

Campagne tarifaire et budgétaire 2016

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées par l'ATIH. Pour 2016, la première a été publiée en décembre (Notice technique n° CIM-MF-1263-9-2015 du 29 décembre 2015), présentant les nouveautés 2016 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 et des modalités techniques de construction tarifaire. 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 précédente).

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 25 février 2016 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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 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 GHS ;
- Hôpitaux de jour addictologie ;
- Forfait sécurité environnement (SE) ;
- Prélèvements d'organes ;
- Hôpitaux de proximité ;
- Forfait Annuel Urgences.

I. Création de Groupes Homogènes de Séjour (GHS)

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

- Au niveau de l'article 6 portant sur les GHS « dédoublés » ;
- Au niveau de l'annexe 1 qui fixe la liste des GHS

1.1. Création de nouveaux GHS « dédoublés » en 2016

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

En 2016, ils concernent les trois situations suivantes :

- GHS minoré pour les prises en charge donnant lieu à l'injection d'AVASTIN® dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ;
- GHS majorés pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte ;
- GHS majorés pour la mesure de la fraction du flux de réserve coronarienne.

GHS minoré pour les prises en charge donnant lieu à l'injection d'AVASTIN® dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

L'AVASTIN® dispose depuis le 01/09/2015, et pour une durée de 3 ans, d'une recommandation temporaire d'utilisation dans le traitement de la DMLA. Des modalités de financement spécifiques et transitoires ont été mises en œuvre au 01/09/2015. Ces modalités sont décrites dans la notice technique complémentaire CIM-MF-896-3-2015 :

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2714/notice_technique_complementaire_atih_cim_mf_896_3_2015_financement_1.pdf

A compter du 1^{er} mars 2016 :

- il existe une modification portant sur l'attribution du GHS qui sera désormais un GHS minoré dédié : GHS 399 ;
- les consignes de codage PMSI ainsi que les consignes de recueil de la consommation d'AVASTIN® restent inchangées.

Ainsi, lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM « Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire » (02C11J) avec un diagnostic principal de dégénérescence de la macula et du pôle postérieur (H35.3), la prise en charge du patient donne donc lieu à la facturation de l'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte d'injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré (BGLB001) a été réalisé et qu'aucun autre acte opératoire classant de la catégorie majeure 02 « Affections de l'œil » n'a été réalisé, la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 399 ;
- dans les autres cas, la production du GHM 02C11J donne lieu à la facturation du GHS 454.

Une notice d'information DGOS/DSS/DGS spécifique sur ce sujet sera prochainement diffusée.

GHS majorés pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte

Ces séjours sont nécessairement groupés dans la racine 02C02 « interventions sur la rétine » qui est prioritaire dans la hiérarchie de la classification. Le traitement chirurgical de la cataracte génère cependant un surcoût lié à la charge en soins et à l'implant cristallinien.

A partir du 1^{er} mars 2016, ce surcoût sera financé au travers de GHS majorés :

- dès lors que l'acte d'extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil (BFGA004) a été réalisé, la production du GHM 02C021, 02C022, 02C023, 02C024 ou 02C02J donne respectivement lieu à facturation du GHS 470, 471, 472, 473 ou 474 ;
- dans les autres cas, la production du GHM 02C021, 02C022, 02C023, 02C024 ou 02C02J donne respectivement lieu à facturation du GHS 410, 411, 412, 413 ou 414.

GHS majorés pour la mesure de la fraction du flux de réserve coronarienne (FFR)

L'acte DDQF202 « Mesure du flux de réserve coronarien [FFR] au cours d'une artériographie coronaire » a été inscrit à la CCAM le 12/11/2015.

Il s'agit d'un geste complémentaire à l'artériographie coronaire qui permet de rationaliser les pratiques d'actes de revascularisation en évitant des angioplasties inutiles et ce, en se basant sur le pronostic attendu des patients. Ses indications sont décrites selon l'avis HAS en date du 08/04/2015 : « en situation de coronaropathie stable, en cas de lésions pluritronculaires ou en cas de lésions intermédiaires pour lesquelles les examens préalables n'ont pas été contributifs ou n'ont pu être réalisés ».

Cette technique nécessite un capteur de pression sur guide (fil guide + sonde) à usage unique qui engendre un surcoût. Ce surcoût est financé par la création de GHS majorés ciblés sur les deux racines 05K06 « endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde » et 05K10 « actes diagnostiques par voie vasculaire ».

Ainsi, lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production de l'un des GHM 05K06 ou 05K10, la prise en charge du patient donne lieu à la facturation d'un des GHS suivants :

- 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 :
 - o la production du GHM 05K061, 05K062, 05K063, 05K064 ou 05K06T donne respectivement lieu à la facturation du GHS 1854, 1855, 1856, 1857 ou 1858 ;
 - o la production du GHM 05K101, 05K102, 05K103, 05K104 ou 05K10J donne respectivement lieu à facturation du GHS 1859, 1860, 1861, 1862 ou 1863 ;
- dans les autres cas :
 - o la production du GHM 05K061, 05K062, 05K063, 05K064 ou 05K06T donne respectivement lieu à la facturation du GHS 1697, 1698, 1699, 1700 ou 1701 ;
 - o la production du GHM 05K101, 05K102, 05K103, 05K104 ou 05K10J donne respectivement lieu à facturation du GHS 1702, 1703, 1704, 1705 ou 1706.

1.2. Création/suppression 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 de la V2016, suppression de deux GHM et création de trois nouveaux GHM, listées dans le tableau ci-dessous.

Racines	V2016	GHM	GHS
05C11 « Autres interventions de chirurgie vasculaire »	suppression	05C11J	1470
13C10 « Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie »	suppression	13C10T	4958
	création	13C10J	5004
12C13 « Stérilisation et vasoplastie »	création	12C13J	4563
13C17 « Cervicocystopexie »	création	13C17J	4800

II. Hôpitaux de jour addictologie

L'article 11 bis de l'arrêté Forfaits prévoit une dérogation aux règles de facturation des GHS en HdJ pour les prises en charge en addictologie. Cette dérogation nécessite la réalisation de trois conditions cumulatives.

Ainsi, pour l'addictologie, un GHS pourra être facturé pour les prises en charge :

- donnant lieu à plusieurs activités (parmi une liste d'activités figurant sur la liste 2 de l'annexe 9 de l'arrêté) ;
- s'inscrivant dans un programme de soins formalisé dont la durée en nombre de venues du patient est définie et le contenu retracé, pour chaque venue du patient, dans le dossier médical ;
- et lorsque ces activités nécessitent :
 - o une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée [...] ;
 - o un environnement respectant les conditions de fonctionnement [...] ;
 - o l'utilisation d'un lit ou d'une place [...].

La liste des GHS bénéficiant de ce cadre dérogatoire est la suivante : 7262, 7263, 7271, 7280, 7967 et 7989.

Cette mise à jour sera traduite via une instruction spécifique dédiée à l'addictologie décrivant, notamment, les programmes de soins formalisés, ainsi que le support de saisie permettant de retracer le contenu de la prise en charge.

III. Forfait sécurité environnement (SE)

Un nouvel acte est inscrit à la liste des actes donnant lieu à rémunération sur la base d'un forfait SE3 (liste 3 de l'annexe 10 de l'arrêté Forfaits) : AAMP173 « Réglage secondaire de plusieurs paramètres de système de stimulation cérébrale profonde » (CCAM v42).

La recommandation HAS associée à cet acte prévoit sa réalisation dans un environnement spécifique ; une admission en hospitalisation n'est cependant pas toujours nécessaire pour sa réalisation.

IV. Prélèvements d'organes

Refonte du forfait « Coordination des Prélèvements d'organes et de tissus » (CPO)

Le forfait CPO compense les coûts engendrés par l'activité de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus.

En 2016, les modalités d'allocation de ce forfait évoluent :

- Le forfait de base est dorénavant décliné en 13 paliers au lieu de 4 afin de mieux tenir compte de la progressivité de l'activité de recensement de donneurs décédés : donneurs décédés en état de mort encéphalique (EME) et donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé ou non (DDAC des classe I, II ou III de la classification de Maastricht)
- Les paliers des 2 suppléments existants correspondant aux donneurs prélevés de tissus ont été relevés (suppléments « cornée » et « autres tissus »)
- Trois nouveaux suppléments ont été créés :
 - 1) Un supplément appelé DDAC destiné aux coordinations ayant recensé au moins 6 donneurs décédés après arrêt circulatoire non contrôlé exclusivement (DDAC de classe I et II de Maastricht).
 - 2) Supplément appelé ROP pour les coordinations ayant développé une activité conventionnée de réseau opérationnel de proximité avec des établissements satellites non autorisés au prélèvement d'organes ; ce supplément comprend deux niveaux :
 - o niveau 1 lorsqu'il y a 1 ou 2 établissements dans le ROP,
 - o niveau 2 à partir de 3 établissements satellites dans le ROP
 - 3) Supplément appelé CA pour « CRISTAL action » correspondant au déploiement intégral du programme d'amélioration continue de la qualité du recensement des donneurs.

Ces trois nouveaux suppléments sont basés sur des critères précis et soumis chaque année à une validation par l'Agence de la biomédecine.

Nouvelle modélisation du forfait PO4

Le forfait PO4 « Prélèvements d'organes sur cœur arrêté » a été renommé en « prélèvements d'organe(s) sur une personne décédée après arrêt circulatoire ». Il est destiné à financer l'établissement siège d'un prélèvement sur un donneur décédé après arrêt circulatoire contrôlé ou non (DDAC des catégories I, II ou III de la classification Maastricht).

Pour 2016 les changements sont les suivants :

- Evolution tarifaire du forfait PO4 destiné à prendre en compte la généralisation de l'utilisation de la circulation régionale normothermique (équivalent à une CEC abdominale) ;
- Application de ce forfait PO4 aux donneurs relevant de la catégorie Maastricht III « Arrêt circulatoire après décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques en réanimation, du fait du caractère déraisonnable de la réanimation », la phase d'expérimentation de cette nouvelle modalité de prélèvement ayant eu lieu pendant l'année 2015 auprès d'un nombre très limité d'établissements.

Par ailleurs un changement du libellé de l'ensemble des forfaits PO a été effectué afin de distinguer sans ambiguïté le type de décès des donneurs (état de mort encéphalique ou arrêt circulatoire).

V. Hôpitaux de proximité

L'article 52 de la LFSS 2015 a consacré la notion d'hôpitaux de proximité avec application d'un nouveau modèle de financement. Le décret d'application est actuellement en cours de publication.

Un établissement de santé est éligible à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité s'il satisfait aux conditions suivantes :

- L'établissement exerce une activité autorisée de médecine. Au cours des deux dernières années, le volume de son activité de médecine, hors séance, n'excède pas un seuil fixé par arrêté. L'établissement n'a pas d'activité autorisée en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.
- L'établissement dessert un territoire, défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement, en automobile, par un trajet routier d'une durée mesurée inférieure ou égale à 20 minutes. Ce territoire présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
 - o une part de population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale ;
 - o une part de population située en dessous du seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale ;
 - o une faible densité de population dont le seuil n'excède pas un niveau plafond ;
 - o une part d'omnipraticiens pour 100 000 habitants inférieure à la moyenne nationale.

Deux critères de rattrapage existent si l'établissement ne remplit pas les critères liés aux caractéristiques du territoire : l'établissement exerce partiellement ou en totalité son activité de médecine par l'intermédiaire d'un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires, ou l'établissement est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur son territoire.

Pour chaque région, cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

L'établissement doit assurer des missions de coopération avec les professionnels de santé du 1^{er} recours, du second recours, et avec un EHPAD et un établissement exerçant au moins une des activités suivantes : SSR, USLD, HAD.

Il doit également assurer des missions de coordination du parcours de soins, en particulier pour les personnes âgées et précaires résidant sur son territoire.

Les nouvelles modalités de financement de ces établissements ne concernent que les prestations suivies d'hospitalisation. Les actes et consultations externes, les prestations non suivies d'hospitalisation (FFM, ATU, SE...), les MIGAC, les forfaits annuels et les GHT (tarifs de l'activité HAD) sont financés selon le droit commun.

Les prestations suivies d'hospitalisation sont financées via :

- Une dotation de financement garantie (DFG) composée :
 - o d'une dotation annuelle correspondant à une fraction (fixée par arrêté) de la moyenne des recettes des deux dernières années,
 - o d'une dotation annuelle organisationnelle et populationnelle (DOP) calculée à partir des caractéristiques du territoire mentionnées supra.
- Le cas échéant par un complément tarifaire dès lors que la DFG est inférieure à la valorisation de l'activité par les tarifs nationaux. Ce complément correspond à l'écart entre la DFG et la valorisation de l'activité.

En ce qui concerne la transmission des données d'activité, des précisions sont apportées en annexe 3.

Une notice complémentaire relative aux hôpitaux de proximité sera publiée prochainement 2016. Elle précisera, notamment, les nouvelles modalités de financement de ces établissements ainsi que les conséquences sur les modalités de versement.

VI. Forfait annuel Urgences (FAU)

Dans le cadre de l'évolution des modalités de financement des activités d'urgence, le montant du FAU a été recalibré afin de couvrir de façon plus satisfaisante les charges fixes supportées par ces services.

Par ailleurs, le montant du FAU sera désormais calculé, pour l'ensemble des établissements, sur la base du nombre de forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) facturés en année n-1 recueillis au niveau de l'entité géographique.

La mise en œuvre de ces évolutions est lissée sur 4 exercices. Ainsi, pour l'année 2016, seul 10% de l'effet est pris en compte.

Les modalités de calcul sont précisées en annexes X et XII de l'arrêté tarifaire 2016.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Compte tenu d'une demande croissante par les 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, 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.

Pour 2016, trois types de mesure impactent le périmètre des tarifs ; elles sont classées dans les catégories suivantes :

a. Modification de la classification des GHM : mise en place de la V2016

Comme précisé dans l'annexe 1, les principales nouveautés de la v2016 sont :

- la suppression du niveau J sur la racine 05C11 (Autres interventions de chirurgie vasculaire)
- la création d'un niveau J sur la racine 12C13 (Stérilisation et vasoplastie)
- la création d'un niveau J sur la racine 13C17 (Cervicocystopexie)
- la suppression du niveau T (0-1 jour) et la création d'un niveau J sur la racine 13C10 (Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie).

Par ailleurs, les nouveautés relatives aux GHS sont les suivantes :

- 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 d'AVASTIN® dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ;
- la création de GHS majorés sur la chirurgie de la rétine 02C02 (Interventions sur la rétine) pour financer les séjours associant le traitement d'une pathologie de la rétine avec une chirurgie de la cataracte ;
- la création de GHS majorés sur les racines 05K06 (Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde) et 05K10 (Actes diagnostiques par voie vasculaire) finançant la mesure de la Fraction du Flux de Réserve coronarienne (FFR).

Hormis pour les nouveaux GHS, les évolutions de la classification n'entraînent pas de modification tarifaire.

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

- Pour **les créations de J des racines 12C13 et 13C17**, le tarif du J est fixé au tarif du niveau 1 ;
- Pour la suppression du T et la **création du niveau J sur la racine 13C10**, un tarif unique a été calculé pour le niveau 1 et le niveau J, en préservant, sur les deux GHM, le niveau de financement de 2015 avant application des modulations tarifaires ;

- Pour le GHS de l'**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 mesure de la FFR (Fraction du Flux de Réserve coronarienne)**, le tarif correspond au tarif du niveau de la racine associée majoré du surcoût moyen estimé ;
- Pour les GHS finançant **les séjours associant le traitement d'une pathologie de la rétine avec une chirurgie de la cataracte**, le tarif correspond au tarif du niveau de la racine associée, majoré du surcoût moyen observé entre les séjours avec et sans présence de l'acte CCAM BFGA004 (extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil).

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

Pour la campagne 2016, un seul DMI a été radié (Implants exovasculaires de gainage), mais n'a pas fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs compte tenu de l'utilisation marginale de ce dispositif.

Par ailleurs, deux molécules, à savoir JAVLOR® et ALFALASTIN®, ont été réinscrites sur la liste en sus, suite à un contentieux auprès du Conseil d'Etat. Cette réinscription a entraîné la baisse des tarifs des GHS auxquels appartiennent les séjours consommateurs, principalement concentrés sur les GHM 28Z07Z et 28Z17Z (séances de chimiothérapie). A titre d'exemple, sur le GHM 28Z17Z (chimiothérapie non tumorale) toutes choses égales par ailleurs, la conséquence de cette étape a entraîné une baisse du tarif de 5% pour le secteur ex-DG, indépendamment des effets liés aux étapes décrites ultérieurement.

c. Evolution des modalités de financement de la rémunération des étudiants de 2ème cycle

Le financement de la rémunération des étudiants de 2^{ème} cycle évolue pour être assuré, dans son intégralité, via la MERRI « Financement des études médicales ».

Cette évolution est lissée sur plusieurs exercices. Elle se traduit, en 2016, par un débasage uniforme de l'ensemble des tarifs des GHS du secteur ex DG.

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

Pour l'année 2016, la modulation tarifaire a consisté à :

- mettre en œuvre les économies ciblées dans le cadre de l'axe « virage ambulatoire » du plan d'économies concernant les activités de chirurgie, de dialyse et, pour la première année, celles de médecine ;
- poursuivre l'application du principe de neutralité tarifaire ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'accouchements.

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 de la campagne 2015, un indicateur de fiabilité des TIC a été calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence. Les modalités de construction de cet indicateur ont été concertées avec les acteurs en 2015, et n'ont pas fait l'objet de modifications en 2016.

a. Mise en œuvre des économies ciblées dans le cadre du « virage ambulatoire »

Pour cette campagne, la deuxième tranche du plan triennal d'économies est réalisée, se traduisant par des économies ciblées sur les activités de chirurgie, de dialyse et, pour la première année en 2016, sur les activités de médecine.

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 2016 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire. Comme lors de la campagne 2015, l'effort d'économies est réparti entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle.

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 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%

Pour la campagne 2016, 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 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 2016 impactent l'ensemble des classes :

- 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 2017¹ ;
- Sur la **classe 3**, le tarif unique est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux observé ;
- Sur la **classe 4**, le tarif unique est fixé au TIC du niveau 1.

Par exemple, le tarif unique 2015 de la racine 03C15 (Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans) s'élève à 609€ dans le secteur ex-DG. Pour cette racine, le taux de CA s'élève à 91%, le tarif unique est défini en fonction du TIC du J, à savoir 578€.

¹ 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. Le taux cible 2017 utilisé en campagne est obtenu grâce une projection linéaire de l'évolution entre le taux observé en 2015 et le taux cible 2020.

Par ailleurs, il a été décidé de mettre fin au tarif unique pour la racine 22C02 (Brûlures non étendues avec greffe cutanée). Les tarifs des niveaux 1 et J sont construits en fonction du ratio observé sur les TIC, tout en préservant le niveau de financement de la racine.

Les économies sur la chirurgie conventionnelle sont réalisées en articulant les tarifs des GHM sur financés avec la neutralité tarifaire. Comme en 2015, les GHM de chirurgie de niveau 4 pour lesquels le potentiel de transférabilité vers la chirurgie ambulatoire est quasi nul sont exclus de cet effort, de même que les activités spécifiques (activités lourdes et cancer). En revanche, en 2016, les GHM de chirurgie de niveau 1 des racines sans J qui, jusqu'à ce jour, n'ont pas été mis à contribution, sont intégrés à l'effort d'économies. In fine, l'effort est donc réparti sur les GHM de chirurgie de niveaux 1, 2 et 3. Néanmoins, comme en 2015, l'effort est atténué sur les GHM de niveau 3, dont le potentiel de transférabilité est plus limité.

Sont retenus les GHM sur financés dont le TIC est qualifié de bon ou correct au regard de l'indicateur de fiabilité développé par l'ATIH. Ils sont articulés avec la neutralité tarifaire selon les modalités suivantes :

- GHM de niveau 1 : réduction de 50% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 2 : réduction de 100 % de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 3 : réduction de 100% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » et réduction de 80% pour ceux avec un TIC « correct ».

✓ Dialyse

La modulation concerne le GHS 9505 (hémodialyse en centre, adulte) et est effectuée en articulation avec le principe de neutralité tarifaire. Pour le secteur ex-DG, le tarif d'hémodialyse diminue de 0,5%. Concernant le secteur ex-OQN, le tarif d'hémodialyse diminue de 3,4% limitant ainsi le niveau de sur-financement à +11%.

✓ Médecine

Pour la campagne 2016, les économies sont mises en œuvre sur l'ensemble du champ de la médecine (GHM en M et Z) et sur l'ensemble des niveaux de sévérité. Elles se traduisent par une baisse de tarif pour les activités sur-financées.

Sont exclues des modulations les activités spécifiques (cancer et activités lourdes), l'activité interventionnelle et les activités d'obstétrique et de néonatalogie (CM 14 et 15).

Ces modulations concernent les GHM sur-financés dont le TIC est qualifié de bon ou correct au regard de l'indicateur de fiabilité :

- pour les GHM dont le TIC est qualifié de bon, le tarif parcourt 13% du chemin vers le TIC,
- pour les GHM dont le TIC est qualifié de correct, le tarif parcourt 10% du chemin vers le TIC.

A titre d'exemple, le tarif du GHM 01M211 (Douleurs chroniques rebelles, niveau 1) du secteur ex-OQN est sur-financé de 11%. L'indicateur de fiabilité pour cette activité est correct, ainsi le tarif parcourt 10% du chemin vers le TIC et passe de 1 096€ à 1 083€.

b. Réduction des sur et sous financements extrêmes

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 2016.

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 niveau de l'ONDAM), mais qu'ils soient fixés selon la même échelle que celle des coûts et donc ne favorisent pas une activité au détriment d'une autre.

Le deuxième axe des modulations tarifaires réalisées en 2016 concerne ainsi la poursuite de la mise en œuvre du principe de neutralité tarifaire par la réduction des sous et des sur financements extrêmes. L'objectif est de réduire les écarts entre les tarifs et les TIC pour les GHM qui apparaissent fortement sur ou sous financés. 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 en situation de sur-financement « extrême ».

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

- les activités sous-financées à plus de -17,85% pour le secteur ex-DG et -18,25% pour le secteur ex-OQN,
- les activités sur-financées à plus de + 25%,
- les activités spécifiques sur-financées à plus de + 30% (activités lourdes, cancer)

Les activités concernées par les modulations au titre des économies ciblées 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 :

- 50% du chemin pour les TIC « bons »,
- 30% du chemin pour les TIC « corrects »,
- Pas de modulation pour les autres GHM.

Les activités spécifiques sont également concernées par ce principe de modulation. Toutefois, pour ces activités, la référence vers laquelle le tarif doit se rapprocher, a été fixée à +30% du TIC et non au TIC.

Enfin, l'activité de radiothérapie est également intégrée pour la première fois en 2016, dans la modulation des extrêmes. Du fait des travaux en cours dans le cadre de l'expérimentation sur l'évolution du modèle de financement du traitement du cancer par radiothérapie (article 43 de la LFSS 2014), les GHS de radiothérapie se voient néanmoins appliquer une baisse minorée et demeurent ainsi protégés par rapport aux autres activités de soins. Pour cette activité, la modulation consiste ainsi à réduire de 10% l'écart entre la valeur actuelle du tarif et le TIC. A noter que la masse financière ainsi dégagée sur la radiothérapie est intégralement mobilisée pour revaloriser les tarifs d'activités du secteur ex DG en situation de sous financement extrême, ce qui explique la différence entre les seuils utilisés pour cibler les activités sous-financées dans les secteurs ex DG et ex OQN.

c. Revalorisation des accouchements

Un soutien exceptionnel à l'activité d'obstétrique a été mis en place consistant à revaloriser de 2,5% les tarifs des GHM d'accouchement unique par voie basse sans complication significative (14Z14A et 14Z13A).

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 secteur ex DG, compte tenu du niveau de financement des activités ciblées, l'évolution se limite aux GHM de la racine 14Z13 et au GHM 14C08A.

A titre d'exemple, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 466€ dans le secteur ex-OQN est fixé à 1 500€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 641€ à 1 681€

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-1263-9-2015 du 29 décembre 2015.

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

- Prestations inter-activités
- Nouveauté dans la production des séjours PMSI par les établissements publics
- Evolution des consignes de recueil des FICHSUP « Primo-prescription de chimiothérapie orale » et FICHSUP « Consultations externes spécifiques » et du RSF-ACE C
- Précision concernant le GHM de radiothérapie 28Z25Z
- HAD : nouveau mode de prise en charge 29 « sortie précoce de chirurgie »
- HAD : FICHCOMP médicaments coûteux
- HAD : fichier des GHPC
- Transmission des données d'activités pour les établissements « Hôpitaux de proximité »

Prestations inter-activités

Un paragraphe « prestations inter-activités » a été ajouté au guide méthodologique : les principaux éléments y sont présentés. Le dispositif sera décrit de manière plus complète dans une notice spécifique interchamps à venir.

Nouveauté dans la production des séjours PMSI par les établissements publics

Des précisions sont apportées dans le guide méthodologique MCO concernant la production des séjours PMSI par les établissements publics. En effet, la prise en charge successive d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne désormais lieu à la production de deux séjours distincts. Les précisions figurant au sein du guide méthodologique portent notamment sur le codage des modes d'entrée et sortie puisque le mouvement considéré devient un transfert en lieu et place d'une mutation.

Le recueil PMSI des établissements publics doit toujours être réalisé et transmis sur la base du FINESS juridique.

Une notice spécifique sera produite prochainement afin de préciser les contraintes techniques relatives à la production, par ces établissements, des différents fichiers PMSI (RSS, Anohosp, fichcomp, ficum, etc).

Evolution des consignes de recueil des FICHSUP « Primo-prescription de chimiothérapie orale » et FICHSUP « Consultations externes spécifiques » et du RSF-ACE C

L'objectif des recueils FICHSUP « consultations » est d'assurer une meilleure visibilité de l'activité produite au service d'une allocation optimisée des financements opérés par le vecteur MIG. Ces MIG ont vocation à couvrir les surcoûts liés au caractère pluridisciplinaire et/ou long de ces consultations, non financés dans le cadre des cotations classiques.

Pour cette année, il a été décidé de simplifier le recueil pour l'ensemble de ces FICHSUP MIG et Primo Prescription. Ainsi, les deux seules variables à recueillir en 2016 sont le nombre de consultations et la file active.

Les autres variables, dont l'objectif est de permettre une analyse plus qualitative de ce type de consultations, et bien que décrites dans le format informatique, ne sont pas à recueillir. Un dispositif adapté sera mis en place et communiqué ultérieurement.

L'ensemble de ces éléments permettra d'intégrer, dans la modélisation des MIG concernées, des données objectivées issues de ces recueils, et cela dès la campagne budgétaire 2017. Dans cette optique nous attirons votre attention sur la qualité et l'exhaustivité nécessaires au recueil de ces consultations, et indispensables aux travaux de modélisation de ces MIG.

Le FICHSUP « Consultations externes spécifiques » a été mis en place en 2013 à titre expérimental et rendu obligatoire en 2014.

En 2016 le recueil « consultations externes spécifiques » est étendu à la MIG « structures d'étude et de traitement de la douleur chronique ».

Cette extension entraîne les modifications suivantes :

- ajout de la modalité « 12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique » dans le champ « type d'unité fonctionnelle » du RSF-ACE C ;
- ajout de cette modalité « 12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique » dans le champ « code consultation » du recueil FICHSUP des consultations externes spécifiques.

Le démarrage du recueil de cette activité est demandé à partir du mois d'avril, pour un premier envoi avec les données M4. Cependant, s'agissant d'un recueil mensuel cumulatif, les établissements qui seraient dans l'incapacité de fournir l'activité dès l'envoi M4 ont la possibilité de l'intégrer lors des envois ultérieurs.

Nous vous rappelons par ailleurs que, pour l'ensemble des consultations longues et pluridisciplinaires, qui font l'objet d'un typage dans RSF-ACE, le décompte de l'activité déclarée doit être cohérent entre le FICHSUP et le RSF-ACE.

Le FICHSUP « Primo-prescription de chimiothérapie orale » est un nouveau fichier de 2016.

Le format a légèrement été modifié sur la forme par rapport au projet initial publié dans la notice PMSI du 29/12/2015 et une question a été rajoutée (question 5a).

Les consignes de remplissage font l'objet d'un document spécifique rédigé par la DGOS et l'Inca qui sera publié sur le site de l'agence (Accueil/Domaines d'activités/Information médicale/MCO/Documentation/Autres documents) dans les prochains jours.

Contenu du fichier :

1/ File active de patients de l'établissement ayant eu un traitement du cancer par chimiothérapie orale pendant l'année : ...

2/ Nombre total de consultations médicales de primo-prescription de traitement du cancer en chimiothérapie par voie orale réalisées pendant l'année au sein de l'établissement de santé : ...

2-a/ Dont nb de consultations de primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale ayant également donné lieu à une primo-prescription de chimiothérapie par voie IV : ...

2-b/ Dont nb de consultations de primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale ayant également donné lieu à une primo-prescription de chimiothérapie sous-cutanée :

3/ Répartition des consultations médicales de primo-prescription par durées

- 3-a/ Nombre de consultations d'une durée inférieure à 30 mn : ...
- 3-b/ Nombre de consultations d'une durée comprise entre 30 et 60 mn : ...
- 3-c/ Nombre de consultations d'une durée comprise entre 60 et 120 mn : ...
- 3-d/ Nombre de consultations d'une durée supérieure à 120 mn : ...

4/ Nombre de consultations médicales de primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale avec participation d'un autre intervenant

- 4-a/ Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre médecin : ...
- 4-b/ Dont Nombre de consultations avec participation d'un pharmacien : ...
- 4-c/ Dont Nombre de consultations avec participation d'un infirmier : ...
- 4-d/ Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel de santé : ...
- 4-e/ Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel (hors professionnel de santé)
- 4-f/ Dont Nombre de consultations avec participation d'une assistante sociale : ...

5/ Pour les patients ayant eu une consultation médicale de primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale réalisée au sein de l'établissement de santé pendant l'année (initiation du traitement par l'établissement) :

- 5-a/ Le nombre total de patients: ...
- 5-b/ Le nombre de patients vus pour la première fois : ...
- 5-c/ Le nombre de patients pour lesquels il s'agit de leur premier traitement de chimiothérapie orale :
- 5-d/ Le nombre de patients suivis pour un traitement du cancer depuis plus d'un an : ...
- 5-e/ Le nombre de patient suivis pour un traitement du cancer depuis plus de 5 ans : ...

Le démarrage du recueil de cette activité est demandé, comme pour la MIG douleur, à partir du mois d'avril, pour un premier envoi avec les données M4. Cependant, s'agissant d'un recueil mensuel cumulatif, les établissements qui seraient dans l'incapacité de fournir l'activité dès l'envoi M4 ont la possibilité de l'intégrer lors des envois ultérieurs.

Précision concernant le GHM de radiothérapie 28Z25Z

Pour le GHM de radiothérapie 28Z25Z « Autres techniques d'irradiation externe, en séances », qui comporte les actes ZZNL061 et ZZNL053, il convient de préciser que l'absence de contrôle du positionnement mentionnée dans l'intitulé de l'acte ZZNL053 concerne l'accélérateur, et non la réalisation de la séance d'irradiation.

L'acte ZZNL053 « Séance d'irradiation externe par accélérateur linéaire de puissance égale ou supérieure à 5 mégavolts, sans système de contrôle du positionnement » ne doit être codé que lorsque l'accélérateur utilisé ne dispose pas de système intégré de contrôle du positionnement, quel qu'il soit (imagerie portale ou imagerie embarquée).

HAD : nouveau mode de prise en charge 29 « sortie précoce de chirurgie »

Un dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » est mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2016. Il vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et un établissement d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Il concerne dans un premier temps des prises en charge chirurgicales ciblées avant une éventuelle extension à d'autres prises en charge MCO.

Un nouveau mode de prise en charge n°29 « sortie précoce de chirurgie » est ainsi créé afin de suivre spécifiquement ce dispositif.

Une instruction DGOS encadrant le dispositif sera diffusée prochainement.

HAD : FICHCOMP médicaments coûteux

En 2016, tous les établissements de santé ayant exercé, durant l'année 2015, une activité autorisée d'hospitalisation à domicile (HAD) sont concernés par le FICHCOMP « médicaments coûteux hors liste et hors ATU ». Cette remontée concerne les médicaments hors liste en sus et hors ATU consommés par les ESHAD en 2016. Il n'y aura donc pas de remontée via FICHSUP pour ce sujet en 2016.

Conformément à l'Instruction [N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015](#) relative à la mise en place d'un recueil d'information portant sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile, un recueil FICHCOMP est mis en place à compter du 1er mars 2016.

La liste des UCD a été finalisée par la DGOS. Elle est publiée sur le site de l'ATIH.

HAD : fichier des GHPC

Une version finalisée du fichier des GHPC 2016 est publiée sur le site de l'ATIH.

Transmission des données d'activités pour les établissements « Hôpitaux de proximité »

A compter de 2016, l'ensemble des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique doivent transmettre leurs données ePMSI en utilisant l'application appelée « OVALIDE MCO DGF T2A (ex sans taux de conversion) ». Les règles et le rythme de transmission de ces données sont identiques pour l'ensemble des établissements, et décrites dans l'arrêté PMSI.

Pour les établissements de santé présents sur la liste des hôpitaux de proximité, des changements interviendront pour la période de transmission M3 et permettront de produire des informations nécessaires à la production des arrêtés versement en cohérence avec le nouveau dispositif de valorisation de l'activité. Une notice complémentaire relative aux hôpitaux de proximité sera publiée en avril/mai 2016. Elle précisera notamment les nouvelles modalités de financement de ces établissements ainsi que les conséquences sur les modalités de versement.

Pour les périodes de transmission M1 et M2, s'agissant :

- des établissements financés à l'activité en 2015 : les transmissions et la valorisation des données transmises ne sont pas modifiées. Ces transmissions donnent lieu à la production d'un arrêté versement dans les mêmes conditions que celles applicables en 2015 ;
- des établissements financés en dotation en 2015 : les établissements peuvent transmettre et valider des données d'activités pour ces deux périodes. En revanche, elles ne feront pas l'objet d'un arrêté versement, ces établissements percevant une avance calculée sur la base de douzième de dotations versées en 2015.

Les mécanismes de régulation seront également précisés dans la notice complémentaire.

