

Campagne tarifaire et budgétaire 2014

Nouveautés PMSI-Recueil

La campagne tarifaire et budgétaire 2014 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 des campagnes précédentes.

Dans un objectif d'information détaillée, la présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés du recueil et du traitement des informations médicalisées, dans leurs différents champs d'activité en 2014.

Cette notice 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. S'agissant d'information médicalisée et du traitement de celle-ci, les arrêtés dits "PMSI" des différents champs d'activité en constituent le support réglementaire. Pour 2014, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Dans tous les cas, ces actualisations sont au minimum 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.

Cette notice est composée des 5 annexes suivantes :

- Annexe 1 : Nouveautés PMSI 2014 du champ d'activité MCO
- Annexe 2 : Nouveautés PMSI 2014 du champ d'activité HAD
- Annexe 3 : Nouveautés PMSI 2014 du champ d'activité SSR
- Annexe 4 : Nouveautés PMSI 2014 du champ d'activité psychiatrie
- Annexe 5 : Nouveautés PMSI 2014 "interchamps", en raison de leur application possible à plusieurs champs

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
Housseyni Holla

Annexe 1

Nouveautés PMSI 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. Seules les annexes 1 et 2 qui lui sont liées sont modifiées :

- Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n°2013-5 *bis*.
- 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°2013-6 *bis*

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

- celles du Manuel des GHM seront publiées sous la référence BO n°2014-5 *bis*.
- celles du Guide méthodologique seront publiées dans un fascicule spécial du Bulletin officiel, sous la référence BO n°2014-6 *bis*.

Comme chaque année, il est procédé à une publication exhaustive de ces deux annexes au BO ainsi qu'à une publication en amont 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 précédent afin d'en faciliter le repérage.

Ces annexes seront applicables au 1er mars 2014.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique MCO

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

- **Évolution des consignes de codage concernant le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale (SPN)**

En application de l'arrêté du 23 avril 2012, le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale s'inscrit dans un programme de santé au sens de l'article L.1411-6 du code de la santé publique prévoyant une généralisation de ce type de dépistage le plus tôt possible. Dans ce cadre, il est souhaité de pouvoir suivre la montée en charge de cette activité de dépistage, qui peut être mise en œuvre par deux méthodes selon les recommandations de la HAS : les potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) et les oto-émissions acoustiques automatisées (OEAA) (cf rapport HAS de 2007 sur « L'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale ») suivant un protocole comprenant test et éventuel « re-test » (selon formulation HAS).

Cependant le suivi par le codage des actes CCAM comme initialement demandé pour la campagne 2013, ne permet pas d'assurer ce suivi de manière satisfaisante dans la mesure où aucun acte CCAM existant ne correspond aux examens automatisés de dépistage recommandés par la HAS. De plus, il est recommandé de ne pas utiliser l'acte CDRP002 *Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans*, dont le libellé manque de précision et qui ne correspond pas au dépistage automatisé néonatal mais au dépistage clinique ou audiométrique (audiométrie subjective, tonale et vocale) réalisé chez les enfants plus âgés (notamment examen du 24e mois, bilan de PMI).

En l'état, et en attendant d'éventuelles évolutions de la CCAM, il n'est donc pas souhaitable que la consigne de codage 2013 soit maintenue.

En conséquence, et à compter de 2014, la nouvelle consigne pour les séjours de nouveau-nés, est de coder systématiquement en DAS le code Z13.51 *Examen spécial de dépistage des affections des oreilles* lorsqu'un dépistage (test et éventuel re-test) de la SPN par oto-émissions acoustiques automatisés (OEAA) ou potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) est réalisé au cours du séjour.

- Correction pour le codage des séjours de post-abortum

Les codes CIM-10 de la catégorie O08 (*complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire*) ayant été réintégrés dans la Liste D-1408 (Affections du post partum et du post abortum), à compter du 1^{er} mars 2014, il n'est plus nécessaire d'ajouter, lors de la production des RUM, un code de la catégorie Z39 (*soins et examens du post-partum*) pour que les séjours soient orientés dans les racines 14C04 (*affections du post partum et du post abortum, avec intervention chirurgicale*) et 14M02 (*affections médicales du post abortum*).

- Règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveautés CIM 10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2014 comprennent des modifications essentiellement apportées par l'OMS et pour certaines par l'ATIH. Pour l'essentiel, ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

III – Classification des GHM : une version 11f

Les modifications apportées à la version 11e de la classification des GHM relèvent essentiellement de travaux de maintenance.

Ne sont évoqués dans la présente notice que les travaux débouchant sur des évolutions de la classification, à savoir la radiofréquence hépatique, le traitement des varices par radiofréquence ou laser de la grande veine saphène, les séjours d'allergologie ainsi que les hydronéphroses et lithiases.

o Radiofréquence hépatique : création d'une racine en K dans la CMD 07

Les actes concernant la radiofréquence hépatique par voie transcutanée (HLNN900, HLNMM001, HLNK001) sont des actes non classant dont les séjours sont principalement classés dans la racine 07M06 *Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas*. Leur utilisation n'est décrite dans la CCAM que pour les tumeurs malignes du foie et les métastases hépatiques, et les recommandations HAS ne concernent également que ces localisations.

Les travaux menés par l'ATIH ont confirmé l'existence d'un surcoût des séjours avec radiofréquence au sein de cette racine 07M06. Afin de prendre en compte le surcoût lié à cette technique, lorsqu'elle est utilisée dans les indications validées par la HAS, il est créé à compter de la campagne 2014 une racine 07K06 Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire. Cette racine comportera 4 niveaux de sévérité.

Ces traitements par radiofréquence étant a priori destinés à perdurer et leurs indications à s'étendre, l'ATIH sera en mesure de créer dans les autres CMD des racines « en K » de même nature, sous réserve de nouvelles indications validées par la HAS et d'évolution(s) de la CCAM.

o Actes de radiofréquence et laser de la grande veine saphène

Les actes EJSF900 et EJSF901 de traitement par laser¹ ou radiofréquence² de la grande veine saphène sont deux actes non classant qui présentent une particularité d'écriture, leur libellé incluant de la chirurgie.

¹ EJSF900 Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée, Avec ou sans : guidage échographique exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse, ligature de veine perforante

² EJSF901 Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée ; Avec ou sans : guidage échographique exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse ligature de veine perforante

Alors que ces séjours devraient être classés dans la racine 05M12 *Troubles vasculaires périphériques*, il est constaté que ces actes se retrouvent principalement dans des séjours de chirurgie de la racine 05C17 *Ligatures de veines et éveinages* qui concernent d'habitude la chirurgie « classique » des varices. Ils sont alors principalement associés à un acte *d'exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct* (EJFA002).

Compte tenu du fait que leur association très fréquente à des actes classant opératoires ne constitue pas une pratique « déviante », mais plutôt une anomalie de leur emploi lié à leur particularité d'écriture incluant de la chirurgie dans leur libellé, **ces actes sont rendus classant opératoires dans la racine 05C17 à compter de la campagne 2014.**

- **Suppression du GHM 05K18J**

Créé lors de la version 11 le GHM 05K18J, *Varices avec acte autre que ligature et éveinage, en ambulatoire*, visait à individualiser des séjours courts pour traitement par sclérose de varices.

Le faible nombre de séjours du GHM (700 séjours en 2009 contre 3000 en 2006-2007) ainsi que sa diminution importante (400 en 2011 et 350 en 2012) objective la décroissance de leur pratique en hospitalisation au profit de leur pratique en ville. On retrouve en effet en 2011 plus de 1 200 000 actes de sclérose dans le secteur libéral (données SNIIRAM assurance maladie).

Compte tenu de ces évolutions, **à compter de la campagne 2014 le GHM 05K18J est supprimé, et les actes de la liste A-269 sont rendus non classant.**

- **Les séjours pour tests allergologiques**

Les divergences apparues lors de certains contrôles externes ont amené l'ATIH à une analyse des séjours avec tests allergologiques afin de clarifier leur codage ou de modifier leur classement en GHM. En effet, pour certaines prises en charge longues et très spécifiques (réintroduction d'allergènes), le choix du DP conduit dans des racines différentes.

Les travaux réalisés par l'agence sur les séjours longs d'allergologie ont permis de montrer que, si les séjours longs se ressemblent, il existe cependant une forte hétérogénéité de codage, concernant en particulier la notion d'antécédents d'allergie (catégorie Z88 de la CIM-10). Compte tenu de ce codage hétérogène, et devant la complexité que nécessiteraient d'éventuelles précisions des consignes de codage, il a été décidé de regrouper en une seule racine les désensibilisations et les tests allergologiques. Cette nouvelle racine regroupera les séjours actuellement classés dans les racines 23M13 *Désensibilisations nécessitant une hospitalisation* et 23M18 *Tests allergologiques nécessitant une hospitalisation* ainsi que les séjours pour antécédents d'allergie actuellement classés dans la racine 23M20 *Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23*.

Ainsi à compter de la campagne 2014 les racines 23M13 et 23M18 sont supprimées et remplacées par une racine 23M21 *Désensibilisations et tests allergologiques nécessitant une hospitalisation*.

Cette nouvelle racine contient 2 GHM : un GHM de « très courte durée » (23M21T) et un GHM sans niveau de sévérité (23M21Z). Les séjours avec un DP de la catégorie Z88 de la CIM-10 sont désormais orientés dans cette racine (au lieu de la racine 23M20).

- **Reclassement du diagnostic N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale***

L'agence a été sollicitée afin d'étudier la pertinence d'un classement du diagnostic N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale* dans la liste D-026 *Lithiases urinaires*, dans la mesure où les séjours comportant ce code diagnostic et un acte de la liste A-097 *Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, sauf prostatectomies* sont actuellement groupés dans la racine 11C13 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques*

et non dans la racine 11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires*.

Les travaux ont montré que ce cas de figure concerne environ 5 000 séjours, et que le changement d'orientation conduit à une légère amélioration de la performance de la classification.

Il a donc été décidé qu'à compter de la campagne 2014, le diagnostic N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale* est reclassé dans la liste D-026.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

○ **Format du RUM**

Le format du RUM 2014 (RUM 016) n'est pas modifié par rapport à celui du RUM 2013 (RUM 016)
Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr>

○ **Fonction groupage**

La fonction groupage 2014 est une version V13.11f. Sa mise à jour est nécessaire pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM.

○ **Fichier RSF ACE**

Trois variables sont ajoutées à ce fichier :

– Coefficient MCO

Intégration du « coefficient MCO » dans le recueil des RSFACE. Cette intégration permettra la mise en conformité avec les règles FIDES qui préconisent l'application du coefficient prudentiel dans la variable coefficient MCO (Annexe 27 norme B2).

Ce coefficient MCO est égal au produit (Coeff Transition x Coeff Géographique x Coeff Prudentiel).

– Code de gestion :

Dans la perspective de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit de s'appuyer sur les données du PMSI. A cette fin, une nouvelle variable « code gestion » est introduite dans le fichier VIDHOSP et concerne tous les champs d'activité (voir annexe V, point II). En outre, cette nouvelle variable est également introduite dans le fichier RSF ACE pour le champ MCO. Ses modalités sont les mêmes que celles de VIDHOSP.

– Typage de certaines consultations

Afin d'assurer un meilleur suivi de l'activité de consultation des UCSA d'une part, ainsi qu'une meilleure visibilité entre l'activité produite et les financements alloués par la dotation MIG au titre des consultations spécifiques d'autre part, il est ajouté au RSF ACE une variable permettant d'identifier l'unité ou le centre (« UF ») réalisant l'activité.

Ce typage concerne :

- Les consultations réalisées par les UCSA (soins aux détenus)
- Les consultations mémoire pour les centres mémoire de ressources et de recherche et les établissements non CM2R
- Les consultations maladies rares pour les centres de références pour la prise en charge des maladies rares
- Les consultations mucoviscidose pour les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
- Les consultations de prévention, dépistage et diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP
- Les consultations Parkinson pour les centres experts de la maladie de Parkinson
- Les consultations assurées par les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage

- Les consultations hospitalières d'addictologie
- Les consultations hospitalières de génétique

La nomenclature de ces « UF » est précisée dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation

- **Recueil des actes pour les ATU, FFM, SE et APE**

Les RSF ACE réalisés pour des prises en charges comportant un des forfaits ATU, FFM, SE et APE doivent intégrer en plus de ces forfaits, l'ensemble des actes réalisés dans le même temps.

Cette condition vaut :

- pour les actes qui seraient non liés au forfait mais qui seraient présentés dans la même facture. (Cas d'une facture avec un SE, dont un acte est lié au forfait SE, et un autre non)
- pour l'ensemble des actes réalisés lors de la prise en charge d'un passage aux urgences donnant lieu à un ATU. Ces actes doivent être intégrés dans le RSF ACE contenant l'ATU.

Cette nouveauté s'inscrit dans le cadre de FIDES : dans l'attente de la fixation du taux de prise en charge UNCAM pour ces forfaits, les actes liés seront valorisés par OVALIDE et payés dans le cadre de l'arrêté versement des établissements ex-DG.

- **FICHSUP**

Il a été estimé nécessaire d'obtenir des précisions sur l'activité de consultations bénéficiant de financements alloués par la dotation MIG au titre des consultations spécifiques,

A terme, un suivi détaillé de cette activité, au moyen d'une évolution de FICHCOMP pourrait être proposée. Toutefois, cette évolution nécessite une validation des données recueillies sur le plan de la pertinence et de la faisabilité. **Dans l'immédiat, et comme annoncé dans la Notice technique financement de 2013, il est mis en place à titre transitoire, pour la fin de l'année 2013 et pour l'année 2014 un nouveau recueil d'activité portant sur les consultations longues et/ou pluridisciplinaires.**

La liste des consultations nécessitant ce suivi particulier est la suivante :

1. Les consultations mémoire pour les centres mémoire de ressources et de recherche :
2. Les consultations mémoire pour les établissements non CM2R
3. Les consultations maladies rares pour les centres de références pour la prise en charge des maladies rares
4. Les consultations mucoviscidose pour les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
5. Les consultations de prévention, dépistage et diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP
6. Les consultations Parkinson pour les centres experts de la maladie de Parkinson
7. Les consultations assurées par les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
8. Les consultations hospitalières d'addictologie
9. Les consultations hospitalières de génétique

Le détail des variables à recueillir est précisé dans le Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation.

- **VIDHOSP**

Cf Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté du 31 décembre 2004 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 fait l'objet de modifications.

Le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexé à l'arrêté PMSI HAD) est modifié.

Il sera publié au BO sous le n° 2014-7bis après publication préalable 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 précédent afin d'en faciliter le repérage.

Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2014.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique HAD

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- Meilleure caractérisation des diagnostics

La démarche initiée en 2013 de médicalisation du recueil d'information PMSI HAD est poursuivie en 2014 : une meilleure description des diagnostics du patient est attendue. Le mode de recueil n°1 des diagnostics est abandonné au profit du mode de recueil n°2 qui devient obligatoire. A compter du 1^{er} mars 2014, il convient de coder les variables diagnostiques suivantes :

- le diagnostic principal (affection qui mobilise l'essentiel des soins) ; la saisie de cette donnée est obligatoire ;
- le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP) : il s'agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prise en charge ; la saisie d'au moins un DCMPP sera rendue obligatoire en 2015 ; toutefois, à partir du 1^{er} mars 2014, l'absence de DCMPP donnera lieu à une alerte non bloquante de la fonction groupage ; il est possible de coder jusqu'à 9 DCMPP ;
- le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA) : il s'agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prise en charge ; lorsqu'un mode de prise en charge associé est déclaré, la saisie d'au moins un DCMPA est obligatoire en 2014 : l'absence d'un DCMPA alors qu'un MPA est décrit sur la séquence donnera lieu à une erreur bloquante de la fonction groupage HAD ; il est possible de coder jusqu'à 9 DCMPA ;
- le/les autres diagnostics associés : il s'agit des autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) pris en charge par l'équipe d'HAD mais qui ne sont pas directement liés aux modes de prise en charge principal et associé déclarés.

- Explicitation plus détaillée des conditions d'intervention et de financement des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médicosociaux avec hébergement telles que fixées par les décrets n°2012-1030 et n°2012-1031 du 06/09/2012

Différents points de la circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 sont ainsi repris dans l'appendice A, paragraphe 4 du Guide méthodologique HAD.

- Information concernant la disparition programmée du mode de prise en charge n°20 « Retour précoce à domicile après accouchement » au 1^{er} mars 2015 et respect des indications du mode de prise en charge n°21 « Post partum pathologique »

Le MP 20 « *Retour précoce à domicile après accouchement* » disparaîtra des modes de prise en charge HAD autorisés le 1^{er} mars 2015 ; des précisions seront apportées dans le *Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile* applicable au 1er mars 2014.

Les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du post partum ont fait l'objet en avril 2011 d'une recommandation de bonne pratique détaillée de la HAS qu'il convient de respecter : les indications du MP 21 « *Post partum pathologique* » concernent les soins donnés à la mère. Ces soins sont consécutifs à des suites **pathologiques** de son accouchement.

- **Règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveautés CIM 10**

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2014 comprennent des modifications essentiellement apportées par l'OMS et pour certaines par l'ATIH. Pour l'essentiel, ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

III – Classification en GHPC

La classification en GHPC ne fait l'objet d'aucune modification ; le fichier Excel GHPC_2013.xlsx publié sur le site de l'ATIH est inchangé (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004F00001FF>).

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

- **VIDHOSP**

Cf Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté du 30 juin 2011 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 et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement fait l'objet d'une modification.

Cette modification est liée à l'obligation de produire les fichiers FICHCOMP et FICHCOMPA pour décrire la consommation des molécules onéreuses intervenues au cours de chaque séjour.

Les annexes I, II et III qui lui sont liées sont également modifiées :

- Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2014-8 *bis* (3 volumes) ;
- Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation – annexe II – BO n° 2014/2 *bis*
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2014/3 *bis*.

Il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO suite à une publication préalable 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 précédent afin d'en faciliter le repérage.

Ces annexes seront applicables au 30 décembre 2013, date correspondant à la première semaine de recueil de l'année 2014 pour les données PMSI du champ SSR.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- Règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveautés CIM 10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2014 comprennent des modifications essentiellement apportées par l'OMS et pour certaines par l'ATIH. Pour l'essentiel, ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

- Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR)

Le CSARR est actuellement publié au BO sous la référence 2013/3 bis. Cette version est modifiée pour 2014. Ainsi, comme pour les autres documents, l'annexe III de l'arrêté PMSI SSR 2014 décrivant le CSARR est mise en ligne sur le site de l'agence. Cette publication soulignera sous une forme typographique spécifique les modifications apportées au Guide méthodologique précédent afin d'en faciliter le repérage.

La version 2 du CSARR comporte 2 parties : le Guide de lecture et de codage et le Catalogue CSARR.

Les principales modifications du Guide de lecture et de codage sont les suivantes :

- les actes pluriprofessionnels, appartenant à la liste mentionnée à l'annexe 2 du guide de lecture et de codage du CSARR, ne doivent être codés que par un seul professionnel à qui incombe la responsabilité de l'acte. Pour ces actes il faudra également mentionner le nombre de professionnels ayant concouru à la réalisation de l'acte ;
- le codage du « nombre de patients », pris en charge de façon concomitante devient obligatoire ;
- le codage des étapes d'appareillage (codes A, B C) réalisées par les professionnels de l'établissement devient obligatoire ;
- le codage de la date de réalisation de l'acte est souhaité mais n'est pas obligatoire pour 2014.

- une variable appelée « code extension documentaire » est créée. Elle pourra être utilisée à compter de 2014 pour préciser le plateau technique spécialisé éventuellement mobilisé pour la réalisation de l'acte CSARR. La liste de ces plateaux figure en annexe du guide de lecture et de codage du CSARR.

Pour la version 2 du CSARR, les modifications du Catalogue et leurs caractéristiques figureront dans un document spécifique publié sur le site de l'agence en décembre 2013.

III – Classification en GME

- Manuel de groupage

Les tables du manuel de groupage sont modifiées afin de prendre en compte les nouveautés CIM-10 2014 (créations, extensions et suppressions de l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »).

Les corrections suivantes sont apportées pour les codes :

- o S83.7 « *Lésion traumatique de multiples parties du genou* » : orientation exclusive dans la liste D-0839
- o « S46.7 « *Lésion traumatique de multiples muscles et tendons au niveau de l'épaule et du bras* » : orientation exclusive dans la liste D-0838 ;
- o I46.1 « *Mort cardiaque subite, décrite ainsi* » : orientation dans la liste D-0518.

- Non cumul hospitalisation complète / hospitalisation partielle

Le contrôle A900 de GENRHA, portant sur les séjours simultanés, est modifié avec ajout d'un test de détection d'une journée de présence commune lorsque les dates de sortie de l'unité A et d'entrée dans l'unité B sont identiques pour un même patient. Concernant les journées de présence, la règle PMSI énoncée dans le Guide méthodologique (paragraphe 2.1.3.1) est inchangée notamment pour les situations de mutation vers une autre unité médicale de SSR.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

- Fonction groupage : mise en œuvre d'un « groupage inter-années » en hospitalisation complète

À compter de 2014 le groupage se fait sur des SSRHA complètes pour les séjours commencés en 2013. Cette règle ne s'applique pas aux RHA commencés avant le 30 décembre 2012 inclus, pour les séjours qui ont débuté avant cette date.

- FICHCOMP

La production du fichier FICHCOMP, destiné à recueillir des informations sur la consommation de certaines molécules onéreuses, est rendue obligatoire pour les établissements financés par l'OQN. Les modalités techniques sont identiques à celles définies pour les établissements sous DAF.

- VID-HOSP

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »

Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité de la Psychiatrie

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 29 juin 2006³ fait l'objet de modifications liées à la modification du Guide méthodologique qui lui est annexé.

Ainsi, cet arrêté fera l'objet d'une mise à jour, publiée au journal officiel. Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point II.

Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2014.

II – Modification du *Guide méthodologique* en Psychiatrie

Le guide méthodologique en psychiatrie fait l'objet de modifications mineures :

- **Précision concernant le nombre maximal de diagnostics associés significatifs pouvant être codés :**

- Pour un Résumé par séquence (RPS), ce nombre est égal à 99 ;
- Pour un Résumé d'activité ambulatoire (RAA), ce nombre est égal à 9.

- **Prise en compte des nouveautés CIM 10**

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2014 comprennent des modifications essentiellement apportées par l'OMS et pour certaines par l'ATIH. Pour l'essentiel, ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

III – Nouveautés concernant le format des fichiers

- **VID-HOSP**

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »

³ 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.

Annexe 5

Nouveautés PMSI « interchamps »

I – Nouveautés 2014 relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2014 relatives aux nomenclatures applicables à l'ensemble des champs concernent la CCAM et la CIM-10.

I.1. Nouveautés de la CCAM

A partir de juin 2014, la description des actes dentaires sera modifiée et les actes dentaires devront être codés en CCAM. La description des actes d'anatomo-cyto-pathologie sera également modifiée.

I.2. Nouveautés de la CIM-10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2014 comprennent de nombreuses mises à jour adoptées par l'OMS, dont certaines sont d'importance, et quelques créations d'extensions par l'ATIH afin de tenir compte des spécificités du modèle français.

➤ **Publications**

L'ATIH publiera en décembre 2013 l'ensemble des modifications à introduire en 2014 dans le volume 1 de la CIM-10. Ces modifications entrent en application à compter de janvier 2014 pour les champs d'activité SSR et psychiatrie ; à compter de mars 2014 pour les champs MCO et HAD.

Les fichiers suivants seront mis à disposition sur le site de l'ATIH :

- ✓ document de synthèse des modifications introduites en 2014 et des principes de codage qui en découlent ;
- ✓ liste de toutes les modifications, créations et suppressions de codes et de notes pour 2014 ;
- ✓ mise à jour du fichier de suivi des évolutions de la CIM-10 intégrant les modifications 2014;

Nota : dans ces documents, les conventions utilisées pour repérer l'origine des modifications dans la CIM-10 sont identiques à celles utilisées dans les documents précédents : figurent en rouge les changements faits à l'initiative de l'OMS, en bleu ceux apportés par l'ATIH dans le cadre du PMSI.

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

Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Pour les situations où de nouveaux problèmes de santé surviendraient et nécessiteraient d'être identifiés et suivis de manière urgente dans les systèmes d'information, l'OMS a défini 20 codes d'attente dans les catégories U06 et U07. Ces catégories et sous-catégories doivent être disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et utilisées, sans délai, selon les instructions de l'OMS. Ces vingt nouveaux codes, dont le libellé d'attente est **Usage urgent de U0-**, sont intégrés dans la liste des codes utilisables dans les recueils PMSI. Cependant, en l'absence de consignes spécifiques données par l'OMS, leur utilisation est proscrite et conduit à un groupage en erreur.

La description des résistances aux traitements antibiotiques est entièrement revue et conduit notamment à la création d'un nouveau groupe U82-U85 **Résistance aux médicaments antimicrobiens et antinéoplasiques**. Les catégories **U80 Agents résistant à la pénicilline et apparentés**, **U81 Agents résistant à la vancomycine et apparentés**, **U88 Agents résistant à de multiples antibiotiques** et **U89 Agents résistant à des antibiotiques autres et non précisés** sont supprimées. En regard, sont créées les catégories **U82 Résistance aux antibiotiques bêta-lactamines [bêta-lactames]** et **U83 Résistance aux autres antibiotiques** déclinées en 11 sous-catégories. De plus, deux nouvelles catégories complètent ce nouveau groupe : la catégorie **U84 Résistance aux autres antimicrobiens** subdivisée en 7 sous-catégories et **U85 Résistance aux médicaments antinéoplasiques** non subdivisée.

La catégorie **148 Fibrillation et flutter auriculaires** est subdivisée en 6 sous-catégories selon le type de fibrillation (voir définitions utilisées dans les documents HAS) et le type de flutter.

La catégorie **184 Hémorroïdes** est supprimée dans le chapitre des maladies de l'appareil circulatoire et une nouvelle catégorie **K64 Hémorroïdes et thrombose veineuse anale** est créée dans le chapitre des maladies de l'appareil digestif et subdivisée en 8 sous-catégories.

Des subdivisions à caractère facultatif sont créées dans la catégorie **J96 Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs**, pour identifier le type hypoxique ou hypercapnique des insuffisances respiratoires. Pour l'insuffisance respiratoire chronique, ces subdivisions se combinent avec celles concernant le type restrictif ou obstructif créées antérieurement. Cette modification conduit à la création de 15 nouvelles subdivisions.

Les libellés des subdivisions de la catégorie **K43 Autres hernies de la paroi abdominale antérieure** sont modifiés et 6 subdivisions sont créées afin de préciser notamment les notions d'éventration postopératoire et d'hernie péristomiale.

Les autres modifications principales liées aux mises à jour de l'OMS concernent les points suivants :

- création de la sous-catégorie **I72.6 Anévrisme et dissection de l'artère vertébrale** ;
- création de la sous-catégorie **K02.5 Carie avec exposition de la pulpe** ;
- création de deux sous-catégories en **R95 Syndrome de la mort subite du nourrisson** déclinée selon la réalisation ou non d'une autopsie ;
- suppression du code **L41.2**, la papulose lymphomatoïde se codant en C86.6 *Syndrome lymphoprolifératif cutané primitif à cellules T CD30 positives*.

Plusieurs libellés de catégories sont modifiés : en **K30** est précisé le caractère fonctionnel de la dyspepsie, en **O22** et **O87** les hémorroïdes sont ajoutées aux complications veineuses au cours de la grossesse et de la puerpéralité, enfin les libellés de **Z45** et **Z95** sont élargis à l'ensemble des dispositifs électroniques cardiaques.

Les autres modifications, ajouts et suppressions de note sont sans conséquences notables et seront détaillés dans les documents publiés sur le site de l'ATIH.

➤ **Modifications apportées par l'ATIH et création d'extensions nationales**

Afin de permettre la description des situations de perforation et déchirure accidentelle des méninges rachidiennes après un acte à visée diagnostique ou thérapeutique des extensions sont créées en **G97.8 Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs**.

II – Évolutions du fichier VIDHOSP

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit de fiabiliser et de simplifier la répartition des charges hospitalières entre les régimes d'assurance maladie en s'appuyant sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

En conséquence des modifications sont apportées au fichier VIDHOSP demandé dans chacun des champs pour permettre une répartition des charges hospitalières entre régime la plus fiable possible.

Pour les établissements financés par la DAF ou ex-DG, une nouvelle variable, *Code gestion*, issue des informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie est ajoutée au fichier VIDHOSP.

Elle est présente dans la zone « Régime obligatoire » de la carte vitale. Cette variable est également ajoutée dans les fichiers RSF-ACE pour le champ MCO (*voir annexe I, point IV*)

Par ailleurs, la saisie des variables *Code participation assuré ; N° d'entrée ; Rang de naissance ; Rang du bénéficiaire ; N° caisse gestionnaire ; N° centre gestionnaire* auparavant facultative, devient obligatoire.

Des contrôles spécifiques seront intégrés dans OVALIDE/MAT2A de chacun des champs afin de suivre la qualité du codage de ces informations.