

## Annexe 1

### Évolution de la classification en GHM (version 11)

-----

La nouvelle version de la classification en GHM qui sera utilisée pour décrire l'activité à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009 est la 11<sup>e</sup> version de la classification, elle présente des évolutions significatives par rapport à la version 10 utilisée depuis trois ans. Cette version sera détaillée dans le *Manuel des groupes homogènes de malades* qui sera publié dans un fascicule spécial du Bulletin officiel et sur le site de l'ATIH. Les éléments les plus importants (listes des complications et morbidités associées et liste des racines de GHM) ont déjà été diffusés sur le site de l'ATIH le 15 décembre 2008. Les travaux d'élaboration de cette classification, étalés sur trois années, ont fait l'objet; auparavant, de trois rapports d'étude.

Les évolutions apportées par cette version sont de **trois ordres** :

- introduction de la notion de **racine de GHM et de quatre niveaux de sévérité**, en remplacement des GHM « avec CMA » et « avec CMAS » qui disparaissent. Le niveau 1 est le niveau de base de la racine c'est-à-dire sans sévérité ;
- suppression de la catégorie majeure CM24 et **redistribution des GHM de courte durée** dans les différentes CMD et racines ;
- étude de l'homogénéité des groupes médicaux et **créations de nouvelles racines avec leurs GHM par niveau de sévérité**.

Au total, il y a dans la version 11, 28 catégories majeures en incluant la CM90, 628 racines dans les CMD 01 à 28 (et 5 racines supplémentaires dans la CM90) pour 2291 GHM.

La numérotation des GHM est ajustée par rapport à la V10. La numérotation d'un GHM donné se décompose de la façon suivante :

- la racine du GHM est codée sur 5 caractères : deux pour la CMD, un pour le type de GHM (chirurgical, médical...), deux pour le compteur de la racine
- la terminaison de la numérotation, sur un caractère, précise le niveau de sévérité ou la prise en charge de courte durée.

#### **I. Classement dans un niveau de sévérité**

Le groupage en GHM d'un résumé de séjour suit les étapes suivantes :

- Le résumé est d'abord orienté vers une CMD. Il convient de signaler que l'organisation des catégories majeures n'a pas changé en dehors de la suppression de la CM24.
- Une fois le résumé orienté dans la CMD, il est classé dans une racine, puis dans un niveau de sévérité.

L'attribution du niveau de sévérité dépend de plusieurs critères analysés successivement :

- o l'existence parmi les diagnostics associés du résumé **d'un code de la liste des CMA**. Chaque code de cette liste est classant pour un niveau de sévérité donné (2, 3 ou 4) ; la liste de CMA a été totalement révisée et réactualisée à partir des effets constatés dans les bases nationales, conduisant à la définition de listes de CMA distinctes pour les différents niveaux de sévérité ;
- o l'existence éventuelle d'une **exclusion entre le diagnostic principal ou le diagnostic relié et le code CMA**. Dans ce cas, le caractère classant de la CMA est neutralisé ;
- o L'existence d'une exclusion entre racine et CMA. Certaines racines excluent en effet certaines CMA (exemple : craniotomies avec traumatismes excluent les codes de CMA de traumatismes crâniens) ;
- o **l'âge** du patient qui joue le rôle de CMA pour environ la moitié des racines. Il intervient dans ce cas en conduisant le résumé de séjour dans un niveau de sévérité immédiatement supérieur. La borne d'âge retenue pour jouer ce rôle dépend des racines : selon les cas, elle est à 2 ans, 69 ou 79 ans et son effet s'applique soit sur le seul niveau 1, soit sur les niveaux 1 et 2, soit sur les niveaux 1, 2 et 3 ;
- o **le mode de sortie** de l'établissement : en cas de séjour en niveau 1, les sorties par décès passent en niveau de sévérité 2 ;
- o **la durée de séjour minimale pour le niveau** (notion différente de la notion de borne basse), qui est de trois jours pour le niveau 2, quatre jours pour le niveau 3 et cinq jours pour le niveau 4. Si la durée du séjour est inférieure à cette limite, le résumé de

séjour est groupé dans un niveau de sévérité inférieur d'un niveau à celui dans lequel conduit sa CMA.

Remarque : certaines racines n'ont pas de niveau de sévérité et ne comportent alors qu'un seul GHM. Elles sont identifiables par la lettre Z en sixième caractère du numéro de racine. C'est par exemple le cas de toutes racines de la CM90 ou de la CMD28 des séances.

## **II. Redistribution des séjours de très courte durée**

La suppression de la CM24 conduit à réorganiser le classement des séjours de très courte durée dans les différentes CMD.

Pour la chirurgie ambulatoire, des GHM « en J » ont été créés. Ils ne comportent que les séjours de zéro jour. Ces GHM ont été créés selon les cas sur une racine chirurgicale préexistante, ajoutant simplement à la racine un niveau J pour tous les séjours de zéro jour. Dans d'autres cas, c'est un GHM-racine captant les séjours de zéro jour de plusieurs racines qui a été créé. Dans tous les cas, des GHM « en J » n'ont été créés que lorsque les effectifs le permettaient, et quand une activité ambulatoire stricte était supposée exister.

Pour les séjours avec acte classant non opératoire classés dans des racines « en K » (ex radiologie ou cardiologie interventionnelle), des GHM « en J » ont également été créés. Le principe de leur création est le même que pour les séjours de chirurgie ambulatoire, et ne concerne que des séjours de zéro jour.

Pour les séjours médicaux, des GHM « en T » ont été créés. Selon les racines, ces GHM « en T » regroupent des séjours de zéro jour (T0<sup>1</sup>), de zéro et un jour (T1), voire de zéro, un et deux jours (T2).

Enfin, pour une orientation adaptée des séjours comportant un code d'examen de contrôle Z08/Z09 en diagnostic principal, c'est le diagnostic relié qui oriente désormais vers la CMD concernée par le groupage. Des GHM de « explorations et surveillance » ont ainsi été créés dans les CMD pour recevoir ces séjours. Le diagnostic relié possède donc, dans le groupage en V11, un rôle plus important que précédemment.

## **III. Création de nouvelles racines et redécoupage des GHM.**

Pour toutes les CMD de 01 à 23, en dehors des CMD 14 et 15, la répartition des séjours dans les racines médicales a été révisée afin d'améliorer l'explication de la distribution des coûts. Selon les cas, cette opération a conduit :

- à la création de nouvelles racines, par scission de GHM existants (exemple « bronchites et asthme » est découpée en « bronchites et asthme » et « bronchiolites », « occlusions intestinales » devient « occlusions intestinales » et « invaginations intestinales aiguës ») ;
- à la réorientation de codes entre racines de la même CMD (exemple : la coqueluche passe de « bronchite et asthme » à « infections ou inflammations respiratoires ») ;
- à la réorientation des codes d'une racine d'une CMD vers une autre CMD (par exemple E51.2, encéphalopathie de Wernicke, passe de la CMD 10 à la CMD 01).

La révision des listes constitutives des racines médicales a conduit à réviser en parallèle les listes des racines chirurgicales de certaines CMD notamment dans la CMD 08.

L'évolution des pratiques et les choix de politiques de santé publique ont également un impact sur le découpage de certaines racines. Ont ainsi été créées des racines pour la prise en charge chirurgicale des infections ostéoarticulaires, ou pour la prise en charge médicale de l'obésité, ou enfin pour les interventions par thoracoscopie.

<sup>1</sup> Nota : cette référence T0, T1; T2 pour les séjours de 0, 1 et 2 jours des GHM en T n'intervient pas dans le numéro du GHM, mais est utilisé dans le manuel des GHM au niveau de l'algorithme de groupage.

## Annexe 2

### **Consignes de production de l'information médicalisée : Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie**

-----

La mise en œuvre de la version 11 des GHM s'accompagne de nouvelles consignes de production et de codage des informations médicales du RUM.

Ces nouvelles consignes sont décrites et précisées dans le guide de production des résumés de sortie du PMSI, publié sur le site de l'ATIH, et qui sera publié au Bulletin officiel, sous forme d'un fascicule spécial.

Le titre de ce guide est désormais le suivant : "Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie". En effet, outre la production des informations d'activité, le chapitre relatif à la production des informations utiles à la facturation a été notablement développé.

Seules sont décrites dans cette annexe les nouveautés du guide relatives aux informations d'activité. Ces nouveautés sont décrites en référence au plan du guide, sans hiérarchisation au regard de leur importance.

**Il convient toutefois d'appeler l'attention des utilisateurs sur la nouvelle définition du diagnostic principal, et sur les précisions concernant les diagnostics associés.**

**Néanmoins, il convient d'insister sur l'impact limité de ces nouvelles consignes sur la pratique quotidienne des DIM, l'impact essentiel de la V11 se mesurant bien davantage par les résultats du groupage.**

#### **I. Conditions de production des informations d'activité**

Il n'existe qu'un seul changement concernant la production des informations d'activité. Il concerne **les enfants mort-nés** : à titre dérogatoire, la production d'un résumé d'unité médicale (RUM) est désormais autorisée pour eux.

Toutefois, la production de ces RUM répond à une demande des professionnels de la naissance, notamment pour des raisons de suivi épidémiologique. Ainsi, la valorisation de ces RUM sera égale à zéro.

Le codage des variables du RUM d'un enfant mort-né est le suivant :

- Le diagnostic principal est obligatoirement le code Cim-10 P95 "mort fœtale de cause non précisée" (*Voir le point IV.1 ci-dessous, relatif aux codes Cim-10 imposés*).
- Lorsque la cause de la mort est connue, elle doit être enregistrée en diagnostic associé. Ce positionnement en DA doit être respecté, que l'identification de la cause ait donné lieu à des investigations (par exemple, anatomopathologie) ou non.
- Le poids de naissance et l'âge gestationnel à la naissance doivent être renseignés.

#### **II. Contenu des recueils d'informations relatives à l'activité**

**II.1 Date d'entrée dans l'UM :** quand un patient est admis dans une unité médicale d'hospitalisation de MCO à l'issue d'un passage par la structure d'accueil des urgences du même établissement, la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle de l'arrivée du patient dans l'établissement.

Exemple : patient s'étant présenté aux urgences un jour J à 22 heures, admis dans une unité d'hospitalisation quelques heures plus tard, à J+1. La date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J.

**II.2 Sortie par décès :** en cas de décès la date de sortie enregistrée dans le RUM est celle du décès, y compris si des prélèvements d'organes ont lieu le lendemain de celui-ci.

### II.3. Codes mouvements :

Le codage de la mutation et du transfert entre MCO et hospitalisation à domicile (HAD) ne fait plus exception au regard des autres mouvements inter champs d'activité. Les structures d'hospitalisation à domicile sont juridiquement des établissements de santé. En conséquence, les codes de provenance/destination 6 (hospitalisation à domicile) ne seront plus associés aux codes des mode d'entrée et mode de sortie 8 (domicile), mais aux codes de mutation (6) et transfert (7).

### II.4 Informations nouvelles :

- Type de machine en radiothérapie
- Type de dosimétrie

Ces deux variables ne concernent que la radiothérapie. Elles permettront un recueil d'informations dont le but est l'élaboration pour 2010 d'une nouvelle classification médicoéconomique et de nouvelles modalités de tarification de l'activité de radiothérapie, incluant le secteur libéral (*voir aussi annexe 3, point IV*).

- Confirmation du codage du RSS

Dans certains GHM, lorsque la durée d'un séjour est anormalement courte, si le contenu du RSS ne justifie pas de modification, il doit être confirmé. En l'absence de modification ou de confirmation le séjour pourra ne pas être payé à l'établissement.

## III. Hiérarchisation et codage des informations médicales du résumé d'unité médical

### III.1 Nouvelle définition du diagnostic principal (DP)

Il reste un diagnostic rétrospectif, déterminé à la fin du séjour, mais il ne peut être qu'un problème de santé qui existait à l'entrée. Un évènement morbide survenant en cours de séjour – par exemple, une complication –, ne peut pas être le DP, quelle que soit sa gravité.

### III.2 Diagnostic relié : pas de modification

### III.3 Double codage *dague-astérisque*

Le code *astérisque* (\*) n'est plus prioritaire sur le code *dague* (†). Le choix entre les deux obéit aux règles générales de choix du DP (guide des situations cliniques).

### III.4 Guide des situations cliniques

Le guide des situations cliniques est la seule référence pour le choix du diagnostic principal. La notion de « diagnostic ayant mobilisé l'essentiel des soins » n'intervient que si, après analyse en termes de situation clinique, il existe plus d'un problème de santé correspondant à la notion de DP. Le guide des situations cliniques est simplifié. Il distingue trois situations (diagnostic, traitement, surveillance) qui s'appliquent de manière identique à toutes les prises en charge, qu'elles aient pour motif une affection aiguë ou une maladie chronique ou de longue durée.

### III.5 Diagnostics associés

#### III.5.1 Diagnostic associé significatif

La notion de diagnostic associé significatif est explicitée. Les conditions d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique, déjà présentes dans les versions précédentes du *Guide méthodologique*, sont précisées. Elles n'impliquent pas seulement un acte médicotechnique ou une

intervention médicale. Un DAS peut résulter de soins dispensés par un auxiliaire médical (par exemple, soins infirmiers d'une escarre, kinésithérapie, diététique...).

Aux conditions de prise en charge de nature diagnostique ou thérapeutique s'ajoute la notion de *majoration de l'effort de soins* d'une affection du fait d'une autre. On entend par là l'augmentation imposée par une affection B de l'effort de soins relatif à une affection A (enregistrée comme DP, DR ou DAS) par rapport à ce qu'il aurait dû être en l'absence de B. Si l'affection B, quoique non prise en charge à titre diagnostique ou thérapeutique, a néanmoins alourdi la prise en charge de A, alors B est un DAS.

Exemple : prise en charge pour une affection médicale ou chirurgicale (affection A) d'un patient atteint d'un handicap psychique ou physique sévère (affection B) : autisme, infirmité motrice cérébrale, état grabataire....

L'enregistrement dans le résumé d'unité médicale d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

Les informations propres à étayer le contenu du RUM doivent être présentes dans le dossier médical et vérifiables dans le cadre des procédures de contrôle prévues par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

### III.5.2 Diagnostic associé par convention : pas de modification

#### III.6 Actes

Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d'admission et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM. Un acte programmé au cours d'une hospitalisation, mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple) ne doit pas être enregistré dans la zone des actes du RUM du séjour.

**Cette règle ne connaît qu'une exception : les prélèvements d'organes et de tissus chez les patients décédés.** Dans leur cas seulement, les actes effectués le lendemain du décès peuvent être enregistrés dans le RUM. En d'autres termes, pour un malade décédé le jour J – et dont la date de sortie enregistrée dans le RUM est donc J –, des actes de prélèvement d'organes ou de tissus effectués à J+1 sont enregistrés dans le dernier RUM du séjour.

Le codage dans le RUM d'un acte avec la CCAM associe son code principal, la phase, l'activité et le nombre d'exécutions. La saisie de la date de réalisation reste facultative. Le nombre maximum d'actes par RUM passe de 99 à 999.

## IV. CIM-10 : Codes imposés, codes interdits

### IV.1 Codes imposés

En sus des codes imposés préexistants (chirurgie esthétique, *de confort*, séances...), de nouveaux codes ou extensions deviennent obligatoires.

- **Enfants mort-nés** : à titre dérogatoire, la production d'un RUM est autorisée pour eux (*voir point I ci-dessus*). Le diagnostic principal doit être codé P95 *Mort fœtale de cause non précisée*.
- L'emploi d'extensions du code Z04.8, créées pour la version 11 des GHM, s'impose pour le DP des séjours dont le motif a été **un enregistrement nocturne** :  
Z04.800 pour l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée ;  
Z04.801 pour un enregistrement polysomnographique.

Z04.800 ou Z04.801<sup>2</sup> doivent être utilisés quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non.

<sup>2</sup> Codes étendus créés pour la version 11 des GHM.

- **Les codes de la catégorie Z94** s'imposent en position de DP dans les situations de **surveillance négative de patients transplantés**, c'est-à-dire pour tous les séjours de surveillance systématique postgreffe au terme desquels il n'est pas diagnostiqué de complication ni d'autre affection.

#### **IV.2 Codes interdits**

Un nombre important de nouveaux codes ne sont plus utilisables en position de DP et de DR et, pour certains, de diagnostic associé.

Il s'agit d'une part de codes dont l'emploi erroné était signalé depuis longtemps dans le *Guide méthodologique* (après l'avoir été depuis plusieurs années dans la *présentation générale* du *Manuel des GHM*) : codes « séquelles de... », codes O81-O84, codes trop imprécis du groupe T80-T88....

Il s'agit d'autre part des « codes-pères » subdivisés par des extensions. Le risque que leur usage engendre une « prime à l'imprécision » a conduit à les rendre non utilisables.

La liste des codes non utilisables en position de DP, DR, DAS est donnée sur le site Internet de l'ATIH.

## Annexe 3

### Nouveautés 2009 relatives aux nomenclatures utilisées pour le codage des informations médicalisées

-----

Les nouveautés concernant différentes nomenclatures utilisées pour le codage des résumés de sortie sont ici présentées. Les nomenclatures concernées sont d'une part la CIM-10, qui présente un nombre important de modifications, d'autre part la CCAM, ainsi que la nomenclature des unités médicales. En outre, l'introduction de deux nouvelles variables dans le format du RUM (*voir annexe 2*) conduit à définir une nomenclature ad hoc pour chacune d'elle.

#### I. Modifications de la Cim-10 introduites en 2009

##### I.1. Des modifications portées par l'OMS et par l'ATIH

Les besoins de la classification des GHM en V11 et les propositions d'évolution de l'OMS ont entraîné des modifications importantes de la Cim-10.

En effet, dans le cadre de la maintenance de la Cim-10, l'OMS a programmé une évolution de la classification, s'étendant notamment sur 2009 et 2010.

L'évolution 2009 est mise en œuvre, conduisant à des modifications mineures concernant surtout les notes ou les inclusions.

Toutefois, l'ATIH a souhaité anticiper dès 2009 la création de catégories et la subdivision de catégories, initialement prévues par l'OMS pour 2010, du fait de leur intérêt pour la version 11 des GHM. Ainsi, l'utilisation des nouvelles subdivisions a un impact pour le classement des séjours dans les différents niveaux de sévérité.

Par ailleurs, l'ATIH a produit ses propres évolutions de la Cim-10, dans le respect de ses engagements auprès de l'OMS. Sont ainsi créés de nombreux codes étendus pour répondre aux besoins de la version 11 des GHM, notamment du fait de la suppression de la CM 24.

Enfin, la liste des codes interdits a été revue, compte tenu de leur importance pour le classement correct des séjours en V11. La plupart des codes « père » sont dorénavant interdits.

##### I.2. Des modifications publiées sur le site de l'ATIH

L'ATIH publie l'ensemble des modifications à introduire en 2009 dans le volume 1 de la Cim-10. Ces modifications entrent en application à compter du 1er janvier 2009 pour l'ensemble des champs d'activité du PMSI, à l'exception toutefois de l'activité MCO (en raison de la mise en œuvre de la V11 des GHM).

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

- ✓ document de synthèse des modifications introduites en 2009 et des principes de codage qui en découlent ;
- ✓ liste de toutes les modifications, créations et suppressions de codes et de notes pour 2009 ;
- ✓ mise à jour du fichier de suivi des évolutions de la Cim avec les modifications 2009 ;
- ✓ document regroupant les nouvelles pages de la Cim-10 en 2009 ;
- ✓ liste des codes « père » interdits, liste des codes interdits pour l'affection principale, au sens de la Cim.

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

##### I.3. Principales modifications portées par l'OMS

- ✓ **Subdivision de la catégorie A09 Autres gastroentérites et colites d'origine infectieuse et non précisée**

La subdivision de cette catégorie va de pair avec une modification du sens de la catégorie; en effet, les colites d'origine non précisée se codent désormais A09.9. Le code K52.9 est réservé au codage de *Diarrhée, entérite, iléite, jéjunite, sigmoïdite précisée non infectieuse*.

✓ **Subdivision de la catégorie L89** *Ulcère de décubitus et zone de pression*

La catégorie L89 est subdivisée selon le stade d'évolution de ces ulcères et zones de pression dont les caractéristiques sont précisées dans des notes.

✓ **Création de la catégorie R65** *Syndrome de réponse inflammatoire systémique*

La catégorie **R65** et ses subdivisions sont créées pour intégrer les conceptions actuelles des syndromes inflammatoires et infectieux.

#### I.4. Principales modifications portées par l'ATIH

✓ **Création d'extensions de codes dans le chapitre XXI**

Il s'agit notamment d'extensions pour les antécédents personnels ou familiaux qui permettent l'orientation correcte des séjours dans les différentes CMD lors des explorations sans affection nouvelle. Ces codes devront impérativement être utilisés, le code père sera interdit.

✓ **Création d'extensions de codes fonction de critères de gravité**

Les affections suivantes sont concernées : l'obésité, l'hypocalcémie et l'hypercalcémie, l'hyponatrémie et l'hypernatrémie, l'hypokaliémie et l'hyperkaliémie, l'hypothermie, l'éviscération et la désunion de plaie. Ces codes devront impérativement être utilisés, le code père sera interdit.

✓ **Création d'extensions de codes de gastroentérologie**

À la demande de la société savante de gastroentérologie, des extensions ont été créées pour permettre le codage de certaines affections d'origine familiale.

#### I.5. Autres modifications

Il faudra se reporter aux documents publiés sur le site de l'ATIH pour prendre connaissance de la totalité des changements intervenus ainsi que des spécificités d'utilisation de certains codes.

## II. Évolutions de la CCAM

Les utilisateurs devront être attentifs aux évolutions de la CCAM en cours d'année. En effet, les prochaines versions viseront à introduire des actes dont l'intégration dans la classification a été anticipée.

## III. Modifications de la nomenclature des unités médicales introduites en 2009

Les unités médicales dans lesquelles est développée une activité soumise à autorisation ou à reconnaissance contractuelle de l'ARH, et donnant lieu, le cas échéant, à financement particulier, sont identifiées selon une nomenclature maintenue par l'ATIH.

Cette nomenclature est produite ci-dessous, et mise à jour en 2009.

### III.1 Nouveautés 2009

Ces nouveautés sont les suivantes :

- **ajout de deux nouvelles unités :**

- centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires (code 30)
- centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée (code 60)

- **suppression de deux unités :**

Les dispositions provisoires concernant les établissements de santé ex-OQN et relatives à la facturation des suppléments SRA et SSC auxquels ils étaient antérieurement éligibles du fait de leur classement au titre de l'arrêté du 29 juin 1978 sont désormais abrogées (voir annexe 5 et arrêté "prestations" 2009). Les unités correspondantes (classement ex-OQN soins particulièrement coûteux, code 09 et classement ex-OQN, surveillance continue, code 10) sont supprimées.



### III.2 Rappels

- S'agissant d'unités médicales autorisant pour la plupart un financement particulier, il est rappelé que l'enregistrement d'un passage dans l'une de ces unités doit être médicalement justifié.
- En outre, pour ces mêmes raisons, et notamment lorsque le financement particulier se traduit par un supplément journalier, il est rappelé que lorsque l'état du patient ne justifie plus la prise en charge dans l'unité concernée, un RUM portant mention de l'unité médicale d'aval fréquentée au cours du séjour, doit être réalisé.
- Enfin, en 2009, les dialyses réalisées en centre (UM 21, 22, 23) doivent impérativement comporter leur code UM correspondant. A défaut, et contrairement aux campagnes précédentes, l'activité concernée ne sera pas valorisée (établissements ex-DG).

Réanimation hors pédiatrie	01
Réanimation pédiatrique	13
Soins intensifs hors unité neurovasculaire	02
Soins intensifs en unité neurovasculaire	18
Unité neurovasculaire hors soins intensifs	17
Surveillance continue hors pédiatrie	03
Surveillance continue pédiatrique	14
Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)	04
Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)	05
Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)	06
Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)	07
Soins palliatifs	08
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
Hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit	12
Hospitalisation de jour gériatrique	25
Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour	24
Clinique ouverte	15
Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	16
Unité d'addictologie de recours et de référence	19
Centre d'hémodialyse pour adulte	21
Centre d'hémodialyse pour enfant	22
Unité d'hémodialyse médicalisée	23
Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires	30
Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée	60

### IV. Nouvelles variables "radiothérapie" du RUM : nomenclatures

En 2009, le RUM est enrichi de deux nouvelles variables relatives à l'activité de radiothérapie (*voir point II.3 de l'annexe 2*).

Les nomenclatures à utiliser pour coder ces variables seront produites et précisées sur le site de l'ATIH dans les meilleurs délais.

## Annexe 4

### Campagne 2009 et fichiers transmis sur la plateforme e-pmsi

-----

La campagne tarifaire et budgétaire 2009 des établissements de santé est mise en œuvre le 1<sup>er</sup> mars 2009. Cette campagne répond notamment à des orientations politiques définies par la Ministre et précisées dans les textes réglementaires dédiés.

Dans ce contexte, la version 11 des GHM constitue une nouveauté technique permettant de mieux décrire l'activité médicale réalisée par les établissements de santé. Elle constitue donc un outil, utilisé dans le cadre d'une politique de santé. D'autres outils sont également utilisés pour atteindre l'objectif de financement adapté des établissements, conformément aux orientations politiques. La description des différents outils existants sort du cadre de cette notice, toutefois, la production de l'information médicalisée matérialisée sous forme de fichiers électroniques, transmis sur la plateforme e-pmsi est ici précisée.

Sont ainsi décrites les nouveautés en matière de production de l'information médicalisée concourant au financement des établissements ayant une activité MCO (y compris HAD). Un point est également fait sur les fichiers relatifs aux activités de SSR et psychiatrie. L'essentiel des nouveautés concerne l'activité MCO hors HAD, et plus particulièrement les établissements ex-DG (notamment en raison des fichiers remplaçant la facturation directe à l'assurance maladie).

La présentation ci-dessous décrit toutefois ces évolutions pour les deux secteurs d'hospitalisation (ex-DG et ex-OQN), et pour l'activité MCO ainsi que pour l'activité HAD, SSR et psychiatrie. Ces éléments figurent par ailleurs sur le site de l'ATIH.

#### **I. Nouveautés concernant les fichiers relatifs à l'activité MCO**

##### **I.1 Nouveau format de RUM et RSS : nouveauté concernant tous les établissements**

**La nouveauté applicable à tous les établissements ayant une activité MCO, quel que soit leur statut, y compris les hôpitaux locaux non soumis à la T2A, concerne le nouveau format de RUM.**

Ce nouveau format (RUM 014 – RSS groupé 114) a été publié sur le site de l'ATIH dès le mois de décembre 2008.

Il se caractérise notamment par la création des trois nouvelles variables décrites au point II.3 de l'annexe 2 (cf 2 variables concernant la radiothérapie, et une variable "confirmation de codage"), ainsi que par le passage à 3 digits de la variable nombre d'actes.

**Date d'application :**

Tout comme en 2008, et notamment du fait que les transmissions restent cumulatives en 2009, ces nouveautés sont applicables au 1<sup>er</sup> mars, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier.

Ainsi, les envois de janvier et février devront rester à l'ancien format, alors que l'envoi du mois de mars, contenant les données du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars devra être au nouveau format. Dans l'envoi du mois de mars (1<sup>er</sup> trimestre 2009), les nouvelles variables ne seront obligatoires qu'à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009. Elles pourront cependant être renseignées pour les données antérieures au 1<sup>er</sup> mars.

##### **I.2 Nouveautés concernant les établissements de santé ex-DG :**

**ATTENTION :** Pour ces établissements, en dépit du fait que la campagne tarifaire démarre au 1<sup>er</sup> mars, certaines modifications de fichiers, indépendantes des décisions de campagne, seront applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ces modifications sont décrites ci-dessous selon leur date d'application (1<sup>er</sup> janvier ou 1<sup>er</sup> mars)

### I.2.1 Modification applicable au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 : suppression des fichiers FICHSUP

Les fichiers d'activité et de prestation suivants, transmis jusqu'en 2008 par l'intermédiaire du logiciel FICHSUP, sont désormais supprimés :

- Fichier IVG
- Fichier des alternatives à la dialyse en centre (D)
- Fichier ATU
- Fichier FFM
- Fichier Molécules onéreuses
- Fichier DMI

En 2008, la valorisation des activités décrites par ces fichiers a été réalisée par l'intermédiaire d'informations individualisées contenues dans les fichiers de RSF-ACE, de RSS, ou FICHCOMP. A titre de validation des informations transmises, un rapprochement était réalisé avec les fichiers correspondants de FICHSUP. Désormais, ce rapprochement ne sera plus opéré. Il conviendra donc de veiller à ce que le recueil individualisé soit correctement réalisé, sur les fichiers de RSF-ACE, RSS, et FICHCOMP, mais également sur le fichier VIDHOSP.

**S'agissant des IVG** : La valorisation est opérée à partir des RSS (cf guide de lecture rapide des tableaux MAT2A). Il faut noter qu'en 2009, ces séjours suivront les mêmes modalités de valorisation que les autres séjours (plus d'application automatique d'un taux de remboursement de 94%). Il faudra donc que les informations VIDHOSP concernant la prise en charge, et en particulier le taux de remboursement de chaque séjour soient correctement remplies, même si le numéro de sécurité sociale et la date de naissance sont anonymisés.

**S'agissant des ATU, FFM et D** : La valorisation est opérée à partir des RSF-ACE. Afin de pouvoir analyser l'ensemble de l'activité, il faut également réaliser ces RSF-ACE pour les patients non assurés sociaux ou en l'absence de droits (prestations non facturables). Dans ces cas, il convient de renseigner la variable [Séjour facturable à l'assurance maladie] du fichier VIDHOSP associé, avec la valeur correspondant à la situation du patient (*voir point VIDHOSP ci-dessous*). Cette disposition concerne également les prestations SE, valorisées elles aussi à partir des RSF-ACE.

**S'agissant des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux implantables pris en charge en sus des GHS** : la valorisation est opérée à partir du fichier FICHCOMP. Pour les molécules onéreuses, il convient de noter que dans le cas d'administration dans le cadre d'un essai thérapeutique où les molécules ne sont pas achetées par l'établissement, le recueil FICHCOMP doit comporter, comme pour les autres cas : le numéro d'UCD, le nombre d'UCD consommée, la date d'administration (*voir ci-dessous*) ainsi que le montant correspondant qui devra être mis à 0. Il s'agit du seul cas où ce montant doit être mis à 0.

### I.2.2. Modifications applicables au 1<sup>er</sup> Mars 2009 (Transmission M3 à partir du 1<sup>er</sup> avril 2009)

Outre l'évolution du format des RUM et RSS, ces modifications sont les suivantes :

#### - Recueil VIDHOSP

Une nouvelle variable devra être intégrée dans VIDHOSP.

Cette variable, intitulée **[Motif de la non facturation à l'assurance maladie]** prendra les valeurs suivantes :

Si la variable [Séjour facturable à l'assurance maladie] est égale à 0 (Patient non pris en charge) :

- '1' s'il s'agit d'un patient en AME
- '2' s'il s'agit d'un patient sous convention internationale
- '3' s'il s'agit d'un patient payant
- '4' s'il s'agit d'un patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L.254-1 du CASF).
- '9' s'il s'agit d'une autre situation non listée ci-dessus.

Si la variable [Séjour facturable à l'assurance maladie] est différente de 0, alors la variable [Motif de la non facturation à l'assurance maladie] sera non renseignée. Sa valeur doit être produite de la façon suivante : valeur ' '[Espace].

– Recueil FICHCOMP

A compter du 1<sup>er</sup> mars, l'information concernant **la date d'administration des molécules onéreuses devient obligatoire.**

En cas de réalisation d'un même RSS pour plusieurs séances de chimiothérapie (RSS-séance), les dates d'administration indiquées dans FICHCOMP devront être celles de chacune des séances.

En cas de réalisation d'un RSS pour chaque séance (ainsi qu'il est recommandé de le faire), le numéro de séjour administratif permettant de faire le lien FICHCOMP/RSS doit être différent à chaque séance. Ce numéro peut ne pas être « LE » numéro administratif attribué par la filière administrative, mais un numéro dérivé de celui-ci, construit par exemple par adjonction de la date.

Dans le cas de séjour multichamp (MCO-SSR par exemple), il faudra veiller à séparer les consommations de molécules onéreuses (ou d'autres consommations recueillies via FICHCOMP) des différents champs. Pour cela il faudra attribuer des numéros de séjours spécifiques à chaque champ. On pourra là aussi utiliser un numéro dérivé « DU » numéro administratif de séjour attribué par la filière administrative.

– Recueil des RSF-ACE

Deux types de nouveautés (et un rappel) doivent être signalés.

✿ **Une nouvelle catégorie de recueil : le RSF-ACE-H**

L'article 48 de la LFSS pour 2009 conduit à autoriser la prise en charge des médicaments de la liste en sus administrés à l'occasion d'une activité externe (et non seulement à l'occasion d'une hospitalisation).

Afin de permettre le paiement aux établissements de ces molécules, le RSF-ACE se voit augmenté d'une nouvelle catégorie de recueil : le RSF-ACE-H.

La valorisation des molécules en sus de l'activité externe se fera exclusivement par ce biais. Une information complémentaire sera fournie sur le site de l'ATIH avant le 1<sup>er</sup> mars.

✿ **L'ajout de 2 nouvelles variables dans le RSF-ACE-A :**

Le RSF-ACE-A concerne notamment l'enregistrement des informations relatives à la prise en charge des actes et consultations externes par l'assurance maladie.

a. La première variable est intitulée **[Motif de la non facturation à l'assurance maladie]** Identique à la variable insérée dans VIDHOSP, elle doit être remplie lorsque la variable [Séjour facturable à l'assurance maladie] est renseignée à 0. Ses modalités sont les mêmes que celles décrites ci-dessus pour le recueil VIDHOSP.

b. La seconde variable concerne **le code postal du lieu de résidence du patient** Les modalités de cette variable sont définies dans la norme B2 (Type 2C - Position 91-95), dont l'enregistrement est facultatif. En cas de non enregistrement, l'information devra être extraite du système d'information de l'hôpital. Cette variable sera utilisée pour effectuer un suivi des dépenses par région d'origine des patients.

✿ **Rappel**

Au cours de l'année 2008, trois nouvelles variables ont été intégrées au recueil du RSF-ACE-A. Au moment de cette intégration, l'accent avait été porté sur le codage de la variable [Séjour facturable à l'assurance maladie]. Il importe d'insister également sur les deux autres variables 2008.

Il s'agit ainsi de :

a. **La Discipline médico-tarifaire (DMT)** : elle doit être obligatoirement renseignée dans le cas des lignes de factures concernant les forfaits techniques des actes de radiologie. Les valeurs prises en sont les suivantes :

- Pour un scanner : DMT = 035
- Pour une IRM : DMT = 753
- Pour un PET-SCAN : DMT = 750

b. **La spécialité de l'exécutant** : le codage de cette variable est nécessaire afin de vérifier l'adéquation du prix unitaire de l'acte à la lettre clé ou au code acte indiqué. Par défaut c'est la spécialité du médecin responsable qui devra être indiquée. Le codage se fait conformément à l'annexe 17 de la norme NOEMIE O.C (version juin 2005 C).

#### - Recueil du fichier LAMDA

LAMDA est le fichier qui a été créé dès 2006 pour permettre notamment la transmission en n+1, de séjours réalisés en année n, et non valorisés (parce que non transmis en n). LAMDA 2007 a permis la transmission, et la valorisation, en 2008, de séjours et actes réalisés en 2007.

#### **En 2009, la transmission des données LAMDA 2007 et 2008 sera autorisée.**

LAMDA 2007 ne sera pas modifié par rapport à celui qui a été utilisé en 2008. Il permettra donc de transmettre encore en 2009, des données d'activité 2007.

LAMDA 2008 sera disponible à partir des transmissions du mois de Mars 2009.

Remarque : créé pour permettre la transmission en n+1 de données d'activité non transmises en année n, LAMDA est également utilisé pour modifier en n+1 des données d'activité effectivement transmises en année n. Dans ce cas, il est rappelé que l'arrêté PMSI-MCO prévoit que la modification de fichiers déjà transmis sur e-pmsi est soumise à approbation de l'ARH. Cette disposition s'applique également aux données transmises via LAMDA.

#### - Recueil des BHN et PHN

Pour asseoir la répartition de l'enveloppe nationale des lettres-clé B (biologie) et P (anatomocytologie) hors nomenclature (BHN et PHN), ainsi que des activités de génétique inscrites en MIG, il a été décidé de procéder à un recueil exhaustif des actes hors nomenclature.

Cette décision, prise en concertation avec les partenaires institutionnels, conduit à fonder ce recueil sur une grille d'actes établie par la conférence des directeurs généraux de CHU et les sociétés savantes. Cette liste d'actes figure sur le site internet du CHU de Montpellier, à l'adresse électronique suivante : [http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter\\_pub/R300/rubrique.jsp](http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R300/rubrique.jsp).

Ce recueil débutera au 1er janvier 2009 et la remontée des données se fera via l'outil FICHSUP à partir du mois de mars 2009. Les données issues de ce recueil seront prises en compte dès 2010 pour la répartition des montants afférents (MIG) entre les établissements concernés.

### **I.3 Nouveautés concernant les établissements de santé sous dotation annuelle de financement**

Ces établissements de santé, ayant une activité MCO, et sous dotation annuelle de financement, sont principalement les hôpitaux locaux.

S'agissant de nouveautés dans la production de fichiers, deux points sont à retenir :

- ils ne sont pas concernés par la suppression des fichiers FICHSUP signalée au point 1.2.1 ci-dessus. Ils peuvent toutefois s'affranchir de la transmission de ces fichiers, dès lors qu'ils fournissent l'ensemble des données collectées par FICHSUP à l'aide des autres supports de collecte : FICHCOMP (Médicaments et DMI), RSF-ACE (ATU, FFM, D) et RSS (IVG).
- les modifications de format de RUM/RSS sont applicables comme pour les établissements sous T2A au 1<sup>er</sup> mars, et suivant les mêmes conditions.

### **I.4 Nouveautés concernant les établissements de santé ex-OQN**

**La seule nouveauté concernant ces établissements est celle déjà signalée, relative à la modification du format de RUM/RSS. En particulier, les fichiers de RSF sont inchangés.**

## **II. Nouveautés concernant les fichiers relatifs à l'activité d'HAD**

### **II.1 Nouveautés concernant les établissements ex-DG**

Elles concernent les fichiers VIDHOSP, FICHCOMP et FICHSUP.

Il n'y a pas de modifications du format de RPSS en 2009.

- recueil VIDHOSP

Les évolutions de VIDHOSP décrites ci-dessus (point I.2.2), sont applicables aux établissements ayant une activité HAD, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009.

- recueil FICHCOMP

L'obligation du recueil de la date d'administration des molécules onéreuses, signalée au point I.2.2 ci-dessus, est applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009.

- Recueil FICHSUP

Le recueil agrégé des médicaments de la liste en sus est supprimé à compter du 1 janvier 2009, ces informations n'étant plus utilisées pour la valorisation de l'activité depuis le 1<sup>er</sup> août 2008.

### **II.2 Nouveautés concernant les établissements ex-OQN**

Le recueil VIDHOSP connaît la même évolution que pour les établissements ex-DG, et pour l'activité MCO. Cette évolution est décrite au point I.2.2 ci-dessus.

## **III. Nouveautés concernant les fichiers relatifs à l'activité de SSR**

L'existence de ces nouveautés est ici rappelée pour mémoire. Elles ont été décrites sur le site de l'ATIH dès le mois de décembre dernier (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002B00119FF>).

S'agissant du recueil VIDHOSP, il est rappelé qu'à l'instar des années précédentes, les établissements pourront indifféremment utiliser son nouveau format ou l'un de ceux des années antérieures.

## **IV. Nouveautés concernant les fichiers relatifs à l'activité de psychiatrie**

La précision énoncée au point III ci-dessus concernant le recueil VIDHOSP s'applique également dans le champ de la psychiatrie.

Par ailleurs, une nouveauté concernant **les codes de mouvements du RIM-P** doit être décrite :

Dans un souci de cohérence avec les règles applicables à compter du 1<sup>er</sup> mars 2009 dans les autres champs d'activité décrits par le PMSI, la consigne suivante doit être appliquée au recueil du RIM-P, à cette même date :

Les codes de provenance/destination 6 (hospitalisation à domicile) ne seront plus associés aux codes des mode d'entrée et mode de sortie 8 (domicile), mais aux codes de mutation (6) et transfert (7). En effet, l'hospitalisation à domicile répond bien à la définition de l'hospitalisation. Le mouvement doit donc l'intégrer en ce sens (poursuite d'hospitalisation notamment).

## Annexe 5 Information médicale et arrêté "prestations" 2009

-----

Chaque campagne tarifaire et budgétaire des établissements de santé est encadrée par la publication de plusieurs textes réglementaires, et circulaires, désormais bien identifiés par les acteurs concernés.

Pour mémoire, il est rappelé que les nouveautés de campagne issues des orientations politiques définies par la Ministre trouvent leur expression dans des textes différents selon la modalité technique retenue en réponse à chacune de ces orientations.

S'agissant de l'activité MCO, les principaux textes vecteurs de ces actions sont ainsi :

- l'arrêté dit "PMSI-MCO" : lorsque la réponse passe par exemple par la création d'un GHM ;
- l'arrêté dit "prestation" : lorsque la réponse passe par exemple par la création d'un GHS ou d'une évolution des prestations hospitalières ;
- l'arrêté dit "tarifs" : lorsque la réponse passe par exemple par une simple modification des tarifs existants.

La version 11 de la classification des GHM permet ainsi de mettre en œuvre plusieurs actions de campagne par la création de GHM dédiés (infections ostéoarticulaires, obésité,...).

Lorsque la création de GHM n'est pas immédiatement possible en réponse à une orientation donnée, il est souvent choisi de proposer un deuxième GHS pour un GHM existant. L'attribution de ce tarif (généralement majoré) se fait au regard de critères définis (actes, diagnostics, UM dédiée...). Cette situation conduit alors, de manière dérogatoire au modèle T2A général, à l'attribution à un même GHM d'au moins 2 GHS (tarifs) différents.

Les acteurs hospitaliers connaissent bien cette modalité d'action, portée par l'arrêté "prestations".

L'objet de la présente annexe consiste à présenter les principales nouveautés 2009 de cet arrêté. Un point précisant l'impact de la V11 sur le dédoublement des GHS est notamment réalisé.

### **I. Arrêté prestations et V11 : Subdivision des GHS**

Le point 2 de l'article 6 de l'arrêté prestations décrit classiquement les cas particuliers du modèle de financement T2A où, à la production d'un seul GHM peuvent correspondre plusieurs GHS, facturables dans des conditions précises.

A l'exception de la chimiothérapie non tumorale, qui a donné lieu à création d'un GHM spécifique, la version 11 des GHM n'a pas permis de réintégrer dans le droit commun (1 GHM = 1 GHS), les cas particuliers identifiés les années précédentes. Les causes en sont de nature diverse : activités innovantes conduisant à un effectif faible dans les bases de données, surcoûts de prise en charge non traduits par les variables du RUM (machine, consommables médicaux, organisation...).

Aux cas particuliers 2008, ont en outre été ajoutés en 2009 des cas supplémentaires, pour un financement adapté :

- de la radiothérapie, plus (cyberknife) ou moins (gammaknife) innovante ;
- des infections ostéoarticulaires prises en charge dans les centres de référence ;
- de la pose de valves aortiques par voie percutanée.

Pour l'ensemble de ces cas particuliers, la mise en œuvre de la V11 a conduit à la création d'un nombre de GHS bien plus important qu'en V10, en raison de l'existence des niveaux de sévérité. En effet, alors qu'en V10, le règlement de ces cas particuliers conduisait en général à majorer le tarif du GHM et à produire 2 GHS pour un même GHM, la V11 a conduit à se poser la question de la majoration du tarif dès le niveau racine des GHM. Ce faisant, le tarif majoré a dû être appliqué le plus souvent à chaque niveau de sévérité, conduisant ainsi à définir 8 GHS par exemple pour une racine de GHM comportant 4 niveaux de sévérité.

Pour éviter l'inflation des GHS, la pertinence de leur division à chaque niveau de sévérité a été étudiée pour chacun des cas particuliers. S'agissant de financer des surcoûts fixes, indépendants du niveau de sévérité du patient (consommable médical, ou organisation de prise en charge), la division à chaque niveau de sévérité a été le plus souvent retenue.

Toutefois, elle a pu être modulée dans quelques cas. À titre d'exemple, il est possible de signaler les cas faisant intervenir des techniques particulières réputées permettre une prise en charge ambulatoire (traitement d'une hypertrophie de la prostate par radiofréquence, ou destruction de la muqueuse utérine par thermocontact) : pour ces cas, la majoration du tarif du seul niveau 1 – ou du niveau J lorsqu'il existe – a été retenue.

Ces choix opérés en 2009 ont été guidés par le souci de continuer à répondre aux actions de campagne anciennes ou nouvelles, tout en permettant la lecture des effets V11 en première année de mise en œuvre de la nouvelle classification. L'observation des effets de ces choix conduira probablement à quelques ajustements lors de la campagne tarifaire 2010.

## II. Arrêté prestations et V11 : Bornes basses

La mise en œuvre de la V11 et de ses niveaux de sévérité a également conduit à revoir la définition des bornes basses des GHM, du montant de l'EXB associé, et des modalités de financement des séjours concernés par ce sujet.

En effet, avant la présente campagne, le financement des séjours décrits par un GHM possédant une borne basse conduisait à valoriser le séjour à hauteur de 50% du GHS associé (en cas de séjour de durée inférieure à la borne). En V11, la pertinence du calcul d'une borne basse pour chaque niveau de sévérité d'une même racine de GHM ainsi que la réduction de 50% du GHS ont été analysés, afin de préserver la cohérence et la lisibilité du dispositif (éviter par exemple l'intrication borne basse d'un niveau / borne haute du niveau inférieur, et le risque d'effet pervers dans la production d'information). Le point 4 de l'article 6 de l'arrêté prestation précise les nouvelles modalités retenues.

Indépendamment de la traduction juridique de ces modalités<sup>3</sup>, les principes généraux à retenir sont les suivants :

### II.1 Tarif des séjours de durée inférieure à la borne basse :

Pour les racines de GHM présentant plusieurs niveaux de sévérité :

- lorsque la durée de séjour est inférieure à la borne basse, pour un séjour classé dans un niveau de GHM présentant un niveau inférieur (*niveau 2, 3 ou 4 d'une racine de GHM présentant 4 niveaux de sévérité*), le tarif du séjour est le GHS du niveau de GHM immédiatement inférieur (*GHS du niveau 2 si le séjour est classé dans le niveau 3 par exemple*) ;
- lorsque la durée de séjour est inférieure à la borne basse, pour un séjour classé dans le niveau le plus bas d'une racine de GHM (*niveau 1 d'une racine à 4 niveaux*), le tarif du séjour est établi de la façon suivante :
  - dans le cas général, il résulte de l'application d'un tarif journalier à chaque journée en deçà de la borne basse. Cette modalité conduit ainsi à lisser le financement des séjours dont la durée est inférieure à la borne basse, évitant la réduction uniforme et parfois mal adaptée des 50% antérieurs. Le montant de ce tarif journalier « EXB » est égal au rapport du tarif du GHM par la valeur de la borne basse. Toutefois les séjours ambulatoires du GHM (i.e. durée de séjour égale à 0) sont financés à la moitié de ce tarif journalier EXB.
  - Dans le cas où le niveau 1 concerne une racine pour laquelle un niveau J ou T a été créé, le tarif du séjour est le GHS du niveau le plus bas existant, J ou T selon le cas.

Pour les GHM ne présentant pas de niveaux de sévérité :

Le tarif du séjour est défini de la manière décrite ci-dessus dans le cas général des niveaux 1 (application d'un tarif journalier).

Remarque : par construction, ces modalités ne concernent pas les GHM en J, ni les GHM en T qui ne possèdent pas de bornes basses.

### II.2 Calcul de la borne basse

La borne basse d'un GHM est la durée correspondant à l'entier le plus proche, tout en étant inférieur, du rapport  $DMS / 2,5$  ( $DMS =$  durée moyenne de séjour du GHM considéré), auquel est ajoutée la valeur 1.

<sup>3</sup> L'arrêté prestation fait référence à une réduction du tarif du GHM considéré, appliquant ainsi le principe énoncé dans le décret prestation (article R162-32 du CSS) relatif à l'adaptation du financement des séjours, en fonction de leur durée. Ces principes juridiques seront bien entendu appliqués, notamment lors du calcul du tarif des séjours, mais le montant des déductions opérées résultera des principes généraux décrits dans ce paragraphe.



### III. Arrêté prestations et V11 : Bornes hautes

L'arrêté prestation ne comporte pas de modification de sa rédaction antérieure relative à la définition des bornes hautes et aux modalités de financement des séjours dont la durée est supérieure à la borne (application d'un supplément journalier EXH, à chaque journée de présence au-delà de la borne).

Il convient toutefois de signaler qu'un travail d'ajustement du niveau des bornes hautes a été réalisé pour les GHM de chaque racine, afin d'inciter au juste codage des CMA, en évitant que leur oubli ne conduise à la facturation indue des suppléments EXH issus du GHM du niveau inférieur à celui auquel conduirait le codage de la CMA.

### IV Nouveau supplément de surveillance continue

Les dispositions prises jusqu'en 2008, permettant aux établissements ex-OQN de continuer à facturer les suppléments SRA et SSC définis en application des dispositions de l'arrêté du 29 juin 1978 sont abrogées à compter de la campagne 2009.

En revanche, il est créé un supplément "surveillance continue" (SRC) facturable dans des conditions spécifiques, précisées dans l'arrêté prestation (alinéa e du 6° de l'article 6) et reprises ci-dessous.

Outre la reconnaissance contractuelle par l'ARH, d'une unité de surveillance continue répondant aux conditions techniques de fonctionnement précisées par voie réglementaire<sup>4</sup>, l'une des conditions suivantes est requise pour la facturation du supplément SRC par un établissement ex-OQN ou ex-DG:

- patient directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée, dont la prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation d'un supplément REA ;
- patient présentant un indice de gravité simplifié (IGS), calculé sans tenir compte des points générés par le critère de l'âge, d'une valeur égale à 7, **et** l'un des diagnostics figurant sur une liste annexée à l'arrêté ;
- patient présentant un IGS calculé sans tenir compte des points générés par le critère de l'âge, d'une valeur supérieure ou égale à 15 ;
- patient ayant fait l'objet de l'un des actes (CCAM) figurant sur une liste annexée à l'arrêté.

En conclusion, il convient de noter que dans la plupart des cas, le supplément SRC est conditionné à la présence sur les RSS de diagnostics ou actes figurant sur des listes. Il importe donc de rappeler l'intérêt d'un codage précis, mais dans tous les cas justifié, la facturation de ces suppléments ayant vocation à faire l'objet de contrôles en application de l'article L162-22-18 du CSS.

---

<sup>4</sup> Articles D.6124-117 et D. 6124-118 du CSP