

Campagne tarifaire et budgétaire 2022

Nouveautés « financement »

La notice ci-dessus référencée n° ATIH-150-4-2022 du 26 avril 2022, fait l'objet de compléments d'information au titre notamment de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex-DG.

Afin de permettre une certaine traçabilité documentaire, ces compléments sont portés dans la notice de référence, avec le repère typographique « surlignage jaune ».

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

Pour 2022, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021, modifiée le 24 janvier 2022), présentant les nouveautés 2022 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

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

Une autre notice sera produite début mai, en lien avec la garantie de financement allouée aux établissements, dans le contexte de la crise sanitaire.

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).

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 1er mars 2022](#) 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 mars 2022](#) fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

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

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

- Création d'un GHS majoré pour la protonthérapie pédiatrique
- Modification des critères d'éligibilité aux GHS majorés (dons d'ovocytes et greffes d'îlots pancréatiques)
- Modification des critères de groupage des GHS mono RUM-UHCD dans le cadre de la réforme des urgences
- Création d'un forfait sécurité environnement SE7
- Révision des sous-CMD 08K et 09C
- Ajout de diagnostics sur la liste rendant éligible à la facturation d'un SRC (supplément surveillance continue)
- Année de référence concernant les forfaits annuels CPO et FAG

I. Création d'un GHS majoré pour les séances de protonthérapie pédiatrique

Un GHS majoré est créé, pour tenir compte des surcoûts induits par l'anesthésie itérative ou l'utilisation de techniques alternatives distractives, lors des séances de protonthérapie pédiatrique. Si les patients sont âgés de moins de 18 ans, la séance d'irradiation par protonthérapie sera valorisée par le GHS 9639. Ce GHS est cumulable avec la valorisation d'un supplément RAP (supplément à la séance pour la radiothérapie pédiatrique).

II. Modification des critères d'éligibilité aux GHS majorés (dons d'ovocytes et greffes d'îlots pancréatiques)

A. GHS majoré pour don d'ovocytes

Lorsqu'une patiente est prise en charge pour don d'ovocytes en ambulatoire (13C16J), le code Z52.808 (*prélèvement d'ovocyte pour d'autres motifs précisés*) **en position de DP** permet la facturation du GHS 4989.

B. GHS majoré pour greffe d'îlots pancréatiques

Pour les séjours de transplantation d'îlots pancréatiques, les actes créés dans la V68 sont les nouveaux vecteurs de l'accès au GHS majoré 8940. Deux actes ont été créés :

- HNEH606 transplantation d'îlots pancréatiques par voie intraportale transhépatique transcutanée avec guidage radiologique
- HNEA740 transplantation d'îlots pancréatiques par dispositif implanté, par laparotomie. Il est à noter, en ce qui concerne ce dernier acte, que seule la phase 2 oriente dans la racine de transplantation et est prise en compte pour le GHS majoré

Par ailleurs, l'acte HNEH900 n'a pas été radié de la CCAM, mais il ne sera plus le vecteur de l'orientation dans le GHS majoré. Pour obtenir une valorisation adéquate de ces séjours, il conviendra donc de ne pas l'utiliser.

III. Modification des critères de groupage pour les GHS mono-RUM UHCD dans le cadre de la réforme des urgences

En 2021, la réforme des urgences a impliqué, pour chacune des racines de GHM, la création de GHS dédiés aux séjours mono-RUM UHCD, dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- L'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- Le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile.

Le GHS est spécifique à chaque racine, mais au sein même d'une racine, il est unique quel que soit le niveau de sévérité.

A compter du 1^{er} mars 2022, la condition concernant le mode d'entrée et de sortie ne s'applique plus pour les séjours mono-RUM UHCD ; seule désormais la condition portant sur le déroulé du séjour en UM d'UHCD permet le groupage des séjours dans les GHS dédiés. Ainsi, un séjour dont toutes les unités médicales relèvent de l'UHCD sera tarifé selon le GHS UHCD quel que soit le mode d'entrée et de sortie.

IV. Création d'un forfait sécurité environnement SE7

Un forfait SE7 a été créé pour accompagner la pose sous cutanée, et la dépose, d'un dispositif d'enregistrement continu du rythme cardiaque (acte DEQA001, phases 1 et 2). Le forfait est facturable si l'acte est réalisé sans anesthésie générale ou locorégionale dans une salle réservée aux soins ou à la pratique de petits gestes chirurgicaux ou interventionnels.

Conformément aux règles de facturation, le cumul d'un forfait APE et d'un forfait SE n'est pas possible.

V. Révision des sous-CMD 08K et 09C

Comme il a été annoncé dans la notice technique du 21 décembre 2021, les travaux de classification ont amené à créer 2 nouvelles racines en K dans la CMD8 et à revoir la partie chirurgicale de la CMD09.

Concernant la CMD08, deux nouvelles racines ont été créées :

- la racine 08K05 « spondyloplasties » se déclinant en 5 niveaux (J et niveaux de 1 à 4)
- et la racine 08K06 « autres actes interventionnels sur le rachis » qui concerne uniquement les séjours de moins de 2 nuits .

Ces deux racines sont testées en amont des autres racines en K déjà existantes.

La révision de la CMD09 dans sa partie chirurgicale permet de mieux décrire les prises en charges des lésions du sein, individualise les actes réalisés pour tumeur maligne de la peau, et redistribue les séjours d'exérèse et greffe, en isolant les gestes très légers (portant sur les ongles, kystes et tumeurs bénignes) et les actes de prise en charge d'ulcère et de phlegmon, ainsi que les actes réalisés pour lésions des tissus mous.

Enfin les actes réalisés à proximité des orifices de la face, actes qui sont à la limite de la reconstruction plastique, sont également isolés au sein d'une racine différenciée.

La création d'un nouveau découpage pour les actes réalisés sur le sein permet de mieux prendre en compte des gestes complémentaires ayant un impact financier, ceux-ci donnant naissance à une racine spécifique lorsqu'il s'agit de reconstruction prothétique, ou de GHS majorés pour les techniques de ganglion sentinelle et/ou les poses de repère. Ces GHS majorés s'appliquent aux racines pour lesquelles ces gestes complémentaires sont légitimement réalisés et peuvent, dans certains cas, se cumuler.

Le tableau de valorisation par GHS majoré, ainsi que la description du nouveau découpage de la CMD09C peuvent être retrouvés dans la notice du 21 décembre 2021 ainsi que dans le manuel des GHM version 2022.

VI. Ajout d'actes et de diagnostics sur la liste rendant éligible à la facturation d'un SRC

Une mise à jour a été réalisée concernant les actes et diagnostics rendant un séjour éligible à la facturation d'un SRC.

Les nouvelles consignes concernant le sepsis ont amené à ajouter, dans les listes 1 et 3 de l'annexe 8, les codes de sepsis répertoriés dans la CIM-10 à usage PMSI. Parallèlement, le SRIS, codé R65.1, a été rayé de la liste 1.

Dans la liste 2 de l'annexe 8, ont été introduits :

- des actes de pelvimandibulectomie qui étaient absents, et qui s'ajoutent aux actes déjà présents
- des actes de reconstruction du sein par lambeau libre décrits dans la V68 de la CCAM

Codes intégrés dans la liste 3 de l'annexe 8	
P3600	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, groupe B
P3610	Sepsis du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision
P3620	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques dorés
P3630	Sepsis du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision
P3640	Sepsis du nouveau-né à Escherichia coli
P3650	Sepsis du nouveau-né à anaérobies
P3680	Sepsis du nouveau-né à autres bactéries
P3690	Sepsis du nouveau-né, bactérie non précisée

Codes intégrés dans la liste 1 de l'annexe 8	
A400	Sepsis à streptocoques, groupe A
A401	Sepsis à streptocoques, groupe B
A402	Sepsis à streptocoques, groupe D et entérocoques
A403	Sepsis à Streptococcus pneumoniae
A408	Autres sepsis à streptocoques
A409	Sepsis à streptocoques, sans précision
A410	Sepsis à staphylocoques dorés
A411	Sepsis à d'autres staphylocoques précisés
A412	Sepsis à staphylocoques non précisés
A413	Sepsis à Haemophilus influenzae
A414	Sepsis à microorganismes anaérobies
A415	Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif
A418	Autres sepsis précisés
A419	Sepsis, sans précision
A021	Sepsis à Salmonella
A227	Sepsis charbonneux
A267	Sepsis à Erysipelothrix
A327	Sepsis à Listeria
A427	Sepsis actinomycosique
B377	Sepsis à Candida
O85	Sepsis puerpéral

Actes rajoutés dans la liste 2 de l'annexe 8	
HAFA001/0	Glossectomie partielle de base, par cervicotomie
HAFA002/0	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord intrabuccal
HAFA024/0	Pelvimandibulectomie non interruptrice, par abord cervicofacial
HAFA026/0	Pelvi-glosso-mandibulectomie non interruptrice, par abord cervicofacial
QEMA621/0	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de gracilis à palette cutanée transversale [lambeau TMG [Tranverse Musculocutaneous Gracilis]], avec anastomoses vasculaires
QEMA788/0	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre perforant du pédicule fémoral profond [lambeau PAP [Profunda Artery Perforator]], avec anastomoses vasculaires
QEMA682/0	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre abdominal perforant du pédicule épigastrique inférieur superficiel [lambeau SIEA [Superficial Inferior Epigastric Artery]] avec anastomoses vasculaires

VII. Année de référence concernant les forfaits annuels CPO et FAG

En 2022, le montant des forfaits de coordination des prélèvements (CPO) et le forfait annuel correspondant aux activités de transplantations d'organes et de greffes de cellules souches hématopoïétiques (FAG) est déterminé, pour chaque établissement, à partir des données de l'année la plus favorable en matière d'activité, entre 2019, 2020 et 2021. Il s'agit d'une mesure non pérenne dans le temps qui permet de tenir compte des variations d'activité à la baisse des établissements en raison de la crise sanitaire.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2022, les étapes de construction tarifaires s'articulent autour de deux axes :

- les modifications relatives au modèle de financement (changement de classification, changement de périmètre des tarifs, changement de règles de valorisation des séjours, etc.) ;
- les revalorisations tarifaires liées au protocole d'accord sur l'évolution pluriannuelle et celles liées aux accords du SEGUR.

I. 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. Les nouveautés relatives aux GHS : changement de classification et protonthérapie

Comme précisé dans l'annexe1 de la présente notice, les nouveautés de l'année 2022 sont les suivantes :

- la refonte de la classification concernant les activités de chirurgie de la CMD 09 (Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins) et les activités de techniques interventionnelles de la CMD 08 (Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif) ;
- la création du GHS de protonthérapie pédiatrique.

La refonte de la classification concernant les sous CMD 09C et 08K a entraîné une modification de l'arbre de classification (racines de GHM) et du groupage des séjours concernés. Dès lors, il a été nécessaire de calculer les tarifs associés à ce nouveau découpage de la classification. La construction tarifaire a été réalisée d'une part en conservant les masses tarifaires au sein de chaque sous CM et d'autre part à partir de l'échelle des coûts au champ tarifaire construite à partir des 3 dernières années de coûts disponibles dans l'ENC (2017, 2018 et 2019). Concernant spécifiquement la CMD 09, les GHS majorés ont fait l'objet d'une construction symétrique pour chaque GHM concerné :

- les GHS majorés pour la recherche de ganglion sentinelle sont de +958,88€ sur le secteur ex DG et de +676,20€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM ;
- les GHS majorés pour l'installation d'un harpon sont de +353,27€ sur le secteur ex DG et de +245,07€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM;
- les GHS majorés pour la recherche du ganglion sentinelle et l'installation d'un harpon sont de +1312,15€ sur le secteur ex DG et de +921,27€ sur le secteur ex OQN par rapport au GHS de base au sein du même GHM.

Afin de prendre en compte les surcoûts des patients de moins de 18 ans induits par l'anesthésie itérative ou l'utilisation de techniques alternatives distractives, lors des séances de protonthérapie pédiatrique, un GHS majoré est créé. La fixation du tarif a été construite à partir des résultats d'une enquête de coûts spécifique réalisés auprès des trois centres concernés. Ainsi le tarif a été fixé via une majoration de +25% par rapport au tarif du GHS de base qui concerne la patientèle adulte.

B. Les transferts de crédits induits par le changement de périmètre des tarifs

Trois principaux mouvements sont à noter pour l'année 2022

1. L'impact sur les GHS mono RUM UHCD de la réforme des urgences

Le nouveau modèle de financement des urgences prévoit qu'une partie du financement des séjours mono-RUM UHCD est désormais intégrée au sein de la dotation populationnelle depuis l'année 2021. Cela a

impliqué la création de GHS dédiés pour les séjours mono-RUM UHCD, à partir du 1^{er} Mars 2021, pour chacune des racines de GHM dès lors que le séjour remplit les conditions suivantes :

- l'ensemble des unités médicales relève de l'UHCD ;
- le mode d'entrée et le mode de sortie est le domicile ;

Le tarif de ces GHS a été fixé à 75% du financement des séjours sans nuitée de la racine en 2021.

Ce transfert de financement vers la dotation populationnelle se poursuit à partir du 1^{er} Mars 2022 :

la condition concernant le mode d'entrée et de sortie ne s'applique plus pour les séjours mono-RUM UHCD ; le périmètre des séjours est donc plus large en 2022 qu'en 2021 ;

- le tarif de ces GHS passe de 75% à 54% du financement des séjours sans nuitée de la racine (au lieu du 50% initialement prévu, le transfert de financement étant également couvert par l'élargissement des séjours concernés), soit une baisse tarifaire de 28% par rapport au tarif de 2021.

Les masses dégagées par l'extension du périmètre et par la baisse tarifaire sont transférées vers la dotation populationnelle.

2. Réintégration des Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux Implantables (MO-DMI) inscrits sur la liste en sus

Pour la campagne 2022, certains médicaments sont radiés de la liste en sus et font l'objet d'une réintégration dans les tarifs. Les DCI (dénomination commune internationale) suivantes sont concernées : Bedaquiline, Busulfan, Clofarabine, Delamaline, Fidoxomicine, Isavuconazole et Letermovir. La réintégration consiste à transférer dans les tarifs la masse financière correspondante à ces spécialités, sur la base des dépenses remboursées constatées en 2019 (hors Ecart médicament indemnisable (EMI)). Elle est réalisée de manière ciblée sur les racines de GHM les plus consommatrices de ces médicaments (25 racines en ex DG et 15 racines en ex OQN).

Les DMI suivants ont également été réintégrés dans les tarifs : obturateurs et les implants méniscaux.

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

- Pour les obturateurs : 08C22, 08C25, 08C47 et 08C47
- Pour les implants méniscaux : 08C34, 08C38, 08C45, 08C53 et 08C54

La masse financière réintégrée correspond aux dépenses remboursées constatées en 2019 pour les DMI concernés (hors Écart tarifaire indemnisable (ETI)).

A titre d'exemple, sur le secteur ex OQN, les tarifs de la racine 08C34 sont augmentés de +5,91% (+4,21% sur le secteur ex DG) en raison de l'intégration des implants méniscaux dans le vecteur tarifaire.

3. Transferts de crédits : Incitation financière à la qualité

En 2022, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) passe de 450M€ à 700M€ en intégrant le champ de la psychiatrie. Pour chaque secteur de financement, ce transfert correspond à un impact de l'ordre de -0,30% sur la masse tarifaire. Plus précisément, pour le champ MCO, seuls les tarifs des GHS, suppléments journaliers, dialyse et GHT en HAD sont concernés.

C. Mouvement de base Ségur

Les tarifs sont réhaussés en raison de l'extension en année pleine de deux mesures initiées en 2021 :

- Mesure d'attractivité pour les établissements publics
- Mesure de revalorisations salariales pour les personnels médicaux des établissements privés non lucratifs.

Ce mouvement entraîne une réhausse tarifaire de :

- Pour le secteur ex DG, +0,55% pour les GHS, suppléments journaliers et dialyse et +0,24% pour l'HAD
- Pour le secteur ex OQN, +0,19% pour les GHS, suppléments journaliers et dialyse et +0,24% pour l'HAD

II. Les revalorisations tarifaires

A. L'impact de l'augmentation tarifaire 2021

Les tarifs s'appliquant du 1^{er} mars N au 28 février N+1, leurs évolutions sont calculées de sorte à allouer sur 10 mois d'activité les recettes en adéquation avec l'objectif annuel. Dès lors la poursuite de ces tarifs sur les deux premiers mois N+1 induit mécaniquement un effet report qu'il convient d'intégrer chaque année. Autrement dit, l'application tarifaire des deux premiers mois conduit à allouer en avance de phase des mesures nouvelles. Cet effet report est d'autant plus impactant lorsque l'évolution tarifaire N-1 est significative, ce qui a été le cas en 2021 avec l'intégration des mesures du Ségur 1.

Cet effet report est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex DG, il représente -1,4% sur les GHS, suppléments journaliers, dialyse ; -1,3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE et -1% pour l'HAD
- Pour le secteur ex OQN, il représente -1,3% sur les GHS, suppléments journaliers, dialyse ; -1,3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE et -1% pour l'HAD

B. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles 2022

Le taux d'évolution final des tarifs 2022 prend en compte le taux d'évolution protocole ainsi que la prise en compte de la poursuite en 2022 des évolutions de la masse salariale liées au Ségur de la santé.

L'évolution liée au protocole de pluri annualité des ressources représente une augmentation moyenne +0,7% avec +2,2% pour l'HAD et +0,7% sur les autres prestations (GHS, suppléments journaliers, D, transports, ATU/FFM/SE).

S'agissant des mesures Ségur 2, il convient de noter qu'en 2022 certaines mesures sont ciblées sur des activités, si bien que le taux de revalorisation des tarifs n'est pas identique pour toutes les activités.

Sur le champ MCO les mesures suivantes sont concernées :

- IADE (infirmier(e)s anesthésiste) avec une intégration ciblée sur
 - o Les racines de chirurgie ('C') et les racines indifférenciées (Z) de la CMD 14 (obstétrique)
 - o Les racines de chirurgie ('C'), les racines indifférenciées (Z) et les racines interventionnelles (K) de la CMD 22 (brûlés)
 - o Les autres racines de chirurgie ('C') et d'interventionnelles (K) sauf la racine 23K02 (explorations nocturnes)
- IBODE (infirmier(e)s du bloc opératoire) avec une intégration ciblée sur toutes les racines de chirurgie
- Sages-Femmes avec une intégration ciblée sur toutes les racines de la CMD 14 (obstétrique)
- Puéricultrices avec une intégration ciblée sur toutes les racines de la CMD 15 (Néonatalogie) et les racines de chirurgie cardiaque des moins de 2 ans (05C07/05C09).
- Infirmier(e)s en soins critiques avec une intégration ciblée via les suppléments journaliers

Enfin, sur le champ HAD, la mesure ciblée concernant les sages-femmes est mise en œuvre non pas via une augmentation des tarifs GHT mais via une hausse des pondérations des MPP (mode de prise en charge principal) concernant l'ante et le post partum

- La pondération du MPP 19 (surveillance de grossesse à risque) passe de 1 à 1,039
- La pondération du MPP 21 (post partum) passe de 1,15 à 1,2492.

Cette hausse des pondérations permettra aux journées concernées de passer en moyenne dans un niveau de GHT supérieur.

C. Synthèses des évolutions tarifaires

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires (à la fois liés au changement de périmètre, aux effets report des tarifs 2021 et aux mesures nouvelles 2022) par catégorie de prestations

	Ex-DG		EX-OQN	
	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre (décrits dans les paragraphes I.B et I.C)	Taux d'évolution global	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre	Taux d'évolution global
Forfait innovation	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
HAD	-0,07%	1,89%	-0,06%	1,89%
Dialyse (hors centre)	0,24%	0,71%	0,24%	0,88%
SE	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
PO	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
ATU/FFM/APE	0,00%	0,43%	0,00%	0,43%
GHS	-0,55%	0,26%	-0,24%	0,15%
Suppléments	0,24%	2,20%	-0,12%	2,51%
Suppléments transports et DTP	0,00%	0,42%	0,00%	0,42%
Forfaits annuels	0,00%	1,16%	0,00%	1,16%

D. Les coefficients s'appliquant aux tarifs

Plusieurs coefficients de différentes natures s'appliquent à la valeur faciale du tarif :

- le coefficient géographique, arrêté pour certaines zones géographiques afin de prendre ne compte leurs surcoûts ;
- le coefficient Ségur ;
- le coefficient de reprise ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2022

1. Coefficient Ségur

Etant donné que les tarifs nationaux s'appliquent à l'ensemble des statuts juridiques dans le même secteur de financement et que les enveloppes de revalorisation sont prédéfinies par statut, il est nécessaire d'appliquer un coefficient de pondération par statut d'établissement afin de respecter le niveau de l'enveloppe préalablement défini. Le niveau du coefficient est le suivant pour 2022 :

EPS : Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale + 0,13%

EBNL : Etablissements mentionnés au b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale
Etablissements privés à but non lucratif mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale - 0,69%

EBL :
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale + 0,02%

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 allouées en 2021 et à celles du Ségur 2 allouées en 2022.

2. 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 reprise. Les coefficients de reprise pour 2022 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 -2,54% 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 baisse par rapport à 2021 (coefficient fixé à -2,59%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.
- Le coefficient de reprise est fixé à -1,59% pour les établissements privés non lucratifs du secteur 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 baisse par rapport à 2021 (coefficient fixé à -1.60%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

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° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021, modifiée le 24 janvier 2022.

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

- Transmission de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex DG
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells.
- Précisions de codage concernant les bactériémies
- Introduction d'actes de CCAM descriptive
- FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 et FICHSUP vaccination COVID-19
- Recueil « DM intra-GHS »

I. Transmission de la facturation des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme des urgences pour les établissements ex DG

Les principes de la réforme du financement des urgences actés dans le PLFSS 2020 (article 36) sont :

- une dotation populationnelle, répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- des recettes liées à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge ;
- une dotation complémentaire pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

Les recettes liées à l'activité correspondent aux facturations en lien avec une prise en charge au sein des structures des urgences, qu'ils soient suivis ou non d'hospitalisation. Pour les passages non suivis d'hospitalisation, ces recettes correspondent aux forfaits et suppléments mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2022. Les modalités sont définies par les arrêtés suivants :

- [Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale](#)
- [Arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale](#)

La facturation des ATU et des actes et consultations externes pour les passages non suivis d'hospitalisation est maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques, cette activité n'étant pas couverte par les nouveaux forfaits. En cas de passages suivis d'hospitalisation MCO dans la même entité géographique, les recettes liées à l'activité sont portées par les GHS des séjours consécutifs au passage au urgences.

Concernant les passages non suivis d'hospitalisation, pour les établissements ex DG ne facturant pas directement ces prestations à l'assurance maladie (hors FIDES), la transmission des forfaits et suppléments dans les RSF-ACE fait l'objet d'une valorisation par l'ATIH afin de véhiculer la partie correspondant aux recettes « assurance maladie » dans les arrêtés versements. Pour le secteur ex OQN ou les établissements ex DG sous FIDES, les forfaits et suppléments font l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie. Les consignes suivantes s'adressent donc aux établissements ex DG ne facturant pas directement à l'assurance maladie.

Deux types de forfaits peuvent être distingués :

- les « forfaits âge urgences » (FU) complétés par des suppléments facturables en sus. Ces prestations sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie pour les assurés sociaux ;
- le forfait patient urgence et son complément qui sont selon les droits du patients, soit facturables à l'assurance maladie, soit facturables au patient ou aux organismes complémentaires.

Les règles de facturation et les valeurs des forfaits et des suppléments sont fixées par les arrêtés du 17 et 27 décembre 2021 (cf. supra).

La valorisation ne prend pas en compte les coefficients suivants : géographique, Segur, reprise et prudentiel.

A. Les forfaits « âge » et suppléments

Pour chaque passage non suivi d'hospitalisation la prise en charge complète au sein d'une structure des urgences autorisée donne lieu à la facturation d'un forfait (et un seul) dénommé « forfait âge urgences » (FU) selon l'âge du patient :

- Forfait **FU1** pour les patients de moins de 16 ans
- Forfait **FU2** pour les patients entre 16 et 44 ans
- Forfait **FU3** pour les patients entre 45 et 74 ans
- Forfait **FU4** pour les patients entre 75 ans et plus

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date du début de sa prise en charge par le médecin au sein de la structure. La facturation du forfait âge est cumulée avec le forfait patient urgences et peut être cumulée avec un ou plusieurs suppléments. En revanche elle n'est pas cumulable avec la facturation des actes et consultations externes (ACE), sauf dans le cas particulier des actes de biologie médicale dont les indications visent le COVID-19. La valeur du forfait est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments correspondant à la lourdeur de la prise en charge :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un (ou plusieurs) supplément(s) lorsque l'état clinique du patient correspond aux cas suivants :

- supplément **SU2** : niveau CCMU2+ qui correspond à un niveau CCMU2 associé à la réalisation d'un acte appartenant à la liste limitative d'actes (cf. annexe 2 de l'arrêté tarifaire). Un seul supplément SU2 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le **SU3** ;
- supplément **SU3** : niveau CCMU 3 ou 4 ou 5. Un seul supplément SU3 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le **SU2** ;
- supplément **SUM** : arrivée aux urgences en ambulance (VSAV, transport sanitaire urgent, SMUR, hélicoptère). Un seul supplément SUM peut être facturé par passage ;
- supplément **SAS** : recours à un avis spécialiste à la demande de l'urgentiste. Plusieurs suppléments SAS sont facturables par passage si plusieurs avis spécialistes ont été donnés au cours du passage (un seul supplément SAS est facturable par spécialité et par passage). Lorsque l'avis sollicité relève de la pédiatrie ce supplément est uniquement facturable si le médecin spécialiste en pédiatrie n'est pas le médecin ayant assuré la prise en charge complète du patient au sein de la structure des urgences.

Ces suppléments doivent être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments biologie :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'un acte de biologie :

- supplément **SUB** pour les patients de moins de 16 ans ;
- supplément **SB2** pour les patients entre 16 et 44 ans ;
- supplément **SB3** pour les patients entre 45 ans et plus.

L'âge ainsi que la situation médico-administrative du patient sont déterminés à la date du début de sa prise en charge par le médecin au sein de la structure.

Un seul supplément biologie peut être facturé par passage. Le supplément biologie est cumulable avec les autres suppléments. En revanche, il n'est pas cumulable avec la facturation des actes NABM, à l'exception, le cas échéant, des règles spécifiques de prise en charge des actes de biologie médicale dont les indications visent le covid-19.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

Les suppléments imagerie :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation d'un supplément pour la réalisation d'un ou plusieurs actes d'imagerie par un radiologue uniquement :

- supplément **SIM** pour l'imagerie standard ou l'échographie.
- supplément **SIC** pour l'imagerie en coupe.

Un seul supplément imagerie peut être facturé par passage. Dans le cas, où lors du passage les deux techniques d'imagerie sont réalisées, c'est le supplément SIC qui doit être facturé. Le supplément imagerie est cumulable avec les autres suppléments. En revanche, il n'est pas cumulable avec la facturation des actes CCAM.

Les forfaits techniques (FTN, FTR, etc..) sont facturables uniquement pour un passage qui fait l'objet de la facturation d'un supplément SIC. Les règles de facturation pour ces forfaits restent identiques à la facturation antérieure au 1^{er} Janvier 2022.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation.

Les suppléments concernant la permanence des soins :

A la facturation d'un forfait âge urgences peut s'ajouter la facturation des suppléments suivants :

- supplément **SUN** pour une prise en charge de nuit (tous les jours 22H-8H) ;
- supplément **SUF** pour une prise en charge le samedi après-midi (14h-20h), le dimanche ou un jour férié en journée (08h-20h), tous les jours en soirée (entre 20h et 22h).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le médecin urgentiste.

Un seul de ces deux suppléments est facturable par passage. Le supplément est cumulable avec les autres suppléments.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour faire l'objet d'une valorisation. La valeur des suppléments est spécifique pour les régions d'outre-mer (DOM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion.

A la facturation d'un supplément imagerie ou d'un supplément avis spécialiste (SAS) peut s'ajouter la facturation des suppléments suivants :

- supplément **SSN** pour une prise en charge en soirée ou la nuit (20H-8H) ;
- supplément **SSF** pour une prise en charge en journée le dimanche, ou un jour férié (08h-20h).

La date et l'heure sont déterminées au début de la prise en charge médicale du patient par le radiologue ou le médecin spécialiste.

Un seul de ces deux suppléments est facturable en sus d'un supplément imagerie ou en sus d'un supplément avis spécialiste. Le supplément est cumulable avec les autres suppléments.

Le supplément doit être obligatoirement transmis sur la même facture que le forfait âge urgences et le supplément imagerie (ou le supplément avis spécialiste) pour faire l'objet d'une valorisation.

B. Forfait patient urgences

Le forfait patient urgences est la participation forfaitaire de l'assuré aux frais occasionnés par un passage dans une structure des urgences autorisée d'un établissement de santé et non suivi d'une hospitalisation. Cette participation de l'assuré est fixée à un montant forfaitaire « forfait patient urgences » et peut être minorée dans certaines situations, voire supprimée. Il existe 3 types de « forfait patient urgences ».

Forfait « patient urgences nominal » à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire :

Le forfait patient urgences, lorsqu'il ne relève pas de situations d'exonération ou de minoration est à la charge du patient. La lettre clé de facturation est le **FPU (FPL** Pour les bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle). Pour un bénéficiaire de l'AME, le **FPU** est adressé à l'assurance maladie obligatoire pour prise en charge au titre de l'AME. Un seul forfait par passage peut être facturé en sus d'un forfait âge urgences. Le forfait n'est pas cumulable avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Forfait « patient urgences nominal » à la charge du régime d'assurance maladie obligatoire :

Les situations pour lesquelles le forfait patient « urgences » est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont les suivantes :

- les bénéficiaires de l'assurance maternité (article L. 160-9), soit du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après la naissance ,
- les personnes victimes d'un acte de terrorisme (article L.169-1) pour les passages en lien avec cet acte,
- les soins aux nouveau-nés dans les 30 jours qui suivent la naissance (11° de l'article L.160-14),
- les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs (15° de l'article L.160-14),
- pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits (18° de l'article L.160-14),
- les personnes écrouées,
- les bénéficiaires :
 - o d'une pension d'invalidité,
 - o d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité (articles L. 341-15, L. 341-16),
 - o d'une rente ou d'une allocation Accident du travail (AT)/ Maladie professionnelle (MP) (article L. 371-1) présentant une incapacité au moins égale à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP, que le passage soit en lien ou non avec l'AT/MP,
 - o d'une pension militaire d'invalidité (article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, et article L. 371-6 du code de la sécurité sociale).

La lettre clé de facturation est le **FPX** et la facturation est prise en charge par l'assurance maladie. Un seul forfait par passage peut être facturé en sus d'un forfait âge urgences. Le forfait n'est pas cumulable avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Forfait « patient urgences minoré »

Les situations pour lesquelles le montant de la participation forfaitaire assuré est minoré concernent :

- les bénéficiaires reconnus atteints d'une ALD, liste ou hors liste (3° et 4° de l'article L.160-14). La participation est minorée dans tous les cas y compris pour les passages aux urgences qui ne sont pas en lien avec l'ALD ;
- les bénéficiaires du régime AT / MP (L. 431-1 et L. 432-1 CSS) présentant une incapacité inférieure à 2/3 dans le cadre d'un AT ou d'une MP, que le passage soit en lien ou non avec l'ATMP.

Ces situations ouvrent droit à une minoration du forfait patient urgence. Il reste toutefois à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé ; il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. La lettre clé de facturation est le **FPV (FPM** Pour les bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle).

Pour que la situation médico administrative du patient n'impacte pas le niveau des recettes des établissements, un forfait « complément du forfait patient urgences minoré » est facturé par l'établissement dans les cas d'application d'une participation assurée minorée. La lettre clé de facturation est le **CFU**. Ce complément est pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire pour les seules situations médico administratives du bénéficiaire de soins qui ouvrent droit au montant minoré de la participation assuré.

Dans ces situations un forfait FPV et un forfait CFU doivent être facturé par passage sur la même facture en sus d'un forfait âge urgences.

Ces forfaits ne sont pas cumulables avec un autre type de forfait « patient urgences ».

Les règles de transmission.

Les forfaits pris en charge par l'assurance maladie (FPX et CFU) ou ceux à la charge du patient (FPU, FPV) doivent être transmis sur la même facture que le forfait âge urgences pour un même passage. Si cette condition n'est pas remplie l'ensemble des recettes assurance maladie du passage concerné (forfaits « âges urgences. », suppléments et forfait « patient urgences ») n'est pas valorisé et les recettes associées ne sont pas véhiculées par les arrêtés versement pour les établissements du secteur ex DG (hors FIDES).

C. Transmission des actes CCAM et NABM

Le circuit de remontée PMSI des actes médicaux (CCAM) et biologiques (NABM) à l'ATIH est maintenu pour permettre une remontée, pour information et selon les mêmes principes qu'antérieurement, des actes réalisés au cours d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation. Ainsi, tous les établissements doivent pouvoir poursuivre la transmission à l'ATIH des fichiers RSF M et RSF L permettant respectivement la description des actes CCAM et des actes NABM réalisés au cours des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Cette transmission à l'ATIH doit se faire sans code de regroupement associé dans le fichier RSF C qui sert à la facturation, la facturation de ces actes se faisant désormais de façon forfaitaire. La persistance de ce circuit garantit une continuité de la description de ces actes dans le PMSI.

En pratique :

- En ce qui concerne les établissements ex-DG, le principe généralement retenu par les éditeurs est de ne rien changer aux modalités antérieures de communication entre les systèmes d'information Laboratoires et Radiologie (SIL-SIR) et la Gestion Administrative des patients (GAP) ; les codes NABM et CCAM, dont la remontée est souhaitée, sont alors disponibles dans la GAP.
- Pour les établissements ex-OQN, lorsque les suppléments (ou leurs équivalents) sont transmis à la GAP par les SI des prestataires libéraux, en lieu et place des actes habituels de biologie et d'imagerie, ils tiennent lieu de facture et ne peuvent être associés aux codes prestations habituels, dans le même envoi. Dans ce cas de figure la remontée à l'ATIH des codes prestations habituels, non présents dans la GAP, n'est pas exigible.
- Enfin, l'intégration de prestations non facturées à l'AMO dans les RSF demande des développements spécifiques. Alors que se mettent en place à la fois les réformes de financement applicables au 1^{er} janvier 2022 et les adaptations liées à la campagne 2022-2023, il n'est pas attendu la mise en place de ces remontées pour information dès M01 mais autant que possible celle d'une remontée la plus exhaustive possible à M12 2022.

Les informations concernant la transmission des actes CCAM et NABM figurent également dans [la notice 2022 concernant les nouveautés du PMSI](#).

II. Précisions de codage concernant les traitements par CAR-T Cells

Le financement des traitements par CAR-T cells reste conditionné à la présence d'un RSS codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur, comprenant le nouvel acte FGLF671 *administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse*.

Contrairement à ce qui a été annoncé dans la notice technique n° ATIH-693-16-2021, le supplément alloué à cette activité reste conditionné à la déclaration des médicaments utilisés dans FICHCOMP liste en sus.

III. Précision de codage concernant les bactériémies

Le fascicule « Maladies infectieuses » de l'ATIH mis à jour en juin 2021 recommande, en cas de bactériémie sans critère diagnostique de sepsis, l'utilisation des codes du chapitre A49 **Infection bactérienne, siège non précisé** de la CIM-10. Les codes de ce chapitre deviennent autorisés au codage en diagnostic principal. Ces codes orientent le séjour en CMD 18 dans les racines 18M10 *Maladies infectieuses sévères* et 18M11 *Autres maladies infectieuses ou parasitaires*.

IV. Introduction d'actes de CCAM descriptive

Inscription de deux actes provisoires à la CCAM Descriptive à usage PMSI :

Le premier concerne la pose du dispositif médical SYSTÈME NEOVASC REDUCER à prise en charge transitoire.

L'inscription de l'acte de pose *DZBF800-01 Réduction du diamètre du sinus coronaire par pose d'endoprothèse avec angiographie, par voie veineuse transcutanée*, est transitoire et est effective à la date

du 23/03/2022 pour une durée de 12 mois. Le codage de cet acte sera possible uniquement pendant la phase de prise en charge transitoire du DM. Une [notice technique ATIH](#) explicative est publiée sur le site.

Le second acte provisoire pourra être utilisé pour les actes de transplantations exceptionnelles indiqués dans l'arrêté du 15 septembre 2020 fixant la liste des greffes exceptionnelles et l'arrêté du 15 septembre 2020 portant composition du dossier d'autorisation des activités de greffes exceptionnelles.

L'inscription de l'acte *ZZEA800-01 Transplantation exceptionnelle de tissus et d'organe* permet un suivi PMSI avec un groupage dans la racine 27C07 Autres transplantations avec les DP Z89.- ou Z90.-, mais avec un GHS 9999. En effet, le financement de ces séjours n'entre pas dans le droit commun, et conduit à une prise en charge par les ARS. Cet acte peut être recueilli dans le PMSI depuis le 1^e mars 2022.

V. FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 et FICHSUP vaccination COVID-19

FICHSUP vaccination COVID-19 : ce fichier de recueil est prorogé pour l'année 2022. Le périmètre d'application n'est pas modifié. Une nouvelle notice et un nouveau format seront publiés sur le site de l'ATIH pour M3. L'actualisation du mode opératoire de valorisation rédigé par le ministère sera publiée également sur le site de l'ATIH.

FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2 : ce fichier de recueil est prorogé pour l'année 2022. Dans l'attente d'arbitrages ministériels, la publication de la notice et du format 2022 est différée.

VI. Recueil « DM intra-GHS »

La date de mise en application de ce recueil est le 1^{er} avril 2022. L'ATIH va publier lors de la mise à disposition des outils pour la période M3, le référentiel IUD-ID des DM intra-GHS dans sa version actualisée d'ores et déjà disponible sur le [site du ministère](#).

Les modifications du format présenté dans la notice technique n° ATIH-693-16-2021 du 21 décembre 2021 apparaissent surlignés ci-dessous :

Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINISS PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9905
N°ordre	<i>id_ord</i>	1
Date d'utilisation	<i>date_util</i>	JJMMAAAA
Code IUD-ID	<i>code_iud_id</i>	25 car. Alphanumérique - Règlement européen 2017/745 du dispositif médical
Nombre d'unités implantées	<i>nb_unitimpl</i>	numérique