

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

NOR :

ARRÊTÉ du

modifiant l'arrêté du 19 février 2009 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

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-22-6 et R.162-32 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-8, R.1112-56, D.6124-117 à D.6124-120 ;

Vu l'arrêté du 19 février 2009 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 ;

Vu l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique 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 ;

Vu la recommandation n° du conseil de l'hospitalisation en date ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du ;

ARRÊTENT

Article 1er

L'arrêté du 19 février 2009 susvisé est modifié conformément aux dispositions des articles 2 à 7 du présent arrêté.

Article 2

Au 1° de l'article 1er, les mots « l'arrêté du 20 janvier 2009 susvisé » sont remplacés par les mots « l'arrêté du 22 février 2008 modifié 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 » ;

Article 3

Le I de l'article 6 est ainsi modifié :

I.- Le 2° est ainsi modifié :

A- Au f), les mots « l'acte de destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique par voie vasculaire transcutanée a été réalisé (DENF003) ou que » et les mots « sous réserve de leur inscription sur la liste définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, » sont supprimés.

B.- Le dernier alinéa du p) est remplacé par l'alinéa suivant :

« la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 1522 dès lors que l'acte de pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée (DBLF001) ou par abord de l'apex du coeur par thoracotomie sans CEC (DBLA004) a été réalisé. Dans les autres cas, la production du GHM 05K131, 05K132, 05K133, 05K134, 05C081, 05C082, 05C083 ou 05C084, donne respectivement lieu à facturation du GHS 1716, 1717, 1718, 1719, 1454, 1455, 1456 ou 1457. »

C.- Sont ajoutés un r), un s) et un t) ainsi rédigés :

« r) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM d'allogreffe de cornée, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de conjonctivokératoplastie par greffe de membrane amniotique humaine (BDMA006) a été réalisé, la production du GHM 02C091, 02C092, 02C093, 02C094 ou 02C09J donne respectivement lieu à facturation du GHS 460, 461, 462, 463 ou 464 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 02C091, 02C092, 02C093, 02C094 ou 02C09J donne respectivement lieu à facturation du GHS 440, 441, 442, 443 ou 444.

s) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de reconstruction des seins, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire (QEFA013) ou avec lambeau libre musculocutané (QEFA015) a été réalisé, la production du GHM 09C111, 09C112, 09C113 ou 09C114 donne respectivement lieu à facturation du GHS 3362, 3363, 3364 ou 3365 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 09C111, 09C112, 09C113 ou 09C114 donne respectivement lieu à facturation du GHS 3358, 3359, 3360 ou 3361.

t) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, avec ou sans cathétérisme cardiaque ou coronarographie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de remplacement de la valve aortique et de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou par bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC (DBKA009) a été réalisé, la production du GHM 05C021, 05C022, 05C023, 05C024, 05C031, 05C032, 05C033 ou 05C034 donne respectivement lieu à facturation du GHS 1524, 1525, 1526, 1527, 1528 1529 1530 ou 1531 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 05C021, 05C022, 05C023, 05C024, 05C031, 05C032, 05C033 ou 05C034 donne respectivement lieu à facturation du GHS 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436 ou 1437. »

II.- La dernière phrase du dernier aliéna du 4° est supprimée ;

III.- Le 6° est ainsi modifié :

A.- Au a) le nombre « 16 » est remplacé par le nombre « 18 » ;

B.- Au b), les mots « au a, à l'exception de la valeur de l'IGS pour les patients de moins de 16 ans, » sont remplacés par les mots « au c) du 7° » ;

C.- Le d) est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, l'article « D.6124-118 » est remplacé par l'article « D.6124-120 » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« - le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge et le diagnostic établi correspond à un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 ou pour les enfants de moins de 18 ans fixé par la liste 3, figurant en annexe 8. Pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte ; »

IV.- Au c) du 7°, les mots « que trois occurrences d'au moins un des actes » et « ont été effectuées » sont respectivement remplacés par les mots « qu'une occurrence de l'acte » et « a été effectuée » ;

V.- Le 8° est remplacé par les deux phrases suivantes :

« Un supplément dénommé « dialyse péritonéale » (DIP) est facturé en sus d'un GHS pour chaque journée où le patient sous dialyse péritonéale est hospitalisé au sein d'un établissement de santé, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à l'annexe 5. Les séjours dont la date de sortie est égale à la date d'entrée ne peuvent donner lieu à facturation du supplément. »

Article 4

Au premier alinéa du II de l'article 6, les mots « l'arrêté du 20 janvier 2009 susvisé » sont remplacés par les mots « l'arrêté du 22 février 2008 précité ».

Article 5

Le III de l'article 6 est ainsi modifié :

I.- Les mots « ou, dans le cadre de la dialyse péritonéale, pour chaque semaine de traitement. Les forfaits de dialyse péritonéale peuvent être facturés en sus d'un GHS ou d'un SE » sont supprimés.

II. Sont ajoutées les deux phrases suivantes :

« Dans le cadre de la dialyse péritonéale, le forfait DPA (D15) ou DPCA (D16) fixé en annexe 2 est facturé pour chaque semaine de traitement, y compris lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée inférieure à deux jours. Lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée comprise entre 3 et 6 jours, le forfait DPA (D22) ou DPCA (D23) fixé à la même annexe est facturé. »

Article 6

L'article 8 est ainsi modifié :

I.- Le premier alinéa est remplacé par les 5 alinéas suivant :

«Pour le calcul de la durée de séjour du patient et pour la facturation des forfaits mentionnés au 1° de l'article 1er, le jour de sortie n'est pas pris en compte.

Les suppléments mentionnés au 1° du même article sont facturés de la manière suivante :

- lorsqu'au cours de la même journée, le patient est présent dans plusieurs unités ou lits, seul le supplément dont le montant est le plus élevé est facturé ;
- lorsque le patient est présent moins d'une journée dans l'unité ou le lit, un supplément est facturé ;
- le supplément n'est pas facturé le jour de sortie de l'établissement ou de l'unité, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède. »

II.- Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque le patient sort d'un établissement et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à facturation d'un seul GHS. »

III.- Au dernier alinéa, après les mots « 50% de son tarif » sont ajoutés les mots « minoré, le cas échéant, selon les modalités prévues au 4° du I de l'article 6, » ;

IV. Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 28 février 2008 modifié précité, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z, chaque établissement facture sa prestation. »

Article 7

Les annexes 1, 2, 4, 6 et 8 de l'arrêté du 19 février 2009 sont remplacées par les annexes 1, 2, 4, 6 et 8 du présent arrêté.

Article 8

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2010.

Article 9

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports et le directeur de la sécurité sociale au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le

La ministre de la santé et des sports

Le ministre du budget, des comptes publics, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat