

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MR / ME – 1116-3-2010
du– 30 décembre 2010

Objet : Campagne tarifaire et budgétaire 2011 : nouveautés PMSI

ÉMETTEUR :

Service C-IM – départements médicoéconomique et médicoréglementaire

Personnes chargées du dossier :

Dr Joëlle Dubois – joelle.dubois@atih.sante.fr

Dr Nathalie Ducret – nathalie.ducret@atih.sante.fr

Dr Sandra Gomez – sandra.gomez@atih.sante.fr

Dr Jean-François Noury – jean-francois.noury@atih.sante.fr

Dr Antoinette Scherer – antoinette.scherer@atih.sante.fr

Adeline Townsend – adeline.townsend@atih.sante.fr

DESTINATAIRES :

ARS et établissements de santé ayant au moins l'une des activités de soins suivantes :

- médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie,
- hospitalisation à domicile,
- soins de suite et de réadaptation,
- psychiatrie

Copie pour information :

Madame la secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales

Madame la directrice générale de l'offre de soins

RÉSUMÉ :

La présente notice décrit les nouveautés 2011 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie) des établissements de santé.

Textes de référence :

- 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 CSP – Arrêté "PMSI MCO"
- Arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement – Arrêté "PMSI HAD"
- Arrêté du 20 décembre 2010 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L.61113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique – Arrêté "PMSI SSR"
- Arrêté du 29 juin 2006 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique – Arrêté "PMSI psychiatrie"

Mots-clés

Nouveautés PMSI 2011 – mise à jour des guides méthodologiques de production des informations médicalisées – mise à jour des manuels de groupage (MCO, HAD, SSR)

Annexes :

- Annexe 1 : Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité MCO
- Annexe 2 : Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité HAD
- Annexe 3 : Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité SSR
- Annexe 4 : Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité psychiatrie
- Annexe 5 : Nouveautés PMSI 2011 "interchamps"

La campagne tarifaire et budgétaire 2011 des établissements de santé s'inscrit dans la même logique de stabilité des mesures de description et de financement des activités de soins que celle de 2010.

La volonté d'information précoce des établissements relative aux nouveautés introduites pour la campagne à venir est également confirmée.

La présente notice s'inscrit dans ce cadre et vise à informer les établissements de santé des nouveautés du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans leurs différents champs d'activité en 2011.

Elle fait suite à différentes publications récentes sur le site de l'ATIH et sera suivie d'une notice relative aux modalités de financement des établissements (versant prestations), dès lors que les travaux préparatoires et les textes juridiques qui rythment le déroulement des campagnes seront arrêtés. En outre, compte tenu de la volonté de développer l'activité de chirurgie ambulatoire, je vous rappelle l'importance du codage des actes relatifs à cette activité. Ces actes feront l'objet d'un suivi spécifique en 2011 par l'intermédiaire notamment de tableaux de suivi qui seront mis en ligne sur le site de l'ATIH.

S'agissant d'information médicalisée et de traitement de celle-ci, les arrêtés dits "PMSI" des différents champs d'activité (MCO/HAD/SSR/PSY) en constituent le support réglementaire. Pour 2011, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Dans tous les cas, ces actualisations sont liées à des modifications du guide méthodologique ou du manuel qui leur sont annexés. Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui les motivent.

Comme en 2010, cette notice informative est composée des cinq annexes suivantes :

- les quatre premières annexes concernent les nouveautés 2011 de chaque champ d'activité (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) ;
- l'annexe 5 concerne les nouveautés PMSI 2011 "interchamps", en raison de leur application possible à plusieurs champs : il en est ainsi des nouveautés de la CIM-10 ainsi que de la production du fichier VID-HOSP dont le format 2011 évolue pour tenir compte notamment de la mise en œuvre de l'expérimentation sur la facturation individuelle des séjours (FIDES).

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur

A blue ink signature of Housseyni Holla, written in a cursive style, is placed over a light grey rectangular background.

Housseyni Holla

Annexe 1 Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité MCO

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté PMSI MCO en date du 22 février 2008 ne fait pas l'objet de modification particulière. Comme en 2010, seules les annexes 1 et 2 qui lui sont liées sont modifiées :

- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – annexe II – BO n° 2010-5 bis
- Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n° 2010-4 bis.

Ces modifications sont rendues nécessaires par les nouveautés décrites ci-dessous aux points II et III :

- celles du *Guide méthodologique* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence *BO n° 2011-5 bis* ;
- celles du *Manuel des GHM* seront publiées sous la référence *BO n° 2011-6 bis*.

Par souci de lisibilité, il a été décidé de procéder, comme en 2010, à une publication exhaustive de ces deux annexes au *BO*. Celles-ci seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais. Cette publication soulignera sous une forme typographique spécifique les modifications apportées au *Guide méthodologique* afin d'en faciliter le repérage.

Ces annexes seront applicables au 1^{er} mars 2011.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique MCO

Les principales modifications apportées au guide sont regroupées dans les thèmes suivants.

✓ **Infections ostéoarticulaires (IOA)**

Afin de permettre l'identification des patients ayant recours à un centre reconnu pour la prise en charge de patients atteints d'une IOA qualifiée de « complexe », l'ATIH a créé une extension spécifique au code Z76.8 de la CIM-10 (*Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées*) : Z76.800 *Sujet ayant recours aux services de santé après une réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP] ayant établi la complexité d'une infection ostéoarticulaire*.

Les critères de complexité de l'IOA ainsi que l'organisation de la prise en charge par les centres de référence interrégionaux pour la prise en charge des IOA complexes doivent être précisés et actualisés dans une instruction du ministère chargé de la santé dont la publication est prévue pour le mois de janvier.

Le code diagnostique Z76.800 devra donc être inscrit dans le RSS du patient hospitalisé pour la prise en charge de son IOA dès lors que ce dernier aura fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire dans un centre de référence identifié ayant établi le caractère complexe de l'IOA.

✓ **Lactarium**

Un nouveau code CIM-10 étendu créé par l'ATIH devra être porté dans le RSS du nouveau né, pour identifier les nouveau-nés et nourrissons qui bénéficient de lait provenant d'un lactarium : Z76.850 *Enfant recevant du lait provenant d'un lactarium*.

✓ **Innovation**

L'article L165-1-1 du code de la sécurité sociale (CSS) introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la mise en place d'un dispositif d'identification des actes, produits et prestations innovants afin de disposer d'une information précise sur l'activité à caractère innovant réalisée par les établissements de santé et d'en permettre un financement adapté.

Pour ce faire, il a été décidé de renseigner, dès 2011, une nouvelle variable alphanumérique intitulée « innovation » dans le RUM. Cette variable sera propre à chaque produit ou acte candidat au dispositif décrit à l'article L165-1-1 du CSS.

Elle permettra d'identifier, au sein des GHM produits, les prises en charge pour lesquelles un patient aura bénéficié d'un produit ou acte à caractère « innovant ». Il convient de noter que l'introduction de cette variable n'aura aucune influence sur la production du GHM correspondant à la prise en charge du patient.

Enfin, l'application de ce dispositif est conditionnée par la parution d'un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale qui précisera notamment le code à utiliser pour repérer chaque innovation. Des consignes plus précises seront donc transmises ultérieurement.

✓ **Autres modifications**

L'obligation de production d'un RSS pour les enfants nés sans vie (mort-nés) et les produits d'interruption médicale de grossesse avant 22 semaines révolues est supprimée. Le délai de 15 semaines indiqué dans la précédente version du guide se fondait en effet sur une directive relative à l'état-civil. Or, seul le seuil de viabilité de 22 semaines est pertinent en matière de statistiques sanitaires et cohérent avec les consignes de codage. S'agissant de mort-nés, un RUM ne doit donc être produit qu'au-delà de 22 semaines.

La définition de l'insuffisance respiratoire aigüe a été complétée. Elle précise que les critères gazométriques sanguins ne s'imposent pas dans le cas d'un patient sous ventilation artificielle.

Outre celles du code CIM-10 Z76.8, des extensions de codes sont créées (voir *infra* annexe 5 de la notice) :

- dans la catégorie Z37 *Résultat de l'accouchement*, pour distinguer, parmi les enfants mort-nés (Z37.1, Z37.3...), ceux qui résultent d'une d'interruption médicale de grossesse. En conséquence, l'emploi des codes de la catégorie O28 *Résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère* conseillé à ce jour pour identifier les mort-nés résultant d'une IMG, est abandonné ;
- dans la catégorie Z39 *Soins et examens du post-partum* pour distinguer les accouchements survenus avant l'admission dans un établissement de santé.

III – Classification des GHM : une version 11c

L'essentiel des modifications de la version 11c de la classification des GHM consiste en la création de nouvelles racines et de nouveaux GHM, l'actualisation des listes de complications ou morbidités associées (CMA), et la mise en place de la nouvelle classification de radiothérapie. Le Manuel des GHM précise dans son point 4 l'ensemble des modifications apportées.

✓ **CMD 14**

Il convient de souligner, à titre liminaire, que, même si les travaux de révision de la CMD 14 ont été réalisés en 2010 pour une mise en œuvre en 2011, il a été décidé, en concertation avec les professionnels, de la reporter à 2012 afin d'assurer une mise œuvre simultanée des CMD 14 et 15 modifiées. Cependant, une confirmation de codage sera nécessaire pour tous les accouchements classés en dehors de la CMD14 de façon à corriger les éventuelles erreurs de codage du diagnostic principal, et à s'assurer que ces accouchements hors CMD 14 sont bien des accouchements survenant au cours d'un séjour pour un autre motif de recours aux soins. Des extensions de codes CIM-10 ont été créées dans la catégorie Z37 et Z39 (voir *supra* point II).

✓ **Création ou suppression de racines**

La racine 05K11 concernant les traitements des troubles du rythme cardiaque a été scindée en deux de manière à individualiser les séjours comportant des actes qui permettaient le financement dans le GHS majoré. Désormais, il existe deux racines 05K19 *Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire* et 05K20 *Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire*.

L'acte de *Changement d'un générateur de défibrillation cardiaque implantable* (DEKA002) est désormais classant dans la racine 05C19 concernant les poses de défibrillateurs de façon à permettre l'intégration du prix du matériel dans le tarif du GHM.

✓ **Mise à jour des CMA**

Les travaux pour la refonte de la liste des CMA dans la version 11 de la classification des GHM ont été conduits sur les bases nationales 2005 – 2006. Il a été décidé de revoir l'effet CMA sur des bases plus récentes intégrant le changement de définition du diagnostic principal. Cette révision repose sur une méthode qui a été présentée dans le cadre du comité technique MCO et validée par l'ensemble des fédérations.

Cette méthode consiste à :

- supprimer de la liste, les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA sur la période 2007-2009 et dont l'effectif est supérieur à 1000 cas dans la base nationale ;
- requalifier le niveau de sévérité des codes qui n'auraient plus le même effet CMA, (exemples : CMA passant du niveau de sévérité 3 au niveau 2 ou du niveau 3 au niveau 4) ;
- introduire, le cas échéant, des codes qui auraient un effet CMA sur la période 2007-2009.

La liste complète des CMA figure sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002500030FF>. Elle constitue l'annexe 4 du volume 1 du Manuel des GHM qui sera disponible sur le site de l'ATIH

Pour illustration :

- 143 codes CIM-10 sont ajoutés à la liste de CMA et sont reclassés du niveau 1 en niveau de sévérité supérieur ;
Exemples :
 - B96.2 *Escherichia coli, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* passe en niveau 2
 - D72.1 *Eosinophilie* passe en niveau 2
 - Z51.5 *Soins palliatifs* passe en niveau 3
- certains codes CIM-10 dont l'effet CMA a disparu, ont été déclassés en niveau 1 :
Exemples :
 - B23.2 *Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs*
 - D13.0 *Tumeur bénigne de l'œsophage,*
 - D13.1 *Tumeur bénigne de l'estomac*
 - D13.2 *Tumeur bénigne du duodénum*
 - F80 *Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage*
 - F82 *Trouble spécifique du développement moteur, F83 Troubles spécifiques mixtes du développement*
 - J92 *Plaque pleurale ;*
- certains codes CIM-10 voient leur niveau de sévérité augmenter ;
Exemples :
 - L89.1 *Ulcère de décubitus de stade II* a été reclassé du niveau 2 au niveau 3
 - U80.1 *Agents résistant à la méthicilline* a été reclassé du niveau 3 au niveau 4.

✓ **Radiothérapie**

➤ **Mise en œuvre d'une nouvelle classification en 2011 pour le secteur ex-dotation globale (DG)**

Une première étape d'adaptation de la classification a été réalisée en 2010 en version 11b de la classification. Pour mémoire, elle a permis la création d'un nouveau GHM pour la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (28Z18Z), l'introduction des nouveaux actes de radiothérapie (version 20 de la CCAM) et une nouvelle variable « nombre de faisceaux » introduite dans le recueil d'information, pour permettre l'orientation des nouveaux actes dans les GHM de séances d'irradiation déjà existants.

En 2011, la classification évolue pour permettre une meilleure description en GHM des séances d'irradiation et des préparations, nécessaire depuis l'introduction des nouveaux actes du chapitre 17 de la CCAM. Dans cette nouvelle version, une modification de l'arbre de décision concernant les préparations à l'irradiation et les séances d'irradiation proprement dite a été réalisée. Elle permet

notamment de s'affranchir de la variable « nombre de faisceaux » et de mieux décrire les prises en charge effectuées, dans des GHM appropriés.

Ainsi les préparations à l'irradiation sont scindées en quatre GHM :

- un GHM pour les préparations pour radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) et techniques spéciales¹ ;
- deux GHM pour les préparations avec dosimétrie tridimensionnelle selon qu'elles soient avec ou sans histogramme dose-volume (HDV) ;
- et enfin un GHM pour les autres préparations.

L'irradiation en séance, quant à elle, est décrite en six GHM :

- trois GHM inchangés pour la curiethérapie, les techniques spéciales et la RCMI ;
- et trois GHM nouveaux qui différencient les séances avec actes d'irradiation externe par accélérateur linéaire selon le type de machine.

Sont ainsi isolés dans des GHM différents les types 2, 3 et 4 de machine². Il devient désormais obligatoire d'utiliser les nouveaux actes de radiothérapie, l'utilisation des anciens actes conduisant les séances en erreur.

La variable « type de dosimétrie » doit continuer à être renseignée de façon à pouvoir étudier la relation entre le type de dosimétrie effectuée et l'irradiation réalisée.

Aucun changement n'est réalisé pour les irradiations en hospitalisation de la CMD 17.

➤ **Suppression de la variable « nombre de faisceaux »**

La variable du RUM « nombre de faisceaux » est supprimée. Pour mémoire, cette variable devait être renseignée dans les RUM des séances d'irradiation, pour les irradiations de type conventionnel (hors techniques spéciales par exemple). Son codage n'est désormais plus nécessaire compte tenu du nouvel arbre de décision décrit ci dessus.

V – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

✓ **Format du RUM 2011**

Le format du RUM 2010 est modifié du fait de :

- l'introduction de deux nouvelles variables :
 - le numéro « innovation » décrit au point II ;
 - la date des dernières règles. Cette variable doit être enregistrée lors des séjours de l'antepartum, de ceux au cours desquels a lieu l'accouchement et de ceux d'interruption de la grossesse pour motif médical ;
- la suppression de la variable « nombre de faisceaux » pour la radiothérapie.

Le format des RUM : 016 (non groupé), et 116 (groupé) est publié sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000010000EFF>.

✓ **Fonction groupage : la fonction groupage 2011 est une version V13.11c.**

La fonction groupage est mise à jour pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM ainsi que de celles du format du RUM.

Par ailleurs, les règles relatives aux autorisations liées aux unités médicales sont modifiées. En effet, jusqu'à présent, à chaque unité médicale ne devait correspondre qu'un seul type d'autorisation. Or, avec la création en 2009 de l'unité médicale pour les établissements autorisés à poser des valves aortiques par voie artérielle transcutanée, la logique de rattachement d'une seule autorisation à une unité n'est pas applicable. En effet, pour certaines prises en charge, deux types d'autorisation peuvent

¹ Exemples : irradiation corporelle totale, stéréotaxie fractionnée, protonthérapie, irradiation de contact endocavitaire, neutronthérapie, irradiation craniospinale

² Ces types de machines sont décrits dans la notice technique ATIH n°764- CIM-MR- 2 – 2009 du 18 mai 2009.

se cumuler : celle relative à la pose de valve aortique par voie artérielle transcutanée et celle relative à l'activité de réanimation.

Il a donc été décidé, pour 2011 de donner à l'autorisation de pose de valve aortique par voie artérielle transcutanée une portée globale à tout l'établissement ; celle-ci ne sera donc plus liée à une UM spécifique, ce qui permettra son cumul avec les autres UM.

Le manuel GenRSA de 2011 précisera les nouvelles modalités de déclaration dans le fichier des UM (ficUM) du niveau « établissement » de l'autorisation de pose de valve aortique par voie artérielle transcutanée.

✓ FICHSUP

➤ Recueil lactarium

En 2011, les modalités d'attribution de l'enveloppe MIG (lactarium) restent inchangées ; celle-ci reste attribuée aux établissements producteurs de lait. En revanche, les modalités de répartition de cette enveloppe entre les régions, puis entre les établissements, seront modifiées dans la mesure où il est prévu une utilisation des données issues de FICHSUP. En effet, le montant de cette MIG sera désormais ajusté en fonction du nombre de litres de lait produits ou collectés.

Les informations relatives aux volumes en jeu sont nécessaires et doivent être affinées. Pour cela, il est demandé aux établissements producteurs de lait de distinguer, dans leur production, le lait collecté d'une part et le lait produit en interne d'autre part.

Pour ce faire, le fichier FICHSUP évolue et son format est publié sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000010000EFF>.

En résumé, les établissements devront renseigner FICHSUP en indiquant :

- pour les producteurs :
 - le nombre de litres de lait maternel collecté. Est entendu par « lait collecté », le lait issu d'une collecte de lait à l'extérieur de l'établissement ;
 - le nombre de litres de lait maternel produit sur la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé ;
- pour les consommateurs :
 - le nombre de litres de lait maternel consommé sur la période considérée, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé.

Pour mémoire, les producteurs qui sont également consommateurs de ce produit pour leurs besoins internes doivent renseigner les deux versants du fichier, en tant que producteur et en tant que consommateur.

➤ Recueil des BHN et PHN

Pour asseoir la répartition de l'enveloppe nationale des lettres-clé B (biologie) et P (anatomocytopathologie) hors nomenclature (BHN et PHN), ainsi que des activités de génétique inscrites en MIG, il a été décidé en 2009 de procéder à un recueil exhaustif des actes hors nomenclature.

A compter de septembre 2010, ce recueil a évolué afin de prendre en compte les différentes remarques faites par les professionnels. La description de ce format figure dans le manuel FICHSUP dont une version complète sera mise en ligne sur le site de l'ATIH dans le courant du mois de Janvier. La description de ce format figure dans le manuel FICHSUP dont une version est disponible à l'adresse : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=734.

✓ FICHCOMP : Modification du recueil des forfaits de Prélèvements d'organes (PO)

Afin de simplifier les règles de production actuelle, les forfaits de PO ne pourront être associés qu'au séjour du patient prélevé. Dès lors, seul l'établissement dans lequel le patient est prélevé pourra facturer ces forfaits. Dans le cas où des chirurgiens d'un autre établissement sont intervenus, cela donnera lieu à la réalisation d'une facture par l'établissement dont dépendent ces chirurgiens, dont le montant correspondra au montant d'un ou plusieurs des forfaits PO (5 à 9) selon le ou les organes prélevés.

Aussi, l'ensemble des forfaits PO seront déclarés dans le fichier FICHCOMP.

✓ **VID-HOSP**

Le format du fichier VID-HOSP évolue en 2011 pour tenir compte de l'impact de l'expérimentation de la facturation individuelle directe (FIDES) pour les établissements anciennement financés par dotation globale (ex- DG).

Les modalités de renseignement de la variable « motif de la non facturation à l'Assurance maladie » évoluent également.

Ces nouveautés sont détaillées dans l'annexe 5 *Nouveautés PMSI 2011 « interchamps »*.

Enfin, quatre nouvelles variables sont créées :

- « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » : cette variable doit être positionnée à « 1 » (pour « Oui ») sur un séjour de nouveau-né sans problème, ne nécessitant donc pas une hospitalisation dans une unité de néonatalogie. Elle concerne les naissances dans l'établissement.
- « Numéro administratif du séjour de la mère » : cette variable est à renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère a accouché dans l'établissement (pas seulement ceux restés auprès de leur mère).
- « Hospitalisation pour prélèvement d'organe » : cette variable concerne les séjours de prélèvements d'organes.
- « Patient bénéficiaire de la CMU » : cette variable permet d'indiquer qu'un patient bénéficie de la CMU

✓ **Production de RSS pour les cabinets libéraux de radiothérapie**

Les centres de radiothérapie libéraux doivent produire des résumés standardisés de sortie (RSS) et des résumés standardisés de préparation (RSP) lorsque la préparation n'est pas suivie d'une irradiation.

Cette production doit s'accompagner de la production du fichier VID-HOSP au sein duquel sont renseignées des données de nature administrative.

La production combinée de ces deux fichiers s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés depuis quelques années pour une refonte du financement de ces centres.

Dans l'attente de cette refonte, les centres privés continuent à facturer leur activité sous la forme d'honoraires codés au moyen du chapitre 19 de la CCAM pour les actes d'irradiation et au moyen du chapitre 17 pour les actes de préparation.

Une information portant sur les modalités de remplissage de ces fichiers sera mise en ligne sur le site de l'ATIH.

Annexe 2

Nouveautés PMSI 2010 du champ d'activité hospitalisation à domicile (HAD)

I – Nouveautés relatives à l'arrêté PMSI et au *Guide méthodologique* HAD

L'arrêté PMSI HAD en date du 31 décembre 2004 modifié³ ne fait pas l'objet de modification particulière.

Seule son annexe 1 est modifiée : *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (BO n° 2010/6 bis)*. Comme l'année dernière et comme pour les autres champs, cette annexe sera publiée dans son intégralité au *Bulletin officiel* sous la référence 2011/7 bis *Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile*.

La modification du *Guide méthodologique* est nécessaire en raison des évolutions proposées relatives à l'activité d'HAD pédiatrique. Elles ont pour objectif d'adapter les possibilités de codage des modes de prise en charge aux particularités de l'HAD pédiatrique.

Elles ont été décidées en concertation avec les professionnels.

Pour plus de précisions, il conviendra de se rapporter à l'appendice F du *Guide méthodologique*.

II – Nouveautés relatives aux formats des fichiers utilisés en HAD

Concernant les évolutions de formats des fichiers, il convient de préciser que seul le format du fichier VID-HOSP évolue en 2011, comme pour les autres champs, pour tenir compte de l'impact de l'expérimentation de la facturation individuelle directe (FIDES) pour les établissements anciennement financés par dotation globale.

Les modalités de renseignement de la variable « motif de la non facturation à l'Assurance maladie » évoluent également.

Ces nouveautés sont détaillées dans l'annexe 5 *Nouveautés PMSI 2011 « interchamps »*.

³ Par les arrêtés du 27 février 2007 et du 30 novembre 2009.

Annexe 3 Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité SSR

I – Nouvelle publication de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR modifié⁴ du 22 novembre 2006 est remplacé par l'arrêté en date du 20 décembre 2010. Il a été fait le choix cette année de publier cet arrêté dans son intégralité dans la mesure où, depuis 2006, l'arrêté PMSI SSR a fait l'objet de nombreuses modifications rendant sa lecture et donc sa compréhension difficiles. Sa publication intégrale permettra donc d'en améliorer la lisibilité. Les nouveautés apportées par l'arrêté de 2010 sont détaillées au point II ci dessous.

Toutefois, juridiquement, la publication d'un nouvel arrêté nécessite également une publication exhaustive des quatre annexes qui lui sont liées :

- *Manuel de groupage PMSI soins de suite et de réadaptation* – annexe I – BO n° 2010-1 bis ;
- *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et réadaptation* – annexe II – BO n° 2010-2 bis ;
- *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation* – annexe III – BO n° 2010-3 bis ;
- *Le contenu des RSFA* – annexe IV – BO n° 2009/1.

Or, pour 2011, l'annexe III n'est pas modifiée ; sa publication dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n° 2011-3 bis sera donc strictement identique à celle de 2010.

L'annexe IV est, quant à elle, supprimée ; son contenu est repris dans le *Guide méthodologique de production des informations* et dans les manuels relatifs aux outils de transmission GENRHA et AGRAF-SSR mis en ligne sur le site de l'ATIH.

Dès lors, compte tenu des nouveautés décrites aux points II et III ci-dessous, seules les annexes I et II sont modifiées :

- le *Manuel de groupage PMSI SSR* sera publié dans un fascicule spécial du Bulletin officiel sous la référence BO n° 2011-1 bis ;
- le *Guide méthodologique* sera publié dans un fascicule spécial du Bulletin officiel, sous la référence BO n° 2011-2 bis.

Ces documents étant applicables à la date du 3 janvier 2011, une première version sera publiée sur le site de l'ATIH, avant leur publication au *Bulletin officiel*, afin de permettre aux établissements de prendre les dispositions nécessaires à leur mise en œuvre.

II – Nouveautés de l'arrêté PMSI

Les deux principales modifications de l'arrêté PMSI sont l'obligation de produire le fichier FICHCOMP recueillant les molécules onéreuses et la modification de la périodicité et des délais de transmission des données du PMSI.

✓ Production de FICHCOMP obligatoire

Pour les établissements entrant dans le champ de la dotation annuelle de financement (DAF), la production de FICHCOMP, initiée et facultative en 2010, devient obligatoire à compter de janvier 2011.

Pour rappel, FICHCOMP est un fichier destiné à recueillir des informations portant sur la consommation de certaines molécules onéreuses au cours de la prise en charge d'un patient en SSR. Ce fichier est couplé au RHS. Les molécules faisant l'objet du recueil sont celles fixées sur la liste prise en application de l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale.

En d'autres termes, seules les molécules actuellement facturées en sus d'un groupe homogène de séjours (GHS), prestation servant de base au financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), devront être renseignées dans FICHCOMP. Cette liste, régulièrement actualisée, est publiée sur le site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000028FF>).

⁴ Par les arrêtés du 15 décembre 2008 et du 30 novembre 2009.

La première transmission des fichiers FICHCOMP doit être réalisée avec celle des fichiers de RHS du premier trimestre 2011. Les transmissions suivantes se feront selon le même calendrier que celui des fichiers de RHS décrit ci-dessous.

✓ **Modification de la périodicité et des délais de transmission**

Pour préparer la mise en place d'une tarification à l'activité pour les établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation, il a été décidé de raccourcir, à compter du 1^{er} juillet 2011, la périodicité ainsi que les délais de transmission des RHS.

Jusqu'en juin 2011, la périodicité et les délais de transmissions restent inchangés ; ils s'effectuent selon une échéance trimestrielle.

Les établissements disposeront donc d'un délai de trois mois pour transmettre les données des premier et deuxième trimestres 2011 ; celles-ci seront donc respectivement transmises aux ARS au plus tard à la fin des mois de juin et de septembre.

En revanche, à compter de juillet 2011, la périodicité et la transmission par les établissements deviennent bimestrielles. Les données cumulées aux mois d'août (M8), octobre (M10) et décembre (M12) devront respectivement être transmises aux ARS au plus tard à la fin des mois d'octobre et de décembre ainsi que de février 2012.

Le délai de validation des données par les ARS reste fixé à 1 mois.

En résumé, pour l'année 2011, le calendrier de transmission des RHA est le suivant :

- au plus tard fin juin : transmission de M3 (données cumulatives de janvier à mars 2011) ;
- au plus tard fin septembre : transmission de M6 (données cumulatives de janvier à juin 2011) ;
- au plus tard fin octobre : transmission de M8 (données cumulatives de janvier à août 2011) ;
- au plus tard fin décembre : transmission de M10 (données cumulatives de janvier à octobre 2011) ;
- au plus tard fin février 2012 : transmission de M12 (données cumulatives de toute l'année 2011).

III – Nouveautés du Guide méthodologique de production des RHS (SSR)

Les modalités relatives aux types d'hospitalisation sont modifiées. En effet, pour être en conformité avec les nouveaux décrets SSR⁵, les modalités codées 5 à 8 sont supprimées. Seules sont maintenues les modalités 1 à 4 qui distinguent :

- l'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine (code 1)
- l'hospitalisation partielle de jour (code 2)
- l'hospitalisation partielle de nuit (code 3)
- les séances (code 4).

Dans le cadre des nouvelles autorisations, il n'est en effet plus utile de distinguer "soins de suite médicalisés" de "rééducation fonctionnelle".

Pour 2011, en cas de codage d'un code 5 à 8 supprimé, les outils de transmission (GENRHA et AGRAP-SSR) feront la conversion automatique de ce code dans l'un des codes adéquats en fonction de la modalité de prise en charge renseignée.

Des précisions sont également apportées aux journées de présence : une journée de présence devra être renseignée dans le RHS pour l'ensemble des journées de sorties, que celles-ci soient suivies d'un retour à domicile, d'un transfert provisoire ou définitif ou d'une mutation du patient dans un autre champ d'activité. Il est toutefois important de souligner qu'il ne s'agit pas ici de règles de facturation, mais de règles de codage uniquement.

Enfin, pour plus de lisibilité, le paragraphe portant sur les prestations interétablissements est simplifié.

⁵ Décrets n°2008-376 et n°2008-377 du 17/04/2008

IV – Nouveauté du manuel de groupage

En 2011, par souci de stabilité, il a été décidé de ne pas modifier la classification en GMD ; la version 5.7 reste donc en vigueur.

Néanmoins, les tables du manuel de groupage ont été modifiées afin de tenir compte des nouveautés de la CIM-10 prévues pour 2011 et des actes CCAM créés, supprimés ou modifiés en 2010.

V – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en SSR

Seul le fichier VID-HOSP est modifié. En effet, le format de ce fichier étant identique à celui de tous les autres champs d'activité depuis 2010, il évolue, en 2011, pour tenir compte de l'impact de l'expérimentation de la facturation individuelle pour le MCO. Deux zones sont ainsi créées : l'une recueillant des informations devant être renseignées par tous les établissements ; l'autre recueillant des informations ne devant être renseignées que par les seuls établissements expérimentateurs.

Toutefois, dans la mesure où en 2011, cette expérimentation ne portera pas sur les activités de SSR, l'évolution du fichier VID-HOSP n'aura aucun impact pour les établissements exerçant ces activités.

Les modalités de renseignement de la variable « motif de la non facturation à l'Assurance maladie » évoluent également.

Ces nouveautés sont détaillées dans l'annexe 5 *Nouveautés PMSI 2011 « interchamps »*.

Annexe 4

Nouveautés PMSI 2011 du champ d'activité psychiatrie

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 26 juin 2006⁶ est modifié pour insérer l'obligation, pour les établissements de santé privés financés sous OQN, de produire des résumés standardisés de facturation (RSF).

Pour rappel, à compter du 1^{er} janvier 2010, il a été demandé, aux établissements de santé privés financés sous OQN exerçant une activité de psychiatrie, de produire un RSF, rattaché à un résumé par séquence (RPS), chaque fois qu'une facture était émise à l'Assurance maladie. Cette production de RSF rejoint le modèle utilisé pour le champ d'activité SSR :

- production d'un RSF au même rythme que la production des factures ;
- pas de respect d'une périodicité particulière ;
- rattachement de l'ensemble des RSF à un même séjour au moment du traitement automatique des données d'activité par un logiciel dédié (PIVOINE-OQN), et par l'intermédiaire d'un identifiant commun au RPS et au RSF ;
- association de chaque RPS transmis à au moins un RSF.

Le format du RSF-psychiatrie est de même nature que celui du RSF en vigueur dans les autres champs d'activité MCO, SSR, et HAD. Le principe est également le même : s'agissant de produire un équivalent des factures émises, le RSF est une transposition du bordereau S3404 transmis par les établissements privés aux organismes d'assurance maladie.

Un RSF anonymisé (résumé standardisé de facturation anonyme ou RSFA) est produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information : il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé. Le contenu et le format du RSFA sont conformes au cahier des charges interrégime de la norme B2, publié par l'Assurance maladie.

Des informations complémentaires sont fournies sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002F0006BFF>.

L'année 2010 a été une année de montée en charge dans la production des RSF. Ces derniers deviennent obligatoires à compter de janvier 2011.

II – Modification du Guide méthodologique en psychiatrie

Le guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie a été essentiellement revu dans sa forme. Il est présenté sous un nouveau format, plus opérationnel pour les utilisateurs et cohérent en terme d'organisation et de présentation avec les guides méthodologiques des autres champs.

Des précisions ont été apportées pour fiabiliser le recueil de certains items.

✓ **Modification de l'organisation du Guide méthodologique**

Les consignes du guide de mars 2007 ont été reprises ; la formulation de certaines d'entre elles a été affinée.

Elles ont été classées afin de respecter une organisation du guide entre les chapitres suivants :

- I. Production des informations relatives à l'activité en psychiatrie
- II. Production des informations relatives à la facturation en psychiatrie.
- III. Transmission, chaînage anonyme, confidentialité, qualité et conservation des informations.

Le recueil des éléments suivants a été précisé.

⁶ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

✓ **Démarches**

La définition des actes de démarche a été précisée pour homogénéiser leur comptabilisation entre établissements :

- les recherches téléphoniques pour la recherche d'une place dans une unité d'hospitalisation pour un patient ne répondent pas à la définition de la démarche ;
- toutes les démarches effectuées un même jour pour un patient auprès de plusieurs tiers doivent être déclarées.

✓ **Relation mère-enfant**

Lorsqu'une prise en charge est motivée par des difficultés de la relation entre une mère et son nouveau-né, seul l'enfant fait l'objet d'un recueil d'actes (sauf si la mère était prise en charge en psychiatrie avant la naissance).

✓ **Codes de la CIM-10 étendus**

Des précisions relatives aux codes de la CIM-10 étendus sont apportées en appendice 4 du guide méthodologique.

Le *Guide méthodologique* de production en psychiatrie sera encore revu en 2011 pour le préciser davantage dès 2012 et fiabiliser ainsi le recueil d'information.

III – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en psychiatrie

Seul le fichier VID-HOSP est modifié. En effet, le format de ce fichier étant identique à celui de tous les autres champs d'activité depuis 2010, il évolue, en 2011 pour tenir compte de l'impact de l'expérimentation de la facturation individuelle pour le MCO. Deux zones sont en effet créées : une recueillant des informations devant être renseignées par tous les établissements ; l'autre recueillant des informations ne devant être renseignées que par les seuls établissements expérimentateurs.

Toutefois, dans la mesure où en 2011, cette expérimentation ne portera pas sur l'activité de psychiatrie, l'évolution du fichier VID-HOSP n'aura aucun impact pour les établissements exerçant cette activité.

Les modalités de renseignement de la variable « motif de la non facturation à l'Assurance maladie » évoluent également.

Ces nouveautés sont détaillées dans l'*annexe 5 nouveautés PMSI 2011 « interchamps »*.

Annexe 5 Nouveautés PMSI 2011 "interchamps"

I – Nouveautés 2011 relatives aux nomenclatures : nouveautés CIM–10

Les évolutions de la CIM–10, apportées par l'OMS et relayées par l'ATIH en 2011 sont particulièrement importantes. Il s'agit principalement de la refonte complète de la description des lymphomes, leucémies et des syndromes myélodysplasiques et de la modification des consignes de codage de l'adénome de la prostate, des tumeurs malignes de siège primitif inconnu.

Les extensions *créées par l'ATIH* sont introduites en 2011 pour améliorer la description des séjours des patients diabétiques et les circonstances de survenue des affections et traumatismes ; elles sont aussi motivées pour permettre de repérer les accouchements de mort-nés à la suite d'une interruption de la grossesse pour motif médical, les séjours d'accouchement lorsque celui-ci a eu lieu avant l'admission dans l'établissement de santé et enfin les prises en charge très spécifiques, en vue d'une allocation de ressources adaptée.

✓ **Modifications publiées sur le site de l'ATIH**

L'ATIH a publié sur son site fin décembre 2010 les modifications à introduire en 2011 dans le volume 1 de la CIM–10 (<http://www.atih.sante.fr/?id=0003500019FF>). Ces modifications entrent en application à compter de janvier 2011 pour les champs d'activité de SSR et de psychiatrie ; à compter de mars 2011 pour les champs de MCO et d'HAD. Les fichiers suivants sont disponibles sur le site de l'ATIH :

- ✓ document de synthèse des modifications introduites en 2011 et des principes de codage qui en découlent ;
- ✓ liste de toutes les modifications, créations et suppressions de codes et de notes pour 2011 ;
- ✓ mise à jour du fichier de suivi des évolutions de la CIM–10 avec les modifications 2011 ;

Dans ces documents, les conventions utilisées pour repérer l'origine des modifications apportées à la CIM–10 sont identiques à celles utilisées dans les documents précédemment publiés : les changements faits à la demande de l'OMS figurent en rouge, ceux apportés par l'ATIH dans le cadre du PMSI figurent en bleu.

✓ **Principales modifications apportées par l'OMS**

➤ Groupe C81–C96 *Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés* et catégories D45, D46 et D47

Dans le groupe C81–C96, la catégorie C86 *Autres types précisés de lymphomes à cellules T/NK* est créée ainsi que 30 sous-catégories. 39 libellés de catégorie ou de sous-catégorie sont modifiés et 14 codes sont supprimés. Cette refonte fait suite à la mise en place par l'OMS d'une nouvelle classification des lymphomes et des leucémies qui a fait l'objet d'une publication dans la troisième édition de la CIM–O.

Dans les catégories D45, D46 et D47, quatre sous-catégories sont créées, trois libellés de sous-catégorie sont modifiés et un code est supprimé. Les syndromes myélodysplasiques sont dorénavant à considérer comme des *tumeurs malignes* : c'est le sens de la note sous la catégorie D45 *Polyglobulie essentielle* et de la suppression des indications de codage du 5^{ème} chiffre de la morphologie tumorale de ces syndromes myélodysplasiques (comportement tumoral dorénavant codé /3 *Malin, siège primitif* et non plus /1 *Indéterminé si bénin ou malin*).

➤ Codage de l'adénome de la prostate

Les consignes de l'OMS sont modifiées pour le codage de l'adénome de la prostate. Les notes d'exclusion sous le code N40 *Hypertrophie de la prostate* et sous le code D29.1 sont modifiées : l'adénome de la prostate doit dorénavant être codé D29.1 *Tumeur bénigne de la prostate*. Une sous-catégorie N42.3 *Dysplasie de la prostate* est créée pour coder la dysplasie de bas grade de cet organe.

➤ Nouvelle catégorie B98

La catégorie B98 *Autres agents infectieux précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* est créée pour décrire certains agents infectieux responsables : B98.0 *Helicobacter pylori, cause de maladies classées dans d'autres chapitres* et B98.1 *Vibrio vulnificus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres*.

➤ Subdivision de la catégorie C80 *Tumeur maligne de siège non précisé*

La subdivision de la catégorie C80 permet dorénavant de coder les tumeurs malignes sans identification de la tumeur primitive : C80.0 *Tumeur maligne de siège primitif non précisé, ainsi décrit* et C80.9 *Tumeur maligne non précisée*. En lien avec cette subdivision une sous-catégorie de *Tumeur maligne secondaire de siège non précisé* (C79.9) est créée.

➤ Catégorie K35 *Appendicite aigüe*

La catégorie des appendicites aigües est totalement revue avec la suppression et la création de 3 sous-catégories.

➤ Autres modifications :

- une catégorie est créée pour le syndrome postpoliomyélite (G14) ;
- tous les libellés de la catégorie I72 précisent dorénavant « anévrisme et dissection », une sous-catégorie (I72.5) est ajoutée dans cette catégorie pour la localisation « autres artères précérébrales » ;
- deux sous-catégories sont créées pour la pneumonie (J12.3) et la bronchiolite (J21.1) à metapneumovirus ;
- une sous-catégorie K12.3 est créée pour la mucite buccale.

✓ **Principales modifications apportées par l'ATIH**

Des extensions sont réalisées par l'ATIH dans le but de permettre une meilleure classification des séjours dans les groupes homogènes de malades. Ces extensions sont de quatre types :

- subdivision des sous-catégories de la catégorie E11 *Diabète sucré non insulino-dépendant* pour permettre le codage du diabète de type 2 (non insulino-dépendant), insulino-traité ;
- subdivision des sous-catégories de la catégorie Z37 (Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6 et Z37.7) avec indication de mort-nés pour permettre le recueil des mort-nés suite à une interruption de la grossesse pour motif médical après 22 semaines d'aménorrhée ;
- subdivision de la sous-catégorie Z39.0 *Soins et examens du post-partum* pour recueillir l'information concernant les accouchements hors de l'établissement avec admission immédiatement après l'accouchement ;
- subdivision de la sous-catégorie Z76.8 pour recueillir l'information concernant :
 - les séjours pour prise en charge d'infection ostéoarticulaire complexe (Z76.800) ;
 - les séjours d'enfants recevant du lait provenant d'un lactarium (Z76.850).

Suite à l'introduction par l'OMS en 2009, de codes dont le sens est équivalent à celui d'extensions créées par l'ATIH auparavant, les codes étendus de I98.2 *Varices œsophagiennes non hémorragiques au cours de maladies classées ailleurs* et Z74.0 *Besoin d'assistance du fait d'une mobilité restreinte* ne peuvent plus être utilisés.

✓ **Diffusion des extensions sur 5 caractères du chapitre XX**

Le codage des causes externes de morbidité et de mortalité nécessite pour un codage complet, un 5^e caractère qui n'était pas disponible jusqu'à présent dans les tables diffusées par l'ATIH. Cette possibilité sera offerte en 2011, ce qui permettra de recueillir de façon appropriée et en accord avec les plans de santé publique, les circonstances de survenue des affections et traumatismes.

II – Nouveautés relatives au format du fichier VID-HOSP

➤ FIDES

Dans le cadre de la mise en œuvre des premières expérimentations de la facturation individuelle des séjours (FIDES), le fichier VID-HOSP évolue. Au sein de ce fichier, deux zones sont désormais distinguées :

- une zone obligatoire recensant les variables devant être renseignées par tous les établissements, y compris les expérimentateurs ;
- une zone relative à FIDES recensant les nouvelles variables que seuls les établissements retenus pour mener l'expérimentation FIDES devront renseigner.

Pour les établissements non retenus pour l'expérimentation, la zone FIDES ne doit pas être renseignée. Pour les établissements expérimentateurs, les deux zones doivent être renseignées.

➤ **Motif de non facturation**

En 2009, la variable intitulée « Motif de la non facturation à l'Assurance maladie » a été intégrée dans VID-HOSP. Elle doit être renseignée lorsque la variable "séjour facturable à l'assurance maladie" prend la valeur 0, c'est à dire lorsque le patient n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, il convient de préciser le motif de non facturation, soit :

- '1' s'il s'agit d'un patient en AME (aide médicale de l'état)
- '2' s'il s'agit d'un patient sous convention internationale
- '3' s'il s'agit d'un patient payant
- '4' s'il s'agit d'un patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles)
- '5' s'il s'agit d'un patient hospitalisé dans un autre établissement
- '6' s'il s'agit d'un acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
- '9' s'il s'agit d'une autre situation non listée ci-dessus.

Constatant que la valeur 9 créée initialement pour des cas exceptionnels s'avère en réalité très utilisée et ce au détriment des autres motifs, il a été décidé de supprimer cette valeur dans VID-HOSP ainsi que dans RSF-ACE (type A).

Plus globalement, pour plus de détails sur l'évolution des formats de tous les champs, il est conseillé de consulter le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=000010000EFF>.