



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-Direction des affaires financières
Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins (F1)

Paris, le 10 juillet 2006

Personne chargée du dossier :
Dr Joëlle DUBOIS
Tél. 01.40.56.58.44
Mél. joelle.dubois@sante.gouv.fr

**Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins**

à

**Mesdames et messieurs les directeurs
Agences régionales de l'hospitalisation**
*Pour information, mise en œuvre
et transmission aux établissements*

Objet : *Transmission des données d'activité des établissements soumis à la T2A : Rappels et précisions*

P.J : 1

Le présent courrier vise à rappeler ou préciser certaines modalités de transmission des informations d'activité des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité. Ces informations sont communiquées dans la perspective de la transmission prochaine par les établissements de leurs données d'activité du second trimestre 2006.

Le premier point concerne les conditions de production des fichiers trimestriels cumulatifs, le second concerne les informations relatives aux médicaments et DMI donnant lieu à paiement en sus des GHS, conformément à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Le détail des aspects techniques visés est produit dans l'annexe jointe au présent courrier. J'appelle néanmoins votre attention sur les points suivants :

- les fichiers trimestriels sont communiqués sur un mode cumulatif pour permettre aux établissements de faire valoir l'activité des trimestres précédents qui n'aurait pu être communiquée en temps utile (complément d'activité). Ce cumul n'est donc pas destiné à permettre aux établissements de modifier les données d'activité déjà transmises. Toute modification de données déjà communiquées doit vous être signalée et faire l'objet d'un accord de votre part.
- s'agissant des établissements antérieurement sous dotation globale, les informations relatives aux médicaments et DMI donnant lieu à paiement en sus des GHS ont vocation à être rapportées aux séjours concernés, par l'intermédiaire des fichiers FICHCOMP. Une instruction de début d'année annonçait la date de juillet 2006 pour la production des fichiers concernant les médicaments, et celle d'octobre 2006 pour les fichiers concernant les DMI. Pour tenir compte des difficultés rapportées par les établissements pour produire ces

informations aux dates annoncées, il est décidé de reporter la transmission de ces fichiers en 2007 (voir annexe technique).

Vous voudrez bien informer les établissements de ces différents éléments, et le cas échéant, mettre en œuvre avec eux les dispositions pratiques qui en découlent. Vous voudrez bien en outre m'informer des difficultés d'application de ces consignes (contacter à cet effet le Dr Joëlle Dubois du bureau des études et synthèses financières relatives aux activités de soin, par messagerie électronique – joelle.dubois@sante.gouv.fr).

ANNEXE TECHNIQUE

Transmission des données d'activité des établissements soumis à la T2A Fichiers d'activité trimestriels cumulatifs – FICHCOMP médicaments et DMI

1. Transmission des fichiers d'activité trimestriels

Les données d'activité des établissements soumis à la T2A sont communiquées sous forme de différents fichiers. Ce point traite spécifiquement des fichiers de RSA (le point 2 suivant traite des fichiers "médicaments et DMI").

La production de ces fichiers, ainsi que leurs modalités de transmission à l'ARH sont précisées dans l'arrêté dit "PMSI" du 31 décembre 2003¹. Leur transmission est trimestrielle et cumulative. Elle a été initiée avec la mise en œuvre de la T2A², l'aspect cumulatif étant destiné à permettre aux établissements de compléter ces fichiers des RSA qui n'auraient pas pu être intégrés un trimestre donné (compte tenu notamment de leur délai de production raccourci, passant d'une périodicité antérieure semestrielle, à une périodicité désormais trimestrielle).

Cette transmission cumulée n'est donc pas destinée à permettre la modification des RSA déjà communiqués, elle vise à permettre l'exhaustivité des données d'activité. Considérant toutefois que la correction de certains RSA peut être nécessaire, l'arrêté PMSI en prévoit les conditions dans son article 7, alinéa III, qui est ici intégralement reproduit :

À la suite d'un contrôle, ou sur demande motivée de l'établissement, en raison de la nécessité de modifier un ou plusieurs RSA antérieurement transmis, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider le remplacement complet du fichier relatif aux trimestres considérés. Dans ce cas, une copie du fichier initial et une copie du fichier modifié doivent être conservées par l'établissement émetteur.

Dans le cadre des contrôles T2A initiés par l'assurance maladie, et dans la perspective des contrôles à venir pris en application de l'article L162-22-18 du Code de la sécurité sociale (contrôles "avec sanctions"), il importe que ces conditions soient respectées. Ces contrôles sont en effet menés sur la base d'un ciblage portant notamment sur les fichiers de RSA.

Il convient donc d'insister sur les conséquences de cette disposition :

- Les fichiers transmis aux ARH doivent faire l'objet d'une validation interne des établissements.
- La modification de RSA antérieurement transmis doit être soumise à l'approbation de l'ARH.
- Le cas particulier des établissements ex-OQN doit être évoqué : les RSA sont couplés à leur RSFA, reproduisant la partie haute du bordereau de facturation du séjour à l'assurance maladie. Toute modification de RSA doit s'accompagner de la modification (éventuelle) du RSFA et de la facture correspondante, et inversement.

Afin de permettre la coordination des actions de l'ARH, et dans le contexte des contrôles T2A, il convient que l'information concernant les modifications de fichiers autorisées soit communiquée à l'unité de coordination régionale des contrôles (UCR) chargée de la préparation du programme de contrôle régional.

¹ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du CSP

² Elle était auparavant semestrielle et non cumulative

2. Transmission des fichiers FICHCOMP médicaments et DMI

Ce point concerne uniquement les établissements antérieurement sous dotation globale.

Il s'agit de rapporter les consommations de médicaments et DMI payés "en sus du GHS" (dans le cadre de la T2A), aux séjours qui les requièrent. Ces informations par séjour doivent être transmises par l'intermédiaire des fichiers FICHCOMP. Des consignes données aux établissements en début d'année fixaient la date du 1^{er} juillet 2006 pour la transmission de l'information liée aux médicaments, et celle du 1^{er} octobre 2006 pour l'information liée aux DMI.

Pour tenir compte des difficultés signalées par les établissements, la transmission de ces fichiers FICHCOMP est reportée à 2007 (voir ci-dessous). Les établissements qui seraient prêts avant 2007 sont cependant invités à les transmettre sans attendre, à l'issue des trimestres à venir (2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} trimestre 2006). Ce démarrage en 2006 permettra ainsi de tester la procédure tant dans les établissements que dans les ARH.

En 2006, la valorisation des médicaments et DMI payés "en sus" continuera donc d'être effectuée à partir des informations du fichier FICHSUP (consommations globales, tous séjours confondus).

A propos de FICHSUP :

- Compte tenu des modifications possibles en cours d'année, des listes concernant ces médicaments ou DMI payés "en sus" (ainsi que des tarifs de responsabilité) les règles de valorisation (et de saisie dans FICHSUP) de ces informations sont les suivantes :
 - si un médicament ou un DMI est porté sur la liste au cours d'un trimestre, il peut être saisi dès le premier jour du trimestre considéré,
 - si un médicament ou un DMI est supprimé de la liste au cours d'un trimestre, il ne peut plus être saisi à partir du trimestre suivant,
 - si un tarif de responsabilité (ou tarif LPP) est modifié au cours d'un trimestre, le nouveau tarif est applicable dès le premier jour du trimestre considéré
- Pour tenir compte notamment de ces possibles modifications trimestrielles, la transmission de FICHSUP médicament et DMI n'est plus cumulative. Elle est uniquement trimestrielle.
- Les informations saisies et transmises dans Fichsup sont toujours les suivantes :
 - S'agissant des médicaments :
 - Code UCD : unité commune de dispensation
 - Quantité dispensée : selon l'unité décrite dans le code UCD.

Remarque : depuis le 1^{er} trimestre, cette quantité peut être fournie sous forme fractionnaire (en millième d'unité UCD), afin de saisir la réalité des quantités dispensées (médicaments peu utilisés et fractionnés).

 - Dernier prix d'achat : prix de la dernière facture à l'issue du trimestre échu
 - Montant total de la dépense (valorisée sur la base du prix moyen en cas de variation des prix d'achat au cours du trimestre)
 - S'agissant des DMI :
 - Code LPP
 - Nombre total de dispositifs implantés
 - Montant total de la dépense

A propos de FICHCOMP :

Le calendrier de production des fichiers de médicaments et DMI consommés, par séjour, est revu de la façon suivante :

- A compter du 1^{er} janvier 2007 : production de FICHCOMP pour les médicaments anticancéreux, ainsi que les médicaments dérivés du sang. La liste des médicaments anticancéreux, présentée par classe de médicaments, sera prochainement produite sur le site de l'ATIH.

- A compter du 1^{er} juillet 2007 : production de FICHCOMP pour tous les médicaments de la liste.
- A compter du 1^{er} octobre 2007 : production de FICHCOMP pour tous les DMI.

Il est à noter que le financement des médicaments et DMI payés en sus s'appuiera uniquement sur les consommations renseignées dans FICHCOMP (et non plus dans FICHSUP), selon le même calendrier de montée en charge.

En outre, il est envisagé qu'à compter du 1^{er} janvier 2008, dans le cadre de l'application du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations, le paiement en sus des médicaments et DMI pourrait être limité à 95% (au lieu de 100%) pour les établissements qui ne transmettraient pas ces fichiers d'information par séjour. Des précisions sur ce point seront apportées ultérieurement.

S'agissant des informations liées aux médicaments :

A compter de 2007, l'information portée dans FICHCOMP sera simplifiée : outre le code UCD, seule la quantité de médicaments consommés sera rapportée au séjour. Le montant de la dépense par séjour sera le résultat d'un calcul automatique réalisé au moment de la valorisation pour financement, à partir du prix moyen observé sur le trimestre.

Dans le modèle cible, ce prix moyen sera indiqué par chaque établissement dans un fichier particulier, appelé "fichier des prix". Ce fichier des prix comportera pour chaque médicament de la liste, deux informations : le dernier prix d'achat et le prix moyen observé sur le trimestre.

Pendant la période de montée en charge de FICHCOMP décrite ci-dessus, le fichier des prix sera automatiquement déduit de FICHSUP.

Pour les établissements, FICHSUP sera donc produit de la même manière qu'en 2006. Dans le cadre de leur financement, il sera ensuite utilisé :

- pour connaître le montant global de la dépense pour les médicaments ne donnant pas encore lieu à une information au séjour,
- pour calculer le prix moyen des médicaments faisant l'objet d'un recueil au séjour. Dans ce cas, la valorisation des dépenses ne sera réalisée qu'à partir de FICHCOMP.

L'information concernant la quantité peut être fournie sous forme fractionnaire, de la même manière que FICHSUP, pour saisir la réalité des quantités consommées, notamment pour les médicaments dont la forme de dispensation permet une utilisation pour plusieurs patients.

La quantité portée dans FICHCOMP est la quantité dispensée, comme substitut temporaire de la quantité administrée. Ainsi, dans leur projet d'informatisation du circuit des médicaments, les établissements doivent avoir pour cible la transmission de la quantité administrée au patient au cours du séjour.

Ces modalités de recueil nominatif des médicaments et dispositifs onéreux, rendues indispensables par la nécessaire maîtrise de l'évolution financière de ces produits, sont étroitement liées à la montée en charge de la prescription, la dispensation et l'administration nominatives, prévues par le contrat de bon usage.

Il est demandé aux ARH d'accompagner cette double montée en charge et de signaler les difficultés d'application rencontrées.