

Production de l'information médicalisée MCO en 2006

ANNEXE TECHNIQUE

Remarque liminaire :

Il est rappelé que toute hospitalisation, avec ou sans hébergement, dans le secteur MCO d'un établissement de santé, doit faire l'objet d'un RSS, constitué d'un ou plusieurs RUM. Un RSS doit être produit chaque fois qu'un patient a quitté le secteur d'hospitalisation MCO :

- de l'entité juridique pour les établissements antérieurement sous dotation globale
- de l'entité géographique pour les établissements antérieurement sous OQN.

1. FORMAT DU RUM : RUM 011

Le format de RUM 011 est obligatoire dans les établissements de santé antérieurement sous dotation globale (ex-DG) depuis le 1^{er} janvier 2005. Il le sera pour les établissements antérieurement sous OQN (ex-OQN) à compter du 1^{er} mars 2006¹.

L'ensemble des variables du RUM 011 figure sur le site internet de l'ATIH, et dans le document joint. Seules les nouvelles variables (en référence aux RUM 09 et 10) sont décrites ici. Il convient de rappeler que certaines peuvent être recueillies de manière facultative (voir ci-dessous).

1.1. N° administratif local de séjour :

Il s'agit d'une variable identifiant le séjour hospitalier.

C'est le numéro fourni par le service des admissions de l'établissement pour identifier le séjour du patient. Il ne doit pas s'agir d'un identifiant permanent patient.

Pour les établissements ex-OQN :

On pourra choisir le numéro d'entrée de la facture correspondante.

Pour les établissements ex-DG : comme en 2005, les DIM qui utilisent cette information dans le cadre de la procédure de chaînage², n'auront pas à fournir le fichier HOSP-PMSI lors de la production des fichiers de RSA chaînés par GENRSA.

1.2. Type d'autorisation de l'unité médicale :

Cette variable permet de caractériser les séjours réalisés dans des unités médicales ayant une autorisation, ou reconnaissance contractuelle d'activité particulière. Il est rappelé que l'ensemble des lits de cette unité doit correspondre à cette activité. Ce typage est notamment nécessaire pour l'application du modèle de financement des établissements³.

La liste des unités médicales qui doivent être identifiées est la suivante. Elle est complétée relativement à la liste fixée en 2005 en raison de particularités de financement prenant effet à compter du 1^{er} mars 2006. Un arrêté modifiant l'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO dit "arrêté prestations" expose ces nouvelles modalités de financement (liées notamment à l'activité de dialyse). Cet arrêté paraîtra courant février.

¹ Pour des raisons liées au calendrier de la campagne tarifaire des établissements de santé, la mise en œuvre des nouvelles versions à venir de la classification des GHM ou du format de RUM interviendront désormais au 1^{er} mars.

² Circulaire N° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers

³ En toute rigueur, à compter de la publication des SROS de 3^{ème} génération, l'autorisation (ou la reconnaissance) concernera une activité et non plus une structure, mais le repérage de la structure dans laquelle s'exerce l'activité est néanmoins nécessaire à des fins de financement

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
Zone de surveillance de courte durée	07
Soins palliatifs	08
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
Centre d'hémodialyse	21
Centre d'hémodialyse pour enfant	22
Unité d'hémodialyse médicalisée	23

Précisions concernant le recueil d'information :

- Il importe que le découpage de l'établissement en unités médicales identifie clairement les unités produisant chacune de ces activités soumises à autorisation (ou reconnaissance contractuelle).
- Cette variable doit être renseignée dès le 1^{er} mars 2006 pour tous les établissements, y compris lorsqu'ils sont en attente d'autorisation (ou de reconnaissance) pour certaines activités.
S'agissant des établissements ex-DG : à compter de la date d'autorisation (ou de reconnaissance), le non remplissage de cette variable entraînera l'absence de calcul des éventuels éléments de facturation (suppléments journaliers par exemple) lors de la mise en œuvre de GENRSA.
S'agissant des établissements ex-OQN : la cohérence entre le nombre de journées donnant lieu à suppléments, produit par la fonction groupage (au moment de la mise en œuvre de AGRAF), et le nombre de suppléments facturés (portés sur les RSF) sera observée. Toute incohérence entre ces deux éléments sera particulièrement étudiée à l'occasion des contrôles d'activité des établissements.
- De façon générale, la production de ces informations (générant pour les établissements, un financement supplémentaire aux GHS) fera l'objet d'une attention particulière à l'occasion des contrôles menés en application de l'article L162-22-18 du Code de la sécurité sociale (CSS).
- Les unités d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire, celles d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit doivent correspondre à des unités autorisées à pratiquer ce type de prise en charge, conformément aux articles D6124-301 à D6124-305 du code de la santé publique.

1.3. Type d'autorisation de lit identifié :

Comme en 2005, cette variable ne concerne que les soins palliatifs.

Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement qui possède une reconnaissance d'activité de soins palliatifs, développe cette activité non pas au sein d'une unité médicale identifiable entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une (ou plusieurs) unité(s) médicale(s) développant un autre type d'activité⁴.

Le code à porter dans ce cas est le code "08".

⁴ Pour information, les équipes mobiles de soins palliatifs seront financées via les MIG.

1.4. Recueil des actes CCAM

Le format de RUM 011 nécessite un codage des actes en CCAM. A compter du 1^{er} mars 2006, le CdAM ne doit plus être utilisé. La version de CCAM utilisable est la version 2.

A l'instar des précédents formats de RUM utilisant la CCAM (format 08 et 010), les variables "code CCAM" "Phase" et "Nombre d'exécutions de l'acte nZa pendant le séjour" sont obligatoires.

Il en va de même de la variable "Activité". A cet égard, il convient de noter que seul le code activité 4 d'un acte ou d'un geste complémentaire présent sur le RUM permet d'orienter un séjour dans l'un des GHM "avec anesthésie" de la version 10 de la classification des GHM.

En revanche, les variables indiquées ci-dessous sont toujours facultatives :

- date de réalisation
- modificateurs
- extension documentaire
- remboursement exceptionnel
- association⁵

Lorsque la variable "date de réalisation" est renseignée, la variable "nombre d'exécutions de l'acte" doit être égale à 1, à l'exception des cas où plusieurs actes sont réalisés le même jour.

Si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes au cours du même séjour, il convient de renseigner plusieurs "zones d'actes" (une pour chaque journée de réalisation de l'acte).

Cette modification du recueil des actes (en CCAM) peut ainsi conduire à accroître sensiblement le nombre de zones d'actes renseignées au cours d'un même séjour.

En 2006, le nombre maximal de zones d'actes est maintenu à 99.

A l'exception de la date de réalisation, ces variables relatives aux actes sont liées au codage avec la CCAM et répondent aux définitions du guide de lecture et de codage de la CCAM.

Il convient ainsi de signaler que le chapitre 19 de la CCAM ayant pour seule vocation la facturation des actes techniques médicaux (honoraires des médecins libéraux ou activité hospitalière externe), n'est pas pris en compte dans le cadre du PMSI. La présence d'actes en YYYY dans le RSS (tolérée pour permettre la cohérence avec les fichiers de facturation) ne permet pas d'obtenir un groupage correct ou le paiement de suppléments si les codes correspondants existant dans les chapitres 01 à 18 de la CCAM ne sont pas mentionnés.

Enfin, il est rappelé qu'il est recommandé de ne pas se limiter au codage des seuls actes classants au sens de la classification des GHM. En particulier, s'agissant des séjours de moins de 2 jours, les actes codables en CCAM, traduisant une mobilisation significative de ressources hospitalières doivent être portés sur les RUM (voir à ce sujet guide méthodologique de production des résumés de sortie).

2. SITE INTERNET DE L'ATIH : V10 ET PRODUCTION DES RUM

Rappel : la version 10 de la classification des GHM entre en application à compter du 1^{er} mars 2006.

A l'occasion de sa mise en œuvre, il est recommandé de consulter le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr) qui comporte des informations indispensables à la production des RUM. Ces informations sont signalées ci-dessous.

2.1 Consignes de codage et extensions de codes de la CIM pour la version 10 des GHM

2.1.1 Consignes de codage :

Elles concernent les points suivants :

⁵ Le libellé de cette variable est modifié relativement au libellé requis depuis le 1^{er} janvier 2005, en raison des nouvelles dispositions tarifaires liées à la version 1 de la CCAM et maintenues dans le cadre de la version 2. Dispositions générales et diverses de la CCAM, définies dans la décision du 18 juillet 2005 de IUNCAM : voir notamment livre III article III-3

- séances d'irradiation
- codage des séjours d'accouchement et d'*ante partum*
- diagnostic relié
- chimiothérapie pour leucémie
- séjours pour intervention chirurgicale de confort
- pose de stimulateur du système nerveux

Le respect de ces consignes est nécessaire au groupage des informations médicalisées du séjour dans le GHM adéquat. Il y sera fait référence lors des contrôles menés en application de l'article L162-22-18 du CSS.

2.1.2. Codes de la CIM 10 étendus

Créés à l'occasion de la V10, ces codes s'ajoutent aux codes étendus créés pour les versions 4 à 9 des GHM (voir site ATIH). Ils doivent donc être intégrés dans les outils de codage des établissements.

2.2. Fonction groupage et contrôles portant sur les actes

Les contrôles inclus dans la fonction groupage (FG) et portant sur les actes sont complétés et modifiés avec la nouvelle fonction groupage (FG 10.10).

Avec la version 10, les contrôles sont les suivants :

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

- 111 code d'activité autre que 4 inexistant pour l'acte CCAM
- 112 geste complémentaire sans acte principal correspondant

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

- 43 code d'acte ne respectant pas le format de la CCAM
- 73 acte n'ayant jamais existé dans la CCAM
- 78 date d'entrée du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM
- 79 date de sortie du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM
- 103 code d'activité d'un acte CCAM non renseigné ou valeur erronée
- 110 activité 4 inexistante pour l'acte CCAM

(pour mémoire, avec la version 9 des GHM, les contrôles étaient les suivants :

Contrôles obligatoires (erreurs bloquantes)

- 43 code d'acte ne respectant pas le format de la CCAM

Contrôles facultatifs (erreurs non bloquantes)

- 73 acte n'ayant jamais existé dans la CCAM
- 78 date d'entrée du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM
- 79 date de sortie du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM
- 103 code d'activité de l'acte CCAM non renseigné

3. FICHIERS COMPLÉMENTAIRES

Ce point concerne uniquement les établissements de santé antérieurement sous dotation globale. Les établissements antérieurement sous OQN transmettent l'équivalent de ces informations par le biais des bordereaux de facturation (S3404) et des RSF : RSF-P d'ores et déjà opérationnel s'agissant des DMI, RSF-H, dont la date de mise en œuvre est encore à préciser (mai ou juillet 2006) s'agissant des médicaments

Rappel :

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les établissements antérieurement sous dotation globale sont invités à produire et transmettre aux ARH des fichiers de données concernant les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI), permettant de suivre ces consommations par séjour.

Le format de ces fichiers est rappelé ci-dessous. Il convient de rappeler que les médicaments et les DMI qui doivent être portés dans ces fichiers sont au minimum ceux qui figurent sur les listes des médicaments (codes UCD) et DMI (codes LPP) financés "en sus" des GHS.

Médicament

Libellé	Taille	Position
Numéro Finess	9	1-9
N° Administratif de séjour	20	10-29
Code UCD	9	30-38
Quantité consommée	9	39-47
Montant	9	48-56

DMI

Libellé	Taille	Position
Numéro Finess	9	1-9
N° Administratif de séjour	20	10-29
Code LPP	9	30-38
Quantité	3	39-47
Montant	9	48-56

Nouveauté :

A compter du 1^{er} janvier 2007, le financement en sus des médicaments et DMI dans le cadre de la T2A sera exclusivement généré à partir de ces fichiers complémentaires. En d'autres termes, la production de ces fichiers en réponse au besoin de financement est obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2007.

Néanmoins, à compter du 1^{er} janvier 2006, doit être mis en œuvre le contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations conclu entre établissements de santé et ARH (conformément à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale et au décret n° 2005-1023 du 24 août 2005). Dans ce cadre, le suivi de la consommation de ces produits par indication notamment doit être assuré. Une circulaire en cours de publication, sur le sujet du bon usage, préconise à ce titre d'implémenter les fichiers complémentaires ci-dessus. La production de ces fichiers en réponse à cet objectif doit donc être effective en 2006.

Afin de laisser aux établissements le temps nécessaire à la montée en charge de la réalisation de ces deux objectifs conjugués, il est demandé de produire :

- les fichiers relatifs aux médicaments au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2006
- les fichiers relatifs aux DMI au plus tard à compter du 1^{er} octobre 2006.

Dans la mesure où le financement en sus des médicaments et DMI est lié dès 2006 au respect par les établissements de leurs obligations contractuelles, il importe que les établissements respectent impérativement ces échéances.

Ainsi, à compter de ces dernières dates, les établissements ne seront plus tenus de transmettre l'information correspondante (médicaments et DMI) via FICHSUP. Afin d'éviter un double compte, si

les établissements continuaient néanmoins à renseigner FICHSUP parallèlement à la transmission des fichiers complémentaires, seules les informations de FICHSUP serviraient à définir le montant du financement en sus (les informations portées dans les fichiers complémentaires servant alors à apprécier le respect par les établissements de leurs obligations liées au bon usage).

Des informations complémentaires sur ce point seront fournies avec la mise en œuvre de FICHSUP.