

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MF – 2012
du 12 mars 2012

Objet : Campagne tarifaire 2012 : nouveautés relatives aux prestations

EMETTEUR

Service CIM-MF

Personnes chargées du dossier

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

Michèle Brami – michèle.brami@atih.sante.fr

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

DESTINATAIRES

ARS et établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Copie pour information :

Madame la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Madame la directrice générale de l'offre de soins

RÉSUMÉ

Annoncée dans la notice du 28 décembre 2011 relative aux nouveautés PMSI 2012, la présente notice complète l'information des établissements sur les sujets concernant la campagne tarifaire 2012, en précisant les nouveautés relatives aux prestations d'hospitalisation et à leur facturation.

Textes de référence

Arrêté du 14 février 2012 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 L162-22-6 du code de la sécurité sociale (publié au JO du 26 février).

Arrêté du 24 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (publié au JO du 29 février).

Notice technique [ATIH CIM-MF 1234-4-2011](#) en date du 28 décembre 2011 relative aux nouveautés du PMSI dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire 2012.

Mots clés : établissements de santé – prestations d'hospitalisation – campagne tarifaire 2012 – tarification à l'activité

Comme chaque année, dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées par l'ATIH. Pour 2012, la première a été publiée le 28 décembre dernier ([notice technique n° CIM-MF 1234-4-2011](#) du 28 décembre 2011) présentant les nouveautés 2012 du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI").

La production d'une seconde notice de campagne était alors annoncée, centrée sur les nouveautés liées aux prestations et dispositions tarifaires entrant dans le champ MCO. C'est ainsi l'objet principal de la présente notice, qui vise à expliciter, à l'intention des établissements et des médecins DIM en particulier, les nouveautés de campagne véhiculées dans les arrêtés récemment publiés au *Journal Officiel*. Elle est composée de deux annexes :

- l'annexe 1 décrit les nouveautés relatives au champ MCO : création des nouvelles prestations d'hospitalisation, GHS majorés ... ;
- l'annexe 2 complète la notice de décembre dernier en précisant les consignes de codage.

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.

Annexe 1

Nouveautés relatives aux prestations hospitalières du champ d'activité MCO

Avertissement

Les nouveautés détaillées dans cette annexe sont essentiellement portées par deux arrêtés :

- [arrêté du 14 février 2012](#) 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 L162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- [arrêté du 28 février 2012](#) fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Par souci de simplification, ces deux arrêtés sont respectivement dénommés ci-après l'arrêté prestations et l'arrêté tarifaire.

Les sujets traités dans cette annexe sont les suivants :

- informations sur les prestations d'hospitalisation nouvellement créées :
 - I. supplément journalier antepartum,
 - II. supplément radiothérapie pédiatrique ;
- modifications des GHS majorés ;
- modification de la liste des actes ouvrant droit à facturation du forfait « sécurité environnement » (SE) ;
- autres modifications sur l'activité de prélèvement et de greffe.

I. Création de deux nouvelles prestations d'hospitalisation

L'arrêté prestations prévoit la création de deux nouvelles prestations d'hospitalisation :

- l'une servant au financement du surcoût des séjours d'accouchement précédés d'une prise en charge *ante partum* ;
- et l'autre servant au financement des surcoûts de la prise en charge des enfants lors des séances de radiothérapie.

1. Un supplément journalier dénommé "*antepartum*" (ANT)

- **Rappel : impact de la révision de la CMD 14 pour la période *ante partum***

Dans le cadre de la révision de la CMD 14 (*cf.* notice ATIH du 28 décembre 2011 susvisée), il a été décidé, conjointement avec les professionnels et les fédérations hospitalières, lors des comités techniques de l'ATIH, de modifier le financement de la période *ante partum* (de plus de 2 jours). La période *ante partum* commence à l'entrée dans l'établissement et se termine 2 jours avant la date de l'accouchement.

En V11c, la période *ante partum* se terminant par un accouchement était financée par le tarif du séjour d'accouchement, et ce quelle que soit la durée de l'*antepartum* dans la limite de la borne

haute du GHM d'accouchement concerné. Les motifs d'hospitalisation d'une patiente prise en charge *antepartum* étaient considérés comme des complications de l'accouchement.

En 2012, avec la refonte de la CM14, la période *ante partum* dans les séjours d'accouchement a été neutralisée. Les séjours présentant une telle période continuent à être classés dans les GHM d'accouchement mais les affections de l'antepartum prises en charge lors du séjour d'accouchement ne figurent plus dans les listes de complications spécifiques de l'accouchement. Cette période n'est donc plus financée par le tarif du GHM d'accouchement. Une nouvelle modalité de financement a été mise en place.

- **Un supplément journalier pour les séjours se terminant par un accouchement**

Pour les séjours *ante partum* se terminant par un accouchement, les journées d'hospitalisation pendant la période *ante partum* seront financées en 2012 par un supplément journalier facturable pour chaque journée de prise en charge de la patiente lorsque celle-ci est hospitalisée plus de deux jours avant la date de l'accouchement. Les deux jours précédents l'accouchement ne donnent pas lieu à facturation d'un supplément.

Pour illustration, dans le cas d'une patiente hospitalisée 5 jours avant (J-5) le jour de son accouchement (J), trois suppléments journaliers (ANT) pourront être facturés en sus du GHS correspondant au GHM d'accouchement ; les deux jours avant l'accouchement n'ouvrent pas droit au supplément étant donné que ces journées sont déjà financées par le GHM d'accouchement.

Le montant du supplément est fixé à 372,02€ pour les établissements ex-DG (II de l'annexe 1 de l'arrêté tarifaire) et 181,95 € pour les établissements ex-OQN (II de l'annexe V du même arrêté)

La liste des GHM d'accouchement ouvrant droit à facturation de ce supplément est fixée à l'annexe 12 (liste 1) de l'arrêté prestations. De plus, la facturation de ce supplément est conditionnée par le codage d'un des diagnostics d'*ante partum* figurant sur la liste 2 de l'annexe 12.

L'objectif recherché par la création de ce supplément est de financer à la journée la période *ante partum* d'un séjour se terminant par un accouchement afin de ne pas pénaliser les séjours longs.

- **Une contrainte tarifaire pour les séjours ne se terminant pas par un accouchement**

Par souci d'équité de financement avec les séjours de l'ante partum sans accouchement, il a été décidé d'appliquer une contrainte tarifaire au GHM 14Z16Z « *faux travail et menaces d'accouchements prématurés,* » dans la mesure où ce dernier représente la majorité des motifs d'hospitalisation antepartum dans les séjours d'accouchement ouvrant droit à facturation du supplément. Le financement au séjour n'apparaît donc pas totalement adapté dans la mesure où il existe une trop grande disparité de durée de séjour (la DMS pouvant aller de quelques jours à plusieurs mois) intrinsèque à l'affection.

Aussi, la mobilisation des moyens techniques, matériels et humains de ces séjours est donc, a priori, identique à celle d'une journée antepartum dans les séjours d'accouchement comportant une période antepartum supérieure à 2 jours.

A l'instar de ce qui est fait pour le financement des soins palliatifs pour lesquels le financement au séjour est également inadapté, il a donc été décidé d'imposer au GHM 14Z16Z les deux contraintes suivantes :

- sur la valeur de la borne haute, qui n'est pas calculée selon la méthode standard (2.5xDMS) ;

- sur le tarif de l'EXH, de sorte à financer toute journée supplémentaire au-delà de la borne haute sur la base d'un tarif moyen journalier qui n'est pas affecté de la réfaction de 75 %, comme pour les autres EXH.

Ainsi, la borne haute a été fixée à 4 jours (ce qui correspond à la médiane) dans les deux secteurs et le montant de l'EXH est égal à celui du supplément journalier.

2. Un supplément dénommé "radiothérapie pédiatrique" (RAP)

La prise en charge d'un patient de moins de 18 ans pour une séance de radiothérapie a été identifiée par l'INCa, le Groupe français de radiothérapie pédiatrique et Unicancer, comme plus coûteuse que celle d'un adulte.

Pour couvrir ce surcoût, il a été décidé de créer en 2012, un supplément au séjour dénommé "radiothérapie pédiatrique" (RAP). Ce supplément pourra donc être facturé en sus d'un des GHS couvrant les prestations de séjour et de soins correspondant à une séance de radiothérapie de la CMD 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 22 février 2008 susvisé lorsque l'âge du patient pris en charge sera inférieur à 18 ans.

Le montant de ce supplément est fixé à 71€ (cf. II de l'annexe 1 de l'arrêté tarifaire) pour les établissements du secteur ex-DG (l'activité de radiothérapie des établissements ex-OQN n'étant pas à ce jour financée sur la base de la classification des GHM).

Sur ce point, il convient de préciser que ce type de supplément est une nouveauté de la campagne 2012. En effet, aujourd'hui, les seuls suppléments existants sont de « nature journalière ».

II- Modification des règles portant sur les GHS dédoublés

1. Suppression de trois GHS dédoublés

- RADIOTHERAPIE : suppression du GHS correspondant à une séance pour irradiation de contact endocavitaire

Pour mémoire, en 2011, dans le cadre de la refonte de la classification de radiothérapie, le tarif du **GHM 28Z11Z** (*Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances*) a été minoré pour le financement des séances pour irradiation de contact endocavitaire (**Acte ZZNL066**) au motif que cette technique avait vocation à disparaître au profit de techniques plus innovantes.

L'objectif de cette minoration ayant été atteint, le GHS minoré (**9624**) est supprimé en 2012.

- DIALYSE : suppression du GHS correspondant à la prise en charge d'une séance de dialyse en unité de dialyse médicalisée au profit de la création d'un forfait D

La prise en charge d'un patient dans une unité de dialyse médicalisée (UDM) est considérée, d'un point de vue organisationnel, comme une prise en charge relevant du « hors centre ». Or, d'un point de vue du financement, ces prises en charges entraient jusqu'à présent dans le champ de la classification des GHM (concernant la dialyse en centre) et non dans celui des forfaits «D» concernant la dialyse en hors centre. Pour rendre cohérentes les logiques d'organisation et de financement, il a donc été décidé, en 2012, de supprimer de la liste des GHS celui correspondant à l'UDM et de basculer cette prise en charge dans celle des forfaits D.

Aussi, le GHS 9618 correspondant au **GHM 28Z04Z** (*hémodialyse en centre*) est supprimé. En contrepartie, l'annexe 2 de l'arrêté prestation fixant la liste des forfaits D est modifiée par la création du forfait D11 (*unité de dialyse médicalisée*).

Pour les établissements ex-DG, cette modification n'a aucune conséquence sur les modalités de recueil des données médicales : un RSS continue d'être produit ; la prestation D11 n'est donc pas renseignée dans RSF-ACE (comme pour les autres prestations D). Le RSS produit générera automatiquement la valorisation du forfait D11.

- **LISTE EN SUS : suppression du GHS relatif à la pose de bioprothèse valvulaire aortique transcutanée**

En 2009, le GHS majoré (1522) correspondant à la racine des **GHM 05K13** (*actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans*) et **05C08** (*autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle*) a été créé afin de financer le surcoût lié à la pose de la bioprothèse valvulaire aortique transcutanée¹, DMI d'une valeur proche de 20 000€.

Lors de la campagne 2010, des difficultés de financement ont été soulevées par les professionnels, notamment pour les prises en charge complexes nécessitant la pose de ce DMI et donnant lieu, lors du groupage des informations médicalisées, à la production d'un GHM non éligible au GHS majoré.

En 2011, il a donc été décidé d'étendre l'application du GHS majoré (1522) aux deux racines de GHM relatives aux poses de stimulateurs cardiaques (05C14 et 05C15) afin de permettre le financement des cas où une valve aortique transcutanée et un stimulateur cardiaque sont posés au cours d'un même séjour.

En 2012, une solution définitive est mise en place reposant sur l'inscription du DMI sur la « liste en sus ». Cette inscription aura lieu au cours de l'année 2012. Elle permettra aux établissements de facturer, sur la base du prix d'achat, la bioprothèse valvulaire aortique transcutanée en sus du GHM couvrant les frais de séjours et soins et ce, quelque soit le GHM. La date de suppression du GHS majoré 1522 est donc subordonnée à l'inscription du DMI sur la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du même code.

2. Création de trois nouveaux GHS dédoublés

- **RADIOTHERAPIE : création d'un GHS majoré pour les séances d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration**

Lors de la campagne 2011, un GHS majoré correspondant au **GHM 28Z11Z** (*Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances*) a été créé pour le financement de ces séances avec machines dédiées² (actes ZZNL059 et ZZNL060)

Dans la mesure où les machines non dédiées permettent la même prise en charge, la création d'un GHS majoré a été étendue aux séances avec machines non dédiées (actes **ZZNL052 et ZZNL058**). Cette extension permet également de garantir un parallélisme avec les tarifs existants en hospitalisation complète (GHM 17K041).

¹ Acte de pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée (DBLF001) ou par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC (DBLA004).

² Séance d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration (ZZNL059, ZZNL060).

- **PRELEVEMENT D'ORGANE : création d'un GHS majoré pour les prélèvements de rein sur donneur vivant**

En concertation avec l'agence de biomédecine, il a été décidé de créer un tarif majoré aux prestations de séjours et de soins donnant lieu à la production d'un des **GHM de la racine 11C03** (*Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale*) lorsque l'acte de *prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct* (JAFA013) ou l'acte de *prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par cœlioscopie ou par rétro-péritonéoscopie* (JAF003) a été réalisé.

- **DON : création d'un GHS majoré pour le don d'ovocyte**

Pour les séjours donnant lieu à la production du GHM de *prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire* (**13C16J**), le tarif est majoré lorsque la patiente est prise en charge dans le cadre d'un don d'ovocyte. Pour mémoire, comme indiqué dans la notice ATIH susvisée du 28 décembre dernier, ces séjours sont repérés dans le PMSI sur la base d'un code CIM-10 étendu (**Z52.80 Donneuse d'ovocytes**).

Cette nouvelle extension doit être utilisée :

- comme diagnostic principal du séjour pour prélèvement d'ovocytes lorsque celui-ci est réalisé dans le cadre d'un don ;
- comme diagnostic associé de tous les séjours de procréation médicalement assistée faisant appel à la technique de « partage d'ovocytes » (*egg sharing*).

III - Modification des actes donnant droit à facturation du forfait « sécurité environnement » (SE)³

En concertation avec la CNAMTS, un travail de maintenance a été réalisé en 2011 sur les actes ouvrants droits à facturation d'un des forfaits SE. Ce travail a abouti à la suppression d'actes sur l'une des listes fixées à l'annexe 11 de l'arrêté prestation et ce pour différents motifs.

- **suppression d'actes pour cause de fréquence nulle**

Deux actes ont été supprimés de la liste SE2 de l'annexe 11 (liste des actes sans anesthésie générale ou locorégionale nécessitant un recours opératoire) :

- **BGHA001** *Biopsie rétinohoroiidienne* ; acte n'ayant été enregistré que 9 fois dans la base pmsi 2010 (tous modes de prise en charge confondus) et 1 fois dans la base sniiram 2010 ;
- **JAHB001** *Biopsie du rein, par voie transcutanée sans guidage* ; acte n'ayant jamais été réalisé en dehors d'une hospitalisation, dans aucun des deux secteurs, en 2010.

- **suppression d'actes pour cause d'élargissement par la CNAMTS, dans le cadre de la nouvelle convention médicale, de la liste des actes ouvrant droit au forfait sécurité dermatologique « FSD »**

Pour rappel, le forfait « FSD » a été créé suite à une décision de l'UNCAM du 19 janvier 2009. Il peut être facturé par l'ensemble des établissements de santé publics et privés dès lors qu'un médecin (salarié ou libéral) réalise l'un des actes ouvrant droit à ce forfait. Il est facturé, dans le cadre de l'activité externe ou de ville, en sus de l'acte CCAM.

Par souci de cohérence, il a été décidé de supprimer 4 actes de la liste 2 des forfaits SE :

- **QZFA001** *Exérèse de 2 à 5 lésions souscutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe*
- **QZFA002** *Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe*
- **QZFA005** *Exérèse de 6 lésions souscutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe*

³ N'est pas ici traité le sujet de la mise à jour des autres listes de l'arrêté prestation liée aux évolutions de la CCAM, en particulier celle ouvrant à facturation du supplément SRC.

- **QZFA007** Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe

Ces actes seront éligibles au FSD à compter du 26 mars 2012. Ils ne pourront donc plus donner lieu à facturation du forfait SE2 à compter de cette date.

- suppression d'actes de la liste des SE pour cause de réalisation en externe sans environnement hospitalier dans au moins 95% des cas

En raison d'une réalisation quasi exclusivement en activité externe (ou de ville), deux actes de la liste 3 (liste des actes nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier) sont supprimés :

- **AHLB003** Infiltration thérapeutique unilatérale ou bilatérale du nerf grand occipital [grand nerf occipital d'Arnold]
- **AHLH014** Infiltration thérapeutique de nerf spinal à l'émergence rachidienne, avec guidage radiologique

ainsi qu'un acte de la liste 1 (liste des actes d'endoscopie sans anesthésie) :

- **GDQE004** Fibroscopie du larynx et de la trachée

Seul l'honoraire correspondant à l'acte CCAM pourra désormais être facturé en cas de réalisation de l'un de ces trois actes, à l'exception des cas où l'état de santé du patient nécessite une hospitalisation⁴.

- suppression d'actes de la liste des SE pour cause de réalisation au cours d'hospitalisation dans au moins 95% des cas

À l'inverse du point précédent, en raison d'une réalisation quasi exclusive en hospitalisation, les actes suivants ont été supprimés des listes SE1 ou SE2 :

- **AELB002** Implantation d'électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par voie transcutanée (liste SE2) ;
- **BBCE001** Dacryo-cysto-rhinostomie [DCR], par endoscopie nasale (liste SE1) ;
- **BELB001** Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure] =>liste SE2) ;
- **CBLD001** Pose bilatérale d'aérateur transtympanique (liste SE2) ;
- **GEQE009** Fibroscopie bronchique avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique, chez un patient intubé ou trachéotomisé =>liste SE1) ;
- **HGNE001** Séance de destruction de lésion du duodénum, par oeso-gastro-duodéoscopie (liste SE1) ;
- **HGQE002** Duodéoscopie par appareil à vision latérale (liste SE1) ;
- **HMQH007** Cholangiographie rétrograde, par oeso-gastro-duodéoscopie (liste SE1) ;
- **MHDB001** Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée (liste SE2) ;
- **NJMB001** Réparation d'une rupture du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée (Liste SE2).

⁴ Cf. [INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010](#) relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

- le transfert de la liste des FFM à la liste SE2 d'actes ne relevant généralement pas d'une prise en charge en urgence

Auparavant inscrits sur la liste du forfait petit matériel (FFM), les trois actes suivants ont été incorporés à la liste SE2 :

- **BAFA005** Exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière
- **BAFA006** Exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière
- **BAFA013** Exérèse de chalazion

Pour rappel, le forfait FFM a vocation à rémunérer la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation lors de la réalisation d'un soin non programmé et non suivi d'hospitalisation dans un établissement de santé. Or, la réalisation de ces actes s'effectue principalement au cours d'un soin programmé. Il a donc été jugé plus approprié de rendre ces actes éligibles au forfait SE2 plutôt qu'au forfait FFM.

Il convient également de souligner, pour les établissements ex-DG, que les contrôles de cohérence réalisés sur les RSF-ACE avec facturation d'un forfait SE, FSD ou FFM sans un acte inscrit sur l'une des listes associées deviendront bloquants à compter de Juin 2012.

IV – Autres modifications

Les modifications décrites ci-dessous ont été proposées par l'Agence de biomédecine (ABM).

1- Création d'un forfait prélèvement d'organe (POA)

Il est ajouté à la liste 2 de l'annexe 3 de l'arrêté prestation un nouveau forfait de prélèvement d'organe (**POA : Prélèvement et mise sous machine à perfusion des deux reins**). Ce nouveau PO est facturé en lieu et place du forfait PO5 actuel par l'établissement autorisé à effectuer des prélèvements d'organe lorsqu'un prélèvement de rein est effectué avec mise sous machine à perfusion des deux reins (amélioration des qualités fonctionnelles des greffons dits « limite »). A l'instar des forfaits de la liste 2, ce forfait est reversé à l'établissement au sein duquel est salarié le chirurgien préleveur lorsque celui-ci est salarié d'un établissement autre que celui au sein duquel le prélèvement est réalisé.

2- Modification des règles de valorisation du forfait annuel greffe « FAG »

Pour tenir compte des travaux menés par l'ABM, les modalités de calcul du forfait FAG ont été modifiées. Deux types de modifications sont mis en œuvre :

- **Machine à perfusion**

Une nouvelle ligne de valorisation du FAG est créée : **Valorisation par tranche de 3 utilisations de machine à perfusion, pour la perfusion des deux reins** (tarif : 8 814€).

Lorsque des machines à perfusion sont utilisées lors du prélèvement pour la perfusion des deux reins, au moins trois fois dans l'année par un établissement, il est éligible à cette tranche. Cette tranche est versée autant de fois qu'il y a trois prélèvements avec mise sous machines à perfusion des deux reins.

- **Greffe de cellules souche hématopoïétiques (CSH)**

Trois nouvelles lignes de valorisation remplacent les deux lignes existantes afin de distinguer les CSH apparentés de celles non apparentées (cf. III de l'annexe 10 de l'arrêté tarifaire) :

- Valorisation à l'unité des allogreffes apparentées de cellules souches hématopoïétiques, à partir de moelle osseuse ou de cellules de sang périphérique ou d'unité de sang placentaire ;

- Valorisation à l'unité des allogreffes non apparentées de cellules souches hématopoïétiques, à partir de moelle osseuse ou de cellules de sang périphérique ;
- Valorisation à l'unité des allogreffes non apparentées de cellules souches hématopoïétiques, à partir d'unité de sang placentaire.

Ces modifications prendront effet pour le calcul du FAG versé pour l'année 2012.

Annexe 2

Compléments sur les règles de codage

I - Sujet procréation médicalement assistée (PMA) et consignes de facturation des actes de biologie avec l'acte de réimplantation d'embryon

Suite à des questions posées par certaines ARS concernant le financement des actes de laboratoire réalisés au cours d'une fécondation in vitro (FIV), en particulier l'acte B1550 (correspondant à la prise en charge de la préparation des gamètes au laboratoire, de la mise en fécondation – in vitro- avant le transfert embryonnaire), il est apparu utile de porter à la connaissance de l'ensemble des établissements, les réponses fournies à quelques régions.

En effet, cet acte (d'une valeur proche de 400€) n'est pas inclus dans le GHM 13C16J « *Prélèvement d'ovocytes en ambulatoire* ». Il doit être facturé en qualité d'acte externe, à l'occasion du transfert embryonnaire réalisé généralement en externe.

La modalité de facturation consiste donc à facturer, au titre de l'activité externe, l'acte de biologie (B1550) ainsi que l'acte médical CCAM JSED001 *Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale*. En revanche, dans les cas exceptionnels où l'acte CCAM JSEC001 *Transfert intratubaire d'embryon par coelioscopie* est réalisé, et pour lesquels la prise en charge est classée dans le GHM 13C07, l'acte de biologie est, pour les établissements ex-DG, compris dans le tarif du GHM et, pour les établissements ex-OQN, facturé en sus du GHS correspondant.

II - Référence aux consignes de codage pour les ablations et changements de prothèses mammaires (simple référence à la publication de l'instruction DGOS)

Des consignes de codage pour les ablations et changements de prothèses mammaires ont été précisées dans l'annexe 1 de l'[INSTRUCTION DGOS/PF2/ DGS/PP DSS/SD1-1A](#) du 25 janvier 2012 relative à l'organisation régionale des prises en charge, aux conditions de couverture par l'Assurance Maladie et aux modalités de codage PMSI concernant les femmes porteuses de prothèses mammaires de la société *Poly Implant Prothèse*.

Ces consignes ont pour objectif de permettre l'identification de cette activité dans les bases de données hospitalières.