

Paris, le 16 juillet 2013

<p>Origine : Stephanie ROUSVAL, Judith GUER, Catherine REA, David CAUSSE.</p>	<p>Etablissements de santé</p>
<p>Suivi par : Secteur Sanitaire</p>	<p>Copie : Délégués régionaux et chargés de mission, Equipe sanitaire et Observatoire</p>
<p>Publication des éléments de mise en œuvre de la Campagne 2013</p>	

I – Cadrage général de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013

La Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2013 est marquée par de nouveaux efforts de réduction des niches sociales et par les mesures destinées à lutter contre l'accroissement de la dette sociale. Le gouvernement prévoit 2.4 milliards d'euros d'économies sur l'assurance maladie en 2013, et la répartition de ces économies figure dans la LFSS.

A titre liminaire, les débats du PLFSS pour 2013 se sont déroulés comme l'an passé dans un contexte économique difficile mais cette année plus encore du fait des impacts de la crise économique qui s'est accentuée, et de l'aggravation des déficits. Le déficit de l'assurance maladie devrait cependant être réduit de 6.8 milliards d'euros en 2012 à 5.1 milliards d'euros en 2013 pour un déficit général de 11, 4 milliards d'euros et 2.6 milliards pour le fonds de solidarité vieillesse.

La progression moyenne annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est passée de 5% sur la période 1998 - 2002 à 3,1% sur la période 2008 - 2011. L'ONDAM aura été respecté, pour la première fois depuis sa création, en 2010 (moins de 3%) et en 2011 (2,9%).

Pour 2013, l'ONDAM a été fixé à 2,7%, le taux d'évolution du sous objectif « soins de ville » et celui des sous objectifs hospitaliers sont fixés à 2.6 %, tandis que les sous-objectifs médico-sociaux évoluent de manière plus marquée avec 4,1 %.

Le tendancier de dépenses, pour sa part, ressortit à 3,43 % en 2013, selon des chiffrages sur lesquels le Ministère et les différentes fédérations s'accordent. D'emblée et en début de campagne, un solde économique négatif de 0,83 % s'établit, en dépit d'un niveau d'ONDAM excellent dans le contexte de grave crise économique et sociale du pays.

De ce fait, le respect de l'ONDAM nécessite encore cette année des mesures d'économies : pour les soins hospitaliers elles s'élèvent à 657 millions d'euros mesures d'économie. Ces économies conduiront à des efforts d'efficience supplémentaires du système de santé, à hauteur de :

- 314 millions d'euros au titre de l'amélioration des achats et de l'amélioration des pharmacies à usage intérieur,
- 193 millions d'euros au titre de l'amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation (sont visées les mises sous accord préalable, l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par dialyse péritonéale et le développement de la greffe pour 10 millions d'euros).
- 150 millions d'euros au titre des baisses tarifaires sur les produits de santé facturés à l'assurance maladie en sus des tarifs d'hospitalisation.

Tableau des enveloppes pour 2013 (article 76 de la LFSS 2013)

ONDAM : 175.4 milliards € (exprimées en objectifs de dépenses)

Dépenses de soins de Ville : 80.5 milliards €

Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (ODMCO) : 56.7 milliards €

Autres dépenses relatives aux établissements de santé (ODAM) : 19.8 milliards €

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées : 8,4 milliards €

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour Personnes handicapées : 8.7 milliards €

Autres prises en charge : 1.3 milliard €

Total : 175.4 milliards €

[Consulter la note de la FEHAP portant sur les principaux articles de la LFSS 2013 et la LFSS 2013.](#)

[Consulter la note FEHAP pour le Conseil de l'hospitalisation du 5 décembre 2012.](#)

II – Les éléments de construction de la campagne tarifaire 2013

[Consulter la note FEHAP suite à la réunion ministérielle du 17 Janvier 2013.](#)

[Consulter la note FEHAP suite à la réunion ministérielle du 18 mars 2013.](#)

III- Publication des principaux textes encadrant la campagne 2013

- Publication de **l'arrêté du 21 février 2013** fixant pour l'année 2013 **l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique** et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale

L'objectif de dépenses des établissements tarifés à l'activité est fixé pour 2013 à **48 019,8 millions d'euros**.

- Publication de **l'arrêté du 21 février 2013** fixant pour l'année 2013 **l'Objectif des Dépenses d'Assurance Maladie** mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale

L'ODAM est pour 2013 de **16 319,4 millions d'euros**.

L'objectif de dépenses des établissements ex DG non tarifés à l'activité est de **6 033,9 millions d'euros pour les activités de Suite et de Réadaptation (+1,4 %) et pour les activités de Psychiatrie de 8 858,9 millions d'euros (1,3%)**.

Les mises en réserve annoncées s'établissent à 185 millions d'euros, soit une minoration des dotations de 1,22 % en début de campagne abrasant très conséquemment le taux de base budgétaire.

- Publication de **l'arrêté du 21 février 2013** fixant pour l'année 2013 **l'Objectif Quantifié National** mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale

L'OQN pour 2013 est fixé à **2 696,1 millions d'euros**.

L'objectif de dépenses des établissements sous OQN est de **2 034,7 millions d'euros pour les activités de Suite et de Réadaptation et pour les activités de Psychiatrie de 661,3 millions d'euros**.

La DGOS a indiqué à la FEHAP que le taux d'évolution pour les SSR OQN s'élevait en réalité à + 3,4 % (taux d'objectif sur base tenant compte des rebasages et des « effets de champ », à savoir l'augmentation des implantations et de l'activité sous OQN résultant des autorisations délivrées dans les SROS précédents) et non 6,24 % comme cela apparaît facialement, entre enveloppes nationales 2012 et 2013.

• **Publication de l'arrêté du 21 février 2013 portant détermination pour 2013 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

Le montant de la dotation MIGAC pour 2013 s'élève à 8 585,4 millions d'euros soit une augmentation par rapport à 2012 de + 0,26 % (le 17/01, la DGOS avait annoncé un taux de +2,95%).

- **Publication de l'arrêté du 25 février 2013 pris en application de l'article L 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.**

Cet arrêté fixe les taux d'évolution des liste en sus pour l'année 2013 soit

- + 2 % pour les spécialités pharmaceutiques
- + 2,5 % pour les produits et prestations

• **Publication de l'arrêté du 18 février 2013 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale**

Cet arrêté précise les modifications apportées à la classification et aux règles de facturation de séjours pour l'exercice 2013. La FEHAP a remis un [avis sur le projet d'arrêté](#) en janvier 2013.

Dans le cadre de la campagne tarifaire pour 2013, l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification des prestations d'hospitalisation, support de financement des activités de médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO), nécessite d'être modifié compte tenu d'évolutions relatives aux règles de facturation de séjours.

Les différentes modifications apportées par ce texte portent sur les points suivants :

Article 1^{er} : modifications du I de l'article 7 relatif à la facturation des séjours

- **I** : maintenance de la liste des exceptions selon lesquelles à un GHM correspond plusieurs GHS :
 - **A** : modification de la numérotation au vu de la suppression au cours de l'année 2012 du p) prévu par l'arrêté de 2012 ;
 - **B** : suppression d'un acte ouvrant droit à facturation d'un tarif majoré.

- **II et III** : suppression de l'exception qui permettait aux centres de dialyse OQN de facturer des forfaits D au lieu des GHS et modification de la numérotation en conséquence.

Les codes impactés par cette disposition sont les suivants : D 09, D10, D 17, D18 et D19.

Pour les deux forfaits d'entraînement à la DP qui sont facturables en centre (GHS) et en hors centre (tarif en D) les établissements pourront facturer soit un forfait d'entraînement à la DPA => passage du D18 au GHS 9602 ou D20 soit un forfait de DPCA => passage de D 19 au GHS 9603 ou D21.

Retrouvez la [réponse de la DGOS du 21 janvier 2013](#) sur le passage des centres de dialyse privés en GHS.

Vous pouvez consulter les deux onglets d'évolution tarifaire ex DG et ex OQN.

- Ce changement de vecteur de facturation pour les centres ex OQN (passage du D en GHS) ne change pas le périmètre des tarifs, l'ensemble des prestations facturables en sus du tarif demeure.
- Les centres de dialyse pourront facturer un GHS de séance de dialyse en sus d'un autre GHS (sauf un GHS d'IRC) conformément à l'article 7 de l'arrêté prestations MCO d) du 1^o d).

Article 2 : modification de l'article 9 de l'arrêté de 2009 sur les règles de facturation des suppléments et du forfait journalier hospitalier (FJH).

- **I** : refonte des règles de facturation des suppléments en cas de cumul de supplément journalier. Dans ce cas, seul le supplément de l'établissement ou de l'unité d'accueil est facturé.
- **II** : modification de la règle de facturation du FJH en ne permettant la facturation en cas de transfert ou de mutation que par l'établissement ou le service d'accueil.

- Publication de l'arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

Cet arrêté fixe les tarifs applicables au 1er Mars 2013, ces tarifs ne tiennent pas compte du coefficient prudentiel. On trouve notamment en annexe de cet arrêté les tarifs des forfaits GHS et des montants des extrêmes hauts (EXH) et extrêmes bas (EXB), des GHT, des suppléments journaliers et des tarifs des différents forfaits SE, ATU, FFM, APE.

La CNAMTS a mis à disposition le 1^{er} mars, la table tarifaire à destination des éditeurs de logiciels : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/t2a-ccam-et-lpp/fichier-des-ghs-version-19-mars-2013.php>

Evolution en moyenne des Tarifs de :

Diminution de - 0,84 % pour le secteur ex DG MCO (hypothèse de volume +2,8%)

Diminution de - 0,21 % pour le secteur ex OQN (hypothèse de volume +2%)

Les annexes II et VI de l'Arrêté tarifaire du 22 février 2013 fixent les éléments tarifaires des structures d'HAD.

L'annexe II pose les tarifs des forfaits « Groupes Homogènes des Tarifs » des établissements de santé mentionnés aux A, B et C de l'article L162-22-6 du Code de la Sécurité sociale, autrement dit pour les **établissements ex-DG**. Pour ces structures, le taux d'évolution se situe aux alentours de 0,35%.

L'annexe VI pose les tarifs des forfaits « Groupes Homogènes des Tarifs » des établissements de santé mentionnés au D de l'article L162-22-6 du Code de la Sécurité sociale, autrement dit pour les **établissements ex-OQN**. Pour ces structures, le taux d'évolution se situe aux alentours de 0,08%.

Structurellement, l'écart entre ex-DG et ex-OQN était très faible à l'origine, au regard de la différence de périmètre de charge. Ceci explique le taux d'évolution plus avantageux pour les ex-DG.

Par ailleurs, il est prévu une colonne avec une minoration de 13% pour les HAD intervenant en établissements médico-sociaux.

Les annexes I, III, V, VII ont trait aux tarifs de dialyse, les premiers calculs montrent :

- établissements ex OQN :

Pour le centre baisse des tarifs de 2,64 %,

Pour UDM autodialyse et hémodialyse à domicile augmentation de 0,08 %,

Pour l'entraînement baisse de 0,3 %.

- pour les ex DG :

Pour le centre baisse de 1,59 % pour le tarif adulte,

UDM, autodialyse et hémodialyse à domicile hausse de 0,35 %,

Les tarifs d'entraînement en fonction de la modalité augmentent entre 0,35 et 1,15 %,

La DP augmente de 0,35 %.

- **Publication du Décret no 2013-179 du 28 février 2013 portant application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale (coefficient prudentiel)**

Le coefficient prudentiel des tarifs est **identique pour les secteurs ex DG et ex OQN soit de 0,35 %**.

Ce décret définit les modalités d'application du coefficient prudentiel

- L'article R. 162-42-1-1 précise le calendrier de fixation du coefficient prudentiel, qui suit celui applicable à la fixation des tarifs des prestations, indique les modalités de détermination de sa valeur et précise que cette celle-ci peut être différente par catégorie d'établissements.
- La valeur du coefficient prudentiel est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité des établissements de santé et les prévisions établies au début de chaque année mais aussi « des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours ».
- Les articles R. 162-42-1-2 et R. 162-42-1-3 concernent les modalités de versement des crédits mis en réserve lorsque l'ONDAM est respecté. Il est précisé que :
 - o Avant le 31 décembre de l'année en cours, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant des crédits à verser aux établissements, montant pouvant être différent par catégorie d'établissements. La répartition interrégionale est effectuée au prorata de l'activité des établissements. Dans les 15 jours suivants la publication de cet arrêté, les DGARS arrêtent le montant pour chaque établissement. Ce forfait, versé en une seule fois, est réparti au prorata de l'activité de chaque établissement ».

Vous pouvez consulter l'avis de la FEHAP porté sur cette nouvelle procédure de mise en réserve issue de l'article 60 de la LFSS 2013 cf. supra circulaire FEHAP.

- Publication de l'arrêté du 2 mars 2013 fixant pour l'année 2013 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123874&dateTexte=&categorieLien=i>
[d](#)

Ce texte fixe le montant du coefficient. Le taux prudentiel est décompté en aval de la facturation, laquelle se fait sur l'arrêté tarifaire des établissements, l'arrêté tarifaire ne comporte pas le taux prudentiel réducteur de 0,35 %.

Ce sont les caisses pour les OQN, et l'ATIH pour les ex-DG, qui vont précompter sur la facturation, l'activité des établissements de santé.

La FEHAP a demandé à la DGOS le « statut comptable » de ce « montant mis en réserve de à 0,35 % », qui est une forme de « *présomption de créance sur l'assurance-maladie sous réserve du respect macro-économique de l'ONDAM et des modalités de répartition in fine de la mise en réserve* ».

Retrouver le communiqué de presse de la FEHAP sur la campagne 2013.

- **Publication d'une instruction du 1^{er} mars 2013 relative aux modalités d'application du coefficient fixé en vertu de l'article L.162-22-9-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du même code, accompagnée de son annexe.**

Champ visé de l'instruction DGOS : MCO, HAD et dialyse OQN => d) et e) du L 162 22 6 du CSP

Cette instruction, validée en CNP le 1^{er} mars 2013 est relative aux modalités d'application du coefficient fixé en vertu de l'article L.162-22-9-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du même code, accompagnée de son annexe.

Elle précise les modalités d'application du coefficient prudentiel dans les chaînes de facturation. **Les établissements du champ concernés sont invités à en prendre connaissance et à la transmettre à leur SSII afin qu'elle puisse opérer au plus vite les modifications sur les logiciels.**

Par ailleurs, les éditeurs de logiciels ont reçu parallèlement via le ministère des précisions techniques, (cf. [mail joint envoyé par la DGOS](#), le 24 janvier 2013).

Elle rappelle que les tarifs publiés dans l'arrêté tarifaire, qualifiés de tarifs « complets », ne tiennent pas compte du coefficient prudentiel.

A noter :

« Sur la facture B2, c'est la **zone « coefficient MCO ou HAD »** qui sera utilisée pour véhiculer le **coefficient prudentiel**. Pour les régions bénéficiant d'un coefficient géographique, cette zone véhiculera le montant issu du produit du coefficient prudentiel et du coefficient géographique».

Ces montants sont calculés dans le Tableau 1 de l'annexe de l'Instruction. Ainsi :

- pour l'**Île-de-France**, qui a un coefficient géographique à 7%, la valeur du coefficient dans cette zone « coefficient MCO ou HAD » sera de 1,0663
- pour la **Corse**, qui a un coefficient géographique à 8%, la valeur du coefficient dans cette zone « coefficient MCO ou HAD » sera de 1,0762
- pour la **Guadeloupe, la Martinique et la Guyane** qui ont un coefficient géographique à 26%, la valeur du coefficient dans cette zone « **coefficient MCO ou HAD** » sera de **1,2556**
- pour la **Réunion**, qui a un coefficient géographique à 31%, la valeur du coefficient dans cette zone « **coefficient MCO ou HAD** » sera de **1,3054**

Le périmètre d'application du coefficient prudentiel est de nouveau précisé dans cette instruction :

- GHS et les éléments s'y rapportant : suppléments, EXH, forfait ou tarif EXB
- GHT
- ATU, FFM, SE (SE1, SE2, SE3, SE4), APE, forfaits D (D11, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D 22, D23) et forfaits PO (PO 1, PO 2, PO 3, PO 4, PO 5, PO 6, PO 7, PO 8, PO 9, PO A).
- Il ne s'applique ni aux honoraires ni aux forfaits d'IVG

- **IVG campagne 2013** : [publication du décret n°2013-248 du 25 mars 2013](#) relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, en permet l'application au 31 mars 2013.

Ce texte supprime la participation de l'assurée « pour les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie instrumentale ou médicamenteuse » et permet ainsi l'application de l'article 52 de la LFSS 2013 en supprimant pour les mineures d'au moins quinze ans la participation pour les frais d'acquisition des contraceptifs.

Les tarifs de l'IVG bénéficient d'une revalorisation. [L'arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004](#) modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, introduit pour les établissements privés de nouveaux tarifs pour le forfait « Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération » des IVG instrumentales qui auront lieu à partir du 31/03/2013 :

- * pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 209,75 euros ;
- * pour un séjour comportant au moins une nuitée : 297,60 euros.

Le tarif des IVG médicamenteuses n'est pas concerné par cette revalorisation.

- **MIGAC 2013** :

- Publication de [l'arrêté du 21 mars 2013](#) fixant la liste des MIGAC 2013.

- [Publication de l'arrêté du 28 mars 2013](#) fixant pour l'année 2013 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

- [Circulaire budgétaire du 29 mars 2013 – Arrêté MIGAC du 21 mars 2013 – Arrêté Dotations et dotations régionales MIGAC du 28 mars 2013](#)

Mise en œuvre de la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé avec d'une part la publication au JO dans tous les jours à venir de la **première circulaire de campagne tarifaire et budgétaire** qui reprend beaucoup d'éléments déjà mentionnés dans les différentes notes diffusées ([cf. compte rendu FEHAP des CT MCO des 17 janvier et 18 mars 2013](#)) : mesures d'économies, mises en réserve, coefficient prudentiel, construction des tarifs avec une première étape vers la mise en œuvre du principe de « neutralité tarifaire » sur la chirurgie ambulatoire, les cas extrêmes et la dialyse et d'autre part la publication récente de **deux arrêtés concernant les dotations et les MIGAC notamment celui du 28 mars 2013 fixant les montants régionaux.**

La circulaire du 29 mars dernier rappelle notamment les grands équilibres de la campagne 2013 et les mesures d'économies fixées à 657,5 millions d'euros dont 314 millions en efficience interne (programme PHARE...), 193,5 millions en gestion du risque et pertinence des actes ([cf. note FEHAP GDR et pertinence des soins et PowerPoint](#)), 150 millions sur les produits de santé (baisse des prix de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus...).

A noter également que la circulaire précise les mises en réserves « 1.3 les mises en réserve » en page 4 :

415 millions d'euros mis en réserve en ce début de campagne => 115 millions via le nouveau coefficient prudentiel sur les tarifs (valeur identique ex DG et Ex MCO) fixée par arrêté à 0,35%, 40 millions en crédits issus de la "déchéance" du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), 125 millions en Dotation annuelle de financement (DAF) , 75 millions via le Fonds d'intervention régional (FIR) et 60 millions en "marges de manœuvres nationales".

La DGOS doit apporter à la FEHAP une réponse sur le statut comptable du coefficient prudentiel.

Toutefois et dans l'attente, les établissements sont invités dans l'élaboration de leur EPRD à inscrire les montants issus du coefficient en autre catégorie « *produit potentiel à recevoir* » et ce dans la perspective des crédits qui pourront "éventuellement" être reversés en fin de campagne, sous réserve du respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Pour mémoire, concernant les modalités de versement des crédits mis en réserve lorsque l'ONDAM est respecté : avant le 31 décembre de l'année en cours, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant des crédits à verser aux établissements, montants pouvant être différents par catégorie d'établissements au sens du L 162-22- 6 a) b) c) et d) du Code de la Sécurité Sociale. La répartition interrégionale est effectuée au prorata de l'activité des établissements. Dans les 15 jours suivants la publication de cet arrêté, les DGARS arrêtent le montant pour chaque établissement. Ce forfait, versé en une seule fois, est réparti au prorata de l'activité de chaque établissement (sur la base des données PMSI de l'année). Le versement s'effectuera en une seule fois via la caisse pivot.

En conséquence, le versement sera mécanique au « prorata numeris » au sens où ne sera pas appliqué de critères de modulation comme initialement envisagé avec des différences entre régions ou entre établissements. Les déterminants sont nationaux mais le reversement se fait par établissement.

- Plans de santé publique : annexe II de la circulaire

Les programmes et mesures de santé publique se voient allouer 138,6 millions d'euros

- Pour le plan Cancer, les six derniers projets de centres experts en cancers rares reçoivent 1,2 million, la coordination des parcours de soins 2,45 millions.
- Dix nouvelles Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) vont voir le jour, soit 600 000 euros.
- Pour les soins aux détenus sont délégués quatre crédits : 9,09 millions aux Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de Rennes, Lille et Paris ; 1,33 million aux Unités sanitaires de niveau 1 (UCSA) ; 237 000 euros pour l'offre graduée en santé mentale en Île-de-France ; 40 000 euros au CHU de Bordeaux pour coordonner un projet de fibroscan en prison.
- Pour le plan Parkinson, la MIG nouvellement créée vise à ouvrir 24 centres experts : 50 000 euros versés en part fixe (soit 750 consultations annuelles) et une part variable selon des seuils d'activités à même d'ajuster les besoins en personnel.
- Pour le plan Obésité, chaque Centre spécialisé (CSO) reçoit 25 190 euros pour assurer un transport adapté des patients.

- Pour le plan Alzheimer on note : 600 000 euros au centre pour les malades jeunes, 300 000 euros à la banque nationale et 400 000 euros à l'espace national de réflexion.

Points de vigilance particuliers :

- **Construction tarifaire avec application ciblée du principe de "neutralité tarifaire" (page 6) :** Il est rappelé dans cette circulaire que la fixation des tarifs s'est faite en deux phases : des mesures modifiant le périmètre des tarifs => évolution de la classification des Groupes homogènes de malades GHM, intégrations et radiations de médicaments et dispositifs médicaux implantables de la liste en sus, travaux de maintenance sur la DMS puis diverses modulations tarifaires => réduction des sous et sur-financements « extrêmes », huit nouveaux tarifs uniques en chirurgie ambulatoire et revalorisation de certains tarifs.

Nous attirons l'attention des établissements d'une part sur la nécessité d'accorder une attention particulière aux résultats de l'étude de l'ATIH « adéquation et charges des financements » puisque c'est notamment sur la base de cette étude que s'est basée l'ATIH pour calculer les Tarifs Issus des Coûts (TIC). Elle sera prochainement actualisée et en ligne sur le site de l'ATIH.

D'une part, nous attirons l'attention des établissements, dans ce contexte, sur l'intérêt d'une participation plus importante aux ENCC. Un certain nombre de données de coûts méritent d'être affinées.

A noter Annexe V de la circulaire « le financement des ENC » : un effort financier est également annoncé pour les établissements participant à l'Étude nationale des coûts (ENC) : la part fixe passe de 24 000 à 35 000 euros, la majoration liée à la qualité des données s'harmonise en hausse à 10 000 euros (contre 7 000 euros aujourd'hui en MCO et 8 500 euros en SSR et HAD) et un crédit d'amorce de 7 500 euros est attribué à l'entrée officielle dans l'ENC.

- Elargissement du périmètre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Ce fonds est abondé de nouveaux crédits issus de MIG correspondantes aux missions de ce fonds (10 nouvelles MIG sont transférées cf. liste page 10) et des anciennes marges régionales AC des ARS. A noter qu'une circulaire spécifique dédiée au FIR 2013 est attendue dans les prochains jours.

Il convient d'avoir une grande vigilance sur d'une part les **montants MIG basculant en FIR tant au niveau national qu'au niveau régional et d'autre part sur la ventilation des montants régionaux des crédits**. La FEHAP va demander au Ministère la plus grande transparence sur le montant par région des MIG et des AC par établissement en début de campagne, à mi-parcours des délégations et en fin d'exercice 2013. Les délégations régionales FEHAP devront également demander une transparence dans les réunions régionales de présentation de campagne sur ces points particuliers.

- Les Missions d'Intérêt Général

La Justification au premier euro (JPE) est étendu à huit MIG : centres anti-poisons, registres à caractère épidémiologique, mise en œuvre des missions des établissements de référence, l'acquisition et la maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles, prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté, espaces de réflexion éthiques régionaux et inter-régionaux, structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, surcoûts cliniques et biologiques de l'Assistance médicale à la procréation (AMP), du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité.

Le [guide MIG annoncé par la DGOS](#) est publié et applicable **pour la campagne 2013**, il s'agira d'un référentiel commun établissements/ARS (même esprit que le guide DGOS portant sur les AC du 1^{er} août 2011). D'une part, il convient de souligner l'intérêt de ce guide qui d'une part rappelle des éléments de méthode indispensables à la bonne compréhension de tous les acteurs et vise à apporter pour chaque mission des référentiels communs aux promoteurs et ARS posant également le principe que ces dotations sont contractualisées pour un montant fixé dans le respect de règles d'équité et de transparence. D'autre part, il est intéressant de souligner que ce guide sera un outil précieux pour l'élaboration/renouvellement des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) puisqu'il précise les paramètres sur la base desquels chaque MIG est définie et attribuée. Enfin, la forme retenue du guide à paraître « une mission correspondant à une fiche » est également très pragmatique.

S'agissant des Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI**), la campagne 2013 poursuit "la diminution de la part fixe de 20% de son enveloppe d'origine et le redéploiement à due concurrence sur la part modulable". La FEHAP apportera très prochainement des éléments plus précis.

- **Champ SSR et santé mentale**

La circulaire rappelle plusieurs points importants pour les établissements SSR :

- Pas d'utilisation de la nouvelle classification à des fins de modulations des ressources en 2013, abandon de l'indice IVA jusqu'alors utilisé pour moduler une quote part des ressources en 2013.

- Toutefois, Il est spécifié dans cette circulaire que « les ARS pour certaines situations spécifiques d'établissements pourront adapter le taux d'évolution des ressources dans le respect de leurs dotations ou taux régionaux ».

- Concernant les mises en réserve prudentielle des secteurs de la psychiatrie et du SSR sous DAF : 125 millions d'euros sont infime mis en réserve pour respecter l'ONDAM 2013.

Vous trouverez [l'arrêté du 28 mars 2013](#) fixant pour l'année 2013 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)

Cet arrêté fixe les montants régionaux des DAF SSR et de Psychiatrie déduction faite du montant du gel, conservé au niveau national au prorata numeris du volume de la DAF SSR et de Psy.

Il nous semble logique qu'au niveau régional le prorata numeris soit retenu pour une éventuelle restitution des crédits en fin de campagne.

- **Soutien aux établissements de santé en difficulté**

Un accompagnement national basé sur des aides exceptionnelles à caractère non reconductible allouées en second temps des marges de manœuvres régionales des ARS est prévu. A noter que la supervision financière est renforcée au niveau régional.

Les Délégations Régionales sont invitées à faire connaître au siège de la Fédération les situations bénéficiant d'un tel dispositif de soutien financier et les situations régionales de difficultés particulières.

- USLD

La circulaire précise le maintien de la convergence tarifaire pour les Unités de soins de longue durée (USLD) sur la base des principes de 2012 visant à maintenir l'utilisation du PMP de référence de 2006 et la valeur du point de 2011, "une réflexion sera engagée en 2013 au titre de ce dispositif".

Enfin, l'ATIH vient de mettre à disposition des établissements un outil Excel accessible sur sa plateforme via les identifiants ePMSI qui permet aux établissements de dresser un comparatif de la valorisation de leur activité entre la version de la classification des tarifs 2013 en vigueur depuis le 1er mars (v11e) et celle opérante en 2012 (v11d).

- **MIGAC** : Retrouvez le [guide MIGAC et la circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013](#) relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général.

- **PMSI SSR 2013** : Est paru au JO de samedi [l'arrêté PMSI SSR 2013 qui modifie le précédent texte, du 30 juin 2011](#), pour officialiser le remplacement de la classification en GMD par la GME, et qui confirme la suppression du CDARR à compter du 1er juillet 2013.

Le texte vise en annexe la documentation technique (manuel de groupage et guide de production des informations médicale et de facturation) qui avait été mise en ligne en mars sans attendre la publication au Bulletin Officiel.

A noter par ailleurs qu'est annoncée sur le site de l'ATIH, à compter du 15 mai 2013, la diffusion du [programme de groupage et de la fonction groupage en GME](#).

- **Tarifs OQN SSR et psychiatrie** qui ont été publiés au JO : les tarifs sont indiqués dans [l'arrêté du 3 juin 2013](#) fixant pour l'année 2013 les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Le texte retient un taux de -0,55%, soit une diminution de moindre ampleur que le chiffre de -0,9% évoqué jusqu'à présent.

En revanche, ce taux d'évolution s'applique indistinctement entre établissements privés lucratifs et non lucratifs, contrairement aux engagements d'un taux différencié pour tenir compte du bénéfice du CICE par les premiers et non les seconds.

L'arrêté est complété par [l'instruction DGOS du 25 juin 2013](#).

IV – Eléments techniques

1. Mise en ligne du fichier V19 des GHS sur AMELI à destination des éditeurs

La CNAMTS a mis à disposition le 1er mars, la table tarifaire à destination des éditeurs de logiciels : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/t2a-ccam-et-lpp/fichier-des-ghs-version-19-mars-2013.php>

2. L'ATIH a mis en ligne la 1ère notice technique relative à la campagne tarifaire 2013 ainsi que la mise à jour de la CIM 10.

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2013 et des modifications apportées dans la production des informations médicales en 2013, l'ATIH a mis en ligne sur son site Internet :

- La notice technique détaillant les nouveautés 2013 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) des établissements de santé.
- Les mises à jour de la CIM-10 applicables en 2013 pour le PMSI

Notice technique PMSI 2013 :

Cette 1^{ère} notice technique décrit les nouveautés PMSI liées au recueil. Une 2^{ème} notice de campagne sera dédiée aux nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisations et à leur facturation.

Les principaux changements pour l'activité MCO sont :

- Précision **sur la consigne de codage concernant la surdité précoce des nouveau-nés** dans le cadre de la montée en charge de l'activité de dépistage;
- Précisions apportées **aux règles de choix du diagnostic principal (DP)** dans le cas de poussée aiguë d'une maladie chronique;
- **Codage des brûlures** : l'emploi des codes indiquant les circonstances de brûlure sera désormais obligatoire.
- **Mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA)** : elle fait suite au principe d'une révision de la liste des CMA tous les 2 ans et est basée sur une méthodologie identique à la dernière révision.
- **Racines 05K12 et 05K13 « Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses » pour l'enfant et l'adulte** : elles regroupent **les techniques interventionnelles d'alternative à la chirurgie en cardiologie**. Si la racine concernant les enfants (05K12) n'est pas modifiée, celle des adultes est scindée en **6 nouvelles racines** qui sont détaillées dans cette notice.
- **Racines de chirurgie ambulatoire** : l'étude de l'homogénéité des GHM sur les racines avec un GHM de chirurgie ambulatoire a notamment conduit à **la création de 18 racines supplémentaires**.
- **Chirurgie esthétique** : la volonté est de solutionner le problème de facturation des séjours lors de complication.

3. ATIH Publication de la liste des caractéristiques des racines de GHM et volume 3 du manuel des GHM - version 11e <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002500039FF>

- *« L'arbre de décision de la version 11e de la classification des GHM qui constitue le volume 3 du Manuel des GHM. Les changements apportés par la version 11e concernent les évolutions de la racine 05K13 Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, de la racine 09Z02 Chirurgie esthétique et la création de nouvelles racines de GHM chirurgicaux dans les CMD 01, 02, 03, 06, 08, 09, 11, 13 et 21. Par ailleurs, vous est fourni un document présentant les reclassements d'actes dans les racines de GHM existantes, ainsi que l'affectation des actes dans les nouvelles racines.*

- la nouvelle liste des CMA qui constitue l'annexe 4 du volume 1 du Manuel des GHM. De plus, vous est fourni un document word listant l'ensemble des diagnostics qui changent de niveau de sévérité entre la V11d et la V11e ainsi que leur niveau dans les deux versions. Ce document contient aussi les nouveaux codes CIM-10 introduits en 2013 avec leur statut ».

Source ATIH site internet cf. lien ci-dessus.

4. Publication d'une seconde notice technique de l'ATIH ci-jointe est publiée dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2013.

Elle a pour but de donner des informations et d'expliquer les nouveautés relatives à la prise en charge des prestations hospitalières et aux dispositions tarifaires du champ d'activité de MCO, en rapport avec la publication de l'arrêté "prestations" du 18 février 2013 et de compléter les consignes de codage de l'information données dans la notice technique n° CIM-MF 1234-4-2011 du 7 janvier 2013.

Source <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D00017FF>

- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

Le Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie a été mis en ligne le 3 juillet au Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la santé, sous le numéro de fascicule spécial 2013/6 bis. Il est applicable depuis le 1^{er} mars 2013.

Cette version intègre des changements comme la refonte de la statistique annuelle des établissements (SAE), l'objectif est de faire converger la SAE et le PMSI ainsi le numéro de l'établissement de santé sera désigné en 2013 par son numéro FINESS d'inscription e-PMSI, de même l'ATIH indique qu'il est créé un fichier d'information des unités médicales pour rendre cohérent le typage de l'ensemble des unités médicales, avec celui de la SAE et précise que pour chaque unité médicale, les établissements devront renseigner leur numéro de FINESS géographique, en complément de leur numéro de FINESS d'inscription e-PMSI 65.

L'ATIH précise également que la 10^e version de la classification internationale des maladies (CIM-10) a une incidence sur le codage de certaines pathologies, comme les Accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Fichier des unités médicales : des travaux de refonte de la SAE ont été engagés. Parmi les objectifs poursuivis figure la possibilité d'alimenter automatiquement une partie du recueil SAE à partir des données remontées par l'ATIH. Ainsi, il a été décidé d'utiliser le fichier de description des unités médicales remonté par l'ATIH pour ventiler l'activité par site géographique et par discipline. Ceci suppose un typage de l'ensemble des unités médicales (actuellement seules certaines unités doivent être typées dans le PMSI) et un renforcement du contrôle des FINESS.

- **Les Prestations inter activité (PIA)** : ces prestations désignent les mutations d'une durée inférieure à deux jours au sein du même établissement entre les différentes catégories d'activités du champ sanitaire (MCO/SSR et Psychiatrie). Les prestations inter activité (PIA) sont soumises aux mêmes règles que les transferts inter établissements.
- **Des précisions et/ou nouvelles consignes de codage** notamment pour :

La règle de choix du diagnostic principal (DP) dans le cas de poussée aiguë d'une maladie chronique

- La date des dernières règles
- Les accidents vasculaires cérébraux
- Les hémangiomes et lymphangiomes
- Les carences vitaminiques
- Le traitement des grands brûlés
- Les œdèmes pulmonaires

- Le diabète de type 2 traité par insuline
- L'infarctus du myocarde
- L'identification du polyhandicap lourd

- **INSTRUCTION N° DGOS/R5/2013/44 du 4 février 2013** relative au guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins. Ce guide est destiné à apporter un appui méthodologique aux ARS pour améliorer la pertinence des soins qui s'inscriront dans le programme de gestion du risque spécifique qui sera initié début 2013.

- **Mise à jour du 11 juillet 2013 de la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation**, disponible sur le site internet de la CNAMTS www.ameli.fr.

Elle est consultable et/ou téléchargeable à partir du chemin d'accès suivant : dans l'espace "Professionnel de santé", puis "Directeur d'établissement de santé" ou "Médecin" ou "Fournisseurs de biens médicaux", dans "Codage", puis "la Liste des produits et prestations" et enfin "La L.P.P. en sus des prestations d'hospitalisation".

Ce document permet de connaître l'ensemble des dispositifs médicaux pris en charge en sus d'une prestation d'hospitalisation dans les secteurs public et privé et indique pour chaque code LPP, l'effectivité de la prise en charge du code, en fonction du secteur d'activité de l'établissement, les dates réglementaires (arrêté et JO) liées au code ainsi que les dates d'effet. **Cette liste des Produits et prestations figurant sur la liste T2A est actualisée au Journal Officiel du 11 juillet 2013.**