



## MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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)

Personne chargée du dossier :  
Dr Joëlle DUBOIS  
Tél. 01.40.56.58.44  
Mél. [joelle.dubois@sante.gouv.fr](mailto:joelle.dubois@sante.gouv.fr)

N°00284

Paris, le 14 avril 2008

**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 2008 – Nouveautés de production de l'information liée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés.***

***PJ : 2 (annexes techniques)***

Différents textes réglementaires relatifs à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé ayant une activité MCO viennent d'être publiés. Il convient ainsi de citer les textes suivants :

- arrêté du 25 février 2008 modifiant l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (**dit arrêté "prestation"**)
- arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (**dit arrêté "tarifs"**)

Ainsi que :

- l'arrêté du 25 février relatif aux modalités de disparition progressive du coefficient de haute technicité des établissements de santé privé mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris en application du IV de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- et l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du CSS (**dit arrêté "versement"**).

Par ailleurs, la circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé décrit à votre intention les différentes

composantes de la campagne (progression des objectifs de l'ONDAM, politique tarifaire, incitations, convergence, MIGAC...).

Enfin, à côté de ces textes directement en lien avec la campagne tarifaire, il faut signaler la publication de

- l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (**dit arrêté "PMSI-MCO"**).

Les annexes de la présente instruction sont particulièrement destinées aux établissements de santé, et notamment aux responsables de l'information médicale, afin de faire un point sur les nouveautés de la campagne 2008.

Dans ce cadre, l'annexe 1 décrit le contenu du nouvel arrêté PMSI et ses nouveautés en termes de production de l'information médicalisée.

L'annexe 2 décrit les nouvelles mesures de campagne et leur traduction dans le modèle de financement des établissements (création de GHM, de GHS...). Cette annexe reproduit, en la précisant sur certains points, l'annexe II de la circulaire tarifaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 sus citée.

Je vous remercie de bien vouloir transmettre ces éléments aux établissements MCO de votre région, et de bien vouloir me faire part des éventuelles interrogations ou difficultés rencontrées dans l'application des diverses consignes en prenant, le cas échéant, l'attache de la sous-direction des affaires financières.

*Signature : Annie PODEUR*  
*Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

# Production de l'information médicalisée MCO des établissements de santé - Nouveautés 2008

## ANNEXE TECHNIQUE n°1 :

### Arrêté PMSI MCO et conséquences

#### 1. Contenu du nouvel arrêté

Le nouvel arrêté PMSI-MCO du 22 février 2008 est relatif au **recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes**, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

Sans traiter de l'utilisation finale des informations produites, l'arrêté est construit en réponse aux besoins du modèle de financement à l'activité des établissements de santé. Il décrit ainsi le dispositif de production, traitement et transmission des informations de la façon suivante :

❖ Un schéma cible :

Les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) produisent deux types d'informations :

- des informations d'activité, de nature médicale,
- des informations de facturation

❖ Un schéma transitoire :

Si l'ensemble des établissements de santé ayant une activité MCO est soumis à la tarification à l'activité (à l'exception des hôpitaux locaux), à ce jour, les modalités de leur financement ne sont pas superposables. S'agissant des établissements ex-DG, et dans l'attente de la facturation directe de leur activité à l'assurance maladie, certains fichiers de facturation ne peuvent actuellement être produits. Des fichiers alternatifs sont donc constitués.

*L'article 8* de l'arrêté décrit ces mesures transitoires, et régularise notamment la production de certains fichiers de données médicales et de données de facturation (fichsup, fichcomp, RSF-ACE...) créés antérieurement par voie de circulaire.

*L'article 9* de l'arrêté traite en outre des mesures dérogatoires concernant certaines catégories d'établissements (voir point 2 ci dessous).

*Pour information :* la Commission nationale de l'informatique et des libertés, saisie sur le projet d'arrêté a rendu un avis n'appelant aucune observation particulière au regard de la protection des données à caractère personnel produites. Cet avis a été rendu en date du 21 février (et publié au JO du 29 février 2008).

#### 2. Mesures dérogatoires

Deux catégories d'établissements de santé disposent de mesures dérogatoires dans la production des informations décrites dans l'arrêté PMSI : les hôpitaux locaux et les établissements (ex-OQN) ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse (associations de dialyse).

##### 2.1. Hôpitaux locaux

Les hôpitaux locaux (ainsi que les établissements publics de Mayotte et Saint Pierre et Miquelon) ne produisent que leurs informations d'activité, à l'exclusion donc de leurs données de facturation.

## 2.2. Associations de dialyse

Les associations de dialyse mentionnées ci-dessus ne produisent que leurs données de facturation, à l'exclusion de leurs données d'activité.

Tout comme pour les autres établissements, les informations de facturation seront produites sous forme de RSF. Un travail d'accompagnement de ces établissements dans la production des RSF est actuellement en cours, en collaboration notamment avec l'ATIH.

Les RSF produits concerneront l'activité réalisée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Les outils permettant la production de ces informations seront prochainement mis à disposition des établissements.

Le démarrage de la transmission des RSF devra intervenir au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2008 (avec effet rétro actif au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

## 3. Nouveautés dans la production d'information

### 3.1 Production d'un RSF (ou RSF-ACE) pour les prestations de type ATU,FFM,D, et SE

L'arrêté prévoit la production de données d'activité et de facturation pour chacune des prestations donnant lieu à financement (mentionnées à l'article R162-32 du code de la sécurité sociale).

Parmi celles ci, les prestations ATU, FFM, D et SE faisaient auparavant l'objet d'une production d'information différente selon le secteur d'hospitalisation (ex-DG ou ex-OQN).

**Établissements ex-DG** : le recueil était opéré par le fichier FICHSUP, mais la circulaire de généralisation de la suppression du taux de conversion avait engagé un recueil sous forme de RSF-ACE. Ce recueil est désormais confirmé et les modalités pratiques détaillées sur le site de l'ATIH (voir "Evolution des formats PMSI MCO de secteurs ex-DG et ex-OQN en 2008", ainsi que "Informations complémentaires sur les remontées 2008").

A titre transitoire, la double production des fichiers FICHSUP et RSF-ACE (RAFAEL) sera maintenue jusqu'à la fin de l'année. Le maintien de la production du fichier FICHSUP est notamment motivé par la nécessité de suivre l'évolution de l'exhaustivité du recueil des prestations concernées (ATU, FFM, D et SE).

#### Établissements ex-OQN :

La production de RSF pour les prestations qui ne donnent pas lieu à production de RSS (ATU,FFM, SE et D) est une nouveauté pour les établissements ex-OQN.

Pour certains établissements, la configuration de leur applicatif PMSI les contraint à produire un RSS<sup>1</sup> pour pouvoir produire un RSF, mais seules les informations RSF sont obligatoires.

Les informations pratiques concernant ce sujet sont disponibles sur le site de l'ATIH (références : "Evolution des formats PMSI MCO de secteurs ex-DG et ex-OQN en 2008", ainsi que "Informations complémentaires sur les remontées 2008").

### 3.2. Prestations d'IVG produites à partir des RSA

Ce point concerne les établissements ex-DG pour lesquels la valorisation des prestations d'IVG se faisait à ce jour sur la base des informations produites dans le fichier FICHSUP (informations déclaratives de type AMD, IMD<sup>2</sup>...).

Désormais, la valorisation de ces prestations sera opérée sur la base des RSA produits. Une conversion des RSA en prestations IVG (AMD, IMD,...) sera automatiquement réalisée par MAT2A lors des

<sup>1</sup> Dans ce cas, seules les informations N° FINESS, version du RUM et n° de RSS sont à renseigner. Les informations "nombre de zones d'actes" et "nombre de diagnostics" doivent être portées à 0. Les autres informations doivent être renseignées par des caractères blancs (' ').

<sup>2</sup> Pour mémoire, AMD = forfait pour une IVG avec AG, pour une durée égale ou inférieure à 12 heures, IMD = forfait pour une IVG sans AG, pour une durée égale ou inférieure à 12 heures...

opérations de valorisation d'activité. A titre transitoire, la production des prestations d'IVG via FICHSUP sera également maintenue en 2008.

### **3.3 Nouveau format du RUM**

Un nouveau format de RUM (013) est applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2008.

Le détail de ce nouveau format (recueil de l'âge gestationnel, numéro de RUM...) est disponible sur le site de l'ATIH, ainsi que dans le guide méthodologique de production des informations du PMSI.

Le détail des informations du RUM figurait auparavant dans le corps de l'arrêté PMSI. Dans sa nouvelle présentation, un renvoi de ces informations dans le guide méthodologique annexé à l'arrêté a été privilégié.

Les mises à jour à venir en seront ainsi facilitées.

# Production de l'information médicalisée MCO des établissements de santé - Nouveautés dans le cadre de la campagne 2008

## ANNEXE TECHNIQUE n°2

### **Avertissement :**

*Le point I de cette annexe reprend les points 1,2 et 3 de l'annexe II "modalités de fixation des éléments de tarification" de la circulaire tarifaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/ 2008/82 du 3 mars 2008.*

*Cette annexe replacée dans ce document, est destinée à informer les responsables de l'information médicale des établissements de santé des mesures nouvelles de la campagne tarifaire 2008, et de leur traduction dans le modèle de financement à l'activité (GHM, GHS ou autre).*

*Certaines précisions ont été insérées relativement à l'annexe de la circulaire tarifaire. Afin de les identifier, ces précisions sont portées en italique.*

*Des informations complémentaires en termes de production d'information médicalisée font l'objet du point II de la présente annexe.*

### **I. Modalités de fixation des éléments de tarification**

Les mesures tarifaires nouvelles passent par différents vecteurs, utilisant les différentes modalités de financement de l'activité MCO. Les mesures 2008 sont les suivantes :

#### **1. Évolution de la classification des GHM**

La classification servant de base à la description des prises en charges d'hospitalisation est la version 10 de la classification des GHM. En 2007, quelques évolutions mineures, conduisant notamment à la création de nouveaux GHM avaient conduit à définir une version V10B de la classification.

En 2008, une version V10C est développée, comportant quelques nouveaux GHM permettant une meilleure description de certaines activités et prolongeant des travaux menés avec les professionnels : les GHM "convulsions, épilepsies et céphalées" sont remplacés par plusieurs GHM d'épilepsie, de migraine et convulsions hyperthermiques, un nouveau GHM de séances d'aphéreses est créé, ainsi qu'un nouveau GHM de transplantation, destiné à décrire les activités de greffe nouvellement apparues (greffe d'intestin notamment). Enfin, afin de prendre en compte les particularités d'activité liées à l'âge, le GHM de cathétérisme cardiaque est scindé sur le critère d'âge (18 ans).

#### **2. Évolution de la classification des prestations**

##### **2.1. Les GHS**

Le modèle général de financement des prises en charge d'hospitalisation associe un tarif (GHS) à chaque GHM. Dans un nombre limité de cas, deux, voire 3 GHS sont associés à un même GHM pour financer de manière adaptée des prises en charge mal décrites par les GHM.

En 2008, ces modalités tarifaires sont utilisées pour répondre aux cas suivants :

- un GHS de sevrage complexe est créé pour les addictions non liées à l'alcool ; pour mémoire, un GHS de sevrage complexe avait été créé en 2007 pour les addictions éthyliques ; ces GHS sont

créés dans le cadre du plan addictologie ; le tarif du GHS de sevrage complexe, comme celui du sevrage simple sont désormais identiques pour toutes les addictions, affichant ainsi l'unicité de la pratique addictologique ;

- un GHS d'irradiation corporelle totale (ICT) est créé pour mieux financer cette technique spéciale de radiothérapie ;
- un GHS de thermocoagulation utérine (thermakoïce) est créé, permettant de financer de manière adaptée ce type de prise en charge gynécologique courte ;
- deux GHS sont créés pour financer la prise en charge inhérente à la pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire (cœur artificiel) ; le financement du dispositif lui-même relève encore en 2008 d'une enveloppe MIGAC, dans l'attente de son inscription sur la liste des prestations et produits remboursables ;
- enfin, un GHS de chimiothérapie non tumorale est créé afin de permettre une valorisation adéquate des prises en charge concernées.

*Pour information : il s'agit ici de prises en charge différentes des "séances de chimiothérapie", réalisées chez des patients non atteints de cancer.*

*Nota : l'arrêté du 25 février 2008 modifiant l'arrêté "prestations" du 27 février 2007, précise les critères qui permettent la facturation des nouveaux GHS créés (selon les cas, diagnostic ou actes figurant dans le RSA lié au séjour).*

## **2.2. Les forfaits sécurité environnement (forfaits SE)**

En 2007, une nouvelle catégorie de prestations a été créée, destinée notamment à rémunérer la mobilisation du secteur opératoire ou d'un plateau technique particulier d'un établissement de santé à l'occasion d'un acte technique médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes. Trois catégories de forfaits (SE1, SE2 et SE3) étaient ainsi facturables, sous réserve que l'acte réalisé figure sur une liste définie (respectivement listes 1, 2 et 3 de l'annexe 9 de l'arrêté "prestations").

En 2008, une évolution de ces listes intervient, pour prendre en compte, d'une part, les modifications intervenues dans la CCAM et, d'autre part, les conclusions des travaux techniques effectués sur ces listes en concertation avec les fédérations hospitalières.

Par ailleurs, un quatrième forfait (SE 4) est créé, pour rémunérer de façon adaptée les saignées thérapeutiques, tout en limitant la facturation induite d'un GHS pour des prises en charge externes.

*Précisions concernant la production d'information liée au forfait SE4 :*

*Le montant du forfait SE4 est de 20€.*

*La facturation du forfait SE4 est conditionnée à la réalisation de l'acte CCAM FEJF003 de "saignée thérapeutique" et à lui seul. Par ailleurs, l'association d'une consultation médicale (C ou Cs) à l'acte CCAM FEJF003 et au forfait SE4 n'est pas autorisée.*

Enfin, les règles de cumul de ces forfaits sont précisées : deux forfaits peuvent être cumulés lorsque deux ou plusieurs actes inscrits sur les listes sont réalisés, à condition que ces listes soient différentes (forfaits différents). Dans ce cas, le montant du forfait le moins élevé est minoré de 50 %.

## **2.3. Les forfaits de prélèvement d'organes**

Les forfaits de prélèvements d'organes étaient à ce jour déclinés en 4 niveaux, fonction notamment du type et nombre d'organes prélevés. Désormais, 10 niveaux de forfait sont définis afin de rémunérer séparément les équipes qui prélèvent le ou les organes, notamment lorsque ces équipes proviennent d'un autre établissement que celui où est pratiqué le prélèvement. Cette modulation est effectuée à enveloppe constante.

## 2.4. Les forfaits de dialyse

Les autorisations concernant l'activité de dialyse étant désormais toutes délivrées, la liste provisoire des forfaits de dialyse en centre facturables avant autorisation est supprimée. Seule est maintenue la liste fixant les forfaits versés aux établissements autorisés.

Par ailleurs, les structures de dialyse hors centre peuvent désormais facturer les forfaits d'entraînement à la dialyse péritonéale qui n'étaient jusqu'à présent facturés que par les structures de dialyse en centre.

***Précision** : ces forfaits d'entraînement (à la dialyse péritonéale automatisée –DPA – et à la dialyse péritonéale continue ambulatoire – DPCA), répondent aux codes prestations D20 et D21 lorsqu'ils sont réalisés hors centre, D18 et D19 lorsqu'ils sont réalisés en centre.*

*Pour les établissements ex-OQN les actes CCAM réalisés par les médecins salariés au cours d'une séance d'entraînement peuvent être facturés par l'établissement en sus de ces deux nouveaux forfaits, dans les mêmes conditions que celles des forfaits D18 et D19<sup>3</sup>.*

## 2.5. Le supplément pour réanimation pédiatrique

Alors que le processus d'autorisation est finalisé pour la réanimation adulte, le calendrier réglementaire permet de délivrer les notifications d'autorisation pour la réanimation pédiatrique jusqu'en janvier 2009. A titre transitoire pour l'année 2008, un dispositif analogue à celui qui avait été admis en 2007 pour la réanimation adulte est donc mis en place, afin de permettre aux établissements concernés de continuer à facturer ces suppléments REP.

## 2.6. Le forfait d' "accueil et de traitement des urgences" (ATU)

Ce forfait ATU est facturable dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient par la structure des urgences de l'établissement de santé. Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales.

## 3. Modulations tarifaires

### 3.1. Rapprochement de certains tarifs d'hospitalisation complète et de chirurgie ambulatoire pour les établissements anciennement financés par dotation globale

Conformément à la recommandation n° 2006-29 du conseil de l'hospitalisation, des mesures de modulations tarifaires ont été prises pour 2007 afin d'encourager le développement de la chirurgie ambulatoire en rendant ses prestations plus attractives par comparaison avec celles de l'hospitalisation complète. Dans ce but, il a été opéré un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours, l'écart entre les tarifs au sein de ces couples étant réduit de 50 %.

Cette mesure destinée à inciter les établissements de santé à développer les pratiques ambulatoires est poursuivie en 2008. La méthode est adaptée afin de moduler le rapprochement des tarifs des GHM concernés en fonction du degré de similitude, au sein de chaque couple, des prises en charge chirurgicales effectuées dans les GHM du couple. Plus la similitude est élevée, plus les tarifs sont rapprochés.

<sup>3</sup> Voir à ce sujet la *Lettre- réseau assurance maladie LR-DDGOS-73-2006*.



Ce rapprochement, basé sur des critères médicalisés et sur le choix de faire converger le tarif de l'hospitalisation classique vers le tarif de l'hospitalisation courte, permettra de dégager des économies sur le secteur public par un double mécanisme :

- un effet direct de baisse des tarifs de l'hospitalisation complète ;
- un effet de substitution de séjours courts aux séjours de plus de deux jours.

La mesure ainsi proposée présente l'intérêt d'inciter au développement de la chirurgie ambulatoire sans faire obstacle à une prise en charge appropriée des malades qui relèvent de l'hospitalisation complète. Par ailleurs, cette incitation devrait induire des modifications des pratiques dans le sens d'un raccourcissement des séjours actuellement davantage réalisé dans le secteur privé.

*Pour information, la liste de 15 "couples" de GHM est la suivante :*

- *libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels*
- *interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie*
- *amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans*
- *ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA*
- *interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA*
- *résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur et résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur*
- *interventions sur la main et le poignet pour kyste*
- *interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA synovial*
- *arthroscopies*
- *interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans*
- *circoncisions*
- *interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA*
- *dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes*
- *ligatures tubaires par laparoscopie ou cœlioscopie*
- *affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires*

### **3.2. Revalorisations ciblées**

Elles concernent les points suivants :

- la revalorisation des tarifs applicables dans le secteur privé pour les deux GHS de nouveaux-nés de plus de 2,5 kgs ;
- l'ajustement des deux GHS existant pour l'activité d'autogreffe de moelle : le GHM concerné présente deux GHS, scindés sur la durée de séjour (12 jours). Le GHS "bas" (durée de séjour <12 jours) est revalorisé afin de mieux prendre en compte le coût important des premiers jours de prise en charge ; cette revalorisation est réalisée à enveloppe constante, le GHS "haut" (DS > 12 jours) étant ajusté en conséquence ;
- la revalorisation des prestations d'interruption volontaire de grossesse (IVG) : le tarif de ces prestations évolue en dehors du modèle tarifaire T2A ; ces prestations n'avaient pas été revalorisées depuis 2004 (arrêté du 23 juillet 2004) ; une étude de coûts récente ayant montré la sous valorisation des IVG instrumentales, la demande de revalorisation des professionnels a été entendue comme je l'ai annoncé en début d'année ; une augmentation d'environ 20% du tarif de ces IVG est donc réalisée ; les IVG médicamenteuses conservent leur tarif ; cette revalorisation fait l'objet d'un arrêté spécifique ;
- la revalorisation des prestations de dialyse hors centre, destinée à favoriser le développement de cette activité selon cette modalité, plus souple pour les patients, d'un point de vue organisationnel : le tarif des prestations de dialyse péritonéale (DPA, DPCA, et entraînement à la DPA et DPCA), ainsi que d'hémodialyse à domicile sont augmentés de 2%. Les tarifs de dialyse en centre augmentent de 0,3%.

*Précision relative à la revalorisation des IVG instrumentales :*  
*L'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse est en cours de modification. L'arrêté modificatif sera publié d'ici le 15 avril 2008.*

## **II. Autres nouveautés de production d'information médicalisée**

### **1. Unités médicales (UM)**

#### **1.1. Nomenclature des unités médicales**

La variable "type d'autorisation de l'unité médicale" ne figure plus dans le RUM (format 013). En revanche, la production par les établissements du fichier d'UM est obligatoire pour que la fonction groupage calcule correctement les suppléments (REA, STF...) ainsi que certains GHS (soins palliatifs, sevrage complexe).

La nomenclature des UM est rappelée au point 1.2 ci-dessous.

#### **1.2. Unités médicales de court séjour gériatrique**

Deux nouvelles UM sont créées :

-UM 24 : court séjour gériatrique

-UM 25 : Hospitalisation de jour gériatrique

Contrairement à la plupart des autres UM, l'identification de ces UM de gériatrie ne répond pas à un besoin de calcul d'une modalité de financement particulière. Elle répond en revanche à un besoin de suivi d'activité dans ce secteur.

Le plan de santé publique "solidarité grand âge", initié en 2007 (plan 2007-2011) prévoit le développement et le financement de services ou de lits de court séjour gériatrique, ainsi que d'unités d'hospitalisation de jour gériatrique au sein des unités de court séjour gériatrique.

Les données d'activité produites dans les RSA seront utilisées pour suivre le déploiement du plan dans les régions.

A cet effet, une mise à jour des tables de la fonction groupage sera réalisée et mise à disposition des établissements au cours du mois de mai 2008. Le rattachement d'activité à ces nouveaux types d'UM peut ainsi être attendu sur les données produites à compter de juin 2008.

La validation par l'ARH du nouveau fichier d'UM pour les établissements concernés devra être réalisée dans ce calendrier.

La nomenclature des unités médicales est donc la suivante :

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
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 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

## **2. HAD et transfert : conditions de facturation**

L'arrêté "prestations" du 27.02.2007 précise au II de son article 6 les conditions de facturation des prestations d'hospitalisation à domicile (HAD).

Ainsi, "un GHT est facturé pour chaque journée ou le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsqu'il est hospitalisé moins d'une journée, un forfait est facturé. Il peut être facturé en sus d'un GHS de la CM24 ou 28 ou d'un SE."

Par ailleurs, s'agissant de prestations HAD, l'article 8 du même arrêté précise que "pour la facturation des GHT, les transferts comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé interrompent le séjour HAD et, dans ce cas, par dérogation aux dispositions du II de l'article 6, aucun GHT ne peut être facturé le jour du transfert du patient."

Les précisions qui sont ici portées concernent la notion de "transfert" : au plan juridique, le transfert désigne des mouvements de patients quelle que soit la structure (entité juridique, établissement, service...) d'accueil.

Ainsi, si dans le cadre du PMSI, les modes d'entrée/sortie du patient en MCO distinguent les transferts des mutations, cette distinction n'existe pas dans le cadre de l'arrêté prestations. La notion de transfert doit donc être entendue au sens large, juridique du terme, incluant les mutations (transferts au sein du même établissement).

En conclusion, l'article 8 rappelé ci-dessus doit être lu de la façon suivante : pour la facturation des GHT, les transferts (ou mutations) comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé interrompent le séjour HAD et, dans ce cas, par dérogation aux dispositions du II de l'article 6, aucun GHT ne peut être facturé le jour du transfert (ou de la mutation) du patient."

## **3. Précision concernant la facturation lors d'une prise en charge en UHCD**

L'arrêté prestations du 27.02.07 précise au 3° de son article 6 les conditions de facturation des prises en charge en UHCD.

Il est notamment précisé qu'une prise en charge en UHCD non suivie d'une hospitalisation dans un service MCO de l'établissement donne lieu à facturation d'un GHS correspondant à un GHM de la CM24 quelle que soit la durée de séjour dans cette unité (sous certaines conditions relatives à l'état de santé du patient).

En d'autres termes, les séjours de plus de 2 jours en UHCD sont "déclassés" en séjours de la CM24, répondant en cela à la vocation de prise en charge courte de ces unités.

Toutefois, la fonction groupage T2A ne procède à ce déclassement que lorsque la prise en charge en UHCD se conclut par un retour à domicile (mode de sortie 8). En cas de transfert dans un autre établissement pour poursuite de la prise en charge, le séjour de plus de 2 jours dans l'UHCD de l'établissement de départ conduit à un GHM d'une CMD différente de la CM24.

L'arrêté du 25 février 2008 modifiant l'arrêté prestations susmentionné restreint le champ d'application de cette règle aux seules prises en charge en UHCD se concluant par un retour à domicile (mode de sortie 8). Ainsi, en cas de transfert dans un autre établissement pour poursuite de la prise en charge, le séjour de plus de 2 jours dans l'UHCD de l'établissement de départ conduit à un GHM d'une CMD différente de la CM24. Cette modification est conforme aux règles de la Fonction Groupage T2A en

écartant du déclassement des séjours ceux qui sont suivis d'une hospitalisation, y compris dans un autre établissement.

La traduction juridique a consisté à supprimer les mots "de l'établissement" du 3° de l'article 6.