

## Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



### NOTICE TECHNIQUE

n° CIM-MR / ME – 1598 - 4 – 2009

du 20/11/2009

**Objet :** Campagne tarifaire et budgétaire 2010 : nouveautés PMSI

#### **ÉMETTEUR :**

Service CIM – départements médicoéconomique et médicoréglementaire

#### **Personnes chargées du dossier**

Dr Jean-Pierre Bodin – [jean-pierre.bodin@atih.sante.fr](mailto:jean-pierre.bodin@atih.sante.fr)

Dr Joëlle Dubois – [joelle.dubois@atih.sante.fr](mailto:joelle.dubois@atih.sante.fr)

Dr Nathalie Ducret – [nathalie.ducret@atih.sante.fr](mailto:nathalie.ducret@atih.sante.fr)

Dr Sandra Gomez – [sandra.gomez@atih.sante.fr](mailto:sandra.gomez@atih.sante.fr)

Dr Pierre Métral – [pierre.metral@atih.sante.fr](mailto:pierre.metral@atih.sante.fr)

Dr Jean-François Noury – [jean-francois.noury@atih.sante.fr](mailto:jean-francois.noury@atih.sante.fr)

Dr Antoinette Scherer – [antoinette.scherer@atih.sante.fr](mailto:antoinette.scherer@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 de réadaptation,
- psychiatrie

#### **Copie pour information :**

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

#### **RÉSUMÉ :**

Le démarrage de la campagne tarifaire et budgétaire 2009 des établissements de santé a permis d'identifier la nécessité d'une information précoce des établissements, concernant les différentes nouveautés de campagne. À ce titre, et dans la perspective de la campagne 2010, la présente notice décrit les nouveautés 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.

**Textes de référence :**

- Arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du CSP – Arrêté "PMSI MCO"
- Arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement – Arrêté "PMSI HAD"
- Arrêté du 22 novembre 2006 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.61113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique – Arrêté "PMSI SSR"
- Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique – Arrêté "PMSI psychiatrie"

**Mots-clés**

Nouveautés PMSI 2010 – mise à jour des guides de production des informations médicalisées – mise à jour des manuels de groupage (MCO, HAD, SSR)

**Annexes :**

- Annexe 1 : Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité MCO
- Annexe 2 : Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité HAD
- Annexe 3 : Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité SSR
- Annexe 4 : Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité psychiatrie
- Annexe 5 : Nouveautés PMSI 2010 "interchamps"

La campagne tarifaire et budgétaire 2009 des établissements de santé a été marquée par la mise en œuvre de nouveautés importantes tant en termes conceptuels qu'en termes d'impact sur le financement des établissements. Au nombre de celles-ci figurent notamment la version 11 de la classification des GHM et l'utilisation de l'étude nationale de coûts commune pour les tarifs du champ d'activité MCO, la classification des GMD et l'utilisation de l'indice de modulation IVA pour le champ d'activité SSR.

Si 2010 ne connaîtra pas de nouveautés d'une telle ampleur, les engagements d'information précoce des établissements concernant la campagne à venir, seront respectés dans toute la mesure du possible, par la DHOS et l'ATIH.

La présente notice de l'ATIH s'inscrit ainsi dans cette logique d'information, concernant les nouveautés du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans les différents champs d'activité des établissements de santé. Elle fait suite à une précédente notice précisant les consignes d'utilisation du *Catalogue des activités de rééducation et réadaptation*, et sera suivie d'une notice relative aux modalités de financement des établissements (versant prestations), dès lors que les travaux préparatoires et les textes juridiques qui rythment le déroulement des campagnes seront arrêtés. Les dispositions de ces notices ne s'appliqueront donc qu'en 2010.

S'agissant d'information médicalisée et de traitement de celle-ci, les arrêtés dits "PMSI" des différents champs d'activité en constituent le support réglementaire. Pour 2010, les arrêtés MCO, HAD et SSR font l'objet d'une mise à jour. Ces mises à jour sont de natures différentes selon les champs, mais liées dans tous les cas à des modifications du guide méthodologique ou du manuel qui leur sont annexés. Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui les motivent.

Elle est ainsi composée des cinq annexes suivantes :

- les quatre premières annexes concernent les nouveautés 2010 de chaque champ d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) ;
- l'annexe 5 concerne les nouveautés qualifiées de nouveautés "interchamps", en raison de leur application possible à plusieurs champs : il en est ainsi des nouveautés de la Cim-10 et de la CCAM, ainsi que de la production du fichier VIDHOSP dont le format 2010 sera désormais identique pour tous les champs d'activité des établissements concernés par sa production.

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.

La directrice,



Maryse Chodorge

## Annexe 1

### Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité MCO

-----

#### **I. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO**

L'arrêté PMSI MCO en date du 22 février 2008 a été modifié par arrêté du 20 janvier 2009, à l'occasion notamment de la mise en œuvre de la version 11 de la classification des GHM (V11). Une nouvelle modification de cet arrêté est en cours de publication. Cette modification concerne les deux annexes qui lui sont liées :

- *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* : annexe II – BO n°2009-5bis
- *Manuel des groupes homogènes de malades* – annexe I – BO n°2009-4bis.

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites ci-dessous (points II et III).

- Les modifications (ou plus exactement précisions) du guide méthodologique seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n°2010-5bis. Bien que ces précisions soient en nombre limité, il a été choisi de republier une version exhaustive de ce guide.
- Les modifications du *Manuel des GHM* seront publiées sous la référence BO n°2010-4bis. La publication des nouveaux GHM et des listes liées de diagnostics ou actes représentant un volume important, le choix d'une publication exhaustive du manuel (sous forme de ses 3 volumes constitutifs) a été fait.

Ces annexes seront publiées sur le site de l'ATIH. S'agissant du guide méthodologique, cette publication fera apparaître les modifications apportées par un graphisme particulier qui en permettra un repérage rapide.

Ces annexes seront applicables au 1<sup>er</sup> mars 2010.

#### **II. Modifications apportées au guide méthodologique de production des RSS**

L'identification des établissements de santé par leur numéro FINESS est mise en cohérence avec la *Statistique d'activité des établissements* (SAE). Il en résulte des changements de codage de certains mouvements pour les établissements privés ex-DG (chapitre I du guide méthodologique).

Des précisions sont apportées aux conditions de production des RSS des enfants nés sans vie, pour les rendre cohérentes avec la circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS du 19 juin 2009.

En complément des consignes sur le recueil de l'âge gestationnel dans les RUM de l'enfant et de la mère, l'enregistrement dans ce dernier de la date de réalisation de l'acte d'accouchement devient obligatoire.

Les nouveautés concernant l'activité de radiothérapie sont introduites dans le guide (*cf point IV ci-dessous*).

Des précisions sont apportées relativement aux prestations interétablissements et aux fichiers produits par les établissements auparavant financés par dotation globale (VIDHOSP, RSF-ACE). Une nouvelle modalité de la variable « motif de non facturation à l'Assurance maladie » est créée (*cf point V ci-dessous*).

Enfin, des précisions d'utilisation de certains codes de diagnostics de la Cim-10 font l'objet d'un paragraphe nouveau dans le chapitre du guide consacré aux consignes de codage avec la Cim-10. Ce paragraphe sera régulièrement alimenté lors des prochaines révisions du guide. Le besoin de formuler ces précisions est apparu dans le cadre du suivi de la V11 et des remontées d'information concernant les premiers mois de sa mise en œuvre. Ce premier volet de précisions est relatif aux diagnostics suivants : insuffisance rénale fonctionnelle, hypotension, anémie posthémorragique aigüe, malnutrition, insuffisance respiratoire, cystite aigüe, dépendance envers des machines et appareils auxiliaires.

### **III. Classification des GHM : une version V11b**

La version 11 de la classification des GHM est entrée en application au 1<sup>er</sup> mars 2009. Toutefois, certains travaux engagés très tôt lors de l'élaboration de la V11, mais qui n'avaient pu être réactualisés en temps utile, ainsi que les remarques des acteurs hospitaliers, ont conduit à proposer quelques ajustements. Une version V11b de mise à jour sera donc mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars 2010.

#### **III.1. Création de 3 nouvelles racines :**

##### **III.1.1. Racine pour le traitement combiné de la cataracte et du glaucome**

Pour tenir compte de la fréquence de cette combinaison et de sa distribution variable selon les établissements, une racine de GHM d'intervention combinée pour cataracte et glaucome est créée (02C12).

##### **III.1.2. Racine de séance de radiothérapie conformationnelle (voir point IV ci-dessous)**

##### **III.1.3. Mort-nés**

Pour pouvoir classer correctement les RSS des enfants nés sans vie (ou mort-nés), il est créé une nouvelle racine non subdivisée (15Z10E).

#### **III.2. Nouveaux GHM dans les racines existantes : GHM de très courte durée (en T ou en J)**

La fréquence des séjours très courts en borne basse dans les niveaux 1 des racines sans niveau J ou T a conduit à reprendre les critères de création des GHM de très courte durée pour tenir compte de ces effectifs. Les GHM de très courte durée déjà créés n'ont pas été modifiés mais de nouveaux ont été introduits.

Les travaux réalisés ont conduit à la situation suivante :

- 64 nouveaux GHM sont créés, un en J (08C12J biopsies ostéoarticulaires) et les autres en T,
- Trois GHM en T voient leur libellé modifié pour préciser que les transferts représentent une part importante des séjours de très courte durée.

L'information concernant l'existence (ou non) d'un GHM de très courte durée en J ou T pour chacune des racines de GHM est produite dans l'annexe 3 du volume 1 du *Manuel des GHM*, ainsi que sur le site de l'ATIH.

#### **III.3. Adaptation de l'algorithme des GHM de séances de radiothérapie (voir point IV ci-dessous)**

#### **III.4. Autres nouveautés de la classification V11b, ne portant pas sur les GHM**

##### **III.4.1. Mise à jour de l'effet âge comme équivalent CMA**

Les travaux préparatoires à la version 11 comprenaient une analyse de l'effet résiduel de l'âge sur l'explication de la durée de séjour, au delà des codes de complications et morbidités associées (CMA).

La poursuite de ces travaux, et la prise en compte effective de l'âge comme équivalent de l'effet CMA sont apparues nécessaires car améliorant significativement la performance de la classification.

Les travaux réalisés ont donc conduit à réactualiser cet effet âge.

La liste des racines pour lesquelles l'âge joue un rôle d'équivalent de CMA dans la fonction groupage, ainsi que les bornes d'âge prises en compte (<2ans, >69 ou >79 ans) et les niveaux de sévérité auxquels l'âge peut conduire (niveau 2, 3 ou 4) sont détaillés dans l'annexe 3 du volume 1 du *Manuel des GHM*, ainsi que sur le site de l'ATIH.

##### **III.4.2. Intégration des nouveautés CIM 10 (yc listes d'exclusions)**

Les nouveautés de la Cim-10 décidées par l'OMS et introduites dans la Cim-10 française pour 2010 ont été intégrées dans la classification. Ces nouveautés sont décrites dans l'annexe 5.

##### **III.4.3. Qualité des données : cohérence des données des CMD 14 et 15**

Le niveau d'exigence de la qualité des données produites par les établissements est régulièrement et progressivement augmenté. Pour 2010, le domaine de la périnatalité, riche en données pouvant être croisées avec d'autres types d'informations, bénéficie de l'introduction de nouveaux tests de cohérence dans la fonction groupage. Ces tests portent par exemple sur la cohérence entre poids de

naissance et âge gestationnel, ou sur le bon usage des codes Cim-10 réservés à la mère ou au nouveau-né. La liste de ces tests figurera sur la liste des "codes retour" d'erreurs du *Manuel des GHM*.

#### III.4.4. Confirmation de codage

Depuis mars 2009, une confirmation de codage est demandée pour les séjours très courts concernant quelques GHM lourds et très bien valorisés de durée moyenne de séjour élevée. Ce sujet est particulièrement suivi par l'assurance maladie dans ses contrôles de facturation.

Pour conduire les établissements à ne renseigner la variable que dans les cas pertinents et éviter un codage systématique pour tous les séjours sans avoir conduit de vérifications, un nouveau test est introduit dans la fonction groupage : désormais, les cas où la variable est renseignée alors que la confirmation n'est pas demandée seront rejetés et considérés comme des erreurs. Les GHM concernés par la confirmation de codage en cas de séjours courts, ainsi que la durée en deçà de laquelle la confirmation est demandée figurent dans l'annexe 3 du volume 1 du *Manuel des GHM*, ainsi que sur le site de l'ATIH.

Par ailleurs, les séjours avec mode d'entrée et mode de sortie 0 sont exempts d'une demande de confirmation de codage, comme les séjours se terminant par un décès ou un transfert vers le MCO.

### **IV. Évolutions relatives à la radiothérapie**

Cette partie vise à préciser les évolutions récentes du sujet radiothérapie qui n'aboutira pas en 2010, ainsi qu'il a pu l'être annoncé, mais plus vraisemblablement en 2011.

#### **IV.1. Rappel du contexte**

Depuis 2006, l'activité de radiothérapie développée en France, a fait l'objet d'une attention particulière du Ministère de la santé et des professionnels concernés. L'un des objectifs poursuivis est notamment celui d'un renforcement de la qualité des prestations délivrées, au travers d'un alignement du matériel utilisé sur des matériels respectant les critères de qualité définis par l'InCa. Dans le même temps, et dans la même logique de dynamisation de ce secteur d'activité, a été abordée la question du financement des centres de radiothérapie privés selon les mêmes modalités que les établissements de santé ex-DG. Dans ce contexte, un travail de refonte de la classification des GHM de radiothérapie a été entrepris, afin de faire bénéficier l'ensemble de la discipline d'une description adaptée de son activité. Les travaux ainsi réalisés ont notamment conduit à intégrer en 2009 deux nouvelles variables dans le format du RUM (format 014) : variables "type de dosimétrie" et "type de machine". Parallèlement, le département des actes de la CNAMTS (DACT) a conduit des travaux sur le chapitre 17 de la CCAM relatif aux actes de radiothérapie.

#### **IV.2. Pour une nouvelle classification en 2011**

La version de classification GHM, élaborée en concertation avec les professionnels, ne pourra être appliquée en 2010, pour plusieurs raisons, dont l'impossibilité de produire des tarifs adaptés pour les nouveaux GHM proposés, par manque d'informations suffisantes, notamment sur les données d'activité...

La nouvelle classification des GHM de radiothérapie devrait donc entrer en vigueur en 2011 dans les établissements publics et privés, à condition que le recueil d'information 2010 permette l'élaboration des tarifs pour les deux secteurs.

##### IV.2.1. Des conditions à respecter en 2010 :

Les conditions suivantes de production de l'information médicalisée devront être respectées :

- 1) Production de RSS (et RSP : résumé standardisé de préparation) par les centres de radiothérapie privés (comme le font actuellement les établissements ex-DG). Toutefois, et dans l'attente d'un financement sur la base de GHS, les centres privés continueront parallèlement à facturer leur activité sous forme d'honoraires codés au moyen du chapitre 19 de la CCAM pour les actes d'irradiation, au moyen du chapitre 17 pour les actes de préparation.

- 2) Utilisation de la nouvelle version du chapitre 17 de la CCAM, applicable au 1<sup>er</sup> mars 2010, pour le codage des RSS (et RSP).  
Toutefois le chapitre 17 étant significativement modifié, afin de pouvoir continuer à grouper selon la classification des GHM, il est nécessaire d'introduire une nouvelle variable dans le format du RUM. Cette variable permettra notamment de pouvoir continuer, en 2010, à financer les établissements ex-DG sur la base des GHS actuels.
- 3) Recueil dans le RSS, d'une nouvelle variable "nombre de faisceaux".

#### IV.2.2. Des précisions sur la classification et le recueil d'information 2010

##### ➤ La classification 2010

La classification des GHM de radiothérapie ne sera donc significativement modifiée qu'à compter de 2011 sous réserve que les conditions décrites ci-dessus soient respectées.

Un premier pas dans la voie de la rénovation sera néanmoins engagé dès 2010, par la création d'une nouvelle racine de radiothérapie non subdivisée : le GHM 28Z18Z de séance d'irradiation conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) .

En outre il est à noter que les 2 GHM de séances de radiothérapie 28Z12Z et 28Z13Z sont conservés. Toutefois, l'algorithme de groupage est adapté pour tenir compte des nouveaux actes de radiothérapie de la CCAM.

##### ➤ Les nouveautés du recueil d'information

S'agissant de la nouvelle version du chapitre 17 de la CCAM :

Les modifications apportées à ce chapitre seront publiées et applicables au 1<sup>er</sup> mars 2010. Toutefois, afin que les établissements puissent se familiariser avec son contenu, une diffusion à une date suffisamment précoce au regard de son utilisation sera assurée par la CNAMTS. Pour l'année 2010, les actes d'irradiation du chapitre 17 auront un tarif égal à 0.

S'agissant de la nouvelle variable "nombre de faisceaux" :

Elle doit être renseignée dans les RUM des séances d'irradiation, pour les irradiations de type conventionnel (hors techniques spéciales par exemple). Son codage ne répond pas à une nomenclature particulière ; il conviendra simplement d'indiquer le nombre de faisceaux utilisés au cours des séances d'irradiation concernées (de 1 à 5 faisceaux)

Enfin, outre les RSS et RSP, les centres privés de radiothérapie devront produire en 2010 des RSF (résumé standardisé de facturation) correspondant aux honoraires facturés à l'assurance maladie. Les modalités techniques de production, en cours de discussion avec les professionnels, dépendront des pratiques de facturation des centres. Les modalités de transmission sont, en revanche, identiques à celles qui sont applicables aux établissements du secteur privé développant une activité hors radiothérapie.

**IV.3. En résumé**, les nouveautés 2010 concernant la radiothérapie sont donc les suivantes :

- recueil de RSS (et RSP) et des RSF pour les centres de radiothérapie libérale (comme pour les établissements de santé),
- codage des actes (du RSS et RSP) selon la nouvelle version du chapitre 17 de la CCAM ,
- codage d'une nouvelle variable dans le RSS : le nombre de faisceaux ,
- création d'un nouveau GHM de RCMI,
- modification de l'algorithme de production des deux GHM de séance.

## **V. Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO**

### ➤ Format du RUM 2010

Le format du RUM 2010 est modifié (du fait de la nouvelle variable "nombre de faisceaux" pour la radiothérapie, décrite au point IV ci-dessus).

Le format des RUM : 015 (non groupé), et 115 (groupé) est publié sur le site de l'ATIH.

- Fonction groupage : la fonction groupage 2010 est une version FG12.11b.

- La variable "motif de la non facturation à l'assurance maladie" des fichiers VIDHOSP et RSF-ACE-A comporte une modalité supplémentaire : ' 5 ' *s'il s'agit d'un patient hospitalisé dans un autre établissement*. La nouvelle modalité de cette variable est motivée par le sujet des prestations interétablissements, pour lesquelles des précisions seront prochainement données dans une autre notice ATIH.

Elle doit être renseignée par les établissements ex-DG prestataires, dans leur fichier VIDHOSP, lorsque la prestation est réalisée sur un mode d'hospitalisation, ou dans leur RSF-ACE-A lorsque la prestation est un acte externe.

Dans ce cas, elle accompagne la variable "Séjour facturable à l'assurance maladie" de ces fichiers, qui doit par ailleurs être renseignée à "0".

- FICHCOMP

- FICHCOMP et médicaments orphelins

L'article 47-III de la LFSS pour 2009 a introduit un nouvel alinéa à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale, destiné à encadrer les prescriptions initiales de médicaments orphelins inscrits sur la liste des molécules financées en sus des prestations d'hospitalisation.

Cet alinéa stipule que "la prise en charge des médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés".

Afin de permettre le repérage de cette validation, une nouvelle variable "validation de la prescription initiale – O/N" est ajoutée dans le fichier FICHCOMP.

Cette confirmation devra être renseignée sur toutes les lignes de FICHCOMP correspondant au médicament orphelin dispensé.

- Autres évolutions de FICHCOMP :

À des fins de tests sur la validité des informations transmises via FICHCOMP, une zone fixe (*filler*) sera introduite dans le recueil des médicaments. Des précisions sur cette zone et son contenu seront données dans le courant de l'année 2010.

Les autres recueils FICHCOMP ne sont pas modifiés.

- FICHSUP

Une redéfinition des modalités d'attribution de l'enveloppe MIG actuellement attribuée aux établissements producteurs de lait maternel (lactarium) est envisagée à une échéance qui reste à définir (2010 ou 2011). L'objectif poursuivi vise à allouer cette enveloppe MIG aux établissements consommateurs de lait maternel, afin de les solvabiliser, que ces consommateurs soient eux-mêmes producteurs de lait ou qu'ils l'achètent auprès de lactariums.

Quelle que soit la date d'application de cette mesure, des informations relatives aux volumes en jeu sont nécessaires.

Ces informations seront recueillies en 2010 au moyen du fichier FICHSUP dont le format sera publié sur le site de l'ATIH.

Les établissements devront le renseigner en indiquant :

- pour les producteurs : le nombre de litres de lait maternel produits sur la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé
- pour les consommateurs : le nombre de litres de lait maternel consommés sur la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé

Les établissements producteurs de lait maternel (lactarium) étant également consommateurs de ce produit pour leurs besoins internes renseigneront donc les deux versants du fichier, en tant que producteur et en tant que consommateur.



## Annexe 2 Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité HAD

-----

### I. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté PMSI HAD, en date du 31 décembre 2004 a été modifié par arrêté du 27 février 2007. Une nouvelle modification de cet arrêté est actuellement en cours de publication.

Cette modification concerne à la fois l'arrêté lui-même, ainsi que son annexe : *Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile* (BO n°2006/4bis).

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites ci-dessous (points II et III). L'arrêté est mis à jour pour l'intégration des nouveautés 2010 mais aussi des nouveautés des années précédentes non encore intégrées. Ces nouveautés sont par ailleurs détaillées dans le guide méthodologique.

Les modifications du *Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n°2010-6bis. Compte tenu du volume concerné par l'une des modifications (cf. point II.2 ci-dessous), il est choisi de publier le guide méthodologique dans son intégralité.

L'arrêté PMSI accompagné de son annexe sera publié sur le site de l'ATIH. Il sera applicable au 1<sup>er</sup> mars 2010.

### II. Nouveautés 2010 du guide de production HAD

#### **II.1. Associations MPP x MPA non autorisées ou conduisant à alerte**

Un travail commencé en 2008, et mené en partenariat DHOS/ATIH/assurance maladie et fédérations de l'HAD a été poursuivi et achevé en 2009, après validation de l'ensemble des parties concernées.

Ce travail a consisté à redéfinir l'opportunité de certaines associations des modes de prise en charge (MPC) lorsqu'ils sont portés en positions de mode principal (MPP) et associé (MPA). Certaines associations ont ainsi été identifiées comme "non autorisées", d'autres comme relevant d'une association inattendue ou rare.

*Exemples d'associations non autorisées :*

MPP 05 = chimiothérapie anticancéreuse x MPA 13 = surveillance post chimiothérapie anticancéreuse  
MPP 05 = chimiothérapie anticancéreuse x MPA 24 = surveillance d'aplasie

*Exemple d'association inattendue ou rare :*

MPP 05 = chimiothérapie anticancéreuse x MPA 03 = traitement intraveineux  
MPP 10 = post traitement chirurgical x MPA 09 = pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

*S'agissant de l'association soins palliatifs et prise en charge de la douleur :* son autorisation est soumise au respect de conditions spécifiques.

Ainsi, l'association MPP 04 = soins palliatifs et MPA 07 = prise en charge de la douleur continuera à être autorisée dans les seuls cas où la prise en charge de la douleur est réalisée par l'administration d'antalgiques au moyen d'un injecteur programmable, par exemple de type ACP – *analgésie contrôlée par le patient*. Des conditions précises sont en cours d'élaboration en ce sens, et seront intégrées notamment dans le *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile* (cf appendice F : Liste des modes de prise en charge).

Lors du groupage en GHPC, puis en GHT, ces différentes associations seront traitées de la manière suivante par la fonction groupage (et donc PAPRICA) :

- deux modes de prise en charge dont l'association n'est pas autorisée conduisent à un GHPC erreur et une valorisation en GHT qui ne tient pas compte du mode de prise en charge associé (alerte # 517),

- deux modes de prise en charge dont l'association est inattendue ou rare génèrent une erreur non bloquante avec alerte de la fonction groupage (alerte # 530).

Un tableau croisé des modes de prise en charge portés en principal et associé, et indiquant le statut de l'association : autorisée / non autorisée ou inattendue (alerte) a été produit. Il est intégré dans l'appendice F du *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile*.

En outre, dans le cadre du travail décrit ci-dessus, une redéfinition du libellé de certains modes de prise en charge a été réalisée.

## II.2 Mise à jour du tableau des GHPC

Il résulte du point précédent que l'appendice C du *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile* a été revu, de façon à supprimer les GHPC issus d'associations qui ne seront plus autorisées en 2010 (cf. Appendice C : Groupes homogènes de prise en charge avec leur pondération). Par ailleurs, les associations inattendues ou rares sont maintenant signalées lors du groupage en GHPC. Elles figurent également dans l'appendice C du guide méthodologique.

## II.3. Modification du libellé de certains MPC

À l'occasion du travail décrit au point II.1 ci-dessus, le libellé de certains modes de prise en charge a été modifié. La modification des MPC concernés figure dans le tableau ci-dessous :

N° MPC	Ancien libellé	Nouveau libellé
05	chimiothérapie	chimiothérapie anticancéreuse
09	pansements complexes et soins spécifiques	pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
13	surveillance post chimiothérapie	surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
17	radiothérapie	surveillance de radiothérapie
20	<i>post partum</i> physiologique	retour précoce à domicile après accouchement
22	prise en charge du nouveau-né	prise en charge du nouveau-né à risque

## II.4. Création de nouvelles variables dans le RPSS

Deux nouvelles variables sont créées dans le RPSS : une variable "dernière sousséquence du séjour" et une variable "actes".

### II.4.1. Variable "dernière sousséquence du séjour"

Cette variable est créée afin de permettre la réalisation de contrôles de cohérence sur les RPSS transmis. En effet, l'analyse des RAPSS a montré l'existence d'incohérences entre les sousséquences d'une même séquence, voire d'un même séjour. L'introduction de cette nouvelle variable (*décrite au point V ci-dessous*) permettra de mettre en œuvre de nouveaux contrôles bloquants dans PAPRICA, et d'améliorer ainsi la qualité des données transmises.

### II.4.2. Variable "actes"

Cette variable "actes" est destinée à recueillir les actes techniques médicaux réalisés au cours de la prise en charge en HAD.

Elle sera codée au moyen de la CCAM, et, dans un souci d'harmonisation, les modalités de recueil des actes seront identiques à celles des autres champs (MCO et SSR) : date de réalisation, code de l'acte, phase, code activité, extension documentaire, nombre de réalisations.

Les actes concernés par ce recueil sont les actes réalisés par un médecin quel qu'il soit : médecin traitant ou autre médecin, et quel que soit le lieu de leur réalisation (domicile du patient, cabinet médical libéral, établissement de santé public ou privé, à titre "externe" ou en hospitalisation de jour ou de nuit).

Dans le but de simplifier le travail des codeurs, un thésaurus d'actes CCAM a été produit par l'ATIH. Ce thésaurus sera publié sur le site de l'agence.

### **II.5 Autres mises à jour du guide**

Le *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile* a été publié en janvier 2006. Depuis cette date, le recueil d'informations en HAD a connu des évolutions.

Ces évolutions ont été publiées sur le site de l'ATIH, pour les recueils 2007 et 2008. Elles sont désormais intégrées dans la mise à jour du guide méthodologique pour 2010.

Ces mises à jour concernent notamment :

- les modalités de recueil, de traitement et de valorisation des interventions d'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA),
- l'introduction des variables "modes de prise en charge à visée documentaire" et "diagnostics associés". Pour ces derniers, il est désormais possible de renseigner jusqu'à quatre-vingt dix neuf diagnostics associés par RPSS. Cette possibilité est destinée à affiner la description du contenu des modes de prises en charge.

### **III. Production de RSF pour les établissements ex-OQN**

À compter du 1<sup>er</sup> mars 2010, les établissements d'HAD ex-OQN devront produire des fichiers de résumés standardisés de facturation (RSF).

Le RSF contient d'une part des informations du RPSS, et d'autre part des informations de facturation. Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau S3404 transmis par les établissements ex-OQN aux organismes d'assurance maladie.

Un RSF anonymisé (résumé standardisé de facturation anonyme ou RSFA) est produit par le logiciel PAPRICA sous le contrôle du médecin responsable de l'information : il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé.

Le contenu et le format du RSFA sont conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'assurance maladie.

Ce format est disponible sur le site de l'ATIH. Il a été présenté aux sociétés de service informatiques lors d'une réunion organisée par l'agence à leur intention.

La première transmission de fichiers couplant RPSS et RSF aura lieu début avril 2010. À cette date, seront transmis les fichiers cumulés des données produites de janvier à mars 2010, et la production du fichier VID-HOSP par les établissements ex-OQN n'aura plus lieu d'être.

Pour davantage d'informations sur le contenu et le format des enregistrements du RSF et du RSFA on se reportera :

- à la dernière version du manuel d'utilisation du logiciel PAPRICA, téléchargeable sur le site Internet de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr> ;
- au cahier des charges interrégime des normes B2 accessible sur le site Internet de l'assurance maladie : <http://www.ameli.fr>.

### **IV. Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en HAD**

En 2010, le format des RPSS subit des modifications de plusieurs natures. Il est publié sur le site de l'ATIH.

- Extension du nombre de diagnostics associés à 99. Cette modification ne se limite pas à l'augmentation de taille de la variable nombre de diagnostic : elle conduit à un changement de nature de la variable qui devient une zone de diagnostics de taille variable.

- Augmentation de la taille des champs pour les deux variables suivantes :
  - numéro de séquence dans le séjour complet (passage de 2 à 4 caractères)
  - numéro de sousséquence (passage de 3 à 4 caractères)
- Modification d'une variable, pour les établissements ex-OQN :  
 Pour permettre la liaison avec le recueil des RSF dans les établissements ex-OQN, une modification ne concernant que ce secteur a été introduite : le champ de la variable N° de séjour HAD est utilisé pour renseigner les variables suivantes :
  - N° d'entrée de la facture
  - N° de facture
  - Facturation à l'assurance maladie
  - Motif de non facturation
- Introduction de la nouvelle variable pour le codage des actes CCAM (cf point II.4.2 ci-dessus) : le recueil de cette variable est conforme au recueil d'actes réalisés dans les autres champs d'activité. Il s'agit d'une zone d'actes recueillant :
  - la date de réalisation de l'acte
  - son code
  - sa phase
  - son activité
  - l'extension documentaire qui lui est associée
  - son nombre de réalisations
- Introduction de la nouvelle variable "dernière sousséquence" (voir point V ci-dessous)
- La modification de la variable n° de séjour HAD pour les seuls établissements ex-OQN conduit à ce que le format du RPSS sera différent dans les deux secteurs d'hospitalisation. Il portera le numéro H03 pour les établissements ex-DG et H04 pour les établissements ex-OQN, devenant respectivement H13 et H14 pour les formats de RPSS groupés.
- La fonction groupage est la version FG 3.4.  
 Cette nouvelle version intègre notamment les nouveaux codes retour des alertes correspondant aux associations non autorisées (alertes # 517) ou "inattendues ou rares" (alertes # 530) décrites au point II.1 ci-dessus.
- FICHCOMP et médicaments orphelins : de la même manière que dans le champ d'activité MCO, le fichier FICHCOMP est complété d'une variable permettant de confirmer la validation de la prescription initiale de médicaments orphelins par un centre de référence (voir annexe I – point V)

## **V. Précisions relatives aux nouveaux contrôles bloquants de PAPRICA**

De nouveaux contrôles bloquants sont introduits dans PAPRICA afin de garantir une meilleure cohérence des données transmises dans les RAPSS, l'analyse de ceux-ci ayant révélé de fréquentes anomalies.

Ainsi, l'introduction de ces contrôles vise notamment à garantir la constance de certaines variables du RAPSS sur les enregistrements d'une même prise en charge ou la cohérence de l'enchaînement des différents enregistrements au regard de leurs dates.

Dans tous les cas, les RPSS qui ne respecteront pas les principes décrits ci-dessous seront groupés en erreur, et non valorisés.

### **V.1. Garantir la constance de certaines variables du RAPSS**

- Au sein du même séjour, la constance des informations suivantes sera analysée : IPP, date de naissance, sexe, date d'entrée, mode d'entrée, provenance, date de sortie, mode de sortie et destination (\*)
- Au sein d'une même séquence, la constance des informations suivantes sera analysée : date de début de séquence, date de fin de séquence (\*), MPP, MPA, IK, AVQ, et DP

S'agissant des informations relatives à la date de sortie, mode de sortie, destination et date de fin de séquence, une tolérance de remplissage sera admise : elles pourront ne pas être renseignées pour les RPSS intermédiaires.

En revanche :

- la date de fin de séquence est requise pour le dernier RPSS d'une séquence ;
- la saisie de la date de sortie, du mode de sortie et de la destination est obligatoire pour le dernier RPSS du séjour.
- Lorsque ces informations figurent également sur les autres RPSS, elles doivent respecter les règles de stabilité énoncées ci-dessus.

## V.2. Garantir la cohérence de l'enchaînement des dates

La cohérence de l'enchaînement des dates dont la production est décrite dans le *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile* sera analysée :

- **Date de début de la séquence** : il s'agit de la date du premier jour de la séquence observée. Si la séquence est la première du séjour, la date de son début est celle de l'admission.
- **Date de fin de la séquence** : il s'agit de la date du dernier jour de la séquence observée. Si la séquence est la dernière du séjour, sa date de fin est celle de la sortie d'HAD. S'il s'agit d'une séquence intermédiaire, elle est égale à la date de début de la séquence suivante moins 1 jour.
- **Date de début de la sous-séquence** : il s'agit de la date du premier jour de la sous-séquence. Si la sous-séquence est la première de la séquence, sa date de début est celle du début de la séquence.
- **Date de fin de la sous-séquence** : il s'agit de la date du dernier jour de la sous-séquence. Si la sous-séquence est la dernière de la séquence, sa date de fin est celle de la fin de la séquence.

## Annexe 3 Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité SSR

### I. Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR, en date du 22 novembre 2006 a été modifié par arrêté du 15 décembre 2008, à l'occasion notamment de la mise en œuvre de la nouvelle classification d'activité en groupes de morbidités dominantes (GMD). Une nouvelle modification de cet arrêté est en cours de publication.

Cette modification consiste d'une part en une modification de l'arrêté, destinée à y apporter quelques précisions (dont l'ajout de deux nouvelles variables dans le recueil d'information). Elle concerne d'autre part trois des quatre annexes qui lui sont liées :

- *Manuel de groupage PMSI soins de suite et de réadaptation* – annexe I – BO n°2009-1bis
- *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés et des fichiers associés en soins de suite et réadaptation* : annexe II - BO n°2009-2bis
- *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* - annexe III – BO n°2009-3bis

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites ci-dessous.

- Les modifications du *Manuel de groupage PMSI SSR* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel* sous la référence BO n°2010-1bis. La publication des nouveaux GMD et des listes liées de diagnostics ou actes représentant un volume important, le choix d'une publication exhaustive du manuel a été fait.
- Les modifications du guide méthodologique seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n°2010-2bis. Il sera intégralement republié.
- Les modifications du *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n°2010-3bis. Il sera intégralement republié.

Ces documents étant applicables à la date du 4 janvier 2010, une première version en sera publiée sur le site de l'ATIH, avant leur publication au *Bulletin officiel*, afin de permettre aux établissements de prendre les dispositions utiles à leur mise en œuvre.

### II. Nouveautés 2010 du guide méthodologique de production des RHS

#### **II.1. Une nouvelle partie : exemples de situations**

Le guide méthodologique de production des RHS a été entièrement revu en 2008, pour son utilisation en 2009. Sa nouvelle présentation, volontairement concise, répondait à un souci de simplification des consignes de production. Un complément à ce premier document était toutefois annoncé, destiné à en illustrer les consignes. Le guide méthodologique est ainsi complété pour son utilisation en 2010. Ce complément prend la forme d'une nouvelle partie qui apporte une aide pratique au recueil d'information : hiérarchisation et codage de la morbidité, cotation de la dépendance, assortis de nombreux exemples.

#### **II.2. Une mise à jour du guide**

Cette mise à jour est notamment liée à des modifications du recueil d'informations pour 2010. Ces modifications sont les suivantes.

Deux nouvelles variables sont créées dans le RHS :

- la date d'entrée (ou de début) du séjour. Cette information doit être enregistrée en plus de la date d'entrée dans l'unité médicale de SSR. Sa saisie est obligatoire, dans tous les RHS d'un même séjour ;
- la date de sortie (ou de fin) du séjour. Elle doit être enregistrée en plus de la date de sortie de l'unité médicale SSR. Sa saisie est obligatoire dans le dernier RHS du séjour.

La variable "actes CCAM" est complétée.

À ce jour, les informations recueillies pour cette variable sont : le code principal de l'acte, sa phase et le nombre de réalisations.

À compter de 2010, pourront également être recueillis : la date de réalisation de l'acte, le code "activité" et, le cas échéant, un code d'extension documentaire.

Ces modifications du recueil d'informations induisent une modification du format du RHS (*voir le point IV ci-dessous*).

### **III. Mise à jour de la classification en GMD : version V7**

La classification en GMD connaît une première révision pour 2010. Ces mises à jour sont décrites ci-dessous. Elles seront intégrées dans le manuel de groupage SSR qui sera republié dans son intégralité compte tenu du volume des modifications induites par chacune des mises à jour sur les différentes tables de groupage.

Cette nouvelle publication intégrera en outre la mise à jour induite par la publication en début d'année des nouveautés 2009 de la Cim-10. L'identification des effets produits en 2009 par cette mise à jour de la Cim-10 a fait l'objet de précisions publiées sur le site de l'ATIH en début d'année. Toutefois, le manuel n'avait pas été mis à jour.

La publication 2010 du manuel des GMD intégrera donc :

- les mises à jour 2009 induites par les nouveautés 2009 de la Cim-10,
- les mises à jour 2010 induites par la révision des CMC et GMD,
- les nouveautés 2010 de la Cim-10.

#### **III.1. Principales évolutions**

La classification 2010 des GMD est la version 7 de la classification d'activité en SSR.

Elle se caractérise par les évolutions suivantes :

- évolution des CMC :
  - 1 CMC est supprimée : la CMC 11
  - 2 CMC sont créées

Cette évolution conduit ainsi à une classification d'activité de SSR en 13 CMC.

- évolution des GMD :
  - 5 GMD sont supprimés
  - 2 GMD sont déplacés
  - 19 GMD sont créés

Cette évolution conduit ainsi à une classification comportant 83 GMD (à l'exclusion des GMD erreurs)

En outre, une mise à jour des listes de la classification est réalisée : listes des diagnostics d'entrée dans les CMC, listes des morbidités dominantes, listes de comorbidités et actes valorisants, ainsi que liste des exclusions.

#### **III.2. Détail des évolutions**

##### III.2.1. Évolution de la CMC 11

La CMC 11 (des affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire) est supprimée, et remplacée par 2 nouvelles CMC : la CMC 01 des affections de l'appareil respiratoire, et la CMC 02 des affections de l'appareil circulatoire.

Chacune de ces CMC comporte des GMD distinguant la prise en charge des adultes et des enfants. Au total, 10 GMD sont créés, en remplacement des 5 GMD de la version précédente.

Ces GMD sont les suivants :

- CMC01–Affections de l'appareil respiratoire :
  - Enfants
    - GMD 01E01–*Mucoviscidose*
    - GMD 01E21–*Autres affections de l'appareil respiratoire*
  - Adultes
    - GMD 01A03–*Insuffisances respiratoires chroniques*
    - GMD 01A04–*Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire*
    - GMD 01A20–*Autres affections de l'appareil respiratoire*

– CMC02–Affections de l'appareil circulatoire

Enfants

- GMD 02 E21–*Affections de l'appareil circulatoire*

Adultes

- GMD 02A03–*Ischémies cardiaques, pontages et implants coronaires*
- GMD 02A04–*Insuffisances cardiaques*
- GMD 02A05–*Affections vasculaires*
- GMD 02A20–*Autres affections de l'appareil circulatoire*

III.2.2. Évolution des autres CMC

Ces modifications sont les suivantes :

– CMC14–Peau et organes des sens

- le GMD brûlés adultes figurant auparavant dans la CMC17–*Affections traumatiques du système ostéoarticulaire* est intégré dans la CMC 14–*Affections de la peau et des organes des sens (14A03–Brûlures, corrosions et greffes de peau)*,
- 1 GMD de brûlés enfants est créé (14E03–*Brûlures, corrosions et greffes de peau*),
- 2 GMD adultes sont également créés : 14A06–*Lésions traumatiques et soins cutanés post-chirurgicaux* et 14A07–*Affections de la peau et tissus souscutanés*.

– CMC15–Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génito-urinaires

- 3 GMD adultes sont créés : 15A02–*Maladies infectieuses et affections immuno-hématologiques*, 15A03–*Affections de l'appareil génito-urinaire* et 15A04–*Affections de l'appareil digestif*.

– CMC16–Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire

- 1 GMD adulte est déplacé au sein même de la CMC : le GMD 16A05–*Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires* est désormais placé en première position dans l'algorithme, au lieu de la 5<sup>e</sup>,
- 2 GMD enfants sont créés : 16E03–*Affections de la colonne vertébrale* et 16E06–*Arthropathies, ostéites et affections musculaires*.

– CMC18–Amputations

- 1 GMD adulte est créé : 18A05–*Amputation avec ajustement de membre artificiel*.

Au total, pour ces autres CMC, 9 nouveaux GMD sont créés, et deux GMD sont déplacés.

**IV Mise à jour du Catalogue des activités de rééducation-réadaptation**

Une notice technique ATIH intégralement consacrée au *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* (CdARR) vient d'être diffusée (notice n°1454 CIM-MR- 3 – 2009, en date du 7 octobre 2009).

Bien qu'une refonte globale du CdARR soit actuellement en cours, il continuera d'être utilisé sous sa forme actuelle en 2010. Des précisions de codage ont donc été jugées utiles à donner pour 2010. Elles sont applicables au 4 janvier 2010.

Pour des raisons pratiques, le catalogue est par ailleurs intégralement republié.

**V. Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en SSR**

- Le format 2010 du RHS est le format M06 (RHS non groupé) et M16 (RHS groupé)  
Cette modification de format est induite par la création des deux nouvelles variables "date d'entrée du séjour", et "date de sortie du séjour", ainsi que par les modalités complémentaires de la variable "actes CCAM".



- La fonction groupage 2010 est la version FG5.7.  
Elle comporte une nouveauté visant à s'assurer que la date de validité des actes codés dans les RHS est bien compatible avec la période renseignée. Ce contrôle est réalisé pour les actes CCAM et pour les actes CdARR. À défaut de compatibilité, l'acte est ignoré lors du groupage.
- FICHCOMP : un recueil d'information concernant la consommation médicamenteuse au cours de la prise en charge en SSR sera initié en 2010. Ce recueil sera réalisé par un fichier de type FICHCOMP couplé au RHS. La liste des molécules faisant l'objet du recueil sera produite sur le site de l'ATIH. La première transmission des fichiers FICHCOMP sera réalisée avec celle des fichiers de RHS du premier trimestre. Une période de montée en charge dans la production du recueil sera observée en 2010, avant un recueil obligatoire à compter de janvier 2011. La production de ces fichiers concerne les établissements actuellement financés par dotation annuelle de financement.
- L'ensemble de ces nouveautés 2010 (champ SSR), sera applicable dans les RHS produits à compter du **lundi 4 janvier 2010** (soit le premier jour de la première semaine de l'année civile).

## Annexe 4

### Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité psychiatrie

---

**L'arrêté PMSI** concernant le champ de la psychiatrie n'est pas modifié pour 2010.

La seule grande nouveauté du recueil d'information pour le champ d'activité psychiatrie est celui de la **production de RSF pour les établissements ex-OQN**.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les établissements devront produire un RSF, qui sera rattaché à un RIM-P, chaque fois qu'une facture sera émise envers l'assurance maladie.

En pratique, et pour le champ d'activité psychiatrique, la production des RSF rejoint le modèle utilisé pour le champ d'activité SSR : production d'un RSF au même rythme que la production des factures, sans respect d'une périodicité particulière, le rattachement de l'ensemble des RSF à un même séjour se faisant automatiquement au moment du traitement des données d'activité par un logiciel dédié (de type AGRAF), et par l'intermédiaire d'un identifiant commun au RIM-P et au RSF. Inversement, chaque RIM-P transmis doit être associé à au moins un RSF.

Le format du RSF-psychiatrie est de même nature que celui du RSF en vigueur dans les autres champs d'activité MCO, SSR, et désormais HAD. Le principe est également le même : s'agissant de produire un équivalent des factures émises, le RSF est une transposition du bordereau S3404 transmis par les établissements privés aux organismes d'assurance maladie.

Un RSF anonymisé (résumé standardisé de facturation anonyme ou RSFA) sera produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information : il contiendra les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme. Le RSFA sera transmis à l'agence régionale de santé.

Le contenu et le format du RSFA seront conformes au cahier des charges interrégime des normes B2 publié par l'Assurance maladie.

Une réunion sera organisée par l'ATIH à l'intention des sociétés de service informatiques, courant décembre, et les informations concernant le contenu et le format du RSF et du RSFA seront produites sur le site de l'agence, à la même date.

L'année 2010 sera une année de montée en charge dans la production des RSF, avant de devenir obligatoire à compter de janvier 2011.

## Annexe 5 Nouveautés PMSI 2010 "interchamps"

-----

### **I. Nouveautés 2010 relatives aux nomenclatures : nouveautés Cim-10 et CCAM**

S'agissant de nouveautés 2010 relatives aux nomenclatures, les nouveautés CCAM (radiothérapie, HAD) ont été décrites avec les nouveautés des champs concernés (MCO et HAD). Les seules nouveautés de nomenclature valables en interchamp et non encore décrites sont celles de la Cim-10. Toutefois, un avertissement relatif aux évolutions de la CCAM à ce jour non identifiées, mérite d'être formulé.

#### **I.1. Autres nouveautés de la CCAM**

Les utilisateurs devront être attentifs aux évolutions de la CCAM en cours d'année. En effet, de nouvelles versions sont publiées à l'initiative de la CNAMTS et mises à la disposition des utilisateurs, notamment par l'intermédiaire du site ATIH. Elles font alors l'objet de mises à jour des tables de groupe.

#### **I.2. Nouveautés Cim-10**

Les évolutions Cim-10 2010 comprennent des modifications portées par l'OMS avec un nombre limité de créations de nouveaux libellés mais avec de nombreuses modifications de notes.

Les modifications portées par l'ATIH sont cette année, très limitées avec la création de trois nouveaux libellés et quelques modifications de notes.

##### **I.2.1. Modifications publiées sur le site de l'ATIH**

L'ATIH publiera courant novembre l'ensemble des modifications à introduire en 2010 dans le volume 1 de la Cim-10. Ces modifications entrent en application à compter de janvier 2010 pour les champs d'activité SSR et psychiatrie ; à compter de mars 2010 pour les champs MCO et HAD.

Les fichiers suivants sont mis à disposition sur le site de l'ATIH :

- ✓ document de synthèse des modifications introduites en 2010 et des principes de codage qui en découlent ;
- ✓ liste de toutes les modifications, créations et suppressions de codes et de notes pour 2010 ;
- ✓ mise à jour du fichier de suivi des évolutions de la Cim avec les modifications 2010 ;
- ✓ document regroupant les nouvelles pages de la Cim-10 en 2010 ;

*Nota : Dans ces documents, les conventions utilisées pour repérer l'origine des modifications dans la Cim-10 sont identiques à celles utilisées dans les documents précédents : figurent en rouge les changements faits à la demande de l'OMS, et en bleu ceux apportés par l'ATIH dans le cadre du PMSI.*

##### **I.2.2. Principales modifications portées par l'OMS**

- ✓ **Modification de tous les libellés de « septicémie » en « sepsis » et création d'une sous-catégorie pour le codage du choc septique (R57.2)**

Cette modification complète l'introduction en 2009 d'une catégorie pour le codage des syndromes de réponse inflammatoire systémique (catégorie R65). Les conséquences en termes de consignes de codage sont importantes et seront précisées dans les documents publiés sur le site de l'ATIH.

- ✓ **Modification de la catégorie N18**

Cette catégorie comporte dorénavant cinq nouveaux libellés qui permettent de coder la maladie rénale chronique selon 5 stades. Deux libellés sont supprimés.

- ✓ **Création de sous-catégories dans le chapitre XV Grossesse, accouchement et puerpéralité**

Il s'agit notamment de nouvelles sous-catégories pour le codage du *HELLP syndrome (O14.2)*, du *placenta adhérent pathologique (O43.2)* et de *maladie due au virus de l'immunodéficience humaine [VIH], compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O98.7)*.

Les catégories **O96** *Mort d'origine obstétricale, survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement* et **O97** *Mort de séquelles relevant directement d'une cause obstétricale* sont subdivisées.

### 1.2.3. Modifications portées par l'ATIH

#### ✓ **Création de trois extensions de codes dans le chapitre XXI**

Pour que la description des antécédents personnels et familiaux soit tout à fait complète il a été nécessaire de créer trois nouvelles extensions :

**Z83.72** *Antécédents familiaux de maladies de la bouche et des dents ;*

**Z84.22** *Antécédents familiaux de maladies du sein ;*

**Z87.42** *Antécédents personnels de maladies du sein.*

#### ✓ **Ajout et modifications de notes d'inclusion**

Certaines notes d'inclusion des extensions créées en 2009 ont été modifiées.

Une note d'inclusion a été introduite pour le codage des polygraphies au niveau du code **Z04.801** *Examen et mise en observation pour polysomnographie.*

## **II. VIDHOSP : un format unique pour tous les champs**

Le fichier VIDHOSP utilisé par les établissements ex-DG, pour tous les champs d'activité, connaît en 2009 au moins quatre formats différents.

En 2010, un seul format sera utilisé et autorisé, conduisant ainsi à une harmonisation interchamp des outils. La date d'application du format unique de VIDHOSP concerne le mois de janvier pour les champs SSR et psychiatrie, et le mois de mars pour les champs MCO et HAD.

Pour mémoire, VIDHOSP répond à 2 fonctionnalités différentes : le chaînage des séjours d'une part, la facturation (ou valorisation) pour le champ des établissements financés par T2A d'autre part.

Les variables utilisées pour le chaînage (4 au total) sont obligatoires pour tous les champs d'activité. Les autres variables sont facultatives pour les champs SSR et psychiatrie.