



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

Sous direction des affaires financières

Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins – F1

Dossier suivi par le Dr Joëlle Dubois
Tél. : 01 40 56 58 44
Mel. : joelle.dubois@sante.gouv.fr

N°00264

Paris le 6 mars 2007

**La Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins**

à

**Mesdames et messieurs les directeurs
Agences régionales de l'hospitalisation
Pour information et transmission
aux établissements de santé**

Objet : Campagne tarifaire 2007 et conséquences d'ordre technique en termes de production de l'information liée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés.

PJ : 1 (annexe technique)

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2007 qui prend effet à compter du 1^{er} mars, plusieurs textes réglementaires relatifs aux activités MCO des établissements de santé, et datés du 27 février 2007, viennent d'être publiés au Journal officiel :

- l'arrêté du 27 février 2007 modifiant les arrêtés relatifs au recueil, au traitement et à la transmission des données d'activité médicale MCO (arrêté "PMSI MCO") et d'hospitalisation à domicile (arrêté "PMSI-HAD") ;
- le décret du 27 février 2007 modifiant l'article R162-32 du code de la sécurité sociale fixant les catégories de prestations d'hospitalisation (création d'une nouvelle prestation) ;
- l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification des prestations d'hospitalisation et abrogeant l'arrêté du 5 mars 2006 (nouveaux GHS, supplément...) ;
- et l'arrêté fixant les ressources d'assurance maladie des établissements de santé (arrêté dit "tarifaire" fixant notamment les tarifs de prestations des établissements de santé ex-DG et ex-OQN).

Ces trois premiers textes ont été publiés au JO du 28 février, le dernier au JO du 4 mars 2007.

Par ailleurs, la circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74, du 21 février 2007, décrit à votre intention les différentes composantes de la campagne (progression des objectifs de l'ONDAM, politique tarifaire, incitations...).

L'annexe de la présente instruction est destinée aux établissements. Elle vise d'une part à présenter les nouvelles mesures de campagne et les textes qui les supportent, et d'autre part à donner les consignes pratiques utiles en termes de production d'information d'activité.

En outre, il convient d'attirer plus particulièrement votre attention sur les points suivants :

- s'agissant de classification GHM : a version 10 de la classification des GHM est toujours en vigueur en 2007. Quelques modifications doivent toutefois être signalées : 5 nouveaux GHM sont créés (et deux sont supprimés) et la liste des complications et morbidités associées est modifiée (intégration des diagnostics de démence). L'ampleur de ces modifications étant réduite, cette version 2007 est dénommée version 10b (et non version 11) ;

- s'agissant de la périodicité de transmission des données d'activité : la transmission trimestrielle est remplacée par une transmission mensuelle, prenant effet à compter des données d'activité du mois d'avril. Cette périodicité concerne les établissements ex-DG et ex-OQN et se situe notamment dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée créé par la LFSS 2007 (cf. article L162-21-3 du code de la sécurité sociale).. Cette nouvelle périodicité fait l'objet de la modification essentielle de l'arrêté PMSI-MCO (une modification de même nature concerne également l'arrêté PMSI-HAD) ;

- enfin, trois nouvelles mesures de campagne reposent sur la création d'unités médicales au sein des établissements, et sur la reconnaissance, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), des activités concernées.

Ces mesures sont les suivantes :

- les établissements possédant une unité d'hématologie comportant des chambres équipées d'un système de traitement de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne sont autorisés à facturer un supplément de soins intensifs (STF) pour chaque journée d'hospitalisation du patient dans une telle chambre. Pour bénéficier de ce supplément, il convient que l'établissement pratique une activité d'hématologie le conduisant à prendre en charge des patients dont le traitement induit une aplasie médullaire justifiant la présence du patient dans des chambres équipées du système décrit ci-dessus. La reconnaissance de cette unité doit faire l'objet d'une disposition spécifique dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) de l'établissement ;
- dans le cadre de l'organisation des soins relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, et de la mise en place d'unités neuro vasculaires (UNV) dédiées à cet effet, le supplément de soins intensifs peut être facturé pour chaque journée d'hospitalisation du patient dans l'unité de soins intensifs reconnue de l'UNV, sous réserve que l'état de santé du patient le justifie. Il vous appartiendra d'organiser la création de ces UNV au niveau régional, conformément à la circulaire de la sous-direction de l'organisation des soins à paraître prochainement, dont un projet vous a été soumis pour concertation et avis des acteurs concernés ;
- la prise en charge des sevrages complexes liés aux conduites addictives, et notamment à une dépendance à l'alcool, bénéficie d'un GHS adapté à la longueur des séjours concernés, ainsi qu'à la mobilisation des ressources et des moyens qu'ils nécessitent. Une circulaire relative à l'organisation du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, précisant l'organisation recommandée des structures sanitaires d'addictologie en trois niveaux de gradation des soins est en cours de finalisation Leur reconnaissance doit également faire l'objet d'une disposition spécifique dans le CPOM des établissements concernés. Le GHS pour sevrage complexe ne pourra être facturé que par les établissements reconnus pour leur capacité à offrir une telle prise en charge aux patients présentant une conduite addictive.

Je vous remercie de prendre les dispositions utiles à la mise en œuvre de ces différents éléments, et de bien vouloir me faire part des difficultés éventuellement rencontrées en prenant l'attache de la sous-direction des affaires financières ou de la sous-direction de l'organisation du système de soins, selon le cas.

| *Signature : Mme Annie Podeur – Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Production de l'information médicalisée MCO des établissements de santé Nouveautés dans le cadre de la campagne tarifaire 2007

ANNEXE TECHNIQUE

I. NOUVEAUTÉS DE LA CAMPAGNE TARIFAIRE

En application de l'article L162-22-10 du code de la sécurité sociale,, la campagne tarifaire 2007 prend effet à compter du 1^{er} mars. Si la plupart des mesures nouvelles se traduit par des incitations financières, le support de ces incitations n'est pas unique (création de GHM, consignes de codage, revalorisation des tarifs - GHS, supplément,...). Par suite, la mise à jour et la publication de différents textes réglementaires sont nécessaires à la mise en œuvre de cette nouvelle campagne. Une vision globale de celle-ci nécessite alors un effort de synthèse de ces différents éléments. Avant de donner les consignes de production de l'information liées à cette campagne, ce premier point vise à en résumer les mesures nouvelles induisant des revalorisations tarifaires, en identifiant notamment leur support et leur texte de rattachement.

Les textes concernés sont les suivants :

- arrêté modifiant les arrêtés relatifs au recueil, au traitement et à la transmission des données d'activité médicale MCO et HAD (arrêté "PMSI MCO" et "PMSI-HAD") ;
- décret modifiant l'article R162-32 du code de la sécurité sociale définissant les catégories de prestations d'hospitalisation (création d'une nouvelle prestation) ;
- nouvel arrêté "prestation" relatif à la classification des prestations d'hospitalisation (nouveaux GHS, supplément...);
- arrêté fixant les ressources d'assurance maladie des établissements de santé. Il s'agit de l'arrêté dit "tarifaire", fixant notamment les tarifs de prestations des établissements de santé ex-DG et ex-OQN.

Ces quatre textes portent la date du 27 février 2007.

Il convient de signaler qu'une part importante des mesures nouvelles trouve son fondement dans une modification de l'arrêté "prestation" (nouveaux GHS, nouvelle prestation...), ou passe par une simple revalorisation des tarifs existants, portée par l'arrêté tarifaire (ex : revalorisation d'un GHS existant).

Il convient enfin de rappeler que le modèle de financement des séjours par la tarification à l'activité conduit à associer un tarif (GHS) à chaque GHM. Dans un nombre limité de cas, à un GHM peuvent être associés (sous conditions), deux, voire trois GHS. Lorsqu'une mesure nouvelle conduit à la création d'un nouveau GHM, sa traduction se fait au moyen de l'arrêté "PMSI-MCO" (la classification des GHM en est une annexe). Lorsqu'une mesure nouvelle conduit à la création d'un deuxième GHS pour un même GHM, les modalités de facturation de l'un ou l'autre GHS sont expliquées dans l'arrêté prestation. Cette option du modèle (un GHM/2GHS) est parfois choisie de manière provisoire, dans l'attente d'une confirmation de la pérennité de la mesure, ou d'une évolution significative de la classification des GHM.

Le tableau synthétique des mesures est le suivant :

Campagne tarifaire 2007 - Inventaire des mesures nouvelles et autres nouveautés

Nature	Description	support réglementaire de la mesure		
		Arrêté PMSI MCO	Arrêté "prestations"	Arrêté tarifaire
Plans de santé publique				
Addictologie	Création d'un GHS spécifique pour la prise en charge des sevrages alcooliques complexes	NON	OUI	OUI
Plan Cancer	revalorisation du tarif de 29 GHM dont le DP est un diagnostic de cancer dans au moins 95% des cas (ex_DG +ex_OQN) + revalorisation du GHM 17M08Z (leucémie aigüe) pour étabts ex-DG	NON	NON	OUI
Plan Périnatalité	création d'un supplément "réanimation pédiatrique" (REP)	NON	OUI	OUI
Plan Grand âge	modification de la liste des CMA : intégration des démences	OUI	NON	NON
Plan qualité des soins	revalorisation de l'ensemble des GHS au titre de l'hygiène hospitalière	NON	NON	OUI
Mesures "ponctuelles"				
Chirurgie ambulatoire	financement à 100% de 5 GHM de la CM24 (etabts ex-DG)	NON	NON	Autre : arrêté "fraction tarifaire" du 22/12/06
	Rapprochement des tarifs de 15 "couples" de GHS (CM24/hospit) - étabts ex-DG	NON	NON	OUI
Hématologie	reconnaissance des unités d'hématologie équipées d'un système de traitement de l'air, pour application du supplément STF	NON	OUI	NON
AVC	Création d'unités neurovasculaires, et application du supplément STF dans les unités de soins intensifs	Pas de mention particulière dans l'un de ces textes. En revanche, circulaire prochaine concernant les UNV (et la création d'unités de SI en leur sein).		
Epilepsie	Création d'un GHS spécifique pour les bilans pré-opératoires invasifs des épilepsies traitées par chirurgie	NON	OUI	OUI
Parkinson	Revalorisation du GHS de neurochirurgie du Parkinson des étabts ex-OQN	NON	NON	OUI
Brulures étendues	Revalorisation du GHS de brulures étendues des étabts ex-DG	NON	NON	OUI
SRA/SSC	Poursuite possible de la facturation des supplts SRA et SSC pour les étabts ayant reconnaissance contractuelle. Mesure transitoire	NON	OUI	NON
Prélèvement d'organe	Création d'une nouveau forfait de PO : sur cœur arrêté	NON	OUI	OUI
TUNA	Creation d'un GHS spécifique pour traitement d'une hypertrophie prostatique par radiofréquence (quand inscription CCAM)	NON	OUI	OUI
LONGO	Creation de 3 GHS spécifiques pour hémorroïdectomie par agrafage circulaire par voie anale (technique de Longo) (quand inscription CCAM)	NON	OUI	OUI
Autre cancer	Revalorisation des GHM 12C11Z; 13C05Z - étabts ex-DG - (interventions pelviennes majeures chez l'homme et cancer gynéco)	NON	NON	OUI
	Creation d'un GHM d'exentérations pelviennes pour tumeurs malignes avec/sans CMA	OUI	NON	OUI
Autre périnat	Révision de l'échelle NN1/NN2/NN3	NON	NON	OUI

Mesure Autre				
Prestation externe	Création d'une prestation destinée à rémunérer le recours au "plateau technique hospitalier" à l'occasion de la pratique d'actes "externes"	NON	OUI + modification décret prestation	OUI
Mesure hors campagne				
Interventions pour obésité	Création du GHM d'interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité (10C13Z). Régularisation du GHS créé en septembre 2006.	OUI	OUI	OUI

II. ASPECTS PRATIQUES NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DES NOUVEAUTÉS DE L'ARRÊTÉ PRESTATION

II.1 Création d'unités médicales

II.1.1. Nouvelles reconnaissances contractuelles

Certaines des mesures nouvelles nécessitent, pour voir leur traduction financière mise en œuvre, que l'activité concernée ait fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle par l'ARH dans le cadre du CPOM. Une fois cette opération réalisée, le système d'information de l'établissement doit être mis à jour pour intégrer les unités médicales correspondantes. Le recueil d'information pour chaque séjour requérant cette activité devra comporter un RUM traduisant le passage dans l'unité médicale concernée. Tout passage dans ces unités doit être médicalement justifié. S'agissant des unités médicales autorisant la facturation d'un supplément de soins intensifs, 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.

Les mesures concernées sont les suivantes :

- Facturation d'un supplément soins intensifs (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une chambre d'une unité d'hématologie, équipée d'un système de traitement de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne reconnue par contrat ;
- Facturation d'un supplément soins intensifs (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de soins intensifs et dont l'état de santé relève d'une unité neurovasculaire ;
- Facturation du GHS lié au sevrage addictologique complexe pour tout séjour groupé dans le GHM d'éthylisme avec dépendance, sous réserve que la durée du séjour soit supérieure (ou égale) à 15 jours, et que le patient soit pris en charge dans une unité d'addictologie reconnue par contrat et identifiée.

II.1.2. Mesures dérogatoires SRA/SSC

L'arrêté prestation introduit une mesure dérogatoire et provisoire concernant la facturation dans les établissements ex-OQN (article 6, 7°) : dès lors qu'un établissement non autorisé au titre d'une activité de réanimation obtient la reconnaissance d'une unité de soins intensifs ou de surveillance continue l'autorisant à facturer les suppléments associés (STF ou SRC), il peut continuer à facturer les suppléments SRA et SSC auxquels il était antérieurement éligible du fait de son classement lié aux dispositions de l'arrêté du 29 juin 1978. Cette mesure est valable jusqu'au 29 février 2008.

Dans ce cadre, afin d'associer le supplément adapté à l'option retenue par l'établissement lors du groupage des séjours, des unités médicales spécifiques doivent être définies dans le système d'information de l'établissement : unités soins intensifs, surveillance continue, SRA ou SSC selon l'option retenue, et le type de prise en charge effectué.

II.1.3. Nomenclature des unités médicales

Compte tenu de ces nouveaux éléments, la nomenclature des unités médicales applicable en 2007 est la suivante :

Réanimation	01
Soins Intensifs	02
Surveillance continue	03
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	07
Soins palliatifs	08
Classement ex-OQN soins particulièrement coûteux (SRA)	09
Classement ex-OQN surveillance continue (SSC)	10
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	12
Réanimation pédiatrique	13
Surveillance continue pédiatrique	14
Clinique ouverte	15
Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	16
Unité neurovasculaire hors soins intensifs	17
Soins intensifs en unité neurovasculaire	18
Unité d'addictologie pour sevrage alcoolique complexe	19
Centre d'hémodialyse	21
Centre d'hémodialyse pour enfant	22
Unité d'hémodialyse médicalisée	23

II.2. Nouveau supplément de réanimation pédiatrique

Il est créé un nouveau supplément, de réanimation pédiatrique (REP), facturable pour chaque journée où un patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique spécialisée et que les conditions usuelles nécessaires à la facturation de suppléments de réanimation sont remplies (actes figurant sur la liste des actes de réanimation, à l'exception de la condition relative à l'IGS chez les patients de moins de 16 ans).

Le codage de l'unité médicale 13 "réanimation pédiatrique" pour la prise en charge dans ces unités était possible dès 2006, le supplément facturable étant alors le supplément REA. En 2007, le codage de cette unité médicale dans le RUM conduira à facturation du supplément REP (sous réserve du respect des conditions médicales liées au séjour d'une part, et du respect des conditions d'autorisation liées à l'établissement d'autre part).

II.3 Nouvelle prestation de "sécurité et environnement hospitalier"

En septembre dernier, les GHS 9600 et 9601 ont été créés pour rémunérer les établissements de la mobilisation de moyens générée par le recours à leur secteur opératoire à l'occasion d'actes "externes" réalisés sur des patients ambulants.

Cette mesure dérogatoire (facturation d'un GHS pour une prestation ne nécessitant pas l'hospitalisation d'un patient), conçue dans un contexte d'urgence, est supprimée pour être remplacée par une mesure pérenne et de périmètre mieux limité.

L'article R162-32 du code de la sécurité sociale fixant les catégories de prestations hospitalières facturables dans le cadre de la T2A vient d'être modifié pour ajouter une nouvelle catégorie de prestation aux catégories déjà existantes, afin de rémunérer *"les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier"*.

L'arrêté prestation en précise les termes (article 5 et article 7, IV), et décline cette nouvelle catégorie en trois forfaits :

- un forfait SE1 facturable pour les actes d'endoscopie sans anesthésie générale ou loco-régionale inscrits sur une liste (1) Ce forfait remplace le GHS 9600 ;
- un forfait SE2 facturable pour des actes de "petite chirurgie" sans anesthésie autre que locale, inscrits sur une liste (2). Ce forfait se substitue au GHS 9601 ;
- un forfait SE3 facturable pour des actes inscrits sur une liste (3), nécessitant la mise en observation du patient dans un environnement hospitalier.

Ces forfaits sont facturés en sus des actes CCAM correspondants. De ce fait, leur tarif est le même dans les établissements publics et privés.

Les conditions de production de l'information médicalisée liée à ces prestations sont les suivantes :

- les GHS 9600 et 9601 sont supprimés ;
- l'unité médicale "55" créée pour l'application des GHS 9600 ou 9601 aux résumés réalisés à l'occasion des actes externes est supprimée ;
- la réalisation de l'un des actes isolés mentionnés sur l'une des listes signalées ci-dessus ne donne pas lieu à production d'un RUM, au même titre que tout acte externe réalisé sur un patient ambulancier ;
- le recueil d'information nécessaire à la facturation est le suivant :
 - o Pour les établissements ex-DG :

Dans le cadre de la suppression du taux de conversion¹, les actes externes ne sont plus transmis par Fichsup, mais par un nouveau type de fichier des résumés de facturation des actes et consultations externes (RSFACE) dont le format figure sur le site de l'ATIH. Les forfaits SE seront liés aux actes CCAM qui autorisent leur facturation, lors de la production des fichiers de RSF-ACE.

Le ticket modérateur (TM) applicable au patient respecte les conditions applicables à la facturation de l'ATU soit, 30% sur les actes CCAM et pas de TM sur le forfait lui-même, dans la limite des conditions d'exonération.

- o Pour les établissements ex-OQN :

Les actes donnant lieu à facturation d'un forfait SE donnent lieu à production d'un bordereau de facturation S3404. L'acte CCAM ainsi que le forfait SE y sont portés.

Le ticket modérateur applicable au patient respecte les conditions applicables à la facturation de l'ATU, soit 20% sur les actes et 20% sur le forfait, dans la limite des conditions d'exonération.

III. CLASSIFICATION GHM, FONCTION GROUPAGE ET CONSIGNES DE CODAGE

III.1. Classification GHM (V10b)

La version 10 de la classification des GHM reste en vigueur en 2007. Quelques modifications mineures y sont toutefois portées, justifiant l'intitulé de V10b.

- 5 nouveaux GHM sont créés :
- le GHM d'Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité (10C13Z).

¹ Au sujet de la suppression du taux de conversion (des établissements ex-DG), il convient de signaler qu'une nouvelle circulaire, abrogeant les 3 précédentes doit paraître prochainement

En septembre dernier, le GHS correspondant au GHM d'"autres interventions pour obésité" (10C10Z) était scindé sur la base d'une liste d'actes pour donner lieu à définition de deux GHS (3715 et 3716), décrits dans l'arrêté prestation de même date. A l'occasion de la modification mineure de la classification GHM, un GHM est créé pour regrouper les séjours correspondant au GHS 3716 (comportant notamment les interventions de court-circuit gastrique). Le GHS 3715 reste associé au GHM d'"autres interventions pour obésité". A chacun de ces GHM est donc associé un GHS et un seul, selon le modèle général de la T2A. Ces GHS n'ont plus lieu d'être individualisés dans l'arrêté prestation. Seul l'arrêté PMSI est modifié, par le biais du manuel des GHM qui lui est annexé.

- les GHM d'exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies avec/sans CMA

- o pour tumeurs malignes,
- o ou pour affections non malignes,

sont créés, représentant au total 4 nouveaux GHM, en remplacement des deux GHM d'exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomie, avec/sans CMA de la V10 (15C02V/W). Cette modification est liée à la volonté de revaloriser les GHM de cancérologie gynécologique. L'identification des GHM d'exentération pour tumeur maligne répond à ce besoin.

- La liste des CMA est modifiée pour y intégrer les démences. Cette mesure est produite dans le cadre du plan grand âge. Elle concerne l'ensemble des démences, repérées par les codes des catégories F00 à F03 de la CIM-10, et leurs extensions.

III.2. Fonction groupage

La fonction groupage en vigueur à compter du 1^{er} mars 2007 est la version 10.10b

Afin de prendre en compte le délai de déploiement par les SSII de cette nouvelle fonction groupage, une mise à jour des tables dans leur format actuel est réalisée par l'ATIH, permettant à titre transitoire d'appliquer les modifications de GHS prévues pour la campagne 2007, sans modification des sources de la FG 10.10

Cette mise à jour se fera dans les mêmes conditions que celle de septembre 2006. Toutes les tables de groupage seront touchées par cette mise à jour.

Elle ne s'applique qu'aux séjours pour lesquels la date de sortie est postérieure ou égale au 1^{er} mars.

En pratique, si la mise à jour de la FG 10.10b n'est pas réalisée, il faut donc pour l'année 2007 :

- grouper à l'aide de la fonction groupage 10.10 les séjours dont la date de sortie est comprise entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2007 en utilisant les tables dont les dates de génération sont les suivantes :

- DIAG10CR.TAB : 16/10/2006
- ARBREDEC.TAB : 13/03/2006
- CCAMCARA.TAB : 28/08/2006
- GHSINFO.TAB : 18/08/2006
- GESTCOMP.TAB : 01/03/2006

- grouper à l'aide de la fonction groupage 10.10 les séjours dont la date de sortie est postérieure au 1^{er} mars 2007 en utilisant les tables qui seront diffusées dans le courant de la semaine du 26 février.

Il faut noter que certains actes CCAM entraînant la création de nouveaux GHS (arrêté prestation) doivent être publiés en cours d'année. Dans ce cadre, une mise à jour des tables est d'ores et déjà prévue. Celles-ci ne seront plus disponibles que sous le nouveau format, utilisable uniquement avec la FG 10.10b, et dont la mise à jour devra survenir au plus tard le 31 mars 2007.

III.3. Consignes de codage

Les mesures tarifaires prises dans le cadre de l'organisation des soins, visant à améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) résident dans la facturation du supplément de soins intensifs (cf point II.1.1).

Les consignes suivantes accompagnent cette mesure :

- rappel : de façon générale, le codage des diagnostics portés sur les RUM doit être le plus précis possible, tenant compte de l'ensemble des informations du dossier médical des patients, et les codes "sans autre indication" (SAI) doivent être utilisés avec discernement.

S'agissant des AVC, le diagnostic "AVC SAI" porté en diagnostic principal d'un RSS conduit à orienter le séjour dans un GHM d'AVC non transitoire. Or, dans le cadre de la mise en place des UNV visant à organiser une prise en charge précoce des AVC, nombre d'accidents transitoires ont vocation à transiter par ces structures dans lesquelles un diagnostic topographique notamment, sera porté. Le codage "AVC SAI" est donc amené à diminuer, au profit des autres codes CIM-10 plus précis.

Il est rappelé que des pratiques de codage approximatives peuvent être reprochées aux établissements à l'occasion des contrôles menés en application de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Dans ce même souci de précision relative aux informations portées sur le RSS, et dans la perspective de l'évolution de la classification des GHM, des extensions CIM-10 concernant les AVC sont créées par l'ATIH, et utilisables dès le 1^{er} mars. La liste de ces extensions est la suivante² :

- G81.00 Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures**
- G81.01 Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures**
- G81.08 Hémiplégie flasque, autre et sans précision**
- R47.00 Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures**
- R47.01 Aphasie récente, régressive dans les 24 heures**
- R47.02 Aphasie, autre et sans précision**
- R47.03 Dysphasie**

IV. AUTRES CONSIGNES DE PRODUCTION DE L'INFORMATION MÉDICALISÉE

IV.1. Modification de la périodicité de transmission des informations d'activité

Les évolutions de la classification des GHM notamment, signalées dans les points précédents, conduisent à mettre à jour le manuel des GHM annexé à "l'arrêté PMSI-MCO". Mais l'arrêté modificatif de l'arrêté PMSI comporte par ailleurs une évolution importante relative à la périodicité de transmission des données d'activité des établissements :

la transmission trimestrielle initiée en 2004 devient mensuelle à compter du 1^{er} avril 2007.

Cette première transmission concernant les données du mois d'avril interviendra donc, conformément à l'arrêté PMSI, un mois après la fin du mois d'avril, soit au plus tard au 31 Mai.

Cette modification du rythme de transmission des données d'activité concerne également l'activité d'hospitalisation à domicile. Elle répond à deux impératifs :

- la LFSS 2007 a créé un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, afin notamment de suivre en cours d'année l'évolution des dépenses hospitalières, nécessitant ainsi une transmission accélérée des données d'activité,
- la perspective de la facturation directe à l'assurance maladie des établissements ex-DG justifie une accélération du rythme de production des données,
- la gestion de la trésorerie des établissements ex-DG nécessite une fréquence accrue de la production des données, du fait notamment du passage à une fraction du tarif de 50%.

² Cette liste figure sur le site de l'ATIH, avec les autres extensions nouvellement créées. Elle figure également dans la mise à jour du manuel des GHM (annexe à l'arrêté PMSI modificatif).

IV.2. Modification des fichiers transmis

Par instruction en date du 10 juillet 2006, il était rappelé que la transmission cumulative des données d'activité avait pour fonction de permettre l'exhaustivité du recueil d'information (des données non transmises à une date donnée peuvent être transmises lors de la période suivante), mais qu'elle n'avait pas pour but de permettre la modification des informations déjà transmises. La correction d'informations antérieurement transmises reste toutefois possible, dans les conditions rappelées dans ladite instruction (accord de l'ARH, et remplacement des fichiers).

Cette condition reste applicable en l'état aux établissements ex-DG. Elle est notamment motivée par le fait que les données transmises par ces établissements sont directement utilisées, sans autre validation que celle de l'ARH, pour déterminer le montant lié à cette activité, facturé à l'assurance maladie (arrêté versement, produit par l'ARH).

Elle est ajustée pour les établissements ex-OQN qui doivent assurer une double transmission d'information : données de facturation en direction de l'assurance maladie / données d'activité en direction de l'ARH. Dans ces conditions, il est précisé par l'arrêté PMSI MCO, que : *"Lorsque les informations du bordereau de facturation sont modifiées à l'issue de la liquidation par l'assurance maladie, les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale intègrent les modifications qui en résultent dans leurs fichiers de données d'activité. Les fichiers de RSA/RSFA cumulés transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation le mois suivant intègrent alors ces modifications"*.

Cette précision implique que, lorsqu'une modification des données de facturation a été validée par l'assurance maladie (facture liquidée), l'accord de l'ARH n'est pas requis pour modifier les données d'activité correspondantes (RSA/RSFA) à l'occasion de la transmission des données lors de la période suivante. Cette modification reste toutefois impérative, afin que les données d'activité et les données de facturation restent cohérentes.

IV.3. Transferts immédiats sans admission

Dans certaines circonstances, il arrive qu'un patient soit pris en charge dans un établissement de santé avant d'être immédiatement transféré dans un autre établissement, plus adapté à son état de santé (ou simplement moins encombré).

Une question fréquemment posée par les établissements ex-DG intervenant en première intention est alors celle du financement de cette activité, dans la mesure où en cas de non admission du patient, aucun GHS ne peut être facturé. Or, il s'agit souvent d'une activité courte dans le temps, mais souvent consommatrice de ressources,

À titre d'exemple, le cas suivant est souvent évoqué : un patient accidenté sur la voie publique, est adressé dans l'établissement le plus proche et directement pris en charge sans admission, au bloc opératoire dépendant des urgences, avant transfert en réanimation dans un autre établissement.

Il convient de rappeler dans ce cas, que si le premier établissement n'est pas autorisé à faire un RSS pour émarger à un GHS, il est en revanche autorisé à facturer un ATU, ainsi que chaque acte pratiqué, au titre de son activité "externe".

La même réponse doit être formulée dans le cas des nouveau-nés immédiatement transférés depuis la salle de travail (où ils ne sont pas admis), après mise en condition : tous les actes peuvent être facturés au titre de l'activité externe (établissements ex-DG) ou libérale (praticiens intervenant en établissements ex-OQN).

* *

*