

## Campagne tarifaire et budgétaire 2017

### Nouveautés « financement »

#### **NOTICE RECTIFICATIVE**

La notice technique ci-dessus référencée n°CIM-MF-239-3—2017 du 29 mars 2017 est rectifiée par la présente publication.

L'objet de la rectification concerne l'annexe 1 « Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation ».

Dans cette annexe, le point VI. « Clarification des règles de facturation des hôpitaux de jour » est supprimé.

En effet, ce point était décrit en déclinaison de l'arrêté « forfait » en date du 27 février 2017.comportant une mise à jour des règles de facturation des prises en charge en hospitalisation de « 0 jour », portées dans les articles 11 et 11bis de l'arrêté.

Une nouvelle version de cet arrêté, en date du 2 mai 2017, vient d'être publiée par le Ministère des affaires sociales et de la santé. Les articles 11 et 11 bis y figurent dans leur rédaction antérieure, figurant dans l'arrêté « forfait » en date du 19 février 2015.

Ce retour à la rédaction antérieure est destiné à permettre la poursuite des échanges que le Ministère a engagés avec les représentants des établissements de santé sur ce sujet de la facturation des prises en charge de « 0 jour ». L'aboutissement de ces échanges devrait donner lieu, à terme, à publication d'une nouvelle version d'arrêté forfait, de circulaire frontière, et de notice financement.

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

Pour 2017, la première a été publiée en décembre (Notice Technique n° CIM-MF-902-2-2017 du 22 /12/2016), présentant les nouveautés 2017 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

Cette notice technique a fait l'objet d'une rectification concernant l'annexe n°3 « Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR », portée par une notice rectificative publiée le 18/01/2017.

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

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 27 février 2017 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 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 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 » :

- Evolutions des GHS ;
- Création d'un supplément au séjour pour pose de défibrillateur ;
- Mise en place de la prestation intermédiaire créée par l'article 79 de la LFSS pour 2017 ;
- Mise en place des vecteurs de facturation pour l'administration de produits de la réserve hospitalière en « environnement hospitalier » ;
- Forfait sécurité environnement (SE)
- Clarification des règles de facturation des hôpitaux de jour ;
- Modification des coefficients géographiques ;
- Facturation des médicaments sous ATU/post ATU.

### I. Evolutions des Groupes Homogènes de Séjour (GHS)

Les évolutions des GHS 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. Evolutions en lien avec la V2017 de la classification des GHM

Elles répondent aux évolutions de la V2017, à savoir la suppression d'un GHM en T et création de deux GHM en J.

**Les évolutions sont listées dans le tableau ci-dessous.**

racines	GHM	GHS V2016	évolution	GHS V2017
<b>08C34</b> Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	08C34J		création	2966
<b>13C09</b> Laparoscopies ou coélioscopies diagnostiques.	13C09T	4953	suppression	
	13C09J		création	5005

## 1.2. Evolutions en lien avec la campagne tarifaire

En 2017, elles concernent les situations suivantes :

### **Suppression du 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)**

Il a été créé en campagne tarifaire 2016 un GHS minoré (GHS 399) afin de valoriser spécifiquement les prises en charge pour administration d'Avastin® dans le cadre de la DMLA, et de permettre la facturation en sus de la molécule.

Ce GHS était déclenché lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnaient 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) ;
- lorsqu'un acte d'injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré (BGLB001) était réalisé
- et qu'aucun autre acte opératoire classant de la catégorie majeure 02 « Affections de l'œil » n'était réalisé.

Toutefois, à compter du 1er mars 2017, le statut des produits de la réserve hospitalière évolue : ces produits peuvent désormais être administrés en établissement de santé dans le cadre d'un « environnement hospitalier » sans hospitalisation formelle du patient.

C'est la raison pour laquelle les prises en charge dont l'objet se limite à l'injection d'AVASTIN® dans le traitement de la DMLA donnent désormais lieu à la facturation d'un forfait « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE), selon les modalités décrites au V de cette notice, à l'exception des cas où la prise en charge répond aux critères de facturation d'une hospitalisation de jour (notamment en cas de terrain à risque du patient).

En conséquence, le GHS minoré dédié 399 est supprimé au 1er mars 2017. Tous les séjours groupés dans le GHM 02C11J donneront donc lieu à la facturation du GHS 454.

### **Création de GHS uniques pour certains couples de GHM**

#### **GHM de niveau T et 1 de la racine 09C06**

Les résultats des travaux menés sur la racine 09C06 *Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale* dans le cadre de la V2017 de la classification n'ont pas été concluants quant à la pertinence de la création d'un GHM en J.

Cependant, compte tenu du différentiel de tarif entre ces 2 niveaux, et afin d'inciter à un développement de ces prises en charge en ambulatoire, il a été décidé d'uniformiser le tarif entre ces deux GHM.

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, il est créé un GHS unique pour les GHM de niveau T et 1 de la racine.

#### **GHM de Créations et réfections de fistules artério-veineuse des CMD 05 et 11**

Dans la mesure où, même si les CMD diffèrent, les prises en charge sont identiques, il a été décidé de revenir à une situation de tarifs identiques, à niveaux équivalents, entre les GHM de ces 2 racines.

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, des GHS uniques par niveau sont créés pour les racines 05C21 *Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05* et 11C09 *Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11*.

## **Extension de la liste des actes ouvrant droits à un GHS majoré 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**

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016, le surcoût en lien avec le traitement chirurgical de la cataracte lors d'un séjour groupé dans la racine 02C02 « interventions sur la rétine » est pris en compte au travers de GHS majorés déclenchés par la réalisation de l'acte CCAM BFGA004.

A partir de la campagne 2017, les autres actes d'implantation de cristallin artificiel mentionnés dans l'annexe 16 de l'arrêté Forfaits ouvriront également droit à un des GHS majorés.

Cette liste contient les 7 actes CCAM d'implantation de cristallin de la liste A-010 (Interventions sur le cristallin) du volume 2 du manuel des GHM.

La liste de l'annexe 16 de l'arrêté Forfaits comporte donc désormais 7 actes :

- BFGA002 : Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
- BFGA004 : Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
- BFGA006 : Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure
- BFLA001 : Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé
- BFLA003 : Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé
- BFLA004 : Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophake
- BFKA001 : Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017

- dès lors qu'un des actes de cette liste 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.

**Les évolutions sont listées dans le tableau ci-dessous.**

racines	GHM	GHS V2016	évolution	GHS V2017
<b>02C11</b> Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères	02C11J	399	suppression	
<b>05C21</b> Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 05  et  <b>11C09</b> Créations et réfections de fistules artérioveineuses pour affections de la CMD 11	05C211	1508	suppression et création	84
	11C091	4144		
	05C212	1509	suppression et création	85
	11C092	4145		
	05C213	1510	suppression et création	86
	11C093	4146		
05C214	1511	suppression et création	87	
11C094	4147			
05C21J	1512	suppression et création	88	
11C09J	4148			
<b>09C06</b> Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	09C06T	3333	suppression et création	89
	09C061	3337		

## II. Création d'un supplément au séjour pour pose de défibrillateur

A l'exception des séjours classés dans la racine « pose d'un défibrillateur cardiaque » (racine 05C19), les tarifs des GHS ne permettent pas aujourd'hui de tenir compte des surcoûts liés à la pose d'un défibrillateur au décours d'une chirurgie cardiaque.

Afin de tenir compte de ce surcoût il a été décidé la mise en place, pour la campagne 2017, d'un supplément au séjour.

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, un supplément spécifique SDC « Supplément Défibrillateur Cardiaque » est créé. Ce supplément SDC correspond à un supplément au séjour. Pour un séjour donné, il ne peut donc être facturé qu'un seul supplément en sus du GHS couvrant les prestations de séjours et de soins.

A l'exception des séjours classés dans la racine 05C19, ce supplément viendra s'ajouter au tarif du GHS pour tout séjour donnant lieu à réalisation d'un des actes CCAM listés dans l'annexe 17 de l'arrêté Forfaits. Cette liste contient les 8 actes CCAM de la liste A -187 (Poses d'un défibrillateur cardiaque) du volume 2 du manuel des GHM.

### III. Création d'un forfait « prestation intermédiaire » (FPI)

A compter du 1er mars 2017, est introduit dans le modèle de financement des établissements de santé un niveau intermédiaire de tarification entre actes et consultations externes et hospitalisation de jour. Ce niveau intermédiaire prend la forme d'une nouvelle prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation dénommée « forfait prestation intermédiaire » (FPI).

Ce forfait FPI peut être facturé pour chaque consultation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle nécessitant l'intervention coordonnée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à la rédaction d'une synthèse médicale.

Afin d'accompagner progressivement le déploiement de cette nouvelle prestation, en 2017 seules peuvent donner lieu à facturation d'un forfait FPI les consultations respectant ces critères, et qui correspondent à la prise en charge de l'une des affections mentionnées à l'annexe 18 de l'arrêté Forfaits, à savoir :

- Le diabète de type 1 ou 2 au sens de l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale (liste des affections de longue durée exonérantes) ainsi que le diabète gestationnel ;
- La polyarthrite rhumatoïde évolutive, au sens du même article ;
- La spondylarthrite grave, au sens du même article ;
- L'insuffisance cardiaque grave au sens du même article.

Le statut ALD du patient n'est pas une condition de facturation du forfait FPI.

Le tarif de ce forfait est identique, quelle que soit la pathologie concernée. Ce forfait FPI est conçu comme un complément de rémunération destiné à financer « en moyenne » les coûts aujourd'hui non valorisés dans le cadre d'une facturation externe (temps médical lié à la coordination et à la synthèse de la prise en charge, interventions des professionnels dont les avis peuvent ne pas être répertoriés à la nomenclature...). Les consultations et éventuels actes techniques nomenclaturés réalisés au cours de la prise en charge ne sont en revanche pas inclus dans le tarif du forfait FPI et peuvent donc être facturés en sus de celui-ci, à l'exception des actes médico-infirmiers (AMI).

Compte-tenu de sa nature, la prestation intermédiaire peut être facturée, le cas échéant, en complément d'un forfait SE, d'un forfait APE ou AP2, ou d'un forfait d'hospitalisation à domicile (GHT).

Des précisions d'ordre technique sur les conditions de facturation du FPI et notamment sur son articulation avec le champ de l'hospitalisation de jour seront prochainement apportées au travers d'une instruction dédiée venant abroger et remplacer l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, dite « circulaire frontière ».

## IV. Forfaits administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier (APE et AP2)

A compter du 1<sup>er</sup> mars 2017, le statut réglementaire des spécialités pharmaceutiques classées en réserve hospitalière évolue. Outre les séjours d'hospitalisation, l'administration de ces produits peut désormais être faite dans le cadre de prises en charge en environnement hospitalier (sans admission formelle du patient dans une unité d'hospitalisation), sauf mention contraire dans l'autorisation de mise sur le marché du produit.

Ces prises en charge pour administration de spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière en environnement hospitalier correspondent à plusieurs cas de figure, selon que le produit est ou non, inscrit sur la liste en sus ou que son administration donne, ou non, lieu à facturation d'un acte CCAM éligible au forfait « sécurité environnement ». L'arrêté Forfaits vient définir, pour chacun de ces cas de figure, le vecteur de facturation associé.

- Le forfait « administration de produits en environnement hospitalier » (APE), jusqu'alors réservé aux administrations de dispositifs médicaux de la liste en sus, évolue pour s'étendre désormais également aux administrations de **spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière inscrites sur la liste en sus**.

La molécule administrée dans ce cadre est facturable en sus du forfait APE, de même que l'acte CCAM d'injection.

La facturation de ce forfait APE ne peut être cumulée avec celle d'aucune autre prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation (ATU, FFM, PO, SE, AP2), à l'exception du forfait prestation intermédiaire (FPI).

A noter que, dans l'attente de l'évolution de leurs systèmes d'information, les établissements qui ne seraient pas en mesure d'intégrer dans le fichier RSF-ACE véhiculant le forfait APE le code UCD de la molécule sont autorisés à ne renseigner que le montant PH8 et le montant de l'EMI.

- Dans le cadre de la révision de la liste des actes déclenchant un forfait « sécurité environnement » (SE) opérée en campagne 2017, la facturation d'un forfait SE est étendue à certains **actes CCAM d'administration de produits de la réserve hospitalière ne figurant pas sur la liste en sus**, en l'occurrence trois actes d'injection de toxine botulique.

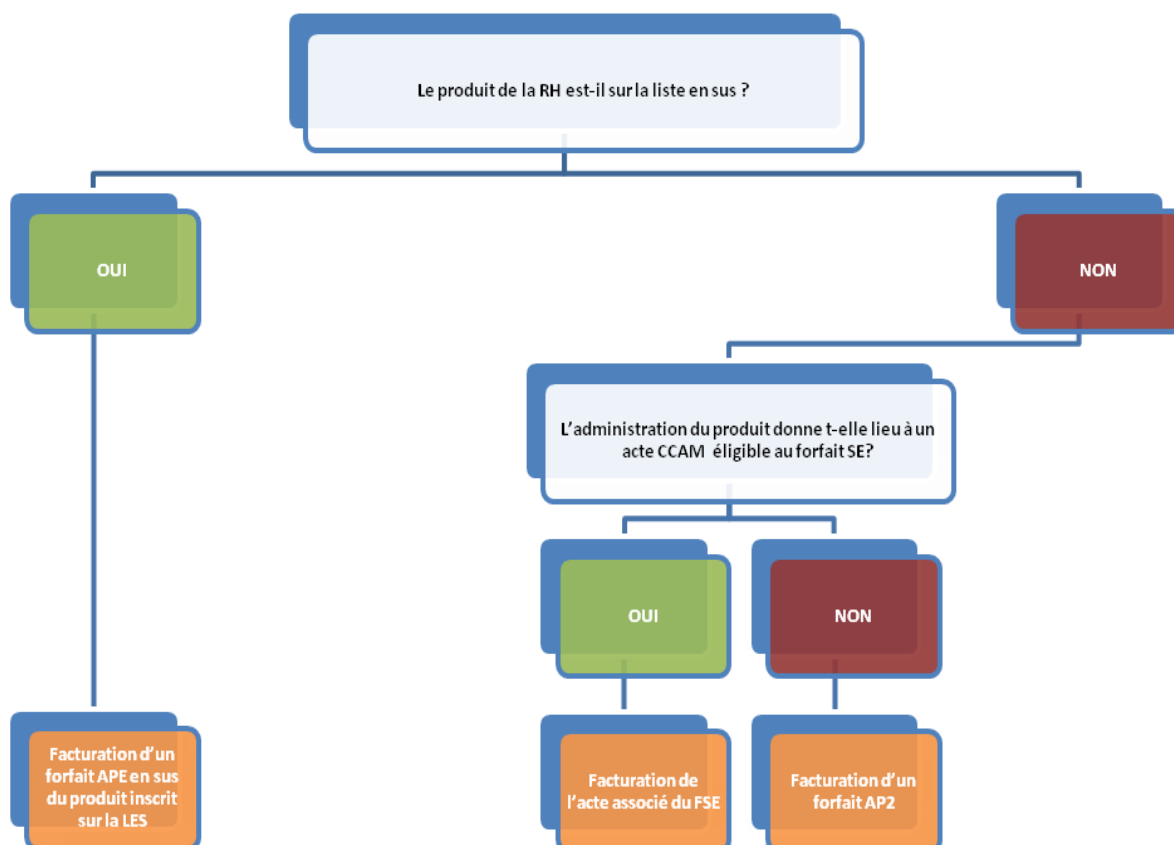
Un nouveau forfait SE5 est créé afin de couvrir les frais d'administration, de surveillance et le coût moyen du médicament (cf. infra, point V).

Toutes choses égales par ailleurs, l'injection de toxine botulique peut nécessiter l'hospitalisation du patient et générer, à ce titre, la facturation d'un GHS sous respect des conditions de facturation des hôpitaux de jour.

- Les prises en charge pour administration d'un **produit de la réserve hospitalière non inscrit sur la liste en sus et dont l'administration n'est associée à aucun acte CCAM** donnent lieu à la facturation d'un nouveau forfait intitulé « AP2 ». Ce forfait couvre les frais d'administration et de surveillance en environnement hospitalier ainsi que le coût moyen d'achat des spécialités pharmaceutiques concernées.

La facturation de ce forfait AP2 ne peut être cumulée avec celle d'aucune autre prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation (ATU, FFM, PO, SE, APE), à l'exception du forfait prestation intermédiaire (FPI).





## V. Forfait sécurité environnement (SE)

Les évolutions dans le cadre de la campagne sont présentées ci-dessous et sont relatives à :

- Des modifications concernant les listes des actes donnant lieu à facturation des forfaits SE :
  - o Ajout d'actes aux listes existantes ;
  - o Suppression d'actes dont la réalisation quasi exclusive en ville traduit le fait que leur réalisation ne nécessite pas un environnement hospitalier spécifique ;
- La création d'un nouveau forfait sécurité environnement : le SE5.

### **Liste des actes donnant droit à un SE 1**

Le forfait SE1 renvoie à une liste d'actes d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale nécessitant le recours à un secteur opératoire.

Suppression d'un acte

- GBQA002 : Sinusoscopie maxillaire, par voie méatale inférieure et/ou par abord de la fosse canine [abord vestibulaire] ;

### **Liste des actes donnant droit à un SE 2**

Le forfait SE2 renvoie à une liste d'actes réalisés sans anesthésie générale ou loco-régionale nécessitant le recours à un secteur opératoire.

Ajout d'un acte

- FDHB002 : Biopsies ostéo-médullaires transcutanées ;

Suppression d'un acte

- EGFA007 : Excision d'une thrombose hémorroïdaire.

### **Liste des actes donnant droit à un SE 3**

Le forfait SE3 renvoie à une liste d'actes nécessitant une mise en observation du patient en environnement hospitalier.

Ajout de 2 actes

- JQEP001 : Version du fœtus par manœuvres obstétricales externes au cours de la grossesse, avec contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque du fœtus ;
- FGRD003 : Test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante.

### **Création d'une liste d'actes donnant droit à un SE5**

Du fait des évolutions du statut des produits de la réserve hospitalière (cf. supra point IV), un forfait SE5 est créé au 1<sup>er</sup> mars 2017 afin de financer l'administration de toxine botulique en environnement hospitalier.

Ce forfait SE5 couvre les frais d'administration, de surveillance et le coût moyen du médicament.

Ce forfait est facturable dès lors qu'est 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.

La facturation de ce forfait SE5 ne peut être cumulée avec celle d'aucun autre prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation (ATU, FFM, PO, APE, AP2), à l'exception du forfait prestation intermédiaire (FPI) et des forfaits SE1, SE2, SE3 ou SE4. Dans ce dernier cas, le montant du forfait SE facturé le moins élevé est minoré de 50%.

	ATU	FFM	SE	APE	AP2	PO	FPI	ACE (ex-DG)	Honoraires médicaux et paramédicaux (ex-OQN)
ATU		X	X	X	X	X	X	✓	✓
FFM	X		X	X	X	X	X	✓	✓
SE	X	X	✓ (minoration de 50% du 2nd SE)	X	X	X	✓	✓	✓
APE	X	X	X		X	X	✓	✓	✓
AP2	X	X	X	X		X	✓	✓	✓
PO	X	X	X	X	X		X	✓	✓
FPI	X	X	✓	✓	✓	X		✓	✓

Remarques :

- Il est possible de cumuler un GHT avec un forfait « SE » ou « FPI »<sup>1</sup>.
- Aucune de ces prestations n'est cumulable avec un GHS, sauf cas exceptionnel où l'affection justifiant la facturation du forfait est sans aucun lien avec celle justifiant la facturation du GHS.
- Les dispositifs médicaux ou spécialités pharmaceutiques de la liste en sus administrés dans le cadre d'un forfait APE sont facturables en sus de ce forfait.

## VI. Clarification des règles de facturation des hôpitaux de jour

Afin d'accompagner les différentes mesures de poursuite du virage ambulatoire, et notamment la mise en place de la prestation intermédiaire entre actes et consultations externes (ACE) et hospitalisation de jour, et pour clarifier un certain nombre de principes, le cadre réglementaire relatif à la facturation des séjours d'hospitalisation de jour est actualisé pour la campagne tarifaire 2017.

L'arrêté Forfaits, qui constitue la base réglementaire des règles de facturation des GHS de 0 jour, est ainsi modifié afin d'asseoir, au sein de ce texte, des règles plus claires et plus objectives de facturation de ces prises en charge.

L'article 11 de l'arrêté Forfaits prévoit désormais que les prises en charge de moins d'une journée ne justifient la facturation d'un GHS que lorsque les trois critères (cumulatifs) sont remplis :

- 1) La prise en charge donne lieu à admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique (structure d'hospitalisation à temps partiel) disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment adaptés pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés ;
- 2) La prise en charge donne lieu à l'utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation à temps partiel ;

<sup>1</sup> Article 9 de l'arrêté « prestations MCO ».

3) La prise en charge correspond à l'un des trois types d'hospitalisation de jour suivants :

a) Une prise en charge au cours de laquelle est réalisé un acte nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ;

b) Une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle composée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs, au cours de laquelle sont réalisés au moins deux actes relevant de techniques différentes (hors exceptions rappelées dans l'instruction frontière).

Dans ce cadre, sont considérés comme relevant d'une seule et même technique l'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne.

La coordination de cette prise en charge est assurée par un professionnel médical qui rédige un compte-rendu d'hospitalisation ou une lettre de liaison

c) Une prise en charge d'un patient dont l'état de santé présente un terrain à risque particulier impliquant que des précautions particulières soient prises dans le cadre des examens ou des soins réalisés.

Lorsque l'une des conditions 1, 2 ou 3 n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes externes, et le cas échéant du forfait FFM, SE, APE ou AP2 et/ou du forfait prestation intermédiaire (FPI).

Par exception, ne sont pas soumises au respect de ces critères pour la facturation d'un GHS :

— Les prises en charge dans un service d'urgence dans les conditions définies à l'article 12 de l'arrêté Forfait ;

— Les hospitalisations écourtées suite au décès, à la sortie du patient contre avis médical, ainsi que les prises en charge en urgence pour menace d'accouchement prématuré ;

— Les séances (GHM de la CM 28), à l'exception du GHM 28Z17Z.

Des précisions d'ordre technique sur ces conditions réglementaires de facturation seront prochainement apportées au travers d'une instruction dédiée, venant abroger et remplacer l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, dite « circulaire frontière ». Outre les règles de facturation des GHS de 0 jours, cette instruction apportera également des précisions concernant les conditions de facturation de la prestation intermédiaire et son articulation avec l'hôpital de jour.

## VII. Modification des coefficients géographiques

Les coefficients géographiques sont modifiés à compter du 1er Mars 2017, pour les régions suivantes : Corse, Guadeloupe, Martinique et la Guyane.

### Valeur des coefficients géographiques à compter du 1<sup>er</sup> Mars 2017

Zone géographique	Valeur du coefficient
2A Corse du Sud .....	11%
2B Haute Corse.....	11%
75 Paris.....	7%
77 Seine et Marne.....	7%
78 Yvelines.....	7%
91 Essonne.....	7%
92 Haut de Seine.....	7%
93 Seine saint Denis.....	7%
94 Val de Marne.....	7%
95 Val d'Oise.....	7%
971 Guadeloupe.....	27%
972 Martinique.....	27%
973 Guyane.....	29%
974 Réunion.....	31%

## VIII. Facturation des médicaments sous ATU/post-ATU

En application de l'article 95 de la LFSS pour 2017, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation ou post-autorisation temporaire d'utilisation administrés au cours d'une hospitalisation sont, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, facturables en sus du GHS.

Les caractéristiques de ces médicaments sont :

- Remboursement sur facture (pas de prix administré en amont de l'inscription) ;
- Pas d'EMI/ERI ;
- Prise en charge intégrale.

L'administration de ces médicaments au cours d'une hospitalisation donne désormais lieu à un circuit de versement identique à celui mis en place pour le remboursement des produits de la liste en sus, en lieu et place d'un financement par MERRI:

- Remontée des données via FICHCOMP pour les établissements ex-DG et versement via les arrêtés mensuels du directeur général d'ARS ;
- Facturation à travers la partie intermédiaire du S3404 pour les établissements ex-OQN. Néanmoins pour ces derniers, les évolutions des circuits de facturation ne sont pas encore effectives. Dans l'attente, les établissements ex-OQN sont invités à transmettre leurs factures en indiquant uniquement les informations concernant le GHS et à rectifier ces factures, une fois l'évolution effective, pour les compléter sur la partie médicament.

## 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 2017, trois types de mesure impactent la maintenance du modèle de financement ; elles sont classées dans les catégories suivantes :

##### a. Modification de la classification des GHM : mise en place de la V2017

La principale modification dans la classification pour l'année 2017 est la mise à jour des CMA. Les autres nouveautés de la V2017, comme précisé dans l'annexe 1 sont :

- la création d'un niveau J sur la racine 08C34 (Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie) ;
- la suppression du niveau T (0-1 jour) et la création d'un niveau J sur la racine 13C09 (Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques).

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

- la suppression du 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) ;
- la création d'un GHS unique par niveau pour les racines 05C21 et 11C09 ;
- la création d'un GHS unique pour les niveaux 1 et T de la racine 09C06 ;
- l'extension de la liste d'actes ouvrant droits au GHS majoré 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.

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 ou l'extension de listes d'actes n'ont pas été modifiés.

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

- Pour **la création de J de la racine 08C34**, 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 13C09**, 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 2016 avant application des modulations tarifaires ;
- Pour les **GHS uniques de création et réfection de fistules artérioveineuses** (05C21 et 11C09), le tarif par niveau correspond au tarif moyen des deux racines afin de préserver le niveau de financement de 2016 avant application des modulations tarifaires ;

- Pour le **GHS unique entre le niveau 1 et le niveau T de la racine 09C06**, le niveau de tarification a été fixé afin de développer les prises en charge en ambulatoire. Le niveau de fixation est différencié selon le secteur de financement :
  - o Secteur ex DG : le tarif du niveau T a été fixé à hauteur du niveau 1.
  - o Secteur ex OQN : le tarif est identique entre les deux niveaux et a été fixé afin de diminuer de 18% le sous financement observé par rapport aux coûts de prises en charge.

**b. Mise à jour de l'algorithme des bornes des bornes et des modalités de financement des séjours bas**

✓ Mise à jour l'algorithme des bornes

Le tarif de base que constitue le tarif forfaitaire du séjour (GHS) peut être majoré ou minoré en fonction des «bornes» hautes (EXH) et basses (EXB). La borne haute est la durée de séjour au-delà de laquelle celui-ci est considéré comme anormalement long : le dépassement de cette borne conduit au paiement d'un supplément journalier en plus du tarif forfaitaire, afin de ne pas pénaliser les séjours longs. La borne basse est la durée de séjour en deçà de laquelle celui-ci est considéré comme anormalement court : une durée de séjour en deçà de borne basse induit la minoration du tarif du séjour.

Les travaux de maintenance ont pour objectif de prendre en compte les évolutions de la prise en charge dans les modalités de financement. Dans ce cadre s'inscrit l'évolution des durées de séjours qui impactent la valeur des bornes. Les bornes de 2016 reposaient sur des données d'activité ancienne (2010). Or il a été constaté une évolution des durées de séjour à la baisse qui nécessite d'actualiser les bornes avec des données d'activité plus récentes (2015 et 2016). Il est apparu également nécessaire de revoir l'algorithme actuel de détermination des bornes car ce dernier prenait mal en compte l'évolution des durées de séjour. La nouvelle méthode de détermination des bornes basses et hautes a fait l'objet d'une concertation avec les acteurs en 2015 et 2016.

Nouvel Algorithme de détermination des bornes :

L'objectif de la révision est d'ajuster au mieux l'algorithme par rapport aux distributions des durées de séjour. Pour ce faire, une modélisation statistique des durées de séjour a été mise en œuvre pour chaque GHM selon une loi de probabilité.

La modélisation a pour objet de quantifier la probabilité de survenue de la fin du séjour. La loi de probabilité retenue est la loi gamma, car cette dernière permet de prendre en compte une grande diversité de distributions.

La modélisation permet d'estimer pour chaque GHM un seuil bas et un seuil haut :

$$\mathbb{P}_\gamma(T > \text{seuil haut}) = 5\%$$

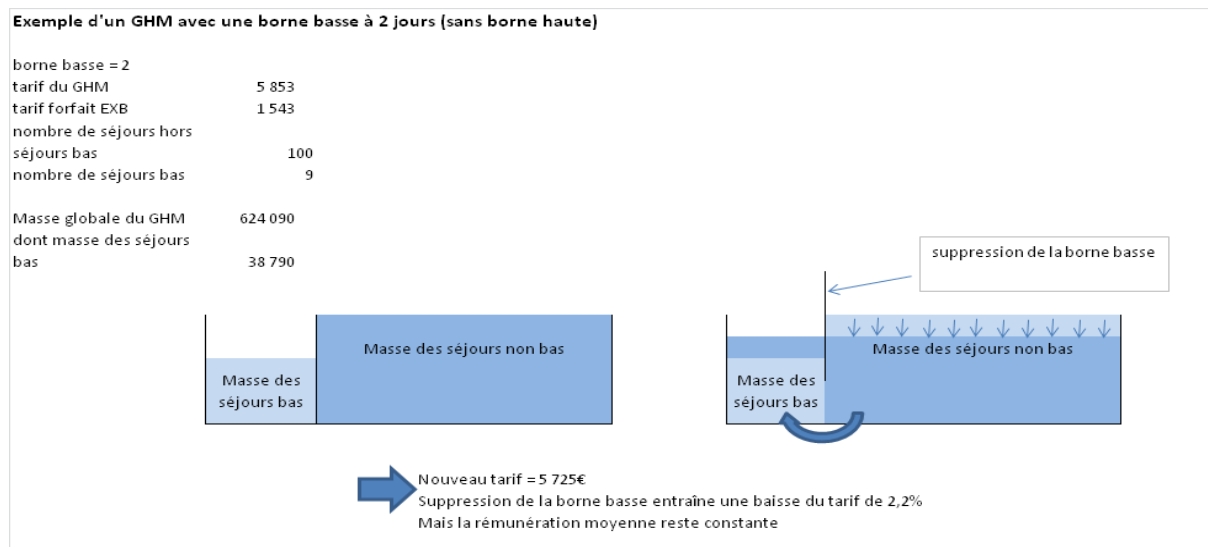
$$\mathbb{P}_\gamma(T \leq \text{seuil bas}) = 5\%$$

La borne basse est fixée par [seuil bas] + 1.

La borne haute est fixée par [seuil haut].



Tout changement de bornes sur un GHM entraîne une évolution de la valeur faciale du tarif. Néanmoins, ces modifications s'opèrent sur le principe de conservation de la masse financière globale du GHM impacté. La rémunération moyenne des séjours appartenant au GHM reste donc inchangée, même si les modalités de financement évoluent. De plus, la révision d'une borne sur un niveau implique également une modification en cascade des tarifs des autres niveaux. Ainsi, si cette opération est neutre sur le financement moyen des séjours d'un GHM, pour autant elle entraîne des évolutions tarifaires.



### ✓ Modalités de financement des séjours bas

Les séjours dits « bas » en niveaux de sévérité 2, 3 et 4 sont des séjours dont la durée n'excède pas la borne basse du niveau du GHM dans lequel ils sont classés. Ces séjours faisaient l'objet d'un financement spécifique : ils étaient déclassés et financés par un tarif correspondant au niveau inférieur.

Ces modalités de financement étaient pénalisantes pour les établissements ayant engagé des efforts pour réduire les durées de séjour.

Ainsi, il est apparu nécessaire de réviser ces modalités de façon concomitante à la révision des bornes. Les nouvelles modalités de financement sont les suivantes :

- Le forfait EXB est supprimé et remplacé par les suppléments journaliers EXB comme pour le niveau 1.
- Le financement du séjour correspond au montant du tarif du niveau dans lequel il est classé, duquel est déduit le montant de l'EXB multiplié par la différence entre la borne basse et la durée du séjour.

Ces nouvelles modalités assurent en outre un meilleur financement des séjours bas pour les niveaux 2, 3, 4. Toutefois comme pour la révision des bornes, ces modifications s'opèrent sur le principe de préservation du financement moyen du GHM. Ainsi ces modifications entraînent également une modification du tarif facial. La révision des tarifs sur un niveau entraîne également une modification en cascade des tarifs des autres niveaux.

## c. 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, dans son intégralité, via la MERRI « Financement des études médicales ».

Ce financement s'est traduit, en 2016, par un premier débasage uniforme de l'ensemble des tarifs des GHS du secteur ex DG. Ce transfert partiel de crédits en 2016 se poursuit sur la campagne 2017, selon les mêmes modalités (débasage uniforme de l'ensemble des tarifs).

### ✓ Abondement de la MIG SMUR

Les facturations de transports SMUR secondaires sont supprimés à compter du 1er mars 2017. En contrepartie, les transports secondaires seront financés par la MIG SMUR. L'abondement de la MIG SMUR est réalisé via :

- Un transfert depuis l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe hospitalière pour le secteur ex OQN (correspondant aux facturations de SMUR secondaires)
- Une baisse des tarifs du secteur ex DG (correspondant aux facturations de SMUR secondaires)

Le débasage des tarifs du secteur ex DG est réalisé, par racine de GHM, en fonction du poids des charges de sous-traitance de SMUR par rapport au coût complet (hors charge de structure). Ce poids a été calculé à partir des données ENC 2014. Seules les racines pour lesquelles les charges de sous-traitance représentent au moins 0,01% du coût complet sont ainsi impactées par une baisse des tarifs.

Cette évolution est lissée sur deux exercices et sera poursuivie en 2018.

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

Pour l'année 2017, la modulation tarifaire a consisté à :

- mettre en œuvre les économies ciblées dans le cadre du plan d'économies concernant les activités de chirurgie, de dialyse et 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 des deux 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. Mise en œuvre des économies ciblées

Pour cette campagne, la troisième et dernière tranche du plan triennal d'économies est réalisée, se traduisant par des économies ciblées sur les activités de chirurgie, de dialyse et la 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 partiellement 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 des campagnes 2015 et 2016, l'effort d'économies est articulé avec le principe de neutralité tarifaire. Néanmoins afin de minorer l'effort pesant sur les tarifs uniques, et notamment les activités pour lesquelles le développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas encore mature, l'effort d'économie se décompose de la manière suivante :

- 50% des économies sur des activités ciblées car en situation de sur financement relatif par rapport aux tarifs issus des coûts.
- 50% des économies sur l'ensemble de l'activité.

#### ○ *Activités ciblées*

Dans un premier temps, la moitié des économies est réalisée dans la continuité des campagnes précédentes avec un effort qui est réparti entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle.

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 2017, 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 2017 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 2020<sup>2</sup> ;
- 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 2016 de la racine 06C12 (Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans) s'élève à 1 569€ dans le secteur ex DG. Pour cette racine, le taux de CA s'élève à 66%, le tarif unique est défini en fonction du TIC moyen pondéré par le taux cible, à savoir 1532€.

Les économies sur la **chirurgie conventionnelle** sont réalisées en articulant les tarifs des GHM sur financés avec la neutralité tarifaire. Comme les années précédentes, les activités spécifiques (activités lourdes et cancer) des niveaux 2,3 et 4 sont exclues de cet effort. En revanche, les GHM de niveau 4 et les activités spécifiques de niveau 1, sont intégrés à l'effort d'économies. Néanmoins sur ces activités, l'effort est atténué, en raison du potentiel de transférabilité 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 des niveaux 1, 2 et 3 : réduction de 100% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
- GHM de niveau 4 et GHM de niveau 1 des activités spécifiques : réduction de 17% de l'écart tarif/TIC pour les GHM ayant un TIC « bon » ou « correct »,
  - o *Ensemble de l'activité*

Dans un second temps, une baisse uniforme des tarifs (-0,6%) est appliquée à l'ensemble de l'activité de chirurgie, afin de réaliser la seconde moitié de l'économie,

#### ✓ 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 0,3%. Concernant le secteur ex OQN, le tarif d'hémodialyse diminue de 4,5% limitant ainsi le niveau de sur-financement à +10,5%.

#### ✓ Autres mesures d'économie

A défaut de pouvoir disposer d'une méthodologie robuste basée sur l'utilisation des TIC, comme cela est le cas en chirurgie ou en dialyse, le reste des économies ciblées est réalisé via une baisse uniforme des tarifs (-0,4%) des activités de médecine, d'interventionnelle, d'obstétrique (hors accouchements sans complication ; cf. partie 2.b), de néonatalogie et les séances (hors séances de dialyse ; cf. supra)

## **b. Revalorisation des accouchements**

---

<sup>2</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.

Comme en 2016, une revalorisation 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. Ainsi cette mesure ne concerne que le secteur ex OQN, dont les tarifs ont été revalorisés de +2,5%.

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).

A titre d'exemple, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 500€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 530€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 681€ à 1 715€.

### **c. 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 2017.

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 troisième axe des modulations tarifaires réalisées en 2017 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 -16.4% pour les deux secteurs,
- 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 précédentes (économies ciblées, revalorisation des accouchements) 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 :

- pour les extrêmes hauts :
  - o 50% du chemin pour les TIC « bons »,
  - o 30% du chemin pour les TIC « corrects »,
  - o Pas de modulation pour les autres GHM.
- Pour les extrêmes bas :
  - o 30% du chemin pour les TIC « bons »,
  - o 20% du chemin pour les TIC « corrects »,
  - o 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, et comme lors de la campagne 2016, l'activité de radiothérapie est également intégrée 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 la référence (TIC + 30%) pour les GHM dont le TIC est bon. A noter que la masse financière ainsi dégagée sur la radiothérapie est intégralement mobilisée pour revaloriser les tarifs de la racine 09C06 (cf. partie I.a) du secteur ex DG.

## 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-902-2-2017 du 22 /12/2016).

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

- Précisions relatives aux consignes de recueil des FICHSUP « SMUR »
- Consignes de recueil des FICHSUP « Primo-prescription de chimiothérapie orale » et FICHSUP « Consultations externes spécifiques » et du RSF-ACE C
- Précisions relatives à la production d'information médicale en lien avec l'administration de produits dérivés du fer dans le cadre d'une anémie par carence martiale

#### Précisions relatives aux consignes de recueil des FICHSUP « SMUR »

Dans le cadre des travaux pour la réforme du financement des urgences, il a été estimé nécessaire de recueillir via le PMSI des informations concernant l'activité des SMUR. **Dans cette optique il a été mis en place, à partir de 2016, un FICHSUP SMUR.** Ce recueil ne concerne que les établissements ex-DG. Pour les établissements ex-OQN sièges de SMUR, les données seront recueillies via la SAE et validées par les ARS.

Chaque établissement dans lequel est implanté un SMUR ou une antenne de SMUR doit être identifié dans FICHSUP SMUR par son établissement géographique d'implantation, et c'est au niveau de cette entité géographique que doit être renseigné l'ensemble de l'activité SMUR de l'établissement. Les informations recueillies sont les suivantes :

- FINESS ET : Numéro Finess établissement de l'entité géographique où le SMUR ou l'antenne de SMUR est implanté ;
- FINESS d'inscription ePMSI de l'établissement auquel le SMUR ou l'antenne de SMUR est rattaché ;
- Nombre total d'interventions SMUR « primaires » (terrestres, aériennes, maritimes) ;
- Nombre total d'interventions SMUR « secondaires » (terrestres, aériennes, maritimes);
- Nombre total de TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier) réalisés avec les moyens du SMUR.

Les définitions sont précisées ci-dessous :

- **FINESS établissement de l'entité géographique (Finess ET)** de l'implantation SMUR : cf INSTR. DREES/DREES/DMSI/DGOS/R2/2015/240 du 21/07/15, relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents ;
- **Intervention SMUR** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR déclenchée et coordonnée par le SAMU. L'équipe d'intervention SMUR comporte au moins un médecin (= équipe médicalisée), un infirmier et un conducteur ou pilote. Il peut s'agir d'une intervention SMUR terrestre, aérienne ou maritime selon le mode de transport utilisé.
- **Intervention SMUR « primaire »** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour la prise en charge, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé, d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et n'étant pas déjà admis dans un établissement de santé.
- **Intervention SMUR « secondaire »** : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR en vue du transfert entre deux établissements de santé (au sens d'entités géographiques différentes désignés par des Finess ET différents) d'un patient déjà admis dans un établissement de santé et nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les transferts réalisés entre deux entités géographiques différentes de la même entité juridique doivent en cohérence être comptabilisés comme des interventions SMUR « secondaires ».

Concernant la mobilisation du SMUR pour une prise en charge au sein de l'établissement où le SMUR est implanté (même entité géographique au sens Finess établissement ET) :

- Si la personne prise en charge requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et si elle n'est pas déjà admise dans l'établissement (visiteur, professionnel...), il s'agit d'une intervention SMUR primaire qui doit être comptabilisée comme telle dans Fichsup SMUR.
- Si la personne prise en charge est un patient déjà admis dans l'établissement (même entité géographique que le SMUR), cette prise en charge est réalisée dans le cadre de la continuité des soins dans ce même établissement de santé. Ces cas ne doivent PAS être comptabilisés dans Fichsup SMUR.

A toutes fins utiles, il est rappelé que :

- les personnes prises en charge dans des structures assimilées au domicile (EHPAD...) ne sont pas considérées comme admises en établissement de santé.
- Les personnes prises en charge en HAD, dans les établissements de santé mentale, les établissements de soins de suite et rééducation/réadaptation, les unités de long séjour rattachées à un établissement de santé, sont considérées comme admises en établissements de santé.
- **TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier)** : mobilisation d'une équipe d'intervention composée d'un infirmier (= équipe para-médicalisée) et d'un conducteur ou pilote, pour le transfert d'un patient déjà admis dans un établissement de santé vers un autre établissement de santé (au sens d'entités géographiques différentes désignés par des Finess ET différents). Les TIIH comportent notamment :
  - Les TIIH réalisés avec les moyens matériels et/ou humains d'une équipe SMUR déclenchés et coordonnés par le SAMU (**seuls ces TIIH doivent être renseignés dans le FICHSUP SMUR**) ;
  - Les TIIH réalisés avec des moyens matériels et humains autres que ceux d'une équipe SMUR (ils ne doivent **PAS** être renseignés dans le Fichsup SMUR).

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

### Primo-prescription de chimiothérapie orale

Depuis mars 2016, un recueil spécifique a été mis en place dans le cadre de la création d'une MIG pour financer la primo-prescription de chimiothérapie orale. **Ce recueil concerne l'ensemble des établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie**, quel que soit leur statut.

Le format du fichier est identique à celui de 2016, et le recueil reste différencié selon le type de variables avec :

- **un recueil mensuel cumulatif concernant les deux variables obligatoires :**
  - o File active de patients de l'établissement ayant eu un traitement du cancer par chimiothérapie orale pendant l'année
  - o Nombre total de consultations médicales de primo-prescription de traitement du cancer en chimiothérapie par voie orale réalisées pendant l'année
- **un recueil ad hoc sur la période du 18 au 29 septembre 2017 pour l'ensemble des variables du fichier.** Le recueil des autres variables a pour objectif de permettre une analyse plus qualitative de ce type de consultations.

Les modalités de transmission sont les suivantes :

- De M1 à M8 : activité cumulée (M1→Mx) pour les variables obligatoires ;
- En M9 : activité recueillie sur la période d'enquête pour l'ensemble des variables ;
- De M10 à M12 : activité cumulée (M1→Mx) pour les variables obligatoires.

### Consultations externes spécifiques

Le dispositif est identique à celui mis en place pour la Primo-prescription de chimiothérapie orale avec

- **un recueil mensuel cumulatif concernant les deux variables obligatoires :**
  - o Le nombre total de consultations médicales pendant l'année
  - o La file active de patients
- **un recueil ad hoc sur la période du 18 au 29 septembre 2017 pour l'ensemble des variables du fichier.**

Les modalités de transmission sont les suivantes :

- De M1 à M8 : activité cumulée (M1→Mx) pour les variables obligatoires ;
- En M9 : activité recueillie sur la période d'enquête pour l'ensemble des variables ;
- De M10 à M12 : activité cumulée (M1→Mx) pour les variables obligatoires.

### **Précisions relatives à la production d'information médicale en lien avec l'administration de produits dérivés du fer dans le cadre d'une anémie par carence martiale**

Le classement des spécialités à base de Fer injectable dans les produits de la réserve hospitalière à compter du 31 janvier 2014, avait conduit à ce que les prises en charge pour injection de ces produits (dans l'indication d'anémie par carence martiale) se fassent dans le cadre d'une hospitalisation de jour, avec facturation du GHS concerné. Les consignes de codage de ces prises en charge avaient alors été décrites dans le guide méthodologique PMSI MCO (volet guide des situations cliniques, rubrique « traitements répétitifs » : production d'un RSS avec DP Z51.2 « autres formes de chimiothérapie »).



L'évolution du statut réglementaire des spécialités pharmaceutiques classées en réserve hospitalière décrite dans la présente notice (annexe I – point IV) conduit à préciser les conditions de production de l'information médicale (et de facturation) pour le cas de ces prises en charge pour injection de produits dérivés du fer injectable :

En effet, la création du forfait AP2 répond en 2017 à ce cas précis : l'administration des produits dérivés du Fer peut désormais être faite dans le cadre d'une prise en charge en environnement hospitalier, et sans admission formelle du patient dans une unité d'hospitalisation.

En l'absence de critères justifiant une hospitalisation (cf arrêté Forfait du 19 février 2015 modifié, et future circulaire frontière) il convient donc désormais de produire et facturer une prestation AP2, au lieu de produire un RSS et de facturer un GHS.

Le guide méthodologique 2017 a été précisé en ce sens.