

## **Campagne tarifaire et budgétaire 2018**

### **Nouveautés « financement »**

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

Pour 2018, la première a été publiée en décembre (Notice Technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017), présentant les nouveautés 2018 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

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

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

Elle est composée de trois annexes :

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

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

Le Directeur général  
Housseyni HOLLA



## Annexe 1

### Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

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

- l'arrêté du 23 février 2018 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

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

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

- Création de deux suppléments au séjour dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 concernant les transports de patients hospitalisés lors d'un transfert entre deux établissements de santé ;
- Mise en place d'une minoration forfaitaire des tarifs d'HAD dans le cadre d'une intervention conjointe de l'HAD et du SSIAD ;
- Majoration de la pondération du MPP et du MPA 18 Transfusion sanguine en HAD et suppression de l'Indice de Karnofsky –IK-<sup>2</sup> minimum pour ces modes de prise en charge ;
- Mise en place de la possibilité de cumul de facturation entre le GMT d'un établissement SSR et le forfait de dialyse péritonéale d'une structure de dialyse ;
- Création du FSE6 pour les actes PCLB002 et PCLB003 (actes d'injection de toxine botulique dans les muscles striés) précédemment inscrits sur la liste des actes donnant droit au FSE5.
- Facturation du coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger

### I. Création des suppléments transports

L'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissement, et ce à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018<sup>1</sup>.

Les établissements relevant du champ MCO, seront financés de la manière suivante :

Tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie s'accompagnera de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :

- les transferts définitifs entre deux entités géographiques (facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » - supplément TDE) ;
- les transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie (facturation par l'établissement prestataire d'un supplément au séjour « transport séance » - supplément TSE).

<sup>1</sup> Antérieurement à la mise en œuvre de cette réforme, les transports de patients entre établissements étaient financés :

- d'une part, sur l'enveloppe des soins de ville. Etaient principalement visés les transferts provisoires (moins de 48h) pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie ainsi que les transferts définitifs entre deux établissements distincts ;
- d'autre part, sur le budget des établissements de santé. Etaient principalement visés les transferts provisoires (autres que ceux mentionnés supra) ainsi que les transferts définitifs entre deux établissements relevant d'une même entité juridique.

A contrario, les autres types de dépenses de transports anciennement facturables (notamment les transports liés à des permissions de sortie ainsi que les transports pour des transferts vers des structures relevant des secteurs ex OQN/OQN) seront pris en charge via les tarifs de prestations et ne déclencheront pas la facturation d'un supplément.

#### Cas particulier de la dialyse hors centre :

*Dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, l'établissement prestataire (contrairement à la réalisation d'une séance de dialyse en centre) ne facture pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre est facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. C'est ainsi l'établissement demandeur MCO qui facture à l'assurance maladie le GHS, ainsi que le forfait D (correspondant à la réalisation de la séance de dialyse). Dans ce cas de figure, c'est l'établissement demandeur qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE.*

*Si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève d'un autre champ que le MCO (SSR ou psy), le transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre s'apparente à une « prestation inter activité ». Dans ce cas, l'établissement prestataire MCO peut facturer sa prestation (en l'occurrence son forfait D) à l'assurance maladie. Dans cette perspective, c'est l'établissement prestataire MCO qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE.*

Des éléments complémentaires concernant le recueil et la facturation de ces suppléments seront précisés dans une future notice.

## **II. Mise en place d'une minoration forfaitaire des tarifs d'HAD dans le cadre d'une intervention conjointe de l'HAD et du SSIAD**

Jusqu'en 2017 inclus, l'intervention conjointe de l'HAD et d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ou d'un SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) n'était pas autorisée. À partir de 2018, cette intervention commune est possible pour les patients qui bénéficiaient d'une prise en charge en SSIAD ou SPASAD avant leur admission en HAD.

Les règles s'appliquant à l'intervention conjointe de l'HAD avec un SSIAD ou un SPASAD seront précisées dans un texte réglementaire à paraître. En particulier, le temps minimum de présence du SSIAD ou SPASAD au domicile du patient avant l'intervention de l'HAD y sera indiqué.

L'arrêté « tarifaire » met en place une minoration de 7% des forfaits correspondant aux prestations d'HAD en cas d'intervention conjointe avec un SSIAD ou d'un SPASAD. Afin de repérer les journées correspondantes, un nouveau Type de lieu de domicile a été créé, « domicile personnel du patient ou autre domicile avec intervention concomitante d'un SSIAD/SPASAD » (valeur 6).

Le fichier des conventions permet désormais de renseigner les conventions HAD-SSIAD ou SPASAD, avec un nouveau Type d'établissement : « SSIAD-SPASAD » (valeur 33).

## **III. Évolution de la tarification de la transfusion sanguine en HAD**

En 2018, la pondération du MP 18 Transfusion sanguine évolue :

- La pondération du MPP 18 Transfusion sanguine passe de 2,15 à 3,15
- La pondération du MPA 18 Transfusion sanguine passe de 1,2642 à 3,15

Par ailleurs, les associations de modes de prise en charge suivantes avaient un IK encadré :

- **MPP 18** Transfusion sanguine et des **MPA 00, 03** Traitement intraveineux, **12** Rééducation neurologique, **13** Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse, **14** Soins de nursing lourds, **15** Éducation du patient et/ou de son entourage, **17** Surveillance de radiothérapie, **24** Surveillance

- d'aplasie ou **25** Prise en charge psychologique ou sociale
- **MPP 03** Traitement intraveineux, **12** Rééducation neurologique, **13** Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse, **14** Soins de nursing lourds, **15** Éducation du patient et/ou de son entourage, **17** Surveillance de radiothérapie, **24** Surveillance d'aplasie ou **25** Prise en charge psychologique ou sociale avec le **MPA 18** Transfusion sanguine

En revanche, pour les associations avec le MP14 Soins de nursing lourds (MPP18 x MPA14 et MPP14 x MPA18), un IK inférieur ou égal à 50 % reste requis.

#### **IV. Mise en place de la possibilité de cumul de facturation entre le GMT d'un établissement SSR et le forfait de dialyse péritonéale d'une structure de dialyse**

Pour un patient insuffisant rénal chronique, traité par dialyse péritonéale, et hospitalisé en SSR, les forfaits de dialyse péritonéale automatisée - DPA (D15) ou de dialyse péritonéale continue ambulatoire - DPCA (D16), peuvent être facturés par la structure de dialyse, pour chaque semaine de traitement, en sus du GMT couvrant l'ensemble des prestations de séjour et de soins délivrées au patient en SSR.

#### **V. Création d'un forfait sécurité environnement 6 (FSE6)**

Le 1<sup>er</sup> mars 2017 un forfait SE5 a été créé afin de financer l'administration de toxine botulique en environnement hospitalier.

Ce forfait SE5 couvrait les frais d'administration, de surveillance et le coût moyen du médicament et était facturable dès lors qu'était réalisé un des actes CCAM suivants :

- PCLB002 : « Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection ;
- PCLB003 : « Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection ;
- BALB001 : « Séance d'injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique au niveau des paupières.

Compte tenu des situations cliniques différentes valorisées de manière identique avec le FSE5, il est proposé en Campagne 2018 :

- De n'associer au **SE 5** que l'**acte d'ophtalmologie BALB001** et d'ajuster la valorisation en conséquence, en fonction de la réalité des coûts de ces prises en charge.
- De créer un **SE 6 pour les actes d'injection dans les muscles striés**, qui sera revalorisé pour mieux prendre en compte le coût de ces prises en charge.

A partir du 1<sup>er</sup> mars 2018, les tarifs de ces 2 prestations sont fixés pour l'ensemble des établissements de santé (ex-OQN et ex-DGF) comme suit :

- SE5 : 133,00 €
- SE6 : 274,00 €

## **VI. Facturation du coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger**

Le II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ouvre la possibilité aux établissements de santé de facturer aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger le coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux onéreux inscrits sur la liste en sus qui leur sont dispensés au cours d'une hospitalisation dans le champ du MCO.

Cette mesure entre en application au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ainsi, dès lors qu'une molécule onéreuse ou qu'un dispositif médical implantable, inscrit sur la liste en sus, a été administré à un patient relevant d'un régime de sécurité sociale étranger dans le cadre d'un séjour clôturé postérieurement au 31 décembre 2017, les établissements doivent intégrer dans la facture transmise à la caisse de paiement unique, le coût desdites molécules ou dispositifs médicaux.

## Annexe 2

### Modalités techniques de construction tarifaire

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

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

Par ailleurs, à compter de 2018, la reprise des effets liés aux dispositifs d'allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail est réalisée via l'application aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé de coefficients, différenciés en fonction des catégories de bénéficiaires de ces allègements. Cette annexe décrit également le mécanisme de mise en place de ces coefficients.

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

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

Pour 2018, deux types de mesure impactent la maintenance du modèle de financement ; elles sont classées dans les catégories suivantes :

##### a. Abrogation de la minoration « liste en sus »

Lors de la campagne 2015 (article 63 de la LFSS 2015), la mesure dite « sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus » a été mise en place. Cette mesure consistait à minorer le tarif des GHM de séances de chimiothérapie tumorale et non tumorale (respectivement 28Z07Z et 28Z17Z) d'un forfait de 40€ lorsqu'un produit de la liste en sus était prescrit. Afin que cette mesure soit neutre pour l'Assurance Maladie, les tarifs des GHM associés avaient été augmentés de l'économie générée.

La LFSS pour 2018 a abrogé cette mesure. Par conséquent, en campagne 2018, les tarifs des 2 GHM de chimiothérapie sont diminués afin de neutraliser l'impact de l'abrogation de cette mesure.

##### b. Transferts de crédits

###### ✓ Evolution des modalités de financement de la rémunération des étudiants de 2ème cycle

Le financement de la rémunération des étudiants de 2ème cycle a évolué depuis 2016 pour être assuré non plus via les tarifs mais via la MERRI « Financement des études médicales ».

Cette évolution s'est traduite, en 2016 et 2017, par un débasage uniforme de l'ensemble des tarifs des GHS du secteur ex DG. Ce transfert de crédits se termine sur la campagne 2018, selon les mêmes modalités (débasage uniforme de l'ensemble des tarifs).

###### ✓ Transfert de l'enveloppe des transports inter-établissement

L'article 80 de la LFSS 2017 prévoit le transfert de l'enveloppe des transports inter-établissements des soins de ville à l'ONDAM hospitalier.

L'enveloppe, correspondant au périmètre des dépenses de transport anciennement facturables et qui seront à la charge des établissements de santé, est de 263M€. Ce montant se fonde sur des données datant de 2016. L'enveloppe, avant transfert dans les objectifs de dépense, a fait l'objet d'une majoration afin de prendre en compte le tendancier de dépense 2017 et 2018 (4,5% par an). Le montant définitif est donc de 287M€, année pleine.

S'agissant du champ MCO, l'enveloppe dédiée à la création des suppléments tarifaires est de 168M€ (cf. I de l'annexe 1). L'intégration dans les tarifs des racines consommatrices de transports représente 29M€.

La mesure entrant en vigueur au 1er octobre 2018, les effets du transfert sont limités à hauteur de 3/12<sup>ème</sup> pour l'année 2018.

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

Pour l'année 2018, la modulation tarifaire a consisté à :

- revaloriser l'activité de médecine ambulatoire
- mettre en œuvre les économies ciblées dans le cadre du plan d'économies concernant les activités de chirurgie, de dialyse et de radiothérapie ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- revaloriser les GHM consommant des produits sanguins labiles en MCO et à revaloriser les transfusions sanguines en HAD.

Dans le cadre des modulations tarifaires, la baisse de tarifs ne peut pas excéder 15%.

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

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

Comme lors des précédentes campagnes, un indicateur de fiabilité des TIC a été calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence. Pour rappel, les modalités de construction de cet indicateur ont été concertées avec les acteurs en 2015, et n'ont pas fait l'objet de modifications depuis.

### **a. Revalorisation des GHM de médecine de courte durée**

Le plan d'actions en faveur du développement de l'ambulatoire se traduit par une revalorisation des séjours d'ambulatoire en médecine.

Ainsi, le principe de neutralité tarifaire est mis en œuvre afin de ne pas désinciter à la prise en charge de courte durée. Cette incitation se traduit par la réduction du sous financement des séjours courts financée par un transfert de masse depuis les autres séjours de médecine sur financés.

Les GHM de médecine de courte durée (GHM en J et en T) sous financés, ayant un TIC bon ou correct, sont ainsi revalorisés. L'écart entre les tarifs et les TIC est réduit de 50%. En contrepartie, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués. Le degré de contribution est dépendant du niveau de sévérité (45% du chemin vers le TIC pour les GHM de niveau 1 ; 15% du chemin pour les GHM de niveau 2). Les activités spécifiques<sup>2</sup> ne sont pas concernées par cette modulation.

---

<sup>2</sup> Les activités dites « spécifiques » correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

A titre d'exemple, le tarif du GHM 01M22T (Migraines et céphalées, très courte durée) s'élève à 534€ en 2017 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 560€ en 2018.

## **b. Mise en œuvre des économies ciblées**

Un plan d'économies est mis en œuvre en campagne 2018. Celui-ci vient impacter l'ensemble des activités (hors médecine de courte durée), de façon différenciée selon les activités.

La mise en œuvre de ces économies est réalisée selon un principe commun, qui sous-tend l'ensemble de la politique tarifaire : le principe de neutralité tarifaire. En effet, les économies sont réalisées en articulant progressivement les tarifs avec la neutralité tarifaire.

### ✓ Chirurgie

La campagne 2018 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire. Comme lors des précédentes campagnes, l'effort d'économies est articulé avec le principe de neutralité tarifaire en prenant en compte l'indicateur de fiabilité des TIC.

#### ○ *Chirurgie ambulatoire*

Concernant la **chirurgie ambulatoire**, il s'agit de poursuivre les modulations des exercices précédents afin de tendre vers le scénario cible issu des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi pour la campagne 2018, le rapprochement progressif des tarifs uniques vers les TIC se poursuit en tenant compte de la diminution progressive des coûts de fonctionnement des établissements de santé, du fait du développement des prises en charge ambulatoires et de l'évolution des organisations. Ainsi, seules les modulations générant des baisses tarifaires sont effectivement mises en application.

Les modulations réalisées en 2018 impactent uniquement les couples 1/J pour lesquels le développement de la chirurgie ambulatoire est déjà amorcé :

- Sur la **classe 1**, le tarif unique est fixé au TIC du niveau J ;
- Sur la **classe 2**, le tarif unique est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux cible 2020<sup>3</sup>.

Afin d'atténuer l'effort d'économies sur les GHM relevant de la classe 2 (taux de chirurgie ambulatoire compris entre 50% et 80%), l'écart entre le tarif unique et la référence (TIC moyen pondéré par le taux cible 2020) n'est réduit que de moitié.

Pour la classe 1, les couples 1/J ne sont pas modulés lorsque le TIC du niveau J a un indicateur de fiabilité mauvais, pour la classe 2, ils ne sont pas modulés lorsque les TIC des deux GHM (1 et J) ont un indicateur de fiabilité « mauvais ».

Par exemple, le tarif unique 2017 de la racine 06C12 (Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans) s'élève à 1 532€ dans le secteur ex-DGF. Pour cette racine, le taux de CA s'élève à 67%, la référence est le TIC moyen pondéré par le taux cible, à savoir 1 495€. L'écart entre le tarif et cette référence est ainsi réduite de moitié, le tarif unique 2018 vaut 1 505€ (après application du taux d'évolution final des tarifs).

---

<sup>3</sup> Le taux cible de chirurgie ambulatoire se base sur les recommandations du rapport IGAS-IGF sur la chirurgie ambulatoire. Un taux de transférabilité vers l'ambulatoire est défini par niveau et par durée de séjour. Cette méthode permet de calculer un taux cible 2020.

○ *Chirurgie conventionnelle*

Les économies sur la **chirurgie conventionnelle** sont réalisées en articulant les tarifs des GHM sur financés avec la neutralité tarifaire. L'ensemble des activités de niveau 4 sont exclues de cet effort.

Les activités spécifiques des niveaux 1 et 2 sont soumises à l'effort d'économies, dès lors que leur niveau de sur financement est supérieur à 10%. Les activités spécifiques de niveau 3 sont exclues de la modulation, en raison du potentiel de transférabilité plus limité.

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

- GHM de niveau 1 : réduction de 30% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 2 : réduction de 18% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 3 : réduction de 5% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,

Par exemple, le tarif du GHM 18C023 (Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires, niveau 3) s'élève à 13 437€ dans le secteur ex-DGF. L'écart tarif-TIC observé est de 12% (le TIC vaut 11 889€). Le tarif est alors défini à 13 309€.

✓ Dialyse

La modulation concerne le GHS 9505 (hémodialyse en centre, adulte) et est effectuée en articulation avec le principe de neutralité tarifaire. Sur les deux secteurs, l'écart tarif-TIC est ramené à +6%. Ainsi, le tarif d'hémodialyse du secteur ex-DGF diminue de 1,4%. Concernant le secteur ex OQN, le tarif d'hémodialyse diminue de 3,5%.

Afin de maintenir l'écart tarifaire entre le GHS 9605 et le D11 sur le secteur ex OQN, le tarif du D11 se voit appliquer la même baisse, à savoir -3,5%.

✓ Radiothérapie

Pour cette activité, la modulation cible les GHM dont le TIC est bon et dont le sur financement est supérieur à 30%.

Le seul GHM concerné est le GHM 28Z18Z (Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances) dont le tarif diminue de 5,3%.

✓ Autres mesures d'économie

L'ensemble des activités sur financées et non concernées par les précédentes modulations sont également soumises à un effort d'économie. Sont ainsi ciblées, les activités sur financées et dont les TIC sont bons ou corrects. Les activités spécifiques sont également soumises à cet effort d'économie, mais de façon modérée (seuil de sur financement rehaussé et réduction du sur financement moindre par rapport aux autres activités).

### **c. Revalorisation de l'obstétrique**

Dans la continuité des campagnes 2016 et 2017, une revalorisation des tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A et 14Z13A) a été mise en place, dès lors que ces activités sont en situation de sous financement. En 2018, cette mesure ne concerne ainsi que le secteur ex OQN, dont les tarifs ont été mis au niveau du TIC.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) ainsi que le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

Dans le cadre de cette action, le GHM 15M05B du secteur ex-OQN a également été revalorisé, et placé au niveau du TIC.

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

A titre d'exemple, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 530€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 590€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 715€ à 1 783€ (avant hausse du tarif liée à la création des coefficients de reprise –cf. IIIIII)

### **d. Revalorisation des GHM consommant des produits sanguins labiles**

Une augmentation des tarifs des produits sanguins labiles (PSL) de 1,8% est prévue en 2018. Cette hausse a été intégrée dans les tarifs des GHS, en ciblant, à partir des données ENC 2015, les GHM consommateurs de PSL. Ainsi, sont revalorisés les GHS n'étant pas en situation de sur financement et dont les PSL représentent au moins 0,5% du coût du GHS.

### **e. Revalorisation des transfusions sanguines en HAD**

Afin de soutenir le développement de l'activité de transfusion sanguine en HAD, le MP18 a été revalorisé à 3,15 points (que ce soit en MPP ou MPA).

La modification des pondérations apparaît dans le guide méthodologique de l'activité d'HAD et sera directement intégrée dans les outils de transmission de l'activité d'HAD à partir de mars 2018.

## **III. Mise en œuvre des coefficients de reprise**

Depuis la campagne 2013, les crédits d'impôts et allègements de charges dont bénéficient les établissements de santé privés sont pris en compte dans le cadre des constructions tarifaires et budgétaires (neutralisation des incidences du CICE, du pacte de responsabilité et du crédit d'impôts taxe sur les salaires). Les effets de ces mesures étaient neutralisés selon des modalités distinctes en fonction du secteur de financement (reprises sur les tarifs ou prises en compte dans les MIGAC). Ainsi, pour des établissements placés dans une même situation juridique et fiscale, les modalités de reprise pouvaient être distinctes selon l'échelle de rattachement (ex-DGF ou ex-OQN).

Pour la campagne 2018, un mécanisme de neutralisation pérenne et commun entre secteurs remplace les dispositifs existants. Le décret n° 2018-130 du 23 février 2018, crée des coefficients de reprise applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1<sup>er</sup> Mars 2018.

La valeur de ces coefficients est différenciée selon la catégorie juridique de l'établissement afin d'individualiser la reprise en fonction des dispositifs fiscaux et sociaux dont bénéficie réellement l'établissement, et ce quelle que soit son échelle de financement.

- Ce coefficient est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun de ces dispositifs;

- La valeur du coefficient est fixée à -1,5% pour les établissements privés à but non lucratif qui bénéficient depuis 2015 des effets liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 de ceux liés au crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) ;
- La valeur du coefficient est fixée à -3% pour les établissements privés à but lucratif qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité.

Ces coefficients sont applicables aux tarifs des prestations MCO dès le 1<sup>er</sup> mars 2018.

Dans la gestion de ces dispositifs, il a été nécessaire de rehausser les tarifs du secteur ex OQN puisque l'application du coefficient neutralise les baisses successives des tarifs opérées depuis la campagne 2013 sur ce secteur liées au CICE et pacte de responsabilité.

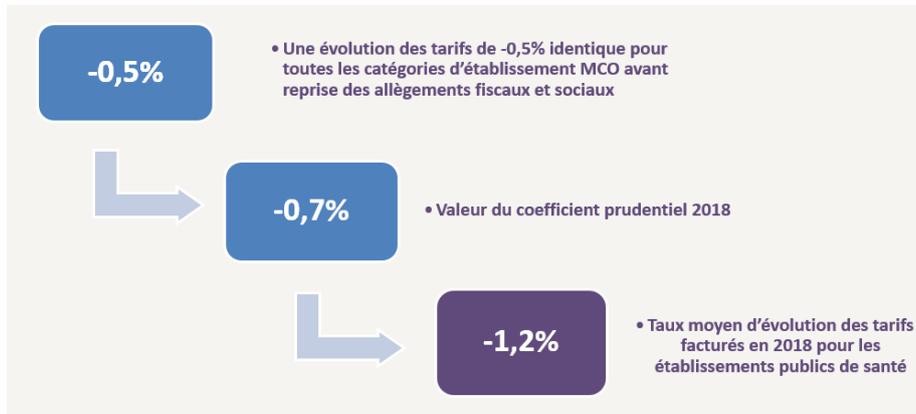
#### **IV. Taux d'évolution des tarifs**

##### **a. Taux d'évolution des tarifs facturés par statut juridique**

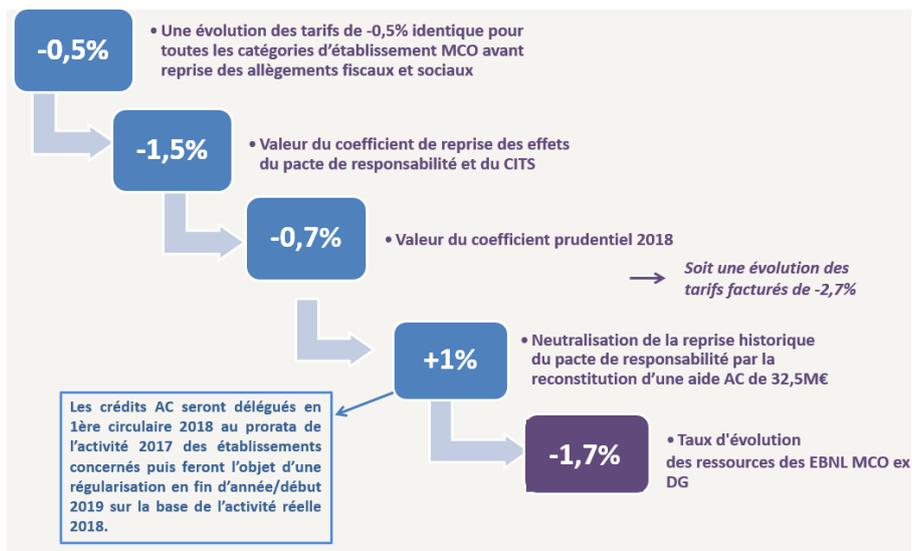
La série de schémas ci-dessous présente les différentes étapes permettant d'obtenir le taux d'évolution des tarifs facturés selon le statut juridique. Ces étapes prennent notamment en compte l'application des coefficients de reprise et coefficient prudentiel.

Pour les établissements à but non lucratif, les schémas détaillent également les mouvements de crédits AC, et présentent ainsi le taux d'évolution des ressources en plus du taux d'évolution des tarifs facturés.

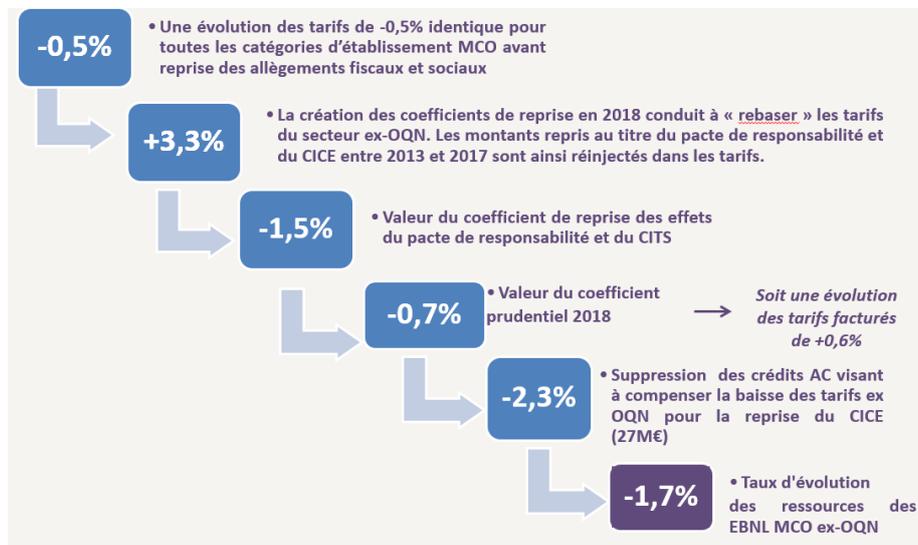
✓ Secteur ex-DG : EPS



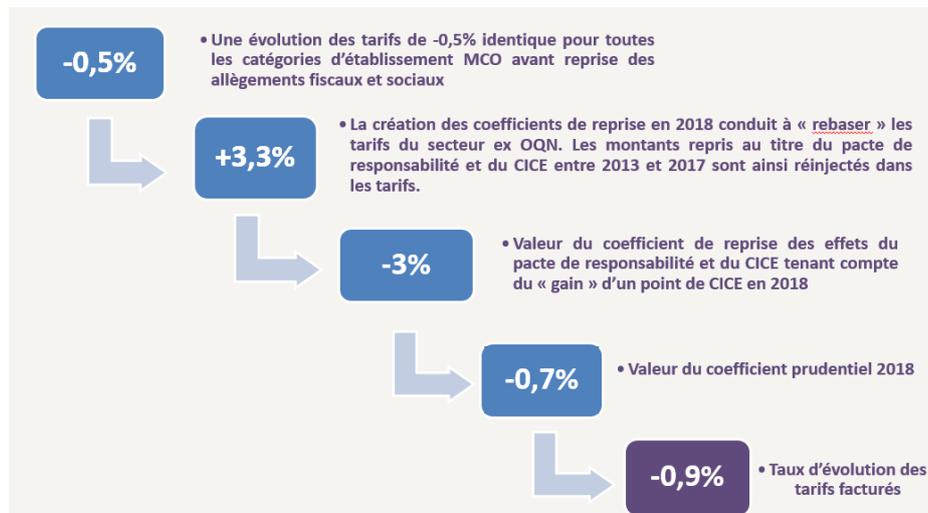
✓ Secteur ex-DG : EBNL



✓ Secteur ex-OQN : EBNL



✓ Secteur ex-OQN : EBL



## b. Taux d'évolution des prestations par statut juridique

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

Pour le **secteur ex-DG**, les taux d'évolution distingués par statut juridique sont les suivants :

	Evolution ex-DG EPS	Evolution ex-DG EBNL après coefficient de reprise de -1.5%
<b>HAD</b>	0.7%	-0.8%
<b>Dialyse (hors centre)</b>	0.0%	-1.5%
<b>PO/SE/ATU/FFM</b>	0.0%	-1.5%
<b>Total GHS</b>	-0.8%	-2.3%
<i>Dont GHS hors dialyse</i>	-0.7%	-2.2%
<i>Dont GHS dialyse</i>	-1.6%	-3.1%
<b>Total Suppléments</b>	1.3%	-0.2%
<i>Dont suppléments hors transports</i>	0.0%	-1.5%
<b>Evolution globale moyenne</b>	<b>-0.5%</b>	<b>-2.0%</b>

Pour le **secteur ex-OQN**, les taux d'évolution distingués par statut juridique sont les suivants :

	Evolution ex-OQN avant rebasage	Evolution ex-OQN y compris rebasage, avant coefficient de reprise	Evolution ex-OQN EBL après coefficient de reprise de -3%	Evolution ex-OQN EBNL après coefficient de reprise de -1.5%
<b>HAD</b>	0.7%	4.0%	1.0%	2.5%
<b>Dialyse (hors centre)</b>	-1.4%	1.9%	-1.1%	0.4%
<b>PO/SE/ATU/FFM</b>	0.0%	3.3%	0.3%	1.8%
<b>Total GHS</b>	-0.8%	2.5%	-0.5%	1.0%
<i>Dont GHS hors dialyse</i>	-0.6%	2.7%	-0.3%	1.2%
<i>Dont GHS dialyse</i>	-3.1%	0.2%	-2.8%	-1.3%
<b>Total Suppléments</b>	3.6%	6.9%	3.9%	5.4%
<i>dont suppléments hors transports</i>	0.0%	3.3%	0.3%	1.8%
<b>Evolution globale moyenne</b>	<b>-0.5%</b>	<b>2.8%</b>	<b>-0.2%</b>	<b>1.3%</b>

## Annexe 3

### Complément sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017).

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

- Précisions relatives à la mise en place du référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus
- Précisions relatives à l'évolution du modèle de financement de l'oncologie radiothérapique : Recueil d'informations médicalisé de la radiothérapie oncologique « à blanc »
- Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN
- Précisions relatives à la primo-prescription de chimiothérapie orale
- Précisions relatives à l'utilisation du FICHSUP dédié au recueil de données relatives à la dispensation de médicaments en USMP
- Précisions relatives à la mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique

#### I. Précisions relatives à la mise en place du référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus

A compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est mis en place pour les champs MCO et HAD. Il est porté par les fichiers FICHCOMP « MED hors ATU » pour les établissements de santé ex DG et par les RSF-H pour les établissements de santé ex OQN. Ces fichiers comportent donc une nouvelle variable « indication » sur 7 caractères.

Depuis septembre 2017, le site internet de la Direction de la Sécurité Sociale communique un référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus qui est mis à jour chaque mois :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

Ce référentiel rassemble les informations publiées au JO : pour chaque produit inscrit sur la liste en sus et disposant d'une AMM : toutes ses indications inscrites sur les listes ou les indications faisant l'objet d'une RTU et, le cas échéant, indications radiées (depuis 2016).

L'ATIH met par ailleurs à disposition sur son site une table de correspondance codes UCD / codes indication : <https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus>

L'ATIH met à disposition mensuellement la mise à jour des trois fichiers :

- Le fichier Liste en sus
- Le fichier code UCD/code indication
- Le fichier du ministère.

La note d'information N°DSS/1C/DGOS/PF2/2018/43 du 16 février 2018 relative à la mise en œuvre du référentiel administratif portant la codification de l'indication dans laquelle un médicament de la liste en sus est prescrit, précise que ce recueil est :

- pour le champ MCO : obligatoire au 1<sup>er</sup> septembre 2018 et non au 1<sup>er</sup> juin comme précédemment annoncé dans la notice technique (les séjours concernés seront ceux dont la date de début est postérieure ou égale au 01/09/2018) ;
- pour le champ HAD facultatif sur toute la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 28 février 2019.

Un tableau OVALIDE recensera les médicaments pour lesquels l'indication n'est pas renseignée ou n'est pas conforme au référentiel. Ces médicaments ne seront pas valorisés.

Enfin, la note d'information indique qu' « un code indication spécifique permettra le codage des indications qui ne seraient pas présentes dans le référentiel administratif ». Un complément d'information sera apporté prochainement.

## II. Précisions relatives à l'évolution du modèle de financement de l'oncologie radiothérapique : Recueil d'informations médicalisé de la radiothérapie oncologique « à blanc »

La notice CIM-MF 848-2-2018 du 22 décembre 2017 présentait les premiers éléments de l'expérimentation mise en place en 2018. Cette expérimentation ambitionne de moderniser en profondeur le modèle de financement de la radiothérapie, en instituant un financement englobant tout l'épisode de soin de la préparation à l'irradiation, y compris les consultations de suivi et de fin de traitement, dans une logique qui permette de suivre, au fil de l'eau, l'évolution des techniques et des prises en charge ainsi que le suivi des impératifs renforcés de qualité et de sécurité des soins.

Le nouveau modèle de financement qui sera expérimenté ne reposera plus sur le nombre de séances réalisées, ni sur la dose totale d'irradiation, mais s'appuiera sur les techniques de radiothérapie.

Le projet de modèle comprend ainsi :

- 5 forfaits pour 5 techniques actuellement employées : radiothérapie en conditions stéréotaxiques ; radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ; radiothérapie 3D complexe ; radiothérapie 3D simple ; radiothérapie 2D, électrothérapie ;
- 8 modulateurs de forfaits : hypofractionnement, synchronisation respiratoire, recalage sur imagerie multimodale, comorbidités associées selon la liste adoptée par le COPIL, etc.

Le recueil d'informations médicalisées « à blanc » consiste en la description de la prise en charge du patient réalisée par le centre de radiothérapie, pour **tous les traitements de radiothérapie externe terminés un mois donné** (et non uniquement les traitements effectués ce mois donné). Le mois retenu sera communiqué à l'issue de la clôture de l'appel à projets.

L'outil de recueil (logiciel) informatisé et les consignes de remplissage seront disponibles sur le site de l'ATIH (espace de téléchargement) :

- Pour les établissements de santé, ce logiciel fournira un export qui devra être transmis en même temps que les données PMSI, permettant ainsi de ne pas ressaisir les actes CCAM. Il sera indispensable d'avoir des informations permettant de faire le lien entre les données saisies dans le logiciel et celles transmises habituellement dans le cadre du PMSI.
- Pour les cabinets libéraux, les données seront transmises sur une plateforme dédiée développée par l'ATIH, suivant le même calendrier. Il ne sera pas demandé de recueil d'actes CCAM. Seule la grille de recueil sera à compléter.

Un appel national à candidatures pour participer à cette expérimentation sera lancé prochainement auprès des titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

## III. Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN

Conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 dans son paragraphe 3. a. les nouveaux formats des fichiers FICHSUP applicables au recueil des RIHN (Référentiel des actes innovants hors nomenclature) sont à la page suivante :  
<https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2018>

Les données doivent être recueillies de manière cumulative sur l'ensemble de l'année 2018, et devront être transmises 2 fois dans l'année : en M6 et en M12.

La délégation d'un financement au titre de la participation d'un établissement de santé à la MIG G03 (les actes de biologie et d'anatomocytologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers) n'est pas assurée si cet établissement n'a pas transmis ses données en M12.

Les référentiels des actes devant être recueillis (RIHN et Liste Complémentaire) seront disponibles à la page suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>  
(ceux actuellement disponibles sont les référentiels 2017).

## **IV. Précisions relatives à la primo-prescription de chimiothérapie orale**

Les modalités de recueil des primo-prescriptions de chimiothérapie orale sont définies dans deux notices techniques (CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016 et CIM-MF- 577-5-2016 du 05 août 2016), ainsi que par un « guide du recueil FICH SUP Consultation de Primo-prescriptions d'un traitement du cancer par voie de chimiothérapie orale - avril 2016 » mis en ligne par le ministère de la santé sur le site internet de l'ATIH.

Il est rappelé le caractère obligatoire des deux premières variables :

- File active de patients ayant un traitement du cancer par chimiothérapie orale
- Nombre total de consultations médicales pour primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année

Les autres variables du recueil correspondant à l'enquête flash ne sont pas recueillies en 2018.

## **V. Précisions relatives à l'utilisation du FICHSUP dédié au recueil de données relatives à la dispensation de médicaments en USMP**

Depuis le 1er janvier 2016, les personnes écrouées bénéficient d'un tiers payant intégral sur leurs frais de santé. Pour ce faire, les caisses primaires d'assurance maladie assurent l'avance des frais correspondant à la part complémentaire des soins des détenus, qui incombe à l'administration pénitentiaire. Celle-ci se charge de rembourser l'Assurance maladie dans un second temps, dans le cadre d'une facturation annuelle nationale.

L'article 55 de la loi de finances pour 2018 a transféré à l'assurance maladie la part des dépenses qui incombait précédemment à l'Etat. Ainsi, le régime général prend désormais en charge la part obligatoire ainsi que la part restant à charge de l'assuré (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier). Cette mesure entre en vigueur au 1er janvier 2018.

Le circuit de valorisation de la participation de l'assuré pour des prises en charge hospitalières ou externe dans le champ du court séjour (MCO) n'est pas modifié par cette évolution.

A contrario, le circuit de valorisation du reste à charge associé à la délivrance de médicaments en unités sanitaires évolue à compter de 2018, les montants afférents étant désormais intégrés au sein de la MIG USMP. Ainsi, les données renseignées par les établissements à travers le FICHSUP dédié ne donneront plus lieu à valorisation.

Le recueil FICHSUP est cependant maintenu et ce dans la perspective d'une modélisation de la MIG correspondante.

## **VI. Précisions relatives à la mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique**

La notice technique n° CIM-MF-848-2-2018 du 22/12/2017) prévoyait la mise en place d'un recueil de l'activité d'urgence gynécologique. L'objectif était de procéder au financement des urgences prises en charge dans les unités de gynécologie-obstétrique autorisées au titre de l'article R6123-39 du code de la santé publique. Ce recueil ne sera pas mis en œuvre en campagne 2018.