



**NOTICE TECHNIQUE
N° C-IM/MR /ME 244-1-2011
du 14 mars 2011**

Objet : Campagne tarifaire 2011 – Nouveautés relatives aux prestations

ÉMETTEUR

Service C-IM – départements médicoéconomique et médicoréglementaire

Personnes chargées du dossier

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

Sandra Gomez – sandra.gomez@atih.sante.fr

Jean-François Noury – jean-francois.noury@atih.sante.fr

DESTINATAIRES

ARS et établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie,

Copie pour information

Madame la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Madame la directrice générale de l'offre de soins

RÉSUMÉ

Annoncée dans la notice du 30 décembre 2010 relative aux nouveautés PMSI 2011, la présente notice complète l'information des établissements sur les sujets concernant la campagne tarifaire 2011, en précisant les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation et à leur facturation.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

Décret du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé.

Arrêté du 28 février 2011 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 20/02).

Arrêté du 1^{er} mars fixant pour l'année 2011 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (publié au JO du 28/02).

Notice technique ATIH n° CIM-MR/ME – 1598 – 4 – 2009, en date du 30 décembre 2010 relative aux nouveautés du PMSI dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2011.

Mots clés : établissements de santé – prestations d'hospitalisation – campagne tarifaire 2011 – tarification à l'activité

Annexes

Annexe 1 : nouveautés relatives aux prestations hospitalières du champ MCO

Annexe 2 : compléments sur les règles de codage

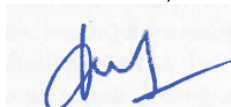
Dans le cadre de la préparation de la campagne tarifaire et budgétaire 2011, une notice technique ATIH a été publiée le 30 décembre dernier (NOTICE TECHNIQUE n° CIM-MR / ME – 1116-3-2010 du 30 décembre 2010). L'objet de cette notice était de présenter les nouveautés 2011 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

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

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives au champ MCO : GHS majorés, création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation... ;
- l'annexe 2 complète la notice de décembre dernier en précisant les consignes de codage ou de production d'information précédemment données.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur,



Housseyni Holla

Annexe 1

Nouveautés relatives aux prestations hospitalières du champ MCO**Avertissement**

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

- arrêté du 28 février 2011 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 1^{er} mars) ;
- arrêté du 1^{er} mars 2011 fixant pour l'année 2011 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 2 mars).

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 :

- information sur la prestation d'hospitalisation nouvellement créée ;
- modifications des GHS majorés ;
- modification des règles de facturation des prestations de prélèvement d'organe.

I – Création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation, dénommée « administration de produits et prestations en environnement hospitalier (APE) »

Cette prestation est issue d'une nouvelle catégorie de prestation créée par le décret du 28 février 2011 susvisé modifiant l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale. Elle s'ajoute aux prestations déjà existantes (GHS, ATU, SE...) et a pour objet de financer les frais occasionnés par l'administration en externe de dispositifs médicaux (DM) inscrits sur la liste en sus.

Ainsi, lorsque la prise en charge d'un patient ne nécessite pas une hospitalisation mais nécessite néanmoins l'administration d'un produit (au sens dispositif médical) inscrit sur la liste en sus, l'établissement de santé aura désormais la possibilité de facturer cette nouvelle prestation donnant droit à facturation en sus du DM et, le cas échéant, de la consultation externe ou de l'honoraire médical.

Lorsque la prise en charge du patient est suivie d'une hospitalisation, la prestation APE ne peut pas être facturée. Dans ce cas, seul le GHS correspondant à la prise en charge globale du patient sera facturé. Une prestation APE ne peut donc pas être cumulée avec une prestation GHS.

Le tarif de cette prestation est fixé par l'arrêté tarifaire. Il est égal à 12,60 € ; ce tarif ayant uniquement vocation à financer les frais liés à l'administration du DM (celui-ci étant financé en sus).

Techniquement, les DM facturés en sus de cette prestation doivent être renseignés par l'intermédiaire d'un RSF-ACE de type P. Le taux de prise en charge applicable à cette prestation est identique à celui applicable aux prestations ATU ou SE, soit 94%¹ pour les établissements de santé ex-DG et ce, quel que soit le taux de prise en charge réel du patient. Ce taux doit néanmoins être renseigné dans le fichier RSF-ACE.

¹ En l'attente de la décision de l'UNCAM fixant le taux de prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation au bénéfice de patients non hospitalisés.

II – Modification des règles portant sur les GHS dédoublés

L'essentiel des modifications de l'arrêté prestation porte sur les cas particuliers pour lesquels, à la production d'un seul GHM peuvent correspondre plusieurs GHS, facturables dans des conditions précises. Ces modifications sont précisées à l'article 4 de l'arrêté prestations modificatif. Elles sont de trois types.

1. Suppression de GHS dédoublés

Les GHS majorés supprimés concernent les cas suivants.

✓ **Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques** : étant donné que 95% des prises en charge actuelles bénéficient du GHS « majoré », il a été décidé de ne maintenir qu'un seul GHS fusionnant le GHS « de base » et le GHS « majoré ».

✓ **Rythmologie interventionnelle** : comme annoncé dans la notice du 30 décembre dernier, la racine 05K11 des séjours pour traitements des troubles du rythme cardiaque a été scindée en deux nouvelles racines dans la dernière version 11c de la classification des GHM :

– la racine GHM 05K19 *Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire* qui correspond à des séjours comportant des actes² permettant le financement par un GHS majoré en 2010 (GHS 1817, 1818, 1819, 1820) ;

– la racine GHM 05K20 *Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire* financée par les GHS 1821, 1822, 1823, 1824.

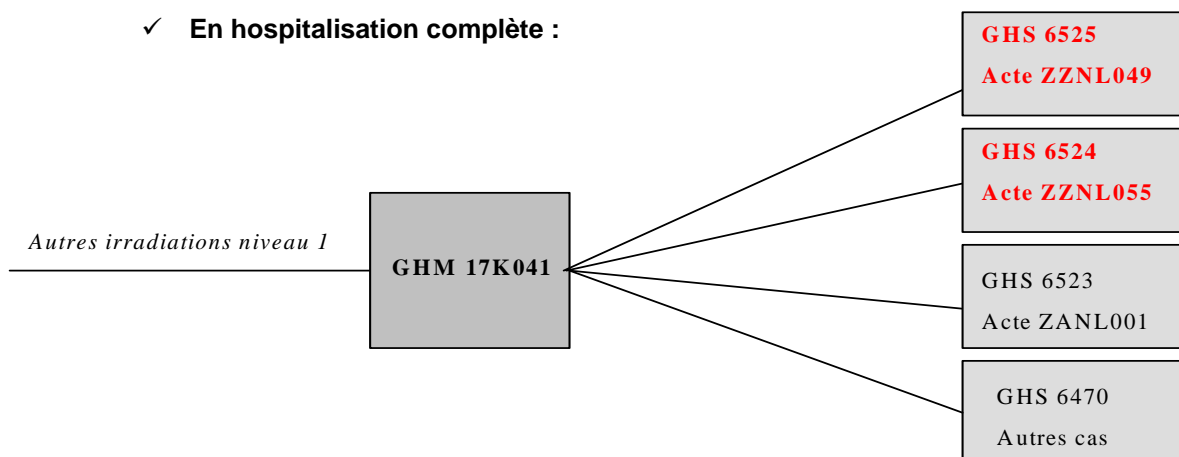
2. Création de nouveaux GHS dédoublés liés à l'activité de radiothérapie

En 2011 pour les établissements ex-DG, l'activité de radiothérapie est financée sur la base de la nouvelle classification des GHM (v11c). La mise en œuvre de cette classification est notamment liée à la mise en place depuis le 1^{er} mai 2010 de la version 20 des actes de la CCAM prenant en compte la spécificité des machines utilisées dans la réalisation des actes. En plus de la refonte de la classification des GHM répondant au besoin d'une meilleure description médicale, des GHS dédoublés sont créés pour discriminer les financements alloués aux prises en charges réalisées sur des machines de niveaux d'investissement différents.

Les schémas ci-dessous font apparaître, pour chaque "GHM de radiothérapie" de la classification donnant lieu à plusieurs GHS, les GHS qui lui sont associés en fonction des actes réalisés. Par souci de lisibilité, sont renseignés (en rouge et en gras) les GHS nouvellement créés ainsi que l'acte donnant droit à la facturation de ce GHS. (Les GHS en noir sont les GHS existant déjà en 2010).

Il est rappelé que l'intégralité des GHM de radiothérapie figure dans le manuel des GHM (volume 3 notamment).

✓ **En hospitalisation complète :**



² Cf. la liste d'actes en annexe 6 de l'arrêté prestations 2009

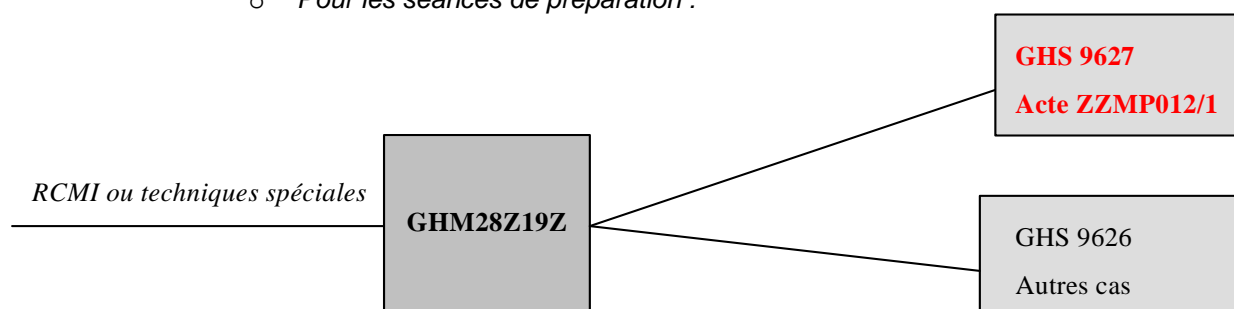
Acte **ZZNL055** Irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration, en dose unique.

Acte **ZZNL049** Irradiation externe en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, sans synchronisation avec la respiration, en dose unique.

Pour mémoire : acte **ZANL001** Irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique.

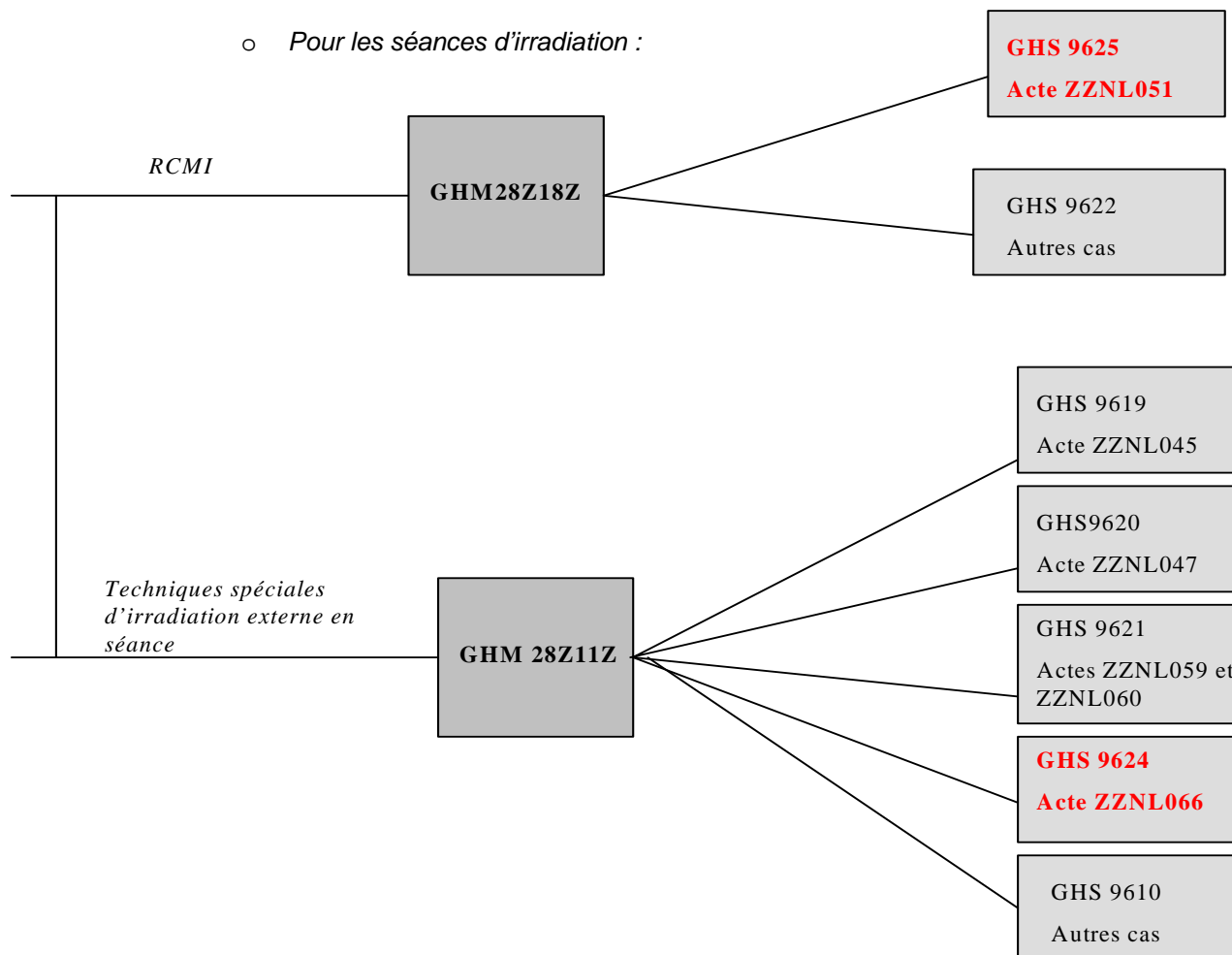
✓ **En séance :**

- Pour les séances de préparation :



Acte **ZZMP012 /1** Préparation à une irradiation intracrânienne en conditions stéréotaxiques en dose unique, avec pose de cadre effractif

- Pour les séances d'irradiation :



Acte **ZZNL051** Séance d'irradiation externe par machine dédiée produisant des photons avec modulation d'intensité et contrôle de la position de la cible par imagerie [IGRT]

Acte **ZZNL066** Séance d'irradiation de contact endocavitaire

Pour mémoire, actes **ZZNL045** Séance d'irradiation externe par protons, **ZZNL047** Séance d'irradiation corporelle totale [ICT], **ZZNL059** et **ZZNL060** Séance d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration.

3. Modifications des GHS existant

Les modifications de GHS concernent les quatre cas particuliers suivants.

✓ Extension du GHS majoré à l'ensemble des niveaux de sévérité des deux racines de GHM concernées (01C04 et 01C12) dès lors que le séjour d'un patient épileptique donne lieu à un abord intracrânien avec implantation d'électrodes pour enregistrement électrocorticographique³ ou électroencéphalographique.

✓ Extension du GHS majoré aux deux racines de GHM relatives aux poses de stimulateurs cardiaques (05C14 et 05C15) dès lors que le séjour du patient nécessite la **pose de bioprothèse valvulaire aortique transcutanée**⁴.

Cette extension permet de financer les cas où une valve aortique transcutanée et un stimulateur cardiaque sont posés au cours d'un même séjour dans la mesure où, dans ces cas, le séjour est classé dans un GHM de pose de stimulateur dont le tarif de base ne peut tenir compte du coût de la valve.

✓ Modification des conditions d'attribution du GHS majoré relatif aux **infections ostéoarticulaires (IOA) complexes**

Actuellement, le GHS majoré est facturé pour les patients pris en charge dans un centre de référence pour la prise en charge des IOA. Il a été décidé en 2011 de modifier les conditions de facturation de ce GHS afin de permettre la facturation du GHS majoré non seulement par les centres de références interrégionaux mais également par les centres dits « correspondants ». Cette facturation sera possible dès lors que le patient aura fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) visée par un centre interrégional de référence qui aura confirmé le caractère complexe de l'IOA⁵.

Comme annoncé dans la précédente notice, le code CIM-10 étendu Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire* a été créé par l'ATIH afin de permettre l'identification, via les RSS, des patients répondant aux critères d'attribution du GHS majoré. Il convient de noter que, même si une seule RCP est réalisée par patient, le code doit être porté dans les RSS de tous les séjours ultérieurs du patient motivés par la prise en charge de cette IOA complexe découlant de cette RCP.

✓ Extension de la majoration pour la réalisation simultanée d'une **mastectomie avec reconstruction de sein par grand lambeau** à d'autres actes de mastectomie totale détaillés dans l'annexe 6 de l'arrêté prestations 2011. Depuis 2010, les séjours classés dans la racine 09C11 *Reconstruction de sein* bénéficient d'un GHS majoré lors de la réalisation de la reconstruction par grand lambeau dans le même temps opératoire que la mastectomie totale. Il a été décidé de compléter la liste des actes de mastectomies totales qui, associés à une reconstruction par grand lambeau permettent d'obtenir le GHS majoré.

³ Acte *Implantation d'électrode subdurale pour enregistrement électrocorticographique, par craniotomie* (AALA002) ou *électroencéphalographique, par voie stéréotaxique* AALB002.

⁴ Acte *Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée* (DBLF001) ou *par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC* (DBLA004).

⁵ Cf. Instruction N°DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes.

III – Modification des règles de facturation des forfaits pour prélèvement d'organe (PO) sur personnes décédées

Jusqu'ici, deux types de forfaits (ou plus) pouvaient être facturés lors des PO sur personnes décédées :

- un forfait facturé par l'établissement autorisé, au sein duquel le prélèvement d'organe avait été effectué (forfaits PO1 à PO4) ;
- un forfait (ou plus) facturé par l'établissement employeur du chirurgien préleveur (forfaits PO5 à PO9).

Les modalités de facturation de ces forfaits sont modifiées en 2011 :

- les forfaits PO1 à PO3 ne seront plus directement générés par la fonction groupage à partir des actes CCAM codés dans les RUM des patients. Ils seront désormais valorisés sur la base des données renseignées dans le fichier FICHCOMP du séjour du patient décédé et prélevé ;
- le forfait PO4 continuera d'être enregistré dans FICHCOMP ; il n'y a pas de modification spécifique pour ce forfait ;
- les forfaits PO5 à P09 ne seront plus facturés par l'établissement employeur du chirurgien préleveur et donc ne devront plus être renseignés dans le fichier FICHCOMP du séjour du patient transplanté. Ils devront être renseignés dans le fichier FICHCOMP du patient décédé et prélevé.

Par conséquent, l'ensemble des forfaits PO (forfaits PO1 à PO9) seront renseignés dans le fichier FICHCOMP du séjour du patient prélevé et seront facturés par un seul établissement (celui dans lequel le patient est prélevé). Le ou les forfaits rémunérant la prestation du chirurgien préleveur (PO5 à PO9) devront être reversés à l'établissement employeur du chirurgien, s'il s'agit d'un établissement différent. Outre la simplification apportée, ces modifications permettent de financer le prélèvement quel que soit l'établissement d'implantation du greffon lui-même et l'aboutissement ou non de la greffe. Elles permettent aussi la facturation d'un prélèvement réalisé à une date ultérieure à celle du décès.

Enfin, il est également créé une nouvelle variable « hospitalisation pour prélèvement d'organe » dans VID-HOSP. Cette variable ne doit être renseignée que pour les séjours pour lesquels un patient **décédé** est admis dans un établissement de santé, pour la seule réalisation du prélèvement. Dans ce cas, le GHS produit (en déclinaison du RUM) ne sera pas valorisé. Seules les prestations PO finançant le ou les actes de prélèvements seront facturées intégralement à l'assurance maladie. Les autres variables de VID-HOSP doivent être remplies normalement, et pour la variable « séjour facturable à l'assurance maladie », le code « 0 » (zéro) doit être renseigné, accompagné du motif « autres ». Le diagnostic principal du RUM doit être codé avec la catégorie Z52 de la CIM-10.

Annexe 2

Compléments sur les règles de codage

Les éléments décrits ci-après concernent la production de l'information médicalisée. À ce titre, ils sont complémentaires des points abordés dans la notice technique précédente du 30 décembre 2010. 7 points sont traités :

- codage pour les personnes détenues ;
- nouveau-né hospitalisé auprès de sa mère dans un établissement de santé privé ;
- HAD : clôture des sous-séquences à la date du changement de tarifs ;
- codage des motifs de non facturation ;
- précision sur la règle de facturation des suppléments REA et SRC ;
- précision relative aux mort-nés ;
- précision sur les données à transmettre via AGRAF.

I – Codage pour les personnes détenues

À partir du 1^{er} mars 2011, une attention particulière est portée au recueil d'informations concernant les soins dispensés aux personnes détenues. Elle se traduit :

- par la création d'un nouveau type d'autorisation d'unité médicale (n° 26 : *unité hospitalière sécurisée interrégionale*, UHSI) ;
- par l'incitation à enregistrer le code CIM-10 Z65.1 *Emprisonnement et autre incarcération* en position de diagnostic associé pour tous les séjours d'une personne détenue que la prise en charge ait lieu en UHSI ou non.

Le codage de ces deux variables n'a pas d'impact sur le financement du séjour. Il ne s'applique qu'aux activités de MCO.

II – Nouveau-né hospitalisé auprès de sa mère dans un établissement de santé privé ex-OQN : numéro de facture identique

Dans le cas où le nouveau-né est hospitalisé auprès de sa mère, deux RSF sont produits par les établissements de santé privés ex-OQN :

- un RSF nul correspondant à la prise en charge du nouveau-né ;
- un RSF correspondant à la prise en charge de la mère intégrant l'ensemble des prestations d'hospitalisations, y compris celles relatives au séjour du nouveau-né.

Toutefois, pour des raisons de chaînage, il est désormais nécessaire d'inscrire dans le RSF nul le numéro de facture du RSF de la mère.

III – HAD : clôture des sous-séquences à la date du changement de tarifs

L'obligation de constance des diagnostics principal et associé pendant l'ensemble d'une séquence conduisait à des difficultés en cas de création d'une extension de code de la CIM-10 applicable au 1er mars lorsque la séquence était à cheval entre le dernier jour de février et le 1er mars. En position de diagnostic principal, l'ancien code non étendu était considéré par la fonction groupage comme étant d'un format incorrect et entraînait le rejet du RPSS.

En 2011, de nombreuses extensions ayant été créées pour les codes du diabète de type 2 dit « non insulino-dépendant » (catégorie E11 de la CIM-10), maladie particulièrement fréquente, il a été décidé de supprimer l'obligation de constance des diagnostics pendant toute la durée d'une séquence. De ce

fait, la sousséquence en cours le dernier jour de février doit être close et une nouvelle sousséquence ouverte le 1^{er} mars comportant, le cas échéant, le nouveau code du diagnostic.

Ainsi, lorsqu'un diagnostic principal doit être enregistré par un code CIM-10 de la forme A—.— jusqu'au dernier jour de février, mais qu'il doit l'être avec une extension A—.—x à compter du 1^{er} mars, le changement de code CIM-10 sera désormais possible au cours de la même séquence.

IV – Codage des motifs de non facturation à l'assurance maladie

Dans la notice du 30 décembre 2010, à propos de la variable intitulée « motif de la non facturation à l'assurance maladie » de VID-HOSP, il a été annoncé la suppression du motif codé « 9 » *Autre situation*. Pour tenir compte d'observations faites par certains établissements et de la création dans le même fichier de la nouvelle variable « hospitalisation pour prélèvement d'organe, il a été décidé de conserver cette modalité de la variable dans VID-HOSP ainsi que dans le RSF-ACE (type A). Toutefois, il est rappelé que son codage doit répondre à des situations de prises en charges exceptionnelles.

V – Précision sur la règle de facturation des suppléments REA et SRC

Il s'agit ici de préciser une règle de l'arrêté prestation pour laquelle des divergences d'interprétation ont été constatées. Cette règle porte sur les modalités de facturation des suppléments de réanimation (REA) et de surveillance continue (SRC) pour lesquelles il est fait mention de la valeur de l'indice de gravité simplifié (IGS II), fixée à 15 pour la REA et à 7 pour le SRC. Il convient en effet de préciser que, pour bénéficier des suppléments REA et SRC, les valeurs respectives de 15 et 7 doivent être respectées lors de *l'admission* du patient dans l'unité de réanimation ou de surveillance continue et non pour chaque journée passée dans l'unité correspondante.

VI – Précision relative aux mort-nés

Il s'agit ici de préciser une information de la notice du 30 décembre 2010 selon laquelle « s'agissant de mort-nés, un RUM ne doit donc être produit qu'au-delà de 22 semaines »⁶. Cette information est incomplète ; un RUM pourra, en effet, être produit au-delà de 22 semaines mais également lorsque le poids de l'enfant est au moins égal à 500 grammes. Ces deux critères ne sont pas cumulatifs.

VII – Précisions sur les données à transmettre via AGRAF

Depuis fin 2008, le logiciel AGRAF comporte une section « Traitement dialyse » permettant aux établissements ex-OQN ayant une activité exclusive de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse (établissements qualifiés « associations de dialyse ») qui ne produisent à ce jour ni information d'activité, ni information de facturation au sens de l'arrêté PMSI, de transmettre leurs données. En effet, à titre dérogatoire, l'article 9 de cet arrêté prévoit que ces établissements ne sont tenus de transmettre que leurs informations de facturation (à l'exclusion des informations d'activité).

Ces informations de facturation sont produites sous forme de RSF qui sont traités puis transmis vers la plateforme e-PMSI par le logiciel AGRAF (case « Association de dialyse » cochée).

Il est à noter que cette mesure dérogatoire ne concerne que les établissements ayant une activité exclusive de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse. Autrement dit, les établissements pour lesquels cette activité n'est pas exclusive doivent renseigner dans AGRAF, les informations d'activités (RSS) et les informations de facturation (RSF), pour l'ensemble de l'activité.

⁶ Cf. annexe I : *Modifications apportées au guide méthodologique / autres modifications* de la notice du 30 décembre 2010.