

NOTICE TECHNIQUE
n° ATIH-234-7-2021
du 04 mai 2021

Inscrit pour information à l'ordre du
jour du CNP du 30 avril 2021 – N ° 33

Complément du 12 juillet 2021

Campagne tarifaire et budgétaire 2021

Nouveautés « financement »

La notice ci-dessus référencée n° ATIH-234-7-2021 du 04 mai 2021, fait l'objet de compléments d'information au titre notamment du financement des prestations concernées pour 2021.

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 2021, la première a été publiée en décembre (notice technique n° ATIH-601-2-2021 du 17 décembre 2020), présentant les nouveautés 2021 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).

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 05 mars 2021 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 Avril 2021 modifiant l'arrêté du 30 mars 2021 fixant pour l'année 2021 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 » :

- Réforme des urgences : création des GHS monoRUM UHCD, Suppression du FAU, du FAI Urgences
- Ré-introduction SE5 et SE6
- Création d'un GHS majoré pour la greffe d'îlots pancréatiques
- Coefficient Ségur : principes de création
- Mise en place d'un forfait innovation pour le test fonctionnel ONCOGRAMME
- Mise en place d'un forfait innovation pour la technologie Sunrise

I. Modification de l'arrêté « forfaits » suite à la réforme du financement des urgences

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 facturations 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.

L'entrée en vigueur de cette réforme est le 1^{er} Janvier 2021. Cette réforme nécessite la suppression des modalités de financement suivantes :

- suppression du forfait annuel urgences (FAU) ;
- suppression du forfait annuel activités isolées pour les urgences (FAI U) ;

Le financement sera désormais couvert par la dotation populationnelle.

De plus le nouveau modèle de financement des urgences prévoit qu'une partie du financement actuel des séjours mono-RUM en UHCD est désormais portée au sein de la dotation populationnelle. Cette disposition se traduit par la création de GHS dédiés, 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.

La fixation des tarifs de ces nouveaux GHS est décrite dans l'annexe 2.

Les forfaits « activité » seront mis en œuvre au 1^{er} septembre 2021 pour les passages non suivis d'hospitalisation. Dans l'attente la facturation des ATU et des actes et consultations externes est maintenue. A compter du 1^{er} septembre cette facturation sera maintenue uniquement pour les ATU gynécologiques, cette activité n'étant pas couverte dans un 1^{er} temps par les nouveaux forfaits.

II. Réintroduction des SE5 et SE6

Suite aux travaux liés à la gradation des soins et la publication de l'instruction en 2020, avait été inscrit dans l'arrêté prestations le principe de la facturation d'un GHS lorsque la prise en charge en HDJ était réalisée pour l'administration d'un produit de la réserve hospitalière. **Par voie de conséquence les forfaits SE5 et SE6 prévus pour l'injection de la toxine botulique ont été supprimés de l'article 16 de l'arrêté et de la liste des actes SE figurant en annexe.**

Toutefois, cette suppression s'est traduite par une augmentation significative du reste à charge pour les patients ne relevant pas d'une ALD et ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé.

Cette problématique particulière pourra être gérée dans le cadre de la réforme du ticket modérateur par le biais des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) en 2022, mais a contraint à rechercher une solution soutenable pour ces patients pour la campagne 2021.

Par conséquent, il a été décidé, en campagne 2021 et dans l'attente de la réforme des TNJP dans le champ MCO en 2022, de **réhabiliter les forfaits SE5 et SE6** selon les modalités strictement identiques à celles qui préexistaient avant la campagne 2020.

III. Création d'un GHS majoré pour les séjours de transplantation d'îlots pancréatiques

La transplantation d'îlots de Langerhans (TIL) constitue, avec la transplantation de pancréas (organe entier), une des deux options thérapeutiques de remplacement des cellules bêta pancréatiques productrices d'insuline chez les patients atteints de diabète de type 1. Le choix de l'une ou l'autre des deux options est fonction des caractéristiques cliniques et des préférences du patient.

Dans son rapport d'évaluation technologique adopté le 16 juillet 2020, la HAS a précisé les indications de cette modalité thérapeutique, ainsi que la stratégie de prise en charge à adopter en fonction des situations cliniques. Sur la base de ce rapport, la HAS a émis un avis favorable (n° 2020.0039/AC/SEAP du 16 juillet 2020) à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de l'acte de transplantation d'îlots pancréatiques : HNEH900 (*transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique*).

L'ATIH a rendu cet acte classant à partir du 1^{er} mars 2021 et intégré dans la liste (A-140) qui oriente les séjours vers la racine 27C03 (*transplantations pancréatiques*).

L'arrêté « Prestations » du 05 mars 2021 prévoit un accompagnement financier spécifique de ces prises en charge sous la forme d'un GHS majoré.

Ainsi, dès lors qu'un acte de transplantation d'îlots pancréatiques, par injection dans la veine porte par voie transcutanée avec guidage radiologique (HNEH900) a été réalisé, la production du GHM 27C031, 27C032, 27C033 ou 27C034 donne lieu à facturation du **GHS 8940**.

La réalisation préalable d'une laparotomie pour installation du cathéter (EHLA001) ne change pas le groupage en GHM, ni le GHS facturé qui reste le GHS 8940.

Le GHS 8940 relatif à la TIL fera l'objet d'une évaluation de coût à l'occasion de la campagne 2023, dans le même temps que la révision de l'arrêté d'autorisation (L1151-1 du CSP).

IV. Coefficient SEGUR

Les accords du Ségur de la Santé prévoient des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés. Ces revalorisations en 2021 sont pour une partie couverte par une augmentation des tarifs des prestations des champs MCO et HAD. 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.

Ainsi, [le décret n° 2021-341 du 29 mars 2021](#) crée les coefficients dit « SEGUR », applicables aux tarifs nationaux des forfaits de prestation d'hospitalisation à partir du 1er Mars 2021. Ces coefficients sont différenciés selon le statut juridique de l'établissement : établissements à but non lucratif et établissements à but lucratif du secteur afin d'individualiser le financement en fonction du statut juridique, et ce au sein d'une même échelle de financement. Les tarifs non concernés par ce coefficient sont le DTP, les IVG et les tarifs CCAM/NGAP des actes et consultations externes.

V. Mise en place d'un forfait innovation pour le test fonctionnel ONCOGRAMME

L'arrêté du 14 juin 2021 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du test fonctionnel ONCOGRAMME prévoit une durée de 28 mois de prise en charge forfaitaire de ce test. Celui-ci est réalisé dans le cadre d'une étude prospective multicentrique réalisée dans des établissements de santé précisés en annexe 1 de l'arrêté.

Ce test a la particularité de pouvoir être réalisé en externe ainsi qu'en hospitalisation.

Les modalités de facturation sont les suivantes :

- pour les réalisations du test ONCOGRAMME en activité externe, l'établissement doit utiliser la lettre clé « I14 » 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 arrêtés versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie.
- pour les réalisations du test ONCOGRAMME en hospitalisation, l'établissement doit indiquer le code innovation « INNOV2108014Z » dans les RSS des séjours correspondants. La valorisation est réalisée également par l'ATIH en considérant le forfait innovation « I14 » comme **un supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.**

VI. Mise en place d'un forfait innovation pour la technologie Sunrise

L'arrêté du 17 juin 2021 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du système d'aide au diagnostic du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil SUNRISE prévoit une durée de 28 mois de prise en charge forfaitaire de cette technologie.

Ce test est réalisé dans le cadre d'une étude prospective contrôlée randomisée multicentrique réalisée dans des établissements de santé précisés en annexe 1 de l'arrêté.

Cette technologie est réalisée uniquement en externe.

L'établissement doit utiliser la lettre clé « I15 » 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 arrêtés versement pris par les ARS et versées ensuite par l'assurance maladie.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire. En 2021, 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

Comme annoncé dans l'annexe 1 de la présente notice, la réforme des urgences implique la création de GHS dédiés au 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 est fixé à 75% du financement des séjours sans nuitée de la racine.

Il convient de bien noter que ces créations concernent l'ensemble des racines, en dehors de la CMD 28 des séances.

Pour les séjours de transplantation d'ilots pancréatiques dont les éléments sont détaillés dans l'annexe 1 de la présente notice (création du GHS 8940) le tarif intègre une estimation des frais d'isolement des ilots par un laboratoire de thérapie cellulaire (38 000€ avant revalorisation tarifaire 2021) et les frais de séjour pour une injection (12 000€ avant revalorisation tarifaire 2021). Le tarif relatif à la TIL fera l'objet d'une évaluation de coût à l'occasion de la campagne 2023, dans le même temps que la révision de l'arrêté d'autorisation (L1151-1 du CSP).

B. Suppression de la facturation du ticket modérateur SMUR

La dotation populationnelle du nouveau modèle de financement des SU-SMUR qui entre en vigueur au 01/01/2020 intègre pour les établissements sièges de SMUR le montant correspondant à la suppression de la facturation du TM SMUR (78,2 M€), permettant ainsi à ces établissements de conserver les niveaux de financements antérieurs.

Cette opération se traduit, sur le secteur ex DG uniquement, par un transfert de charge de l'AMC vers l'AMO qu'il convient de rétablir par d'autres moyens pour que les équilibres entre financeurs soient préservés :

- Hausse des TJP s'appliquant sur les séjours MCO pour réhausse de la part AMC. Cette opération est réalisée de manière uniforme sur l'ensemble des séjours.
- Baisse des tarifs GHS sur les séjours MCO pour baisse de la part AMO. Cette opération est réalisée de manière ciblée par racine de GHM en fonction du montant du ticket modérateur facturé en 2019. Le ciblage permet d'assurer un niveau de recette AMO+AMC équivalant avant et après pour chaque racine de GHM.

A titre d'exemple, sur la racine 21M02 (Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans) la baisse de tarif est de 2,11%. A contrario sur la racine 2818Z (séances de RCMI), la baisse de tarif est de -0,01% car une part importante des patients ne sont pas redevables du ticket modérateur.

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

Pour la campagne 2021, les médicaments « Anti-TNF ALPHA » non majoritaires à l'hôpital sont radiés de la liste en sus, les spécialités réservées à l'usage hospitalier et celles administrées en IV exclusivement agréées aux collectivités sont maintenues. Cette radiation fait l'objet d'une réintégration dans les tarifs. La réintégration est ciblée de manière différenciée sur les deux racines les plus consommatrices :

- 06M07 : Maladies inflammatoires de l'intestin
- 28Z17Z : Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances

A titre d'exemple, sur le secteur ex OQN, le tarif des séances de chimiothérapie pour affection non tumorale augmente de 3,5%

D. Les effets reports de 2020

En 2020, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est passée de 200M€ à 400M€. En contrepartie, les tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD ont été diminués de 0.40% afin de transférer sur 10 mois les 200M€. Ainsi l'effet report d'IFAQ 2020 sur 2 les deux premiers mois en 2021 entraîne une hausse de l'ensemble des tarifs de +0,08%.

II. Les revalorisations tarifaires

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 reprise. Les coefficients de reprise pour 2020 prennent les valeurs suivantes :

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

Le coefficient de reprise est fixé à -2,59% 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 2019 (coefficient fixé à -2,82%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

Le coefficient de reprise est fixé à -1,60% 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 2019 (coefficient fixé à -1.73%) puisque les masses reprises sont identiques mais s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

B. Taux d'évolution des tarifs par prestation

Le taux d'évolution final des tarifs 2021 prend en compte le taux d'évolution protocole ainsi que la prise en compte des évolutions de masses salariale liées au Ségur de la santé (2020 et 2021).

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 :

- Le coefficient des établissements publics est fixé à +0,19%
- Le coefficient des établissements à but non lucratif est fixé à -1,38%.
- Le coefficient des établissements à but non lucratif est fixé à +0,28%.

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, ni le coefficient dit Ségur.

	Ex-DG		EX-OQN	
	Taux d'évolution lié au mouvement de périmètre	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	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
Dialyse (hors centre)	0,08%	8,26%	0,08%	6,48%
SE	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
PO	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
ATU/FFM/APE/AP2/FPI	0,08%	6,41%	0,08%	6,41%
GHS	-0,59%	7,54%	-0,01%	6,39%
Suppléments	0,08%	8,26%	0,08%	6,48%
Suppléments transports et DTP	0,08%	6,48%	0,08%	6,48%
Forfaits annuels	0,00%	7,42%	0,00%	7,42%

Annexe 3

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

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice technique n° CIM-MF-601-2-2021 du 18/12/2020).

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

- Recueil ADNP75 ;
- Fichsup tests, séquençage et vaccination anti Covid-19 ;
- Forfait MRC ;
- Hébergements temporaires non médicalisés ;
- Transport ;
- Rappel du codage du médicament : IMFINZI ;
- Suppression du fichier FICHCOMP-ATU pour les établissements Ex-OQN
- Précisions de codage concernant l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé ;
- Précisions relatives aux consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR-T Cells.
- Fichier complémentaire DM intra-GHS

I. Recueil Admissions directes non programmées des patients âgés de 75 ans et plus (ADNP75)

Pour rappel, l'objectif du dispositif ADNP75 est de diminuer la part des personnes de 75 ans et plus hospitalisées via les structures des urgences (diminuer les urgences évitables) par la mise en place de parcours coordonnés ville (dont ESMS) – hôpital, dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences.

Comme annoncé dans la notice PMSI 2021, un recueil pour ce dispositif démarrera en septembre 2021 dans le PMSI MCO. Le format du recueil ainsi que les consignes de codage seront communiqués sur le site de l'ATIH à l'été 2021. Le recueil permettra la construction d'un indicateur d'évolution des ADNP75, portant sur l'ensemble des GHM. Une incitation financière sera mise en place sur la base de cet indicateur.

II. FICHSUP tests et vaccins Covid-19

FICHSUP tests Covid-19

Un nouveau FICHSUP sera mis en place à M4 2021 dans tous les champs du PMSI afin de recueillir les prestations inhérentes aux tests pour le diagnostic du SARS-Co-V2 : tests RT-PCR, RT-LAMP et tests antigéniques (TAG) sur prélèvement nasopharyngé, les consultations de contact tracing ainsi que le séquençage des variants pour les établissements concernés. Les données à recueillir dans ce FICHSUP unique seront les mêmes que celles recueillies en 2020 dans les deux FICHSUP PCR et TDR (TAG), auxquelles viennent s'ajouter le cas échéant le nombre de séquençages. Le recueil des données relatives aux tests RT-PCR concerne les établissements ex-DG et sous DAF ; le recueil des données relatives aux tests TAG concerne tous les établissements publics et privés.

FICHSUP vaccination Covid-19

L'arrêté du 5 février 2021 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire annonce la mise en place d'une remontée de données dans un FICHSUP pour le calcul du montant de la dotation pour la vaccination anti Covid-19. Ce FICHSUP sera mis en place courant 2021.

Les formats des FICHSUP tests et vaccination anti Covid-19 ainsi que les consignes de recueil associées seront publiées sur le [site de l'ATIH](#).

III. Forfait MRC

Pour l'année 2020

La notice technique n° ATIH-119-5-2021 du 03 mars 2021 précise les modalités de financement du forfait MRC à l'issue d'un arbitrage tenant compte de l'impact de la crise sanitaire en 2020. Les modalités de financement prévues initialement pour 2020 ont été assouplies. La date limite de transmissions des données 2020 par les établissements fixés dans cette notice était initialement le 02 avril 2021. La DGOS, en concertation avec les ARS, a décidé d'un report de la clôture de ces transmissions au 27 avril 2021. Les ARS pourront procéder à la régularisation des forfaits 2020 en mai.

Pour l'année 2021

L'arrêté, à paraître prochainement, modifiant l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique, introduit des modifications du recueil pour l'année 2021, suite aux échanges en groupe de travail avec notamment les représentants des fédérations hospitalières et des professionnels. Conformément à ces évolutions, la documentation (fichier « Formats », guide de recueil et notice technique pour 2021) a été mise à jour et mise en ligne¹. Les modalités de financement prévues pour 2020 (3 consultations obligatoires) dans la première notice technique (n° ATIH -505 - 7 -2019 publiée au 1er octobre 2019) sont applicables en 2021. Les variables obligatoires du recueil 2021 visent à permettre la construction des indicateurs qui moduleront à la qualité le montant du forfait (objectif de première année de mise en œuvre 2023). L'outil de recueil ATIH en version 2021 mis à jour sera mis en ligne en juin sur le site de l'ATIH. Pour 2021, les remontées d'information au format DATEXP seront obligatoires pour les périodes de janvier à juin 2021 et janvier à décembre 2021.

IV. Hébergements temporaires non médicalisés (HTNM) pour patients

La LFSS pour 2021 dans son article 59 prévoit la généralisation du dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour patients à compter du 1^{er} janvier 2021. Un décret et un arrêté vont être publiés prochainement.

Le recueil relatif à ce dispositif est un fichier complémentaire avec séparateur ';'. Il concerne les champs MCO et SSR. Le format du fichier complémentaire est disponible sur le site de l'ATIH dans le fichier format de chaque champ concerné. Le fichier complémentaire sera mis à disposition des établissements et des consignes de recueil seront publiées sur le site de l'ATIH (dans les rubriques [documentation MCO](#) et [documentation SSR](#)) une fois le décret et l'arrêté publiés.

A terme, ce fichier complémentaire sera commun avec un autre dispositif d'hébergement de parturientes à proximité des établissements de santé dans le cadre de l'engagement maternité. Les textes d'application de l'article L.6111-1-5 du code de la santé publique, sont en cours d'élaboration.

V. Transport

Pour les établissements ex-DG et sous DAF des champs MCO, SSR et psychiatrie, pour les transports entrant dans le cadre de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale relatif aux transports inter et intra-établissements, **le FICHSUP transport reste le support de la valorisation des suppléments transport à partir du 1^{er} janvier 2021.**

Le recueil FICHCOMP transport est conservé mais ne sera pas valorisé en 2021. Le FICHCOMP deviendra néanmoins le support de valorisation des suppléments transports à partir du 1^{er} janvier 2022.

Par rapport au format de 2020, une **nouvelle variable** est ajoutée dans le FICHSUP transport 2021 en MCO : **le mois de la date de transport aller.**

¹ <https://www.atih.sante.fr/forfaits-pathologies-chroniques-mrc-0>

La notice Transport (notice technique n° ATIH-75-3-2021) publiée sur le site de l'ATIH le 01/02/2021 va être actualisée avec ces nouveaux éléments.

En MCO, les informations des établissements ex-OQN sont remontées dans les RSF. En SSR et psychiatrie, les établissements OQN intègrent les suppléments transports directement sur le bordereau de facturation. Les informations apparaissent donc dans les données de facturation issues des RSF.

VI. Rappel sur le codage du médicament IMFINZI

La notice explicative relative au référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus, disponible sur le [site du ministère](#), a été mise à jour pour rappeler les codes indications devant être utilisés pour IMFINZI dans le cancer bronchique non à petites cellules localement avancé non opérable et dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie à base de platine en fonction de l'expression tumorale de PD-L1.

VII. Suppression du fichier FICOMP-ATU pour les établissements Ex-OQN

Le fichier FICOMP-ATU créé en 2012 pour permettre la délégation budgétaire allouée est supprimé. En effet, depuis la mise en place de la facturation directe, celui-ci est en double des RSF. C'est pourquoi ce fichier est supprimé pour 2021. Les fichiers RSF sont à renseigner afin que ces données remontent dans le PMSI.

VIII. Précisions de codage concernant l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (instruction n°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020) décrit les conditions de facturation des prises en charge hospitalières sans nuitée avec une gradation allant des prises en charge en externe jusqu'à l'hospitalisation de jour.

L'annexe 6 de l'instruction décrit le dispositif de rescrit tarifaire. Ce mécanisme permet d'apporter une réponse concernant les modalités de facturation applicables à certaines situations qui ne se retrouveraient pas dans les critères spécifiques décrits au chapitre 7 de l'arrêté prestation du 19 février 2015 et précisés dans l'instruction.

Ce dispositif national est entré en vigueur le 25 juin 2021 (décret n°2021-818).

Le codage de la variable « rescrit tarifaire » dans le RSS de prises en charge hospitalières sans nuitée ne peut être envisagé **que lorsqu'une réponse à un rescrit a été publiée par l'administration**. La référence précise doit figurer dans le dossier du patient.

IX. 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. Pour la campagne tarifaire 2021 : il est tenu compte d'un surcoût pour ces séjours.

Depuis le 1^{er} mars 2021 : 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, 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 un médicament à base de Car T-Cells dans une indication bénéficiant d'une prise en charge au titre d'une autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel :

- Les séjours identifiés dans le FICHCOMP-ATU par la présence du code UCD de la spécialité et du code indication correspondant, bénéficient d'un complément forfaitaire ajouté à la valorisation GHS. Ce complément forfaitaire, d'un montant de 15 000€ permet de couvrir le surcoût associé à ce séjour (et ce même si le prix d'achat du traitement est renseigné à 0 euro dans le FICHCOMP-ATU).
- 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 requérant un traitement par des médicaments à base de Car-T Cells bénéficiant d'une prise en charge de droit commun, les séjours identifiés dans le FICHCOMP-LES avec le code UCD de la spécialité et le code indication correspondant, bénéficient d'un complément forfaitaire d'un montant de 15 000€, ajouté à la valorisation GHS. Ce complément permet de couvrir le surcoût associé à ce séjour.

Le complément forfaitaire s'applique exclusivement aux spécialités mentionnées dans les indications de l'AMM ou bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel. Il est versé en crédits AC (aide à la contractualisation) non reconductibles aux seuls établissements détenteurs d'une autorisation 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 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043519089?r=Rww25Jc0MS>)

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, ainsi que des données relatives aux coûts réels liés à la prise en charge.

X. Fichier complémentaire DM « intra-GHS »

Un nouveau recueil de type fichier complémentaire vise à produire des remontées de données par les établissements de santé relatives à l'utilisation des dispositifs médicaux inscrits sur la liste « intra-GHS ». Il s'inscrit dans un objectif de renforcement du suivi (analytique, épidémiologique et de bon usage) des DM inscrits sur la liste « intra-GHS » au travers des bases de données nationales compte tenu des enjeux de sécurité sanitaire relatifs à ces DM.

Pour rappel, depuis 2011, l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de certains produits de santé par les établissements de santé, financés au titre des prestations d'hospitalisation, sont conditionnés à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS » (article L. 165-11 du Code de la sécurité sociale). Les dispositifs médicaux concernés par ce dispositif « intra-GHS » appartiennent à des catégories homogènes de produits de santé déterminées par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (article R. 165-49 du Code de la sécurité sociale) qui comprennent des dispositifs médicaux invasifs ou pouvant présenter des risques pour la santé humaine. Cette liste est consultable² sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Le fichier complémentaire DM « intra-GHS » sera mis à disposition des établissements au cours du 1^{er} trimestre 2022. Le format du fichier complémentaire et le référentiel des dispositifs médicaux concernés seront publiés prochainement.

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>