

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MR /ME– 133-1-2010
du 02 mars 2010

Objet : Campagne tarifaire et budgétaire 2010 : nouveautés relatives aux prestations

EMETTEUR :

Service CIM – départements médico-économique et médico-réglementaire

Personnes chargées du dossier

Joëlle Dubois – joelle.dubois@atih.sante.fr

Adeline Townsend – adeline.townsend@atih.sante.fr

DESTINATAIRES :

ARH et établissements de santé ayant au moins l'une des activités de soins suivantes :

- médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
- hospitalisation à domicile
- soins de suite et réadaptation

Copie pour information :

Madame la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

RÉSUMÉ :

Annoncée dans la notice du 20 novembre 2009 relative aux nouveautés PMSI 2010, la présente notice complète l'information des établissements sur les sujets concernant la campagne tarifaire 2010, en précisant les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation et à leur facturation.

Textes de référence :

- Arrêté du 10 février 2010 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 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 L162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 20/02) ;
- Arrêté du 27 février 2010 fixant pour l'année 2010 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 (publié au JO du 28/02) ;
- Notice technique ATIH n°CIM-MR/ME – 1598 – 4 – 2009, en date du 20 novembre 2009 relative aux nouveautés du PMSI dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2010.

Mots clés : Etablissements de santé – Prestations d'hospitalisation – Campagne tarifaire 2010 – Tarification à l'activité

Dans le cadre de la préparation de la campagne tarifaire et budgétaire 2010, une notice technique ATIH a été produite et publiée le 20 novembre dernier. L'objet de cette notice concerne les nouveautés 2010 du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La production d'une seconde notice de campagne était alors annoncée, centrée sur les nouveautés liées aux prestations et dispositions tarifaires entrant dans le champ MCO. C'est ainsi l'objet principal de la présente notice, qui vise à expliciter, à l'intention des établissements, et des DIM en particulier, les nouveautés de campagne véhiculées dans les arrêtés récemment publiés au Journal officiel. Elle est composée des deux annexes suivantes :

- L'annexe 1 décrit les nouveautés relatives au champ MCO : subdivision des GHS, financement des "séjours bas", surveillance continue, dialyse péritonéale, forfaits annuels (FAU et CPO), etc ;
- L'annexe 2 complète la notice de novembre dernier en précisant les consignes de codage ou de production d'information précédemment données (à propos de la radiothérapie notamment).

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,



Housseyni Holla

Annexe 1

Nouveautés relatives aux prestations hospitalières du champ MCO

Avertissement :

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- l'arrêté du 10 février modifiant l'arrêté du 19 février 2009 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 L162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 20 février) ;
- l'arrêté du 27 février 2010 fixant pour l'année 2010 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 (publié au JO du 28 février).

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés ci après l'arrêté prestations et l'arrêté tarifaire.

S'agissant de l'arrêté prestations, le nouvel arrêté est un arrêté modificatif. Aussi, afin de faciliter la lecture, les références d'articles signalées dans cette annexe renvoient à la version consolidée¹ de l'arrêté du 19 février 2009. Cette version est mise en ligne sur le site de l'agence.

Les sujets traités dans cette annexe sont les suivants :

- I Subdivision des GHS
- II Financement des séjours bas
- III Surveillance continue
- IV Dialyse péritonéale
- V Prestations interétablissements
- VI Forfaits annuels (FAU et CPO)
- VII Sujets divers (réhospitalisation le même jour que le jour de sortie / réanimation pédiatrique)

I- Subdivision des GHS

I.1 Rappel

L'article 6 de l'arrêté prestations (point I.2°) décrit les cas particuliers pour lesquels, à la production d'un seul GHM peuvent correspondre plusieurs GHS, facturables dans des conditions précises.

La mise en œuvre de la version 11 des GHM a conduit, en 2009, à multiplier le nombre de GHS subdivisé en raison des niveaux de sévérité existant pour chaque racine de GHM.

Les cas particuliers qui existaient en 2009 restent inchangés en 2010. En particulier, les évolutions apportées à la V11 ayant été souhaitées aussi limitées que possible, il n'est pas procédé en 2010, à une réintégration de certains de ces cas dans le droit commun selon lequel 1 GHM = 1 GHS.

Pour la campagne 2010, le nombre de ces cas particuliers s'accroît de trois nouveautés. Elles concernent les mastectomies élargies avec reconstruction mammaire immédiate, la chirurgie de remplacement valvulaire et les allogreffes de cornée.

En outre, s'agissant de rythmologie interventionnelle, et de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale, la condition de facturation du GHS majoré sous réserve de la publication des actes concernés à la CCAM est levée², ceux-ci ayant effectivement été publiés.

¹ Version consolidée : version intégrant les nouveautés de 2010 mais aussi les dispositions antérieures qui restent en vigueur pour 2010

² La facturation de la pose de valves aortiques par voie percutanée reste par ailleurs conditionnée à l'autorisation "à faire" des établissements, conformément à l'arrêté du 29 décembre 2009 fixant la liste de ces établissements.

I.2 Nouveaux cas de GHS dédoublés en 2010

Mastectomies élargies avec reconstruction mammaire immédiate : les GHM de la racine 09C11 de reconstruction des seins donnent lieu à dédoublement de leur GHS. Le GHS majoré est conditionné à la réalisation de cette reconstruction mammaire dans le même temps qu'une mastectomie totale élargie³, ces prises en charge étant significativement plus coûteuses qu'une reconstruction mammaire isolée.

Chirurgie de remplacement valvulaire : le dédoublement des GHS liés aux 2 racines de GHM concernées (*chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC, avec ou sans cathétérisme cardiaque ou coronarographie*) est lié à la suppression des valves cardiaques de la liste des DMI financés en sus des GHS. Le financement de ces valves est désormais assuré par les GHS liés à ces GHM, dont le montant est revalorisé (principe de la "réintégration des DMI dans les GHS"). Ce principe satisfait la majorité des cas, dans lesquels une seule valve cardiaque est remplacée. Toutefois, dans certains cas, le remplacement concerne deux, voire trois valves cardiaques. Pour l'association la plus fréquente concernant le remplacement des valves aortique et mitrale, un acte spécifique existe dans la CCAM⁴ et la réalisation de cet acte conduit à facturation des GHS majorés mentionnés dans l'arrêté prestations. Le financement des autres remplacements multiples de valves est assuré par la revalorisation des GHS de remplacement unique, selon un principe de lissage du financement des surcoûts sur les activités les plus fréquentes.

Allogreffes de cornée : les GHS de la racine "allogreffe de cornée" intègrent les tarifs des greffons cornéens depuis 2006. Or, une technique chirurgicale⁵ particulière utilise des membranes amniotiques en guise de greffon. Le tarif de ces greffons amniotiques étant largement inférieur à celui des greffons cornéens, les GHS de la racine d'allogreffe de cornée sont dédoublés pour créer des tarifs adaptés à cette technique.

II. Financement des "séjours bas"

II.1 Rappels

La mise en œuvre de la V11 des GHM a induit une augmentation du nombre de séjours dont la durée est inférieure à la borne basse du GHM dans lequel ils sont classés, notamment du fait de la suppression de la CM24. Ces séjours sont qualifiés de "séjours bas".

En 2009, ce constat a conduit à une modification du financement de ces séjours selon les deux modalités suivantes :

- un financement forfaitaire pour les GHM de niveau de sévérité 2, 3 et 4 : les séjours bas de ces GHM étaient financés au tarif correspondant au GHM du niveau de sévérité immédiatement inférieur à celui dans lequel ils étaient classés (principe de déclassement).
Ce principe s'appliquait également aux GHM de niveau de sévérité 1 dans une racine de GHM où il existe un GHM ambulatoire (J) ou de très courte durée (T).
- un financement à la journée pour les autres GHM (absence de niveau inférieur au niveau 1, GHM « en Z » sans distinction en niveau) : dans ce cas, les séjours bas sont financés selon leur durée de séjour réelle et sur la base d'un tarif journalier (tarif EXB), à l'exception des séjours de 0 jours pour lesquelles la durée de séjour considérée est de 0,5 jours.

Toutefois, bien que ce dispositif ait permis d'assurer un financement des séjours bas plus adapté qu'antérieurement (jusqu'en 2008, il reposait sur l'application de 50% du tarif du GHS concerné), des critiques ont été émises à son encontre au cours de l'année 2009, en raison des modalités de financement des GHM de niveau 1 d'une part, et du nombre élevé des séjours bas d'autre part.

En réponse à ces deux critiques, deux types de modifications ont été apportés en 2010.

³ Acte QEFA013 ou QEFA015 : mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire ou avec lambeau libre musculocutané

⁴ Acte DBKA009 : remplacement de la valve aortique et de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou par bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC.

⁵ Acte BDMA006 : conjonctivokératoplastie par greffe de membrane amniotique humaine

II.2 Modification du financement des séjours bas des GHM de niveau 1

Pour le financement des séjours bas correspondant à des GHM de niveau 1, deux inconvénients ont été constatés :

- pour les GHM de niveau 1 dont la racine possède un GHM en J ou T, le principe de déclassement pénalisait davantage ceux possédant une DMS "élevée" ;
- pour les séjours bas conduisant à un GHM de niveau 1 dont les séjours bas sont financés à la journée, le tarif journalier était jugé insuffisant pour le financement du premier jour du séjour. En effet, le tarif journalier étant calculé comme une moyenne journalière du tarif du GHM correspondant (i.e. tarif du GHM/borne basse), le coût des actes ou des consommables était lissé sur toutes les journées en deçà de la borne basse alors qu'ils sont principalement utilisés au cours du premier jour du séjour. Cette critique concernait également les séjours bas des GHM indifférenciés (i.e. : GHM en Z sans niveau de sévérité).

Ainsi, en 2010, le financement des séjours bas des GHM de niveau 1 (et des GHM indifférenciés) subit une double modification :

- le principe de déclassement ne s'applique plus : il est remplacé par un financement à la journée. Tous les séjours bas des GHM de niveau 1 (ou GHM indifférenciés) sont désormais financés à la journée, que la racine du GHM possède un GHM J (ou T) ou pas.
- les modalités de calcul du tarif journalier sont modifiées : un socle tarifaire est défini. Ce socle correspond pour les prises en charge de type chirurgical, au coût des actes ou des consommables utilisés. Dans ces cas, ce socle incompressible est destiné à financer les charges relatives au bloc (pour toutes les racines ayant un GHM J – et par extension, pour celles ayant un T -, le socle correspond au tarif de ces GHM).

Au total, les séjours bas de 0 jour sont financés dans tous les cas sur la base de ce socle. Au-delà de 0 jour (ou au-delà de la durée des séjours classés dans le GHM de courte durée), et pour chaque journée supplémentaire, un tarif journalier (fixé dans l'arrêté tarifaire) est ajouté au socle.

Toutefois, la notion de socle n'apparaît pas dans l'arrêté prestations dans la mesure où les règles juridiques imposent qu'un séjour bas soit payé à un tarif minoré du GHM dans lequel il est classé. Le séjour bas est donc financé au tarif du GHM dans lequel il est classé, minoré d'un montant. Ce montant est égal au tarif journalier dénommé "tarif EXB⁶", valorisé par le nombre de journées correspondant à la différence entre la borne basse et la durée du séjour. Dès lors, seul le montant du tarif journalier "tarif EXB" est fixé dans l'arrêté tarifaire.

Exemple : GHM 10C121 Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1

GHS	Bornes basses	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)
3750	2	2 358.22		235.82

Un séjour du niveau 1 dont la durée est 1 jour sera payé

Tarif du GHS – (BB – durée de séjour) * Tarif EXB = 2 358,22 – (2 - 1) * 235.82 = 2 122,40€.

Un séjour du niveau 1 dont la durée est 0 jour sera payé

Tarif du GHS – (BB – durée de séjour) * Tarif EXB = 2 358,22 – (2 - 0) * 235.82 = 1 886,58€, ce qui correspond à la valeur du socle.

II.3 Modification des règles de calcul de la borne basse

Cette modification a pour objectif de diminuer le nombre de séjours bas ; elle complète donc les évolutions du dispositif de financement des séjours bas.

⁶ Le "tarif EXB" est désormais calculé selon la formule [(Tarif du GHS – Tarif du socle)/BB] qui remplace la formule [tarif du GHS/borne basse] de sorte à obtenir un socle tarifaire pour les séjours de 0 jour

Jusqu'en 2009, la borne basse d'un GHM est la durée correspondant à l'entier le plus proche tout en étant inférieur, du rapport DMS/2,5, auquel est ajoutée la valeur 1⁷ (DMS = durée moyenne de séjour du GHM considéré).

Pour 2010, la modification instaurée concerne les GHM dont la courbe de distribution des durées de séjour présente une forme atypique, s'écartant d'une courbe classique pour laquelle valeurs moyenne et médiane de la distribution sont identiques ou proches.

Dans ces cas, la valeur de la médiane remplace désormais celle de la DMS pour le calcul de la borne basse. Enfin, pour quelques GHM (i.e. : forte concentration de séjours avec des durées faibles), la pertinence de la borne basse est remise en question.

III- Surveillance continue

III.1 Rappel du dispositif de financement introduit en 2009

Un nouveau dispositif de financement des unités de surveillance continue (USC) a été mis en place en 2009⁸. Ce dispositif repose sur la fixation de critères médicaux (diagnostics, actes et indice de gravité) d'attribution du supplément de surveillance continue (dénommé SRC). Il est porté par le point 6° de l'article 6 (alinéa d) de l'arrêté prestations renvoyant à l'annexe 8 (listes des diagnostics et des actes autorisant la facturation du SRC).

L'objectif poursuivi par la fixation de ces critères consiste à sélectionner les séjours ouvrant droit à la facturation du supplément afin de redistribuer les ressources financières existantes en faveur des structures de surveillance continue qui prennent en charge les malades les plus lourds. Cette sélection des séjours a donc été accompagnée d'une augmentation importante du montant du supplément. Ainsi, il importe de rappeler que les critères d'attribution du supplément SRC servent uniquement un objectif financier. Ils ne sont ni des critères d'admission en USC, ni des références pour des règles de bonne pratique.

En 2010, l'algorithme général de ce dispositif est maintenu. Toutefois, afin d'améliorer le dispositif à l'issue de sa première année de mise en place, il est procédé à des ajustements. Sont ainsi apportées les modifications suivantes :

- mise à jour des listes existantes ;
- création d'une nouvelle liste spécifique dite "de diagnostics" pour l'activité de pédiatrie ;
- extension à tous les diagnostics du résumé d'unité médicale (RUM) et harmonisation du seuil d'âge.

III-2 Mise à jour des listes existantes

Cette mise à jour consiste à ajouter et à retirer des actes et des diagnostics aux listes produites en 2009 (listes 1 et 2 de l'annexe 8 de l'arrêté prestations).

✓ Les ajouts

Certaines disciplines médicales ayant été insuffisamment représentées dans les listes de 2009, des actes et diagnostics plus particulièrement en lien avec celles-ci ont été ajoutés en 2010. Les disciplines concernées sont les suivantes : neurochirurgie, brulologie, chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle.

En outre, certains ajouts ont été effectués afin de tenir compte de la mise à jour 2010 de la CIM-10 (création de la sous-catégorie R57.2 pour le codage du choc septique par exemple).

Enfin, certains diagnostics, peu nombreux, de certaines pathologies sévères (épidermolyse, insuffisance rénale aiguë ...) viennent compléter les listes.

Nota : Il convient de rappeler que l'existence d'un acte de la liste 2 est cherchée non seulement dans le RUM de la surveillance continue mais également dans le RUM immédiatement précédent.

✓ Les retraites

Les actes supprimés des listes concernent quasiment toutes les disciplines (digestives, urologiques, autre chirurgie...). Il s'agit d'éléments jugés insuffisamment spécifiques par les experts consultés pour bénéficier d'un supplément journalier en sus du GHS couvrant les frais de séjours. Toutefois, cette

⁷ Exemple : pour un GHM dont la DMS est de 9 jours, BB = 4.

⁸ Ce dispositif a accompagné la suppression du maintien provisoire (pour 2008) de la facturation des suppléments SRA et SSC pour les établissements ex-OQN.

suppression ne préjuge en aucune manière du bien fondé de la prise en charge en USC, et ne doit pas être interprétée dans le sens d'une règle de bonne pratique.

III-3 Introduction d'une liste spécifique de diagnostics pour la pédiatrie

Les deux listes élaborées en 2009 concernent aussi bien les adultes que les enfants. Or, lors de la consultation pour la mise à jour du dispositif, il a été signalé que certains diagnostics propres aux enfants justifiaient un financement au titre du supplément SRC.

En 2010, il est donc ajouté une nouvelle liste dite "de diagnostics" (liste 3 de l'annexe 8 de l'arrêté prestations), aux deux listes précédentes utilisées pour les adultes et les enfants.

Ainsi, trois listes différentes peuvent conduire à facturation d'un SRC pour le cas des enfants (patients de moins de 18 ans) :

- les deux listes généralistes applicables indifféremment aux adultes et aux enfants (l'une portant sur les actes et l'autre dite "de diagnostics")
- la liste spécifique aux enfants : le codage d'un diagnostic de cette liste ne conduit à facturation d'un supplément SRC que pour les enfants.

III-4 Extension à tous les diagnostics du RUM et harmonisation du seuil d'âge

✓ Extension aux DA et DR

La recherche d'un diagnostic figurant sur les listes 1 et 3 est étendue au diagnostic relié (DR) et aux diagnostics associés (DA) significatifs du RUM de l'unité de surveillance continue (en 2009 la recherche ne portait que le diagnostic principal).

Cette extension vise notamment à être en cohérence avec la nouvelle définition du diagnostic principal (DP) d'un RUM, le diagnostic justifiant la facturation d'un SRC n'étant pas nécessairement celui qui motive la prise en charge en USC (DP), mais possiblement une complication observée au cours de cette surveillance (DA).

✓ Elargissement des critères d'âge pour la prise en compte de l'IGS

Jusqu'à présent, l'âge de 16 ans était retenu pour la prise en compte de l'IGS dans les critères d'attribution des suppléments SRC. Cet âge a été porté à 18 ans afin d'harmoniser ce critère avec celui de l'âge retenu pour la définition de la pédiatrie.

IV. Dialyse péritonéale

Les nouveautés ci-dessous décrites sont précisées à l'article 6 (8° et III) de l'arrêté prestations.

IV.1. Création d'un supplément facturable en sus d'un GHS

En 2010, il est créé un nouveau supplément journalier, dénommé "DIP", facturable par un établissement de santé MCO pour chaque journée au cours de laquelle il prend en charge un patient suivi et traité par ailleurs en dialyse péritonéale.

Ce supplément vise à financer les surcoûts engendrés par le traitement de la dialyse péritonéale, assuré, à titre transitoire par l'établissement MCO, lorsque le patient est hospitalisé pour une pathologie différente de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Ce supplément est facturable en sus du GHS couvrant la prise en charge du patient, à condition que celui-ci ne soit pas en lié à la prise en charge pour insuffisance rénale chronique terminale.

Ce supplément n'est pas facturable :

- pour les séjours de 0 jour (date d'entrée = date de sortie) ;
- lorsqu'un autre supplément (d'un montant supérieur) a été facturé au cours de la même journée ;
- le jour d'un transfert (supérieur à 2 jours) ou le jour de la sortie du patient, sauf si le patient décède (conformément à la règle applicable aux autres suppléments, tels que réanimation, surveillance continue...).

Compte tenu de la création de ce supplément journalier, la facturation d'un forfait D15 ou D16 en sus du GHS n'est plus autorisée.

En termes de production d'information, et s'agissant des établissements de santé ex-DG, le fichier FICHCOMP doit être renseigné pour chaque journée au cours de laquelle le supplément DIP est facturé. L'information portée dans FICHCOMP est le nombre de suppléments DIP associés au séjour MCO.

En revanche, dans la mesure où les forfaits D15 et D16 ne peuvent plus être facturés en sus d'un GHS, ces forfaits ne doivent plus être renseignés dans FICHOMP ; seul le supplément DIP y sera indiqué.

IV.2. Modification des forfaits de dialyse péritonéale

De façon associée au point précédent, en 2010 sont créés deux nouveaux forfaits de dialyse péritonéale. Ces nouveaux forfaits (D22 et D23)⁹ dits "forfaits minorés" sont destinés à être facturés par la structure de dialyse assurant la prise en charge régulière du patient lorsque ce dernier est hospitalisé dans un établissement de santé pour une durée supérieure à 2 jours et inférieure à 7 jours (soit pour une hospitalisation de 3, 4, 5 ou 6 jours).

En dehors de cette durée de prise en charge en MCO (de 3 à 6 jours), les modalités de facturation des prestations par la structure de dialyse péritonéale sont les suivantes :

- lorsque la durée d'hospitalisation du patient est inférieure ou égale à 2 jours, la structure de dialyse continue à facturer le forfait plein D15¹⁰ (DPA) ou D16 (DPCA). En d'autres termes, au cours d'une semaine de traitement de dialyse péritonéale à domicile, une hospitalisation de deux jours ou moins n'empêche pas la facturation d'un forfait D15 et D16.
- lorsque la durée d'hospitalisation du patient est égale ou supérieure à 7 jours la structure de dialyse n'est autorisée à facturer aucun forfait de dialyse (ni forfait plein, ni forfait minoré), puisque ces forfaits s'appliquent dans le cadre d'une semaine de traitement. En revanche, un forfait D pourra de nouveau être facturé par la structure de dialyse à compter du jour de sortie du patient de l'établissement MCO et sous réserve qu'il y ait un écart d'au moins 7 jours entre la facturation des deux forfaits D.

Ces forfaits seront enregistrés sur les mêmes supports que ceux qui sont utilisés pour les autres forfaits relatifs à la dialyse péritonéale (le RSF pour les établissements ex-OQN et le RSF-ACE pour les ex-DG).

V- Prestations inter établissements (PIE)

L'arrêté prestations introduit une nouveauté pour le financement des séances réalisées dans le cadre d'une prestation inter établissements (PIE). Le dispositif général des PIE est rappelé ci-dessous, avant de développer cette nouveauté et ses conséquences sur les consignes de production de l'information.

V.1 Le dispositif général

V.1.1 Règle de financement

Les prestations inter établissements (PIE) désignent les situations dans lesquelles un établissement a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même.

Il s'agit de PIE lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- le patient est provisoirement transféré de l'établissement demandeur (A) vers l'établissement prestataire (B) ;
- le séjour du patient dans l'établissement B dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de l'établissement A).

Dans ces conditions, l'établissement A facture le séjour à l'assurance maladie (GHS intégrant la prestation réalisée dans l'établissement B), et B facture sa prestation à A.

Le principe de financement des PIE repose donc sur le fait que, lorsqu'un patient est hospitalisé, seul l'établissement A dans lequel le patient est initialement hospitalisé est autorisé à facturer l'ensemble

⁹ Forfaits de dialyse péritonéale automatisée (D22), et de dialyse péritonéale continue ambulatoire (D23), pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours

¹⁰ Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA) et de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)

de sa prise en charge, y compris celle réalisée par l'établissement B. Cette règle de financement est mentionnée à l'article 8 de l'arrêté prestations, qui précise que les transferts inférieurs à deux jours n'interrompent pas le séjour.

La mise en œuvre pratique de cette règle suppose le respect de certaines consignes de production de l'information médicale.

V.1.2 Consignes de production de l'information médicale

Pour identifier les PIE, les consignes générales de codage des RSS sont les suivantes :

- l'établissement A renseigne dans son RSS la prestation réalisée par l'établissement B, notamment le code du ou des actes lorsqu'il s'agit d'actes inscrits à la CCAM et porte le code CIM-10 Z75.80 (*sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte*) en position de diagnostic associé ;
- si le patient fait l'objet d'une admission dans l'établissement B, celui-ci produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés "0" (*transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte*) ;
- si le patient n'est pas hospitalisé en B (activité externe), aucun RSS n'est produit et si B est un établissement ex-DG, il produit un RSF-ACE¹¹ ;
- lorsque B est un établissement ex-DG, la variable "séjour facturable à l'assurance maladie" du fichier VIDHOSP (en cas d'hospitalisation), ou du RSF-ACE-A (en cas d'activité externe) est renseignée à "0". En outre, la variable "motif de la non facturation à l'assurance maladie" de ces mêmes fichiers doit être codée "5" (*patient hospitalisé dans un autre établissement* ¹³). Ces mêmes variables figurant dans le RSF-A des établissements ex-OQN, doivent être renseignées de la même manière (lorsque le patient est hospitalisé en B).

V.2 Nouveautés 2010 : les séances

V.2.1 Règles de financement

Une simplification du dispositif général est appliquée à compter du 1er mars 2010 : lorsque la prestation réalisée par l'établissement B est une séance de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie (antitumorale ou autre), B facture désormais sa prestation directement à l'assurance maladie (et non plus à l'établissement A) et l'établissement A facture la sienne en ne tenant pas compte de la prestation réalisée par B.

Cette nouveauté est indiquée dans l'arrêté prestations (article 8, dernier alinéa). Elle s'applique pour tout établissement MCO réalisant les séances visées ci-dessus, que le patient soit initialement hospitalisé en MCO, SSR ou psychiatrie.

V.2.2 Consignes de production de l'information médicale

Lorsque la prestation réalisée par B est une séance (de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie), elle peut donc être directement facturée à l'assurance maladie.

Dans ce cas :

- la consigne de codage du RSS de B reste la même. Ainsi, la réalisation d'une séance donnant lieu à production d'un RSS, les modes d'entrée et sortie sont toujours codés "0" afin d'identifier les séances réalisées pour le compte d'un autre établissement.
Pour les établissements ex-DG, la fonction groupage et MAT2A permettront une valorisation directe de la séance en B, dès lors que les modes d'entrée et sortie codés à "0" seront associés dans le RSS, à un diagnostic principal de séance ;
En outre, s'agissant du fichier VIDHOSP associé à la réalisation de la séance en B, la variable "Séjour facturable à l'assurance maladie" sera codée "1" ;
- la consigne de codage de A est modifiée : A ne renseigne pas son RSS au moyen du code de la prestation¹² réalisée par B, en revanche, il indique le code CIM-10 Z75.80 en DA¹³.

¹¹ Voir notice n°CIM-MR/ME – 1598 – 4 – 2009, en date du 20 novembre 2009, *relative aux nouveautés PMSI dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2010* – Point V de l'annexe 1.

¹² Dans le cas des séances de chimiothérapie, il s'agissait antérieurement d'un code de "diagnostic" et non d'un code d'acte.

¹³ Cette mention n'est pas signalée dans le guide méthodologique de production des RSS. Elle y sera portée lors de sa future mise à jour.

VI- Forfaits annuels

VI.1 Forfait annuel urgence (FAU)

En 2010, l'arrêté tarifaire (article 3) est modifié pour prévoir un calibrage du FAU sur la totalité des ATU produits, y compris ceux concernant des patients non pris en charge par l'assurance maladie (patients relevant de l'AME, patients sous convention internationale...).

D'un point de vue technique, pour les établissements ex-DG, les ATU sont recueillis, depuis juillet 2008, dans les fichiers RSF-ACE (RAFAEL). Dans ces fichiers, les ATU pris en charge par l'assurance maladie sont distingués de ceux qui ne le sont pas, au moyen de la variable "séjour facturable à l'assurance maladie – O/N). Les fichiers de RAFAEL venant alimenter les tableaux MAT2A (41A et 41B) pour chaque établissement, les ARH peuvent donc utiliser les données renseignées dans ces tableaux pour connaître l'exhaustivité des ATU produits et calibrer au mieux les FAU.

Pour les établissements ex-OQN, les ATU donnent lieu à production d'un RSF depuis mars 2008. De la même manière que pour les établissements ex-DG et la production des RSF-ACE, il leur est demandé de remplir la variable "séjour facturable à l'assurance maladie – O/N" du RSF-A pour identifier les ATU pris en charge ou non par l'assurance maladie. La mention de la prestation "ATU" réalisée est indiquée dans le RSF-B. La transcription de ces fichiers dans les tableaux MAT2A fournissent ainsi aux ARH les mêmes informations utiles au calibrage des FAU.

VI. 2 Forfait annuel "coordination de prélèvement d'organes" (CPO)

Jusqu'en 2009, les forfaits "coordination de prélèvements d'organes" (CPO) permettaient d'allouer aux établissements assurant l'activité de prélèvement d'organes et de tissus, un financement progressif par palier, en fonction du nombre de donneurs recensés et du nombre de tissus prélevés. Or, il a été constaté que ce dispositif n'était pas suffisamment incitatif au prélèvement de cornée et autres tissus.

Dès lors, il est proposé une évolution des modalités de calibrage des forfaits CPO (article 3 et annexes X et XI de l'arrêté tarifaire).

Pour chaque établissement concerné, le montant global du forfait CPO est désormais calculé par l'addition des trois montants variables suivants :

- un montant de base, issu des montants 2009. Pour 2010, ce montant est légèrement diminué, afin de dégager une masse financière permettant de créer les deux autres items suivants ;
- un montant déterminé en fonction du nombre de donneurs prélevés de cornées ;
- un montant déterminé en fonction du nombre de tissus prélevés pour les 4 natures de tissus suivants :
 - os et tissus mous de l'appareil locomoteur ;
 - vaisseaux (veines et artères) ;
 - valves cardiaques ;
 - et peau.

Ces prélèvements de tissus sont comptabilisés par donneur et par nature de tissus, soit un maximum de 4 prélèvements pour chacun des donneurs et ce quel que soit le nombre de tissus effectivement prélevés par donneur.

Le montant global du forfait CPO de chaque établissement est donc calculé à partir du montant de base auquel s'ajoutent, le cas échéant, les montants complémentaires. L'objectif de cette nouvelle modalité de calibrage du CPO est de favoriser les coordinations des établissements les plus dynamiques.

D'un point de vue technique, les éléments nécessaires au calibrage du forfait global seront transmis à l'ATIH par l'Agence de biomédecine qui dispose du système d'information adapté. En retour, l'ATIH transmettra aux ARH concernées le montant du forfait propre à chaque établissement.

VII Sujets divers

VII.1 Réhospitalisation le même jour que le jour de sortie au sein du même établissement

L'arrêté prestations (article 8) précise la règle selon laquelle lorsqu'un patient est réadmis dans un établissement de santé le même jour que son jour de sortie, les deux séjours sont considérés comme constituant un seul séjour donnant lieu à la production d'un RSS unique.

Cette règle est justifiée par le principe général de non cumul de deux GHS le même jour pour un même patient.

Si cette règle est implicite depuis le début de la mise en œuvre de la T2A, notamment en raison du principe de non cumul de deux GHS, sa traduction dans l'arrêté prestations constitue une nouveauté. Il appartient à chaque établissement, si ce n'est déjà le cas à ce jour, d'en mettre en œuvre les conditions pratiques. Aussi, dans la perspective d'amélioration de la classification et des règles de financement, les cas exceptionnels qui pourraient engendrer une mise en œuvre difficile de cette règle peuvent être signalés à l'agence.

Il convient d'appeler l'attention des établissements sur le fait que le respect de cette disposition pourra donner lieu à contrôle au titre des dispositions de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale (contrôles T2A).

VII.2 Réanimation pédiatrique

La facturation des suppléments "réanimation" (REA), "réanimation pédiatrique" (REP) et "réanimation néonatale" (NN3) est conditionnée à la réalisation de certains actes. Ces actes sont répertoriés dans les listes 1 et 2 de l'annexe 7 de l'arrêté prestations.

S'agissant de la liste 2, la facturation d'un supplément est en outre conditionnée à la réalisation de 3 occurrences (du seul acte de la liste). Cet acte est l'acte de *ventilation artificielle de base*.

Or, d'un point de vue médical, pour cet acte, cette condition (nécessité de 3 occurrences) n'est pas justifiée pour les enfants. Dès lors, pour 2010, elle est supprimée pour les deux suppléments concernant spécifiquement les enfants (REP et NN3).

Cette modification est portée par le 6° et le 7° du I de l'article 6 de l'arrêté prestations :

Le 7° concerne les conditions de facturation du supplément NN3 : une seule occurrence de l'acte de *ventilation artificielle de base* est désormais requise pour permettre la facturation du supplément.

Le 6° définit les conditions de facturation du supplément REP en renvoyant aux conditions de facturation du NN3 (donc une seule occurrence).

Annexe 2

Nouveautés de production de l'information médicalisée Compléments à la notice technique du 20 novembre 2009

Avertissement :

Les éléments traités dans cette annexe concernent la production d'information médicalisée. A ce titre, ils constituent des compléments à des points abordés dans la notice technique ATIH en date du 20 novembre 2009 *relative aux nouveautés PMSI dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2010* (notice n°CIM-MR/ME – 1598 – 4 – 2009).

I Radiothérapie : nouvelles précisions

Ce point complète l'annexe I, paragraphe IV "*évolutions relatives à la radiothérapie*" de la notice du 20 novembre 2009.

Les consignes données dans la notice du 20 novembre 2009 restent valables. Quelques précisions doivent toutefois être apportées :

➤ **S'agissant de la CCAM :**

Pour mémoire : le chapitre 17 "radiothérapie" de la CCAM vient d'être entièrement revu, et doit faire l'objet d'une publication prochaine au Journal Officiel. Cette publication était prévue pour une application au 1^{er} mars, se déclinant de la façon suivante :

- pour les établissements de santé ex-DG : utilisation du chapitre 17 pour le codage des RSS et RSP (actes d'irradiation et actes de préparation)
- pour les centres de radiothérapie libérale :
 - production de RSS et RSP et utilisation du chapitre 17 à cette fin,
 - utilisation du chapitre 17 pour la facturation des actes de préparation (ces actes possédant donc un tarif dans la nouvelle CCAM publiée),
 - utilisation des actes du chapitre 19 pour la facturation des actes d'irradiation (les actes d'irradiation du chapitre 17 ayant provisoirement -2010 – un tarif à 0)

Or, les sociétés de service informatique concernées tant par les systèmes d'information PMSI (publics et privés) que par les systèmes de facturation des centres privés ont récemment fait connaître leurs contraintes de déploiement des mises à jour nécessaires à la production de ces nouveautés. Il en résulte une impossibilité pratique d'utilisation de la nouvelle CCAM dès le 1^{er} mars prochain, conduisant à différer sa date d'application effective au cours du deuxième trimestre 2010.

Par suite, son calendrier de mise en œuvre est redéfini de la façon suivante :

- Pour les établissements de santé ex-DG :
 - le nouveau chapitre 17 de la CCAM devra être utilisé pour le codage des RSS et RSP à compter du **1^{er} juillet 2010**. Jusqu'à cette date, la fonction groupage acceptera le codage selon les deux versions de CCAM, permettant ainsi à chaque établissement de basculer d'une version à l'autre au moment de la mise à jour de son système d'information¹⁴.
 - dans l'immédiat, la nouvelle variable "nombre de faisceaux" du RSS doit être renseignée dès le 1^{er} mars 2010.
- Pour les centres de radiothérapie libérale : une information précise à ce sujet sera prochainement produite par le Ministère (et l'assurance maladie), de même que sera ainsi précisé le calendrier de production des informations PMSI.

¹⁴ Bien entendu, pour un établissement donné, dès lors que la mise à jour est effectuée, le codage devra se faire exclusivement avec le nouveau chapitre 17 (pas de mixage ancien / nouveau).

➤ **S'agissant de l'activité des établissements**

Dans ce contexte de redéfinition du calendrier d'application de la nouvelle version de la CCAM, l'objectif d'une application de la nouvelle classification des GHM (et des tarifs adaptés) au 1^{er} mars 2011, dans les deux secteurs d'activité est néanmoins réaffirmé.

Afin de disposer au plus tôt des diverses informations qui seront nécessaires notamment à l'élaboration des tarifs, et d'être ainsi en mesure de respecter ce calendrier, une enquête sera prochainement adressée à tous les centres de radiothérapie (publics et privés). Le questionnaire portera sur des informations aisément mobilisables par les établissements (ex : nombre et qualité des machines de radiothérapie, nombre mensuel de passages par machine, ...).

Les questionnaires devront être retournés à l'ATIH qui sera chargée du traitement de l'enquête, au plus tard le **30 avril 2010**.

II Précisions relatives aux nouveaux contrôles de GENRHA et AGRAF-SSR

La notice du 20 novembre 2009 comporte, dans son annexe 2 concernant les nouveautés de l'activité HAD, un point d'information (point V) relatif aux nouveaux contrôles de l'outil Paprica d'anonymisation des RPSS.

Dans le même objectif d'amélioration de la qualité des informations produites, les contrôles de l'activité SSR existant à ce jour sont affinés pour 2010.

Ainsi, en complément des contrôles "intra-RHS" intégrés à la fonction groupage, des contrôles nouveaux intégrés dans les logiciels d'anonymisation GENRHA et AGRAF-SSR mettront en œuvre des vérifications "inter-RHS". Celles-ci sont destinées à garantir la constance de certaines variables du RHS sur les enregistrements d'un même séjour, ou la cohérence des informations saisies.

Dans tous les cas, les RHS qui ne respecteront pas les principes décrits ci-dessous seront groupés en erreur et les établissements sont ainsi incités à corriger les variables renseignées. Le détail des codes erreurs et des principes de groupage seront décrits dans le manuel d'utilisation des logiciels GENRHA et AGRAF-SSR auquel il est recommandé de se reporter.

➤ **Garantir la constance des informations au sein du même séjour**

Les informations suivantes doivent demeurer constantes au sein d'un même séjour : sexe, date de naissance, type d'hospitalisation, année du "n° de semaine", date de début de séjour et date de fin de séjour.

Nota : s'agissant de la date de fin de séjour, une tolérance de remplissage sera admise et elle pourra ne pas être renseignée pour les RHS du séjour intermédiaires.

➤ **Garantir la cohérence des informations saisies**

Les tests de cohérence suivants seront réalisés :

- On ne doit pas observer de "saut" dans la numérotation des numéros de semaine pour 2 RHS consécutifs d'un même séjour (même numéro de séjour SSR) ;
- 2 RHS d'un même séjour (même numéro de séjour SSR) appartenant à la même semaine (même numéro de semaine) ne doivent avoir aucun jour de présence en commun ;
- Les journées cochées dans le RHS doivent correspondre à la présence du patient (cohérence vis-à-vis des dates d'entrée et de sortie) ;
- On ne doit pas observer de séjours simultanés pour un même patient ;
- A un numéro de séjour administratif ne doit correspondre qu'un seul n° de séjour SSR et vice-versa.

III HAD et remplissage du RPSS : à propos de format

La notice du 20 novembre 2009 comporte, dans son annexe 2 concernant les nouveautés de l'activité HAD, un point d'information (point IV) relatif au format des fichiers utilisés en HAD.

Y sont ainsi décrites les nouveautés du format du RPSS, et il est précisé que ce format est publié dans son intégralité sur le site de l'ATIH.

Ce point de la présente notice vise à rappeler cette publication, et à appeler l'attention sur la colonne "cadrage/remplissage" du format.

Le respect du cadrage des variables du RPSS, conformément aux informations de cette colonne est apparu particulièrement important. En effet, à l'occasion des premiers contrôles T2A réalisés en 2009 sur l'activité HAD, des modalités disparates de remplissage des RPSS ont été constatées : si le format des variables est généralement respecté, leur cadrage peut être différent d'un établissement à un autre, pour une même valeur de variable. Cet état de fait conduit à rendre inopérant le logiciel de contrôle permettant le codage du RPSS contrôleur.

Dans la perspective des prochains contrôles de l'activité HAD, il est recommandé de respecter désormais ces informations de cadrage.

IV CCAM et actes d'anatomopathologie

A titre d'information : les actes CCAM d'anatomopathologie seront publiés très prochainement à la CCAM (date prévisible : début du 2^{ème} trimestre 2010).

A cette date, les actes d'anatomopathologie de la NGAP (actes "en P") ne seront donc plus utilisables. Des informations complémentaires seront fournies afin d'aider les établissements à mettre en œuvre cette disposition dans les meilleures conditions.

A ce jour, il s'agit de les alerter sur la nécessité, proche pour eux, d'être en mesure de remplir les RSF-ACE avec cette nouvelle nomenclature.