOMP au cours de l'année 2020. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2021, seul le recueil FICHCOMP sera utilisé. Le recueil FICHSUP sera supprimé après la remontée M12 2020.

Les variables à coder relatives aux suppléments transports dans le FICHCOMP sont les mêmes que celles présentes dans le FICHSUP transports en 2020, auxquelles sont ajoutées :

- la date de transport aller (variable facultative) ;
- le numéro FINESS géographique de l'établissement.

Une ligne doit être renseignée par supplément transport (**c'est-à-dire une seule ligne pour un aller-retour pour TSE**).

Valorisation

En 2020, le support de la valorisation est le recueil FICHSUP. Le recueil FICHCOMP n'est pas valorisé en 2020 (fichier test facultatif).

Le recueil FICHSUP sera supprimé après la remontée M12 2020. Le recueil FICHCOMP deviendra le support de la valorisation à compter du 1^{er} janvier 2021.

Une notice spécifique aux transports intra et inter établissements sera publiée prochainement.

Modification du cas particulier de la dialyse hors centre

Règles précédemment appliquées

Jusqu'au 29 février 2020, dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, contrairement à ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, l'établissement prestataire ne facturait pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre était facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur facturait, à l'assurance maladie, le forfait D correspondant à la réalisation de la séance de dialyse. Dans ce cas, pour le transport, c'est l'établissement demandeur qui était considéré comme prescripteur. Il assumait donc la charge du transport et pouvait facturer un supplément TSE.

Modification en campagne 2020

À partir du 1^{er} mars 2020, comme ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, c'est l'établissement prestataire qui facture à l'assurance maladie le forfait D (il ne facture plus sa prestation à l'établissement demandeur). Ainsi, pour le transport, l'établissement prestataire est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et peut facturer un supplément TSE.

III. Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques » : Maladie rénale chronique

La période de transmission des données M12 2019 du forfait pathologies chroniques « Maladie Rénale Chronique » (MRC) a été étendue afin de donner la possibilité aux établissements le souhaitant de transmettre, ou retransmettre, leurs données 2019 jusqu'à fin juillet 2020. Cet outil intègre une fonctionnalité d'import des données aux formats 2019 et 2020 afin de permettre aux établissements ayant commencé leur recueil sur d'autres supports de les intégrer à l'outil de recueil ATI. Pour le recueil 2020, l'outil de transmission dédié sera disponible au téléchargement sur le site de l'ATI à partir d'octobre. La date de fin de transmission sera précisée à cette occasion.

En 2020, la première transmission optionnelle des données du forfait MRC pour 2020 a été annulée. La première transmission de données obligatoire en 2020 se fera en M12.

En 2020, les données d'activité à renseigner intègrent les consultations d'IDE et de diététicien en plus de celles des médecins néphrologues. Les variables de résultats et qualité restent facultatives. Les détails de ce recueil sont publiés sur le site de l'ATI.

IV. Rappel du calendrier relatif à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU

Mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU en MCO et en HAD.

Le codage des indications est obligatoire pour les médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU pour les secteurs MCO et HAD. Les erreurs de codage ne sont plus valorisées. Pour rappel, le calendrier d'application est le suivant :

		Recueil possible ⁸ (valorisé si vide)	Recueil obligatoire ⁹ (non valorisé si vide ou absent du référentiel)	Recueil obligatoire et correct ⁸ (erreurs non valorisées)
MCO	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} septembre 2018	1 ^{er} mars 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} septembre 2019	1 ^{er} janvier 2020
HAD	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} décembre 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2020

V. Précisions relatives au recueil d'information dans le cadre de l'expérimentation article 51 anticancéreux

Dans le cadre de l'article 51, le ministère conduit une expérimentation concernant les médicaments anticancéreux. Cinq établissements de santé sont concernés. Ces établissements sont invités à remonter des informations sur les médicaments anticancéreux intra-GHS ainsi que des informations complémentaires sur la typologie des tumeurs et la progression de la maladie. Les informations sur les médicaments anticancéreux intra-GHS sont complétées dans un fichier *FICHCOMP anticancéreux intraGHS* avec le type de prestation « 14 ». Les autres renseignements sont recueillis dans un fichier *DATEXP méd anticancéreux*.

⁸ La date correspond à la date d'évolution du format.

⁹ La date correspond à la date d'entrée du séjour. Ainsi « 1^{er} septembre 2018 » signifie « pour les séjours ayant débuté au 1^{er} septembre 2018 et après ».

VI. Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells

Les actes d'injection des produits CAR-T Cells seront ajoutés à la CCAM courant 2020. Pour 2020, les consignes de codage sont inchangées et restent celles de 2019.

VII. Précisions relatives au recueil des molécules couteuses hors liste en HAD

La liste 2020 des spécialités pharmaceutiques spécifiques du secteur HAD est publiée sur le site de l'ATI. Cette liste est applicable depuis le 1^{er} janvier 2020. Les déclarations doivent se faire dans le fichier FICHCOMP HAD.

Un tableau OVALIDE, 1.V.2.MCHL, permet de vérifier la cohérence des données renseignées par l'établissement HAD.

VIII. Précisions relatives au recueil des thrombolytiques

Contrairement à ce qui a été annoncé dans la notice technique PMSI 2020 publiée en décembre 2019, le fichier FICHCOMP Thrombolytiques n'est pas supprimé en 2020.

Campagne tarifaire et budgétaire 2019

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2019, la première a été publiée en décembre (Notice Technique n° CIM-MF-2-790-2019 du 24/12/2018), présentant les nouveautés 2019 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO, et HAD.

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de trois annexes :

l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation ;

l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux ;

l'annexe 3 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.



Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 06 mars 2019 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits » :

- Suppression de **GHS** majorés des racines 05K06 et 05K10 ;
- Valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (**RAAC**) ;
- Elargissement du périmètre du forfait annuel greffes (**FAG**) ;
- Revalorisation du forfait **AP2** ;
- Evolution des règles de cumul des forfaits **SE** et **APE** dans le cadre des prises en charge liées à l'administration d'Avastin dans la DMLA ;
- Possibilité de cumul de facturation de **GHT** en HAD avec des forfaits d'entraînement à la dialyse ;
- Précisions apportées concernant la facturation des prestations inter activités prenant la forme d'actes et consultations externes, dites « **PIA externes** » ;
- Précisions concernant les règles de facturation du **forfait innovation I04 : METAGlut1**
- Création de nouveaux forfaits « innovation ».

Une notice spécifique relative aux transports inter-établissements viendra préciser les éléments de périmètre, de recueil et de valorisation pour l'ensemble des champs.

I. Suppression de GHS majorés

La liste des GHS a été actualisée par la suppression des GHS majorés concernant la fraction du flux de réserve (FFR).

Ces GHS étaient déclenchés lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnaient lieu :

- à la production de l'un des GHM d'endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde (racine **05K06**) ou d'actes diagnostiques par voie vasculaire (racine **05K10**)
- dès lors que l'acte de mesure du flux de réserve coronarien au cours d'une artériographie coronaire (DDQF202) a été réalisé en association avec l'un des actes d'artériographie ou de dilatation intraluminale DDQH009, DDQH012, DDAF007, DDAF008 ou DDAF009.

Les séjours concernés sont toujours classés dans les mêmes GHM mais donnent désormais lieu à la facturation du GHS de base. Le dispositif médical associé à cette pratique est dorénavant financé au titre V de la LPP.

II. Valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

La RAAC est une **approche de prise en charge globale du patient** favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Le patient a un rôle actif dans cette approche. **Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique** pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Pour la campagne tarifaire 2019, une mesure de soutien au développement de l'activité RAAC est mise en place. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée.

1. Périmètre de la mesure

La mesure est mise en œuvre pour une liste restreinte de 17 activités :

- 04C04 : Interventions sous thoracoscopie
- 06C03 : Résections rectales
- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C07 : Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C16 : Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans
- 07C09 : Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
- 08C24 : Prothèses de genou
- 08C25 : Prothèses d'épaule
- 08C27 : Autres interventions sur le rachis
- 08C48 : Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
- 08C52 : Autres interventions majeures sur le rachis
- 10C13 : Interventions digestives autres que les gastropplasties, pour obésité
- 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale
- 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes
- 13C03 : Hystérectomies
- 13C14 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
- 13C15 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

2. Mise en œuvre de la mesure en 2019

Une variable RAAC est mise en place dans le recueil PMSI en 2019. Les consignes de codage de cette variable sont précisées ci-après au point 3.

Pour les séjours groupés dans les 17 racines du périmètre et bénéficiant du codage de la variable RAAC, la classification reste inchangée, seule la valorisation est modifiée.

Ainsi dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour.

A titre d'illustration, un séjour de 2 jours qualifié de RAAC avec un diagnostic de niveau 4 en DA, sera groupé dans le GHM de niveau 1, mais sera payé sur la base du GHS correspondant au GHM de niveau 4.

Ce mécanisme de valorisation s'applique également pour les séjours réalisés en ambulatoire.

En résumé, la mesure s'applique :

- Sur les 17 racines retenues pour la campagne 2019,

- Si la variable RAAC est cochée,
- A l'exception des séjours avec les modes de sortie « décès » et « transfert vers une unité de soins de courte durée ». Des erreurs bloquantes sont prévues dans ces situations.

Pour mémoire, la variable créée dans le recueil 2019 s'applique à l'ensemble des activités (et non aux seules activités ciblées par la mesure) et doit permettre de mieux identifier les prises en charge en RAAC dans la perspective d'un éventuel élargissement de la mesure à compter de 2020 (voir ci-dessous).

3. Consignes de codage

La reconnaissance d'une démarche RAAC est conditionnée par l'existence d'un cahier des charges ou d'un protocole décrivant la procédure RAAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement. Cette reconnaissance n'est pas liée à l'obligation de posséder un label RAAC. Le chemin clinique du patient devra être retracé dans son dossier médical.

En parallèle du recueil d'activité, des indicateurs spécifiques pourraient être suivis pour s'assurer du maintien de la qualité des prises en charge.

4. Perspectives d'élargissement de la mesure

La mesure de soutien au développement des activités de RAAC a vocation à être, à moyen terme, élargie à d'autres types de prises en charge.

Le codage de la variable RAAC dès 2019 sur l'ensemble des séjours relevant de ces protocoles (et non uniquement sur les activités ciblées en 2019) doit permettre de mieux identifier les prises en charge auxquelles la mesure de soutien pourrait être élargie.

Par ailleurs, les indicateurs de maintien de la qualité de la prise en charge seront également pris en compte dans la perspective d'un élargissement de la mesure.

III. Elargissement du périmètre du forfait annuel greffes (FAG)

Dans l'objectif de diminuer les délais d'attente pour les greffes de poumon, un forfait permettant de financer les frais de réhabilitation et de perfusion de l'appareil pulmonaire est créé en campagne 2019, pour les établissements greffeurs.

Ce forfait vient s'ajouter à la liste des FAG existant sous le libellé « Valorisation par utilisation de machine à perfusion-ventilation pour la réhabilitation ex vivo d'un greffon pulmonaire ».

IV. Revalorisation du forfait AP2

Le forfait AP2, créé en 2017, est destiné à valoriser les prises en charge pour administration d'un **produit de la réserve hospitalière non inscrit sur la liste en sus et dont l'administration n'est associée à aucun acte CCAM**. Ce forfait couvre les frais d'administration et de surveillance en environnement hospitalier ainsi que le coût moyen d'achat des spécialités pharmaceutiques concernées.

En campagne 2019, le forfait AP2 est revalorisé afin d'ajuster son tarif au temps de prise en charge et au coût moyen réactualisé des spécialités pharmaceutiques concernées.

La valeur du forfait AP2 s'établit ainsi au 1^{er} mars 2019 à 71,50€.

V. Evolution des règles de cumul des forfaits SE et APE dans le cadre des prises en charge liées à l'administration d'Avastin dans la DMLA

Dès 2019, il est désormais possible de **cumuler la facturation des forfaits SE et APE** dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab® dans le cadre de la DMLA. Cette évolution a pour objectif de mieux valoriser ces prises en charge et d'inciter à leur développement en substitution à d'autres spécialités plus coûteuses.

VI. Possibilité de cumul de facturation de GHT en HAD avec des forfaits d'entraînement à la dialyse

D'ores et déjà, lorsque le patient est hospitalisé à domicile, la réalisation d'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique peut donner lieu à facturation du forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11), d'autodialyse simple (D12) ou assistée (D13), ou d'hémodialyse à domicile (D14).

En 2019, cette mesure est étendue. Ainsi, le cumul de facturation d'un séjour d'HAD avec un forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée (D20), un forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (D21) ou un forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D24) est autorisé.

VII. Précisions apportées concernant la facturation des prestations inter activités prenant la forme d'actes et consultations externes, dites « PIA externes »

Le régime des prestations inter activités (PIA) dites « séjours », facturables directement à l'assurance maladie par les établissements prestataires, a été clarifié en 2016. La clarification du régime des PIA « externes », qui correspondent aux situations où la prestation réalisée par l'établissement prestataire prend la forme d'une prise en charge externe (ACE), avait été renvoyée à un texte ultérieur.

A partir de 2019, les modalités de facturation des PIA « externes » sont alignées sur celles des PIA « séjours ». Les prises en charges externes réalisées par des établissements MCO pour des patients hospitalisés en SSR ou en psychiatrie seront désormais facturables directement à l'assurance maladie par l'établissement MCO prestataire et ne feront plus l'objet d'une refacturation entre établissements.

VIII. Précisions concernant les règles de facturation du forfait innovation I04 : METAGlut1

Ce test a la particularité par rapport aux autres innovations ayant fait l'objet d'un arrêté au titre de la loi L. 251-1-1, de pouvoir être réalisé en externe ainsi qu'en hospitalisation.

Les modalités de facturations sont les suivantes :

- **pour les réalisations du test en activité externe**, l'établissement doit utiliser la lettre clé «I04» dans le RSF-ACE (facturation transmise à l'ATI) correspondant au forfait innovation qui inclut l'ensemble de la prise en charge. Le RSF-ACE correspondant ne doit contenir aucune autre prestation. Aucune facture ne devra être télétransmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie. Les recettes perçues par l'établissement correspondant à cette activité seront prises en compte dans les arrêts versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie
- **pour les réalisations du test en hospitalisation**, l'établissement doit indiquer le code innovation «INNOV1808004N» dans les RSS des séjours correspondants. La valorisation est réalisée également par l'ATI en considérant le forfait innovation «I04» comme un supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.

IX. Création de nouveaux forfaits « innovation »

Au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, des forfaits innovation sont alloués aux établissements autorisés pour la mise en place des dispositifs innovants suivants : PULSANTE et WISE CRT.

1. Microstimulateur implantable de neuromodulation du ganglion sphéno palatin PULSANTE

PULSANTE est un dispositif destiné à traiter la douleur occasionnée par les algies vasculaires de la face réfractaires aux traitements et s'adresse aux patients présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- suivi pour diagnostic d'algie vasculaire de la face (AVF)
- avec crises d'AVF chroniques réfractaires aux traitements de la crise (surdosage ou inefficacité)
- avec crises d'AVF épisodiques sévères (qui durent au moins 4 mois par an en continu) réfractaires aux traitements de la crise (surdosage ou inefficacité)
- en capacité de distinguer les crises d'AVF d'autres types de céphalées

Le nombre total de patients susceptibles de bénéficier de cette prise en charge est fixé à 180 patients dont 60 patients au titre de l'étude pendant sa phase d'inclusion et, lorsque l'ensemble des inclusions sera terminé, 120 patients supplémentaires non inclus dans l'étude. Par ailleurs, 11 établissements ont été autorisés à implanter ce dispositif.

Depuis le 18 janvier 2019 (voir lien ci-dessous), le forfait sera alloué sur la base de la saisie, dans la variable innovation du RUM, du code correspondant à la phase de l'étude :

- le code « **INNOV1801006I** » durant la phase d'inclusion
- le code « **INNOV1801006S** » pour les patients supplémentaires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/1/18/SSAH1901994A/jo/texte>

Le montant des forfaits est fixé comme suit :

- 35 820€ pour « PULSANTE étude », code **I061**, durant la phase inclusion
- 29 670€ pour « PULSANTE additionnel », code **I062**, pour les patients supplémentaires

2. WISE CRT

WISE CRT est un dispositif de resynchronisation cardiaque implantable chez les insuffisants cardiaques symptomatiques persistants malgré traitement.

Le nombre de patients autorisés à bénéficier de cette prise en charge est fixé à 40.
Quatre établissements de santé participent à l'étude.

Depuis le 08 février 2019 (voir lien ci-dessous), le forfait sera alloué sur la base de la saisie, dans la variable innovation du RUM, du code « **INNOV190007Z** ».

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038133641

Le forfait sera d'un montant de 25 600€ pour WISE CRT, code **I07**.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire qui s'articulent autour de deux grandes phases :

- l'une portant sur les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- l'autre portant sur la modulation tarifaire.

I. Première phase de la construction tarifaire : les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

a. Maintenance de la classification des GHM (V2019)

Les nouveautés relatives à la classification v2019 sont l'intégration de **l'acte EJSF032** : « Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale » **vers la racine 05K26** « actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire ».

Par ailleurs, les GHS majorés des racines 05K06 et 05K10 (concernant la fraction du flux de réserve, cf. annexe I) ont été supprimés, le dispositif médical associé étant dorénavant financé au titre V de la LPP.

Ces évolutions n'entraînent pas de modification des tarifs associés.

b. Modification du financement des séjours bas (EXB)

Dans le cadre de la valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la RAAC (cf. annexe 1), les tarifs EXB des 17 racines concernées par la mesure ont fait l'objet d'un ajustement. Cet ajustement a été réalisé uniquement sur le niveau 4 de chaque racine dans la mesure où en 2019, il n'existe plus de bornes basses sur les niveaux inférieurs (cf. infra). Il consiste à modifier la valeur de l'EXB afin que le financement d'un GHS de niveau 4 ait quel que soit la durée du séjour un financement supérieur au financement d'un GHS de niveau 3.

Exemple : séjour de RAAC sans nuitée groupé dans la racine Hystérectomies (13C04) qui relève d'un niveau 4 en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour¹.

Tarifs	Groupage	GHM	GHS	Borne basse	Tarif Facial	EXB	Valorisation du séjour
2018	2018	13C031	4922	-	2 844,47	-	2 844,47
2018	2019	13C031	4925	6	10 396,82	3 162,41	- 8 577,64
2019	2019	13C031	4925	6	10 396,82	527,07	7 234,41

- La première ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2018 en fonction des tarifs de 2018 → Comme il s'agit d'un séjour sans nuitée, le séjour est groupé dans le niveau 1 de la racine et donne lieu à la facturation du GHS de niveau 1.

¹ Règles de groupage liées à la durée du séjour : durée minimale de 3 jours pour un niveau 2, 4 jours pour un niveau 3 et 5 jours pour un niveau 4

- La deuxième ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2019 en fonction des tarifs de 2018, autrement dit sans ajustement de la valeur de l'EXB. → Comme il s'agit d'un séjour sans nuitée, le séjour reste groupé dans le niveau 1. En revanche, comme il s'agit d'une prise en charge dans le cadre de la RAAC, il donne lieu à la facturation du GHS de niveau 4. La valorisation est négative, ce qui justifie un ajustement sur l'EXB.
- La troisième ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2019 en fonction des tarifs de 2019², autrement dit avec ajustement de la valeur de l'EXB. → la valorisation du séjour est désormais positive et bien supérieure à celle de l'année précédente (cf. 1^{ère} ligne).

c. Changement de périmètre

✓ Financement à la qualité

En 2019, le modèle de financement à la qualité est sensiblement revu et son enveloppe globale (MCO et SSR) est multipliée par 4, passant de 50 M€ à 200 M€. Cette évolution, qui sera amplifiée dans les prochaines années, traduit une diversification des modes de financement des établissements de santé. L'augmentation des crédits alloués à la qualité (soit 150M€ au total en 2019) est ainsi financée via un transfert de crédits depuis les enveloppes tarifaires (part tarif MCO, DMA et OQN SSR) et de dotation (DAF SSR) des établissements concernés. En 2019, ce transfert de crédits correspond à une diminution des tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD de 0,35%.

✓ Financement des transports inter-établissements

La campagne 2019 est marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 LFSS 2017). Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement, et ce à compter du 1er octobre 2018. Les transports visés par cette réforme (intégralité des transports de patients déjà hospitalisés sauf exception) ne sont donc plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements.

Tous les établissements de santé quel que soit le secteur et le champ d'activité (MCO, PSY, SSR) sont ainsi concernés par cette mesure qui donne lieu en 2019 à un transfert de dépenses depuis l'ONDAM soins de ville vers l'ONDAM établissements de santé correspondant à 9 mois de dépenses, après un premier transfert de 3 mois réalisé en construction 2018.

Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein du financement des établissements de santé MCO est en année pleine de **194M€**.

En 2018 :

- Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de la masse tarifaire MCO (ex DG et ex OQN) soit 48,6M€ dont 41,3M€ pour les suppléments TDE et TSE et 7,3M€ de crédits intégrés dans les GHS.
- Pour générer 7,3M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements MCO ont dû être rehaussés de 8,8M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).

En 2019 :

- Neuf mois de dépenses ont été réintégrés au sein de la masse tarifaire MCO soit 145,8M€ dont 123,9M€ au titre des suppléments et 21,9M€ au titres des GHS.
- Les tarifs MCO hors suppléments pour 2019 doivent ainsi permettre de couvrir 12 mois de dépenses de transports en sachant que les tarifs 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 8,8M€ (7,3M€ au titre de 2018 et 1,5M€ d'effet report sur janvier/février 2019). Les tarifs MCO 2019 sont donc rehaussés de

² Tarifs avant modulation tarifaire 2019

20,5M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs MCO de **+0,06%** au 1^{er} mars 2019.

II. 2ème phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2019, la modulation tarifaire a consisté à :

- soutenir le développement de l'ambulatoire ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- diminuer les tarifs de dialyse pour permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique avancée »

Afin d'éclairer les choix relatifs aux modulations, l'ATIH a développé une méthode consistant à calculer des tarifs « issus des coûts » (TIC), tarifs dont la hiérarchie est identique à celle des coûts issus de plusieurs années de recueil, ceci pour en assurer une plus grande fiabilité. Ces tarifs issus des coûts, utilisés pour la modulation tarifaire depuis la campagne 2012, ont fait l'objet de plusieurs publications sur le site Internet de l'agence :

<http://www.atih.sante.fr/comparaisons-des-couts-et-des-tarifs>

Pour cette campagne, suite à une concertation avec les acteurs, la méthodologie de calcul des TIC a été ajustée :

- pour prendre en compte les modalités de reprise des allègements fiscaux et sociaux
 - o les coûts ont été retraités afin de tenir compte du pacte de responsabilité concernant l'année 2015 dans le calcul du coût pluriannuel pour les établissements privés lucratifs et non lucratifs
 - o la valorisation de l'activité par les tarifs tient compte du coefficient de reprise crée en 2018
- pour prendre en compte de manière plus pertinente les années sélectionnées permettant de calculer le coût pluriannuel : la méthode prend désormais en compte pour chaque année l'indicateur de fiabilité.

Ces évolutions seront documentées de manière plus détaillées lors de la prochaine publication des tarifs issus des coûts (version 2019).

Comme les années précédentes, un indicateur de fiabilité des TIC est calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence.

a. Politique tarifaire de soutien au développement de l'ambulatoire

Les modulations tarifaires mises en place en campagne 2019 sont principalement centrées sur le soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie, en médecine et en interventionnel.

✓ Chirurgie

La campagne 2019 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire.

o **Revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées**

Cette mesure se traduit par une revalorisation des tarifs uniques (couple 1/J) de chirurgie ambulatoire qui sont en situation de sous financement. Comme les années précédentes, la modulation tarifaire est définie en fonction d'un tarif cible issu des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour mémoire les modalités de construction du tarif unique sont fixées en fonction du taux de chirurgie observé (du couple 1/J) sur la base de quatre classes :

- Classe 1 : couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80%
- Classe 2 : couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80%
- Classe 3 : couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50%
- Classe 4 : couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%

Le tarif cible est ensuite défini par classe (selon les mêmes modalités qu'en 2018) de la manière suivante :

- Classe 1 : tarif cible est fixé au niveau du TIC du J
- Classe 2 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux cible 2020³
- Classe 3 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux observé
- Classe 4 : tarif cible est fixé sur la base du TIC du niveau 1

Pour le secteur ex-DGF, les couples en TU sous-financés à plus de 15% par rapport au tarif cible, ont fait l'objet d'une revalorisation partielle (parcours de 15% du chemin vers le TIC).

Pour le secteur ex-OQN, l'ensemble des couples en TU sous-financés ont été revalorisés.

A titre d'exemple, dans le secteur ex-DGF, le TU de la racine 11C11 (Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires) présentait un écart de -20% par rapport au tarif cible. Le tarif unique a donc été augmenté de 2.7% passant de 1 691€ en 2018 à 1 739€ en 2019.

La revalorisation de ces activités a été financée par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples dont le taux d'ambulatoire a augmenté, entraînant un changement de classe, et qui par construction sont en situation de sur financement par rapport au tarif cible. Pour le secteur ex-DGF, ces couples ont été mis au tarif cible de leur classe et pour le secteur ex OQN, ces couples ont parcouru 35% du chemin vers le tarif cible.

○ **Suppression des bornes basses tarifaires des niveaux 2 et 3**

Afin d'accompagner et de soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours chirurgicaux, les bornes basses tarifaires des séjours de chirurgie de niveaux 2 et 3 sont supprimées. Cette suppression est réalisée sans modification de la valeur faciale des tarifs, ce qui entraîne une hausse de la valorisation moyenne des séjours. Afin de financer cette mesure une baisse de 0,6% des tarifs a été réalisée sur l'ensemble des GHS dans le secteur ex-DGF et de 0.05% dans le secteur ex-OQN.

✓ Interventionnel

Pour l'année 2019, les politiques tarifaires de soutien au développement de l'ambulatoire mises en œuvre depuis plusieurs années en chirurgie sont déployées sur l'activité d'interventionnel.

○ **Mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T avec les séjours de niveau 1**

L'ensemble des racines d'interventionnel avec un GHM de niveau 1 et un GHM de niveau J ou T ont été mises en tarif unique (à l'exception de la racine 11K02, dont le niveau de tarif est lié à la racine 11M06). Pour ces racines, le tarif unique correspond au tarif moyen pondéré.

A titre d'exemple, dans le secteur ex-OQN, les niveaux 1 et J de la racine 05K10 ont été mis en tarif unique. En 2018, le tarif du niveau 1 était de 972€ et celui du J de 822€. Avec la mise en tarif unique, ces deux niveaux ont maintenant un tarif de 922€.

○ **Suppression des bornes basses tarifaires des niveaux 1, 2 et 3**

A l'instar de la chirurgie, et afin d'accompagner et de soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours, les bornes basses tarifaires des séjours d'interventionnel de niveaux 1, 2 et 3 sont supprimées. Cette suppression se fait à tarif facial identique, ce qui entraîne une hausse de la valorisation moyenne des séjours. Afin de financer cette hausse de la valorisation, une baisse de 0,007% des tarifs a été réalisée sur l'ensemble des GHS dans le secteur ex-DGF et de 0,004% dans le secteur ex-OQN.

✓ Médecine

La campagne 2019 consiste à appliquer deux mesures afin de soutenir le développement de l'ambulatoire en médecine.

³ Le taux cible de chirurgie ambulatoire se base sur les recommandations du rapport IGAS-IGF sur la chirurgie ambulatoire. Un taux de transférabilité vers l'ambulatoire est défini par niveau et par durée de séjour. Cette méthode permet de calculer un taux cible 2020.

○ **Mise en place de tarifs uniques sur 26 racines ciblées de médecine**

Pour la campagne 2019, 26 racines de médecine sont mises en tarif unique entre le niveau 1 et le niveau T.

La sélection des racines a été réalisée dans un premier temps avec les critères suivants :

- Dans chaque racine, écart de DMS entre le niveau T et le niveau 1 inférieur ou égal à 2,5 jours
- Part des séjours avec transferts sur le GHM en T inférieur à 20%

Ensuite, chaque racine (sélectionnée lors de la première étape) a été analysée de manière spécifique en fonction des éléments suivants :

- Répartition des durées de séjours de niveau 1
- Nombre de diagnostics (à 3 caractères) dans la racine
- DMS et effectifs des principaux diagnostics (à 3 caractères)
- Dans chaque racine, comparaison entre le niveau 1 et le niveau T sur :
 - Diagnostic principal
 - Diagnostics associés significatifs
 - Actes
 - Caractéristiques des patients : âge

Les racines retenues sont les suivantes :

- 01M22 : Migraines et céphalées
- 03M04 : Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans
- 03M07 : Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche
- 03M09 : Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans
- 04M25 : Gripes
- 05M08 : Arythmies et troubles de la conduction cardiaque
- 06M05 : Autres tumeurs malignes du tube digestif
- 06M11 : Ulcères gastroduodénaux non compliqués
- 06M20 : Tumeurs bénignes de l'appareil digestif
- 07M08 : Autres cirrhoses et fibrose hépatique
- 07M09 : Hépatites chroniques
- 08M06 : Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge inférieur à 18 ans
- 08M18 : Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif
- 08M33 : Ablation de matériel sans acte classant
- 09M03 : Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans
- 09M10 : Tumeurs malignes des seins
- 09M11 : Tumeurs de la peau
- 11M02 : Lithiases urinaires
- 11M07 : Tumeurs des reins et des voies urinaires
- 11M12 : Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans
- 12M03 : Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin
- 12M04 : Hypertrophie prostatique bénigne
- 13M03 : Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin
- 13M06 : Autres infections de l'appareil génital féminin
- 16M13 : Autres troubles de la coagulation
- 17M17 : Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus

Pour ces 26 racines, le tarif unique correspond au tarif moyen pondéré. Par exemple, dans le secteur ex-OQN, les niveaux 1 et T de la racine 04M25 (Gripes) ont un tarif unique de 366€ en 2019 contre respectivement 673€ et 219€ en 2018.

○ **Revalorisation des GHM de médecine de courte durée**

Dans la poursuite des évolutions engagées en campagne 2018, les séjours courts de médecine sous financés sont revalorisés.

Les tarifs de médecine de courte durée (GHM en J et en T) sous financés, ayant un TIC bon ou correct, sont ainsi rehaussés jusqu'à -5% du TIC. A titre d'exemple, le tarif du GHM 04M12T (Pneumothorax, très courte durée) s'élève à 630€ en 2018 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 672€ en 2019.

En contrepartie, dans le secteur ex-DGF, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués. Le degré de contribution est dépendant du niveau de sévérité (65% du chemin vers le TIC pour les GHM de niveau 1 ; 55% du chemin pour les GHM de niveau 2). Les activités spécifiques⁴ sont mises à contribution mais de façon modérée (10% du chemin vers le TIC).

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation des tarifs des GHM de médecine de très courte durée sous financés est compensée par la baisse uniforme des tarifs de médecine (baisse de -0,4%).

b. Revalorisation de l'obstétrique

Dans la continuité des campagnes 2016 et suivantes, une revalorisation de 2,5% des tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A et 14Z13A) a été réalisée pour le secteur ex-OQN.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) ainsi que le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

Dans le cadre de cette action, le GHM 15M05B du secteur ex-OQN a également été revalorisé de 2,5%. Ces hausses de tarifs sont financées par une baisse des tarifs des autres GHS du secteur ex-OQN.

A titre d'illustration, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 643€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 684€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 842€ à 1 888€.

c. Modulation des tarifs de dialyse

Comme lors des campagnes précédentes, il est procédé à une baisse des tarifs d'hémodialyse en centre au regard du sur-financement constaté. Toutefois, contrairement aux années antérieures, cette baisse ne sera pas une économie nette mais doit permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique avancée ».

Ainsi, dans les deux secteurs, le tarif du GHS d'hémodialyse en centre (9605) baisse de 2%.

Pour le secteur ex-OQN, et afin de maintenir l'écart de tarif entre la prise en charge en centre et en UDM, le tarif du D11 baisse du même taux.

III. Taux d'évolution des tarifs

a. Coefficients de reprise

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise⁵ (soit 50% au total sur la période 2018-2019).

⁴ Les activités dites «spécifiques» correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

⁵ Le décret n° 2018-130 du 23 février 2018, crée des coefficients de reprise applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1er Mars 2018

En 2019, il a été acté d'une reprise supplémentaire de 20% des effets du CITS pour les établissements privés à but non lucratif. Ainsi, les coefficients de reprise pour 2019 prennent les valeurs suivantes :

Statut juridique	Coefficients 2019
Etablissements publics de santé	0%
Etablissements privés à but non lucratif	-1,77%
Etablissements privés à but lucratif	-2,89%

Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.

Le coefficient de reprise est fixé à -2,89% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2018 (coefficient fixé à -2,95%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,77% pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en hausse de 0,3% par rapport à 2018 ce qui correspond à la reprise supplémentaire à hauteur de 20% des effets du CITS.

b. Taux d'évolution des tarifs par prestation

Les tableaux ci-dessous présentent le taux d'évolution final des différentes prestations. Ces taux ne prennent pas en compte ni le coefficient de reprise, ni le coefficient prudentiel.

	Secteur ex-DGF		Secteur ex-OQN	
	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre
Total GHS	0.50%	0.16%	0.62%	0.24%
<i>dont GHS hors obstétrique et dialyse</i>	<i>0.52%</i>	<i>0.20%</i>	<i>0.54%</i>	<i>0.32%</i>
<i>dont GHS obstétrique</i>				<i>2.50%</i>
<i>dont GHS dialyse</i>		<i>-2.30%</i>		<i>-2.09%</i>
Suppléments (hors suppléments transports)	0.52%	0.16%	0.52%	0.16%
Suppléments transports	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Dialyse (hors centre)	0.52%	0.16%	0.35%	-0.87%
<i>dont D11</i>				<i>-2.14%</i>
SE/PO/ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0.16%	0.16%	0.16%	0.16%
HAD	1.32%	0.96%	1.32%	0.96%
Evolution globale moyenne	0.52%	0.19%	0.63%	0.18%

Annexe 3

Complément sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-2-790-2019 du 24/12/2018).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Précisions relatives au codage des actes de curage ganglionnaire dans le cadre d'une chirurgie carcinologique du sein ;
- Précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR T-cells ;
- Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN ;
- Précisions relatives à la mise en place du codage des indications des médicaments de la liste en sus en MCO et en HAD ;
- Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques ».
- Précisions relatives aux consignes de codage de la variable « conversion HP-HC »

I. Précisions relatives au codage des actes de curage ganglionnaire dans le cadre d'une chirurgie carcinologique du sein

Dans le cadre des tumeurs malignes du sein, le curage ganglionnaire peut-être réalisé d'emblée ou être conditionné au résultat de la recherche d'un ganglion sentinelle, pratique conseillée dans le traitement des stades précoces.

Les précisions de codage concernent les situations suivantes :

La pratique du ganglion sentinelle

1. Repérage des ganglions sentinelles codé à l'aide des actes :
 - ZZQL010 *Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique* ;
 - ou ZZQL013 *Détection radio-isotopique préopératoire de lésion par injection transcutanée intratumorale ou péritumorale, avec détection radio-isotopique peropératoire.*
2. Réalisation, au cours de l'acte opératoire pour la tumeur du sein :
 - de l'exérèse à visée diagnostique du ganglion sentinelle axillaire : FCFA021 *Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique des membres à visée diagnostique, par abord direct* ;
 - d'une demande d'examen extemporané concernant ce ganglion : ZZHA001 *Prélèvement peropératoire pour examen cytologique et/ou anatomopathologique extemporané.*
3. Examen anatomopathologique du (ou des) ganglion (s) :
 - FCQX005 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle* ;
 - ou FCQX008 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles* ;
 - FCQX007 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles.*

Le curage ganglionnaire axillaire :

Le curage axillaire sera donc codé dans les cas pour lesquels :

- aucune recherche de ganglion sentinelle n'est réalisée mais un curage est bien réalisé ;
- une recherche du ganglion sentinelle a été mise en œuvre avec :
 - un résultat positif de la recherche de métastase dans le ganglion sentinelle ;
 - et la réalisation du curage de la chaîne lymphonodale axillaire. Dans ce cas, l'acte de curage sera enregistré dans le séjour correspondant, c'est-à-dire soit lors de la réalisation du ganglion sentinelle si le curage est réalisé dans la foulée, soit lors d'un second séjour après retour de l'examen définitif.

Il faut noter que dans les situations, où au cours du même temps opératoire sont réalisées une exérèse à visée diagnostique du ganglion sentinelle axillaire et un curage de la chaîne lymphonodale axillaire, seul le curage lymphonodal axillaire pourra être codé.

II. Précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Toutes les précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la RAAC figurent dans l'annexe 1.

III. Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR T-cells

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par Car T-cells (Kymriah®, Yescarta®), il est tenu compte d'un surcoût pour ces séjours.

Pour la campagne 2019 : à compter du 1er mars 2019, chaque séjour pour lequel un patient est traité par injection de Car T-cells, est codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur et classé selon la fonction groupage, ce qui correspond en pratique le plus fréquemment aux racines 17M08, 17M09 ou 17M15 selon la pathologie traitée codée en DP. Chaque séjour est ainsi valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relève.

Pour tous les séjours de patients requérant un traitement par Car T-cells, les molécules sus mentionnées doivent être identifiées dans le FICHCOMP-ATU et ce par la présence d'un des deux codes UCD (Kymriah® : 9439938, Yescarta® : 9439921). En cas de financement par un laboratoire du traitement par Car T-cells, le prix d'achat de celui-ci devra être renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU.

Pour les séjours identifiés dans le FICHCOMP-ATU par la présence d'un des deux codes UCD correspondant aux molécules sus mentionnées, à la valorisation GHS s'ajoute un complément forfaitaire d'un montant de 15 000€ permettant de couvrir le surcoût associé à ce séjour (et ce même si le prix d'achat du traitement est renseigné est à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU). Le complément forfaitaire s'applique exclusivement aux spécialités Kymriah® et Yescarta® dans les indications de l'AMM. Il est versé en crédits AC (aide à la contractualisation) non reconductibles.

Pour la campagne 2019, ce complément forfaitaire sera versé aux seuls établissements détenteurs d'une autorisation et dans la limite de la population cible de 400 patients (avis de CT de la HAS du 12 décembre 2018).

Les établissements de santé autorisés pour l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR T-cells autologues (arrêté L1151-1 CSP), sont dans l'obligation de transmettre les données de suivi en vie réelle sur un formulaire ATIH (qui fera l'objet de précisions ultérieures), ainsi que des données relatives aux coûts réels liés à la prise en charge.

IV. Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN

Conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 dans son paragraphe 3. a. les nouveaux formats des fichiers FICHSUP applicables au recueil des RIHN (Référentiel des actes innovants hors nomenclature) sont à la page suivante :

<https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2018>

Les données doivent être recueillies de manière cumulative sur l'ensemble de l'année 2019, et devront être transmises 2 fois dans l'année : en M6 et en M12.

Pour mémoire, les données 2018 doivent être remontées en M4 2019.

La délégation d'un financement au titre de la participation d'un établissement de santé à la MIG G03 (les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers) n'est pas assurée si cet établissement n'a pas transmis ses données en M12.

Les référentiels des actes devant être recueillis (RIHN et Liste Complémentaire) seront disponibles à la page suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>

(ceux actuellement disponibles sont les référentiels 2017).

V. Précisions relatives à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus en MCO et en HAD et des médicaments sous ATU et post-ATU

Médicaments de la liste en sus

Le codage des indications est obligatoire pour les médicaments de la liste en sus en MCO, à compter du 1^{er} mars 2019, les erreurs de codage ne seront plus valorisées. En HAD, le codage des indications est obligatoire à compter du 1^{er} mars 2019. Les erreurs de codage ne seront plus valorisées à compter du 1^{er} décembre 2019.

Les seuls codages corrects correspondent aux indications incluses dans le Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus présent sur le site du ministère à l'adresse suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

Les indications inscrites sur la liste en sus sont celles dont la colonne « inscription liste en sus » est complétée par « oui » et « RTU ».

Le code I999999 doit être utilisé lorsque l'indication est hors AMM mais médicalement justifiée conformément à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique. **L'usage de ce code doit rester limité.**

Le code I999998 doit être utilisé lorsque la spécialité fait l'objet de recherches biomédicales au sens de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique. Ces deux codes continuent à être pris en charge.

Médicaments sous ATU et post-ATU

En MCO et en HAD, le codage des indications est possible pour les médicaments sous ATU et post-ATU à compter du 1^{er} mars 2019. Le Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques sous ATU et post-ATU est présent sur le site du ministère à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisations-temporaires-d-utilisation-atu>

Il existe deux catégories d'ATU : les ATU dites de cohorte et les ATU dites nominatives. Dès lors que les ATU nominatives sont accordées, le code d'indication à renseigner est NXXXX00.

Le codage deviendra obligatoire à compter du 1^{er} septembre 2019.

Une notice technique est en cours de rédaction et sera publiée prochainement sur le site de l'ATI.H.

Calendrier (synthèse)

		Recueil possible ⁶ (valorisé si vide)	Recueil obligatoire ⁷ (non valorisé si vide ou absent du référentiel)	Recueil obligatoire et correct ⁸ (erreurs non valorisées)
MCO	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} septembre 2018	1 ^{er} mars 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} septembre 2019	1 ^{er} janvier 2020
HAD	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} décembre 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2020

VI. Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques »

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a retenu comme premier axe stratégique la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Il est proposé de mettre en place, dès l'année 2019, deux forfaits hospitaliers dits « de transformation », forfaits matérialisant la prise en charge des **patients diabétiques de type 1 et 2 en dehors des séjours pour complications**, et des **patients atteints d'une insuffisance rénale chronique en pré-suppléance, à partir des stades 4 et 5**, avec pour objectif de :

- Mettre en place des stratégies visant à réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et, notamment, les complications cardio-neuro-vasculaires
- Pour les personnes souffrant de maladies rénales, développer des parcours favorisant l'autonomie du fonctionnement rénal, afin d'éviter la dialyse et de retarder la greffe

Un recueil spécifique sera créé pour chaque forfait afin de suivre l'activité et la qualité des prises en charge réalisées par les établissements de santé.

Le périmètre précis des forfaits et le recueil seront décrits dans une prochaine notice.

VII. Précisions relatives aux consignes de codage de la variable « conversion HP-HC »

Un séjour est considéré comme une conversion HP-HC dès lors qu'il était initialement prévu en HP (chirurgie ambulatoire, activité interventionnelle, séances, hôpital de jour médical) avec sortie prévue le jour-même, mais que le patient a finalement dû être admis en HC, et ceci que l'activité prévue en HP ait été effectivement réalisée ou non. La valeur 1 « oui » permet d'identifier l'existence d'une conversion.

Les modalités de renseignement de cette conversion dépendent de la pratique de l'établissement en matière de déclaration de séjours :

⁶ La date correspond à la date d'évolution du format.

⁷ La date correspond à la date d'entrée du séjour. Ainsi « 1^{er} septembre 2018 » signifie « pour les séjours ayant débuté au 1^{er} septembre 2018 et après ».

- Si l'hôpital conserve le passage en unité ambulatoire avant le passage en HC (en procédant à une mutation du RUM d'HP vers une unité médicale d'HC), la variable « conversion » prend :
 - dans le premier RUM (HP), la valeur vide ;
 - dans le second RUM (soit le premier RUM en HC), la valeur :
 - 1 « oui » si la situation répond à la définition de la conversion HP-HC ;
 - ou 2 si l'établissement souhaite identifier l'absence de conversion au sein de ce séjour multi-RUM HP-HC :
 - soit parce que la succession HP-HC était antérieurement programmée (spécificités organisationnelles) ;
 - soit parce qu'il n'existe aucun lien entre les deux « parties » du séjour : si le patient n'avait pas été hospitalisé pour la prise en charge en HP, son hospitalisation en HC pour la prise en charge qui y est réalisée aurait quand même eu lieu.
 - dans le(s) éventuel(s) RUM succédant le RUM porteur de l'information conversion (1) ou non conversion (2) la variable « conversion » prend la valeur vide.
- Si l'hôpital ne conserve pas le passage en unité ambulatoire lors d'une conversion :
 - la variable « conversion » prend la valeur 1 « oui » dans le premier RUM en HC ;
 - la variable « conversion » prend la valeur vide pour le(s) éventuel(s) RUM suivant(s).
- Dans toutes les autres situations, la variable est renseignée à « vide ».

Quatre erreurs de la fonction groupage ont été créées pour accompagner ce nouveau recueil. La seule erreur bloquante correspond à un renseignement par une valeur erronée (différente de 1, 2 ou vide). Les trois autres erreurs sont non bloquantes, elles ont été mises en place à visée informative et n'appellent donc pas nécessairement une correction.

L'ATIH a récemment publié ici une documentation dédiée ici : <https://www.atih.sante.fr/documentation-des-erreurs-de-la-fg-mco-2019> (pour consulter les informations détaillées sur les codes retour en lien avec la variable conversion, il faut filtrer sur « conversion » dans la colonne E « Catégorie » de l'onglet « Erreurs »).

Campagne tarifaire et budgétaire 2018

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, des notices sont réalisées par l'ATIH.

Pour 2018, la première a été publiée en décembre (Notice Technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017), présentant les nouveautés 2018 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et des modalités techniques de construction tarifaire des champs MCO, et HAD.

En outre est apporté, dans la continuité de la notice précédente, un complément d'informations concernant les règles de production de l'information médicale.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux ;
- l'annexe 3 apporte les compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice « Information médicale » de décembre).

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le Directeur général
Housseyni HOLLA



Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés, ci-après, l'arrêté « Forfaits » et l'arrêté « tarifaire ».

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les nouveautés de l'arrêté « Forfaits »:

- Création de deux suppléments au séjour dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 concernant les transports de patients hospitalisés lors d'un transfert entre deux établissements de santé ;
- Mise en place d'une minoration forfaitaire des tarifs d'HAD dans le cadre d'une intervention conjointe de l'HAD et du SSIAD ;
- Majoration de la pondération du MPP et du MPA 18 Transfusion sanguine en HAD et suppression de l'Indice de Karnofsky –IK-² minimum pour ces modes de prise en charge ;
- Mise en place de la possibilité de cumul de facturation entre le GMT d'un établissement SSR et le forfait de dialyse péritonéale d'une structure de dialyse ;
- Création du FSE6 pour les actes PCLB002 et PCLB003 (actes d'injection de toxine botulique dans les muscles striés) précédemment inscrits sur la liste des actes donnant droit au FSE5.
- Facturation du coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger

I. Création des suppléments transports

L'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement, et ce à compter du 1^{er} octobre 2018¹.

Les établissements relevant du champ MCO, seront financés de la manière suivante :

Tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie s'accompagnera de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :

- les transferts définitifs entre deux entités géographiques (facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » - supplément TDE) ;
- les transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie (facturation par l'établissement prestataire d'un supplément au séjour « transport séance » - supplément TSE).

¹ Antérieurement à la mise en œuvre de cette réforme, les transports de patients entre établissements étaient financés :

- d'une part, sur l'enveloppe des soins de ville. Etaient principalement visés les transferts provisoires (moins de 48h) pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie ainsi que les transferts définitifs entre deux établissements distincts ;
- d'autre part, sur le budget des établissements de santé. Etaient principalement visés les transferts provisoires (autres que ceux mentionnés supra) ainsi que les transferts définitifs entre deux établissements relevant d'une même entité juridique.

A contrario, les autres types de dépenses de transports anciennement facturables (notamment les transports liés à des permissions de sortie ainsi que les transports pour des transferts vers des structures relevant des secteurs ex OQN/OQN) seront pris en charge via les tarifs de prestations et ne déclencheront pas la facturation d'un supplément.

Cas particulier de la dialyse hors centre :

Dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, l'établissement prestataire (contrairement à la réalisation d'une séance de dialyse en centre) ne facture pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre est facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. C'est ainsi l'établissement demandeur MCO qui facture à l'assurance maladie le GHS, ainsi que le forfait D (correspondant à la réalisation de la séance de dialyse). Dans ce cas de figure, c'est l'établissement demandeur qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE.

Si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève d'un autre champ que le MCO (SSR ou psy), le transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre s'apparente à une « prestation inter activité ». Dans ce cas, l'établissement prestataire MCO peut facturer sa prestation (en l'occurrence son forfait D) à l'assurance maladie. Dans cette perspective, c'est l'établissement prestataire MCO qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE.

Des éléments complémentaires concernant le recueil et la facturation de ces suppléments seront précisés dans une future notice.

II. Mise en place d'une minoration forfaitaire des tarifs d'HAD dans le cadre d'une intervention conjointe de l'HAD et du SSIAD

Jusqu'en 2017 inclus, l'intervention conjointe de l'HAD et d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ou d'un SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) n'était pas autorisée. À partir de 2018, cette intervention commune est possible pour les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge en SSIAD ou SPASAD avant leur admission en HAD.

Les règles s'appliquant à l'intervention conjointe de l'HAD avec un SSIAD ou un SPASAD seront précisées dans un texte réglementaire à paraître. En particulier, le temps minimum de présence du SSIAD ou SPASAD au domicile du patient avant l'intervention de l'HAD y sera indiqué.

L'arrêté « tarifaire » met en place une minoration de 7% des forfaits correspondant aux prestations d'HAD en cas d'intervention conjointe avec un SSIAD ou d'un SPASAD. Afin de repérer les journées correspondantes, un nouveau Type de lieu de domicile a été créé, « domicile personnel du patient ou autre domicile avec intervention concomitante d'un SSIAD/SPASAD » (valeur 6).

Le fichier des conventions permet désormais de renseigner les conventions HAD-SSIAD ou SPASAD, avec un nouveau Type d'établissement : « SSIAD-SPASAD » (valeur 33).

III. Évolution de la tarification de la transfusion sanguine en HAD

En 2018, la pondération du MP 18 Transfusion sanguine évolue :

- La pondération du MPP 18 Transfusion sanguine passe de 2,15 à 3,15
- La pondération du MPA 18 Transfusion sanguine passe de 1,2642 à 3,15

Par ailleurs, les associations de modes de prise en charge suivantes avaient un IK encadré :

- **MPP 18** Transfusion sanguine et des MPA **00, 03** Traitement intraveineux, **12** Rééducation neurologique, **13** Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse, **14** Soins de nursing lourds, **15** Éducation du patient et/ou de son entourage, **17** Surveillance de radiothérapie, **24** Surveillance

- d'aplasie ou **25** Prise en charge psychologique ou sociale
- **MPP 03** Traitement intraveineux, **12** Rééducation neurologique, **13** Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse, **14** Soins de nursing lourds, **15** Éducation du patient et/ou de son entourage, **17** Surveillance de radiothérapie, **24** Surveillance d'aplasie ou **25** Prise en charge psychologique ou sociale avec le **MPA 18** Transfusion sanguine

En revanche, pour les associations avec le MP14 Soins de nursing lourds (MPP18 x MPA14 et MPP14 x MPA18), un IK inférieur ou égal à 50 % reste requis.

IV. Mise en place de la possibilité de cumul de facturation entre le GMT d'un établissement SSR et le forfait de dialyse péritonéale d'une structure de dialyse

Pour un patient insuffisant rénal chronique, traité par dialyse péritonéale, et hospitalisé en SSR, les forfaits de dialyse péritonéale automatisée - DPA (D15) ou de dialyse péritonéale continue ambulatoire - DPCA (D16), peuvent être facturés par la structure de dialyse, pour chaque semaine de traitement, en sus du GMT couvrant l'ensemble des prestations de séjour et de soins délivrées au patient en SSR.

V. Création d'un forfait sécurité environnement 6 (FSE6)

Le 1^{er} mars 2017 un forfait SE5 a été créé afin de financer l'administration de toxine botulique en environnement hospitalier.

Ce forfait SE5 couvrait les frais d'administration, de surveillance et le coût moyen du médicament et était facturable dès lors qu'était réalisé un des actes CCAM suivants :

- PCLB002 : « Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection ;
- PCLB003 : « Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection ;
- BALB001 : « Séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières.

Compte tenu des situations cliniques différentes valorisées de manière identique avec le FSE5, il est proposé en Campagne 2018 :

- De n'associer au **SE 5** que l'**acte d'ophtalmologie BALB001** et d'ajuster la valorisation en conséquence, en fonction de la réalité des coûts de ces prises en charge.
- De créer un **SE 6 pour les actes d'injection dans les muscles striés**, qui sera revalorisé pour mieux prendre en compte le coût de ces prises en charge.

A partir du 1^{er} mars 2018, les tarifs de ces 2 prestations sont fixés pour l'ensemble des établissements de santé (ex-OQN et ex-DGF) comme suit :

- SE5 : 133,00 €
- SE6 : 274,00 €

VI. Facturation du coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger

Le II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ouvre la possibilité aux établissements de santé de facturer aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger le coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux onéreux inscrits sur la liste en sus qui leur sont dispensés au cours d'une hospitalisation dans le champ du MCO.

Cette mesure entre en application au 1^{er} janvier 2018. Ainsi, dès lors qu'une molécule onéreuse ou qu'un dispositif médical implantable, inscrit sur la liste en sus, a été administré à un patient relevant d'un régime de sécurité sociale étranger dans le cadre d'un séjour clôturé postérieurement au 31 décembre 2017, les établissements doivent intégrer dans la facture transmise à la caisse de paiement unique, le coût desdites molécules ou dispositifs médicaux.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire qui s'articulent autour de deux grandes phases :

- l'une portant sur les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- l'autre portant sur la modulation tarifaire.

Par ailleurs, à compter de 2018, la reprise des effets liés aux dispositifs d'allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail est réalisée via l'application aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé de coefficients, différenciés en fonction des catégories de bénéficiaires de ces allègements. Cette annexe décrit également le mécanisme de mise en place de ces coefficients.

I. Première phase de la construction tarifaire : les modifications relatives au modèle de financement

Cette première phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM et induisant donc des modifications des tarifs associés.

Pour 2018, deux types de mesure impactent la maintenance du modèle de financement ; elles sont classées dans les catégories suivantes :

a. Abrogation de la minoration « liste en sus »

Lors de la campagne 2015 (article 63 de la LFSS 2015), la mesure dite « sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus » a été mise en place. Cette mesure consistait à minorer le tarif des GHM de séances de chimiothérapie tumorale et non tumorale (respectivement 28Z07Z et 28Z17Z) d'un forfait de 40€ lorsqu'un produit de la liste en sus était prescrit. Afin que cette mesure soit neutre pour l'Assurance Maladie, les tarifs des GHM associés avaient été augmentés de l'économie générée.

La LFSS pour 2018 a abrogé cette mesure. Par conséquent, en campagne 2018, les tarifs des 2 GHM de chimiothérapie sont diminués afin de neutraliser l'impact de l'abrogation de cette mesure.

b. Transferts de crédits

✓ Evolution des modalités de financement de la rémunération des étudiants de 2ème cycle

Le financement de la rémunération des étudiants de 2ème cycle a évolué depuis 2016 pour être assuré non plus via les tarifs mais via la MERRI « Financement des études médicales ».

Cette évolution s'est traduite, en 2016 et 2017, par un débasage uniforme de l'ensemble des tarifs des GHS du secteur ex DG. Ce transfert de crédits se termine sur la campagne 2018, selon les mêmes modalités (débasage uniforme de l'ensemble des tarifs).

✓ Transfert de l'enveloppe des transports inter-établissement

L'article 80 de la LFSS 2017 prévoit le transfert de l'enveloppe des transports inter-établissements des soins de ville à l'ONDAM hospitalier.

L'enveloppe, correspondant au périmètre des dépenses de transport anciennement facturables et qui seront à la charge des établissements de santé, est de 263M€. Ce montant se fonde sur des données datant de 2016. L'enveloppe, avant transfert dans les objectifs de dépense, a fait l'objet d'une majoration afin de prendre en compte le tendancier de dépense 2017 et 2018 (4,5% par an). Le montant définitif est donc de 287M€, année pleine.

S'agissant du champ MCO, l'enveloppe dédiée à la création des suppléments tarifaires est de 168M€ (cf. I de l'annexe 1). L'intégration dans les tarifs des racines consommatrices de transports représente 29M€.

La mesure entrant en vigueur au 1er octobre 2018, les effets du transfert sont limités à hauteur de 3/12^{ème} pour l'année 2018.

II. 2ème phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2018, la modulation tarifaire a consisté à :

- revaloriser l'activité de médecine ambulatoire
- mettre en œuvre les économies ciblées dans le cadre du plan d'économies concernant les activités de chirurgie, de dialyse et de radiothérapie ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- revaloriser les GHM consommant des produits sanguins labiles en MCO et à revaloriser les transfusions sanguines en HAD.

Dans le cadre des modulations tarifaires, la baisse de tarifs ne peut pas excéder 15%.

Afin d'éclairer les choix relatifs aux modulations, l'Atih a développé une méthode consistant à calculer des tarifs « issus des coûts » (TIC), tarifs dont la hiérarchie est identique à celle des coûts issus de plusieurs années de recueil, ceci pour en assurer une plus grande fiabilité. Ces tarifs issus des coûts, utilisés pour la modulation tarifaire depuis la campagne 2012, ont fait l'objet de plusieurs publications sur le site Internet de l'agence :

<http://www.atih.sante.fr/comparaisons-des-couts-et-des-tarifs>

Comme lors des précédentes campagnes, un indicateur de fiabilité des TIC a été calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence. Pour rappel, les modalités de construction de cet indicateur ont été concertées avec les acteurs en 2015, et n'ont pas fait l'objet de modifications depuis.

a. Revalorisation des GHM de médecine de courte durée

Le plan d'actions en faveur du développement de l'ambulatoire se traduit par une revalorisation des séjours d'ambulatoire en médecine.

Ainsi, le principe de neutralité tarifaire est mis en œuvre afin de ne pas désinciter à la prise en charge de courte durée. Cette incitation se traduit par la réduction du sous financement des séjours courts financée par un transfert de masse depuis les autres séjours de médecine sur financés.

Les GHM de médecine de courte durée (GHM en J et en T) sous financés, ayant un TIC bon ou correct, sont ainsi revalorisés. L'écart entre les tarifs et les TIC est réduit de 50%. En contrepartie, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués. Le degré de contribution est dépendant du niveau de sévérité (45% du chemin vers le TIC pour les GHM de niveau 1 ; 15% du chemin pour les GHM de niveau 2). Les activités spécifiques² ne sont pas concernées par cette modulation.

² Les activités dites « spécifiques » correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

A titre d'exemple, le tarif du GHM 01M22T (Migraines et céphalées, très courte durée) s'élève à 534€ en 2017 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 560€ en 2018.

b. Mise en œuvre des économies ciblées

Un plan d'économies est mis en œuvre en campagne 2018. Celui-ci vient impacter l'ensemble des activités (hors médecine de courte durée), de façon différenciée selon les activités.

La mise en œuvre de ces économies est réalisée selon un principe commun, qui sous-tend l'ensemble de la politique tarifaire : le principe de neutralité tarifaire. En effet, les économies sont réalisées en articulant progressivement les tarifs avec la neutralité tarifaire.

✓ Chirurgie

La campagne 2018 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire. Comme lors des précédentes campagnes, l'effort d'économies est articulé avec le principe de neutralité tarifaire en prenant en compte l'indicateur de fiabilité des TIC.

○ *Chirurgie ambulatoire*

Concernant la **chirurgie ambulatoire**, il s'agit de poursuivre les modulations des exercices précédents afin de tendre vers le scénario cible issu des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi pour la campagne 2018, le rapprochement progressif des tarifs uniques vers les TIC se poursuit en tenant compte de la diminution progressive des coûts de fonctionnement des établissements de santé, du fait du développement des prises en charge ambulatoires et de l'évolution des organisations. Ainsi, seules les modulations générant des baisses tarifaires sont effectivement mises en application.

Les modulations réalisées en 2018 impactent uniquement les couples 1/J pour lesquels le développement de la chirurgie ambulatoire est déjà amorcé :

- Sur la **classe 1**, le tarif unique est fixé au TIC du niveau J ;
- Sur la **classe 2**, le tarif unique est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux cible 2020³.

Afin d'atténuer l'effort d'économies sur les GHM relevant de la classe 2 (taux de chirurgie ambulatoire compris entre 50% et 80%), l'écart entre le tarif unique et la référence (TIC moyen pondéré par le taux cible 2020) n'est réduit que de moitié.

Pour la classe 1, les couples 1/J ne sont pas modulés lorsque le TIC du niveau J a un indicateur de fiabilité mauvais, pour la classe 2, ils ne sont pas modulés lorsque les TIC des deux GHM (1 et J) ont un indicateur de fiabilité « mauvais ».

Par exemple, le tarif unique 2017 de la racine 06C12 (Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans) s'élève à 1 532€ dans le secteur ex-DGF. Pour cette racine, le taux de CA s'élève à 67%, la référence est le TIC moyen pondéré par le taux cible, à savoir 1 495€. L'écart entre le tarif et cette référence est ainsi réduite de moitié, le tarif unique 2018 vaut 1 505€ (après application du taux d'évolution final des tarifs).

³ Le taux cible de chirurgie ambulatoire se base sur les recommandations du rapport IGAS-IGF sur la chirurgie ambulatoire. Un taux de transférabilité vers l'ambulatoire est défini par niveau et par durée de séjour. Cette méthode permet de calculer un taux cible 2020.

○ *Chirurgie conventionnelle*

Les économies sur la **chirurgie conventionnelle** sont réalisées en articulant les tarifs des GHM sur financés avec la neutralité tarifaire. L'ensemble des activités de niveau 4 sont exclues de cet effort.

Les activités spécifiques des niveaux 1 et 2 sont soumises à l'effort d'économies, dès lors que leur niveau de sur financement est supérieur à 10%. Les activités spécifiques de niveau 3 sont exclues de la modulation, en raison du potentiel de transférabilité plus limité.

Sont ainsi retenus les GHM sur financés dont le TIC est qualifié de bon ou correct au regard de l'indicateur de fiabilité développé par l'ATI. Ils sont articulés avec la neutralité tarifaire en fonction de leur niveau :

- GHM de niveau 1 : réduction de 30% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 2 : réduction de 18% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 3 : réduction de 5% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,

Par exemple, le tarif du GHM 18C023 (Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 3) s'élève à 13 437€ dans le secteur ex-DGF. L'écart tarif-TIC observé est de 12% (le TIC vaut 11 889€). Le tarif est alors défini à 13 309€.

✓ Dialyse

La modulation concerne le GHS 9505 (hémodialyse en centre, adulte) et est effectuée en articulation avec le principe de neutralité tarifaire. Sur les deux secteurs, l'écart tarif-TIC est ramené à +6%. Ainsi, le tarif d'hémodialyse du secteur ex-DGF diminue de 1,4%. Concernant le secteur ex OQN, le tarif d'hémodialyse diminue de 3,5%.

Afin de maintenir l'écart tarifaire entre le GHS 9605 et le D11 sur le secteur ex OQN, le tarif du D11 se voit appliquer la même baisse, à savoir -3,5%.

✓ Radiothérapie

Pour cette activité, la modulation cible les GHM dont le TIC est bon et dont le sur financement est supérieur à 30%.

Le seul GHM concerné est le GHM 28Z18Z (Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances) dont le tarif diminue de 5,3%.

✓ Autres mesures d'économie

L'ensemble des activités sur financées et non concernées par les précédentes modulations sont également soumises à un effort d'économie. Sont ainsi ciblées, les activités sur financées et dont les TIC sont bons ou corrects. Les activités spécifiques sont également soumises à cet effort d'économie, mais de façon modérée (seuil de sur financement rehaussé et réduction du sur financement moindre par rapport aux autres activités).

c. Revalorisation de l'obstétrique

Dans la continuité des campagnes 2016 et 2017, une revalorisation des tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A et 14Z13A) a été mise en place, dès lors que ces activités sont en situation de sous financement. En 2018, cette mesure ne concerne ainsi que le secteur ex OQN, dont les tarifs ont été mis au niveau du TIC.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) ainsi que le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

Dans le cadre de cette action, le GHM 15M05B du secteur ex-OQN a également été revalorisé, et placé au niveau du TIC.

Ces hausses de tarifs sont financées par une baisse des tarifs des autres GHS du secteur ex-OQN.

A titre d'exemple, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 530€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 590€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 715€ à 1 783€ (avant hausse du tarif liée à la création des coefficients de reprise –cf. IIIIIII)

d. Revalorisation des GHM consommant des produits sanguins labiles

Une augmentation des tarifs des produits sanguins labiles (PSL) de 1,8% est prévue en 2018. Cette hausse a été intégrée dans les tarifs des GHS, en ciblant, à partir des données ENC 2015, les GHM consommateurs de PSL. Ainsi, sont revalorisés les GHS n'étant pas en situation de sur financement et dont les PSL représentent au moins 0,5% du coût du GHS.

e. Revalorisation des transfusions sanguines en HAD

Afin de soutenir le développement de l'activité de transfusion sanguine en HAD, le MP18 a été revalorisé à 3,15 points (que ce soit en MPP ou MPA).

La modification des pondérations apparaît dans le guide méthodologique de l'activité d'HAD et sera directement intégrée dans les outils de transmission de l'activité d'HAD à partir de mars 2018.

III. Mise en œuvre des coefficients de reprise

Depuis la campagne 2013, les crédits d'impôts et allègements de charges dont bénéficient les établissements de santé privés sont pris en compte dans le cadre des constructions tarifaires et budgétaires (neutralisation des incidences du CICE, du pacte de responsabilité et du crédit d'impôts taxe sur les salaires). Les effets de ces mesures étaient neutralisés selon des modalités distinctes en fonction du secteur de financement (reprises sur les tarifs ou prises en compte dans les MIGAC). Ainsi, pour des établissements placés dans une même situation juridique et fiscale, les modalités de reprise pouvaient être distinctes selon l'échelle de rattachement (ex-DGF ou ex-OQN).

Pour la campagne 2018, un mécanisme de neutralisation pérenne et commun entre secteurs remplace les dispositifs existants. Le décret n° 2018-130 du 23 février 2018, crée des coefficients de reprise applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1^{er} Mars 2018.

La valeur de ces coefficients est différenciée selon la catégorie juridique de l'établissement afin d'individualiser la reprise en fonction des dispositifs fiscaux et sociaux dont bénéficie réellement l'établissement, et ce quelle que soit son échelle de financement.

- Ce coefficient est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun de ces dispositifs;

- La valeur du coefficient est fixée à -1,5% pour les établissements privés à but non lucratif qui bénéficient depuis 2015 des effets liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 de ceux liés au crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) ;
- La valeur du coefficient est fixée à -3% pour les établissements privés à but lucratif qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité.

Ces coefficients sont applicables aux tarifs des prestations MCO dès le 1^{er} mars 2018.

Dans la gestion de ces dispositifs, il a été nécessaire de rehausser les tarifs du secteur ex OQN puisque l'application du coefficient neutralise les baisses successives des tarifs opérées depuis la campagne 2013 sur ce secteur liées au CICE et pacte de responsabilité.

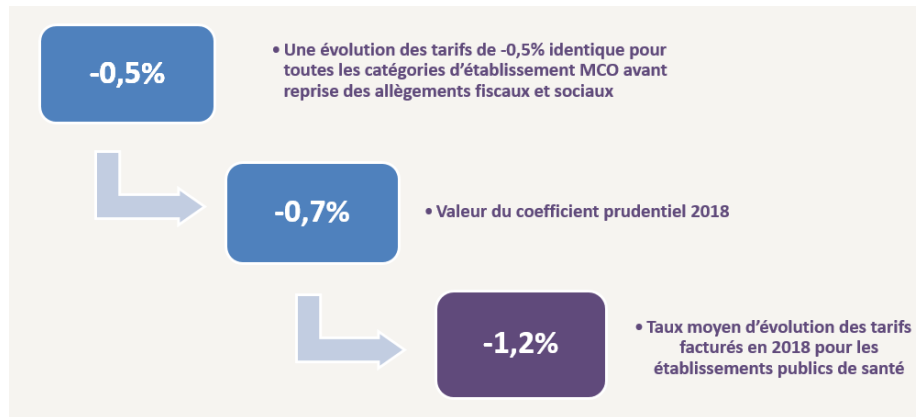
IV. Taux d'évolution des tarifs

a. Taux d'évolution des tarifs facturés par statut juridique

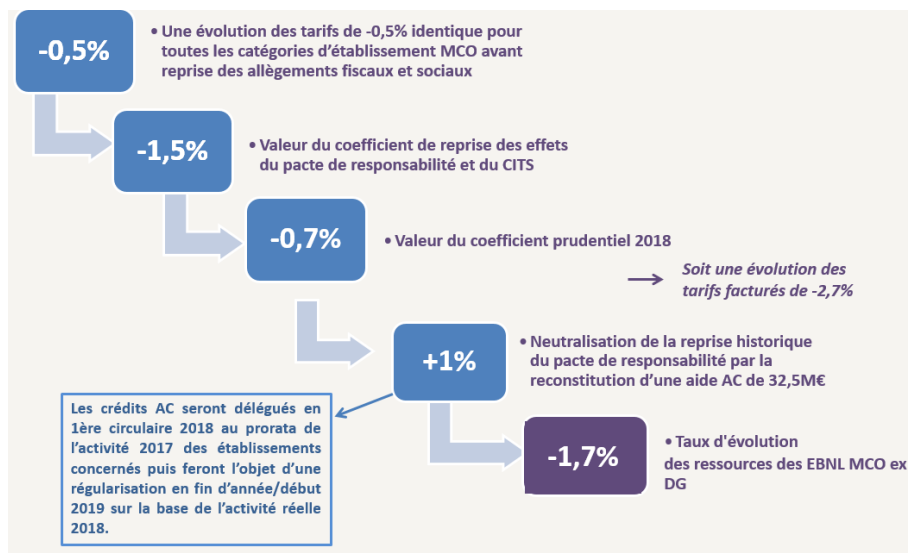
La série de schémas ci-dessous présente les différentes étapes permettant d'obtenir le taux d'évolution des tarifs facturés selon le statut juridique. Ces étapes prennent notamment en compte l'application des coefficients de reprise et coefficient prudentiel.

Pour les établissements à but non lucratif, les schémas détaillent également les mouvements de crédits AC, et présentent ainsi le taux d'évolution des ressources en plus du taux d'évolution des tarifs facturés.

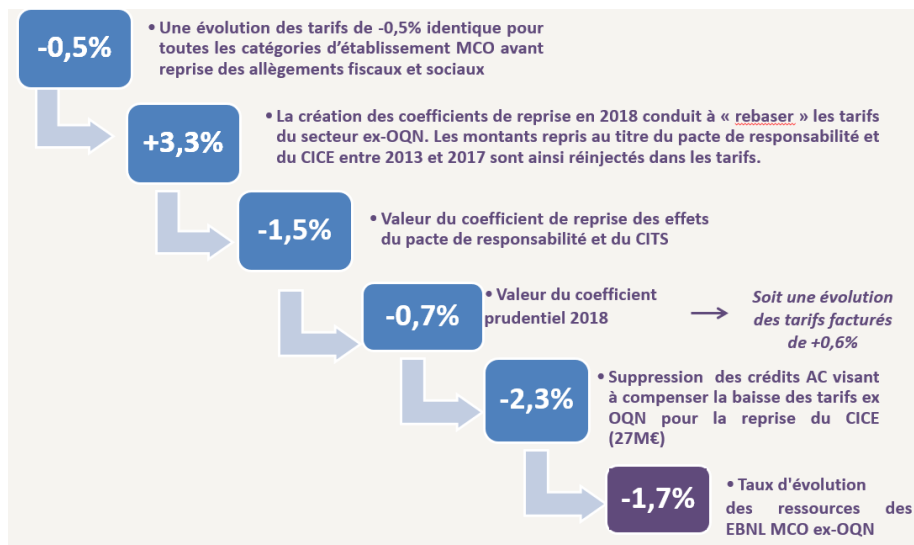
✓ Secteur ex-DG : EPS



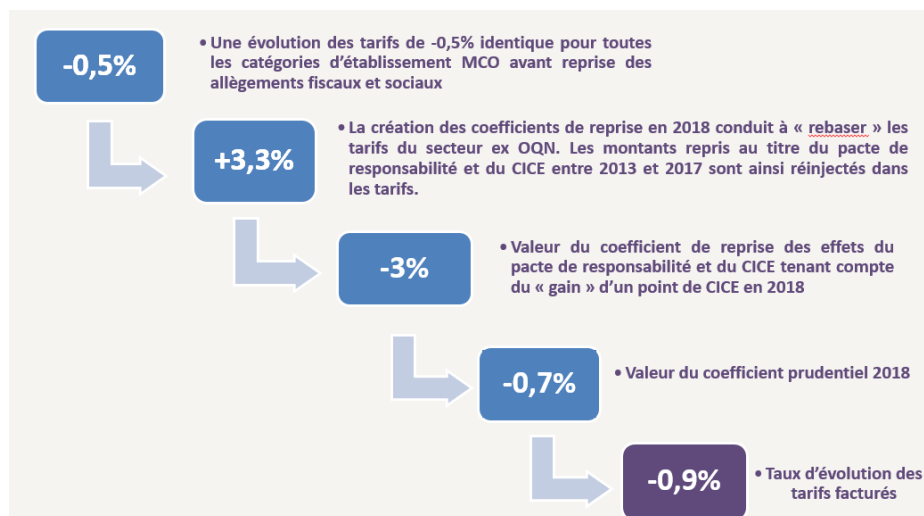
✓ Secteur ex-DG : EBNL



✓ Secteur ex-OQN : EBNL



✓ Secteur ex-OQN : EBL



b. Taux d'évolution des prestations par statut juridique

Les tableaux ci-dessous présentent le taux d'évolution final des différentes prestations avec l'application du coefficient de reprise. Ces taux ne prennent pas en compte le coefficient prudentiel.

Pour le **secteur ex-DG**, les taux d'évolution distingués par statut juridique sont les suivants :

	Evolution ex-DG EPS	Evolution ex-DG EBNL après coefficient de reprise de -1.5%
HAD	0.7%	-0.8%
Dialyse (hors centre)	0.0%	-1.5%
PO/SE/ATU/FFM	0.0%	-1.5%
Total GHS	-0.8%	-2.3%
<i>Dont GHS hors dialyse</i>	-0.7%	-2.2%
<i>Dont GHS dialyse</i>	-1.6%	-3.1%
Total Suppléments	1.3%	-0.2%
<i>Dont suppléments hors transports</i>	0.0%	-1.5%
Evolution globale moyenne	-0.5%	-2.0%

Pour le **secteur ex-OQN**, les taux d'évolution distingués par statut juridique sont les suivants :

	Evolution ex-OQN avant rebasage	Evolution ex-OQN y compris rebasage, avant coefficient de reprise	Evolution ex-OQN EBL après coefficient de reprise de -3%	Evolution ex-OQN EBNL après coefficient de reprise de -1.5%
HAD	0.7%	4.0%	1.0%	2.5%
Dialyse (hors centre)	-1.4%	1.9%	-1.1%	0.4%
PO/SE/ATU/FFM	0.0%	3.3%	0.3%	1.8%
Total GHS	-0.8%	2.5%	-0.5%	1.0%
<i>Dont GHS hors dialyse</i>	-0.6%	2.7%	-0.3%	1.2%
<i>Dont GHS dialyse</i>	-3.1%	0.2%	-2.8%	-1.3%
Total Suppléments	3.6%	6.9%	3.9%	5.4%
<i>dont suppléments hors transports</i>	0.0%	3.3%	0.3%	1.8%
Evolution globale moyenne	-0.5%	2.8%	-0.2%	1.3%

Annexe 3

Complément sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017).

Les sujets traités dans cette annexe portent sur les compléments suivants :

- Précisions relatives à la mise en place du référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus
- Précisions relatives à l'évolution du modèle de financement de l'oncologie radiothérapique : Recueil d'informations médicalisé de la radiothérapie oncologique « à blanc »
- Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN
- Précisions relatives à la primo-prescription de chimiothérapie orale
- Précisions relatives à l'utilisation du FICHSUP dédié au recueil de données relatives à la dispensation de médicaments en USMP
- Précisions relatives à la mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique

I. Précisions relatives à la mise en place du référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus

A compter du 1^{er} mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est mis en place pour les champs MCO et HAD. Il est porté par les fichiers FICHCOMP « MED hors ATU » pour les établissements de santé ex DG et par les RSF-H pour les établissements de santé ex OQN. Ces fichiers comportent donc une nouvelle variable « indication » sur 7 caractères.

Depuis septembre 2017, le site internet de la Direction de la Sécurité Sociale communique un référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus qui est mis à jour chaque mois :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

Ce référentiel rassemble les informations publiées au JO : pour chaque produit inscrit sur la liste en sus et disposant d'une AMM : toutes ses indications inscrites sur les listes ou les indications faisant l'objet d'une RTU et, le cas échéant, indications radiées (depuis 2016).

L'ATIH met par ailleurs à disposition sur son site une table de correspondance codes UCD / codes indication : <https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus>

L'ATIH met à disposition mensuellement la mise à jour des trois fichiers :

- Le fichier Liste en sus
- Le fichier code UCD/code indication
- Le fichier du ministère.

La note d'information N°DSS/1C/DGOS/PF2/2018/43 du 16 février 2018 relative à la mise en œuvre du référentiel administratif portant la codification de l'indication dans laquelle un médicament de la liste en sus est prescrit, précise que ce recueil est :

- pour le champ MCO : obligatoire au 1^{er} septembre 2018 et non au 1^{er} juin comme précédemment annoncé dans la notice technique (les séjours concernés seront ceux dont la date de début est postérieure ou égale au 01/09/2018) ;
- pour le champ HAD facultatif sur toute la période du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019.

Un tableau OVALIDE recensera les médicaments pour lesquels l'indication n'est pas renseignée ou n'est pas conforme au référentiel. Ces médicaments ne seront pas valorisés.

Enfin, la note d'information indique qu' « un code indication spécifique permettra le codage des indications qui ne seraient pas présentes dans le référentiel administratif ». Un complément d'information sera apporté prochainement.

II. Précisions relatives à l'évolution du modèle de financement de l'oncologie radiothérapique : Recueil d'informations médicalisé de la radiothérapie oncologique « à blanc »

La notice CIM-MF 848-2-2018 du 22 décembre 2017 présentait les premiers éléments de l'expérimentation mise en place en 2018. Cette expérimentation ambitionne de moderniser en profondeur le modèle de financement de la radiothérapie, en instituant un financement englobant tout l'épisode de soin de la préparation à l'irradiation, y compris les consultations de suivi et de fin de traitement, dans une logique qui permette de suivre, au fil de l'eau, l'évolution des techniques et des prises en charge ainsi que le suivi des impératifs renforcés de qualité et de sécurité des soins.

Le nouveau modèle de financement qui sera expérimenté ne reposera plus sur le nombre de séances réalisées, ni sur la dose totale d'irradiation, mais s'appuiera sur les techniques de radiothérapie.

Le projet de modèle comprend ainsi :

- 5 forfaits pour 5 techniques actuellement employées : radiothérapie en conditions stéréotaxiques ; radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ; radiothérapie 3D complexe ; radiothérapie 3D simple ; radiothérapie 2D, électrothérapie ;
- 8 modulateurs de forfaits : hypofractionnement, synchronisation respiratoire, recalage sur imagerie multimodale, comorbidités associées selon la liste adoptée par le COPIL, etc.

Le recueil d'informations médicalisées « à blanc » consiste en la description de la prise en charge du patient réalisée par le centre de radiothérapie, pour **tous les traitements de radiothérapie externe terminés un mois donné** (et non uniquement les traitements effectués ce mois donné). Le mois retenu sera communiqué à l'issue de la clôture de l'appel à projets.

L'outil de recueil (logiciel) informatisé et les consignes de remplissage seront disponibles sur le site de l'ATIH (espace de téléchargement) :

- Pour les établissements de santé, ce logiciel fournira un export qui devra être transmis en même temps que les données PMSI, permettant ainsi de ne pas ressaisir les actes CCAM. Il sera indispensable d'avoir des informations permettant de faire le lien entre les données saisies dans le logiciel et celles transmises habituellement dans le cadre du PMSI.
- Pour les cabinets libéraux, les données seront transmises sur une plateforme dédiée développée par l'ATIH, suivant le même calendrier. Il ne sera pas demandé de recueil d'actes CCAM. Seule la grille de recueil sera à compléter.

Un appel national à candidatures pour participer à cette expérimentation sera lancé prochainement auprès des titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

III. Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN

Conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 dans son paragraphe 3. a. les nouveaux formats des fichiers FICHSUP applicables au recueil des RIHN (Référentiel des actes innovants hors nomenclature) sont à la page suivante :

<https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2018>

Les données doivent être recueillies de manière cumulative sur l'ensemble de l'année 2018, et devront être transmises 2 fois dans l'année : en M6 et en M12.

La délégation d'un financement au titre de la participation d'un établissement de santé à la MIG G03 (les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers) n'est pas assurée si cet établissement n'a pas transmis ses données en M12.

Les référentiels des actes devant être recueillis (RIHN et Liste Complémentaire) seront disponibles à la page suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>

(ceux actuellement disponibles sont les référentiels 2017).

IV. Précisions relatives à la primo-prescription de chimiothérapie orale

Les modalités de recueil des primo-prescriptions de chimiothérapie orale sont définies dans deux notices techniques (CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016 et CIM-MF- 577-5-2016 du 05 août 2016), ainsi que par un « guide du recueil FICH SUP Consultation de Primo-prescriptions d'un traitement du cancer par voie de chimiothérapie orale - avril 2016 » mis en ligne par le ministère de la santé sur le site internet de l'ATIH.

Il est rappelé le caractère obligatoire des deux premières variables :

- File active de patients ayant un traitement du cancer par chimiothérapie orale
- Nombre total de consultations médicales pour primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année

Les autres variables du recueil correspondant à l'enquête flash ne sont pas recueillies en 2018.

V. Précisions relatives à l'utilisation du FICHSUP dédié au recueil de données relatives à la dispensation de médicaments en USMP

Depuis le 1er janvier 2016, les personnes écrouées bénéficient d'un tiers payant intégral sur leurs frais de santé. Pour ce faire, les caisses primaires d'assurance maladie assurent l'avance des frais correspondant à la part complémentaire des soins des détenus, qui incombe à l'administration pénitentiaire. Celle-ci se charge de rembourser l'Assurance maladie dans un second temps, dans le cadre d'une facturation annuelle nationale.

L'article 55 de la loi de finances pour 2018 a transféré à l'assurance maladie la part des dépenses qui incombait précédemment à l'Etat. Ainsi, le régime général prend désormais en charge la part obligatoire ainsi que la part restant à charge de l'assuré (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier). Cette mesure entre en vigueur au 1er janvier 2018.

Le circuit de valorisation de la participation de l'assuré pour des prises en charge hospitalières ou externe dans le champ du court séjour (MCO) n'est pas modifié par cette évolution.

A contrario, le circuit de valorisation du reste à charge associé à la délivrance de médicaments en unités sanitaires évolue à compter de 2018, les montants afférents étant désormais intégrés au sein de la MIG USMP. Ainsi, les données renseignées par les établissements à travers le FICHSUP dédié ne donneront plus lieu à valorisation.

Le recueil FICHSUP est cependant maintenu et ce dans la perspective d'une modélisation de la MIG correspondante.

VI. Précisions relatives à la mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique

La notice technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017) prévoyait la mise en place d'un recueil de l'activité d'urgence gynécologique. L'objectif était de procéder au financement des urgences prises en charge dans les unités de gynécologie-obstétrique autorisées au titre de l'article R6123-39 du code de la santé publique. Ce recueil ne sera pas mis en œuvre en campagne 2018.