

Campagne tarifaire et budgétaire 2020

Nouveautés « financement »

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

Pour 2020, la première a été publiée en décembre (notice technique n° CIM-MF-722-1-2020 du 20/12/2019), présentant les nouveautés 2020 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La présente notice, publiée tardivement en raison de la crise sanitaire, 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 et HAD. En outre, il convient de noter qu'en raison de la pandémie et de son impact sur l'activité des établissements de santé, les pouvoirs publics ont mis en place un mécanisme de garantie de financement. Ce mécanisme vise d'une part à sécuriser le niveau des recettes des établissements et d'autre part à garantir un versement mensuel déconnecté de l'activité de soins réellement réalisée. Cependant, pour les établissements qui, sur la période mars à décembre, connaîtront une évolution d'activité favorable, cette dernière est prise en compte par un mécanisme de régularisation de la garantie. L'ensemble du mécanisme est décrit dans une notice disponible sur le site de l'agence : <https://www.atih.sante.fr/financement-covid-19>

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).

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 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- l'arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 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 » :

- Gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé
- Création de GHS dédoublés
- Elargissement du périmètre de la mesure de soutien à la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)
- Affinement des suppléments transports à la distance
- Forfait D11 dans le cadre d'une prestation inter-établissement
- Evolution du forfait annuel greffe (FAG)

I. Gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé

Le cadre général des conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée est prévu par l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé.

Dans le cadre de la campagne 2020, la poursuite de la politique tarifaire de soutien au développement de l'ambulatoire se traduit par les modifications suivantes de l'arrêté « Forfaits » :

- Suppression des forfaits FPI, AP2, SE5 et SE6 et modification du périmètre du forfait APE
- Modification des règles relatives à la facturation des GHS : GHS plein et GHS intermédiaire

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé (instruction n°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020) vient préciser les termes de cet arrêté. Cette instruction appelée dans la suite du document « instruction Gradation » décrit les conditions de facturation des prises en charge hospitalières sans nuitée avec une gradation allant des prises en charge en externe jusqu'à l'hospitalisation de jour. L'instruction Gradation vient remplacer la circulaire frontière de 2010.

L'instruction Gradation permet notamment de clarifier les critères de facturation entre l'activité externe et l'activité d'hospitalisation de jour. Pour les hôpitaux de jour de médecine, ce nouveau corpus permet de caractériser la mobilisation de moyens mis en œuvre pour la prise en charge du patient à travers le nombre d'interventions réalisées tout en tenant compte de la fragilité du patient ou de son terrain à risque ainsi que les spécificités de certaines prises en charge qui peuvent requérir un temps de surveillance prolongé ou le recours à un environnement spécifique. Ces évolutions se traduisent notamment par la création d'un niveau intermédiaire de prise en charge qui fait l'objet d'une facturation par un GHS dédié.

1. Suppression de certains forfaits associés à des prestations hospitalières sans hospitalisation

Les prestations non suivies d'hospitalisation sont visées par les dispositions des 2° à 6° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de prestations qui ne nécessitent pas une admission du patient dans une unité d'hospitalisation mais doivent être réalisées dans un environnement hospitalier au sens de structure hospitalière autorisée. Ces prestations peuvent donner lieu à la facturation de forfaits.

La nouvelle instruction crée un niveau de GHS intermédiaire au périmètre plus large que le « forfait prestation intermédiaire » (FPI) et acte que l'administration d'un produit de la réserve hospitalière justifie la facturation d'un GHS. Par conséquent, les forfaits suivants sont supprimés :

- le FPI qui était 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 ;
- le forfait AP2, qui pouvait être facturé pour des 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 ;
- les forfaits SE5 et SE6, qui pouvaient être facturés pour les actes CCAM associés à l'administration de toxine botulique.

Concernant l'administration de médicaments, le forfait « administration de produits en environnement hospitalier » (APE) est conservé mais avec une modification de son périmètre : il est facturé pour les administrations de médicaments (et de dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus. Pour l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, un GHS pour prise en charge hospitalière sans nuitée à taux plein est facturé (cf. paragraphe suivant et annexe 3 de la présente notice).

2. Modification des règles relatives à la facturation des GHS : GHS plein et GHS intermédiaire

Pour pouvoir justifier la facturation d'un GHS, l'annexe 4 de l'instruction Gradation décrit une condition commune à l'ensemble des prises en charge : l'admission dans une structure d'hospitalisation de jour.

La création d'un niveau intermédiaire facturé par un GHS, nécessite de créer pour l'activité de médecine sans nuitée de nouveaux GHS pour la campagne 2020.

Les prises en charge sans nuitée justifient la facturation d'un GHS déjà existant dit « GHS plein » dans les cas suivants :

- les séjours au cours desquels le patient est décédé, transféré, a fugué ou est sorti contre avis médical ;
- les séances et les séjours comprenant une prise en charge de type séance ;
- les soins palliatifs (GHM 23Z02T) ;
- les séjours avec un acte classant¹ ;
- les séjours avec une prise en charge médicale associée à un geste d'anesthésie générale ou locorégionale ;
- les séjours pour administration de produits de la réserve hospitalière.

Pour les autres prises en charge (c'est-à-dire les prises en charge de médecine sans acte classant), les critères de facturation sont les suivants :

- la facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées ;
- la facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions coordonnées par un professionnel médical. La fixation de la valeur de ces GHS est décrite dans l'annexe 2 la présente notice.

Ces conditions sont détaillées dans l'annexe 4 de l'instruction Gradation. Le dénombrement des interventions, le contexte patient et la surveillance particulière sont définis dans l'instruction et font l'objet de la création de nouvelles variables dans le PMSI (annexe 3 de la présente notice).

¹ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'Annexe 8 du Volume 1 du Manuel des Groupes Homogènes de Malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016.

II. Création de nouveau GHS dédoublés

1. Bevacizumab et DMLA

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires ayant modifié les conditions permettant de facturer un séjour hospitalier, l'administration de bevacizumab (AVASTIN) dans le cadre de la DMLA fera dorénavant à nouveau l'objet d'une valorisation par un GHS. Ainsi le séjour au cours duquel il sera procédé de façon isolée à l'injection de bevacizumab (acte BGLB001) sera groupé en racine 02C11J « Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire » pour laquelle le GHS octroyé sera le GHS 398.

2. Thermoplastie bronchique

La thermoplastie bronchique, repérée par l'acte GEME121, dès lors qu'elle est réalisée au sein d'un séjour groupé dans la racine 04M03 (bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans) bénéficie d'un GHS majoré à compter du 1^{er} mars 2020.

III. Elargissement du périmètre de la mesure de soutien à la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Pour la campagne tarifaire 2019, une mesure de soutien au développement de l'activité RAAC a été mise en place. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée.

En campagne 2020, deux racines de GHM viennent s'ajouter aux 17 racines de GHM concernée par cette mesure en 2019 :

- 04C02 : Interventions majeures sur le thorax
- 08C22 : Interventions pour reprise de prothèses articulaires

IV. Affinement des suppléments transports à la distance

La campagne 2020 est marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 LFSS 2017). Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissements, et ce à compter du 1^{er} octobre 2018. Les transports visés par cette réforme (intégralité des transports de patients déjà hospitalisés sauf exception) ne sont donc plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements.

Pour la campagne 2019, les modalités de financement et de recueil des informations relatives aux transports ont été précisées dans une notice complémentaire².

La principale évolution pour la campagne 2020 concerne l'affinement des suppléments en fonction la distance kilométrique. Ainsi la valeur des suppléments est à la fois fonction du type de transfert (définitif et provisoire pour réalisation d'une séance) et de la distance en km. Les classes de distances et les valeurs des suppléments du champ MCO sont décrites dans le tableau suivant :

²https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3595/notice_technique_complementaire_interchamps_transports_2019_n_cim-mf-354-5-2019.pdf

Type de supplément	Classe de distance (km)	Valeur (€)
TDE	< 25 km	77,05 €
	25 – 74 km	136,68 €
	75 – 149 km	257,52 €
	150 – 300 km	423,74 €
	> 300 km	930,94 €
TSE	< 40 km	159,29 €
	40 – 79 km	215,45 €
	80 – 160 km	325,68 €
	> 160 km	484,45 €

Les classes et valeurs correspondent à la facturation d'un aller-retour

V. Forfait D11 dans le cadre d'une prestation inter-établissement

À partir du 1^{er} mars 2020 les séances d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) réalisées dans le cadre de prestations inter-établissements (PIE), respecteront les mêmes conditions que définies à l'[article 4bis alinéa 2 de l'arrêté du 19 février 2015](#) s'appliquant aux GHM de la catégorie majeure 28, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z.

Ainsi, dans le cas d'hémodialyse en UDM effectuée en PIE, l'établissement prestataire ne facturera plus sa prestation (forfait D11) à l'établissement demandeur comme décrit dans la [note d'information DGOS/R2/DSS/1A/2018/80 du 19 mars 2018](#) et la [notice ATIH CIM-MF-559-6-2018](#), mais directement à l'assurance maladie, comme pour les séances de dialyse radiothérapie et chimiothérapie faisant l'objet d'une facturation en GHS.

De même, concernant le transport lié à cette PIE, l'établissement prestataire est considéré comme prescripteur ; il assume donc la charge du transport et peut facturer un supplément TSE.

VI. Evolution du forfait annuel greffe (FAG)

Pour l'année 2020, un nouveau compartiment est créé afin d'avoir un financement dédié au financement de la cohorte de donneurs vivants. Ce financement permettra l'amélioration de la qualité du suivi de cohorte des donneurs vivants sur la base du système d'information Cristal : le financement rémunère les équipes ayant un taux d'exhaustivité de la base Cristal DV supérieur à 80% ou une progression par rapport à l'année précédente.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

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

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

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.

A. Maintenance de la classification des GHM (V2020)

Deux évolutions sont intégrées dans la classification des GHM V2020³ :

- L'ensemble des séjours avec au moins un acte thérapeutique sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie sont orientés dans la racine 08C58.
- les séjours associant un acte d'endoscopie digestive thérapeutique et un acte de cholécystectomie sont orientés vers la racine 07C12.

Ces évolutions n'entraînent pas de modification des tarifs associés.

Par ailleurs, les nouveautés relatives aux GHS sont les suivantes (voir Annexe 1 également) :

- la création d'un GHS minoré sur le GHM 02C11J (Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères), afin de financer les prises en charge donnant lieu à l'injection de bevacizumab (AVASTIN®) dans le cadre de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ;
- la création de GHS majorés sur la racine 04M03 (Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans) pour financer la technique de "plastie des bronches par radiofréquence par endoscopie » (thermoplastie bronchique).

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

- Pour le GHS de bevacizumab (AVASTIN®) dans la DMLA (02C11J), il s'agit d'un tarif ad hoc fixé en fonction du coût de la prise en charge ;
- Pour les GHS finançant la thermoplastie bronchique, le tarif correspond au tarif du niveau de la racine associée majoré du surcoût moyen estimé.

³ Pour plus d'informations sur les changements de classification, se reporter à la notice PMSI de décembre 2019 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3697/notice_technique_atih-722-1-2020_nouveautes_pmsi_2020.pdf

B. Création des GHS intermédiaires dans le cadre de la nouvelle instruction Gradation

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires, dont les éléments sont détaillés dans l'annexe 1 de la présente notice, conduit à la création en 2020 de nouveaux GHS dit « intermédiaires ».

Les tarifs intermédiaires pour les GHM en « M » (3^{ème} lettre du GHM) sont calculés en appliquant un coefficient d'abattement de 50% sur un tarif de référence correspondant aux prises en charge sans nuitée construit sur la base des données de l'ENC. Ces tarifs sont regroupés par « classe » pour assurer une meilleure lisibilité au dispositif qui conduit ainsi à ne fixer que quelques valeurs différentes pour ces prises en charge.

Les tarifs intermédiaires pour les GHM en « Z » sans acte classant correspondent au tarif du GHS plein des séjours de médecine sans nuitée à l'exception des GHM 14Z06T (menaces d'avortement) et 14Z16T (Faux travail et menaces d'accouchements prématurés) dont la règle de fixation est identique à celle des GHM en « M ».

C. Transferts de crédits : Incitation financière à la qualité

En 2020, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est portée de 200M€ à 400M€. En contrepartie, les tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD sont diminués de 0.40%.

II. Deuxième phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2020, la modulation tarifaire a consisté à :

- soutenir le développement de l'ambulatoire ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- poursuivre la politique tarifaire d'incitation au développement des prises en charge de dialyse hors centre

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 les années précédentes, un indicateur de fiabilité des TIC est calculé, afin de consolider l'utilisation de cette référence.

a. Politique tarifaire de soutien au développement des prises en charge ambulatoires en médecine et en chirurgie

Les modulations tarifaires mises en place en campagne 2020 sont principalement centrées sur le soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie et en médecine.

✓ Chirurgie

La campagne 2020 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire.

Cette mesure se traduit par une revalorisation des tarifs uniques (couple 1/J) de chirurgie ambulatoire qui sont en situation de sous financement. Comme les années précédentes, la modulation tarifaire est définie en fonction d'un tarif cible issu des recommandations du rapport IGAS-IGF concernant le développement de la chirurgie ambulatoire.

Pour mémoire les modalités de construction du tarif unique sont fixées en fonction du taux de chirurgie observé (du couple 1/J) sur la base de quatre classes :

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

Le tarif cible est ensuite défini par classe de la manière suivante :

- Classe 1 : tarif cible est fixé au niveau du TIC du J
- Classe 2 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux cible 2020⁴
- Classe 3 : tarif cible est fixé sur la base du TIC moyen pondéré par le taux observé
- Classe 4 : tarif cible est fixé sur la base du TIC du niveau 1

Pour le secteur ex-DGF, les couples en TU sous-financés à plus de 10% par rapport au tarif cible sont réhaussés jusqu'à -10% du tarif cible.

Pour le secteur ex-OQN, l'ensemble des couples en TU sous-financés à plus de 5% ont été revalorisés.

À titre d'exemple, dans le secteur ex-DGF, le TU de la racine 05C17 (Ligatures de veines et éveinages) présentait un écart de -16% par rapport au tarif cible. Le tarif unique a donc été augmenté de 7% passant de 1 327€ en 2019 à 1 423€ en 2020.

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation de ces activités a été financée par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples en situation de sur financement par rapport au tarif cible. Ces couples ont parcouru 24% du chemin vers le tarif cible.

Pour le secteur ex-DGF, la revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées a été financée, en partie, par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples en situation de sur financement par rapport au tarif cible, mais également par la baisse des tarifs de médecine de niveau 1 et 2 surfinancés et par la baisse du tarif d'hémodialyse (cf. infra).

✓ Médecine

Dans la poursuite des deux campagnes précédentes, les séjours courts de médecine sous financés sont revalorisés.

Les tarifs de médecine de courte durée (GHM en J et en T) sous financés, ayant un TIC bon ou correct, sont ainsi rehaussés jusqu'à -5% du TIC. À titre d'exemple, le tarif du GHM 04M19T (Tuberculoses, très courte durée) s'élève à 562€ en 2019 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 660€ en 2020.

En contrepartie, dans le secteur ex-DGF, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués pour financer à la fois la revalorisation des GHM de médecine de courte durée et la revalorisation de la chirurgie ambulatoire sous financée (cf. supra). La baisse consiste à faire converger le tarif vers le tarif issu des coûts. Les activités spécifiques⁵ sont également mises à contribution mais de manière plus limitée (90% du chemin vers +20% du TIC).

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation des tarifs des GHM de médecine de très courte durée sous financés est compensée par une baisse uniforme des tarifs de médecine (baisse de -0.9%).

b. Revalorisation de l'obstétrique

⁴ 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.

⁵ Les activités dites « spécifiques » correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

Dans la continuité des campagnes 2016 et suivantes, les tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A/B et 14Z13A/B) ont été revalorisés vers le TIC dans le secteur ex-OQN.

À titre d'illustration, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 684€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 926€.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

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

c. Poursuite de la politique tarifaire d'incitation au développement des prises en charge de dialyse hors centre

Depuis plusieurs années, le levier tarifaire est mobilisé pour désinciter les prises en charge de dialyse en centre et inciter au développement des prises en charge hors centre.

Ainsi, les tarifs d'hémodialyse sont diminués cette année au regard du sur financement constaté. Ainsi, dans les deux secteurs, le tarif du GHS d'hémodialyse en centre (9605) est ramené au TIC +5%.

Pour le secteur ex-OQN, et afin de maintenir l'écart de tarif entre la prise en charge en centre et en UDM, le tarif du D11 baisse du même taux.

La marge tarifaire dégagée par cette baisse a été redéployé de manière ciblée sur la chirurgie ambulatoire pour le secteur ex DG et de manière uniforme sur l'ensemble de l'activité pour le secteur ex OQN.

III. Taux d'évolution des tarifs

a. Coefficients de reprise

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise⁶.

Les coefficients de reprise pour 2020 prennent les valeurs suivantes :

Le coefficient de reprise est neutre pour les établissements publics qui ne bénéficient d'aucun des dispositifs d'allègements concernés.

Le coefficient de reprise est fixé à -2,82% pour les établissements privés lucratifs qui bénéficient depuis 2013 du crédit d'impôt compétitivité-emploi (CICE) et depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité. Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -2,89%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,73% pour les établissements privés non lucratifs qui bénéficient depuis 2015 des bénéfices liés au pacte de responsabilité et depuis 2017 des bénéfices liés au crédit d'impôt compétitivité emploi (CITS). Ce coefficient est en légère baisse par rapport à 2019 (coefficient fixé à -1.77%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

a. Taux d'évolution des tarifs par prestation

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

⁶ Le décret n° 2018-130 du 23 février 2018, crée des coefficients de reprise applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1er Mars 2018

	Secteur ex-DGF		Secteur ex-OQN	
	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre
GHS	0.64%	0.25%	0.60%	0.20%
Suppléments (hors suppléments transports)	0.63%	0.23%	0.63%	0.23%
Suppléments transports	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Dialyse hors centre	0.63%	0.23%	0.63%	0.23%
SE/PO/ATU/FFM/APE/FPI	0.23%	0.23%	0.23%	0.23%
HAD	1.50%	1.10%	1.50%	1.10%
Evolution globale moyenne	0.65%	0.25%	0.65%	0.25%

Annexe 3

Compléments 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-722-1-2020 du 20/12/2019).

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

- Précisions relatives au codage dans le cadre de l'instruction gradation ;
- Précisions relatives aux évolutions du recueil « Transports intra et inter établissements » ;
- Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques » : Maladie rénale chronique ;
- Rappel du calendrier relatif à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU
- Précisions relatives au recueil d'information dans le cadre de l'expérimentation article 51 anticancéreux ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells ;
- DATEXP thérapie génique ;
- Précisions relatives au recueil des molécules coûteuses hors liste en HAD ;
- Précisions relatives au recueil des thrombolytiques.

I. Précisions relatives au codage dans le cadre de l'instruction gradation

Séjours concernés par l'évolution du recueil

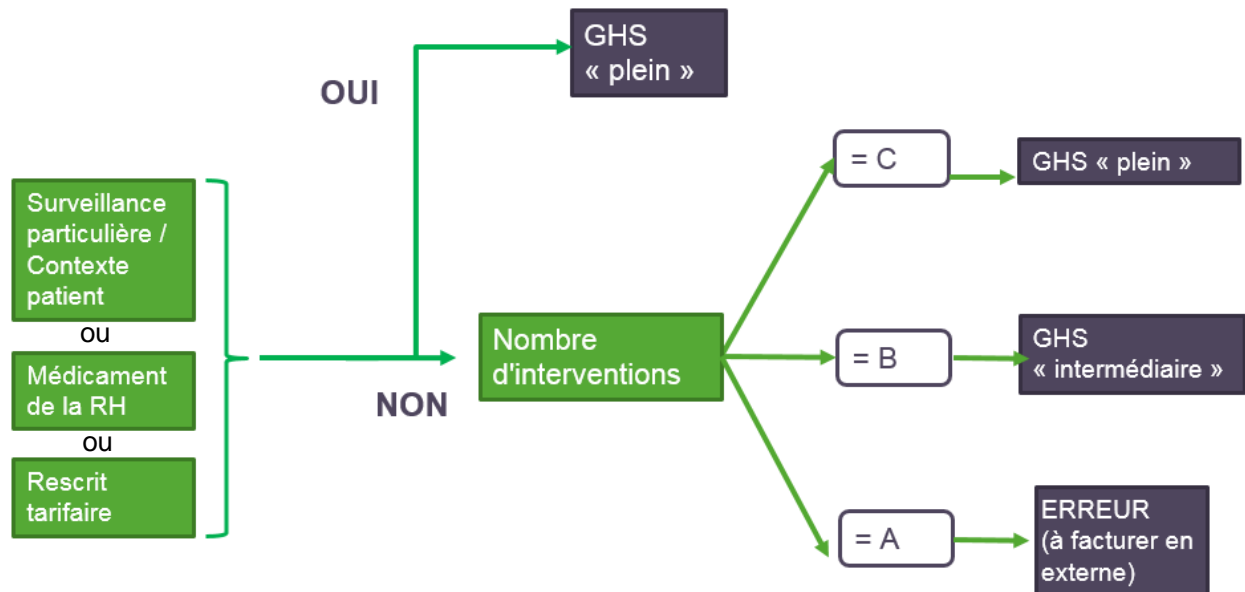
De nouvelles variables sont recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors de la prise en charge des patients en séjours de médecine (c'est-à-dire sans acte CCAM classant) pour lesquels la date de sortie est la même que la date d'entrée.

Parmi les séjours sans nuitée, le recueil de ces variables ne concerne pas :

- l'UHCD, sauf pour l'administration de produits de la réserve hospitalière ;
- les prises en charge qui ne relèvent d'aucune condition spécifique tel que précisé dans l'instruction :
 - les séjours au cours desquels le patient est décédé, transféré (mode de sortie 9 ou 7), a fugué ou est sorti contre avis médical (Z53.2 «acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées » en DAS) ;
 - les séances (racines de la CMD28)
 - les séjours comprenant une prise en charge de type séance :
 - séjours comprenant un DAS de séance (Z49.- et Z51.-)
 - séjours comprenant un acte de séance compris dans les listes :
 - actes d'aphérèse sanguine
 - actes d'oxygénothérapie hyperbare en caisson
 - actes de transfusion suivants : FELF006, FELF011, FELF012, FEJF006
 - actes d'irradiation en dose unique : liste A-342 du volume 2 du manuel des GHM
 - les soins palliatifs (23Z02T) ;
 - les prises en charge en addictologie (racines 20Z02 ; 20Z03 ; 20Z04 et 20Z06) ;
- les séjours avec acte CCAM classant⁷ ;
 - les prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie générale ou locorégionale (prises en charge nécessitant la réalisation d'un geste d'anesthésie complémentaire ou séjours comprenant un acte - classant ou non - avec un code activité 4).

⁷ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'Annexe 8 du Volume 1 du Manuel des Groupes Homogènes de Malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016.

Les nouvelles variables, ainsi que les consignes de codage, sont décrites dans le guide méthodologique ATIH MCO 2020. Ces variables permettent de déterminer le GHS qui sera facturé pour chaque séjour concerné (GHS dit « plein » ou « intermédiaire ») selon l'algorithme ci-dessous :



Ainsi les séjours sans nuitée ne correspondant pas aux exclusions listées plus haut, se verront attribuer un GHS en fonction du résultat de l'algorithme ci-dessus :

- Le codage de la valeur 1 pour l'une au moins des variables « surveillance particulière ou contexte patient », « administration de produit de la RH », ou « rescrit tarifaire » génère la valorisation par le GHS taux plein du GHM concerné ;
- En cas d'absence de codage de la valeur 1 pour les variables ci-dessus, l'algorithme prend en compte la valeur de la variable « nombre d'interventions » :
 - si la valeur est « C » (= 4 interventions ou plus), le GHS alloué sera un GHS taux plein du GHM correspondant ;
 - si la valeur est « B » (= 3 interventions), le GHS sera un GHS intermédiaire du GHM correspondant ;
- Si aucune variable n'est complétée ou si la seule valeur saisie est la valeur « A » (= moins de 3 interventions) pour la variable « nombre d'interventions », un GHM sera bien créé **mais ce GHM ne sera pas valorisé**. Dans ce cas il sera nécessaire d'annuler le séjour et de facturer en actes externes les prises en charge réalisées. Un code erreur signalera cette situation (code erreur : 242 SEJOUR A FACTURER EN EXTERNE).

II. Précisions relatives aux évolutions du recueil « Transports intra et inter établissements »

Un recueil FICHSUP transports, cumulatif annuel, a été mis en place depuis le 1^{er} octobre 2018 en MCO. L'objectif est de recueillir le nombre de suppléments transports et de les valoriser.

Ce recueil et les évolutions du recueil des suppléments transports présentés dans les paragraphes suivants concernent les établissements ex-DG. Pour les établissements ex-OQN, les informations concernant les suppléments transports sont remontées dans les RSF.

Évolution du recueil en 2020

➤ FICHSUP transports (support de la valorisation en 2020)

En campagne 2020, la variable classe de distance est ajoutée dans le FICHSUP transports pour permettre l'application de l'affinement de la valorisation des suppléments transports à la distance, à compter du 1^{er} mars 2020 (présenté en annexe 1 de la présente notice). Le FICHSUP transports reste le support de la valorisation des suppléments transports en 2020.

Ainsi, les variables à coder relatives aux suppléments transports dans le FICHSUP sont :

- Le code du supplément : TDE ou TSE
- La classe de distance (cf. tableau ci-après) :
 - pour les transports des séjours clôturés à partir du 1^{er} mars 2020, une valeur de 01 à 05 doit être renseignée pour les transferts définitifs (TDE) et une valeur de 06 à 09 doit être renseignée pour les transferts pour séances (TSE) ;
 - pour les transports des séjours clôturés en janvier-février 2020, une modalité sans classe « 00 » doit être renseignée quel que soit le type de transport, les transports réalisés pendant cette période n'étant pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance.

Pour mémoire un supplément TSE correspond à la valorisation d'un aller-retour. Ainsi pour un transfert provisoire pour réalisation d'une séance, il faut déclarer un seul supplément.

Identification des séjours concernés par le recueil des classes de distance :

Les transports ayant eu lieu au cours de séjours clôturés du 1^{er} janvier au 29 février 2020 ne sont pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance. Aussi, pour ces transports, la classe de distance doit être codée « 00 » quel que soit le type de transport. Les transports réalisés au cours de séjours clôturés à partir du 1^{er} mars 2020 sont concernés par le recueil de la classe de distance, qui doit être renseignée de 01 à 09 selon le type de transport (cf. tableau ci-après).

Valeur de la variable à coder pour la classe de distance :

Type de supplément	Date de transport	Classe de distance (km)	Valeur de la variable à coder
TDE ou TSE	Séjours clôturés en janvier-février 2020	Aucune	00
TDE	Séjours clôturés à partir du 1 ^{er} mars 2020	< 25 km	01
		25 – 74 km	02
		75 – 149 km	03
		150 – 300 km	04
		> 300 km	05
TSE		< 40 km	06
		40 – 79 km	07
		80 – 160 km	08
		> 160 km	09

Les classes de distance correspondent à un aller-retour

➤ FICHCOMP transports (fichier test non valorisé en 2020)

À partir du 1^{er} mai 2020, les établissements qui le souhaitent pourront recueillir les informations relatives aux suppléments transports dans un fichier FICHCOMP relié au séjour, **en plus du recueil FICHSUP**. L'objectif est de permettre aux établissements de tester le recueil des suppléments transports dans FICHCOMP au cours de l'année 2020. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2021, seul le recueil FICHCOMP sera utilisé. Le recueil FICHSUP sera supprimé après la remontée M12 2020.

Les variables à coder relatives aux suppléments transports dans le FICHCOMP sont les mêmes que celles présentes dans le FICHSUP transports en 2020, auxquelles sont ajoutées :

- la date de transport aller (variable facultative) ;
- le numéro FINESS géographique de l'établissement.

Une ligne doit être renseignée par supplément transport (**c'est-à-dire une seule ligne pour un aller-retour pour TSE**).

Valorisation

En 2020, le support de la valorisation est le recueil FICHSUP. Le recueil FICHCOMP n'est pas valorisé en 2020 (fichier test facultatif).

Le recueil FICHSUP sera supprimé après la remontée M12 2020. Le recueil FICHCOMP deviendra le support de la valorisation à compter du 1^{er} janvier 2021.

Une notice spécifique aux transports intra et inter établissements sera publiée prochainement.

Modification du cas particulier de la dialyse hors centre

Règles précédemment appliquées

Jusqu'au 29 février 2020, dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, contrairement à ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, l'établissement prestataire ne facturait pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre était facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur facturait, à l'assurance maladie, le forfait D correspondant à la réalisation de la séance de dialyse. Dans ce cas, pour le transport, c'est l'établissement demandeur qui était considéré comme prescripteur. Il assumait donc la charge du transport et pouvait facturer un supplément TSE.

Modification en campagne 2020

À partir du 1^{er} mars 2020, comme ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, c'est l'établissement prestataire qui facture à l'assurance maladie le forfait D (il ne facture plus sa prestation à l'établissement demandeur). Ainsi, pour le transport, l'établissement prestataire est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et peut facturer un supplément TSE.

III. Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques » : Maladie rénale chronique

La période de transmission des données M12 2019 du forfait pathologies chroniques « Maladie Rénale Chronique » (MRC) a été étendue afin de donner la possibilité aux établissements le souhaitant de transmettre, ou retransmettre, leurs données 2019 jusqu'à fin juillet 2020. Cet outil intègre une fonctionnalité d'import des données aux formats 2019 et 2020 afin de permettre aux établissements ayant commencé leur recueil sur d'autres supports de les intégrer à l'outil de recueil ATIH. Pour le recueil 2020, l'outil de transmission dédié sera disponible au téléchargement sur le site de l'ATIH à partir d'octobre. La date de fin de transmission sera précisée à cette occasion.

En 2020, la première transmission optionnelle des données du forfait MRC pour 2020 a été annulée. La première transmission de données obligatoire en 2020 se fera en M12.

En 2020, les données d'activité à renseigner intègrent les consultations d'IDE et de diététicien en plus de celles des médecins néphrologues. Les variables de résultats et qualité restent facultatives. Les détails de ce recueil sont publiés sur le site de l'ATIH.

IV. Rappel du calendrier relatif à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU

Mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU en MCO et en HAD.

Le codage des indications est obligatoire pour les médicaments de la liste en sus et des médicaments sous ATU et post-ATU pour les secteurs MCO et HAD. Les erreurs de codage ne sont plus valorisées. Pour rappel, le calendrier d'application est le suivant :

		Recueil possible ⁸ (valorisé si vide)	Recueil obligatoire ⁹ (non valorisé si vide ou absent du référentiel)	Recueil obligatoire et correct ⁸ (erreurs non valorisées)
MCO	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} septembre 2018	1 ^{er} mars 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} septembre 2019	1 ^{er} janvier 2020
HAD	Médicaments de la liste en sus	1 ^{er} mars 2018	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} décembre 2019
	Médicaments sous ATU et post-ATU	1 ^{er} mars 2019	1 ^{er} janvier 2020	1 ^{er} janvier 2020

V. Précisions relatives au recueil d'information dans le cadre de l'expérimentation article 51 anticancéreux

Dans le cadre de l'article 51, le ministère conduit une expérimentation concernant les médicaments anticancéreux. Cinq établissements de santé sont concernés. Ces établissements sont invités à remonter des informations sur les médicaments anticancéreux intra-GHS ainsi que des informations complémentaires sur la typologie des tumeurs et la progression de la maladie. Les informations sur les médicaments anticancéreux intra-GHS sont complétées dans un fichier *FICHCOMP anticancéreux intraGHS* avec le type de prestation « 14 ». Les autres renseignements sont recueillis dans un fichier *DATEXP méd anticancéreux*.

⁸ La date correspond à la date d'évolution du format.

⁹ La date correspond à la date d'entrée du séjour. Ainsi « 1^{er} septembre 2018 » signifie « pour les séjours ayant débuté au 1^{er} septembre 2018 et après ».

VI. Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells

Les actes d'injection des produits CAR-T Cells seront ajoutés à la CCAM courant 2020. Pour 2020, les consignes de codage sont inchangées et restent celles de 2019.

VII. Précisions relatives au recueil des molécules couteuses hors liste en HAD

La liste 2020 des spécialités pharmaceutiques spécifiques du secteur HAD est publiée sur le site de l'ATIH. Cette liste est applicable depuis le 1^{er} janvier 2020. Les déclarations doivent se faire dans le fichier FICHCOMP HAD.

Un tableau OVALIDE, 1.V.2.MCHL, permet de vérifier la cohérence des données renseignées par l'établissement HAD.

VIII. Précisions relatives au recueil des thrombolytiques

Contrairement à ce qui a été annoncé dans la notice technique PMSI 2020 publiée en décembre 2019, le fichier FICHCOMP Thrombolytiques n'est pas supprimé en 2020.