

Campagne tarifaire et budgétaire 2019

Nouveautés « financement »

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

Pour 2019, la première a été publiée en décembre (Notice Technique n° CIM-MF-2-790-2019 du 24/12/2018), présentant les nouveautés 2019 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 des champs 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 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).

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



Le Directeur 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 22 février 2019 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 06 mars 2019 fixant pour l'année 2018 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 »:

- Suppression de **GHS** majorés des racines 05K06 et 05K10 ;
- Valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (**RAAC**) ;
- Elargissement du périmètre du forfait annuel greffes (**FAG**) ;
- Revalorisation du forfait **AP2** ;
- Evolution des règles de cumul des forfaits **SE** et **APE** dans le cadre des prises en charge liées à l'administration d'Avastin dans la DMLA ;
- Possibilité de cumul de facturation de **GHT** en HAD avec des forfaits d'entraînement à la dialyse ;
- Précisions apportées concernant la facturation des prestations inter activités prenant la forme d'actes et consultations externes, dites « **PIA externes** » ;
- Précisions concernant les règles de facturation du **forfait innovation I04 : METAGlut1**
- Création de nouveaux forfaits « innovation ».

Une notice spécifique relative aux transports inter-établissements viendra préciser les éléments de périmètre, de recueil et de valorisation pour l'ensemble des champs.

I. Suppression de GHS majorés

La liste des GHS a été actualisée par la suppression des GHS majorés concernant la fraction du flux de réserve (FFR).

Ces GHS étaient déclenchés lorsque les prestations de séjours et de soins délivrées au patient donnaient lieu :

- à la production de l'un des GHM d'endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde (racine **05K06**) ou d'actes diagnostiques par voie vasculaire (racine **05K10**)
- dès lors que l'acte de mesure du flux de réserve coronarien au cours d'une artériographie coronaire (DDQF202) a été réalisé en association avec l'un des actes d'artériographie ou de dilatation intraluminale DDQH009, DDQH012, DDAF007, DDAF008 ou DDAF009.

Les séjours concernés sont toujours classés dans les mêmes GHM mais donnent désormais lieu à la facturation du GHS de base. Le dispositif médical associé à cette pratique est dorénavant financé au titre V de la LPP.

II. Valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

La RAAC est une **approche de prise en charge globale du patient** favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Le patient a un rôle actif dans cette approche. **Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique** pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Pour la campagne tarifaire 2019, une mesure de soutien au développement de l'activité RAAC est 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.

1. Périmètre de la mesure

La mesure est mise en œuvre pour une liste restreinte de 17 activités :

- 04C04 : Interventions sous thoracoscopie
- 06C03 : Résections rectales
- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C07 : Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon
- 06C16 : Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum pour tumeurs malignes, âge supérieur à 17 ans
- 07C09 : Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave pour tumeurs malignes
- 08C24 : Prothèses de genou
- 08C25 : Prothèses d'épaule
- 08C27 : Autres interventions sur le rachis
- 08C48 : Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
- 08C52 : Autres interventions majeures sur le rachis
- 10C13 : Interventions digestives autres que les gastropplasties, pour obésité
- 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale
- 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes
- 13C03 : Hystérectomies
- 13C14 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
- 13C15 : Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

2. Mise en œuvre de la mesure en 2019

Une variable RAAC est mise en place dans le recueil PMSI en 2019. Les consignes de codage de cette variable sont précisées ci-après au point 3.

Pour les séjours groupés dans les 17 racines du périmètre et bénéficiant du codage de la variable RAAC, la classification reste inchangée, seule la valorisation est modifiée.

Ainsi dès lors qu'un séjour est assorti du codage de la variable Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS), en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour.

A titre d'illustration, un séjour de 2 jours qualifié de RAAC avec un diagnostic de niveau 4 en DA, sera groupé dans le GHM de niveau 1, mais sera payé sur la base du GHS correspondant au GHM de niveau 4.

Ce mécanisme de valorisation s'applique également pour les séjours réalisés en ambulatoire.

En résumé, la mesure s'applique :

- Sur les 17 racines retenues pour la campagne 2019,

- Si la variable RAAC est cochée,
- A l'exception des séjours avec les modes de sortie « décès » et « transfert vers une unité de soins de courte durée ». Des erreurs bloquantes sont prévues dans ces situations.

Pour mémoire, la variable créée dans le recueil 2019 s'applique à l'ensemble des activités (et non aux seules activités ciblées par la mesure) et doit permettre de mieux identifier les prises en charge en RAAC dans la perspective d'un éventuel élargissement de la mesure à compter de 2020 (voir ci-dessous).

3. Consignes de codage

La reconnaissance d'une démarche RAAC est conditionnée par l'existence d'un cahier des charges ou d'un protocole décrivant la procédure RAAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement. Cette reconnaissance n'est pas liée à l'obligation de posséder un label RAAC. Le chemin clinique du patient devra être retracé dans son dossier médical.

En parallèle du recueil d'activité, des indicateurs spécifiques pourraient être suivis pour s'assurer du maintien de la qualité des prises en charge.

4. Perspectives d'élargissement de la mesure

La mesure de soutien au développement des activités de RAAC a vocation à être, à moyen terme, élargie à d'autres types de prises en charge.

Le codage de la variable RAAC dès 2019 sur l'ensemble des séjours relevant de ces protocoles (et non uniquement sur les activités ciblées en 2019) doit permettre de mieux identifier les prises en charge auxquelles la mesure de soutien pourrait être élargie.

Par ailleurs, les indicateurs de maintien de la qualité de la prise en charge seront également pris en compte dans la perspective d'un élargissement de la mesure.

III. Elargissement du périmètre du forfait annuel greffes (FAG)

Dans l'objectif de diminuer les délais d'attente pour les greffes de poumon, un forfait permettant de financer les frais de réhabilitation et de perfusion de l'appareil pulmonaire est créé en campagne 2019, pour les établissements greffeurs.

Ce forfait vient s'ajouter à la liste des FAG existant sous le libellé « Valorisation par utilisation de machine à perfusion-ventilation pour la réhabilitation *ex vivo* d'un greffon pulmonaire ».

IV. Revalorisation du forfait AP2

Le forfait AP2, créé en 2017, est destiné à valoriser les 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**. Ce forfait couvre les frais d'administration et de surveillance en environnement hospitalier ainsi que le coût moyen d'achat des spécialités pharmaceutiques concernées.

En campagne 2019, le forfait AP2 est revalorisé afin d'ajuster son tarif au temps de prise en charge et au coût moyen réactualisé des spécialités pharmaceutiques concernées.

La valeur du forfait AP2 s'établit ainsi au 1^{er} mars 2019 à 71,50€.

V. Evolution des règles de cumul des forfaits SE et APE dans le cadre des prises en charge liées à l'administration d'Avastin dans la DMLA

Dès 2019, il est désormais possible de **cumuler la facturation des forfaits SE et APE** dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab® dans le cadre de la DMLA. Cette évolution a pour objectif de mieux valoriser ces prises en charge et d'inciter à leur développement en substitution à d'autres spécialités plus coûteuses.

VI. Possibilité de cumul de facturation de GHT en HAD avec des forfaits d'entraînement à la dialyse

D'ores et déjà, lorsque le patient est hospitalisé à domicile, la réalisation d'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique peut donner lieu à facturation du forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D11), d'autodialyse simple (D12) ou assistée (D13), ou d'hémodialyse à domicile (D14).

En 2019, cette mesure est étendue. Ainsi, le cumul de facturation d'un séjour d'HAD avec un forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée (D20), un forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (D21) ou un forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (D24) est autorisé.

VII. Précisions apportées concernant la facturation des prestations inter activités prenant la forme d'actes et consultations externes, dites « PIA externes »

Le régime des prestations inter activités (PIA) dites « séjours », facturables directement à l'assurance maladie par les établissements prestataires, a été clarifié en 2016. La clarification du régime des PIA « externes », qui correspondent aux situations où la prestation réalisée par l'établissement prestataire prend la forme d'une prise en charge externe (ACE), avait été renvoyée à un texte ultérieur.

A partir de 2019, les modalités de facturation des PIA « externes » sont alignées sur celles des PIA « séjours ». Les prises en charges externes réalisées par des établissements MCO pour des patients hospitalisés en SSR ou en psychiatrie seront désormais facturables directement à l'assurance maladie par l'établissement MCO prestataire et ne feront plus l'objet d'une refacturation entre établissements.

VIII. Précisions concernant les règles de facturation du forfait innovation I04 : METAGlut1

Ce test a la particularité par rapport aux autres innovations ayant fait l'objet d'un arrêté au titre de la loi L. 251-1-1, de pouvoir être réalisé en externe ainsi qu'en hospitalisation.

Les modalités de facturations sont les suivantes :

- **pour les réalisations du test en activité externe**, l'établissement doit utiliser la lettre clé «I04» dans le RSF-ACE (facturation transmise à l'ATIH) correspondant au forfait innovation qui inclut l'ensemble de la prise en charge. Le RSF-ACE correspondant ne doit contenir aucune autre prestation. Aucune facture ne devra être télétransmise dans le cadre de FIDES à l'assurance maladie. Les recettes perçues par l'établissement correspondant à cette activité seront prises en compte dans les arrêts versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie
- **pour les réalisations du test en hospitalisation**, l'établissement doit indiquer le code innovation «INNOV1808004N» dans les RSS des séjours correspondants. La valorisation est réalisée également par l'ATIH en considérant le forfait innovation «I04» comme un supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.

IX. Création de nouveaux forfaits « innovation »

Au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, des forfaits innovation sont alloués aux établissements autorisés pour la mise en place des dispositifs innovants suivants : PULSANTE et WISE CRT.

1. Microstimulateur implantable de neuromodulation du ganglion sphéno palatin PULSANTE

PULSANTE est un dispositif destiné à traiter la douleur occasionnée par les algies vasculaires de la face réfractaires aux traitements et s'adresse aux patients présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- suivi pour diagnostic d'algie vasculaire de la face (AVF)
- avec crises d'AVF chroniques réfractaires aux traitements de la crise (surdosage ou inefficacité)
- avec crises d'AVF épisodiques sévères (qui durent au moins 4 mois par an en continu) réfractaires aux traitements de la crise (surdosage ou inefficacité)
- en capacité de distinguer les crises d'AVF d'autres types de céphalées

Le nombre total de patients susceptibles de bénéficier de cette prise en charge est fixé à 180 patients dont 60 patients au titre de l'étude pendant sa phase d'inclusion et, lorsque l'ensemble des inclusions sera terminé, 120 patients supplémentaires non inclus dans l'étude. Par ailleurs, 11 établissements ont été autorisés à implanter ce dispositif.

Depuis le 18 janvier 2019 (voir lien ci-dessous), le forfait sera alloué sur la base de la saisie, dans la variable innovation du RUM, du code correspondant à la phase de l'étude :

- le code « **INNOV1801006I** » durant la phase d'inclusion
- le code « **INNOV1801006S** » pour les patients supplémentaires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/1/18/SSAH1901994A/jo/texte>

Le montant des forfaits est fixé comme suit :

- 35 820€ pour « PULSANTE étude », code **I061**, durant la phase inclusion
- 29 670€ pour « PULSANTE additionnel », code **I062**, pour les patients supplémentaires

2. WISE CRT

WISE CRT est un dispositif de resynchronisation cardiaque implantable chez les insuffisants cardiaques symptomatiques persistants malgré traitement.

Le nombre de patients autorisés à bénéficier de cette prise en charge est fixé à 40. Quatre établissements de santé participent à l'étude.

Depuis le 08 février 2019 (voir lien ci-dessous), le forfait sera alloué sur la base de la saisie, dans la variable innovation du RUM, du code « **INNOV190007Z** ».

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038133641

Le forfait sera d'un montant de 25 600€ pour WISE CRT, code **I07**.

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 (V2019)

Les nouveautés relatives à la classification v2019 sont l'intégration de **l'acte EJSF032** : « Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale » **vers la racine 05K26** « actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire ».

Par ailleurs, les GHS majorés des racines 05K06 et 05K10 (concernant la fraction du flux de réserve, cf. annexe I) ont été supprimés, le dispositif médical associé étant dorénavant financé au titre V de la LPP.

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

b. Modification du financement des séjours bas (EXB)

Dans le cadre de la valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la RAAC (cf. annexe 1), les tarifs EXB des 17 racines concernées par la mesure ont fait l'objet d'un ajustement. Cet ajustement a été réalisé uniquement sur le niveau 4 de chaque racine dans la mesure où en 2019, il n'existe plus de bornes basses sur les niveaux inférieurs (cf. infra). Il consiste à modifier la valeur de l'EXB afin que le financement d'un GHS de niveau 4 ait quel que soit la durée du séjour un financement supérieur au financement d'un GHS de niveau 3.

Exemple : séjour de RAAC sans nuitée groupé dans la racine Hystérectomies (13C04) qui relève d'un niveau 4 en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour¹.

Tarifs	Groupage	GHM	GHS	Borne basse	Tarif Facial	EXB	Valorisation du séjour
2018	2018	13C031	4922	-	2 844,47	-	2 844,47
2018	2019	13C031	4925	6	10 396,82	3 162,41	- 8 577,64
2019	2019	13C031	4925	6	10 396,82	527,07	7 234,41

- La première ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2018 en fonction des tarifs de 2018 → Comme il s'agit d'un séjour sans nuitée, le séjour est groupé dans le niveau 1 de la racine et donne lieu à la facturation du GHS de niveau 1.

¹ Règles de groupage liées à la durée du séjour : durée minimale de 3 jours pour un niveau 2, 4 jours pour un niveau 3 et 5 jours pour un niveau 4

- La deuxième ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2019 en fonction des tarifs de 2018, autrement dit sans ajustement de la valeur de l'EXB. → Comme il s'agit d'un séjour sans nuitée, le séjour reste groupé dans le niveau 1. En revanche, comme il s'agit d'une prise en charge dans le cadre de la RAAC, il donne lieu à la facturation du GHS de niveau 4. La valorisation est négative, ce qui justifie un ajustement sur l'EXB.
- La troisième ligne correspond à la valorisation du séjour selon le groupage V2019 en fonction des tarifs de 2019², autrement dit avec ajustement de la valeur de l'EXB. → la valorisation du séjour est désormais positive et bien supérieure à celle de l'année précédente (cf. 1^{ère} ligne).

c. Changement de périmètre

✓ Financement à la qualité

En 2019, le modèle de financement à la qualité est sensiblement revu et son enveloppe globale (MCO et SSR) est multipliée par 4, passant de 50 M€ à 200 M€. Cette évolution, qui sera amplifiée dans les prochaines années, traduit une diversification des modes de financement des établissements de santé. L'augmentation des crédits alloués à la qualité (soit 150M€ au total en 2019) est ainsi financée via un transfert de crédits depuis les enveloppes tarifaires (part tarif MCO, DMA et OQN SSR) et de dotation (DAF SSR) des établissements concernés. En 2019, ce transfert de crédits correspond à une diminution des tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD de 0,35%.

✓ Financement des transports inter-établissements

La campagne 2019 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 établissement, et ce à compter du 1er 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.

Tous les établissements de santé quel que soit le secteur et le champ d'activité (MCO, PSY, SSR) sont ainsi concernés par cette mesure qui donne lieu en 2019 à un transfert de dépenses depuis l'ONDAM soins de ville vers l'ONDAM établissements de santé correspondant à 9 mois de dépenses, après un premier transfert de 3 mois réalisé en construction 2018.

Le montant total des dépenses de transports réintégrées au sein du financement des établissements de santé MCO est en année pleine de **194M€**.

En 2018 :

- Trois mois de dépenses ont été réintégrées au sein de la masse tarifaire MCO (ex DG et ex OQN) soit 48,6M€ dont 41,3M€ pour les suppléments TDE et TSE et 7,3M€ de crédits intégrés dans les GHS.
- Pour générer 7,3M€ de recettes supplémentaires pour les établissements sur l'année civile 2018, les tarifs des établissements MCO ont dû être rehaussés de 8,8M€ (les tarifs 2018 ne s'appliquant que sur 10 mois en 2018).

En 2019 :

- Neuf mois de dépenses ont été réintégrés au sein de la masse tarifaire MCO soit 145,8M€ dont 123,9M€ au titre des suppléments et 21,9M€ au titres des GHS.
- Les tarifs MCO hors suppléments pour 2019 doivent ainsi permettre de couvrir 12 mois de dépenses de transports en sachant que les tarifs 2018 intègrent d'ores et déjà un montant de 8,8M€ (7,3M€ au titre de 2018 et 1,5M€ d'effort report sur janvier/février 2019). Les tarifs MCO 2019 sont donc rehaussés de

² Tarifs avant modulation tarifaire 2019

20,5M€, ce qui représente un impact facial sur le taux d'évolution moyen des tarifs MCO de **+0,06%** au 1^{er} mars 2019.

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

Pour l'année 2019, la modulation tarifaire a consisté à :

- soutenir le développement de l'ambulatoire ;
- revaloriser les tarifs de certains GHM d'obstétrique ;
- diminuer les tarifs de dialyse pour permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique avancée »

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>

Pour cette campagne, suite à une concertation avec les acteurs, la méthodologie de calcul des TIC a été ajustée :

- pour prendre en compte les modalités de reprise des allègements fiscaux et sociaux
 - o les coûts ont été retraités afin de tenir compte du pacte de responsabilité concernant l'année 2015 dans le calcul du coût pluriannuel pour les établissements privés lucratifs et non lucratifs
 - o la valorisation de l'activité par les tarifs tient compte du coefficient de reprise crée en 2018
- pour prendre en compte de manière plus pertinente les années sélectionnées permettant de calculer le coût pluriannuel : la méthode prend désormais en compte pour chaque année l'indicateur de fiabilité.

Ces évolutions seront documentées de manière plus détaillées lors de la prochaine publication des tarifs issus des coûts (version 2019).

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 de l'ambulatoire

Les modulations tarifaires mises en place en campagne 2019 sont principalement centrées sur le soutien au développement de l'ambulatoire en chirurgie, en médecine et en interventionnel.

✓ Chirurgie

La campagne 2019 poursuit la volonté de renforcer la politique engagée depuis plusieurs années en faveur des prises en charge en ambulatoire.

o **Revalorisation des activités de chirurgie ambulatoire sous financées**

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 (selon les mêmes modalités qu'en 2018) 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 2020³
- 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 15% par rapport au tarif cible, ont fait l'objet d'une revalorisation partielle (parcours de 15% du chemin vers le TIC).

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

A titre d'exemple, dans le secteur ex-DGF, le TU de la racine 11C11 (Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires) présentait un écart de -20% par rapport au tarif cible. Le tarif unique a donc été augmenté de 2.7% passant de 1 691€ en 2018 à 1 739€ en 2019.

La revalorisation de ces activités a été financée par l'actualisation des tarifs uniques pour les couples dont le taux d'ambulatoire a augmenté, entraînant un changement de classe, et qui par construction sont en situation de sur financement par rapport au tarif cible. Pour le secteur ex-DGF, ces couples ont été mis au tarif cible de leur classe et pour le secteur ex OQN, ces couples ont parcouru 35% du chemin vers le tarif cible.

- **Suppression des bornes basses tarifaires des niveaux 2 et 3**

Afin d'accompagner et de soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours chirurgicaux, les bornes basses tarifaires des séjours de chirurgie de niveaux 2 et 3 sont supprimées. Cette suppression est réalisée sans modification de la valeur faciale des tarifs, ce qui entraîne une hausse de la valorisation moyenne des séjours. Afin de financer cette mesure une baisse de 0,6% des tarifs a été réalisée sur l'ensemble des GHS dans le secteur ex-DGF et de 0.05% dans le secteur ex-OQN.

- ✓ Interventionnel

Pour l'année 2019, les politiques tarifaires de soutien au développement de l'ambulatoire mises en œuvre depuis plusieurs années en chirurgie sont déployées sur l'activité d'interventionnel.

- **Mise en place de tarifs uniques pour les séjours de niveaux J/T avec les séjours de niveau 1**

L'ensemble des racines d'interventionnel avec un GHM de niveau 1 et un GHM de niveau J ou T ont été mises en tarif unique (à l'exception de la racine 11K02, dont le niveau de tarif est lié à la racine 11M06). Pour ces racines, le tarif unique correspond au tarif moyen pondéré.

A titre d'exemple, dans le secteur ex-OQN, les niveaux 1 et J de la racine 05K10 ont été mis en tarif unique. En 2018, le tarif du niveau 1 était de 972€ et celui du J de 822€. Avec la mise en tarif unique, ces deux niveaux ont maintenant un tarif de 922€.

- **Suppression des bornes basses tarifaires des niveaux 1, 2 et 3**

A l'instar de la chirurgie, et afin d'accompagner et de soutenir la tendance à la réduction des durées de séjours, les bornes basses tarifaires des séjours d'interventionnel de niveaux 1, 2 et 3 sont supprimées. Cette suppression se fait à tarif facial identique, ce qui entraîne une hausse de la valorisation moyenne des séjours. Afin de financer cette hausse de la valorisation, une baisse de 0,007% des tarifs a été réalisée sur l'ensemble des GHS dans le secteur ex-DGF et de 0,004% dans le secteur ex-OQN.

- ✓ Médecine

La campagne 2019 consiste à appliquer deux mesures afin de soutenir le développement de l'ambulatoire en médecine.

³ 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.

○ **Mise en place de tarifs uniques sur 26 racines ciblées de médecine**

Pour la campagne 2019, 26 racines de médecine sont mises en tarif unique entre le niveau 1 et le niveau T.

La sélection des racines a été réalisée dans un premier temps avec les critères suivants :

- Dans chaque racine, écart de DMS entre le niveau T et le niveau 1 inférieur ou égal à 2,5 jours
- Part des séjours avec transferts sur le GHM en T inférieur à 20%

Ensuite, chaque racine (sélectionnée lors de la première étape) a été analysée de manière spécifique en fonction des éléments suivants :

- Répartition des durées de séjours de niveau 1
- Nombre de diagnostics (à 3 caractères) dans la racine
- DMS et effectifs des principaux diagnostics (à 3 caractères)
- Dans chaque racine, comparaison entre le niveau 1 et le niveau T sur :
 - Diagnostic principal
 - Diagnostics associés significatifs
 - Actes
 - Caractéristiques des patients : âge

Les racines retenues sont les suivantes :

- 01M22 : Migraines et céphalées
- 03M04 : Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans
- 03M07 : Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche
- 03M09 : Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans
- 04M25 : Gripes
- 05M08 : Arythmies et troubles de la conduction cardiaque
- 06M05 : Autres tumeurs malignes du tube digestif
- 06M11 : Ulcères gastroduodénaux non compliqués
- 06M20 : Tumeurs bénignes de l'appareil digestif
- 07M08 : Autres cirrhoses et fibrose hépatique
- 07M09 : Hépatites chroniques
- 08M06 : Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge inférieur à 18 ans
- 08M18 : Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif
- 08M33 : Ablation de matériel sans acte classant
- 09M03 : Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans
- 09M10 : Tumeurs malignes des seins
- 09M11 : Tumeurs de la peau
- 11M02 : Lithiases urinaires
- 11M07 : Tumeurs des reins et des voies urinaires
- 11M12 : Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans
- 12M03 : Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin
- 12M04 : Hypertrophie prostatique bénigne
- 13M03 : Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin
- 13M06 : Autres infections de l'appareil génital féminin
- 16M13 : Autres troubles de la coagulation
- 17M17 : Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus

Pour ces 26 racines, le tarif unique correspond au tarif moyen pondéré. Par exemple, dans le secteur ex-OQN, les niveaux 1 et T de la racine 04M25 (Gripes) ont un tarif unique de 366€ en 2019 contre respectivement 673€ et 219€ en 2018.

o **Revalorisation des GHM de médecine de courte durée**

Dans la poursuite des évolutions engagées en campagne 2018, 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. A titre d'exemple, le tarif du GHM 04M12T (Pneumothorax, très courte durée) s'élève à 630€ en 2018 dans le secteur ex-DG, il est ainsi rehaussé à 672€ en 2019.

En contrepartie, dans le secteur ex-DGF, les tarifs des GHM d'hospitalisation complète de niveaux 1 et 2 sur financés sont diminués. Le degré de contribution est dépendant du niveau de sévérité (65% du chemin vers le TIC pour les GHM de niveau 1 ; 55% du chemin pour les GHM de niveau 2). Les activités spécifiques⁴ sont mises à contribution mais de façon modérée (10% du chemin vers le TIC).

Dans le secteur ex-OQN, la revalorisation des tarifs des GHM de médecine de très courte durée sous financés est compensée par la baisse uniforme des tarifs de médecine (baisse de -0,4%).

b. Revalorisation de l'obstétrique

Dans la continuité des campagnes 2016 et suivantes, une revalorisation de 2,5% des tarifs des accouchements par voie basse sans complication (14Z14A et 14Z13A) a été réalisée pour le secteur ex-OQN.

Le respect des règles tarifaires existantes pour ces activités implique de revaloriser également les GHM d'accouchement unique par voie basse avec autres complications (14Z14B et 14Z13B) ainsi que le tarif du GHM de césariennes sans complication significative (14C08A).

Dans le cadre de cette action, le GHM 15M05B du secteur ex-OQN a également été revalorisé de 2,5%. Ces hausses de tarifs sont financées par une baisse des tarifs des autres GHS du secteur ex-OQN.

A titre d'illustration, le tarif des accouchements par voie basse sans complication chez une primipare, initialement de 1 643€ dans le secteur ex OQN est fixé à 1 684€. Cette hausse du tarif entraîne une hausse du tarif du niveau B, qui évolue ainsi de 1 842€ à 1 888€.

c. Modulation des tarifs de dialyse

Comme lors des campagnes précédentes, il est procédé à une baisse des tarifs d'hémodialyse en centre au regard du sur-financement constaté. Toutefois, contrairement aux années antérieures, cette baisse ne sera pas une économie nette mais doit permettre le financement de la mise en œuvre du forfait « maladie rénale chronique avancée ».

Ainsi, dans les deux secteurs, le tarif du GHS d'hémodialyse en centre (9605) baisse de 2%.

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.

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 reprise⁵ (soit 50% au total sur la période 2018-2019).

⁴ Les activités dites « spécifiques » correspondent aux activités lourdes, à la cancérologie, aux soins palliatifs.

⁵ 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

En 2019, il a été acté d'une reprise supplémentaire de 20% des effets du CITS pour les établissements privés à but non lucratif. Ainsi, les coefficients de reprise pour 2019 prennent les valeurs suivantes :

Statut juridique	Coefficients 2019
Etablissements publics de santé	0%
Etablissements privés à but non lucratif	-1,77%
Etablissements privés à but lucratif	-2,89%

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 -2,89% 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 2018 (coefficient fixé à -2,95%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,77% 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 hausse de 0,3% par rapport à 2018 ce qui correspond à la reprise supplémentaire à hauteur de 20% des effets du CITS.

b. 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.

	Secteur ex-DGF		Secteur ex-OQN	
	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre	Hors mouvements de périmètre	Y compris mouvements de périmètre
Total GHS	0.50%	0.16%	0.62%	0.24%
<i>dont GHS hors obstétrique et dialyse</i>	<i>0.52%</i>	<i>0.20%</i>	<i>0.54%</i>	<i>0.32%</i>
<i>dont GHS obstétrique</i>				<i>2.50%</i>
<i>dont GHS dialyse</i>		<i>-2.30%</i>		<i>-2.09%</i>
Suppléments (hors suppléments transports)	0.52%	0.16%	0.52%	0.16%
Suppléments transports	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Dialyse (hors centre)	0.52%	0.16%	0.35%	-0.87%
<i>dont D11</i>				<i>-2.14%</i>
SE/PO/ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0.16%	0.16%	0.16%	0.16%
HAD	1.32%	0.96%	1.32%	0.96%
Evolution globale moyenne	0.52%	0.19%	0.63%	0.18%

Annexe 3

Complément sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-2-790-2019 du 24/12/2018).

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

- Précisions relatives au codage des actes de curage ganglionnaire dans le cadre d'une chirurgie carcinologique du sein ;
- Précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR T-cells ;
- Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN ;
- Précisions relatives à la mise en place du codage des indications des médicaments de la liste en sus en MCO et en HAD ;
- Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques ».
- Précisions relatives aux consignes de codage de la variable « conversion HP-HC »

I. Précisions relatives au codage des actes de curage ganglionnaire dans le cadre d'une chirurgie carcinologique du sein

Dans le cadre des tumeurs malignes du sein, le curage ganglionnaire peut-être réalisé d'emblée ou être conditionné au résultat de la recherche d'un ganglion sentinelle, pratique conseillée dans le traitement des stades précoces.

Les précisions de codage concernent les situations suivantes :

La pratique du ganglion sentinelle

1. Repérage des ganglions sentinelles codé à l'aide des actes :
 - ZZQL010 *Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique* ;
 - ou ZZQL013 *Détection radio-isotopique préopératoire de lésion par injection transcutanée intratumorale ou pérítumorale, avec détection radio-isotopique peropératoire.*
2. Réalisation, au cours de l'acte opératoire pour la tumeur du sein :
 - de l'exérèse à visée diagnostique du ganglion sentinelle axillaire : FCFA021 *Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique des membres à visée diagnostique, par abord direct* ;
 - d'une demande d'examen extemporané concernant ce ganglion : ZZHA001 *Prélèvement peropératoire pour examen cytologique et/ou anatomopathologique extemporané.*
3. Examen anatomopathologique du (ou des) ganglion (s) :
 - FCQX005 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle* ;
 - ou FCQX008 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles* ;
 - FCQX007 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles.*

Le curage ganglionnaire axillaire :

Le curage axillaire sera donc codé dans les cas pour lesquels :

- aucune recherche de ganglion sentinelle n'est réalisée mais un curage est bien réalisé ;
- une recherche du ganglion sentinelle a été mise en œuvre avec :
 - un résultat positif de la recherche de métastase dans le ganglion sentinelle ;
 - et la réalisation du curage de la chaîne lymphonodale axillaire. Dans ce cas, l'acte de curage sera enregistré dans le séjour correspondant, c'est-à-dire soit lors de la réalisation du ganglion sentinelle si le curage est réalisé dans la foulée, soit lors d'un second séjour après retour de l'examen définitif.

Il faut noter que dans les situations, où au cours du même temps opératoire sont réalisées une exérèse à visée diagnostique du ganglion sentinelle axillaire et un curage de la chaîne lymphonodale axillaire, seul le curage lymphonodal axillaire pourra être codé.

II. Précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

Toutes les précisions relatives au codage de l'activité réalisée dans le cadre de la pratique de la RAAC figurent dans l'annexe 1.

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

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par Car T-cells (Kymriah®, Yescarta®), il est tenu compte d'un surcoût pour ces séjours.

Pour la campagne 2019 : à compter du 1er mars 2019, chaque séjour pour lequel un patient est traité par injection de Car T-cells, est codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur et classé selon la fonction groupage, ce qui correspond en pratique le plus fréquemment aux racines 17M08, 17M09 ou 17M15 selon la pathologie traitée codée en DP. Chaque séjour est ainsi valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relève.

Pour tous les séjours de patients requérant un traitement par Car T-cells, les molécules sus mentionnées doivent être identifiées dans le FICHCOMP-ATU et ce par la présence d'un des deux codes UCD (Kymriah® : 9439938, Yescarta® : 9439921). En cas de financement par un laboratoire du traitement par Car T-cells, le prix d'achat de celui-ci devra être renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU.

Pour les séjours identifiés dans le FICHCOMP-ATU par la présence d'un des deux codes UCD correspondant aux molécules sus mentionnées, à la valorisation GHS s'ajoute un complément forfaitaire d'un montant de 15 000€ permettant de couvrir le surcoût associé à ce séjour (et ce même si le prix d'achat du traitement est renseigné est à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU). Le complément forfaitaire s'applique exclusivement aux spécialités Kymriah® et Yescarta® dans les indications de l'AMM. Il est versé en crédits AC (aide à la contractualisation) non reconductibles.

Pour la campagne 2019, ce complément forfaitaire sera versé aux seuls établissements détenteurs d'une autorisation et dans la limite de la population cible de 400 patients (avis de CT de la HAS du 12 décembre 2018).

Les établissements de santé autorisés pour l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR T-cells autologues (arrêté L1151-1 CSP), sont dans l'obligation de transmettre les données de suivi en vie réelle sur un formulaire ATIH (qui fera l'objet de précisions ultérieures), ainsi que des données relatives aux coûts réels liés à la prise en charge.

IV. Précisions relatives à l'évolution du recueil des RIHN

Conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 dans son paragraphe 3. a. les nouveaux formats des fichiers FICHSUP applicables au recueil des RIHN (Référentiel des actes innovants hors nomenclature) sont à la page suivante :

<https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2018>

Les données doivent être recueillies de manière cumulative sur l'ensemble de l'année 2019, et devront être transmises 2 fois dans l'année : en M6 et en M12.

Pour mémoire, les données 2018 doivent être remontées en M4 2019.

La délégation d'un financement au titre de la participation d'un établissement de santé à la MIG G03 (les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers) n'est pas assurée si cet établissement n'a pas transmis ses données en M12.

Les référentiels des actes devant être recueillis (RIHN et Liste Complémentaire) seront disponibles à la page suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>

(ceux actuellement disponibles sont les référentiels 2017).

V. Précisions relatives à la mise en place du codage des indications et de valorisation des médicaments de la liste en sus en MCO et en HAD et des médicaments sous ATU et post-ATU

Médicaments de la liste en sus

Le codage des indications est obligatoire pour les médicaments de la liste en sus en MCO, à compter du 1^{er} mars 2019, les erreurs de codage ne seront plus valorisées. En HAD, le codage des indications est obligatoire à compter du 1^{er} mars 2019. Les erreurs de codage ne seront plus valorisées à compter du 1^{er} décembre 2019.

Les seuls codages corrects correspondent aux indications incluses dans le Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus présent sur le site du ministère à l'adresse suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

Les indications inscrites sur la liste en sus sont celles dont la colonne « inscription liste en sus » est complétée par « oui » et « RTU ».

Le code I999999 doit être utilisé lorsque l'indication est hors AMM mais médicalement justifiée conformément à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique. **L'usage de ce code doit rester limité.**

Le code I999998 doit être utilisé lorsque la spécialité fait l'objet de recherches biomédicales au sens de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique. Ces deux codes continuent à être pris en charge.

Médicaments sous ATU et post-ATU

En MCO et en HAD, le codage des indications est possible pour les médicaments sous ATU et post-ATU à compter du 1^{er} mars 2019. Le Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques sous ATU et post-ATU est présent sur le site du ministère à l'adresse suivante : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisations-temporaires-d-utilisation-atu>

Il existe deux catégories d'ATU : les ATU dites de cohorte et les ATU dites nominatives. Dès lors que les ATU nominatives sont accordées, le code d'indication à renseigner est NXXXX00.

Le codage deviendra obligatoire à compter du 1^{er} septembre 2019.

Une notice technique est en cours de rédaction et sera publiée prochainement sur le site de l'ATIH.

Calendrier (synthèse)

		Recueil possible ⁶ (valorisé si vide)	Recueil obligatoire ⁷ (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

VI. Information sur le recueil et le suivi du dispositif « forfaits pathologies chroniques »

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a retenu comme premier axe stratégique la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Il est proposé de mettre en place, dès l'année 2019, deux forfaits hospitaliers dits « de transformation », forfaits matérialisant la prise en charge des **patients diabétiques de type 1 et 2 en dehors des séjours pour complications**, et des **patients atteints d'une insuffisance rénale chronique en pré-suppléance, à partir des stades 4 et 5**, avec pour objectif de :

- Mettre en place des stratégies visant à réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et, notamment, les complications cardio-neuro-vasculaires
- Pour les personnes souffrant de maladies rénales, développer des parcours favorisant l'autonomie du fonctionnement rénal, afin d'éviter la dialyse et de retarder la greffe

Un recueil spécifique sera créé pour chaque forfait afin de suivre l'activité et la qualité des prises en charge réalisées par les établissements de santé.

Le périmètre précis des forfaits et le recueil seront décrits dans une prochaine notice.

VII. Précisions relatives aux consignes de codage de la variable « conversion HP-HC »

Un séjour est considéré comme une conversion HP-HC dès lors qu'il était initialement prévu en HP (chirurgie ambulatoire, activité interventionnelle, séances, hôpital de jour médical) avec sortie prévue le jour-même, mais que le patient a finalement dû être admis en HC, et ceci que l'activité prévue en HP ait été effectivement réalisée ou non. La valeur 1 « oui » permet d'identifier l'existence d'une conversion.

Les modalités de renseignement de cette conversion dépendent de la pratique de l'établissement en matière de déclaration de séjours :

⁶ La date correspond à la date d'évolution du format.

⁷ La date correspond à la date d'entrée du séjour. Ainsi « 1er septembre 2018 » signifie « pour les séjours ayant débuté au 1^{er} septembre 2018 et après ».

- Si l'hôpital conserve le passage en unité ambulatoire avant le passage en HC (en procédant à une mutation du RUM d'HP vers une unité médicale d'HC), la variable « conversion » prend :
 - o dans le premier RUM (HP), la valeur vide ;
 - o dans le second RUM (soit le premier RUM en HC), la valeur :
 - 1 « oui » si la situation répond à la définition de la conversion HP-HC ;
 - ou 2 si l'établissement souhaite identifier l'absence de conversion au sein de ce séjour multi-RUM HP-HC :
 - soit parce que la succession HP-HC était antérieurement programmée (spécificités organisationnelles) ;
 - soit parce qu'il n'existe aucun lien entre les deux « parties » du séjour : si le patient n'avait pas été hospitalisé pour la prise en charge en HP, son hospitalisation en HC pour la prise en charge qui y est réalisée aurait quand même eu lieu.
 - o dans le(s) éventuel(s) RUM succédant le RUM porteur de l'information conversion (1) ou non conversion (2) la variable « conversion » prend la valeur vide.
- Si l'hôpital ne conserve pas le passage en unité ambulatoire lors d'une conversion :
 - o la variable « conversion » prend la valeur 1 « oui » dans le premier RUM en HC ;
 - o la variable « conversion » prend la valeur vide pour le(s) éventuel(s) RUM suivant(s).
- Dans toutes les autres situations, la variable est renseignée à « vide ».

Quatre erreurs de la fonction groupage ont été créées pour accompagner ce nouveau recueil. La seule erreur bloquante correspond à un renseignement par une valeur erronée (différente de 1, 2 ou vide). Les trois autres erreurs sont non bloquantes, elles ont été mises en place à visée informative et n'appellent donc pas nécessairement une correction.

L'ATIH a récemment publié ici une documentation dédiée ici : <https://www.atih.sante.fr/documentation-des-erreurs-de-la-fg-mco-2019> (pour consulter les informations détaillées sur les codes retour en lien avec la variable conversion, il faut filtrer sur « conversion » dans la colonne E « Catégorie » de l'onglet « Erreurs »).