

Campagne tarifaire et budgétaire 2013

Nouveautés PMSI-Recueil

La campagne tarifaire et budgétaire 2013 des établissements de santé s'inscrit dans la même logique de stabilité des mesures de description et de financement des activités de soins que celle des campagnes précédentes.

Dans un objectif d'information détaillée, la présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans leurs différents champs d'activité en 2013. Il convient de noter que les nouveautés 2013 relatives au champ de la psychiatrie ont déjà fait l'objet d'une notice publiée le 7 novembre 2012 sur le site de l'agence (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F00070FF>)

Cette notice fait donc suite à différentes publications récentes sur le site de l'ATIH, 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. S'agissant d'information médicalisée et du traitement de celle-ci, les arrêtés dits "PMSI" des différents champs d'activité en constituent le support réglementaire. Pour 2013, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Dans tous les cas, ces actualisations sont au minimum liées 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.

Cette notice est composée des 5 annexes suivantes :

- Annexe 1 : Nouveautés PMSI 2013 du champ d'activité MCO
- Annexe 2 : Nouveautés PMSI 2013 du champ d'activité HAD
- Annexe 3 : Nouveautés PMSI 2013 du champ d'activité SSR
- Annexe 4 : Nouveautés PMSI 2013 du champ d'activité psychiatrie
- Annexe 5 : nouveautés PMSI 2013 "interchamps", en raison de leur application possible à plusieurs champs

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 PMSI du champ d'activité MCO

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté PMSI MCO en date du 22 février 2008 ne fait pas l'objet de modification particulière. Seules les annexes 1 et 2 qui lui sont liées sont modifiées :

- Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n° 2012-5 bis.
- 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° 2012-6 bis

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites ci-dessous aux points II et III :

- celles du Manuel des GHM seront publiées sous la référence BO n° 2013-5 bis.
- celles du Guide méthodologique seront publiées dans un fascicule spécial du Bulletin officiel, sous la référence BO n° 2013-6 bis ;

Comme chaque année, il est procédé à une publication exhaustive de ces deux annexes au BO ainsi qu'à une publication en amont sur le site de l'ATIH afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais. Cette publication soulignera sous une forme typographique spécifique les modifications apportées au Guide méthodologique précédent afin d'en faciliter le repérage.

Ces annexes seront applicables au 1er mars 2013.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique MCO

Les principales modifications apportées au guide sont regroupées dans les thèmes suivants.

➤ **Précision sur la consigne de codage concernant la surdité précoce des nouveaux nés**

En application de l'arrêté du 23 avril 2012, le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale s'inscrit dans un programme de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique prévoyant une généralisation de ce type de dépistage le plus tôt possible. Ainsi, à la naissance, un examen de repérage des troubles de l'audition doit être proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré.

Dans ce cadre, afin d'assurer un suivi de la montée en charge de l'activité de dépistage, le codage des actes CCAM de dépistage est obligatoire dans le RSS dès lors que le dépistage s'est effectué par otoémissions ou potentiels évoqués auditifs, conformément aux recommandations de la HAS. Enfin, en termes de suivi, nous vous rappelons qu'il est également indispensable de coder la surdité en DAS lorsqu'elle est dépistée.

➤ **Prestations inter activité (PIA)**

Sur ce point, il est simplement précisé dans le guide que les mutations de patients d'une durée inférieure à deux jours au sein du même établissement entre les différentes catégories d'activités du champ sanitaire (MCO/SSR et Psychiatrie) sont soumises aux mêmes règles que les transferts inter établissements.

➤ **Précisions apportées aux règles de choix du diagnostic principal (DP)**

Des précisions sont apportées sur ce point au chapitre 4 du guide. Il convient de signaler les précisions relatives au codage du DP en cas de poussée aiguë d'une maladie chronique.

➤ **Codage des brûlures**

Des précisions sont également apportées sur ce point. Ainsi l'emploi des codes du chapitre XX de la CIM-10 indiquant les circonstances de brûlure sera désormais obligatoire.

➤ Innovation

En 2011, une nouvelle variable alphanumérique intitulée « innovation » a été créée dans le RUM. Cette variable a pour objectif de repérer, au sein des GHM produits, les prises en charges pour lesquelles un patient a bénéficié d'un produit ou acte relevant d'une procédure « innovante », qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique, et qui fait l'objet soit d'un financement expérimental dans le cadre d'un projet de recherche spécifié, de type PHRC ou STIC¹ soit d'une mesure relevant de l'article L.165-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.

A compter du 1er mars 2013, il conviendra de réaliser, pour chacune de ces prises en charge en hospitalisation, un RSS respectant en tous points les conditions habituelles du recueil pour le séjour concerné et de renseigner spécifiquement ce champ « innovation » au moyen du numéro d'identification qui aura été communiqué aux établissements à l'occasion de la mise en œuvre du programme. A titre d'information, ce numéro d'identification, qui sera simplement à reproduire à partir de l'information communiquée par la DGOS, est constitué de :

- cinq caractères alphabétiques pour désigner le type de programme
- deux caractères numériques pour désigner l'année de mise en œuvre du programme
- deux caractères numériques pour désigner le type de technologie de santé
- trois caractères numériques pour désigner le numéro du projet proprement dit.

III – Classification des GHM : une version 11e

L'essentiel des modifications apportées à la version 11d de la classification des GHM consiste en un travail de maintenance portant sur la révision de la liste des complications et morbidités associées (CMA) d'une part et sur l'analyse de l'homogénéité des GHM de chirurgie ambulatoire et de la racine 05K13 d'autre part. Enfin, il a également été décidé d'une évolution portant sur les séjours de chirurgie esthétique afin de financer certaines complications survenues au cours de ces séjours.

➤ Mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA)

Comme en 2011, un travail de maintenance de la classification portant sur la révision de l'effet CMA des diagnostics associés, sur des bases plus récentes a été mené. Cette révision repose sur la même méthode que celle mise en œuvre en 2011, et validée par l'ensemble des fédérations.

Pour rappel, cette méthode consiste à :

- supprimer de la liste, les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA sur la période 2009-2012 et dont l'effectif est supérieur à 1000 cas dans la base nationale ;
- requalifier le niveau de sévérité des codes qui n'auraient plus le même effet CMA, (exemples : CMA passant du niveau de sévérité 3 au niveau 2 ou du niveau 3 au niveau 4) ;
- introduire, le cas échéant, des nouveaux codes qui auraient un effet CMA

Les résultats des travaux menés permettent de constater :

- une modification des effets CMA pour 5% des 9 500 codes diagnostiques de la CIM-10 (soit environ 450 codes)
- une stabilité du nombre total de diagnostics avec effet CMA compte-tenu des ajouts et des retraits
- une très légère augmentation du nombre de séjours en niveau de sévérité supérieur à 1, en particulier vers le niveau 4, en raison de quelques codes fréquents de niveau 3 qui basculent vers le niveau 4.

La liste complète des CMA figure dans l'annexe 4 du volume 1 du Manuel des GHM disponible sur le site de l'ATIH.

¹ Phrc : Programme Hospitalier de Recherche Clinique, STIC : programme de Soutien aux Thérapeutiques Innovantes et Couteuses.

Pour illustration :

- 227 codes CIM-10 (codes à 4 caractères) sont ajoutés à la liste de CMA et sont reclassés du niveau 1 en un niveau de sévérité supérieur

Exemples**Passage de niveau 1 à niveau 2 :**

G81.0 : Hémiplégie flasque

M03.0 : Arthrite post-méningococcique (A39.8)

Passage de niveau 1 à niveau 3 :

*B39.0 : Histoplasmosse pulmonaire aiguë à *Histoplasma capsulatum**

H45.0 : Hémorragie du corps vitré au cours de maladies classées ailleurs

- 208 codes (codes à 4 caractères) dont l'effet CMA a disparu, ont été déclassés en niveau 1

Exemples**Passage de niveau 2 à niveau 1 :**

A38 : Scarlatine

E14.2 : Diabète sucré, sans précision, avec complications rénales

F11.0 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés : intoxication aiguë

Passage de niveau 3 à niveau 1 :

M83.0 : Ostéomalacie puerpérale

P11.- : Autres lésions du système nerveux central dues à un traumatisme obstétrical

Passage de niveau 4 à niveau 1 :

P51.0 : Hémorragie ombilicale massive du nouveau-né

- Autres cas de figure : augmentation ou diminution du niveau de sévérité concerné par les codes CIM-10

Exemples**Passage de niveau 2 en niveau 3**

A43.0 : Nocardiose pulmonaire

B26.3 : Pancréatite ourlienne (K87.1)*

G90.3 : Dégénérescence disséminée (système nerveux autonome)

J17.3 : Pneumopathie au cours de maladies parasitaires

Passage de niveau 3 en niveau 2 :

B45.0 : Cryptococcose pulmonaire

C93.0 : Leucémie monoblastique/monocytaire aiguë

G04.8 : Autres encéphalites, myélites et encéphalomyélites

J95.1 : Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale thoracique

Q41.0 : Absence, atrésie et sténose congénitales du duodénum

Passage de niveau 3 en niveau 4 :

A07.2 : Cryptosporidiose

*B39.1 : Histoplasmosse pulmonaire chronique à *Histoplasma capsulatum**

D76.2 : Syndrome hémophagocytaire associé à une infection

K25.0 : Ulcère de l'estomac aigu, avec hémorragie

R57.2 : Choc septique

Passage de niveau 4 en niveau 3 :

B48.0 : Lobomycose

J38.4 : Oedème du larynx

P72.2 : Autres anomalies néonatales de la fonction thyroïdienne, non classées ailleurs

S12.7- : Fractures multiples du rachis cervical

Passage de niveau 4 en niveau 2 :

J95.2 : Insuffisance pulmonaire aiguë consécutive à une intervention chirurgicale non thoracique

P59.2 : Ictère néonatal dû à des lésions hépatocellulaires, autres et sans précision

S85.0 : Lésion traumatique de l'artère poplitée

➤ Homogénéité des GHM : Création ou suppression de racines

Dans le cadre des travaux de maintenance de la classification, une étude sur l'homogénéité des GHM a été menée et ce, en priorité, sur deux activités ciblées qui sont :

- la chirurgie ambulatoire dans un objectif de renforcer la cohérence de la politique actuelle d'incitation tarifaire à cette pratique ;
- les deux racines d'actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur ou inférieur à 18 ans (05K12 et 05K13) considérées à ce jour, comme « fourre tout » et posant par ailleurs des difficultés de financement pour les séjours de poses de bioprothèses (cf. valves aortiques percutanées et valves pulmonaires –mélody) depuis leur inscription sur la liste en sus.

○ Racines 05K12 et 05K13

Sur les deux racines d'activité d'interventionnelle, les travaux menés ont conduit à ne pas modifier la racine concernant les enfants (05K12) ; l'hétérogénéité de cette dernière ayant un très faible impact sur les établissements concernés.

En revanche, celle des adultes (05K13) étant très hétérogène (la DMS variant de 0,2 à 12 jours), il a été décidé, en concertation avec les professionnels dans le cadre du comité technique MCO de l'ATIH, de scinder cette racine en 6 racines au sein desquelles seront désormais isolées les activités suivantes :

- 05K21 Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire
- 05K22 Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du cœur, âge supérieur à 17 ans
- 05K23 Ablations, repositionnements et poses de sondes cardiaques supplémentaires par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans
- 05K24 Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le cœur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans
- 05K25 Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans
- 05K26 Actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans

A noter que la création de la racine " bioprothèses" est en cohérence avec l'inscription sur la liste en sus du dispositif médical « valve aortique par cathétérisme », les séjours comportant ce DM seront désormais classés dans une racine spécifique comportant une durée moyenne de séjour plus longue que celle du 05K13 actuellement. Par ailleurs, l'unité médicale 60 pour les établissements autorisés à poser les valves aortiques par voie artérielle transcutanée est supprimée dans la mesure où, depuis l'inscription à la LPPR des dispositifs médicaux concernés, la restriction réglementaire de la pose de ce DM à certains établissements n'est plus applicable.

○ Racines de chirurgie ambulatoire

Concernant la chirurgie ambulatoire, sur les 89 racines actuelles comportant un GHM de chirurgie ambulatoire, 52 n'ont pas été modifiées (soit parce qu'elles sont homogènes, soit parce que l'hétérogénéité constatée n'a pas d'impact significatif par établissement).

Les 37 racines restantes ont en revanche été jugées « hétérogènes » et ont donc nécessité d'être modifiées.

Pour ces racines, trois mesures classificatoires ont été prises :

- une consistant à reclasser certains actes vers d'autres racines médicalement et économiquement plus adéquates => 19 racines sont concernées par cette mesure
- l'autre consistant à scinder la racine en 2 (ou 3 pour l'une d'elles) et donc à créer des racines supplémentaires justifiées par une population suffisamment différente et volumineuse => 17 racines sont ici impactés conduisant à la création de 18 racines supplémentaires.

Liste des nouvelles racines créées

01C14 Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien
 02C13 Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans
 03C29 Autres interventions sur l'oreille, le nez ou la gorge pour tumeurs malignes
 03C30 Interventions sur l'oreille externe
 06C24 Cures d'éventrations postopératoires, âge supérieur à 17 ans
 08C57 Libérations articulaires du membre inférieur à l'exception de la hanche et du pied

08C58 Arthroscopies de l'épaule
 08C59 Ténosynovectomies du poignet
 09C12 Interventions pour kystes, granulomes et interventions sur les ongles
 09C13 Interventions pour condylomes anogénitaux
 09C14 Certains curages lymphonodaux pour des affections de la peau, des tissus sous-cutanés ou des seins
 09C15 Interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins pour lésions traumatiques
 11C10 Interventions pour incontinence urinaire en dehors des interventions transurétrales
 11C11 Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires
 11C12 Injections de toxine botulique dans l'appareil urinaire
 13C19 Interventions pour stérilité ou motifs de soins liés à la reproduction
 13C20 Exérèses ou destructions de lésions du col de l'utérus sauf conisations
 21C06 Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures

- Enfin, la racine 21C03 « parage de plaies » a été supprimée. Les séjours ont été regroupés, avec ceux de la racine 21C02 « Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures », dans la nouvelle racine 21C06 « Greffes de peau ou parages de plaies pour lésions autres que des brûlures ».

Globalement, les évolutions de 2013 permettent une augmentation de l'homogénéité des racines pour lesquelles l'activité est différente par établissement et donc de renforcer la neutralité de l'impact de la classification sur les établissements, au regard de leur coût et de leur durée de séjour. Elles permettent également une meilleure comparaison des populations du niveau 1 avec le niveau J, facilitant la mise en œuvre de la politique tarifaire incitative au développement de la chirurgie ambulatoire.

➤ **Chirurgie esthétique**

Les séjours hospitaliers pour intervention esthétique ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, et ne donnent donc pas lieu à financement. En revanche, de longue date, certaines complications graves survenant au cours d'un séjour de chirurgie esthétique sont, elles, prises en charge par l'assurance maladie. Jusqu'à la version 10 de la classification des GHM, la survenue d'une complication en cours de séjour ne posait pas de problème de valorisation, la définition du diagnostic principal étant celle du diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. La complication était alors codée en diagnostic principal et le groupage orientait vers un GHM valorisé, intégrant la complication médicale. Avec la mise en place de la version 11 de la classification, la définition du diagnostic principal a été modifiée, celui-ci étant désormais le diagnostic d'entrée du séjour. Si la complication intervenue peut continuer à être codée (en diagnostic associé significatif), le groupage en GHM conduit alors toujours dans le GHM de chirurgie esthétique, sans niveau de sévérité, et de tarif égal à 0.

Ainsi, pour la campagne 2013, il a été décidé, en concertation avec les professionnels et l'Assurance maladie, de créer des niveaux de sévérité sur la racine de chirurgie esthétique, permettant de prendre en compte les complications. Toutefois, compte tenu du faible nombre de séjours concernés, un seul niveau de sévérité a été créé à partir d'une liste spécifique de complications ; celle-ci ne comporte que certaines complications contrairement à la liste générale des CMA intégrant à la fois complications et comorbidités ; les comorbidités de type diabète par exemple étant exclues de la problématique.

V – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

➤ **Format du RUM 2013**

Le format du RUM 2013 n'est pas modifié par rapport à celui du RUM 2011

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000100013FF>

➤ **Fonction groupage**

La fonction groupage 2013 est une version V13.11e. Sa mise à jour est nécessaire pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM. .

➤ **Fichier des unités médicales**

Dans le cadre de la refonte de la SAE (statistique annuelle des établissements) pilotée par la DREES, il a été décidé d'achever la convergence SAE-PMSI en pré-remplissant dans la collecte de la SAE les données d'activité issues du PMSI. L'objectif ici recherché est de permettre une alimentation automatique d'une partie du recueil SAE à partir des données de M12 remontées par l'ATIH qui devront être ventilées par site géographique et par discipline.

La réalisation de cet objectif suppose une évolution du PMSI par :

- un typage de l'ensemble des unités médicales en cohérence avec celui de la SAE (actuellement seules certaines unités doivent être typées dans le PMSI et ce selon une nomenclature décrite dans le guide méthodologique) ;
- un renforcement du contrôle des FINESS, notamment par l'obligation pour les établissements publics de renseigner, pour chaque UM, leur numéro FINESS géographique en complément de leur numéro FINESS d'inscription e-PMSI. Ce point étant commun à l'ensemble des champs d'activité, il est développé en annexe 4.

L'évolution portant sur le typage des UM vise à faire converger les approches PMSI et SAE qui sont actuellement différentes. En effet, dans le PMSI, le séjour est classé en fonction de "son contenu" (acte classant opératoire par ex..) alors que dans la SAE, c'est le type d'unité dans laquelle le patient est hospitalisé (discipline d'équipement) qui prévaut. Ainsi, un patient qui n'a pas d'acte chirurgical, hospitalisé dans une unité de chirurgie, sera classé en chirurgie au sens de la SAE et en médecine au sens du PMSI. Les données PMSI sont remontées par ailleurs au niveau entité juridique pour les établissements publics et au niveau entité géographique pour les établissements privés.

Pour pouvoir utiliser le PMSI avec l'approche de la SAE, il a été décidé d'utiliser le fichier de description des unités médicales (fichier IUM) fourni dans les remontées de données, par l'ATIH. Ce fichier fournit actuellement la liste des UM avec pour chaque UM, le numéro de l'UM, le FINESS géographique, le type d'autorisation, la date d'effet de l'autorisation ainsi que le nombre de lits déclarés (format d'importation du fichier d'information des UM utilisé par GENRSA, cf. ci-dessous).

Ce fichier doit néanmoins être enrichi afin que toutes les unités médicales de MCO soient typées. Chaque unité se verra affecté un type d'UM et un seul, de manière à n'appartenir qu'à une seule discipline et à permettre ainsi une partition des unités médicales de l'établissement.

La nomenclature des unités médicales sera détaillée dans une notice qui sera prochainement publiée.

Cette nouvelle nomenclature qui a d'ores et déjà été testée auprès d'une quinzaine d'établissements ne sera retranscrite dans le guide méthodologique, qu'à compter de 2014. Néanmoins, afin de répondre à l'objectif de l'utilisation du PMSI pour la SAE 2013, en tenant compte des difficultés qui pourraient éventuellement être rencontrées, l'ensemble des outils techniques seront déployés en 2013 et le fichier UM devra être renseigné complètement pour la transmission de M12 2013.

➤ **FICHCOMP : nouveau format pour les maladies rares mise en place d'un recueil**

Conformément à l'INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/389 du 16 novembre 2012² visant, dans le cadre du plan national maladies rares (PNMR) 2011-2014, à améliorer la connaissance du nombre et de la nature des maladies rares prises en charge dans les établissements de santé français, deux actions du plan doivent être concrétisées :

- Intégrer progressivement la nomenclature Orphanet dans les bases françaises existantes
- Compléter la nomenclature utilisée dans le cadre du « PMSI » pour le codage des maladies rares.

Les modalités de recueil, applicables dès le 1er décembre 2012, sont détaillées dans l'instruction. Des précisions sur le format de recueil à utiliser sont apportées sur le site Internet de l'ATIH.

² INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/389 du 16 novembre 2012 relative aux modalités de codage PMSI concernant les patients atteints de maladie rare.

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité hospitalisation à domicile (HAD)

I – Nouveautés relatives à l'arrêté PMSI et au Guide méthodologique HAD

L'arrêté PMSI HAD en date du 31 décembre 2004 modifié³ ne fait pas l'objet de modification particulière.

Seule son annexe 1 est modifiée : Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (BO n° 2012/7 bis). Comme l'année dernière et comme pour les autres champs, cette annexe sera publiée dans son intégralité au Bulletin officiel sous la référence 2013/7 bis Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.

La principale modification du Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile en 2013 a pour objectif de tenir compte des deux nouveaux décrets⁴ de septembre 2012 élargissant le champ d'intervention des établissements d'HAD à l'ensemble des établissements sociaux (ES) et médico-sociaux (EMS). En outre, par souci de cohérence avec les évolutions 2012 relatives à la classification des GHPC, des ajustements de la classification des GHPC sont également nécessaires. Enfin le Guide méthodologique intègre les consignes de codage relatives à la description du polyhandicap.

II – Intervention des établissements d'HAD dans les établissements sociaux et médico sociaux

Depuis 2007, les établissements titulaires d'une autorisation d'HAD ont la possibilité d'intervenir sous conditions dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Les modalités techniques relatives au recueil et au traitement des informations en rapport avec ces interventions sont précisées dans la notice technique ATIH/CIM/19-10-2007 figurant sur le site de l'agence à l'adresse suivante : [<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00012FF>]

En 2012, le champ des établissements au sein desquels les établissements HAD peuvent intervenir ayant été élargi à l'ensemble des établissements sociaux (ES) et médico-sociaux (EMS), des compléments d'informations à la notice ATIH de 2007 sont nécessaires.

➤ Sur le recueil de l'information

A titre liminaire il est important de préciser que les modifications proposées dans cette notice ne seront opérationnelles qu'à compter du 1er mars 2013. Or, les nouveaux décrets sont applicables depuis le mois de septembre 2012. Afin d'éviter une modification de format en cours d'année, il a donc été proposé, lors du comité technique HAD du 26 septembre 2012, une solution transitoire reposant sur une extension à l'ensemble des ES et EMS de la modalité « Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) » (code 3) de la variable « Type du lieu de domicile du patient ».

Ainsi, pour les situations où un établissement d'HAD intervient auprès d'un patient hébergé dans un établissement ES ou EMS, y compris EHPA, avant le 1er mars 2013, le code 3 doit être renseigné pour décrire le lieu de domicile du patient.

³ Par les arrêtés du 8 août 2006, du 27 février 2007, du 30 novembre 2009, du 7 février 2011, et du 20 décembre 2011

⁴ Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

A compter du 1er mars 2013, seule la variable « Type du lieu de domicile du patient » est modifiée. Tout d'abord, le libellé de la modalité 3 est modifié pour devenir : « Patient hébergé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ». Cette modification vise à restreindre le lieu de domicile du patient pris en charge aux seuls EHPAD.

En outre, deux nouvelles modalités sont créées pour permettre de distinguer les patients hébergés dans les autres établissements médico-sociaux, hors EHPAD, de ceux hébergés dans les établissements sociaux.

Ainsi, à partir du 1er mars 2013, la variable « Type du lieu de domicile » du format H05/H06 du RPSS (format H15/H16 du RPSS groupé) comprendra donc 5 valeurs (dont les deux premières restent inchangées) :

Code 1 : Domicile personnel du patient

Code 2 : Autre domicile

Code 3 : Patient hébergé en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Code 4 : Patient hébergé en établissement médico-social hors EHPAD

Code 5 : Patient hébergé en établissement social

A noter également que la variable « Numéro FINESS de l'ES/EMS, s'il y a lieu » devra être renseignée. Lorsque l'ES/MS ne dispose pas de numéro FINESS, un identifiant provisoire devra alors être saisi ; cet identifiant devra être délivré par l'ARS et inscrit dans la convention signée entre l'HAD et l'ES/MS. Les modalités de création de cet identifiant seront précisées par la circulaire DGOS/DGCS d'accompagnement des décrets de septembre 2012 (en cours d'élaboration).

Pour mémoire, dans le cadre du recueil d'information, un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sous-séquence. Au 1er mars, il conviendra donc de recoder la modalité correspondant au « Type du lieu de domicile du patient » selon la nouvelle modalité (3, 4 ou 5) appropriée.

En tout état de cause, au-delà de l'impact du changement de type de lieu de domicile en 2013, le changement de la sous-séquence est par ailleurs obligatoire au 1er mars de chaque année, afin de tenir compte des nouveautés de la campagne tarifaire (évolution de classification, ou de tarifs).

➤ **Sur le traitement des données : conditions de prise en charge et valorisation des prestations d'HAD selon le type d'ES/EMS**

Le recueil du numéro FINESS géographique de l'ES/EMS renseigné dans le fichier des «conventions HAD-ES/EMS» permettra le traitement adéquat des données par PAPRICA mais aussi de suivre la montée en charge du dispositif d'intervention des établissements d'HAD en ES/EMS, le code de la catégorie d'établissement FINESS pouvant être automatiquement généré à partir du numéro FINESS géographique de l'ES/EM. Ce code⁵ sera indiqué dans le tableau actuellement réalisé par le traitement MAT2A-HAD sur la plateforme e-PMSI présentant l'activité d'HAD dans l'ensemble des ES/EMS, ainsi que le contenu du fichier des « conventions HAD-ES/EMS ».

Pour rappel, les contrôles des données effectués par PAPRICA et MAT2A conduisent (et conduiront) à ne pas valoriser :

- les RPSS portant un numéro FINESS géographique d'ES/EMS, ou à défaut un identifiant provisoire, non présent dans le fichier des «conventions HAD-ES/EMS». Le groupage des RPSS qui en résulte aboutit dans ce cas à une erreur bloquante : code retour de la fonction groupage N° 029⁶ N° FINESS ES/EMS non présent dans le fichier de convention "HAD-ES/EMS";
- les journées de prises en charge situées en dehors des dates de validité de la convention ;
- les RAPSS produits au titre d'interventions de l'HAD dans les EHPAD dont les modes de prise en charge ne sont pas conformes à la liste figurant dans l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par

⁵ La liste de ces codes concernant la catégorie d'établissement FINESS, est publiée sur le site de l'agence.

⁶ Libellés 2012.

l'arrêté du 25 avril 2007 et par l'arrêté du 24 mars 2009. Dans ce cas le groupage du RPSS aboutit à une erreur bloquante : codes-retours N° 030⁷ et N° 031.

Modes de prise en charge autorisés pour les interventions de l'HAD dans les EHPAD bénéficiant de l'autorisation prévue au 4ème alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles :

Modes de prise en charge principaux : n° 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18, 24

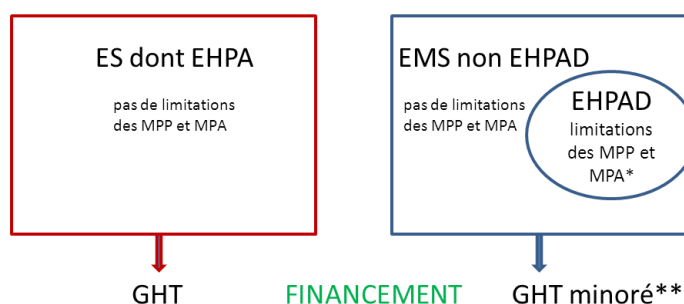
Modes de prise en charge associés : n° 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24

En revanche, les interventions de l'HAD dans les ES/EMS autres que les EHPAD qui ne bénéficient pas de l'autorisation suscitée ne subissent pas ces limitations (arrêté du 25 avril 2007, article 1). Elles suivent les mêmes règles que celles des interventions hors EHPAD. Le schéma ci-dessous résume les conditions de prise en charge fixées dans les arrêtés du 16 mars 2007, 25 avril 2007 et 24 mars 2009 qui s'appliquent toujours pour les interventions d'HAD auprès de patients vivant en ES non médicalisé ou en EMS bénéficiant de crédits de soins par Assurance Maladie et la tarification des prestations d'HAD qui en découle.

TYPE D'ETABLISSEMENTS SOCIAUX (ES) ET MEDICO-SOCIAUX (EMS)

ES : établissement **non médicalisé**

EMS : établissement **médicalisé**



* Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP.

** Arrêté tarifaire (article 4) précisant le taux de la minoration mentionnée au dernier alinéa du 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale est fixé pour 2012 à 13 % (Les forfaits correspondant aux prestations d'HAD font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L. 313-3 du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale)

III - Modification des GHPC pour prendre en compte les ajustements de la classification

Les travaux de 2012 sur la mise en conformité de la fonction groupage et du Guide méthodologique, ont permis de « symétriser » les associations MPP X MPA asymétriques en élargissant leurs intervalles d'IK (cf. point 3 de la notice technique ATIH CIM-MF 1234-4-2011 du 28 décembre 2011). Certaines associations de modes de prise en charge gardaient cependant des IK non superposables et sont corrigées en 2013 : en pratique, les associations concernées sont les suivantes :

- Associations 05 X 03 et 03 X 05 : IK 10 à 100%
- Associations 14 X 13 et 13 X 14 : IK 10 à 50%

⁷ Erreurs bloquante de la fonction groupage N° 030 : MPP non accepté pour les interventions d'HAD en EHPAD et N° 031 MPA non accepté pour les interventions d'HAD en EHPAD

- Associations 15 X 14 et 14 X 15 : IK 10 à 50%
- Associations 19 X 14 et 14 X 19 : IK 10 à 50%
- Associations 21 X 14 et 14 X 21 : IK 10 à 50%
- Associations 24 X 14 et 14 X 24 : IK 10 à 50%

Le guide, en particulier l'appendice C des combinaisons (MPP X MPA X IK) et l'appendice F (en particulier les tableaux croisés) tiennent compte des nouvelles plages d'IK des associations de modes de prise en charge décrites ci-dessus et des douze nouveaux GHPC qui en résultent.

| MPP ▼ | MPA ▼ | IK % ▼ |
|-------|-------|--------|
| 05 | 03 | 10-20 |
| 05 | 03 | 30 |
| 13 | 14 | 10-20 |
| 13 | 14 | 30 |
| 15 | 14 | 10-20 |
| 15 | 14 | 30 |
| 19 | 14 | 10-20 |
| 19 | 14 | 30 |
| 21 | 14 | 10-20 |
| 21 | 14 | 30 |
| 24 | 14 | 10-20 |
| 24 | 14 | 30 |

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

Dans le cadre de la préparation de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) sur le champ SSR, l'agence est en charge de fournir, en concertation avec les acteurs, l'ensemble des outils techniques indispensables à la mise en œuvre d'une telle réforme.

Les années 2011 et 2012 ont donc été consacrées à la préparation de ces outils. La nouvelle classification médico-économique en lieu et place de la classification actuelle reposant sur les groupes de morbidités dominantes (GMD) et l'IVA, étant en cours d'analyse au sein des établissements et des fédérations (case mix adressés par l'ATIH le 30 novembre 2012), la décision concernant sa mise en œuvre est reportée en début d'année 2013, ceci étant rendu possible par ailleurs par la décision de reporter le démarrage de la réforme du financement des SSR en 2016.

L'arrêté PMSI SSR devant notamment faire référence à la classification applicable à ce champ d'activité, il ne pourra pas faire l'objet d'une publication pour le 1^{er} janvier.

Les conséquences techniques de ce report sont décrites ci-après, ainsi que les « autres » nouveautés de la campagne 2013 sur le champ SSR.

➤ **Maintien de la classification actuelle et des règles relatives au recueil des données PMSI**

L'arrêté PMSI SSR en date du 30 juin 2011 ne sera pas modifié au 1er janvier 2013. La classification actuelle qui repose sur les groupes de morbidités dominantes (GMD) reste donc applicable. En outre, et comme annoncé aux professionnels, les modalités de recueil sont maintenues.

Ainsi, à compter du 31 décembre 2012, la transmission des données d'activité cumulées de février (M2) (qui doit avoir lieu à compter de la 1^{ère} semaine de mars 2013) se fera donc selon les mêmes modalités qu'en 2012.

➤ **Modification des règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveaux codes étendus**

Au-delà de la classification et des modalités de recueil, des modifications sont à prévoir afin de prendre en compte dans la version 2013 de la classification GMD, des modifications portant sur les codes CIM-10 (interdictions, suppressions, créations avec caractéristiques dans la classification en GMD : - exemple : création d'un code pour les états végétatifs chroniques).

Ces modifications sont décrites dans le guide méthodologique et prises en compte dans le manuel de groupage. Pour l'essentiel, ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI SSR et d'harmoniser les pratiques d'utilisation de ces codes dans l'ensemble des champs PMSI.

Elles portent sur les éléments suivants :

- **Codes de catégories à 3 caractères avec subdivisions en sous-catégories**

Conformément aux autres champs PMSI, l'utilisation d'un code à trois caractères n'est autorisée que lorsque ce code appartient à une catégorie non subdivisée, y compris en position de diagnostic associé significatif (DAS).

- **Codes de « séquelles de.. »**

Conformément aux évolutions du champ PMSI MCO, les codes de « séquelles de.. » peuvent être utilisés pour décrire l'affection étiologique (AE).

- **Certains codes deviennent autorisés pour décrire la morbidité principale.** Il s'agit :
 - o des créations de codes 2013 (codes bénéficiant d'extensions nationales ou de créations ATIH pour les besoins du PMSI) cf. annexe 5
 - o des codes des sous-catégories, dont les subdivisions sont des extensions à visée documentaire, tels que le C16.9, C18.9, C25.9, D12.6 ;
 - o des codes de la catégorie Z22 (« porteurs sains ») conformément aux autres champs PMSI.
- **A l'inverse, la liste des codes interdits en SSR a été complétée du fait :**
 - o de la création de nouvelles extensions 2013 (cf annexe 5)
 - o du caractère imprécis de certains codes, comme par exemple C79.9, C80.+0, C80.9, Z89.9.

➤ **Précisions sur des consignes relatives à la production de l'information médicale**

La nouvelle version du guide méthodologique précise une règle déjà existante relative au sujet des :

- o **Prestation inter-activité (PIA)**

Il est simplement précisé que les mutations de patients d'une durée inférieure à deux jours au sein du même établissement entre les différentes catégories d'activités du champ sanitaire (MCO/SSR et Psychiatrie) sont soumises aux mêmes règles que les transferts inter-établissements.

Cette précision est portée dans le guide méthodologique qui sera, comme chaque année, mis en ligne sur le site de l'agence en version provisoire (en attendant sa publication au journal officiel dès lors que le nouvel arrêté PMSI sera publié).

Par ailleurs, il est rappelé que le guide comporte également une règle relative au :

- o **Non cumul hospitalisation complète / hospitalisation partielle**

Cette règle indique qu'il n'est pas possible de cumuler, au cours de la même journée calendaire, une journée de présence en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle (cas d'une prise en charge en hospitalisation complète SSR directement suivie d'une prise en charge en hospitalisation partielle SSR par exemple).

A la demande des fédérations hospitalières, cette règle doit être précisée, afin que toute l'activité réalisée au cours de la dernière journée d'hospitalisation complète et de la première journée d'hospitalisation partielle soit enregistrée et tracée. Les précisions nécessaires seront portées dans une prochaine version du guide, après que le sujet ait été instruit en 2013, dans le cadre du comité technique SSR.

➤ **Modification relatives au catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptions (CSARR)**

Le CSARR est actuellement publié au BO sous la référence 2012-3 bis. Cette version est légèrement modifiée pour 2013 afin de prendre en compte certaines observations faites lors des sessions de formation réalisées dans le courant de l'automne 2012. Ainsi, comme pour les autres documents, l'annexe 3bis de l'arrêté de 2012 décrivant le CSARR est mise en ligne sur le site de l'agence avec, pour le guide de lecture, les nouveautés surlignées en jaune afin de faciliter leur repérage.

Pour information, la version 1 du CSARR comporte 2 parties : le Guide de lecture et de codage et le CSARR proprement dit.

Les principales modifications du Guide concernent :

- l'uniformisation de la rédaction des termes « action élémentaire » en référence à la note de contenu d'un acte du CSARR ;
- l'uniformisation de l'appellation « étape » pour les étapes de fabrication de l'appareillage ;
- la clarification des consignes pour le codage de l'acte global au paragraphe 2.1.2 ;
- la clarification des consignes de codage de plusieurs actes au paragraphe 2.4

- l'ajout de consignes pour le codage des actes réalisés par les professionnels libéraux, les étudiants ou les stagiaires paragraphe 2.4.3 ;
- l'ajout de deux catégories professionnelles dans la nomenclature des professionnels autorisés à coder des actes du CSARR : 76 Chiropracteur ostéopathe, 77 Socioesthéticien ;
- la modification de la liste des actes pluriprofessionnels avec la suppression de quatre actes ;
- la liste de toutes les définitions présentes dans le CSARR à la fin du Guide sous le titre « Définitions ».

Une précision a été apportée concernant l'utilisation du modulateur EZ « Réalisation fractionnée de l'acte » : quels que soit la durée de l'acte fractionné et le nombre de fractionnements opérés, l'ensemble doit s'inscrire dans le cadre d'une seule journée.

D'autres modifications sont de moindre importance, comme les modifications de libellé ou de contenu des exemples, des ajustements dans le dictionnaire des « topographies et fonctions » et le dictionnaire des « actions ».

Pour cette version 1 volontairement peu modifiée, les principales modifications du CSARR sont les suivantes :

- **Ajouts d'actes**

5 actes ont été ajoutés dans le chapitre 10 « Éducation et information » :

- deux actes d'apprentissage des autosoins pour les stomies digestives et urinaires, au sous-chapitre 10.02 ;
- 3 actes pour les évaluations pour éducation, en dehors de l'éducation thérapeutique telle que définie par la Haute Autorité de santé, au paragraphe 10.03.01.

Il découle de ces ajouts dans le chapitre 10, une modification de sa hiérarchie avec une déclinaison du sous-chapitre 10.03 en deux paragraphes.

- **Suppression d'acte**

Le geste complémentaire GLL+103 Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] est supprimé et remplacé par une note « Avec ou sans » pour les actes qui autorisaient ce geste complémentaire.

- **Modification de libellés**

La mention « pour lésion traumatique » a été supprimée des libellés des actes de rééducation des fonctions ostéoarticulaires pour lésion traumatique au paragraphe 07.02.01. Des exclusions ont été ajoutées pour chacun de ces libellés de rééducation ostéoarticulaire pour les rendre exclusifs de ceux déclinés selon l'affection ou la prise en charge.

- **Modification de note**

Pour tenir compte des remarques faites par les professionnels au cours des formations la note « Avec ou sans : physiothérapie » a été remplacée par « Avec ou sans : mise en place de dispositif générateur d'agent physique à visée thérapeutique ». Ainsi il sera possible d'associer un acte de rééducation des fonctions ostéoarticulaires avec l'acte de Séance d'application d'agent physique à visée thérapeutique.

➤ **Nouveautés concernant les outils : création du fichier des unités médicales**

Comme déjà annoncé dans l'annexe 1 portant sur le MCO, il a été décidé, dans le cadre de la refonte de la SAE (statistique annuelle des établissements), pilotée par la DREES, d'achever la convergence SAE-PMSI en pré-remplissant dans la collecte de la SAE les données d'activité issues du PMSI. L'objectif ici recherché est de permettre une alimentation automatique d'une partie du recueil SAE à partir des données remontées par l'ATIH **qui devront être ventilées par site géographique et par discipline.**

La réalisation de cet objectif suppose un typage de l'ensemble des unités médicales en cohérence avec celui de la SAE. Pour le SSR, il est donc prévu la création d'un fichier des unités médicales comportant le type d'hospitalisation (Hospitalisation complète / hospitalisation à temps partiel, y

compris séances) ainsi que le type d'autorisation de l'unité médicale correspondant aux mentions délivrées dans le cadre des décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du 17 avril 2008.

Pour mémoire, le type de l'autorisation de l'UM est enregistré sur 3 caractères selon la nomenclature suivante :

- le 1er caractère est toujours égal à « 5 » ;
- le 2e caractère correspond à l'une des 10 modalités suivantes :
 - Code 1 Affections de l'appareil locomoteur
 - Code 2 Affections du système nerveux
 - Code 3 Affections cardiovasculaires
 - Code 4 Affections respiratoires
 - Code 5 Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
 - Code 6 Affections oncohématologiques
 - Code 7 Affections des brûlés
 - Code 8 Affections liées aux conduites addictives
 - Code 9 Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance
 - Code 0 Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents
- le 3e caractère correspond à la catégorie d'âge des patients pris en charge :
 - Code A Adulte, âge supérieur ou égal 18 ans
 - Code J Juvénile, âge supérieur ou égal à 6 ans et inférieur à 18 ans
 - Code E Enfant, âge inférieur à 6ans
 - Code P Pédiatrie indifférenciée (âge <18 ans et pas de distinction entre E et J)

Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité de la psychiatrie

Les nouveautés 2013 relatives au champ de la psychiatrie ont déjà fait l'objet d'une notice technique, publiée le 7 Novembre 2012 (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F00070FF>) ainsi que d'une version provisoire du guide méthodologique de psychiatrie, publiée le 8 Novembre 2012 (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002F00071FF>), sur le site de l'agence.

Depuis ces publications, il a été fait état des difficultés rencontrées par certains établissements pour appliquer dès janvier 2013 les consignes relatives au seuil minimal de trois heures requis pour enregistrer une venue d'une demi-journée.

Pour tenir compte de ces difficultés, et à titre dérogatoire pour l'année 2013, il est retenu le principe d'une période de montée en charge progressive accordée aux établissements pour l'application de ces consignes.

Par ailleurs, une rectification est apportée aux consignes de saisie de la date de naissance publiées dans la notice technique et la version provisoire du guide méthodologique citées plus haut :

« Si le jour de la naissance est inconnu, on enregistre par défaut « 01 » soit le premier jour du mois. Si le mois n'est pas connu précisément, on enregistre par défaut le mois de janvier « 01 ». Si le jour et le mois ne sont pas connus, on enregistre par défaut la date du 31 décembre de l'année de naissance. Si l'année n'est pas connue précisément, on enregistre par défaut la décennie. Il en résulte que pour une date de naissance inconnue, on enregistre 31/12 et une décennie (par exemple 31/12/1950) »

Enfin, l'annexe 5 relative aux nouveautés PMSI «interchamps» de la présente notice, résume les nouveautés communes aux différents champs, dont la psychiatrie. Ces nouveautés communes concernent notamment des recommandations de codage portant sur les patients atteints de polyhandicap lourd, le recueil des N° Finess et les nouveautés CIM-10.

Annexe 5 Nouveautés PMSI "interchamps"

I - Recommandation de codage portant sur les patients atteints de polyhandicap lourd

Un travail sur l'identification du polyhandicap avec la CIM-10 a été mené par l'agence à la demande des Sociétés Françaises de Pédiatrie et de neuro pédiatrie et, en collaboration avec la SFOMER (société française de médecine physique et de réadaptation).

Selon ces sociétés savantes, le Polyhandicap lourd suppose plusieurs handicaps intriqués et pour le repérer, il est nécessaire qu'au moins un code de chacune des quatre listes suivantes soit enregistré dans le RSS :

- déficience mentale ou psychiatrique sévère
- troubles moteurs
- mobilité réduite
- restriction extrême de l'autonomie

Les Guides méthodologiques intégreront en 2013 les consignes de codage relatives à l'identification du polyhandicap lourd des enfants et des adultes hospitalisés.

II – Nouveautés 2013 relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2013 relatives aux nomenclatures applicables à l'ensemble des champs concernent la CCAM et la CIM-10.

II.1. Nouveautés de la CCAM

En cours d'année, de nouvelles versions de la CCAM sont publiées à l'initiative de la CNAMTS et mises à la disposition des utilisateurs, notamment par l'intermédiaire du site de l'ATIH. Pour l'année 2012, la classification a été impactée par deux évolutions de la CCAM : la v25 applicable depuis le 9 janvier et la v28 applicable depuis le 7 juillet 2012. Pour ces 2 versions, 21 actes ont été introduits et 4 actes radiés. Les nouveautés 2013 ne peuvent à ce jour être identifiées, les utilisateurs devront donc être attentifs aux évolutions de la CCAM qui donneront lieu, en cours d'année, à la mise à jour des tables de groupage.

II.2. Nouveautés de la CIM-10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2013 comprennent des modifications apportées par l'OMS mais également des créations d'extensions par l'ATIH afin de tenir compte des spécificités du modèle français.

➤ Principales modifications apportées par l'OMS

Des subdivisions sont créées avec les sous-catégories appropriées en **I70 Athérosclérose** pour indiquer la présence ou l'absence de gangrène.

La sous-catégorie *Z99.4 Dépendance envers un cœur artificiel* est créée.

Les autres modifications et ajouts de note sont sans conséquences notables et seront détaillés dans les documents publiés sur le site de l'ATIH.

➤ Extensions nationales créées et modifiées par l'ATIH

A l'exception des modifications apportées à la catégorie E66 *Obésité*, les extensions créées et décrites ci-après sont notamment destinées à améliorer la description des patients pris en charge en soins de Suite et de Réadaptation.

- Création d'extensions de certains codes de la catégorie **R40 Somnolence, stupeur et coma** afin d'identifier les états paucirelationnels et les états végétatifs chroniques.
- Création d'extensions de la sous-catégorie **R48.1 Agnosie** afin d'identifier l'hémiasomatognosie ou héminégligence.
- Créations d'extensions de la sous-catégorie **R52.1 Douleur chronique irréductible** afin de distinguer les douleurs neuropathiques des autres douleurs chroniques irréductibles.
- Créations d'extensions de la sous-catégorie **Z47.8 Autres soins de contrôle orthopédique précisés** afin de distinguer les soins de contrôle réalisés sur des appareils externes de fixation ou de traction, des autres soins de contrôle orthopédique tels que ceux réalisés sur des appareils de contention ou d'immobilisation [plâtre, orthèse]. Ces soins intègrent notamment le changement, la réfection, la vérification ou l'enlèvement de ces appareil.
- Créations d'extensions de la sous-catégorie **Z95.8 Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires** afin de distinguer les endoprothèses vasculaires périphériques des autres implants et greffes cardiaques et vasculaires. On rappelle par ailleurs que les endoprothèses coronaires [stent coronaire] sont à coder en Z95.5 *Présence d'implant et de greffe vasculaire coronaire*.
- Modification et création d'extensions de la catégorie **E66 Obésité**
Les subdivisions créées en 2006 pour toutes les sous-catégories de E66 *Obésité*, permettaient de définir l'obésité de l'adulte selon la valeur de l'indice de masse corporelle [IMC]. Afin d'identifier également l'obésité de l'enfant et le surpoids de l'adulte et de l'enfant, les modifications suivantes ont été apportées sur les sous-catégories E66.0 *Obésité due à un excès calorique*, E66.1 *Obésité médicamenteuse*, E66.8 *Autres obésités* et E66.9 *Obésité, sans précision* :
 - création d'une subdivision pour le surpoids de l'adulte et de l'enfant,
 - modification des libellés des autres subdivisions.

Les codes et libellés de l'ensemble de ces nouveautés sont précisés sur le site de l'agence dans la rubrique « informations médicale – nomenclature CIM » et sont également publiées dans l'ensemble des manuels de groupage.

III – Autres

➤ **Extension documentaire**

A compter de 2013, la zone de saisie des codes d'extension documentaire des actes devra être renseignée lorsqu'attendue et sera obligatoire en 2014 pour les actes d'anesthésie.

➤ **Renforcement des contrôles des numéros FINESS**

Comme annoncé dans l'annexe 1 portant sur le champ d'activité MCO, les contrôles portant sur le numéro FINESS géographique vont être renforcés en 2013. En effet, dans le cadre de la refonte de la SAE et afin d'assurer la convergence entre SAE et PMSI, il est nécessaire de mettre en place des nouveaux contrôles sur la saisie des identifiants géographiques et juridiques.

Tout d'abord, il convient de rappeler la règle selon laquelle la transmission des données PMSI s'effectue au niveau de :

- l'entité juridique pour les établissements publics de santé ;
- l'entité géographique pour les autres établissements (ESPIC, cliniques privées...)

Or, dans la mesure où cette règle comporte des exceptions (historiques), il est prévu pour 2013, pour faciliter son application, de remplacer le terme « FINESS juridique » par le terme « FINESS d'inscription e-PMSI » ; ce dernier étant donc soit juridique soit géographique en fonction du statut public ou privé de l'établissement. En revanche, dans tous les autres cas où il est demandé de renseigner un numéro FINESS (exemple : dans le fichier des UM en MCO ; dans le fichier des conventions en HAD...), seul le numéro FINESS géographique, et ce pour l'ensemble des établissements, devra être saisi. Ainsi, des contrôles de cohérence entre les différents numéros FINESS qui sont saisis seront mis en place à compter de la 1ère transmission et deviendront

bloquants à compter de M10 (M9 pour la psychiatrie) et ce pour l'ensemble des champs d'activité. Ces contrôles ont pour objectif de s'assurer que les FINESS géographiques saisis correspondent bien à des FINESS géographiques mais également qu'ils sont correctement associés à l'établissement juridique.

Enfin, il convient de signaler les cas particuliers de l'HAD et de la psychiatrie pour lesquelles il est demandé de saisir dans le RPSS d'une part, dans le RIM-P d'autre part, les deux numéros FINESS : le juridique et le géographique. A compter de 2013, la dénomination « FINESS juridique » sera désormais remplacée par celle de « FINESS d'inscription e-PMSI » (ce numéro sera en général identique au FINESS géographique pour le cas des établissements privés de santé, et différent pour les établissements publics).

➤ **Rappel : VID-HOSP « date de l'hospitalisation »**

Il s'agit ici de rappeler les modalités d'application de la variable « date de l'hospitalisation » saisie dans VID-HOSP ; cette variable sert notamment à l'application de la règle d'exonération du ticket modérateur à 30 jours.

Pour éviter les divergences d'interprétation, il convient de rappeler que dans le cas où un patient est transféré d'un établissement à un autre, quelle que soit l'activité des établissements successifs (MCO, SSR, psychiatrie, HAD) et quel que soit leur statut, public ou privé, la date à renseigner est celle correspondant à la date d'entrée du patient dans le 1er établissement. Seul un retour à domicile suivi d'une réhospitalisation dans un établissement entraîne une modification de date.

Sans retour au domicile



Avec retour au domicile

