



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-Direction des affaires financières
Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins (F1)

Paris, le 4 septembre 2006

Personne chargée du dossier :
Dr Joëlle DUBOIS
Tél. 01.40.56.58.44
Mél. joelle.dubois@sante.gouv.fr

**Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins**

à

**Mesdames et messieurs les directeurs
Agences régionales de l'hospitalisation
Pour information et transmission
aux établissements de santé
(directeurs d'établissement et médecins de
DIM)**

Objet : *Nouvelles mesures tarifaires relatives aux prestations MCO des établissements de santé :
conséquences en termes de production de l'information médicalisée*

PJ : 1

Plusieurs arrêtés (en date du 25 août 2006), viennent d'être publiés au Journal Officiel. Ces arrêtés sont tous en lien avec des mesures tarifaires relatives aux prestations MCO des établissements de santé concernés par la tarification à l'activité, et prennent effet au 1^{er} septembre 2006.

Ils résultent des mesures annoncées par le Ministre lors de la conférence tarifaire du 20 juillet 2006, et s'accompagnent de la publication de deux circulaires :

- l'une, circulaire "tarifaire", est destinée à expliciter les modifications relatives à la classification et à la prise en charge des prestations ainsi qu'aux tarifs de prestations ayant fait l'objet d'une revalorisation,
- l'autre, "circulaire "frontière" , est destinée à préciser les conditions de facturation des séjours hospitaliers de moins d'une journée.

Compte tenu du nombre important de textes nouvellement publiés, il est possible que certaines consignes ne soient pas identifiées par les établissements en temps suffisamment utile pour une application immédiate. Or, la mise en œuvre de ces consignes peut conditionner l'effet tarifaire. Ainsi, s'agissant des nouveaux GHS relatifs à des prestations hospitalières pour des patients "ambulants", le recueil d'information médicalisé doit être adapté.

A ce titre, le présent courrier comporte une annexe qui reprend et complète le point de la circulaire tarifaire relatif à ces nouveaux GHS. Je vous remercie de bien vouloir transmettre cette annexe aux établissements de santé, afin d'appeler leur attention sur ces différentes consignes.

Signature : *Patrick Olivier – sous direction des affaires financières DHOS*

ANNEXE TECHNIQUE

GHS facturés pour des soins externes

La présente annexe reprend et complète la circulaire "tarifaire" accompagnant la publication des 4 arrêtés du 25 août 2006¹ relatifs aux mesures tarifaires nouvelles, prenant effet au 1^{er} septembre 2006, et annoncées par le Ministre lors de la conférence tarifaire du 20 juillet 2006.

I. Extrait de la circulaire tarifaire

Ce premier point reprend intégralement le texte de la circulaire:

"L'arrêté du 5 mars 2006 susvisé relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO a introduit de nouvelles dispositions relatives notamment aux conditions de facturation d'un GHS de moins d'une journée (cf. 10° de l'article 5). Pour mémoire, ces conditions cumulatives sont au nombre de trois : une admission dans une structure hospitalière, un environnement respectant les conditions relatives à l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et l'utilisation d'un lit ou d'une place.

En application de cet arrêté, la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 susvisée apporte les précisions nécessaires aux établissements ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie pour leur permettre de juger du bien fondé de la facturation, dans le cadre notamment des contrôles portant sur l'activité réalisée en MCO.

Après concertation avec les fédérations représentatives d'établissements, il a été décidé de modifier les dispositions introduites en mars dernier afin d'autoriser la facturation de certains GHS dans des conditions dérogatoires à celles prévues au 10° de l'article 5.

Dans ce cadre, l'arrêté du 5 mars vient d'être modifié par l'arrêté du 25 août 2006. Ce nouvel arrêté précise, en outre, que les GHS 9600 et 9601 nouvellement créés, peuvent être facturés par un établissement de santé, à condition que l'acte permettant la production d'un GHM soit réalisé dans un secteur opératoire. Il s'agit ici de conditions dérogatoires, dans la mesure où les actes visés présentent des caractéristiques d'actes externes, réalisés sur des patients "ambulants", ne requérant pas d'hospitalisation, mais l'utilisation d'un plateau technique hospitalier.

La mesure ici créée pour un nombre limité d'actes vise à permettre un dédommagement de l'établissement qui met à disposition ce plateau technique particulier, non rémunéré par les tarifs CCAM.

Ainsi :

- Le GHS 9600 correspondant aux GHM d'endoscopie de la catégorie majeure 24 (soit les GHM 24K25Z ; 24K27Z ; 24K29Z ; 24K31Z ; 24K33Z ; 24K34Z ; 24K35Z)² a pour objet

¹ Arrêtés du 25 août, modifiant :

- l'arrêté du 16 février 2006 relatif à la radiation de produits et prestations de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale ;
- l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;
- l'arrêté du 5 mars 2006 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 L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- les arrêtés du 5 mars 2006 fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

de rémunérer les établissements de santé dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie a été réalisé dans un environnement hospitalier avec utilisation de son plateau technique.

- Le GHS 9601 correspondant aux GHM de dermatologie de la CM 24 (soit les GHM 24C37Z ; 24C48Z ; 24M17Z ; 24M18Z ; 24M33Z) a pour objet de financer la réalisation dans le secteur opératoire d'un établissement de santé d'un acte de dermatologie, pour lequel le recours à ce type d'environnement s'avère nécessaire.

En d'autres termes, dès lors que les conditions du 10° de l'article 5 ne sont pas réalisées, un établissement ne peut pas prétendre à facturation des GHS 8036, 8047, 8279, 8280 et 8295, associés aux GHM de dermatologie de la CM24 (voir annexe I de l'arrêté).

En revanche, les nouvelles dispositions de l'arrêté autorisent désormais la facturation du GHS 9601, dans les cas limités où les actes réalisés, bien que relevant d'une prestation de type "soins externes", ont nécessité le recours à un secteur opératoire et de ce fait le recours à un plateau technique hospitalier.

Le "secteur opératoire" permet de garantir la qualité des conditions de réalisation des actes techniques médicaux et chirurgicaux qui y sont pratiqués. Il doit être conforme aux caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques définies par l'arrêté du 7 janvier 1993.

Ce recours à un secteur opératoire doit être un recours reconnu par les professionnels de santé comme étant la pratique habituelle, et non le fait de pratiques individuelles ou répondant à une organisation hospitalière particulière.

Ainsi, dans les deux cas cités, les prises en charge décrites donneront lieu, de manière dérogatoire, à production d'un résumé de sortie, groupé dans l'un des GHM listés aux points précédents.

A l'inverse, si l'acte réalisé (d'endoscopie ou de dermatologie) ne nécessite pas l'utilisation du secteur opératoire, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à facturation selon le tarif de l'acte prévu à la CCAM.

Sur le plan du recueil de l'information médicalisée, les conditions de facturation du GHS 9600 ou 9601 sont les suivantes :

- Bien que relevant de l'activité de soins externes, les établissements doivent produire un résumé de sortie PMSI, conforme au format de RUM en vigueur (RUM 11 depuis mars 2006),
- Les items "dates d'entrée et de sortie" doivent être identiques (date d'entrée = date de sortie)
- L'item "type de lit dédié" doit être renseigné. A ce titre, un nouveau type de lit dédié est créé : il s'agit du type "plateau technique du secteur opératoire", portant le code "55"
- Les informations médicales du RUM doivent également être renseignées. Il conviendra notamment de renseigner correctement le diagnostic principal et les actes réalisés. Cette condition est rendue nécessaire pour un groupage correct dans les GHM chirurgicaux autorisant la facturation du GHS 9600 ou 9601. Bien que non nécessaires au groupage dans l'un des GHM médicaux de dermatologie (24M17Z ; 24M18Z et 24M33Z), les établissements porteront néanmoins une attention particulière au codage des actes dits "non classants". A défaut, s'agissant de justifier la facturation d'un acte externe par le biais d'un GHS, l'absence de codage de l'acte pourra être reprochée à l'établissement responsable, à l'occasion des contrôles menés en application de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale."

Le texte de la circulaire tarifaire est ici complété :

- *d'une synthèse des conditions de facturation des prises en charge hospitalières de moins d'une journée*

² Il convient de remarquer qu'il s'agit d'une nouvelle modalité du modèle T2A, pour laquelle un même GHS (un même tarif) est attribué à plusieurs GHM.

- *de précisions relatives aux nécessaires mises à jour de la fonction groupage que les établissements doivent intégrer pour pouvoir effectivement bénéficier des mesures tarifaires nouvelles.*

II. Synthèse des conditions de facturation des prises en charge hospitalières de moins d'une journée

Lorsqu'un patient est pris en charge moins d'une journée dans un établissement de santé, trois situations peuvent se présenter :

- Le malade fait l'objet d'une admission en hôpital de jour ou en unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire répondant aux critères de l'arrêté "prestations" du 5 mars 2006 : il y a alors réalisation d'un RSS et facturation d'un GHS correspondant à un GHM de la CM 24.
- Le malade ne bénéficie que de la réalisation d'un acte d'endoscopie sans anesthésie ou d'un acte de chirurgie dermatologique répondant aux critères de l'arrêté du 25 août 2006 : il y a réalisation d'un RSS et facturation du GHS 9600 ou 9601.
- Le malade ne bénéficie d'aucune des deux situations précédentes : il n'est pas réalisé de RSS, et seuls sont facturés les actes CCAM, dans le respect des règles propres à cette nomenclature.

III. Mise à jour de la fonction groupage

Pour que l'information médicalisée produite par un établissement conduise à la facturation de l'un des GHS nouvellement créés, une mise à jour des tables de la fonction groupage est nécessaire, ainsi que l'introduction dans le système d'information, du nouveau code concernant la variable "type de lit dédié".

III.1. Fonction groupage

Il est à noter que la modification des tables de groupage est rendue nécessaire par la création des GHS 9600 et 9601 concernant les prises en charge de moins d'une journée, mais également par les GHS 3715 et 3716 nouvellement créés et applicables au GHM d'hospitalisation complète 10C10Z d'"autres interventions pour obésité" (voir arrêté du 25 août modifiant l'arrêté "prestations" du 5 mars 2006).

Les tables modifiées sont les suivantes :

- CCAMCARA.TAB : date de génération du 28/08/2006,
- et GHSINFO.TAB : date de génération du 18/08/2006.

Les sources de la FG 10, les autres tables binaires ainsi que le numéro de version de la fonction groupage restent inchangés.

Cette mise à jour ne s'applique qu'aux séjours pour lesquels la date de sortie est postérieure ou égale au 1er septembre inclus.

En pratique, pour l'année 2006 il faut donc :

- grouper à l'aide de la fonction groupage 9, les séjours dont la date de sortie est comprise entre le 1er janvier et le 14 mars inclus
- grouper à l'aide de la fonction groupage 10, les séjours dont la date de sortie est comprise entre le 15 mars et le 31 août inclus, en utilisant les tables CCAMCARA.TAB et GHSINFO.TAB dont les dates de génération sont les suivantes :
 - CCAMCARA.TAB : 01/03/2006
 - GHSINFO.TAB : 20/06/2006
- grouper à l'aide de la fonction groupage 10 les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er septembre, en utilisant les tables CCAMCARA.TAB et GHSINFO.TAB dont les dates de génération sont les suivantes :

- CCAMCARA.TAB : 28/08/2006
- GHSINFO.TAB : 18/08/2006

III.2. Nouveau "type de lit dédié"

Il est rappelé que la nouvelle valeur de la variable "type de lit dédié" (code "55" et libellé "Plateau technique du secteur opératoire") doit être portée dans le RUM pour conduire aux GHS 9600 et 9601 (voir point I).

Cependant, l'utilisation de ce code entraîne l'apparition du code d'erreur facultatif 101 "Type d'autorisation de lit dédié inconnu", lors du groupage. S'agissant d'une erreur non bloquante, un GHM, puis GHS corrects sont néanmoins obtenus. L'apparition de ce code erreur sera supprimée lors de la production d'une prochaine fonction groupage.

Il importe enfin de noter que l'utilisation de ce nouveau code de "type de lit dédié" pour des séjours ne correspondant pas à une prise en charge de moins d'une journée (durée de séjour > 0) conduit à un classement dans le GHS 9999, et par suite, à une non valorisation de ces séjours.

A l'inverse, en 2006, ne conduira pas à classement dans le GHS 9999, l'utilisation de ce code dans un RSS pour lequel la durée de séjour égale 0, mais dont les autres variables du RSS (DP, DAS, actes notamment) conduisent dans l'un des GHM de la CM24, différent de ceux qui font l'objet de l'arrêté modificatif du 25 août. En revanche, une modification de la fonction groupage en 2007 corrigera ce point (classement dans le GHS 9999).

Dans l'intervalle, un nouveau tableau MAT2A fournissant le casemix des RSA portant le code 55 sera produit. Ce tableau pourra être utilisé lors des procédures de ciblage des établissements et activités à contrôler, à l'occasion des contrôles régionaux T2A.