atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Nos références :
NOTICE TECHNIQUE n° CIM-MF-249-1-2014
Services :
CIM-MF
FETS

07 MARS 2014

Notice technique

Campagne tarifaire et budgétaire 2014

Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées par l'ATIH. Pour 2014, la première a été publiée en décembre (Notice technique n° CIM-MF-1213-3-2013 du 13 décembre 2013) présentant les nouveautés 2014 du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

Cette seconde notice, qui s'inscrit dans la continuité de la notice précitée, vise à informer les établissements de santé d'une part sur les nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation et d'autre part sur les modalités techniques de construction.

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 (GHS)
- l'annexe 3 apporte notamment des compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice précédente).

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

Le directeur
Housseyni Holla

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

---

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

- arrêté du 14 février 2014 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale
- arrêté du 25 février 2014 fixant pour l'année 2014 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 prestations et l'arrêté tarifaire.

Les sujets traités dans cette annexe sont les suivants :

- **Création de nouveaux GHS ;**
- **Suppression de GHS ;**
- **Modification des GHS pour les valves aortiques TAVI dans la racine 05C08 ;**
- **Les évolutions pour l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)**
- **Supplément « surveillance continue » et réanimation pédiatrique**

I. Création de nouveaux GHS

De nouveaux GHS ont été créés en lien avec les deux nouvelles racines créées dans la V11f de la classification et applicable à compter du 1er mars 2014 :

- Racine 07K06 *« Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire »*. Cette racine comporte 4 niveaux de sévérité, 07K061, 07K062, 07K063 et 07K064 auxquels sont respectivement affectés les **GHS 2570, 2571, 2572 et 2573.**

- Racine 23M21 *« Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation »*. Cette racine comporte un GHM de « très courte durée » (23M21T) et un GHM sans niveau de sévérité (23M21Z) auxquels sont respectivement affectés les **GHS 7997 et 7998.**

II. Suppression de GHS

Trois racines ont été supprimées dans la V11f de la classification applicable à compter du 1er mars 2014

- Racine 23M13 *« Désensibilisations nécessitant une hospitalisation »*. Cette racine comporte un seul GHM sans niveau de sévérité (23M13Z). Sa suppression entraîne la **suppression du GHS 7983**

- Racine 23M18 *« Tests allergologiques nécessitant une hospitalisation »*. Cette racine comporte un seul GHM sans niveau de sévérité (23M18Z). Sa suppression entraîne la **suppression du GHS 7987**

- Racine 05K18 *« Varices avec acte autre que ligature et éveinage en ambulatoire »*. Cette racine comporte un seul GHM (05K18J). Sa suppression entraîne la **suppression du GHS 1728.**

Suppression du GHS 4561 :

- Ce GHS correspondait au GHM de prostatectomie transurétrale de niveau 1 (12C041), et visait à faciliter le développement de la thermothérapie prostatique par radiofréquence en finançant le surcoût du dispositif à usage unique du procédé thérapeutique dit « TUNA » (Transuretral needle ablation). Compte tenu des évolutions de pratiques, le maintien d'un GHS pour faciliter le développement de cette technique ne se justifie plus.

III. Modification des GHS pour pose de valves aortiques percutanées groupées dans la racine 05C08

En 2013 une racine spécifique a été créée dans la classification V11e, pour prendre en compte les poses de bioprothèses de valve aortique par voie vasculaire (Racine 05K21), et, en raison de la complexité des actes qu'elle contient, cette racine est testée dans l'arbre de décision avec les actes classants opératoires de la CMD 05.
Cependant, l'acte DBLA004 (*pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC*), est utilisé dans certaines situations de pose de ces bioprothèses. Or, compte tenu de la voie d'abord (par thoracotomie), il est un acte classant opératoire qui oriente le séjour dans la racine 05C08 (*Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle*).
Les travaux réalisés ont montré que les séjours de la racine 05C08 avec pose de ce type de valves (TAVI) présentent des caractéristiques relativement similaires, en termes de durée de séjours et de coûts, aux séjours avec TAVI groupés dans la racine 05K21.
Compte tenu du différentiel de tarifs entre les GHM des deux racines (en particulier pour les niveaux 1 et 2), et afin de ne pas pénaliser les établissements réalisant cette activité, **à compter du 1er mars 2014 les séjours de la racine 05C08 avec réalisation de l'acte DBLA004 bénéficieront des GHS correspondant de la racine 05K21, à savoir le GHS 1826 pour le 05C081, le GHS 1827 pour le 05C082, le GHS 1828 pour le 05C083, et le GHS 1829 pour le 05C084.**

IV. Les évolutions pour l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée

Depuis le 1er mars 2013, le passage en GHS de l'ensemble des forfaits d'hémodialyse en centre et d'entraînement à l'hémodialyse n'a plus rendu possible la facturation des séances d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), qui facturent uniquement des forfaits D eu égard à leur nature (structure "hors centre"), alors même que les textes relatifs à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique le prévoient.
A compter du 1er mars 2014 la création d'un forfait D24 d'entraînement à l'Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) rend à nouveau possible la facturation des séances d'entraînement à l'hémodialyse par les UDM.

Autorisation du cumul de facturation d'un GHS avec le forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11) : la facturation du forfait D11 lorsque la séance de dialyse est réalisée en UDM est autorisée en sus d'un GHS, au même titre que lorsque les séances de dialyse sont effectuées en centre. Ce cumul de facturation est en adéquation avec les orientations nationales de développement de la dialyse hors centre, qui ne doivent pas être freinées par les règles de facturation.

V. Supplément « surveillance continue » et réanimation pédiatrique

Jusqu'à présent l'une des conditions permettant la facturation du supplément « surveillance continue » SRC était le transfert direct du patient depuis une unité de réanimation adulte autorisée, alors que le transfert direct depuis une unité de réanimation pédiatrique ne permettait pas cette facturation.
Cette restriction est levée, et **la facturation du supplément SRC est désormais possible en cas de transfert direct du patient depuis une unité de réanimation pédiatrique autorisée**.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Compte tenu d'une demande croissante des acteurs d'apporter davantage de transparence dans la construction des tarifs de campagne, cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire qui s'articulent autour de deux grandes phases :

- l'une portant sur les modifications relatives au périmètre des tarifs ;
- l'autre portant sur la modulation tarifaire

I. Première phase de la construction tarifaire : le changement de périmètre du tarif

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

Pour 2014, trois types de mesure impactent le périmètre des tarifs ; elles sont classées dans les trois catégories suivantes :

a. Modification de la classification GHM : mise en place de la V11f

Comme précisé dans l'annexe 1, les principales nouveautés de la V11f sont :

- La création de deux nouvelles racines : 07K06 et 23M21 ;
- La suppression de trois racines 05K18 ; 23M13 et 23M18 ;

Par ailleurs, en déclinaison de la classification les nouveautés relatives aux GHS sont les suivantes :

- La création de GHS majorés sur la racine 05C08.
- La suppression du GHS majoré sur la racine 12C041

Hormis pour les nouveaux GHM, les évolutions de la classification n'ont pas fait l'objet de modification tarifaire.

- Pour la nouvelle racine 07K06 *« Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire »,* dont les séjours proviennent essentiellement de la racine 07M06, le tarif des GHS a été fixé en préservant la masse financière issue de la classification V11e sur ces deux racines et en respectant l'échelle des coûts[1] entre les deux racines. Ainsi, les tarifs des GHS de la racine 07M06 ont été modifiés.
- Pour la racine 23M21 *« Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation »*, le tarif a été fixé en fonction du financement moyen issu de la classification en V11e des séjours composants ces nouveaux GHM.

b. Réintégration des MO-DMI inscrits sur la liste en sus

Comme chaque année, des molécules onéreuses (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI) ont été radiés de la liste en sus et réintégrés dans les tarifs de GHS.

Les molécules onéreuses et les DMI, réintégrés au 1er mars 2014 dans les tarifs, sont les spécialités pharmaceutiques à base d'agents stimulants de l'érythropoïèse (EPO) et les DMI suivants : les implants d'extension cutanée gonflable, les implants de pontage, et les implants testiculaires. La réintégration consiste à transférer dans les tarifs la masse financière correspondante à ces spécialités sur la base des dépenses remboursées constatées en 2013 (hors EMI).

[1] Coûts au champ tarifaire

Pour l'EPO, la masse transférée a pris en compte le nouveau tarif de responsabilité fixé par le CEPS en octobre 2013. Pour la réintégration, l'ensemble des racines d'EPO a été impacté, y compris les forfaits de dialyse hors centre (forfaits D,) en fonction de leur consommation sur l'année 2013.

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

- les implants d'extension cutanée gonflable : 09C03 ; 09C04 ; 09C05 ; 09C06 ; 09C11
- Pour les implants de pontage : 05C03 ; 05C06 ; 05C10 ; 05C11
- Pour les implants testiculaires.12C05 ; 12C06 ; 12C07

Par ailleurs, une molécule, à savoir l'Hexvix®, a été réinscrite sur la liste en sus suite à un contentieux auprès du Conseil d' Etat. Cette réinscription a entraîné la baisse des tarifs des GHS auxquels appartiennent les séjours consommateurs. A titre d'exemple sur le GHM 11C131 (Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques) toutes choses égales par ailleurs, la conséquence de cette étape a entraîné une baisse du tarif de 1,32% sur le secteur ex DG indépendamment des effets liés aux étapes décrites ultérieurement.

Sur le champ HAD, les molécules radiées de la liste en sus lors des campagnes 2010 à 2013 n'avaient pas fait l'objet d'une intégration dans les tarifs GHT. Le financement de ces molécules a été réalisé entre temps via des crédits spécifiques AC.
Pour 2014, il a été acté de réintégrer ces molécules onéreuses dans le modèle de financement à la journée.
La réintégration est ciblée sur le MPP 05 (Chimiothérapie anti-cancéreuse), compte tenu de la nature des molécules (principalement des anticancéreux). Elle consiste à augmenter la pondération du MPP 05 de 0,2 point. Cette hausse permet aux journées avec le MPP de chimiothérapie d'être en moyenne financées par un GHT supérieur.
Par conséquent, la valeur faciale des tarifs des GHT n'a pas été modifiée.
La modification de la pondération du MPP 05 apparaît dans le guide méthodologique de l'activité d'HAD et sera directement intégré dans les outils de transmission de l'activité d'HAD à partir de mars 2014.

En revanche, cette technique de réintégration n'a pas pu être appliquée pour l'EPO dès cette année. Elle le sera très probablement lors de la campagne 2015. Dans l'attente, les établissements se verront compensés via une dotation AC en fonction de leur consommation 2013.

c. Suppression des bornes basses en chirurgie

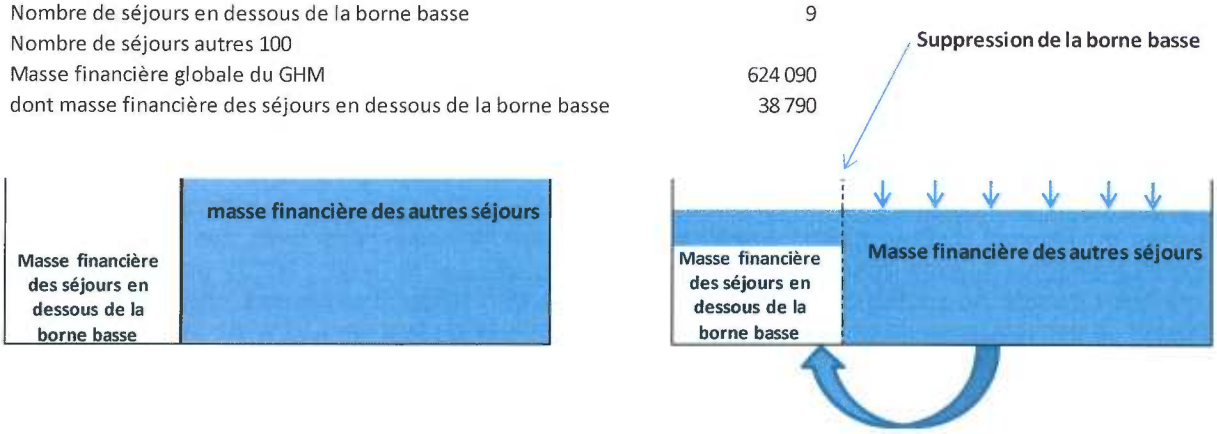
Un des axes majeurs de la campagne tarifaire 2014 est l'amplification des incitations tarifaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, une des actions menées est de supprimer l'ensemble des bornes basses sur les GHM de chirurgie de niveau 1 afin de favoriser les prises en charge innovantes en chirurgie ambulatoire.

Cette mesure conduit à la suppression de 99 bornes bases dans le secteur ex-DGF et 76 dans le secteur ex-OQN.

Il convient de noter que tout changement des bornes sur un GHM entraîne une évolution de la valeur faciale du tarif. En revanche, 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 le niveau 1 implique également une modification en cascade du financement des niveaux supérieurs. Ainsi, si cette opération est neutre sur le financement moyen des séjours d'un GHM, elle entraîne toutefois des évolutions tarifaires.

Exemple d'un GHM avec une borne basse à 2 jours (sans borne haute)

Borne basse =2	
tarif du GHM	5 853
tarif du forfait EXB	1 543
Nombre de séjours en dessous de la borne basse	9
Nombre de séjours autres 100	
Masse financière globale du GHM	624 090
dont masse financière des séjours en dessous de la borne basse	38 790



Nouveau tarif = 5725 €
La suppression de la borne basse entraîne une baisse du tarif de 2,2%.
Mais la rémunération reste constante.

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

Pour l'année 2014, la modulation tarifaire a consisté à :

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

Afin d'éclairer les choix relatifs aux modulations, l'ATIH a développé une méthode consistant à calculer des tarifs « issus des coûts » (TIC), tarifs dont la hiérarchie est identique à celles des coûts issus de plusieurs années de recueil 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

La mise à jour de cette étude ayant servi à la modulation tarifaire de la campagne 2014 sera publiée très prochainement.

a. Renforcement de la politique incitative à la CA

La campagne 2014 s'inscrit dans la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire, d'une part en amplifiant les incitations tarifaires en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire et d'autre part en désincitant à la prise en charge en hospitalisation complète.

Les mesures favorisant la prise en charge en ambulatoire se traduisent par la suppression des bornes basses pour l'activité de chirurgie (cf. supra), et par la fixation de tarifs uniques entre l'hospitalisation complète de niveau 1 et les séjours d'ambulatoire (niveau J).

Pour rappel, la campagne 2013 a étendu l'application du tarif unique sur 47 racines. La campagne 2014 généralise le tarif unique à l'ensemble des 111 couples 1/J. Les modalités de fixation de ce tarif unique sont différentes selon le niveau de développement actuel de chirurgie ambulatoire propre à chaque secteur.

Ainsi, 4 classes sont créées :

- Classe 1 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est supérieur à 80%
- Classe 2 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 50% et 80%
- Classe 3 : Couples dont le taux de chirurgie est compris entre 10% et 50%
- Classe 4 : Couples dont le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à 10%

Pour chaque classe le tarif a été calculé comme suit :

- Classe 1 : Tarif issu des coûts moyens 1/J (cf. supra)
- Classe 2 : Tarif moyen pondéré par le taux tendanciel[2] de chirurgie ambulatoire
- Classe 3 : Tarif moyen pondéré par le taux observé de chirurgie ambulatoire
- Classe 4 : Tarif du niveau 1

Ainsi, pour la classe 1, dont le développement de l'ambulatoire est quasiment à son terme, le tarif unique est mis en articulation avec le principe de neutralité tarifaire (cf. infra). Pour les autres classes, le mode de calcul du tarif unique permet une incitation plus grande à la prise en charge en ambulatoire, lorsque le taux de chirurgie ambulatoire actuel est bas. A noter que pour les couples avec un taux d'ambulatoire très bas (classe 4), le tarif unique n'implique pas de désincitation à la prise en charge sur le niveau 1.

Par exemple, le niveau 1 et le niveau J de la racine 12C06 (Interventions sur la bouche) ont été mis en tarif unique en 2014. Sur le secteur ex DG, le tarif unique est défini en fonction du tarif moyen pondéré par le taux tendanciel proche de 75% pour un taux observé de 65%. Ainsi, les tarifs de 2013 étaient respectivement de 1 516€ sur le niveau 1 et de 1 294€ sur le niveau J. Le tarif de 2014 est désormais unique et d'une valeur de 1 350€.

La répartition des GHM selon les différentes classes est la suivante :

Classes	Ex DGF	Ex OQN
Nombre de GHM		
Classe 4 : tarif 1	9	7
Classe 3 : tarif moyen - taux observé	66	44
Classe 2 : tarif moyen - taux tendanciel	24	34
Classe 1 : TIC moyen - taux tendanciel	12	26

Dans le cadre de la politique globale sur la chirurgie, une action a également porté sur les GHM de chirurgie des niveaux 2,3 et 4 en situation de sur financement. Elle se traduit par la mise en application du principe de neutralité tarifaire pour les activités présentant une situation de sur financement d'au moins 5%. Les tarifs de ces GHM ont été diminués pour se rapprocher vers le tarif issu des coûts.

b. Application du principe de neutralité tarifaire

L'application du principe de neutralité tarifaire, qui fait suite aux préconisations établies dans les rapports de l'IGAS, de l'IGF et de la MECSS se poursuit lors de la campagne 2014.

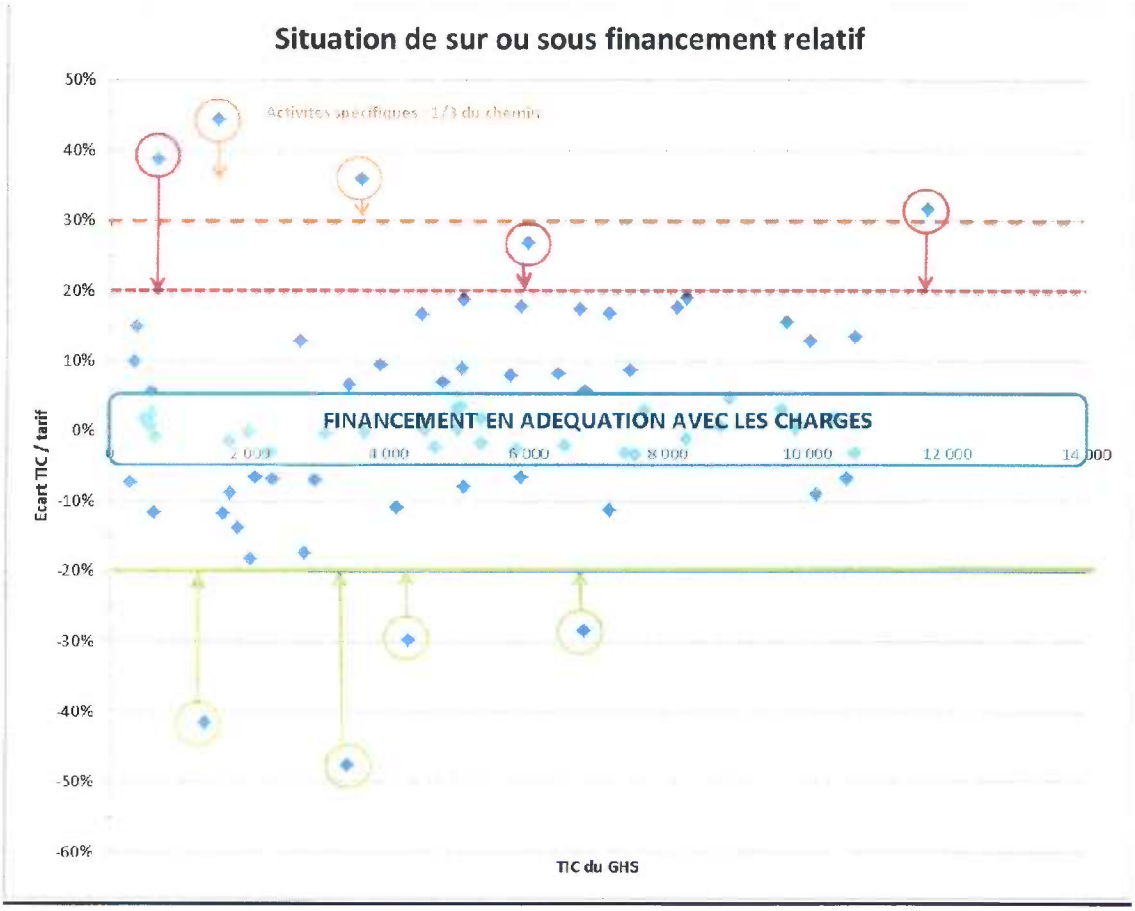
Ce principe de neutralité repose sur une hiérarchie des tarifs qui, selon l'IGAS, *« doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités. »*
Ceci suppose, non pas que les tarifs soient égaux aux coûts moyens constatés (la masse financière dédiée aux tarifs étant dépendante du respect de l'ONDAM) mais qu'ils soient fixés selon la même échelle que celle des coûts et donc ne pas favoriser une activité au détriment d'une autre. La seconde phase de la construction tarifaire a donc consisté à faire évoluer les tarifs pour les rapprocher des tarifs issus des coûts (TIC), c'est-à-dire les tarifs respectant à la fois la hiérarchie de l'échelle de coûts et la contrainte de l'ONDAM.

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

Sur la base de ce principe, les activités dites « extrêmes » ont été ciblées. Il s'agit des GHM dont les tarifs apparaissent en situation de sous financement « extrêmes » par rapport au TIC. Afin de financer cette mesure, une baisse des tarifs est opérée sur les GHM en situation de sur financement « extrêmes ». Les activités dites « spécifiques » (i.e. activités lourdes, cancer ...) sont également mises à contribution dans ce cadre. Toutefois leur niveau de contribution est modulé.

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

- les activités sous financées à plus de - 20% sur le secteur ex DG et -18% sur le secteur ex OQN
- les activités sur financées à plus de + 25%
- les activités « spécifiques » sur financées à plus de + 30% (activités lourdes et cancer...)



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-1213-3-2013 du 13 décembre 2013.

I. Codage de l'administration de fer injectable

Il s'agit ici de synthétiser les règles de codage liées à l'administration de fer injectable à titre thérapeutique qui ont été précisées dans le guide méthodologique de production des informations PMSI, mis en ligne dans une version provisoire, sur le site de l'ATIH.

Ces précisions résultent du classement en réserve hospitalière de toutes les spécialités à base de fer pour injection intra veineuse. Ce classement implique qu'elles devront désormais être prescrites, dispensées et administrées en milieu hospitalier, au sein des établissements de santé publics ou privés.

Pour 2014, la Direction générale de l'offre de soins s'est positionnée sur le fait que cette administration doit avoir lieu au cours d'une hospitalisation. Par conséquent, cette prise en charge aboutit en 2014 à la production d'un séjour.

Les précisions du guide méthodologique ont porté sur le chapitre IV au point 2.2 traitant de l'hospitalisation pour traitement, du guide des situations cliniques.

Dans le cadre d'une hospitalisation ayant pour motif l'injection de fer, la situation clinique est, **dans tous les cas et par convention**, celle d'une situation clinique pour traitement répétitif. Les consignes de codage ci-dessous devront s'appliquer même si l'injection de fer n'a lieu qu'une fois, si elle a été prévue comme telle, ou en raison d'une interruption de traitement. C'est la nature du traitement qui est prise en considération.

En conséquence, le codage du diagnostic principal (DP) est Z51.2 *Autres formes de chimiothérapie,* l'affection traitée est le diagnostic relié (DR) toutes les fois qu'elle respecte sa définition. L'anémie ou la carence martiale sont codées en DAS, ou en DR en cas de formes chroniques.

II. Précision sur le recueil des actes pour les ATU, FFM, SE et APE

La notice technique n°CIM-MF-1213-3-2013 du 13 décembre 2013, précise les conditions de production des RSFACE dans le cas des prises en charge comprenant un forfait ATU, FFM, SE, APE.

Ce point ne concerne pas la production de la facturation patient (aux organismes complémentaires). Tant que le taux de prise en charge UNCAM ne sera pas fixé, ces factures doivent être réalisées suivant les mêmes modalités que précédemment. Ainsi, les forfaits ne sont pas facturables au patient et les taux de remboursements des actes restent ceux applicables sur les ACE hors forfaits.
Pour les établissements sous FIDES, il convient de noter que les factures correspondant aux prises en charges donnant lieu à la facturation d'un forfait ATU, FFM, SE, APE ou dialyse ne doivent pas être télétransmises aux caisses. En effet, ces factures ne sont pas dans le périmètre et continuent à être valorisées par OVALIDE, à travers les RSF-ACE.

Nouveaux contrôles bloquants lors de la valorisation des RAFAEL :
Dans le cadre de la fiabilisation de la facturation des ACE, de nouveaux contrôles entraînant une non valorisation ont été implémentés dans OVALIDE.

1. A partir du 1er janvier, les DM non accompagnés d'un code APE, et les codes APE non accompagnés d'un DM ne sont plus valorisés. Jusqu'à présent il y avait seulement un signalement dans un tableau OVALIDE.
2. A partir de M3, pour les lignes des RAFAEL correspondant aux forfaits ATU, FFM, SE, APE et dialyse : le prix unitaire doit être égal à celui publié dans l'arrêté. Le montant Base de Remboursement devra être le résultat du calcul suivant : [Prix unitaire]x(Quantité]x(Coefficient]x[Coefficient MCO]
   Si ce n'est pas le cas, les forfaits correspondants ne seront pas valorisés.

III. Instruction Yondelis

L'instruction N° DGOS/PF2 /PF4/2014/48 du 11 février 2014 relative aux modalités de soutien au financement, à titre exceptionnel, de la spécialité Yondelis® trabectédine dans la prise en charge des patients atteints de sarcomes des tissus mous évolués, précise les modalités de recueil des informations médicales et de consommations des UCD de la spécialité Yondelis®.
Dans les indications de traitement du cancer de l'ovaire, ces spécialités doivent être recueillies dans le fichier FICHCOMP médicament et font l'objet d'une valorisation selon la procédure habituelle. Dans les indications de traitement de sarcomes des tissus mous évolués, le recueil ne fait pas l'objet de valorisation, mais servira à la répartition du soutien au financement. Seules seront prises en compte les consommations dont un diagnostic de sarcome des tissus mous (C49.* ou autre) pourra être retrouvé dans les RSA associés aux données de FICHCOMP-ATU transmises.

IV. Compléments sur des règles de valorisation

A. Valorisation des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus

Dans le cadre de la valorisation réalisée par OVALIDE, lors de la modification d'un tarif pour un médicament ou un dispositif médical inscrit sur la liste en sus, ce nouveau tarif est applicable à partir du 1er jour du mois d'inscription.

B. Valorisation des séjours avec AME

Depuis 2012, l'ATIH procède à la valorisation des séjours d'AME pour les établissements ex-DG.
Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 14 décembre 2011, fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat à partir du 1er décembre 2013, le coefficient transitoire de 2% est supprimé ;
Conformément à l'arrêté du 13 décembre 2013 modifiant l'arrêté du 14 décembre 2011, à partir du 1er janvier 2014, le coefficient pérenne passe de 1,30 à 1,15.

V. Transmission de l'activité n-1 : utilisation du fichier lamda

A. Rappels :

LAMDA (Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité) est une application de l'ATIH qui permet aux établissements de santé ex-DGF de transmettre des données d'activité de l'année précédente pour :

- des séjours nouveaux ainsi que des actes et consultations externes
- des séjours qui avaient été transmis et qui ont été modifiés.

Les transmissions LAMDA sont encadrées par deux textes réglementaires :
- instruction DGOS du 24 juin 2011 ;
- circulaire DSS-DGOS du 18 juin 2012 ;

La circulaire de juin 2012 rappelle qu'en application de l'article L.162-25 du code de la sécurité sociale, « les établissements disposent désormais d'un délai de un an, à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier, pour émettre et transmettre leur facture initiale, et, éventuellement, leurs factures complémentaires ou rectificatives. » Cette disposition s'applique aux séjours des patients sortis à compter du 1er janvier 2012 et aux actes de consultations externes réalisés à compter du 1er janvier 2012.

Par ailleurs, l'arrêté PMSI ainsi que la circulaire de juin 2012 précisent que les transmissions LAMDA doivent être motivées par les établissements. Il est indiqué dans la circulaire que « les modifications de données d'activité via la transmission de fichiers à l'ARS par le logiciel LAMDA doivent être argumentées, répondre à des situations exceptionnelles et être approuvées par l'ARS ».

Des évolutions ont donc été apportées à l'outil LAMDA afin de prendre en compte le nouveau cadre réglementaire et la restriction à un an du délai possible de transmission des données complétées ou rectifiées.

B. Nouveautés 2014

a. Cadre général

A compter du 1er janvier 2014, seuls les envois LAMDA portant sur les données d'activité (n-1) pourront être transmis par les établissements aux ARS pour validation.

Les établissements préparent mensuellement :
- l'activité correspondant aux données cumulées de l'année en cours ;
- l'activité de l'année antérieure avec d'éventuelles modifications.

Un traitement est réalisé sur les deux fichiers (par GenRSA et la fonctionnalité LAMDA) :
- celui de l'année en cours ;
- celui de l'année précédente et le traitement lamda ne récupère que les modifications qu'il constate.

L'établissement transmet ces données d'activité issues de GenRSA vers les plateformes ATIH.
Les tableaux OVALIDE / MAT2A, lancés lors de la transmission, précisent pour Lamda :
- le type de modification (conditions de prise en charge, séjour, molécules onéreuses, ACE, etc.) ;
- la date de sortie pour les séjours ou date de soins pour les actes ;
- le type de modification du RSA (changement de DP, ajout de DA, ajout d'acte, etc.).

b. Validation ARS

La validation des transmissions par les ARS est réalisée pour chacun des éléments de la transmission :

– les données de l''année en cours ;
– les éventuelles modifications des données de l'année précédente.

La possibilité de validation séparée de Lamda (par rapport aux données de l'année en cours) mise en place en 2013, persiste donc en 2014.

c. Valorisation de l'activité

L'arrêté de versement est calculé sur les deux fichiers :

- sur la transmission pour l'année en cours ;
- sur les éventuelles modifications du fichier de l'année antérieure, pour les seules données produites initialement il y a moins d'une année par rapport au dernier mois de transmission de l'établissement.

Les modifications concernant les données de plus d'un an ne sont donc pas prises en compte pour l'arrêté de versement. Bien entendu, chaque mois, sont reportées dans l'arrêté de versement les données de plus d'un an ayant déjà donné lieu à valorisation au titre des mois précédents.

La valorisation se fait donc sur une fenêtre glissante de 13 mois :

- sur les mois transmis de l'année en cours ;
- sur les mois de l'année précédente datant de moins d'un an lors de la transmission par l'établissement.

Par exemple en avril 2014 la valorisation est réalisée :

- pour les trois mois transmis cumulés de l'année en cours (activité de janvier à mars 2014) ;
- pour les modifications éventuelles de l'activité de l'année 2013 concernant les 10 derniers mois de soins (activité de mars à décembre 2013).

L'arrêté de versement mensuel indique le montant calculé de l'activité de l'année en cours cumulée depuis janvier et le montant de l'activité LAMDA de l'année précédente pris en compte.