

Campagne tarifaire et budgétaire 2023

Nouveautés « financement MCO/HAD »

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

Pour 2023, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022), présentant les nouveautés 2023 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.

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 quatre annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux sur les champs MCO et HAD ;
- l'annexe 3 décrit les nouveautés relatives aux prestations concernant les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation ;
- l'annexe 4 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 1er mars 2023 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 30 mars 2023 fixant pour l'année 2023 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 » :

- GHS majoré pour le don d'ovocytes : nouvelles consignes de codage
- Création d'un supplément tarifaire pour les injections de CAR-T Cells
- Evolution du FAG
- Protonthérapie pédiatrique

I. GHS majoré pour le don d'ovocytes : nouvelles consignes de codage

À compter du 1er mars 2023, le code de la CIM10 à usage PMSI qui devra être utilisé pour les dons d'ovocytes est : Z52.804 *Dons d'ovocytes*. Ce code est l'unique support permettant la valorisation du séjour par le GHS majoré 4989. Le code à usage PMSI Z52.808 (prélèvements d'ovocytes pour autres motifs précis) en usage depuis 2022 ne devra pas être codé dans le cas de prélèvement d'ovocyte en vue de don.

II. Création d'un supplément tarifaire pour les injections de CAR-T Cells

Un supplément tarifaire est alloué aux séjours au cours desquels une administration de CAR-T Cells est réalisée. Ce supplément tarifaire « CTC » est accordé aux séjours au sein desquels est codé l'acte CCAM FGLF671 (administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse) et ceci uniquement pour les établissements bénéficiant d'une habilitation au titre de l'arrêté du 19 mai 2021 limitant l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique.

Ce supplément est facturé en sus du GHS et il est cumulable avec les autres suppléments au séjour (réanimation, réanimation pédiatrique, soins intensifs ou soins continus).

III. Forfaits annuels FAG et CPO

Evolution du FAG : un nouveau compartiment est créé pour financer le surcoût lié à l'utilisation de machine à perfusion hypothermique pour la perfusion d'un greffon hépatique. Ainsi un nouveau forfait "autres organes" intitulé "Valorisation par utilisation de machine à perfusion hypothermique pour la perfusion d'un greffon hépatique" est présent en 2023. Le modèle de financement est un modèle linéaire par utilisation de la machine à perfusion hépatique hypothermique.

Pour l'année 2023, le montant des forfaits de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (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 d'activité transmises soit au titre de l'année précédente soit au titre d'une année qui ne peut être antérieure à 2019. L'année retenue pour le calcul du montant du forfait est celle où le nombre de greffes est le plus élevé pour l'établissement de santé concerné. Il s'agit d'une mesure transitoire pour l'année 2023 qui permet de tenir compte des variations d'activité à la baisse des établissements en lien avec la crise sanitaire.

IV. Protonthérapie pédiatrique

L'acte de protonthérapie pédiatrique est facturable en sus des GHS correspondant aux séjours au cours desquels il a été réalisé. En conséquence, le GHS de protonthérapie pédiatrique (GHS 9639) a été rajouté à la liste 2 de l'annexe 4, qui liste les GHS excluant les actes de radiothérapie facturés en sus.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2023, 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 modulations relatives aux GHS

Lors de la campagne tarifaire 2022, pour le secteur ex-OQN, les évolutions tarifaires différenciées sur les tarifs des GHS et sur les forfaits D ont entraîné une valeur du forfait D11 (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée) supérieure à celle du tarif du GHS 9605 (hémodialyse en centre). Lors de la campagne tarifaire 2023, cette différence a été ajustée : les deux tarifs ont été fixés à hauteur du tarif moyen pondéré par le volume d'activité de 2022 avant prise en compte des revalorisations tarifaires de 2023.

B. Les nouveautés relatives aux suppléments : supplément CTC

Depuis la campagne 2019, un complément forfaitaire, défini à dire d'experts, de 15 000€/patient traité par CAR-T Cells, couvrant les coûts induits par leur prise en charge, était versé aux établissements de santé habilités par l'ARS à l'administration des CAR-T Cells (L.1151-1 CSP). Ce forfait était versé 2 fois/an en AC par circulaire budgétaire.

Pour la campagne tarifaire 2023, il a été décidé de basculer d'un versement aux établissements de santé par circulaire budgétaire vers un versement au fil de l'eau par la mise en place d'un supplément au séjour. Ainsi depuis le **1^{er} mars 2023, un supplément au séjour dit « CTC » est créé.**

La valeur de ce nouveau supplément a été déterminée en confrontant d'une part une étude de coûts menée sur la base des données de l'ENC (Etude Nationale de Coûts) et d'autre part une étude de coûts (dont certaines charges non identifiables dans l'ENC ont été estimées par méthode de micro-costing) élaborée par la conférence des CHU. Les échanges techniques ont permis de **prendre en considération les avantages et les inconvénients des deux méthodologies. Ainsi les charges non identifiables par la méthodologie de l'ENC et incluses dans la méthode de la conférence des CHU ont été prises en compte dans la détermination de la valeur du supplément. Néanmoins l'estimation des surcoûts selon la méthode de la conférence des CHU a fait l'objet de deux ajustements :**

- **la médiane à la place de la moyenne des coûts pour les charges non identifiables par la méthodologie de l'ENC** : la moyenne étant tirée vers le haut par les coûts extrêmement haut d'un établissement de santé (valeur considérée comme trop atypique) ;
- **l'abattement du taux MERRI** : le financement des MERRI est habituellement exclu lors de la fixation des tarifs et des suppléments. Cet abattement ne pouvant pas méthodologiquement subir d'exception pour une activité ciblée, il a été également appliqué pour la fixation du supplément CAR-T Cells

La valeur établie selon cette méthodologie a ensuite été revalorisée pour prendre en compte le taux d'évolution des suppléments de 2022 et de 2023, étant donné que les deux études ont été menées sur l'année 2021.

C. Mouvement de base inflation

Les tarifs sont réhaussés en raison des crédits liés à l'impact exceptionnel de l'inflation alloués en AC en 2022 et mis dans l'enveloppe de la part tarif en 2023.

Ce mouvement de base lié à l'inflation exceptionnelle de 2022 est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1,38% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.17% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.9% pour l'HAD ; +1.1% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1.17% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0,9% pour l'HAD ; +1.1% sur les forfaits annuels.

D. Mouvement de base Ségur RH

Les tarifs sont réhaussés en raison des crédits Ségur alloués en AC en 2022 et mis dans l'enveloppe de la part tarif en 2023.

Ce mouvement de base lié aux mesures Ségur est légèrement différent selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente +1.81% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.17% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.01% pour l'HAD ; +1.46% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente +1.17% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.01% pour l'HAD ; +1.46% sur les forfaits annuels.

II. Les revalorisations tarifaires

A. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives à l'inflation

Les tarifs sont réhaussés en raison des mesures nouvelles liées à l'inflation pour 2023.

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1.04% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.72% pour l'HAD ; +1.12% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.72% pour l'HAD ; +1.12% sur les forfaits annuels.

B. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives à la revalorisation du point d'indice et mesures « pouvoir d'achat »

Les tarifs sont réhaussés en raison des mesures nouvelles liées à la revalorisation du point d'indice et mesures « pouvoir d'achat » (effet année pleine de la mesure mise en œuvre en 2022).

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +1.97% sur les GHS ; +1.93% sur les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.16% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1.15% pour l'HAD ; +1.42% sur les forfaits annuels.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +1.16% sur les GHS ; +1.15% sur les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +1.16% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +1,15% pour l'HAD ; +1.42% sur les forfaits annuels.

C. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles relatives au Ségur RH

Les tarifs sont réhaussés en raison de la poursuite en 2023 des évolutions de la masse salariale liées au Ségur de la santé

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour le secteur ex-DG, il représente une évolution de +0.11% sur les GHS, les suppléments (hors transports) et les forfaits de dialyse ; +0.3% sur les suppléments transports et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.06% pour l'HAD.
- Pour le secteur ex-OQN, il représente une évolution de +0.03% sur les GHS, les suppléments (y compris transports), les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +0.06% pour l'HAD.

Il convient de noter que dans la poursuite de 2022, les mesures concernant les « Infirmier(e)s en soins critiques » (extension de la prime soins critiques) ont été ciblées, en 2023, sur les suppléments journaliers des soins critiques. Ainsi ces suppléments bénéficient d'un taux plus élevé que les autres suppléments.

D. Progression des tarifs par prestation liée aux mesures nouvelles résultant de l'application des conditions du protocole de pluri-annualité 2020-2022 pour la campagne tarifaire 2023

Les tarifs sont réhaussés en 2023, selon les conditions prévues au protocole pluriannuel des ressources appliqué en 2020-2022.

Ces hausses tarifaires sont légèrement différentes selon les prestations :

- Pour les deux secteurs, il représente +0,7% sur les GHS y compris suppléments, les forfaits de dialyse et les prestations ATU/FFM/SE ; +1,5% pour l'HAD

Les effets reports¹ liés à l'évolution tarifaire de 2022 sur janvier et février 2023 sont déduits du taux d'évolution cité supra.

E. Synthèses des évolutions tarifaires

Le tableau ci-dessous synthétise les évolutions tarifaires entre 2022 et 2023 par catégorie de prestations

	Taux d'évolution global ex-DG	Taux d'évolution global ex-OQN
Forfait innovation	0,00%	0,00%
HAD	5,44%	5,44%
Dialyse (hors centre)	6,93%	5,21%
SE	5,37%	5,37%
PO	5,37%	5,37%
ATU/FFM/APE	5,37%	5,37%
GHS	6,97%	5,22%
Suppléments hors transports	8,24%	7,67%
Suppléments transports et DTP	5,37%	5,37%
Forfaits annuels	6,77%	6,77%

¹ 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.

F. 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 en compte leurs surcoûts ce coefficient est inchangé en 2023 par rapport à 2022;
- le coefficient dit « Ségur » de revalorisation propre à chaque catégorie juridique d'établissement ;
- le coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2023

Il est rappelé par ailleurs que c'est le différentiel des coefficients entre 2022 et 2023 (lorsqu'ils varient) qui induit une variation du niveau des tarifs effectivement facturés par les établissements.

i. Coefficient dit « 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 revalorisations salariales 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 2023 :

EPS	0,23%
Etablissements mentionnés au a de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	
EBNL	-1,03%
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	
EBL	-0,11%
Etablissements privés à but lucratif mentionnés au d et au e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale	

Ce coefficient tient compte à la fois des mesures liées au Ségur 1 et au Ségur 2 allouées par les tarifs de 2021 à 2023 et prend également en compte les revalorisations du point d'indice et des mesures « pouvoir d'achat » allouées par les tarifs en 2023.

ii. Coefficients de reprise des allègements de charges

Depuis la campagne 2018, et dans le champ MCO, la reprise des allègements sociaux et fiscaux aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS) est réalisée sous forme d'un coefficient de reprise. Les coefficients de reprise pour 2023 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 -2,34% 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.
- Le coefficient de reprise est fixé à -1,47% 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).

Annexe 3

Les nouveautés relatives aux prestations concernant les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation

I. Contexte général

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.

Pour les passages non suivis d'hospitalisation, les recettes liées à l'activité correspondent aux forfaits et suppléments mis en œuvre à partir du 1er 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 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale](#)

Deux types de forfaits peuvent être distingués pour les passages non suivis d'hospitalisation :

- 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 patient, 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 cités supra. Les coefficients suivants : géographique, Ségur, reprise et prudentiel, ne s'appliquent pas à la valorisation des forfaits et suppléments.

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. Les forfaits relevant du ticket modérateur pris en charge par l'Assurance maladie (FPX et CFU) ou ceux à la charge du patient (FPU, FPV) sont à transmettre 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 ») ne sont pas valorisées et les recettes associées ne sont pas intégrées dans les arrêtés versement pour les établissements du secteur ex-DG (hors FIDES).

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.

Pour les passages non suivis d'hospitalisation, la facturation des ATU est maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques ; cette activité n'étant pas couverte par les nouveaux forfaits.

En cas de passages suivis d'hospitalisation en MCO dans la même entité géographique, les recettes liées à l'activité sont portées par les GHS des séjours consécutifs au passage aux urgences.

II. Les nouveautés de 2023

A. Constats

Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des patients de moins de 16 ans et des prises en charges en résultant, les forfaits et suppléments pour les passages non suivis d'hospitalisation évoluent à partir du 1^{er} mars 2023 :

- la spécificité de prise en charge des 0-3 mois entraîne la création d'un forfait FU0 pour cette classe d'âge. Le périmètre du FU1 est mécaniquement restreint à la population âgée entre 4 mois et 15 ans ;
- la création de deux nouveaux suppléments facturables en sus du FU0 et du FU1 :
 - o PE1 : déclenché en fonction d'une liste de diagnostics traduisant les prises en charge les plus sévères ;
 - o PE2 : déclenché en fonction d'une liste de diagnostics traduisant les prises en charge de sévérité intermédiaire.

B. Démarche méthodologique

Dans un premier temps, trois groupes homogènes de diagnostics ont été construits pour refléter la lourdeur de la prise en charge des patients âgés de moins de 16 ans lors d'un passage non suivi d'hospitalisation au sein de la structure des urgences. Cette construction s'est faite en trois étapes :

- 1- Catégorisation, à partir d'analyses statistiques, des diagnostics codés lors des passages, au sein de la structure des urgences, non suivis d'hospitalisation des patients âgés de moins de 16 ans en 3 familles selon la durée de la prise en charge aux urgences.
- 2- Identification des groupes de diagnostics pour lesquels un avis d'expert médical semblait nécessaire sur la base de critères de sévérité autres que la durée de passage, à savoir le taux d'hospitalisation, la probabilité d'orientation en UHCD, et l'échelle américaine de gravité des urgences pédiatriques « SCS »²⁻³. Les représentants des organisations savantes et professionnelles d'urgentistes (pédiatriques et polyvalents) ont ensuite émis leur avis sur ces groupes identifiés. Trois cas de figure pouvaient alors se présenter :
 - a. En cas de consensus entre urgentistes pédiatriques et polyvalents sur une famille : le consensus a été retenu, indépendamment de la classification SCS ou du résultat issu des travaux statistiques.
 - b. S'il n'y avait pas consensus, la famille a été déterminée en fonction de la classification SCS si cette dernière était renseignée pour le groupe de diagnostics.
 - c. S'il n'y avait pas de consensus et si la SCS n'était pas renseignée ou pas assez précise pour le groupe de diagnostics dans la CIM10 française, alors la famille déterminée à partir des analyses menées par l'ATIH a été maintenue.
- 3- Vérification de la cohérence des familles obtenues au sein d'une même catégorie de diagnostics CIM 10 (ex : famille du code père versus des codes fils ou famille des codes imprécis versus des codes précis).

Les diagnostics associés aux prises en charge les plus sévères (famille 1) déclencheront le supplément PE1 et les diagnostics associés aux prises en charge de sévérité intermédiaire (famille 2) le supplément PE2.

Dans un deuxième temps, le supplément PE2 a été fixé au niveau du supplément SUM (arrivé à la structure des urgences en ambulance). Le supplément PE1 a été fixé à partir de PE2 en respectant la hiérarchie des durées moyennes de passages associées aux familles de diagnostics 1 et 2. Le forfait FU1 a été fixé pour que la valorisation moyenne par passage des patients entre 4 mois et 15 ans avec application des suppléments PE1 et PE2 soit égale au forfait âge des patients entre 16 et 44 ans (FU2).

Enfin le taux d'hospitalisation des patients de moins de 4 mois est proche de celui des patients entre 4 mois et 15 ans de la famille 1 de diagnostics. Ainsi le forfait FU0 a été fixé pour que la valorisation moyenne par passage des patients entre 0 et 3 mois inclus avec application des suppléments PE1 et PE2 soit égale à la somme du forfait âge FU1 et du supplément PE1.

² Evaline A. & al. 2012. "[Developing a Diagnosis-based Severity Classification System for Use in Emergency Medical Services for Children](#)". Academic Emergency Medicine. A global Journal of Emergency Care. Volume19, Issue1. January 2012. Pages 70-78.

³ Base de données SCS par code CIM 10 : <https://pecarn.org/tools/>

A noter que les listes de diagnostics des familles 1 et 2 ont été élaborées pour 2023 sur la base des diagnostics qui avaient été codés en position de diagnostic principal en 2019 dans les Résumés de Passage aux Urgences (RPU) des patients âgés de moins de 16 ans non suivis d'hospitalisation. Les codes CIM10 qui n'étaient pas retrouvés dans ces RPU en 2019 mais qui l'étaient pour plus de 10 passages en 2021 ont également été ajoutés lors de l'étape 3.

Pour information, des travaux vont être menés courant 2023 pour élargir les listes de diagnostics à l'ensemble des codes de la CIM10 pouvant être codés au sein des structures des urgences. Ces listes complètes devraient être disponibles pour le 1^{er} janvier 2024.

C. Règles de facturation des nouveaux forfaits 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 âge urgences (et un seul). Le nouveau forfait FU0 et le forfait FU1 modifié suivent les règles suivantes :

- Forfait FU0 correspond aux patients de moins de 4 mois. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.
- Forfait FU1 correspond aux patients entre 4 mois et 15 ans. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquent que pour les autres forfaits âges concernant la facturation des forfaits patients et des suppléments.

A la facturation des forfaits âge urgences FU0 et FU1 peut s'ajouter la facturation d'un nouveau supplément selon le diagnostic codé :

- Supplément PE1 associé à la famille 1 de diagnostics. Un seul supplément PE1 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le supplément PE2.
- Supplément PE2 associé à la famille 2 de diagnostics. Un seul supplément PE2 peut être facturé par passage et il n'est pas cumulable avec le supplément PE1.

Ces suppléments sont cumulables avec les autres suppléments mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2022.

Les diagnostics des familles 1 et 2 de l'annexe 8 se réfèrent au diagnostic principal renseigné dans le résumé de passage aux urgences défini à l'article 3 de l'Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

Les modalités de facturation et les valeurs des forfaits et des suppléments sont fixées par l'arrêté du 31 mars 2023.

Annexe 4

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-419-13-2022 du 14 décembre 2022 (Nouveautés PMSI).

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

- Clôture des FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2, vaccination COVID-19 et vaccination Monkeypox ;
- Rappel des consignes Abbot concernant les stimulateurs cardiaques implantables ;
- Modification des variables "mode d'entrée" et "provenance" et création de la variable "passage par une structure des urgences" en MCO et en HAD ;
- Prolongation de l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences

I. Clôture des FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2, vaccination COVID-19 et vaccination Monkeypox

Les FICHSUP tests pour diagnostic SARS-CoV-2⁴, vaccination COVID-19⁵ et vaccination Monkeypox⁶ ont été mis en place à des fins de financement, dans certaines conditions, des prestations inhérentes selon des consignes de recueil décrites dans des notices publiées par l'ATIH. En 2023, la période d'exécution pour ces trois FICHSUP concerne des prestations effectuées entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023. Elle doit être renseignée à '1' pour la vaccination COVID-19, la vaccination Monkeypox et le séquençage des variants du COVID et à '2' pour les autres prestations relatives aux tests pour diagnostics SARS-CoV-2. À partir du 1^{er} juillet, l'activité liée à ces prestations ne sera plus recueillie par cette modalité. Les fichiers FICHSUP restent néanmoins ouverts jusqu'à la période de transmission M12 pour la remontée des données d'activité concernée par le recueil réalisée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023.

II. Rappel des consignes concernant les stimulateurs cardiaques implantables Abbot

Il est rappelé qu'une action de sécurité sanitaire est en cours depuis juillet 2022, concernant des stimulateurs cardiaques implantables (société Abbott / St. Jude Medical). Cette procédure a donné lieu à un message d'alerte sanitaire en date du 13 septembre 2022. L'ATIH a ensuite publié la notice n° ATIH-340-8-2022 pour décrire les modalités de codage PMSI des séjours concernés, afin de contribuer à la traçabilité du dispositif sanitaire mis en œuvre. Tous les séjours d'explantation de ces stimulateurs doivent être repérés en codant en diagnostic associé un code CIM-10 FR pour usage urgent : U07.9 *Explantation d'un stimulateur cardiaque dans le cadre l'action de sécurité ANSM n° R2218756*. Les consignes complémentaires pour les actes d'explantation/remplacement, le diagnostic principal, les autres diagnostics associés, ainsi que les informations à faire figurer dans les fichiers VIDHOSP ou RSF-A sont détaillées dans la notice parue en septembre 2022.

III. Modification des variables "mode d'entrée" et "provenance" et création de la variable "passage par une structure des urgences" en MCO et en HAD

A. En MCO

Le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (annexe II de l'arrêté PMSI MCO du 23 décembre 2016 -BO n° 2023/6 bis) prévoit la création de la nouvelle variable "Passage par une structure des urgences". Afin

⁴ <https://www.atih.sante.fr/transmission-des-prestations-pour-tests-diagnostic-d-infection-sars-cov-2-2>

⁵ <https://www.atih.sante.fr/vaccination-covid>

⁶ <https://www.atih.sante.fr/variole-du-singe-monkeypox>

d'accompagner la création de cette nouvelle variable, plusieurs modifications ont également été apportées aux variables "Mode d'entrée" et "Provenance".

Pour rappel, les modifications apportées sont les suivantes :

- Création de la variable "Passage par une structure des urgences" avec les valeurs possibles suivantes :
 - o Code '5' Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)
 - o Code 'U' Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris l'UHCD)
 - o Code 'V' Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et par celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises)
- Suppression des codes '5' et 'U' de la variable "Provenance"
- Modification de la définition du mode d'entrée "Transfert définitif" (code '7') qui inclut maintenant les situations où le patient arrive suite à un passage (sans hospitalisation) dans une structure des urgences d'une autre entité géographique.

L'extension de la définition du mode d'entrée « Transfert définitif » ne modifie pas les règles de financement des transports dans les situations où le patient arrive suite à un passage (sans hospitalisation) dans une structure des urgences d'une autre entité géographique.

Pour faire suite à des questions remontées des établissements, un document explicatif sera prochainement mis à disposition sur le site internet de l'ATIH. Ce document (de type fichier Excel) résumera différentes situations de parcours patient avec des recommandations de codage pour les variables « Mode d'entrée », « Provenance » et « Passage par une structure des urgences » conformes au guide méthodologique MCO 2023.

Par ailleurs, du fait de difficultés d'implémentation dans les logiciels de ces nouvelles consignes, une tolérance sera accordée en 2023 pour utiliser les formats 2022.

B. En HAD

Concernant le champ d'activité HAD, l'annexe 2 de la notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022 n'est pas modifiée mais complétée afin de préciser la modalité 'transfert' de la variable 'mode d'entrée' pour laquelle des modifications ont été apportées dans la version provisoire 2023 du Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile paru en décembre 2022 sur le site ATIH.

Ainsi, la définition de la modalité 'transfert' retrouvera sa version initialement parue au BO n° 2022-7bis dans la prochaine publication BO n°2023-7bis.

Mode d'entrée

Code 7 Transfert

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode d'entrée fait appel au code 7 Transfert.

Concernant la nouvelle variable « **Passage par une structure des urgences** », la présente notice réaffirme sa définition et son recueil à compter du 1er mars 2023.

Cette variable permet l'identification du passage du patient par une structure des urgences et/ou par l'UHCD de manière décorrélée de la variable Provenance. Elle peut être codée pour les patients quel que soit le mode d'entrée. Les modalités sont les suivantes :

- o Code 5 Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)
- o Code U Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris l'UHCD)
- o Code V Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et de celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises).

IV. Prolongation de l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences

L'article 43 de la LFSS pour 2018 a instauré l'expérimentation d'un forfait de réorientation pour les structures des urgences. Les précisions concernant le recueil de cette activité ont été détaillées dans la notice PMSI 2021 parue le 18 décembre 2020 (notice technique ATIH-601-2-2021).

Cette expérimentation du forfait de réorientation urgence (FRU) est prolongée jusqu'au 31 octobre 2023. Cette prolongation vise les établissements ayant déjà facturé au moins un forfait (RU1) avant le 31 décembre 2022. Cette prolongation s'explique en partie par le délai de montée en charge de l'expérimentation.

Un arrêté modificatif de l'arrêté du 23 février 2021 listant les établissements autorisés à participer à l'expérimentation du forfait de réorientation aux urgences est en cours de publication.