

Campagne tarifaire et budgétaire 2015

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées par l'ATIH. Pour 2015, la première a été publiée en décembre (Notice technique n° CIM-MF-1210-3-2014 du 19 décembre 2014), présentant les nouveautés 2015 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

Cette seconde notice, qui s'inscrit dans la continuité de la notice précitée, vise à informer les établissements de santé des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation, des modalités techniques de construction tarifaire, et des nouveautés de facturation. 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 ;
- 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 précédente) ;
- l'annexe 4 précise certaines règles de facturation.

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
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 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, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.

A noter : le premier de ces arrêtés remplace l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dit « arrêté prestations MCO », qui est de fait abrogé.

Dans un souci de meilleure lisibilité, ce nouvel arrêté regroupe, au sein d'un support juridique unique, les règles relatives aux forfaits pouvant être alloués aux établissements de santé pour financer leurs activités de MCO. Il intègre certaines prestations qui relevaient antérieurement de l'arrêté « tarifs MCO » (forfaits FAU, FAG et CPO) ainsi que les nouvelles prestations auxquelles les établissements de santé peuvent prétendre, tels que les forfaits « innovation » et les forfaits « activités isolées ».

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 GHS
- Forfaits innovation
- Hospitalisation de jour et sages-femmes
- Cumul prestation HAD et forfait dialyse hors centre
- Forfaits Activités isolées (FAI)
- Forfaits FAU, CPO et FAG

I. Création de Groupes Homogène de Séjour (GHS)

Les nouveaux GHS créés trouvent leur source dans l'arrêté « Forfaits » :

- Au niveau de l'article 6 portant sur les GHS « majorés » ;
- Au niveau de l'annexe 1 qui fixe la liste des GHS. (A noter : comparativement à l'année 2014, cette liste témoigne également des GHS supprimés en 2015)

1.1. Création de nouveaux GHS « majorés » en 2015

Ils relèvent des dispositions de l'article 6 de l'arrêté au titre des « Exceptions selon lesquelles à un GHM correspondent plusieurs GHS ».

En 2015, ils concernent les situations suivantes :

Utilisation de la technique du ganglion sentinelle pour la prise en charge du cancer du sein (dispositions du 18° et du 23° de l'article 6)

Cette technique permet de repérer le(s) ganglion(s) lymphatique(s) axillaire(s) le(s) plus proche(s) de la tumeur afin d'en réaliser l'exérèse et l'analyse anatomopathologique. Ceci permet de réserver le curage axillaire aux seules tumeurs qui le nécessitent, c'est-à-dire en cas d'envahissement ganglionnaire. La réalisation de cette technique induit un surcoût, qui se voit financé par la création de GHS majorés. Ainsi, treize GHS majorés ont été créés au sein des trois racines de GHM concernant le cancer du sein :

- Dans les racines 09C04 « Mastectomies totales pour tumeur maligne » et 09C05 « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne », la facturation d'un GHS majoré est soumise à deux conditions : présence d'un acte CCAM de détection radio-isotopique et présence d'un acte CCAM d'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud(s) lymphatique(s) sentinelle(s).
 - o La racine 09C04 « Mastectomies totales pour tumeur maligne » comporte quatre niveaux de sévérité : 09C041, 09C042, 09C043 et 09C044 ; la production de ces GHM donne ainsi respectivement lieu à facturation du GHS 3386, 3387, 3388 ou 3389.
 - o La racine 09C05 « Mastectomies subtotales pour tumeur maligne » comporte quatre niveaux de sévérité : 09C051, 09C052, 09C053 et 09C054 ainsi qu'un GHM ambulatoire 09C05J ; la production de ces GHM donne ainsi respectivement lieu à facturation du GHS 3390, 3391, 3392, 3393 ou 3394.
- Dans la racine 09C11 « Reconstructions des seins », seuls les séjours pour lesquels la reconstruction intervient dans le même temps opératoire que la mastectomie totale sont concernés. Dans cette racine, la facturation d'un GHS majoré pour le ganglion sentinelle est donc soumise à trois conditions : présence d'un acte CCAM de mastectomie totale, présence d'un acte CCAM de détection radio-isotopique et présence d'un acte CCAM d'examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud(s) lymphatique(s) sentinelle(s).
 - o La racine 09C11 « Reconstructions des seins » comporte quatre niveaux de sévérité : 09C111, 09C112, 09C113 et 09C114 ; la production de ces GHM donne ainsi respectivement lieu à facturation du GHS 3395, 3396, 3397 ou 3398.
 - o Il existe désormais trois GHS possibles pour chacun des GHM de cette racine selon qu'il s'agit ou non d'une reconstruction dans le même temps opératoire que la mastectomie et, le cas échéant, que la technique du ganglion sentinelle a été réalisée.

Infection ostéo-articulaires (IOA - dispositions du 16° de l'article 6 de l'arrêté)

La racine 08C56 « Interventions pour infections ostéoarticulaires », trop hétérogène au regard notamment des actes concernés, a été supprimée en V11g, ainsi que les 8 GHS correspondants : n 2918 à 2925. Elle a été remplacée par deux nouvelles racines scindées selon la lourdeur de l'acte afin d'en améliorer la description médicale :

- 08C61 « Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires »
- 08C62 « Autres interventions pour infections ostéoarticulaires »

Au sein de chacune de ces deux racines, la prise en charge d'une infection ostéoarticulaire complexe établie après une réunion de concertation pluridisciplinaire donne lieu à facturation d'un GHS majoré lorsque le patient a recours à un centre de référence ou à un centre correspondant :

- Le code CIM-10 étendu Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire* permet l'identification, dans les RSS, des patients répondant aux critères d'attribution du GHS majoré. Il convient de noter que, même si une seule RCP est réalisée par patient, le code doit être porté dans tous les RSS du patient dès lors que ceux-ci sont motivés par la prise en charge de cette IOA complexe, et ultérieurs à cette RCP.

- Les établissements concernés doivent, par ailleurs, renseigner dans leur fichier d'information des unités médicales une unité médicale fictive portant le numéro \$\$\$\$ avec l'autorisation 30 « centre interrégional de référence ou centre correspondant pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes »

Lorsque le patient a recours à un centre de référence ou un centre correspondant pour la prise en charge d'une infection ostéoarticulaire complexe établie après une réunion de concertation pluridisciplinaire :

- la production du GHM 08C611, 08C612, 08C613 ou 08C614 donne respectivement lieu à facturation du GHS 2957, 2958, 2959 ou 2960 ;
- la production du GHM 08C621, 08C622, 08C623, 08C624 ou 08C62J donne respectivement lieu à facturation du GHS 2961, 2962, 2963, 2964 ou 2965 ;

Dans les autres cas :

- la production du GHM 08C611, 08C612, 08C613 ou 08C614 donne respectivement lieu à facturation du GHS 2948, 2949, 2950 ou 2951 ;
- la production du GHM 08C621, 08C622, 08C623, 08C624 ou 08C62J donne respectivement lieu à facturation du GHS 2952, 2953, 2954 2955 ou 2956.

Opération pour transsexualisme (dispositions du 22° de l'article 6 de l'arrêté)

Les opérations pour transsexualisme ont été individualisées dans leur racine 19C02 « interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale » au sein d'un GHS majoré et dédié, unique quel que soit le niveau de sévérité.

La racine 19C02 comporte 4 niveaux de sévérité 19C021, 19C022, 19C023 et 19C024 ; en présence d'un acte CCAM de la liste figurant en annexe 13 de l'arrêté « Forfaits », la production de ces GHM donne lieu à facturation du GHS 7005.

1.2. Créations d'autres GHS

Ces nouveaux GHS résultent d'évolutions de la classification des GHM, pour lesquelles à un GHM correspond un GHS unique. Ils répondent aux évolutions suivantes :

Refonte de la Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus »

Cette CMD a été totalement refondue en V11g.

Neuf racines ainsi que les GHS correspondants ont ainsi été supprimées

Racines	GHS				
17C02	6309	6310	6311	6312	
17C03	6313	6314	6315	6316	6317
17C04	6318	6319	6320	6321	
17C05	6322	6323	6324	6325	6326
17M07	6492	6493	6494	6495	6496
17M11	6507	6508	6509	6510	6511
17M12	6512	6513	6514	6515	6516
17M13	6517	6518	6519	6520	6521
17K06	6478	6479	6480	6481	

Tandis que huit nouvelles racines, ainsi que les GHS correspondants, ont été créés.

Racines	GHS
17M15 : Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes (niveaux 1 à 4 et T0)	6526 6527 6528 6529 6530
17M16 : Hémopathies myéloïdes chroniques (niveaux 1 à 4 et T0)	6531 6532 6533 6534 6535
17M17 : Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus (niveaux 1 à 4 et T0)	6536 6537 6538 6539 6540
17C06 : Interventions majeures de la CMD 17 (niveaux 1 à 4)	6327 6328 6329 6330
17C07 : Interventions intermédiaires de la CMD 17 (niveaux 1 à 4)	6331 6332 6333 6334
17C08 : Interventions mineures de la CMD 17 (niveaux 1 à 4 et J)	6335 6336 6337 6338 6339
17K08 : Autres curiethérapies (niveaux 1 à 4)	6400 6401 6402 6403
17K09 : Irradiations internes (niveaux 1 à 4)	6404 6405 6406 6407

Création d'un Groupe Homogène de Malade (GHM) 10M13T « exploration et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques, très courte durée »

Un niveau T1 a été créé pour la racine 10M13 « exploration et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques ». En effet, l'analyse de cette racine comportant jusqu'alors le seul GHM 10M13Z a montré un pic de fréquence pour les séjours de 0 et 1 jour ainsi qu'une proportion de 10% de séjours plus longs. La création du GHM 10M13T permet donc de réserver au GHM 10M13Z les séjours plus longs (≥ 2 jours).

La production de ce GHM 10M13T donne lieu à facturation du GHS 3982.

II. Forfaits Innovation

La prise en charge des forfaits « innovation » s'effectue conformément aux dispositions de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

La perception de ces forfaits par les établissements de santé n'est possible que pour les seuls établissements autorisés (dont la liste est annexée à chacun des arrêtés ad hoc).

Par application du III de l'article R. 165-72, ce forfait est exclusif et ne peut se cumuler avec d'autres prestations et modes de financement (GHS, supplément, forfait, liste en sus) pendant les deux périodes mentionnées au II de l'article R.165-72, et ce pour les indications mentionnées dans chaque arrêté ad hoc pris en application de l'article L.165-1-1.

Le coefficient MCO (géographique + prudentiel) ne s'applique pas aux forfaits innovation.

Par application du IV de l'article R. 165-72, ce forfait est pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Ce forfait, en tant que prestation d'hospitalisation, a été intégré au sein de l'arrêté « Forfaits » en son article 18

Deux forfaits existent à ce jour :

- forfait « I01 : Forfait innovation HIFU » : traitement par destruction par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate dont la prise en charge relève de l'arrêté du 7 mai 2014 relatif à la prise en charge au titre de l'article, L. 165-

1-1 du code de la sécurité sociale de la destruction par ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale d'un adénocarcinome localisé de la prostate ;

- forfait « I02 : Forfait innovation ARGUS II » : système de prothèse épirétinienne, dont la prise en charge relève de l'arrêté du 4 août 2014 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du système de prothèse épirétinienne ARGUS II.

Pour information, ces deux arrêtés sont actuellement en cours d'ajustement (notamment afin de confirmer réglementairement la variable innovation à renseigner dans les RSS). Leur publication devrait intervenir très prochainement.

En pratique, la fonction groupage inscrira le forfait innovation dans la zone GHS du résumé PMSI :

- La génération du forfait I01 par la fonction groupage est soumise à la présence des trois conditions suivantes sur le résumé PMSI :
 - o code innovation « INNOV0441001H »
 - o âge \geq 70ans
 - o acte CCAM « JGNJ900-00 » (destruction de lésion de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, par voie rectale)
- La génération du forfait I02 par la fonction groupage est soumise à la présence des deux conditions suivantes sur le résumé PMSI :
 - o code innovation « INNOV1490002N »
 - o âge \geq 25 ans

III. Hospitalisation de jour et sages-femmes

Il s'agit de mettre l'arrêté « Forfaits » en cohérence avec la circulaire en date du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières, qui prévoit la possibilité de créer des unités fonctionnelles dédiées au suivi des grossesses à bas risque et des accouchements eutociques.

L'arrêté précédent était trop restrictif en cas de facturation d'un GHS de 0 jour (« dont la coordination est assurée par un médecin »).

Cette précision est insérée à l'article 11 de l'arrêté qui précise les conditions de facturation d'un GHS de 0 jour.

IV. Cumul de facturation d'une prestation d'hospitalisation à domicile (HAD) avec un forfait de dialyse hors centre

Les structures de dialyse sont désormais autorisées à facturer leur forfait « D » lorsque le patient est pris en charge à domicile par un établissement d'HAD. Ainsi, lorsqu'un patient est hospitalisé en HAD, la facturation d'un forfait GHT par l'établissement prenant en charge le patient ne fait pas obstacle à la facturation par la structure de dialyse d'un forfait D.

Ainsi, en sus du GHT, les cumuls suivants (pour un même patient, le même jour) sont désormais autorisés en 2015 :

- cumul d'un GHT avec un forfait d'hémodialyse :
 - o D11 « forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée »
 - o D12 « forfait d'autodialyse simple »
 - o D13 « forfait d'autodialyse assistée »
 - o D14 « forfait d'hémodialyse à domicile »

- cumul d'un GHT avec un forfait hebdomadaire de dialyse péritonéale :
 - o D15 « forfait de dialyse péritonéale automatisée »
 - o D16 « forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire »

V. Forfait activités isolées (FAI)

Ce forfait est décrit à l'article 22 de l'arrêté « Forfaits ».

Sont éligibles au forfait les activités reconnues comme « isolées » selon les critères fixés dans l'arrêté du 4 mars 2015 « relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique » et dont le niveau d'activité est inférieur à un seuil. Ce seuil dit « point mort » est le niveau d'activité permettant d'équilibrer les charges et les recettes.

Pour chacune des activités (médecine, chirurgie, obstétrique et urgences), l'arrêté « tarifaire » précise par tranche d'activité, la valeur du montant forfaitaire qui sera alloué à l'établissement en fonction de l'écart entre le « point mort » et l'activité de l'établissement pour l'année N-1.

S'agissant spécifiquement de l'activité d'obstétrique, les montants forfaitaires sont plafonnés selon les critères suivants :

- Plafonnement du montant forfaitaire pour les activités strictement inférieures à 600 accouchements à un montant équivalent à 7 tranches de 100 accouchements ;
- Réduction du montant forfaitaire en fonction de la part de marché pour l'obstétrique : le montant est réduit de 25% quand la part de marché est entre 60 et 80% et de 50% quand la part est inférieure à 60%.

VI. Forfaits : Forfait annuel des Urgences (FAU), Coordination des Prélèvement d'organes et de tissus (CPO), Forfait Annuel Greffe (FAG)

Les règles relatives aux forfaits annuels que sont le FAU (activité de médecine d'urgences), le CPO (coordination des prélèvements d'organes ou de tissus) et le FAG (transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse) ont été déplacées de l'arrêté « tarifaire » vers l'arrêté « forfait ». Elles figurent au titre 2 de ce nouvel arrêté.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Compte tenu d'une demande croissante des acteurs d'apporter davantage de transparence dans la construction des tarifs de campagne, 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) ;
- 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. Sont également intégrées les modifications relatives à la valorisation des séjours (ex : modification des bornes, etc.)

Pour 2015, trois types de mesure impactent cette première phase ; elles sont classées dans les catégories suivantes :

a. Modification de la classification des GHM : mise en place de la V11g

Comme précisé dans l'annexe 1, les principales nouveautés de la V11g sont :

- la mise à jour de la liste des CMA ;
- la refonte de la CMD 17 « *Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus* » ;
- la création d'un niveau T sur la racine de diabétologie 10M13 « *Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques* » ;
- le remplacement de la racine 08C56 « *Interventions pour infections ostéo-articulaires* » par la création de deux nouvelles racines d'infections ostéo-articulaires : « *Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires* » et « *Autres interventions pour infections ostéoarticulaires* ».
- les actes de chimio embolisation hépatique sont désormais rendus classants dans la racine 07K06 « *Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire* ».

Par ailleurs, les nouveautés relatives aux GHS sont les suivantes (cf. supra annexe 1):

- la création de GHS majorés dans les racines relatives au cancer du sein 09C04, 09C05 et 09C11 pour financer la technique du ganglion sentinelle ;
- la création d'un GHS de transsexualisme dans la racine 19C02 ;
- le maintien de la majoration dans les nouvelles racines d'interventions pour infections ostéo-articulaires.

Hormis pour les nouveaux GHS, les évolutions de la classification n'entraînent pas de modification tarifaire. Ainsi les tarifs des activités concernées par la mise à jour des CMA et le groupage des actes de chimio embolisation hépatique dans la racine 07K06 n'ont pas été modifiés.

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

- Pour la **CMD 17**, la construction des tarifs s'est faite à masse constante avec les règles suivantes :
 - o Si la racine n'est pas impactée par un changement de classification, avant application du taux d'évolution propre à la campagne 2015, le niveau tarifaire de 2014 est conservé ;
 - o Dans les autres cas, le tarif a été fixé en préservant la masse issue de la classification V11f, et en fonction de l'échelle des coûts.
- Pour la **création du niveau T sur la racine 10M13** et les nouvelles **racines d'IOA 08C61 et 08C62**, le tarif a été fixé en préservant la masse issue de la classification V11f et en fonction de l'échelle des coûts. Pour les GHS finançant les IOA complexes, la majoration de 12% a été préservée sur chaque racine.
- Pour le GHS de **transsexualisme**, le tarif a été fixé à partir du tarif du niveau de sévérité le plus élevé majoré du surcoût¹ moyen observé dans la racine 19C02 entre les séjours avec et sans actes de transsexualisme.
- Pour les GHS finançant la **technique du ganglion sentinelle**, le tarif correspond au tarif du niveau de la racine associée majoré du surcoût² moyen observé entre les séjours avec et sans actes de médecine nucléaire de repérage par méthode isotopique (codes CCAM : ZZQL010 et ZZQL013)

Pour illustration, par rapport à l'échelle des coûts³, il a été observé que le niveau Z de la racine 10M13 (*Explorations et surveillance pour affections endocriniennes et métaboliques*) était 2,4 fois supérieur au niveau T sur le secteur ex DG. Par conséquent, le tarif du GHM 10M13Z est 2,4 fois supérieur à celui du GHM 10M13T, soit respectivement fixés à 1 549 € et 634€.

b. Modification du périmètre des tarifs

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

Comme chaque année, des molécules onéreuses (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI) ont été radiés de la liste en sus et réintégrés, au 1^{er} mars 2015, dans les tarifs de GHS.

Pour la campagne 2015, la radiation concerne 10 molécules onéreuses : (Beromun, Daunoxone, Caelyx dans l'indication sarcome de Kaposi, Ethyol, Metastron, Muphoran, Photofrin, Proleukin, Quadramet, et Tomudex).

Néanmoins 3 de ces spécialités n'ont pas fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs : Ethyol, Muphoran et Tomudex dans la mesure où soit le financement est déjà existant au sein des tarifs, soit avec un service médical rendu insuffisant.

Pour les autres spécialités, la réintégration consiste à transférer dans les tarifs la masse financière correspondante à ces spécialités, sur la base des dépenses remboursées constatées en 2014 (hors Écart médicament indemnisable (EMI)).

Les DMI suivants ont également été réintégrés dans les tarifs : les implants digestifs pour gastroplastie, les anneaux valvulaires cardiaques, les implants exovasculaires de ligature interne (CLIP) pour anévrisme cérébral, les implants ORL.

¹ Au champ tarifaire

² Au champ tarifaire

³ Au champ tarifaire

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

- Pour les implants digestifs pour gastroplastie : 10C09 ;
- Pour les anneaux valvulaires cardiaques : 05C02, 05C03 et 05C06 ;
- Pour les implants exovasculaires de ligature interne : 01C04 ;
- Pour les implants ORL (conduit et pavillon) : 03C09, 03C20.

La masse financière réintégrée correspond aux dépenses remboursées constatées en 2014 pour les DMI concernés, hors écart tarifaire indemnisable (ETI).

- Prise en compte de l'EPO dans les GHT via une hausse de la pondération de plusieurs MPP et MPA*

Les conditions techniques de réintégration de l'EPO dans les GHT n'ayant pas pu être mises en œuvre lors de sa radiation en 2014. Ainsi pour 2015, il a été acté de « réintégrer » l'EPO via une hausse de la pondération des MPP et MPA suivants :

- Chimiothérapie anti-cancéreuse (05)
- Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse (13)
- Surveillance d'aplasie (24)

Ces augmentations des pondérations permettent aux journées concernées d'être en moyenne financées par un GHT supérieur. Par conséquent, la valeur faciale des tarifs des GHT n'a pas été modifiée. 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 2015.

c. Mesure de sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus

Il s'agit de la mise en œuvre de l'article 63 de la LFSS pour 2015 qui consiste à minorer d'un montant forfaitaire certains séjours comportant la facturation en sus d'au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7.

Conformément à l'arrêté du 12 février 2015 : http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20150217&numTexte=30&pageDebut=02976&pageFin=02977, les tarifs des GHS 9606 et 9616 respectivement associés aux GHM 28Z07Z (chimiothérapie pour tumeur, en séances) et 28Z17Z (chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances) sont ainsi minorés d'un montant forfaitaire de 40 euros dès lors qu'un médicament de la liste en sus est facturé.

Le montant économisé par cette mesure a été réinjecté dans les tarifs des deux GHM concernés.

II. 2ème phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2015, la modulation tarifaire a consisté à :

- renforcer la politique incitative au développement de la chirurgie ambulatoire (CA) ;
- poursuivre l'application du principe de neutralité tarifaire.

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>

Afin de consolider l'utilisation des TIC dans le cadre des modulations tarifaires, un indicateur de fiabilité des TIC a été construit en concertation avec les fédérations hospitalières pour la campagne 2015. Cet indicateur qualifiant la fiabilité de l'estimation du TIC permet de moduler plus ou moins le tarif.

a. Renforcement de la politique incitative à la chirurgie ambulatoire (CA)

La campagne 2015 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire.

Cette politique s'est traduite, lors de la campagne 2014, par la généralisation du tarif unique à l'ensemble des couples 1/J et par la suppression des bornes basses sur le niveau 1 de chirurgie. Pour rappel, les modalités de construction du tarif unique ont été fixées en fonction du taux de chirurgie observé sur l'année 2013. Les 4 classes ainsi créées et leurs modalités associées de calcul du tarif unique sont les suivantes :

- Classe 1 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80% : TIC moyen pondéré par le taux tendanciel⁴
- Classe 2 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80% : tarif moyen pondéré par le taux tendanciel
- Classe 3 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50% : tarif moyen pondéré par le taux observé
- Classe 4 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10% : tarif du niveau 1

Pour la campagne 2015, le rapprochement progressif des tarifs uniques vers les TIC se poursuit. Les modulations s'inspirent des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire, et tiennent compte de la diminution progressive des coûts de fonctionnement des établissements de santé, du fait du développement de la CA et de l'évolution des organisations.

Les modulations réalisées en 2015 impactent les tarifs des deux premières classes qui correspondent aux activités où la prise en charge en ambulatoire est la plus mature.

Sur la **classe 1**, l'actualisation du tarif unique concerne les GHM pour lesquels le taux réel de chirurgie ambulatoire 2014 a dépassé la tendance retenue lors de la campagne tarifaire 2014. Pour ces GHM, les taux de CA observés sont supérieurs aux taux tendanciels ayant servi à pondérer le tarif unique en 2014. Cette actualisation apparaît donc nécessaire pour tenir compte de la réalité de la pratique observée en 2014. De plus, pour les couples de cette classe, le chemin engagé l'an dernier vers le TIC moyen est poursuivi lorsque celui-ci n'a pas été atteint en 2014 (limitation de la baisse).

Sur la **classe 2**, le tarif unique est fixé non plus sur la base du tarif moyen mais sur la base du TIC moyen du couple 1, J pondéré par le taux de CA observé en 2014.

Par exemple, le tarif unique 2014 de la racine 09C07 s'élève à 570€ dans le secteur ex-OQN. Cette racine affiche un taux de CA de 69%, le tarif unique est défini en fonction du TIC moyen pondéré par le taux observé, à savoir 531€.

Dans le cadre de la politique globale sur la chirurgie, une action a également porté sur les GHM de chirurgie des niveaux 2 et 3 en situation de sur financement. Elle se traduit par la mise en application du principe de neutralité tarifaire pour les activités présentant une situation de sur financement d'au moins 5% et lorsque le TIC est jugé fiable. Les tarifs de ces GHM ont été diminués pour tendre vers le tarif issu des coûts. Ce rapprochement est différencié en fonction du niveau de sévérité et du degré de fiabilité du TIC. Par exemple il est plus rapide sur les niveaux 2, où le potentiel de transférabilité vers la prise en charge en ambulatoire est plus important.

⁴ Le taux tendanciel correspond au taux prévisionnel 2016 des séjours en ambulatoires, calculé en rapportant les séjours en J sur l'ensemble des séjours J+1. La prévision correspond au prolongement tendanciel des taux observés entre 2007 et 2013.

- **GHM de niveau 2** : réduction de 90% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » et réduction de 70% pour ceux avec un TIC « correct ».
- **GHM de niveau 3** : réduction de 80% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » et réduction de 60% pour ceux avec un TIC « correct ».

b. Application du principe de neutralité tarifaire

L'application du principe de neutralité tarifaire, qui fait suite aux préconisations établies dans les rapports de l'IGAS, de l'IGF et de la MECSS, se poursuit lors de la campagne 2015.

Ce principe de neutralité repose sur une hiérarchie des tarifs qui, selon l'IGAS, « doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités. »

Ceci suppose, non pas que les tarifs soient égaux aux coûts moyens constatés (la masse financière dédiée aux tarifs étant dépendante du respect de l'ONDAM) mais qu'ils soient fixés selon la même échelle que celle des coûts et donc ne pas favoriser une activité au détriment d'une autre. La seconde phase de la construction tarifaire a donc consisté à faire évoluer les tarifs pour les rapprocher des tarifs issus des coûts (TIC), c'est-à-dire les tarifs respectant à la fois la hiérarchie de l'échelle de coûts et la contrainte de l'ONDAM.

Sur la base de ce principe, pour la campagne 2015, trois types d'activités ont été ciblées:

✓ Les activités dites « extrêmes »

Il s'agit des GHM dont les tarifs apparaissent en situation de sous ou sur financements « extrêmes » par rapport au TIC. Ainsi, une hausse des tarifs est opérée pour les GHM en situation de sous financement « extrême ». A l'inverse, les tarifs sont diminués quand les GHM sont sur financés.

Entrent dans le champ des activités dites extrêmes, les activités suivantes :

- les activités sous financées à plus de - 20%
- les activités sur financées à plus de + 25%
- les activités « spécifiques » (activités lourdes, cancer) sur financées à plus de + 30%

Les activités concernées par les modulations au titre du renforcement de la politique sur la chirurgie ambulatoire ou par les changements de classification ne sont pas intégrées dans le champ des extrêmes.

Le rapprochement vers le TIC se fait de manière progressive et en fonction de l'indicateur de fiabilité :

- 30% du chemin pour les TIC « bons »
- 20% du chemin pour les TIC « corrects »
- Pas de modulation pour les autres GHM.

Les activités dites « spécifiques » sont également mises à contribution dans ce cadre. Toutefois, leur niveau de contribution est modulé puisque la référence vers laquelle le tarif doit se rapprocher, a été fixée à +30% du TIC et non au TIC comme pour les autres activités.

✓ La dialyse

Pour la dialyse en centre (GHS), la modulation est effectuée en articulation avec le principe de neutralité tarifaire. Le tarif d'hémodialyse pour le secteur ex DG étant au niveau du TIC, le rapprochement concerne uniquement le tarif du secteur ex-OQN avec une baisse de tarif limitant le sur-financement à +11%.

Concernant la dialyse hors centre (Forfaits D), en l'absence de données de coûts disponibles, une baisse de tarifs a été opérée sur chaque secteur au prorata des bases des deux secteurs. Néanmoins, suite à la réintégration de l'EPO en 2014 et afin de ne pas pénaliser les structures et les

patients concernés par la dialyse péritonéale, il est procédé au transfert de l'accompagnement financier octroyé en campagne 2014 en crédits AC dans les tarifs des forfaits D15 et D16 du secteur ex OQN.

✓ l'hospitalisation à domicile (HAD)

- Chimiothérapie en HAD

Une augmentation de 0,2 point de la pondération associée au mode prise en charge associée (MPA) chimiothérapie (05) a été réalisée afin de compenser l'augmentation du coût des anticancéreux, notamment oraux, qui ne figurent plus sur la liste en sus. Cette hausse fait suite à la hausse de 0,2 point qui a eu lieu lors de la campagne 2014 sur le MPP 05.

- Transfusion sanguine en HAD

En 2014 le financement des transfusions sanguines était inférieur au coût du seul produit sanguin, ce qui conduit actuellement à la disparition progressive de cette activité en HAD. Pour soutenir le développement de cette activité en HAD, la pondération du MPP 18 a été rehaussée de 1 point afin que ces journées passent dans des GHT de niveau supérieur.

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-1210-3-2014 du 19 décembre 2014.

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

- Modulation MIG
- CCAM descriptive
- Code UCD sur 13 caractères
- Codage des accouchements en CCAM par les sages-femmes
- Recueil médicaments en HAD
- Ajout au guide méthodologique concernant la prise en charge du diabète
- Codage en DAS des résultats d'examens complémentaires

Modulation MIG

Certaines informations contenues dans le recueil PMSI peuvent être utilisées pour répartir les crédits relatifs à certaines missions d'intérêt général.

Il s'agit principalement :

- des actes hors nomenclatures (B et PHN)
- des actes "ORT, SCM, PRO, TO, SC, SPR, D, DC, AX, I END, IMP, INO, ICO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS" réalisés en externe pour la MIG relative aux centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire ;
- du typage des consultations pour les consultations longues et pluridisciplinaires pour les centres mémoire de ressources et de recherche, les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage, les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares, les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose, les consultations mémoire, les consultations hospitalières d'addictologie, les consultations hospitalières de génétique et les centres experts de la maladie de Parkinson.

Dans ce cadre, il est rappelé qu'il convient d'apporter une vigilance particulière à la qualité et à l'exhaustivité de ces informations, afin que le calibrage des MIG soit conforme aux activités développées.

CCAM Descriptive

Il est précisé que l'utilisation de la CCAM descriptive à usage PMSI dans le format avec extension PMSI (code à 7 caractères et extension PMSI à 3 caractères, dit « code sur 10 caractères ») est facultative en 2015. Cela signifie que les établissements peuvent continuer à saisir dans les résumés PMSI, en 2015, les actes CCAM sur 7 caractères.

Par ailleurs, les codes des actes CCAM cités dans l'arrêté «Forfaits» et dans ses annexes y figurent dans leur version sur 10 caractères. En 2015 leurs homologues sur 7 caractères seront bien entendu pris en compte avec les propriétés identiques.

Enfin, une notice technique publiée le 19/03, précise les modalités d'intégration de la CCAM descriptive à usage PMSI dans les systèmes d'information. Cette notice technique prend en compte

les remontées d'information des éditeurs faisant état des difficultés de mise en œuvre de cette CCAM descriptive à usage PMSI.

Codes Unités Communes de Dispensation (UCD) sur 13 caractères

Les codes UCD des médicaments (FICHCOMP MED et ATU Autorisation Temporaire d'Utilisation) passent de 7 à 13 caractères, le format du fichier FICHCOMP restant identique (variable sur 15 caractères). Cette évolution est valable pour tous les champs et sera obligatoire à partir de 2016.

En 2015, le recueil sur 13 caractères reste facultatif mais les codes sur 7 caractères seront transcodés par les outils ATIH (logiciels d'anonymisation). Les codes en sortie seront donc systématiquement sur 13 caractères.

Codage des accouchements en CCAM par les sages-femmes

Pour le recueil PMSI, les sages-femmes qui réalisent des actes d'accouchement dans les établissements de santé doivent coder les actes d'accouchement qu'elles réalisent, avec la CCAM (Classification commune des actes médicaux) descriptive à usage PMSI.

Ajout au guide méthodologique concernant la prise en charge du diabète

L'ATIH a travaillé avec un groupe d'experts désignés par la Fédération des Spécialités Médicales sur la problématique des différentes situations cliniques de prise en charge en hospitalisation des patients diabétiques.

Ces travaux ont permis d'apporter une précision de codage au guide 2015 : chez les patients diabétiques et lors de situations répondant à des critères définis, est considérée comme situation équivalente à une situation de traitement unique la nécessité d'une rupture dans la prise en charge globale avec changement de la stratégie thérapeutique. Dans ce cas, le codage du diabète doit donc être porté en position de diagnostic principal.

Codage en DAS des résultats d'examens complémentaires

Des éléments, portant sur le codage en position de diagnostic associé significatif des résultats d'examens complémentaires, avaient fait l'objet d'un ajout au guide méthodologique provisoire. Des travaux supplémentaires ayant été jugés nécessaires compte tenu de l'impact potentiel sur la définition générale d'un DAS, ces éléments ont été supprimés de la version définitive du guide méthodologique.

Annexe 4

Complément sur les règles de facturation

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

- Sensibilisation liste en sus
- Soins urgents
- Alsace-Moselle
- Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés des établissements OQN ou ex-OQN
- Rappel sur la valorisation des RAFAEL
- Urgences gynécologiques
- Décompte des journées de facturation du FJH

Sensibilisation liste en sus

Nous vous invitons à vous référer au point I-c de l'annexe 2 « modalités technique de construction tarifaire » de la présente notice où cette mesure est explicitée.

Soins urgents

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 modifie les modalités de facturation des séjours en soins urgents définis à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Une circulaire relative aux modalités de facturation des soins urgents a été élaborée par le ministère " Validée par le CNP le 06 mars 2015 - Visa CNP 2015 - 48 ".

Elle fait suite à l'instruction demandant aux établissements de ne plus transmettre les éléments de facturation aux caisses pour les patients relevant des soins urgents sortis après le 1^{er} janvier 2015.

Elle précise que les séjours réalisés dans le cadre des soins urgents (SU) seront facturés dans les mêmes conditions que pour la facturation des séjours des patients relevant de l'aide médicale urgente (AME), c'est à dire :

- 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale (tarif des GHS) ;
- 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (tarif journalier de prestations : TJP).

La facturation reposera sur un double flux qui permettra à la fois de fluidifier les apports en trésorerie tout en permettant à l'assurance maladie de poursuivre le contrôle administratif des pièces justificatives.

Pour la fraction de 80 % des tarifs nationaux et pour la prise en charge des spécialités de la liste en sus : les données devront être télétransmises et valorisées dans les conditions mentionnées dans les arrêtés de versement du 23 janvier 2008, du 21 janvier 2009 ou du 31 janvier 2011 susvisés (flux e-PMSI et arrêtés de versement MCOO). Il s'agit donc d'un flux dématérialisé via l'ATIH. Dans le cadre de cette transmission, le numéro administratif du séjour sera intégré, par GENRSA, dans le fichier ANO.

Les sommes correspondantes seront identifiées sur une ligne spécifique de l'arrêté de versement pris par le DG ARS ainsi que dans les tableaux OVALIDE.

Les modalités de remplissage des variables VIDHOSP sont les suivantes :

- Recueil dans VIDHOSP ou RSF-ACE: Séjour non pris en charge AM : 0
- Codage Motif de non facturation : modalité « Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents » : 4
- Le montant AMC devra contenir le montant total de la facture en TJP.

Précisions concernant le codage des séjours des patients inscrits au régime local Alsace-Moselle

Les modalités de valorisation des séjours des patients inscrits au régime Alsace-Moselle sont particulières, car le régime local joue le rôle d'organisme complémentaire pour les patients non exonérés du ticket modérateur.

Ce qui signifie que pour ces patients, l'établissement devra télétransmettre les éléments permettant de récupérer les montants du ticket modérateur (calculés sur le TJP) suivant les mêmes modalités que celles lui permettant la récupération des montants dus au titre du forfait journalier pour les patients exonérés.

Le codage de la variable « Taux de remboursement » et « Exonération du ticket modérateur » doivent donc valoir respectivement « 080 » et « 0 » pour « non exonéré » (le codage « 5 Assuré exonéré » observés dans de très nombreux établissements les années antérieures n'est pas correct dans cette situation).

Le tableau OVALIDE [1.V.1.TXR] A permettra de s'assurer que l'on retrouve bien dans les données transmises des patients non exonérés pour le régime local.

Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés des établissements OQN ou ex-OQN

Comme cela a été annoncé dans la notice technique du 19 décembre 2014, la production de RSF pour les actes médicaux et consultations externes des médecins salariés est désormais possible pour les établissements de santé privés : à compter du 29/12/2014 pour le champ SSR, du 01/01/2015 pour le champ PSY et du 01/03/2015 pour le champ MCO.

Les RSF étant un reflet des factures B2 transmises à l'assurance maladie, les consignes de remplissage doivent respecter les indications fournies par l'annexe 24 de la norme B2 (cf p30-32). Les outils de l'ATIH (logiciels d'anonymisation et OVALIDE) contrôleront les points suivants :

- La Discipline de prestation (ex Discipline Médico Tarifaire) doit être renseignée à 000 et le mode de traitement doit être renseigné à 000 et 00
- Seuls les RSF associés au type 4 de la norme B2 seront acceptés (RSF C, RSF M et RSF L)

Rappel sur la valorisation des RAFAEL

Depuis mars 2014, de nouveaux contrôles bloquants ont été implémentés dans OVALIDE dans le cadre de la fiabilisation de la facturation des RSF ACE (intégration du coefficient MCO pour mise en conformité avec les règles FIDES : annexe 27 norme B2).

Il est donc rappelé que pour les lignes des RAFAEL correspondant aux forfaits ATU, FFM, SE (SE1 à SE4), dialyse (D12 à D16 et D20 à D23) et APE, le montant « Base de Remboursement » doit être le résultat du calcul suivant : [Prix unitaire] X [Quantité] X [Coefficient] X [Coefficient MCO] où :

- le coefficient MO est égal au produit {coefficient géographique} X {coefficient prudentiel} X {coefficient transition}

- le prix unitaire attendu est la valeur publiée au bulletin officiel applicable à la date des soins.

Dans le cas contraire, les forfaits correspondants ne sont pas valorisés. Les tableaux de contrôle OVALIDE 2.Q.MNTPU présentent le résultat des contrôles des montants et prix unitaires. Toutes les factures sont contrôlées, y compris celles non facturables à l'Assurance Maladie.

Urgences gynécologiques

Les réflexions en cours sur le modèle de financement des urgences nécessitent de pouvoir différencier sur l'activité des urgences, les passages non suivis d'hospitalisation pris en charge au sein du service d'accueil des urgences des passages non suivis d'hospitalisation traités directement par les unités d'urgence différenciées.

A cette fin, il est proposé d'utiliser la variable « type d'unité fonctionnelle de consultations » du RSF-ACE C (ex-DGF) ou du RSF C (ex-OQN) qui devra être renseignée avec la valeur « 11 – Unité d'urgences gynécologiques ». Ainsi, dès lors qu'un ATU est facturé depuis une unité d'urgences gynécologiques différenciée du SAU, il est nécessaire de typer l'« UF » pour les consultations et actes réalisés au cours de cette prise en charge.

Ce recueil sera mise en œuvre à compter du 1^{er} juillet 2015.

Décompte des journées de facturation du forfait journalier hospitalier

A l'article 4 de l'arrêté « Forfaits », la notion de journée pour le calcul du forfait journalier mentionné à [l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale](#) a été précisée : le décompte s'effectue ainsi à chaque présence du patient à minuit, y compris le jour de sortie, et à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

