

Notice technique
Campagne tarifaire et budgétaire 2013
Nouveautés « financement »

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées par l'ATIH. Pour 2013, la première a été publiée le 07 janvier (NOTICE TECHNIQUE n°CIM-MF-11-1-2013 du 7 janvier 2013) présentant les nouveautés 2013 du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

Cette seconde notice, qui s'inscrit dans la continuité de la notice précitée, vise à informer les établissements des nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation d'une part, et des modalités techniques de construction tarifaire dans le cadre notamment de l'application du principe de neutralité tarifaire d'autre part. Enfin, elle apporte des précisions complémentaires sur les modalités de recueil de l'information médicale, notamment sur le champ d'activité SSR.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation
- l'annexe 2 précise les modalités techniques de construction des tarifs nationaux (GHS)
- l'annexe 3 apporte des compléments sur les règles de codage et de recueil PMSI (complément de la notice précédente).

Les deux premières annexes portent sur le seul champ d'activité MCO ; la troisième apporte également des précisions sur le champ SSR, en particulier sur la classification médicoéconomique.

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 Holia

Annexe 1

Nouveautés relatives au financement des prestations d'hospitalisation

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

- [arrêté du 18 février 2013](#) modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 28 février 2013) ;
- [arrêté du 22 février 2013](#) fixant pour l'année 2013 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (publié au JO du 28 février 2013).

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

Les sujets traités dans cette annexe sont les suivants :

- modification d'un GHS majoré ;
- suppression des forfaits D de dialyse en centre pour les établissements ex-OQN remplacés par une facturation en GHS
- modification de la liste des actes ouvrant droit à facturation du forfait « sécurité environnement » (SE) ;
- autres modifications sur les forfaits annuels d'urgence (FAU), de prélèvement et greffe d'organes (CPO et FAG).

I - Modification d'un GHS majoré

La seule modification faite en 2013 est celle portant sur la majoration applicable à la racine de GHM « *d'interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale* » (racine 11C03). En 2012, deux actes étaient éligibles à cette majoration :

- l'acte de prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct (JAFA013)
- l'acte de prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie (JAFC003).

Désormais, seule l'intervention par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie (acte JAFC003) donnera lieu à la production d'un GHS majoré ; celle par abord direct (acte JAFA013), étant une technique très peu utilisée, ne sera valorisée que sur la base du GHS de base.

II- Suppression des forfaits D de dialyse en centre pour les établissements ex-OQN

L'article 7 (10°) de l'arrêté « prestation » prévoyait une dérogation aux modalités de facturation des forfaits de dialyse en centre, applicable aux seuls centres de dialyse ex-OQN.

Pour mémoire, cette dérogation consistait à permettre à ces établissements de facturer les prestations de dialyse en centre sur la base d'un forfait « D » en lieu et place d'un forfait GHS. Elle avait été introduite lors de la mise en place de la T2A dans l'objectif de laisser le temps à ces établissements, au vu de leurs spécificités, de monter progressivement en charge pour le recueil PMSI (obligatoire depuis 2003 pour l'ensemble des centres de dialyse). Cette dérogation a donc conduit à différencier, par secteur, le code de la prestation facturée : GHS pour le secteur public *versus* forfait D pour le secteur privé. Or, actuellement, la quasi-totalité des forfaits de dialyse en centre facturés à l'assurance maladie a donné lieu à la production d'un RSS dans le PMSI, ce qui témoigne de la bonne montée en charge du PMSI dans ces structures.

Il a donc été décidé en 2013 de mettre fin à cette dérogation, ce qui permettra d'harmoniser les vecteurs de financement et d'assurer ainsi une meilleure visibilité des modalités de facturation.

Enfin, il est important d'appeler l'attention des structures ex-OQN que les séances de dialyse en centre, y compris celles réalisées par les structures ne produisant pas de recueil d'informations du PMSI, pourront continuer à être facturées directement à l'assurance maladie, la seule modification étant le code correspondant à la séance (D09 devient GHS + 9617).

III - Clarification des règles de facturation des suppléments journaliers

Les règles de facturation des suppléments journaliers faisant l'objet d'interprétations différentes par les acteurs, leur rédaction mérite d'être clarifiée. L'article 9 de l'arrêté prestation a donc été modifié dans le souci d'une meilleure lisibilité, sachant qu'aucune modification de fond n'est intervenue. Les règles applicables en 2013 restent identiques à celles applicables en 2012.

Ainsi, il faut retenir que la règle principale est celle interdisant la facturation d'un supplément le jour de sortie de l'unité ou de l'établissement. En conséquence, en cas de transfert d'un patient d'une unité à une autre le même jour, seul le supplément de l'unité d'accueil est facturé.

Il existe deux exceptions à cette règle :

- les cas où le patient décède. Le jour de décès donne lieu à la facturation du supplément ;
- les cas où le patient est présent moins d'une journée dans une unité. La facturation d'un supplément est également autorisée. Cependant, pour les cas très exceptionnels où, au cours de cette journée, le patient est présent dans deux unités différentes, un seul supplément sera facturé (celui dont le montant est plus élevé).

IV- Modification de la règle de facturation du forfait journalier hospitalier (FJ) le jour de transfert

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre établissement de santé ou en cas de mutation, les deux établissements ont actuellement la possibilité de facturer le forfait journalier au patient pour la même journée : celle du jour de sortie par l'établissement d'origine et celle du jour d'entrée par l'établissement d'accueil.

Ce cumul de facturation du forfait journalier n'étant pas favorable au patient et surtout distinct avec les règles applicables aux autres disciplines d'activité (SSR ou psychiatrie), il a été décidé de modifier cette règle. Désormais, en cas de transfert, le forfait journalier du jour de transfert ne pourra plus être facturé par l'établissement d'origine.

V- Maintenance des listes d'actes ouvrant droit à facturation des forfaits « sécurité environnement »

Comme en 2012, le groupe de travail DGOS/ATIH/CNAMTS, en charge de la maintenance des listes d'actes éligibles au SE, a proposé des évolutions pour 2013.

Ces évolutions portent sur l'annexe 11 de l'arrêté prestation et sont de deux ordres :

- o Suppression de 2 actes de la liste SE2 :

Les actes « BAFA005 Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière » et « BAFA006 Exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière » sont supprimés de la liste 2 de l'annexe 11.

Cette suppression est une correction par rapport aux actes transférés en 2012 de la liste du forfait petits matériels (FFM) vers les forfaits SE alors même qu'ils étaient déjà inscrits sur la liste du « forfait de sécurité dermatologique » (FSD). Il est donc apparu nécessaire de corriger ce point.

- **Activité d'AMP : inscription de l'acte de transfert embryonnaire JSED001 sur la liste SE2 et facturation des actes de laboratoire**

Suite à un travail mené en concertation avec l'Agence de la biomédecine et les professionnels de l'AMP, une nouvelle consigne de facturation est introduite cette année et vient compléter celles décrites dans l'annexe 2 de la notice n° CIM-MF – 2012 du 12 mars 2012

L'acte JSED001 Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale nécessitant d'être réalisé dans un environnement hospitalier (article R2142-23 du Code de la santé publique), il a été décidé de l'inscrire sur la liste 2 de l'annexe 11 ouvrant droit au forfait SE. Ainsi, la réalisation de cet acte donnera lieu au versement d'un forfait SE2 en sus du paiement de l'acte sur la base de son tarif CCAM.

Cette modalité de facturation du transfert embryonnaire simplifie celle applicable à l'acte biologique de FIV (sans micromanipulation - B1550 ou avec ICSI - B2600), qui pourra désormais être facturé au titre de l'activité externe indépendamment de l'obtention ou non d'un transfert embryonnaire.

Ainsi, et de manière inchangée par rapport à la notice ATIH 2012 citée, cet acte biologique sera facturé indépendamment des deux GHS de prélèvement d'ovocytes en ambulatoire (GHS 4989 lorsque la ponction est effectuée en vue d'un don d'ovocytes (Z42.80), GHS 4982 dans les autres cas). En revanche, pour les cas exceptionnels où la réalisation de l'acte JSEC001 « *Transfert intratubaire d'embryon par coelioscopie* » nécessite une hospitalisation du patient, la prise en charge de ce dernier sera classée dans la racine 13C07, l'acte de biologie sera alors, et ce pour l'ensemble des établissements, y compris les établissements ex-DG, exclu du tarif des GHM de cette racine et donc facturé au titre de l'activité externe.

VI - Activité de prélèvement et de greffe d'organes : modifications afférentes aux forfaits annuels de financement

Des modifications du forfait annuel des coordinations hospitalières de prélèvement (CPO) et du forfait annuel greffe (FAG) ont été proposées par l'Agence de la biomédecine (Abm). Elles ont pour objectif principal d'améliorer le financement des missions de suivi et d'évaluation des activités et des résultats de la greffe d'organes et de cellules souches hématopoïétiques (CSH), comme le prévoit la loi de bioéthique. Elles permettent in fine de rétablir la finalité respective des différents forfaits dédiés au prélèvement et à la greffe

- **Forfait CPO**

Jusqu'à présent, le forfait CPO se compose de 5 forfaits de base (A', A2, A, B, C) attribués aux établissements autorisés au prélèvement multi-organes, d'1 forfait de base (D) attribué aux établissements autorisés au seul prélèvement de tissus, et de 2 forfaits dits suppléments tissus attribués à tous les établissements, et calculés en fonction du nombre de donneurs prélevés de cornées et d'autres tissus.

Les missions de suivi et d'évaluation sont financées via le CPO (forfait A'), pour lesquels deux postes de techniciens d'études clinique (TEC) étaient prévus pour la coordination hospitalière.

Or, dans la mesure où les missions d'étude clinique relèvent intégralement des équipes de greffe et non des coordinations hospitalières de prélèvement ; les règles de financement ne permettaient donc pas une gestion satisfaisante des ressources.

L'enveloppe du forfait CPO a donc été diminuée du montant correspondant au total des moyens à dédier aux missions d'études cliniques, et le forfait annuel greffe (FAG) a été revalorisé à due concurrence.

Les nouvelles modalités de financement de 2013 intègrent donc le transfert des moyens pour les missions de suivi et d'évaluation et également l'annulation de la spécificité du forfait A2 portant sur la présence d'équipes locales de prélèvement d'organes.

Ainsi, les spécificités du forfait A2 et du forfait A' (incluant les moyens pour le recueil) n'étant plus justifiées, les trois forfaits de base A', A2 et A sont remplacés par un dispositif **simplifié et plus incitatif** composé de 2 forfaits de base (E1 et E2) définis en fonction du nombre de donneurs recensés. Ces deux forfaits E1 et E2 ciblent les établissements autorisés au prélèvement d'organes et de tissus qui ont recensé entre 20 et 39 donneurs multi-organe (E1) ou 40 donneurs et plus (E2).

Les 3 autres forfaits de base B, C et D sont inchangés :

- les forfaits B et C versés aux établissements recensant moins de 20 donneurs ;
- le forfait D versé aux établissements autorisés au seul prélèvement de tissus.

Les forfaits de suppléments tissus sont également inchangés et continuent de s'additionner aux précédents, et entre eux, selon les tissus prélevés.

o **Forfait FAG**

Le FAG finance les activités transversales à la greffe d'organes et de CSH telles que les astreintes, la coordination de la greffe, le transport des greffons, la prise en charge des donneurs vivants...

A compter de 2013, le périmètre des missions incluses dans le FAG est donc élargi aux missions d'études cliniques (recueil, saisie, traitement des données).

Ces missions s'inscrivent dans la continuité des activités péri-greffe et ne justifient pas la création d'une composante supplémentaire au FAG. Ainsi, le montant de la composante du FAG ciblant les greffes d'organes par paliers de 10 a été augmenté et celle ciblant les greffes de CSH a été également augmentée. Le forfait FAG ainsi modifié permet de flécher les moyens nécessaires sur les services concernés et d'ajuster l'enveloppe de dépenses en fonction de l'activité de greffe réalisée l'année n-1.

Les nouveaux montants afférents à ces forfaits sont fixés aux annexes X (secteur public) et XI (secteur privé) de l'arrêté tarifaire.

Sur ces deux derniers points, des informations complémentaires plus détaillées, notamment portant sur les montants transférés, seront communiquées par la DGOS et l'ABM.

Annexe 2

Modalités techniques de construction tarifaire

Compte tenu d'une demande croissante des acteurs d'apporter davantage de transparence dans la construction des tarifs de campagne, cette annexe vise à expliquer les modalités de la construction tarifaire qui s'articulent autour de deux grandes phases :

- l'une portant sur les modifications relatives au périmètre des tarifs ;
- l'autre portant sur la modulation tarifaire

I- 1ère phase de la construction tarifaire : le changement de périmètre du tarif

Cette 1^{ère} phase tient compte des mesures de campagne ayant un impact sur le contenu des GHM induisant donc des modifications des tarifs associés.

Pour 2013, trois types de mesure impactent le périmètre des tarifs ; elles sont classées dans les trois catégories suivantes :

a. Modification de la classification : mise en place de la V11e

Comme précisé dans la notice du 7 janvier, les principales nouveautés de la V11e sont :

- la maintenance de la liste des CMA
- l'amélioration de l'homogénéité des GHM portant sur :
 - o la Chirurgie ambulatoire conduisant à la création de 18 racines supplémentaires ainsi qu'à un reclassement des actes pour 19 racines ;
 - o une racine de GMH d'interventionnel : la racine 05K13 a été scindée en 6 racines ;
 - o Chirurgie esthétique : création d'un niveau de sévérité pour la racine 09Z02Z.

Ces évolutions de classification n'ont pas fait l'objet de modification tarifaire, à l'exception des nouveaux GHM :

- o Pour la chirurgie ambulatoire, le tarif a été fixé en fonction du financement moyen issu de la classification en V11d des séjours composants ces nouveaux GHM ;
- o Pour les nouvelles racines issues du 05K13, le tarif a été fixé en préservant la masse issue de la classification V11d et en fonction de l'échelle des coûts¹.

Pour illustration, par rapport à l'échelle des coûts, il a été observé que le niveau 1 de la racine 05K22 (*Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du cœur*) était 1,75 fois supérieur au niveau 1 de la racine 05K26 (*Actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire*) sur le secteur ex DG. Par conséquent, le tarif du GHM 05K221 est 1.75 fois supérieur à celui du GHM 05K261, soit respectivement fixé à 3 084 € et 1 765€.

b. Réintégration des MO-DMI inscrits sur la liste en sus

Comme chaque année, des médicaments et des DMI ont été radiés de la liste en sus et, pour la plupart, réintégrés dans les tarifs de GHM. Les molécules onéreuses et les DMI réintégrés au 1^{er} mars 2013 dans les tarifs sont le Revlimid®, l'Hycamtin® (topotecan) sous forme injectable et les patchs vasculaires. Pour ces derniers, la réintégration a été ciblée sur les racines suivantes : 01C06 ; 05C03 ; 05C06 ; 05C11 ; 05C10 ; 05C07 ; 05C05 ; 05C02 alors que pour les molécules, l'ensemble des racines a été impacté.

A titre d'exemple, le tarif du niveau 4 de la racine 08M14 (Affections du tissu conjonctif) a augmenté de 1,7% sur le secteur ex DG lors de cette étape de construction, sachant par ailleurs que ce GHM n'a pas été impacté par d'autres mesures. Un autre exemple est celui des séances de chimiothérapie pour tumeur. Toutes choses égales par ailleurs, la conséquence de cette étape a entraîné une hausse du tarif de 0,53% sur le secteur ex DG indépendamment des effets liés aux étapes décrites ultérieurement.

¹ Coûts au champ tarifaire

Par ailleurs, trois autres molécules, à savoir l'Hycamtin® (topotecan) sous forme orale, le Zavesca® et le Zavedos® sous forme orale ont été radiées. Cette radiation n'a cependant eu aucun effet sur les tarifs dans la mesure où elles ne concernent que très peu de séjours hospitaliers (usage majoritairement en ville).

Enfin, compte tenu de la réintégration sur la liste en sus des valves aortiques percutanées (depuis août 2012), les tarifs de la nouvelle racine 05K21 n'intègrent pas ce DM.

c. Travaux de maintenance du modèle : mise à jour des bornes

Les travaux de maintenance ont pour objectif de prendre en compte les évolutions de la prise en charge dans les modalités de financement. Dans ce cadre s'inscrit l'évolution des durées de séjours qui impactent la valeur des bornes.

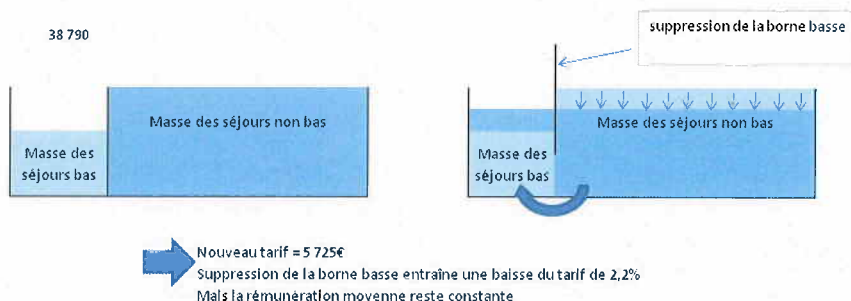
En effet, cette dernière étant déterminée selon un algorithme statistique reposant sur la DMS, une évolution significative de cette dernière entraîne de facto une modification des bornes. La dernière mise à jour date de la campagne 2009 et repose sur des données d'activités de 2007/2008 (sauf pour l'obstétrique et la néonatalogie où elles ont été revues en 2012 lors de la révision de la CMD 14 et 15).

Pour la campagne 2013, une étude a été réalisée pour analyser, par GHM, l'évolution des durées de séjours. Sur la base de cette analyse, une mise à jour des bornes a été faite sur 14% des GHM pour le secteur ex-DG et 6% pour le secteur ex-OQN dès lors qu'une évolution significative de la DMS a été observée. Aussi, une baisse de la durée de séjour ayant globalement été observée, une suppression ou une baisse des bornes basses a été effectuée dans plus de 80% de ces mises à jour.

Il convient de noter que tout changement des bornes sur un GHM entraîne une évolution de la valeur faciale du tarif. En revanche, ces modifications s'opèrent sur le principe de conservation de la masse financière globale du GHM impacté. La rémunération moyenne des séjours appartenant au GHM reste donc inchangée, même si les modalités de financement évoluent. De plus, la révision d'une borne sur le niveau 1 implique également une modification en cascade du financement des niveaux supérieurs. Ainsi, si cette opération est neutre sur le financement moyen des séjours d'un GHM, pour autant elle entraîne des évolutions tarifaires.

Exemple d'un GHM avec une borne basse à 2 jours (sans borne haute)

borne basse = 2	
tarif du GHM	5 853
tarif forfait EXB	1 543
nombre de séjours hors séjours bas	
séjours bas	100
nombre de séjours bas	9
Masse globale du GHM	624 090
dont masse des séjours bas	38 790



II- 2ème phase de la construction tarifaire : la modulation tarifaire

Pour l'année 2013, la modulation tarifaire a consisté à :

- renforcer la politique incitative au développement de la chirurgie ambulatoire (CA) ;
- poursuivre l'application du principe de neutralité tarifaire

a. Renforcement de la politique incitative à la CA

La campagne 2013 s'inscrit dans la volonté de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, notamment par la fixation de tarifs uniques entre l'hospitalisation complète de niveau 1 et les séjours d'ambulatoire (niveau J).

La réalisation de cet objectif a été favorisée par la mise en place de la nouvelle classification V11e (cf. infra) qui a permis d'améliorer l'homogénéité entre le niveau 1 et le niveau J. Ainsi, sur la base d'un algorithme statistique consistant à identifier, en V11e, les racines pour lesquelles les populations du niveau J et celle du niveau 1 présentent une proportion significative d'activités similaires, des nouvelles racines ont été sélectionnées pour la mise en place du tarif unique. A contrario, cet algorithme a permis également d'identifier des racines présentant des activités différentes entre les populations du niveau J et du niveau 1 et donc pour lesquelles le tarif unique n'était pas (ou plus) pertinent. L'ensemble des propositions de tarif unique issues de cet algorithme a été soumis, pour avis et validation, aux sociétés savantes.

In fine, la décision de mise en place (ou la suppression) du tarif unique a conduit à modifier les tarifs des GHM d'hospitalisation complète du niveau 1 et de l'ambulatoire. En effet, ces nouveaux tarifs uniques ont été fixés par rapport au tarif moyen du couple (1, J) pondéré par l'activité de chaque population.

Par exemple, le niveau 1 et le niveau J de la racine 03C17 (Interventions sur la bouche) ont été mis en tarif unique en 2013. Sur le secteur ex DG, les tarifs de 2012 étaient respectivement de 1 470€ sur le niveau 1 et de 1 102€ sur le niveau J. Le tarif de 2013 est désormais unique et d'une valeur de 1 268€.

b. Application du principe de neutralité tarifaire

L'année 2012 a été marquée par des interrogations fortes des acteurs du système de soins sur le modèle de financement des établissements de santé. Dans ce cadre et dans la continuité des préconisations établies dans les rapports de l'IGAS, de l'IGF et de la MECSS, la campagne 2013 prend en compte l'application du principe de neutralité tarifaire.

Ce principe de neutralité repose sur une hiérarchie des tarifs qui, selon l'IGAS, « doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités. »

Ceci suppose, non pas que les tarifs soient égaux aux coûts moyens constatés (la masse financière dédiée aux tarifs étant dépendante du respect de l'ONDAM) mais qu'ils soient fixés selon la même échelle que celle des coûts et donc ne pas favoriser une activité au détriment d'une autre.

Dans ce cadre, l'ATIH a développé une méthode consistant à calculer des tarifs « issus des coûts » (TIC), tarifs dont la hiérarchie est identique à celles des coûts issus de plusieurs années de recueil pour en assurer une plus grande fiabilité.

Ces tarifs issus des coûts, utilisés pour la modulation tarifaire lors de la campagne 2012, ont fait l'objet d'une publication sur le site Internet de l'agence (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D00014FF>). Une note méthodologique explicite les étapes de construction du TIC. Prochainement, l'agence procédera à la publication de la mise à jour de cette étude ayant servi à la modulation tarifaire de la campagne 2013.

La seconde phase de la construction tarifaire a donc consisté à faire évoluer les tarifs pour les rapprocher des TIC.

Sur la base de ce principe, deux types d'activités ont été ciblées, pour la campagne 2013 :

➤ **Les activités dites « extrêmes »**

Sont ici ciblés les GHM dont les tarifs apparaissent en situation de sous financement « extrêmes » par rapport au TIC. Afin de financer cette mesure, une baisse des tarifs est opérée sur les GHM en situation de sur financement « extrêmes ». Les activités dites « spécifiques » sont également mises à contribution dans ce cadre. Toutefois leur niveau de contribution est modulé.

Entrent dans le champ des activités dites extrêmes, les activités suivantes :

- les activités sous financées à plus de - 20%
- les activités sur financées à plus de + 25%
- les activités « spécifiques » sur financées à plus de + 30% (AVC, soins palliatifs, activités lourdes et cancer...)

➤ **La chirurgie ambulatoire**

Le principe de neutralité tarifaire a été appliqué pour les tarifs des GHM de chirurgie ambulatoire présentant une situation de sous financement d'au moins 5%. Ces derniers ont été augmentés pour se rapprocher vers le tarif issu des coûts.

➤ **La dialyse en centre**

Enfin, le rapprochement vers le TIC a également concerné la dialyse :

- Hémodialyse pour adultes (les deux secteurs)
- Hémodialyse pour enfants (secteur ex-DG uniquement).

Plus globalement, sur cette partie de construction des tarifs, des informations complémentaires seront apportées par la **circulaire budgétaire et tarifaire de la DGOS** qui sera publiée très prochainement.

Annexe 3

Complément sur les règles de codage et de recueil de l'activité

Cette annexe a pour objet d'apporter des informations complémentaires à la notice du 07 janvier sur les points suivants :

- Mise en place d'un recueil en cours d'année pour le suivi de certaines MIG
- Compléments sur les règles de codage de certains diagnostics en MCO
- Impact de la mise en œuvre d'une nouvelle classification en SSR

I- Recueil MIG

Dans l'objectif d'assurer une meilleure visibilité entre l'activité produite et les financements alloués via la dotation MIG, il est mis en place, à **titre expérimental**, pour l'année 2013, un nouveau recueil d'activité portant sur les consultations longues et/ou pluridisciplinaires ainsi que sur les interventions des équipes mobiles.

Ce nouveau recueil débutera dans le courant de l'année ce qui laissera le temps d'en définir précisément les modalités de mise en œuvre.

La liste des MIG nécessitant ce suivi particulier est la suivante :

- Centres mémoire de ressources et de recherche
- Centres de références pour la prise en charge des maladies rares
- Centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
- Consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP / CDAG
- Consultations mémoire
- Les consultations hospitalières d'addictologie
- Les consultations hospitalières de génétique
- Les centres experts de la maladie de parkinson

II- Guide méthodologique MCO : complément sur les règles de codage

Des précisions ou des compléments sont apportés aux consignes concernant :

- l'interruption volontaire de la grossesse suivie de complications ;
- l'enfant né sans vie : en cas d'autopsie, en l'absence de RUM pour l'enfant, l'acte peut désormais être saisi dans le RUM de la mère ;
- la redondance de certains codes du chapitre XXI de la CIM-10 avec ceux de certains actes lorsqu'ils sont enregistrés dans le même RUM ;
- le mode d'emploi du code Z74.2 *Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins* ;
- l'insuffisance rénale aigüe.

Dans le cadre du *plan national d'actions accidents vasculaires cérébraux*, les règles de codage de ces accidents sont rappelées et explicitées.

Des consignes de codage ou des explications sont données à propos :

- des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue ;
- des hémangiomes et lymphangiomes ;
- des carences vitaminiques ;

- des grands brûlés : le codage des causes des brûlures avec le chapitre XX de la CIM-10 sera l'objet d'un test de DATIM ; un tel test est appelé à s'étendre progressivement à tous les cas d'emploi d'un code du chapitre XIX de la CIM-10 ;
- de l'œdème pulmonaire ;
- du diabète de type 2 traité par insuline ;
- du polyhandicap lourd.

III- Impact de la mise en place d'une nouvelle classification SSR

Il a été décidé, en concertation avec les fédérations représentatives des établissements, de remplacer la classification actuelle basée sur les GMD par la nouvelle classification reposant sur des groupes médico économique (GME). L'année 2013 sera ainsi une année de transition permettant aux établissements, mais également aux ARS, de visualiser les données d'activité SSR telles qu'issues d'un groupage en GME.

La mise en œuvre de cette nouvelle classification, et ce dès 2013, impose une révision de l'arrêté PMSI en cours d'année d'une part et une modification de la fonction groupage d'autre part. Aussi, un rappel sur les modalités de transmission des données SSR pour cette année apparaît nécessaire.

➤ Modification de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR, en date du 30 juin 2011, nécessite d'être à nouveau modifié.

Les deux principales modifications de **l'arrêté PMSI** sont :

- la mise en place d'une nouvelle classification médico économique
- la suppression du CdARR à partir du 1er juillet 2013.
- l'obligation consécutive de coder les actes selon le nouveau catalogue des actes, le CSARR, à compter de cette date.

Trois des quatre annexes qui lui sont liées doivent également être modifiées :

- Manuel de groupage PMSI soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2012-1 bis ;
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et réadaptation – annexe II – BO n° 2012-2 bis ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation publiée au Bulletin Officiel sous la référence BO n° 2013-3 bis

Ainsi, seule l'annexe portant sur le catalogue des actes de rééducation et de réadaptation (CdARR) reste inchangée et ne fera donc pas l'objet d'une nouvelle publication au BO en 2013.

Comme pour les autres champs et comme indiqué dans la précédente notice, une première version de ces documents, à l'exception du manuel de groupage, a déjà été publiée sur le site de l'ATIH afin de permettre aux établissements de prendre les dispositions nécessaires à leur mise en œuvre avant leur publication au Bulletin Officiel. La nouvelle version du manuel de groupage sera, quant à elle, mise en ligne très prochainement sur le site de l'agence.

○ Guide méthodologique et CSARR

Les modifications apportées au Guide méthodologique de production des RHS ainsi que celles apportées au CSARR ont déjà fait l'objet d'une information dans le cadre de la notice de janvier, à l'exception des points suivants:

- Précisions sur l'emploi de certains codes Z en Manifestation morbide principale
- Identification du polyhandicap « lourd »
- Consignes de codage (accidents vasculaires cérébraux, œdème pulmonaire, état grabataire, résistance aux antibiotiques,...)

Ces points ont été ajoutés principalement par souci d'harmonisation avec les autres champs d'activités, en particulier le MCO.

o Manuel de groupage

Enfin, le manuel de groupage est entièrement revu. Il se compose désormais de trois volumes :

Volume 1 – Présentation et annexes générales

Cette partie présente les principes de la classification en GME ainsi que ceux de la fonction groupage

Volume 2 – Présentation détaillée par CM et GME

Sont ici consignées les listes d'entrée dans les Catégories Majeures et les GME

Volume 3 – Arbre de décision

Ce dernier volume contient l'arbre de décision, présenté sous forme de tableaux.

➤ Nouvelle fonction groupage

La fonction groupage est nouvelle ; il s'agit de la FG V1.1.

Les formats ne sont pas modifiés. Néanmoins, il est prévu sur le site de l'agence une rediffusion, pour information, du format du RHS groupé afin de préciser les zones où seront inscrites les informations du groupage en GME (« zone de groupage GME »).

La nouvelle version de la fonction groupage sera mise à disposition par l'agence au plus tard fin avril. Les établissements disposeront alors d'un délai de six mois pour la déployer. Pendant toute la période de déploiement, la « zone de groupage GME » pourra ne pas être renseignée.

Les outils de télétransmission (GENRHA et AGRAF-SSR) réaliseront le groupage en GME à partir des transmissions de M4, sur l'ensemble de la période. Ainsi, les données préalablement transmises en version GMD n'ont pas besoin d'être recodées ; elles seront automatiquement groupées avec la classification GME lors des envois postérieurs.

➤ Calendrier et modalités de transmission des données SSR en 2013

Compte tenu de cette modification de la FG en cours d'année, les modalités techniques de transmission des données PMSI du champ SSR correspondant à l'activité de l'année 2013 sont précisées dans le tableau ci-dessous. La transmission se fait au moyen de la plateforme de services e-PMSI selon un rythme bimestriel :

Mois	Semaines	Date limite de validation des données par les établissements	Groupage établissement (RHS groupé)	Groupage GENRHA/AGRAF-SSR
M2	1 à 9	30 avril 2013	GMD	GMD
M4	1 à 17	30 juin 2013	GMD	GME
M6	1 à 26	31 août 2013	GMD/GME	GME
M8	1 à 35	31 octobre 2013	GMD/GME	GME
M10	1 à 42	31 décembre 2013	GME	GME
M12	1 à 52	28 février 2014	GME	GME

Pour rappel, la validation des traitements effectués sur la plateforme e-PMSI par les établissements de santé, est exigible avec un délai de 2 mois, la validation par les services de tutelle des établissements de santé l'est avec un délai supplémentaire de 1 mois.

Enfin, les modalités de recueil n'ont pas été modifiées ; ce dernier se faisant par semaine calendaire.

En tout état de cause, l'année 2013 a été annoncée comme une année de montée en charge du codage de l'activité selon la nouvelle classification. L'agence sera donc à votre disposition pour toute question d'ordre technique sur sa mise en œuvre.