



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées (F2)
Personne chargée du dossier :
Céline Moreau
Tel : 01 40 56 43 96

Paris, le

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes
handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Madame et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)

INSTRUCTION N°DHOS/F2/2004/149 du 30 mars 2004 relative au déroulement de la campagne
budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale.

Date d'application : immédiate

Pièce jointe : Deux schémas
Une fiche technique

Résumé :

Mots-clés :

Textes de référence :

- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et notamment les articles 25 à 34 et l'article 54;
- Instruction DHOS/F2 n°2003/579 du 12 décembre 2003, relative à la campagne budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale
- Circulaire DHOS/F2/O/DSS 1A-2004/ n°36 du 2 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale

La réforme de la tarification à l'activité est mise en œuvre dans les établissements sanitaires financés par dotation globale depuis le début de l'année 2004. La circulaire du 2 février 2004 vous a indiqué les caractéristiques de la campagne budgétaire et vous a précisé les différentes modalités de calcul et de décomposition des bases budgétaires et des dotations régionales induites par cette réforme. En effet, même si le cadre budgétaire et financier reste inchangé pour cette année, le mode de calcul de la dotation globale est profondément modifié pour les établissements concernés par la réforme. Outre la décomposition du budget alloué en différentes sous-enveloppes (MCO, Psychiatrie et SSR, MIGAC), l'activité réalisée dans le champ MCO sera financée à hauteur de 10%, dès cette année. Par ailleurs, les dépenses liées aux médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables figurant sur les listes fixées par arrêté seront intégralement financées à l'établissement.

Afin de vous informer de la démarche qui a été entreprise par la DHOS, pour déterminer les bases budgétaires de chaque établissement concerné par la réforme de la tarification à l'activité en 2004, un CD-Rom vous a été distribué lors de la réunion du « groupe tutelle » du 26 janvier 2004. L'outil d'aide au calcul des budgets primitifs reprenait l'ensemble des étapes des calculs réalisés pour décomposer les bases budgétaires 2004, et estimer le solde régional disponible à la fin de l'année 2003. Ces tableaux vous permettaient également de répartir les mesures nouvelles 2004 par établissement, et par sous-enveloppe. Plusieurs d'entre vous nous ont fait remonter les difficultés ou les erreurs qu'ils avaient identifiées lors du lancement de la campagne.

La présente instruction a pour objet d'établir un premier bilan sur la mise en œuvre de la campagne budgétaire, de vous indiquer le cadre dans lequel se déroulera la remontée des données d'activité qui seront nécessaires pour poursuivre la campagne, et de préciser quels seront les outils destinés à suivre la campagne 2004 et à élaborer les bases 2005.

1. Précisions sur le mécanisme de la réforme de la tarification à l'activité

Vous nous avez fait part de nombreuses interrogations. Certains points de la réforme peuvent encore être précisés.

A. Les principaux problèmes signalés à l'occasion de la constitution des bases budgétaires et de la valorisation de l'activité :

Un certain nombre de difficultés ont pu être identifiées. Les problèmes liés à la décomposition des bases budgétaires par établissement sont de différentes natures.

a) *Problèmes affectant les bases budgétaires*

i. Le montant total de la base budgétaire 2003

Le montant des bases budgétaires 2003 inscrit dans l'outil d'aide au calcul du budget primitif est issu de GEODE. La requête ayant permis de construire cette base a eu lieu le 19 décembre 2003. Il est donc possible que les renseignements relatifs à certains établissements soient incomplets ou erronés. C'est pourquoi il a été prévu que dans l'outil de calcul des

budgets primitifs, vous puissiez modifier ce montant sans difficulté : l'ajustement des bases des établissements modifie simultanément le montant de votre solde régional disponible.

Pour chaque établissement, l'ensemble de ces modifications n'influence pas la structure des dépenses préalablement calculée à partir des retraitements comptables 2002 et des différents échanges ayant eu lieu entre vous et la DHOS au cours du dernier trimestre 2003. Chacun d'entre vous a donc pu corriger les bases budgétaires des établissements, sans en avvertir mes services, puisque le montant de la dotation régionale n'en est pas affecté.

ii. La décomposition de la base budgétaire 2003

Malgré les différents échanges ayant eu lieu entre mes services et les vôtres, la décomposition de la base budgétaire calculée pour un établissement a pu ne pas correspondre à la répartition réelle des dépenses de cet établissement. C'est généralement le cas lorsqu'un hôpital a repris l'activité d'une clinique au cours de l'année 2003, ou converti des lits de médecine en soins de suite et réadaptation.

Ces modifications entraînent un changement relatif de la répartition des dépenses de l'établissement entre les différentes sous-enveloppes et donc une modification de sa structure budgétaire. Ceci peut nécessiter, contrairement au problème évoqué ci-dessus, de rectifier la dotation régionale. Il est donc impératif de signaler sans tarder ces modifications à la DHOS, afin que nous puissions valider l'opération. Ces modifications seront intégrées en cours de campagne dans vos dotations régionales et prises en compte pour l'établissement lors de la première décision modificative.

b) Problèmes liés à la valorisation de l'activité 2002

i. Un case mix profondément modifié :

La valorisation de l'activité 2002 de certains établissements peut sembler sous-estimée. En réalité, elle résulte de la valorisation des données PMSI 2002, au tarif 2004, selon la version 9 de la classification. Un des changements majeurs de cette classification est d'élargir la CMD 24 à tous les séjours de moins de 48 heures. Pour certains établissements, ceci peut avoir un effet important sur la valorisation du case mix. En effet, les séjours dont la durée est comprise entre 24 et 48 heures basculent en CMD 24. Dans différents établissements, et pour certains GHS, ce changement peut concerner une part importante des séjours, modifiant ainsi l'aspect global du Case Mix de l'établissement, de manière définitive.

ii. Une évaluation du nombre de journées de réanimation qui sera revue sur la base des données 2004

Certains écarts peuvent être observés entre le nombre de journées de réanimation réalisées dans un établissement et celui valorisé au B.P. En effet, seule l'activité du second semestre 2002 identifiait les journées de réanimation. Une extrapolation de ce nombre a donc été faite pour estimer la valorisation en année pleine. Pour ne pas pénaliser trop fortement certains établissements qui avaient une codification des journées de réanimation visiblement très erronée, l'estimation de leur nombre de journées a été faite à partir des déclarations SAE. Pour tenir compte du fait que seules les journées ayant un IGS supérieur à 15 et un acte marqueur sont valorisées, il a été décidé de ne valoriser que 50 % des séjours issus de SAE.

Cette méthode a permis d'estimer le volume des journées de réanimation pour le calcul du budget primitif. Les ajustements de la valorisation de l'activité 2004 se feront à partir du recueil des journées réellement réalisées au cours de l'année, et seront intégrés en cours de campagne dans vos dotations régionales, afin que vous puissiez notifier les nouveaux montants aux établissements concernés lors de la première décision modificative.

iii. Valorisation des séances

La valorisation des séances de dialyse, de radiothérapie et de chimiothérapie apparaît, dans certains cas, trop faible. En effet, dans le codage du RSA, lorsque l'item « nombre de séances » n'a pas été renseigné, le groupage V9 n'a pas modifié cette information, comme c'était le cas précédemment dans MAHOS, qui valorisait systématiquement à 1 le nombre de séances non renseigné. Cette correction n'ayant pas été apportée lors de la valorisation de l'activité en V9, le nombre total de séances a pu effectivement être sous-estimé. Là encore, vos dotations régionales seront modifiées en cours de campagne, afin de pouvoir attribuer aux établissements les crédits complémentaires éventuels lors de la première décision modificative.

B. Le cas des urgences

Dès 2004, un financement spécifique a été mis en place pour les services d'urgences. Il vise à couvrir l'ensemble des coûts relatifs au service à travers trois modalités : une dotation fixe établie en fonction de l'importance de l'activité, un tarif au passage et la rémunération des actes et consultations externes.

La dotation fixe est versée sous forme de forfait annuel, dont le montant est calibré en fonction du nombre total de passages recensé en 2002. Le tarif au passage est versé uniquement lorsque le passage n'est pas suivi d'hospitalisation. Si le passage est suivi d'une hospitalisation, ce séjour donne lieu à la facturation d'un GHS. Enfin, les actes et consultations externes sont financés à l'acte. En 2004, le tarif au passage, les actes et consultations externes sont rémunérés à hauteur de 10%, les 90% restant étant financés par la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Le forfait annuel est financé à 100% dès cette année. En principe, il ne sera pas modifié avant le calcul des budgets primitifs 2005.

Les points suivants doivent être précisés :

➤ Les urgences gynécologiques

Il est important de noter que les urgences gynécologiques ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre total de passages, puisque les GHS de cette spécialité intègrent le financement de la prise en charge spécifique et continue nécessaire à cette discipline.

➤ Les consultations non programmées et reconvoctions

Les consultations non programmées ne doivent pas être assimilées à des passages aux urgences. De la même façon, les reconvoctions au service des urgences ne peuvent donner lieu à la facturation d'un passage.

➤ Les zones de surveillance de très courte durée et unités d'hospitalisation de courte durée

Ces deux termes peuvent être employés pour désigner la même entité, qui constitue un espace du service d'urgences dédié à la surveillance des patients. Pour les patients présents dans cet espace qui dispose de lits, il est donc possible de facturer, selon les cas, soit un passage aux urgences (ATU), soit un GHS.

- L'ATU est facturé lorsque le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation aux urgences ou dans un service MCO de l'établissement autorisé pour les urgences. Un patient installé dans l'espace de surveillance du service d'urgences ne donne pas nécessairement lieu à une hospitalisation.
- Un GHS est facturé lorsque le passage aux urgences donne lieu à une hospitalisation au sein du service d'urgence. Les mêmes règles de facturation que dans les autres services sont applicables. Le patient n'a, a priori, pas vocation à être hospitalisé plus de 24 ou 48 heures aux urgences ; dès lors, le GHS qui est facturé, quelle que soit la durée de séjour (y compris plus de 48H), est celui correspondant à une « hospitalisation de moins de 48 heures », basé sur la CM 24. Par ailleurs, dans les cas où le patient est ensuite hospitalisé dans un service de soins MCO, après un séjour aux urgences (en hospitalisation), un seul GHS est facturé.

2. Le déroulement de la campagne budgétaire 2004 : le calendrier des remontées des données d'activité

Afin de poursuivre la campagne budgétaire 2004, et d'ajuster vos dotations régionales en fonction des résultats d'activité, vous devrez transmettre différentes informations à mes services. Le schéma joint en annexe retrace le calendrier de ces remontées et l'impact sur le déroulement de la campagne.

A. La valorisation des données d'activité : les principaux outils

a) L'activité 2003

Dans un premier temps, les établissements doivent vous avoir transmis l'ensemble de leurs données d'activité 2003 au 1er mars 2004, afin que vous puissiez les faire parvenir à l'ATIH **au plus tard le 30 avril 2004**. Comme les années précédentes, vous transmettez ces données par disquette¹. L'outil MAHOS sera légèrement modifié pour intégrer les principales modifications induites par la tarification à l'activité et valoriser l'activité 2003 selon l'échelle tarifaire 2004. Il sera disponible dans vos régions à partir du 30 mars.

b) L'activité 2004

i. L'outil MAT2A

Les données d'activités 2004 devront être transmises à l'ATIH grâce à un logiciel adapté aux besoins de la réforme de la tarification à l'activité. Le logiciel MAHOS sera donc remplacé par MAT2A, qui sera disponible dans les ARH, à partir du 15 mai 2004. MAT2A vous permettra de traiter les RSA de chaque établissement regroupés en version 9 de la classification, de calculer les différents suppléments journaliers ainsi que les montants liés à

¹ L'ensemble des données doivent être transmises (RSA et FICHSUP)

l'activité. Il intégrera et valorisera également les données saisies dans le logiciel FICHSUP, à savoir les données d'activité externe, le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, la consommation des médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables inscrits sur les listes fixées par arrêté, les IVG.

Les transmissions pourront se faire via e-pmsi, qui sera opérationnel dès les 15 mai.

ii. Les deux premiers trimestres

Afin de préparer progressivement les établissements à saisir leurs données d'activité au fil de l'eau, la circulaire du 2 février dernier vous précisait qu'ils doivent vous transmettre ces données un mois après la fin de chaque trimestre de l'année 2004. Les établissements auront donc jusqu'à la fin du mois d'avril 2004 pour vous envoyer les données relatives aux 3 premiers mois, puis jusqu'au 31 juillet pour l'ensemble des données du premier semestre. Chaque fois, vous disposerez d'un mois et demi pour valider ces données et les mettre à disposition de l'ATIH, soit respectivement jusqu'au **15 juin 2004** pour le premier trimestre, puis jusqu'au **15 septembre 2004** pour le premier semestre.

iii. Les deux derniers trimestres

Ces remontées d'information se poursuivront jusqu'à la fin de l'année. Les établissements devront donc vous adresser leurs données d'activité des trois premiers trimestres au plus tard le **31 octobre 2004**². Pour l'ensemble des établissements concernés, la totalité des données 2004 doit vous parvenir avant le **31 janvier 2005**. Vous devrez les valider et transmettre ces données à l'ATIH respectivement avant le **30 novembre 2004** et le **30 mars 2005**.

B. Les conséquences sur la dotation régionale

Afin de pouvoir suivre et évaluer les éventuels dépassements d'activité, une extrapolation annuelle des données transmises sera calculée lors de la transmission des données 2004. L'extrapolation de l'activité en année pleine sera faite par mes services, à partir de règles nationales. Elle permettra d'estimer l'écart entre la valorisation de l'activité faite au budget primitif et celle réellement réalisée par l'établissement. L'évaluation de cet écart peut donner lieu à une modification de votre dotation régionale.

Ces modifications de vos dotations régionales interviendront à trois reprises au cours de l'année :

- après les remontées de l'activité 2003 (date butoir de remontées des données : **30 avril**), au début du mois de juin, ce qui devrait vous permettre de prendre les premières décisions modificatives avant le 30 juin 2004
- après les remontées du premier semestre 2004 (date butoir de remontées des données : **15 septembre**), pour des DM au mois d'octobre, qui prendront donc en compte les

² Les établissements n'ayant pas fourni de données PMSI en 2002 et 2003 et devant entrer dans le champ de la T2A sont également soumis à cette obligation, à la date indiquée, afin d'établir les bases 2005 et de les intégrer à la réforme au 1^{er} janvier 2005.

évolutions d'activité et la consommation de molécules onéreuses et de DMI figurant sur la liste

- après les remontées des trois premiers trimestres 2004 (date butoir de remontées des données : **31 octobre**), pour des DM avant le 10 décembre

Les données de l'année 2004 (les deux semestres) seront quant à elles prises en compte lors de la première DM de l'exercice 2005.

J'attire impérativement votre attention sur quatre points :

- **La modification de la dotation régionale comme préalable :** Dès lors qu'elles entraînent un dépassement de la dotation régionale précédemment notifiée, les décisions modificatives que vous prendrez ne pourront intervenir qu'après modification de votre dotation régionale dans une circulaire budgétaire.
- **La valorisation des données d'activité 2003** qui pourra être prise en compte lors de la première modification des dotations régionales, se limitera aux données issues des RSA. Les données 2003 issues de FICHSUP, notamment, ne donneront pas lieu à une revalorisation à cette date.
- **Les deux dernières DM sont obligatoires et concernent l'ensemble de vos établissements :** pour avoir une vision globale de l'évolution des dotations budgétaires, il est impératif que l'ensemble des établissements de santé financés par dotation globale et disposant d'une autorisation MCO transmettent leurs données d'activité du premier semestre et des trois premiers trimestres 2004. Il en est de même pour les transmissions de données concernant l'ensemble de l'année 2004.
- **Des dates de transmission des données à l'ATIH impératives :** Pour les données d'activité 2003, une fois les délais ci-dessus détaillés expirés, aucun établissement supplémentaire ne pourra transmettre ses données d'activité, en vue de les intégrer pour la modification des dotations régionales. Elles ne seront donc pas prises en compte. Pour l'activité 2004, comme tous les établissements doivent impérativement avoir transmis leurs données, le non respect des dates butoirs entraînera un retard dans la notification des dotations régionales et des DM.

3. Le suivi de la campagne 2004 et la préparation de la campagne 2005

a) Reporting de la campagne 2004

Vous serez prochainement destinataires d'un outil informatique (ARBUST) qui vous permettra de suivre les BP et les DM de vos établissements. Il devra régulièrement être transmis à l'ATIH (arbust@atih.sante.fr), afin que mes services puissent effectuer un reporting de la campagne 2004, dans le cadre de la nouvelle tarification (structure des dépenses 2003 modifiées et affectation des mesures nouvelles 2004 par sous-enveloppe). Les modalités de diffusion de cet outil vous seront communiquées très prochainement par e-mail.

Deux versions de cet outil vont seront transmises :

- La première sera disponible dès la fin du mois de mars 2004 (ARBUST –V1-). L'outil s'inscrit dans la continuité de celui qui vous a été envoyé au mois de janvier 2004 pour vous aider à dissocier les bases budgétaires des établissements de santé financés par dotation globale et concernera les BP de vos établissements.

Il vous est demandé de remonter impérativement cet outil pour le 30 avril prochain. Vous devrez d'ici là avoir reporté les différentes modifications que vous avez pu apporter aux bases budgétaires des établissements ainsi que, lorsque cela vous est possible, la répartition des premières mesures nouvelles 2004, par sous-enveloppe et par établissement. Les données d'activité ne seront pas modifiées, puisque les données 2003 n'y figureront pas, le reporting portant là uniquement sur le BP.

Cette première étape a pour but d'actualiser les bases budgétaires, certains changements pouvant modifier votre dotation régionale (cf. supra sur les modifications affectant la structure des dépenses).

- La seconde version de l'outil (ARBUST –V2-) sera mise à votre disposition par l'ATIH à partir du 1er mai 2004. Cet outil permettra d'intégrer, à partir de MAHOS puis de MAT2A, les données d'activité 2003, puis les données d'activité 2004, qu'il pourra extrapoler en année pleine, afin de vous donner la possibilité de faire des simulations liées à l'activité des établissements. Il vous permettra également de répartir les mesures nouvelles hors activité par sous-enveloppe, comme le précédent outil. ***Les simulations sur l'activité peuvent être effectuées dès réception de l'outil, mais ne préjugent en aucun cas des crédits qui sont susceptibles de vous être affectés en cours de campagne au vu de l'activité réalisée dans votre région, et donc des crédits qui pourront in fine être délégués aux établissements concernés par ces simulations.***

Une remontée de l'outil est demandée impérativement pour le 15 novembre et pour le 31 décembre, lorsque les deux dernières DM liées aux remontées d'activité 2004 sont achevées, afin que nous puissions disposer d'une vision précise de la répartition des mesures par sous-enveloppe au plus vite, en vue de la préparation des bases 2005.

Il est donc impératif que les dépenses de l'ensemble des établissements de votre région soient réparties par sous-enveloppe à la suite des modifications des dotations régionales des mois d'octobre et de décembre.

ARBUST permettra donc, pour le niveau régional, comme pour le niveau national de connaître la répartition des dotations entre les établissements et par sous-enveloppe, au cours de la campagne 2004.

b) La préparation de la campagne 2005

La préparation des bases pour la campagne 2005 est une étape importante dans la réforme de la tarification à l'activité, puisqu'elle conditionne la constitution d'enveloppes nationales différentes. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit qu'elles soient ensuite indépendantes les unes des autres, chacune devant suivre ses objectifs propres. Il est donc nécessaire d'apporter la plus grande attention à la prochaine décomposition des bases, pour qu'elles reflètent le mieux possible la réalité. Si le reporting précédemment évoqué sera bien sûr exploité par mes services (en particulier l'affectation des mesures nouvelles par sous-enveloppes), la constitution de vos bases 2005 reposera essentiellement, comme l'année précédente, sur des retraitements comptables 2003, rénovés pour être adaptés à la nouvelle réforme.

i. Le retraitement comptable 2003

Cette année, les retraitements comptables 2002 ont permis d'estimer la structure des dépenses des établissements intégrant la réforme. Jusqu'alors, le guide du retraitement comptable avait pour finalité principale de calculer la valeur du point ISA de chaque établissement. Aujourd'hui, le but poursuivi change, puisque nous souhaitons connaître la répartition des dépenses des établissements, entre les différentes enveloppes (MCO, MIGAC, SSR, PSY...) et selon les modalités fixées par la réforme de la tarification à l'activité. C'est pourquoi un groupe expert travaille actuellement sur la révision du guide 2003. Il doit être finalisé à la fin du mois de mars 2004. Les établissements auront jusqu'au 15 mai 2004 pour vous transmettre leurs données, et vous devrez valider l'ensemble des données, pour les adresser à l'ATIH avant le 1^{er} septembre 2004. Un schéma joint en annexe détaille aussi ce calendrier.

Le nouveau guide vous parviendra à la fin du mois de mars et l'ATIH mettra à votre disposition un outil commun à toutes les régions fin avril, afin d'harmoniser la saisie et la validation des données. Au cours de ses réunions, le groupe a estimé que la validation des données du retraitement comptable ne pouvait être faite de façon rigoureuse sans se reporter à certaines données du compte administratif anticipé. Il a donc été décidé que chaque établissement devra compléter la saisie du retraitement comptable 2003 par certaines de ces données, toujours au sein de l'outil élaboré par l'ATIH. Cette étape représente également un premier pas vers l'analyse de gestion, qui, par la suite, pourrait être complétée par des données relatives à la comptabilité analytique.

ii. Autres données nécessaires :

Comme pour cette année, d'autres données seront nécessaires pour réaliser la dissociation des bases des établissements concernés par la réforme de la tarification à l'activité.

➤ GEODE

Il sera nécessaire de renseigner l'outil GEODE³ régulièrement et correctement tout au long de l'année, notamment pour connaître la base totale de l'établissement, la

³ Les nouveaux libellés seront saisis très prochainement

répartition des crédits par mesure pour chaque établissement, ainsi que les transferts pouvant intervenir entre régions ou entre structures.

➤ MAT2A

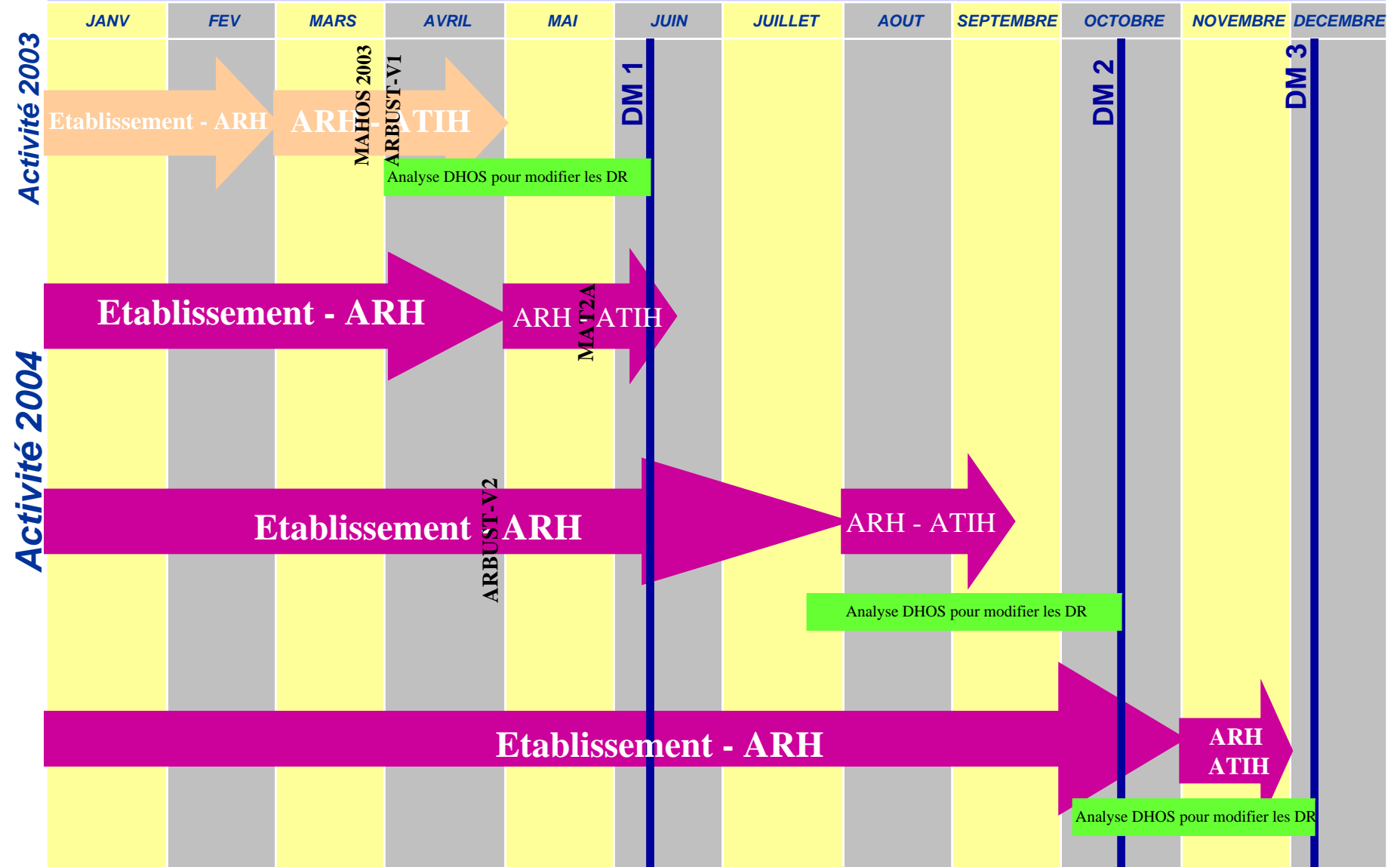
Il est essentiel que l'activité soit correctement renseignée par les établissements, puis validée, avant que les données ne soient transmises à l'ATIH.

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître, sous le présent timbre, les difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Planning

Transmission des données d'activité

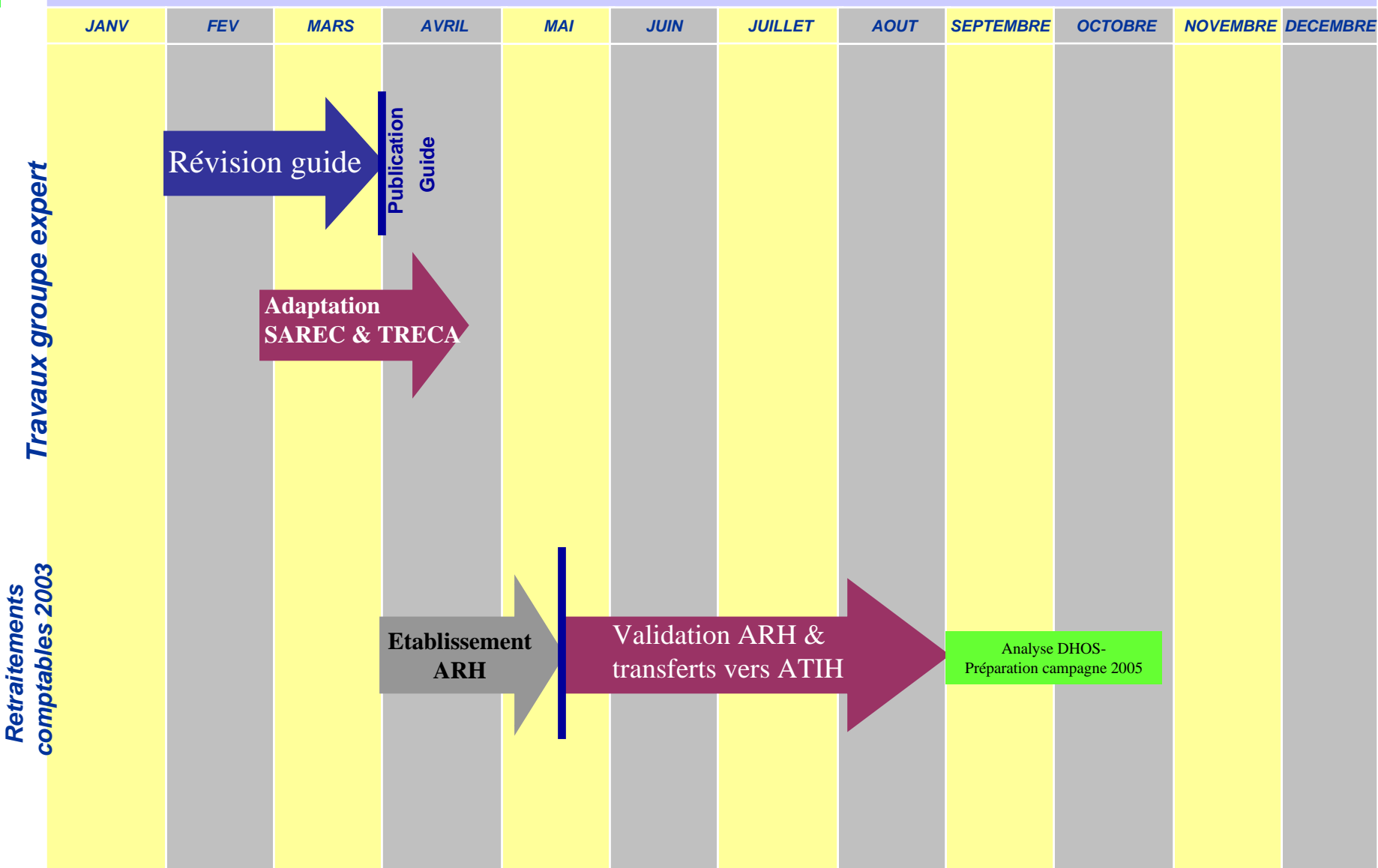
2004



Planning

Retraitement comptable 2003

2004



Instruction relative aux informations à transmettre aux ARH par les établissements de santé financés par la dotation globale en 2004 en complément des données PMSI

Contenu des fichiers FICHSUP

La détermination des ajustements budgétaires infra annuels consécutifs à l'application du modèle de tarification à l'activité repose sur la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation par les établissements de santé de leurs données d'activité et de leurs consommations de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté (à paraître début d'année 2004) et figurant en annexe de la circulaire DHOS du 2 février 2004.

Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG) l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors des données PMSI (RSA), toutes les autres informations d'activité sont regroupées dans un ensemble de fichiers spécifiques.

Les données de consommation médicaments et dispositifs médicaux implantables concernent les seuls médicaments et DMI inscrits sur une liste fixée par arrêté (à paraître début d'année 2004) et administrés ou implantés sur des patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique. Cette liste figure en annexe de la circulaire DHOS du 2 février 2004. Ces données font également l'objet de fichiers spécifiques.

L'ensemble de ces fichiers spécifiques sont recueillis par le logiciel FICHSUP et ils constituent donc les éléments de FICHSUP.

La présente instruction concerne les seules informations transmises via FICHSUP, les modalités de transmission des RSA étant fixées par l'arrêté du 31 décembre 2003.

1) Modalités de transmission

Comme pour les RSA, et à compter de l'exercice 2004, les éléments de FICHSUP seront transmis selon une périodicité trimestrielle dans un délai d'un mois, après la fin de chaque trimestre (soit les 30 avril, 31 juillet, 31 octobre de l'année n et 31 janvier de l'année n + 1).

Les données transmises cumulent à chaque fois les données recueillies depuis le 1^{er} janvier de l'exercice en cours (pour prendre en compte les éventuels défauts d'exhaustivité des données liés notamment à des délais de production non optimums, et pour éviter les doubles comptes).

Remarque : s'agissant des données de l'année 2003, une transmission de FICHSUP sera assurée à la même date que la transmission des RSA du deuxième semestre 2003, à savoir le 1^{er} mars 2004. Ce fichier FICHSUP ne présentera pas de différences de contenu par rapport aux fichiers antérieurs. La liste des spécialités onéreuses restera identique à celle utilisée en 2003 pour recueillir la consommation de l'année 2002.

2) Les éléments constitutifs de FICHSUP

2.1) Consultations et soins externes

Les informations sont transmises sur la base des cotations de la NGAP jusqu'à son remplacement par la CCAM tarifante. Ce remplacement interviendra en cours d'année 2004. Il donnera lieu à une instruction spécifique.

Dans cette attente, il est essentiel pour une bonne valorisation de l'activité de respecter strictement les règles de cotation propres à la NGAP (Dispositions générales de la NGAP et arrêtés modificatifs).

Les informations à recueillir et à transmettre pour chaque code NGAP sont les suivantes

- ✓ Le code NGAP
- ✓ La somme des coefficients facturés

Les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens donnant lieu à une facturation directe au patient et aux organismes d'assurance maladie doivent être dissociés de l'ensemble de ces données. Une colonne spécifique sera insérée au recueil de ces données afin de pouvoir les identifier.

Les actes et consultations réalisés au sein des services d'urgences autorisés (UPATOU, SAU ou POSU) doivent continuer à faire l'objet d'une transmission séparée (fichier FICHSUP URGENCES).

Les actes et consultations réalisés sur des patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation soit dans une unité de court séjour, soit dans un service d'urgences ne doivent pas figurer dans le fichier FICHSUP, ces patients donnant lieu à un financement par un GHS.

Les forfaits techniques : Les actes de diagnostic de scanner, IRM et PET SCAN réalisés en externe donnent lieu à la facturation d'un forfait technique.

Les données d'activité doivent être recueillies et transmises pour chaque équipement séparément. Il est également nécessaire de distinguer, pour chaque appareil, les actes ayant été réalisés pour :

- Les patients hospitalisés dans l'établissement
- Les patients hospitalisés dans un autre établissement
- Les patients non hospitalisés (actes externes)

2.2) Urgences

Outre les actes et consultations, les établissements détenteurs d'une autorisation d'activité d'urgence (UPATOU, SAU ou POSU) transmettent via FICHSUP les informations suivantes :

- type d'autorisation (SAU, UPATOU ou POSU)
- nombre total de passages (hors reconvoctions)
- nombre total de passages (hors reconvoctions) non suivis d'une hospitalisation MCO dans l'entité juridique.

Seules les informations relatives aux services disposant une autorisation SAU, UPATOU ou POSU peuvent figurer dans ce recueil. (Par exemple, les urgences gynécologiques ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre total de passages, puisque les GHS de cette

spécialité intègrent le financement de la prise en charge spécifique et continue nécessaire à cette discipline.)

Pour les établissements disposant de plusieurs autorisations, ces informations sont recueillies et transmises par autorisation.

2.3) IVG

Les IVG, à l'exception de ceux ayant donné lieu à complication, sont valorisés sur la base des tarifs de prestations fixés par l'arrêté du 14 janvier 1991. Cet arrêté distingue 6 types de prestations pour les établissements sous dotation globale pour lesquels il convient de fournir un dénombrement:

- IMD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures
- AMD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures
- IPD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures
- APD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures
- FJS : forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires
- AMF : forfait pour une IVG par mode médicamenteux

Il convient de rappeler que les séjours pour IVG continuent par ailleurs à faire l'objet d'un codage PMSI et donnent lieu à production d'un GHM. Un contrôle de cohérence sera effectué à partir du logiciel MAHOS (plus tard MAT2A) de l'ARH entre les données PMSI (nombre de GHM IVG) et les données du fichier FICHSUP fondé sur les principes suivants :

- Les IVG ayant donné lieu à complications sont décrites et rémunérées par le moyen d'un GHS. Il n'y a donc pas lieu de les dénombrer dans le fichier FICHSUP ;
- Les autres IVG sont rémunérées par les tarifs de prestation décrits ci-dessus. Le contrôle de cohérence entre les données PMSI et les données FICHSUP vérifie que le nombre de prestations est bien inférieur (exclusion des IVG compliquées) ou égal aux GHM d'IVG transmis dans le fichier PMSI. Dans le cas contraire, les prestations en excès ne sont pas valorisées (suppression à due concurrence des prestations APD).

2.5) Médicaments

Un fichier spécifique repris dans le cadre de FICHSUP est constitué pour les médicaments inscrits sur la liste fixée par arrêté. Les informations relatives aux médicaments administrés aux patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique, aux urgences (hors SAMU et SMUR), en HAD et dans les services UCSA et UHSI, sont transmises en mentionnant pour chaque médicament :

- Son code UCD (unité commune de dispensation)
- La quantité (selon l'unité décrite dans le code UCD)
- Le dernier prix d'achat

- Le montant total de la dépense (valorisée sur la base du prix moyen en cas de variation des prix pendant la période)
- A titre indicatif, le montant prévisionnel de consommation pour l'ensemble de l'année 2004

2.6) DMI

Un fichier spécifique repris dans le cadre de FICHSUP est constitué pour les dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste fixée par arrêté. Les informations relatives aux DMI implantés sur des patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique, aux urgences (hors SAMU et SMUR), en HAD et dans les services UCSA et UHSI, sont transmises en mentionnant pour chaque spécialité (*au sens de la LPP*) :

- Son code du type de prothèse (Tous les dispositifs n'ayant pas un code LPP, les codes utilisés pour ce recueil ne seront pas ceux de la LPP, mais des codes spécifiques utilisés par l'ATIH).
- Sa quantité
- Le montant total de la dépense
- A titre indicatif, le montant prévisionnel de consommation pour l'ensemble de l'année 2004

Codes de prestation NGAP

NGAP	05/11/03				
FICHSUP	NGAP	Métropole	Antilles Guyane	Réunion	commentaires
C	C	20,00	22,00	24,00	
	CALD	26,00	28,60	31,20	consultation approfondie au cabinet : applicable hôpital ?
CS	CS	23,00	25,30	27,60	
	MCP CS	2,00	2,00	2,00	majoration CS pour spécialités en commentaire hors pédiatrie et cardio
CD	CD	20,00	22,00	24,00	consult dentiste
CSD	CSD	22,87	25,15	27,44	consult dentiste
CNPSY	CNPSY	34,30	37,73	41,16	
	MCP CNPSY	2,70	2,70	2,70	majoration CNPSY
CSC	CSC	45,73	50,61	52,44	cardio
	FP	5,00	5,00	5,00	majoration CS forfait pédiatrique enfant de 0 à 24 mois
KC	KC	2,09	2,09	2,09	
KCC	KCC	2,09	2,09	2,09	
KE	KE	1,89	1,89	1,89	
K	K	1,92	1,92	1,92	
SCM	SCM	2,32	2,32	2,32	
ORT	ORT	2,15	2,15	2,15	
PRO	PRO	2,15	2,15	2,15	
Z1	Z1	1,62	1,62	1,62	
Z2	Z2	1,54	1,54	1,54	
Z3	Z3	1,33	1,33	1,33	
Z4	Z4	1,67	1,67	1,67	
	ZM	1,62	1,62	1,62	actes de mammographie pratiquéq par le médecin
ZN	ZN	1,53	1,53	1,53	
ZD	ZD	1,33	1,33	1,33	dentiste
P	P	0,28	0,32	0,34	
PRA	PRA	0,44	0,44	0,44	
MAJDM	MAJDI	19,06	19,06	19,06	
MAJNM	MAJNUITC1	35,00	35,00	35,00	20h à 24h et 6h à 8h
MAJNM	MAJNUITC2	40,00	40,00	40,00	0h à 6h
MAJNM	MAJNUITCS	25,15	25,15	25,15	sauf pédiatres (mais inclus dentistes)
MAJNM	MAJNUITPED1	35,00	35,00	35,00	20h à 24h et 6h à 8h
MAJNM	MAJNUITPED2	40,00	40,00	40,00	0h à 6h
	MAJURG	26,89	26,89	26,89	maj soins d'urgences au cabinet : applicable hôpital ?
SC	SC	2,41	2,41	2,41	
SPR	SPR	2,15	2,15	2,15	
TO	TO	2,15	2,15	2,15	
D	D	1,92	1,92	1,92	
DC	DC	2,09	2,09	2,09	
MAJDD	MAJDIDENT	19,06	19,06	19,06	

MAJND	MAJNUITDEN T	25,15	25,15	25,15	
B	B	0,27	0,31	0,33	
KB	KB	1,92	1,92	1,92	
PB	PB	2,52	2,52	2,52	
TB	TB	2,52	2,52	2,52	
AMI	AMI	2,90	2,90	2,90	
AIS	AIS	2,40	2,40	2,40	
MAJDI	MAJINFDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNI	MAJINFNUIT1	9,15	9,15	9,15	20h à 23h et 5h à 8h
MAJNI	MAJINFNUIT2	18,30	18,30	18,30	23h à 5h
AMK	AMK	2,04	2,04	2,04	
AMC	AMC	2,04	2,04	2,04	
	AMS	2,04	2,04	2,04	réapparu en 2003
MAJDK	MAJKIDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNK	MAJKINUIT	9,15	9,15	9,15	
AMO	AMO	2,37	2,37	2,37	
CSF	CSF	15,30	15,30	15,30	sage femme
SF	ACTESF	2,65	2,65	2,65	sage femme
MAJDF	MAJSFDI	21,00	21,00	21,00	
MAJNF	MAJSFNUIT1	35,00	35,00	35,00	20h à 24h et 6h à 8h
MAJNF	MAJSFNUIT2	40,00	40,00	40,00	0h à 6h
SFI	SOINSINFSF	2,18	2,18	2,18	
MAJDS	MAJSISFDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNS	MAJSISINUIT	9,15	9,15	9,15	
AMY	AMY	2,38	2,38	2,38	
MAJDO	MAJAMYDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNO	MAJAMYNUIT	9,15	9,15	9,15	
AMP	AMP	0,63	0,63	0,63	pédicures
	Zone A	Zone B	Zone C	Antilles, Guyane	Réunion
	(région parisienne)	(Lyon, Marseille)	(autres départements et localités)		
AMP	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63
Majoration de nuit	0,76	0,72	0,66	0,59	0,64
Majoration de dimanche	0,61	0,58	0,53	0,59	0,64