

## **Mise en oeuvre de la CCAM à visée tarifaire dans les établissements de santé –**

### **Remontées auprès des ARH, des données d'activité 2005 des établissements anciennement sous dotation globale**

#### ANNEXE TECHNIQUE

#### 1. MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM A VISEE TARIFAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La mise en oeuvre de la version 1 de la CCAM (version à visée tarifaire) entraîne des conséquences sur le recueil et la transmission d'informations destinées à la facturation des actes d'une part, à la description des séjours d'autre part.

##### **1.1. Recueil et transmission des informations destinées à la facturation des actes**

Ils sont différents selon la catégorie d'établissement (ex-OQN ou ex-DG).

###### **◆ Cas des établissements ex-OQN**

Lorsqu'un acte technique médical est réalisé au sein d'un établissement ex-OQN, la facturation de l'honoraire de l'acte par le praticien s'effectue au moyen du bordereau de facturation du séjour (partie basse du S3404).

L'instruction 00435 du 22 mars dernier visait à informer les établissements et les praticiens concernés de la tolérance permettant de continuer à facturer les honoraires médicaux en NGAP, pour ceux dont le système de facturation ne permettrait pas encore d'utiliser la CCAM.

Dans ce dernier cas, afin que les praticiens puissent bénéficier au plus tôt de la mise en œuvre de la CCAM, il leur est demandé de réaliser un double codage de l'acte (NGAP / CCAM), l'acte CCAM pouvant alors, pour mémoire, être porté dans le RSS correspondant au séjour.

La tolérance signalée ci-dessus est limitée au 30 juin 2005, mais les établissements sont fortement incités à transmettre dès que possible à l'assurance maladie des factures avec les actes codés en CCAM (version 1).

Toutefois, le fait de commencer à transmettre certaines factures codées en CCAM n'interdit pas de transmettre également des factures (concernant des séjours différents) codées en NGAP. Afin de s'assurer du bon fonctionnement de la procédure de transmission/liquidation par les caisses, l'assurance maladie offrira en effet aux établissements la faculté de mener une démarche de tests préalables sur des factures codées en CCAM (démarche du même type que celle effectuée avant le basculement sur la T2A).

###### **◆ Cas des établissements ex-DG**

La tolérance prévue par l'instruction du 22 mars 2005 permettant l'utilisation dérogatoire de la NGAP jusqu'au 30 juin concerne :

- la facturation des actes externes pour la part ne relevant pas de l'assurance maladie obligatoire (calcul et facturation du ticket modérateur), ainsi que pour la part concernant l'assurance maladie obligatoire dans les cas particuliers prévus (AME, bénéficiaires migrants)

- le recueil et la transmission de ces données d'activité de soins externes, par l'intermédiaire de FICHSUP, tel que prévu par le dispositif 2005 de tarification à l'activité (voir modalités dans le point 2.2. ci-dessous dédié au contenu de FICHSUP).

### **1.2 Recueil et transmission des informations destinées à la description des séjours**

A compter du 31 mars 2005, la nomenclature des actes utilisée pour le codage des RSS doit désormais être la CCAM, dans sa version 1.

Néanmoins, les établissements bénéficient de la même tolérance sur ce point que celle qui concerne la facturation des actes, et l'utilisation de la nomenclature antérieure CCAM version 0bis reste possible jusqu'au 30 juin prochain.

A cet effet, l'ATIH a récemment livré la table CCAM qui doit être intégrée dans les fonctions de groupage<sup>1</sup> pour permettre la mise en œuvre de la CCAM version 1 dans le cadre du PMSI. L'intégration de cette table (dite "table binaire CCAM") dans les fonctions de groupage permet l'utilisation de l'une ou l'autre version de la CCAM pour le codage des actes des RSS jusqu'au 30 juin.

Cette fonctionnalité est rendue possible par une gestion des dates d'effet des actes participant au groupage<sup>2</sup>.

Pour mémoire, et afin de ne pas pénaliser excessivement les établissements qui n'auraient pas commencé à utiliser la CCAM pour le codage des résumés de séjour avant le 31 mars, les fonctions de groupage accepteront également les actes codés en CdAM jusqu'au 30 juin 2005.

## **2. REMONTEES AUPRES DES ARH, DES DONNEES D'ACTIVITE 2005 DES ETABLISSEMENTS ANCIENNEMENT SOUS DOTATION GLOBALE**

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé ex-DG conduit (en l'absence de facturation individuelle) à considérer le RUM/ RSS comme l'un des supports de la tarification. C'est la raison pour laquelle un nouveau format de RUM (011 ou 012) est en vigueur dans ces établissements depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Néanmoins, il a déjà été signalé<sup>3</sup> que le RUM ne suffit pas à lui seul (et notamment en 2005), à fournir tous les éléments utiles au calcul du tarif de chaque séjour.

Des éléments complémentaires sont fournis par GENRSA et FICHSUP. Les points qui suivent apportent des précisions sur ces deux outils.

### **2.1. GENRSA**

#### **Table des unités médicales (UM)**

Certains suppléments facturables dépendent de la nature de l'unité médicale. Il est donc nécessaire de pouvoir identifier la nature de ces UM, sans ambiguïté. À cet effet, GENRSA réalise, avant l'étape de création des RSA, une analyse du fichier de RSS groupés dans le but

<sup>1</sup> Fonction de groupage 8.9 et 9.9 pour les établissements respectivement ex-OQN et ex-DG

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur ces dates d'effet il est conseillé de se reporter à la page suivante du site ATIH <http://www.atih.sante.fr/?id=000220003DFF>.

<sup>3</sup> Voir instruction DHOS n°5003 du 20 décembre 2004 -

d'obtenir une table de correspondance entre numéros d'UM et types d'UM donnant lieu à supplément.

La table ainsi créée doit être éditée et/ou validée par le DIM afin :

- de compléter certaines lacunes : type d'UM omis dans les RSS
- de lever des ambiguïtés : une unité ne peut être associée qu'à un seul type d'UM ouvrant droit à supplément.
- de saisir des informations complémentaires : date d'effet d'autorisation, nombre de lits de l'unité.

Cette table, validée par le DIM, servira de référence pour le calcul des suppléments.

De manière à ne pas pénaliser les établissements n'ayant pu mettre en œuvre le nouveau format de RUM, un utilitaire de transformation des RSS-groupés 109 en 112, et des RSS-groupés 110 en 111, sera fourni.

Un traitement particulier des activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue pour le calcul des suppléments du premier trimestre 2005 doit être signalé :

- Pour tenir compte de contraintes liées aux modalités de calcul des tarifs des GHS 2005, les suppléments de réanimation, soins intensifs et surveillance continue seront accordés aux établissements sur la base du nombre de journées déclarées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Les informations relatives à la date d'effet d'autorisation concernant les unités médicales correspondantes devront ainsi, par dérogation, être portées au 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour les établissements concernés par ces activités, sans préjudice des décisions qui seront prises ultérieurement par les ARH en matière d'autorisation et de reconnaissance contractuelle;
- Le nombre de suppléments finançable au cours du 1<sup>er</sup> trimestre sera fonction :
  - du nombre de journées réalisées dans chacune de ces unités ;
  - en tenant compte cependant du nombre de lits pris en compte dans le calcul des bases budgétaires 2005 pour chaque unité.

### **Chaînage**

Sous certaines conditions, le fichier HOSP-PMSI n'a plus besoin d'être fourni lors des remontées d'informations.

Les conditions à remplir pour bénéficier de cet allègement sont les suivantes :

- renseigner de façon exhaustive le champ 'N° Administratif local de séjour'.
- utiliser dans le fichier VID-HOSP ce même 'N° Administratif local de séjour' (et non pas l'IPP, identifiant permanent de patient).

Rappel : en aucun cas, un identifiant de personne (IPP) ne peut être substitué à un identifiant de séjour.

GENRSA propose donc de choisir le mode de réalisation de la procédure de chaînage, avec ou sans fichier HOSP-PMSI (sous réserve que les conditions précédentes soient remplies).

### **Fichiers complémentaires facultatifs**

Pour les établissements qui produisent les fichiers complémentaires facultatifs de type médicaments et DMI, un utilitaire accompagnant GENRSA permet d'éviter une ressaisie des informations correspondantes dans les fichiers de FICHSUP.

Cet utilitaire ne devra être utilisé que si les fichiers complémentaires respectent les conditions suivantes :

- utiliser le même numéro administratif de séjour que celui contenu dans le fichier de RSS. En effet, une liaison sur les numéros administratifs est réalisée entre chaque fichier complémentaire fourni et le fichier de RSS. Le traitement réalisé par l'utilitaire de GENRSA ne conserve en sortie que les enregistrements pour lesquels le numéro administratif de séjour a été retrouvé dans le fichier de RSS. Le fichier réalisé en sortie comporte alors le numéro d'index du RSA correspondant au N° administratif du RSS.
- renseigner, dans ces fichiers, les champs médicaments et DMI avec les codes en vigueur (respectivement UCD et LPP [Liste des Produits et Prestations]).
- renseigner de façon exhaustive, dans ces fichiers, le recueil des montants consommés par patient. À défaut, le fichier FICHSUP ne comportera pas l'ensemble des dépenses de l'établissement.

À noter que seuls les médicaments et les DMI apparaissant dans les listes en vigueur sont traités et transmis à FICHSUP.

## **2.2. Contenu des fichiers FICHSUP**

Comme pour les RSA, les éléments de FICHSUP sont transmis selon la même périodicité qu'en 2004 (trimestrielle, dans un délai d'un mois après la fin de chaque trimestre)

Les données transmises cumulent à chaque fois les données recueillies depuis le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cours.

### **2.2.1 Consultations et soins externes**

#### ***Pour le premier trimestre 2005***

La date de la mise en œuvre de la CCAM tarifante a été reportée du 25 au 31 Mars 2005.

Les données d'activité, relatives aux consultations et actes externes, sont transmises, via FICHSUP, sur la base des cotations de la NGAP exclusivement, pour l'ensemble du trimestre.

Les informations à recueillir et à transmettre pour chaque code NGAP sont les suivantes

- Le code NGAP
- La somme des coefficients facturés
- Les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens donnant lieu à une facturation directe au patient et aux organismes d'assurance maladie.

#### ***Pour le deuxième trimestre 2005***

S'agissant de la facturation des actes techniques des médecins, l'instruction du 22 Mars 2005, relative à la mise en œuvre de la CCAM à fin de tarification, tolère l'utilisation de la NGAP jusqu'au 30 Juin 2005.

Le passage à la CCAM se fera donc, pour ces actes, en cours de trimestre.

Partant, les deux nomenclatures, NGAP et CCAM, pourront être utilisées au cours de ce trimestre (fichiers distincts).

Dès lors que ces informations sont recueillies selon la CCAM, les données à transmettre sont les suivantes :

- le montant total (en €) correspondant à la facturation des actes CCAM à l'assurance maladie hors l'activité libérale des praticiens

- le montant total (en €) correspondant à la facturation des actes CCAM à l'assurance maladie de l'activité libérale des praticiens
- La liste des actes CCAM assortis, pour chacun d'entre eux, du nombre d'occurrences réalisées pendant la période. Ces actes seront identifiés par le triplet code + phase + activité.

### ***À partir du troisième trimestre 2005***

La transmission des données d'activité des consultations et actes externes se fera

- pour les actes techniques des médecins, selon la CCAM, exclusivement. Cf ci-dessus pour les modalités.
- pour les autres actes (actes dits non techniques des médecins, actes techniques des non-médecins), selon la NGAP. Cf ci-dessus pour les modalités.

Les actes et consultations réalisés au sein des services d'urgences autorisés (UPATOU, SAU ou POSU) doivent continuer à faire l'objet d'une transmission séparée (fichier FICHSUP URGENCES).

Les actes et consultations réalisés pour des patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation soit dans une unité de court séjour, soit dans un service d'urgences ne doivent pas figurer dans le fichier FICHSUP, ces prises en charge donnant lieu à un financement par un GHS.

Les forfaits techniques : les actes de diagnostic de tomodensitométrie ("scanner"), IRM et PET SCAN réalisés en externe donnent lieu à la facturation d'un forfait technique. Les données d'activité doivent être recueillies et transmises séparément pour chaque équipement.

Rappel : aucun acte réalisé pour un malade hospitalisé ne peut donner lieu à facturation d'un forfait technique.

### **2.2.2. Urgences**

Outre les actes et consultations, les établissements détenteurs d'une autorisation d'activité d'urgence (UPATOU, SAU ou POSU) transmettent via FICHSUP les informations suivantes :

- type d'autorisation (SAU, UPATOU ou POSU)
- nombre total de passages (hors reconvoctions)
- nombre total de passages (hors reconvoctions) suivis d'une hospitalisation MCO dans l'entité juridique.

Seules les informations relatives aux services disposant d'une autorisation SAU, UPATOU ou POSU peuvent figurer dans ce recueil. (Par exemple, les urgences gynécologiques ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre total de passages, puisque les GHS de cette spécialité intègrent le financement de la prise en charge spécifique et continue nécessaire à cette discipline.)

Pour les établissements disposant de plusieurs autorisations, ces informations sont recueillies et transmises par autorisation.

### **2.2.3. Forfait de petit matériel (FFM)**

La prestation FFM, décrite dans l'arrêté prestation du 31 janvier 2005 (NOR : SANH0520347A), est à déclarer dès lors que des soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe 9 de l'arrêté cité ci-dessus, nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, sont délivrés au patient dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, ou que le praticien a établi une prescription couvrant les dépenses engagées, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un FFM.

La variable à recueillir dans FICHSUP est le nombre d'actes de la liste de l'annexe 9 réalisés pour des patients non hospitalisés.

#### **2.2.4 IVG**

Pas de modification par rapport à l'année dernière.

Les IVG, à l'exception de celles ayant donné lieu à complication, sont valorisées sur la base des tarifs de prestations (revus à l'occasion de l'arrêté du 23 juillet 2004). Cet arrêté distingue 6 types de prestations pour les établissements "exDG" pour lesquels il convient de fournir un dénombrement:

- IMD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures
- AMD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures
- IPD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures
- APD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures
- FJS : forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires
- AMF : forfait pour une IVG par mode médicamenteux

Il convient de rappeler que les séjours pour IVG continuent par ailleurs à faire l'objet d'un codage PMSI et donnent lieu à production d'un GHM. Un contrôle de cohérence sera effectué entre les données PMSI (nombre de GHM IVG) et les données du fichier FICHSUP fondé sur les principes suivants :

- Les IVG ayant donné lieu à complications sont décrites et rémunérées par le moyen d'un GHS. Il n'y a donc pas lieu de les dénombrer dans le fichier FICHSUP ;
- Les autres IVG sont rémunérées par les tarifs de prestation décrits ci-dessus.

Le contrôle de cohérence entre les données PMSI et les données FICHSUP vérifie que le nombre de prestations est bien inférieur (exclusion des IVG compliquées) ou égal au nombre de RSA transmis relevant de GHM d'IVG. Dans le cas contraire, les prestations en excès ne sont pas valorisées (suppression à due concurrence des prestations APD).

#### **2.2.5 Médicaments**

Un fichier spécifique repris dans le cadre de FICHSUP est constitué pour les médicaments inscrits sur la liste fixée par l'annexe V de la Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005 n° 119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Toute modification de cette liste survenant en cours de trimestre, sera prise en compte au trimestre suivant.

Les informations relatives aux médicaments administrés aux patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique, aux urgences (hors SAMU et SMUR), et dans les services UCSA et UHSI, sont transmises en mentionnant pour chaque médicament :

- son code UCD (unité commune de dispensation)
- la quantité dispensée (selon l'unité décrite dans le code UCD)

- le dernier prix d'achat
- le montant total de la dépense (valorisée sur la base du prix moyen en cas de variation des prix pendant la période)

Les données sur les médicaments, administrés aux patients pris en charge en HAD, seront recueillies dans le cadre de la remontée des données HAD, par un programme spécifique nommé FICHSUP HAD.

### **2.2.6 Dispositifs médicaux implantables (DMI)**

Un fichier spécifique repris dans le cadre de FICHSUP est constitué pour les dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste fixée par l'annexe VI de la Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A/2005 n° 119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Toute modification de cette liste survenant en cours de trimestre, sera prise en compte au trimestre suivant.

Les informations relatives aux DMI implantés sur des patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique, aux urgences (hors SAMU et SMUR), en HAD et dans les services UCSA et UHSI, sont transmises en mentionnant pour chaque spécialité (*au sens de la LPP*) :

- son code LPP
- le nombre total de dispositifs implantés
- le montant total de la dépense

### **2.2.7 Séances et prestations de dialyse**

L'arrêté "prestations" cité ci-dessus, définit les modalités de facturation pour l'IRC. Ces modalités dépendent de la date de notification d'autorisation de traitement de l'IRC. Une saisie d'informations, complémentaire à celles du RSS, doit ainsi être réalisée pour une valorisation correcte de la dialyse.

Ces informations complémentaires à recueillir sont les suivantes :

- la date de la notification d'autorisation de traitement de l'IRC ;
- le nombre de séances de dialyses réalisées avant la date de notification ;
- le nombre d'actes de dialyses figurant dans l'annexe 7 de l'arrêté prestation avant la date de notification ;
- le nombre de prestations (pour chacun des 11 types figurant à l'annexe 2 de l'arrêté), réalisées après la notification, pour des patients non hospitalisés ;
- le nombre de prestations (pour chacun des 11 types figurant à l'annexe 2 de l'arrêté) réalisées après la notification, pour des patients hospitalisés.

La valorisation de l'activité de dialyse sera réalisée sur la base de ces données.

Les séances, ainsi que les actes de dialyses figurant à l'annexe 2 de l'arrêté prestation doivent, malgré tout, continuer à faire l'objet d'un RSS. Un contrôle de cohérence sera établi entre les données issues du fichier de RSA (Nombre de séances et actes) et celles saisies dans le cadre de FICHSUP.

### **2.2.8 Séances de protonthérapie**

Cette activité fait l'objet d'une valorisation spécifique sur la base de 2 GHS particuliers qui ne sont pas obtenus par la fonction groupage ou par GENRSA.

Les informations à recueillir dans ce cadre sont les suivantes :

- Le nombre de patients pris en charge
- Le nombre de séances de préparation à la protonthérapie réalisées
- Le nombre de séances d'irradiation de protonthérapie réalisées

La valorisation de cette activité se fera par l'application du tarif, prévu dans l'arrêté modifiant l'arrêté prestation (dont la parution est en cours), à la somme des séances de préparation et d'irradiation déclarées dans ce fichier.

Les établissements réalisant cette activité sont tenus de continuer à réaliser des RSS pour cette activité, suivant les règles habituelles (en particulier en ce qui concerne le résumé de préparation (RSP)).

Afin d'éviter une double valorisation, les opérations suivantes sont effectuées lors du traitement des RSA :

- non prise en compte des séances d'irradiation comportant l'acte CCAM 'ZZNL045'
- soustraction, à la valorisation des séances de préparation, d'un montant correspondant au nombre de patients pris en charge par protonthérapie, multiplié par la valeur du GHS 8301.