

Campagne tarifaire et budgétaire 2015

Nouveautés PMSI

Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2015 relatives au recueil et au traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité hospitalière.

Elle répond à la volonté constante d'information précoce des établissements concernant les nouveautés qu'ils auront à mettre en œuvre en 2015. A ce titre, les nouveautés concernant les champs d'activité SSR et psychiatrie étant respectivement applicables au 29 décembre 2014, et 1^{er} janvier 2015, une première notice relative à ces champs (ainsi que nouveautés interchamps) a été publiée le 31 octobre 2014.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO et HAD, applicables au 1^{er} mars 2015. Toutefois les évolutions de nomenclature CIM-10 et CCAM, sont applicables au 1^{er} janvier 2015, quel que soit le champ d'application concerné. Dans une logique documentaire, les annexes SSR, psychiatrie et interchamps sont reproduites dans la présente notice. A cette occasion, quelques précisions sont apportées aux annexes SSR et interchamps.

Pour mémoire, les arrêtés dits « PMSI » constituent le support réglementaire du recueil et du traitement des informations médicalisées relatives aux différents champs d'activité. Pour 2015, ces arrêtés font l'objet de certaines modifications liées aux nouveautés spécifiques à chaque champ.

Il convient de signaler deux nouveautés conduisant à une modification identique de chacun des arrêtés, et concernant les outils de référence pour le codage des diagnostics et des actes médicaux, nouvellement produits par l'ATIH. Ainsi, à compter de 2015, la référence relative au codage des diagnostics est la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies, CIM-10 dite à usage PMSI, et la référence relative au codage des actes est la classification commune des actes médicaux (CCAM) descriptive dite à usage PMSI. Ces deux nomenclatures sont annexées aux arrêtés PMSI, et seront publiées au bulletin officiel du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sous les références respectives BO n°2015-9bis et BO n°2015-8bis.

Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui la motivent.

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 fait l'objet de modifications.

Outre les modifications relatives à l'utilisation de la CIM 10 à usage PMSI pour le codage des diagnostics, et de la CCAM descriptive à usage PMSI pour le codage des actes, les modifications concernent essentiellement les annexes I et II de l'arrêté :

- Manuel des groupes homogènes de malades – annexe I – BO n° 2014/5 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° 2014/5 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° 2015/5 bis.
- celles du *Guide méthodologique* seront publiées dans un fascicule spécial du *Bulletin officiel*, sous la référence BO n° 2015/6 bis ;

Comme chaque année, il a été décidé de procéder à une publication exhaustive des annexes I et II au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, les annexes seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées notamment pour le *Guide méthodologique*.

Ces annexes seront applicables au 1^{er} mars 2015.

Les annexes III « CIM-10 à usage PMSI », et IV (CCAM descriptive à usage PMSI) seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2015-9bis et BO n°2015-8bis, et seront applicables au 1^{er} janvier 2015.

II – Modifications de codage portées dans le *Guide méthodologique* MCO

Les principales modifications apportées dans le codage des situations cliniques mentionnées dans le guide portent sur les thèmes suivants :

- Plan et structure du guide

L'ATIH a engagé une démarche d'harmonisation des guides méthodologiques des différents champs, afin d'en faciliter la lecture. Ainsi le plan et la structure de certains chapitres du guide méthodologique MCO ont été modifiés.

o Les actes opératoires prophylactiques pour antécédent familial de cancer

Les actes opératoires réalisés à titre prophylactique chez des personnes indemnes de la pathologie mais à risque du fait d'antécédents familiaux étaient auparavant classés dans la CMD17. Or le classement de ces actes est jugé plus pertinent dans la CMD de l'organe opéré. Pour permettre ce classement, des extensions ont été ajoutées au code « Z40.0 = opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne », qui permettent de signaler l'organe opéré (ex : Z40.00 Ablation prophylactique de sein).

Les extensions sont présentées dans l'annexe 5 « Nouveautés PMSI interchamps ».

Les modifications spécifiques de la classification sont présentées dans le chapitre « **Refonte de la CMD 17** »

- **Le choix du DP pour les chimio-embolisations hépatiques et les chimiothérapies intra artérielles in situ**

Les chimio embolisations (actes EDLF016, EDLF017, EDLL001 ou EDLL002) sont des traitements uniques éventuellement renouvelés en cas d'échec de la procédure. Le diagnostic principal (DP) de ces situations cliniques est donc le code de la tumeur prise en charge, hépato carcinomes ou certaines métastases hépatiques.

Les chimiothérapies intraartérielles (actes : EDLF014 EDLF015) sans embolisation sont des traitements in situ liés à l'anatomie du foie qui permet cette technique. Le traitement étant réalisé en séance le DP est donc « Z51.1 = Séance de chimiothérapie pour tumeur ». Les modifications spécifiques de la classification sont présentées dans le chapitre « **Chimio-embolisation** »

- **L'utilisation du code R26.30 « état grabataire »**

Lors de l'analyse des séjours pour la mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA), il a été constaté que le diagnostic « R26.30=état grabataire » codé en diagnostic associé perdait de son effet CMA et n'atteignait plus les conditions d'un niveau de sévérité 3. Compte-tenu de la lourdeur de la prise en charge des patients effectivement porteurs de ce diagnostic, le code a été maintenu dans son niveau de sévérité élevé mais l'ATIH attire l'attention sur le fait que ce diagnostic ne peut être codé que si le patient répond exactement à la définition du guide méthodologique :

« [...] (R26.30) est réservé aux situations correspondant à la définition suivante : « état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement ».

NB : Toutes les conditions sans exception doivent être présentes. Le mot « maladie » est essentiel. Le codage d'un état grabataire suppose la chronicité. Sont en conséquence exclus les états qui correspondent transitoirement à la définition (par exemple, dans les suites d'une intervention chirurgicale) mais tels que « l'état grabataire », qui n'existait pas avant les soins, leur est dû, et est appelé à disparaître dans un délai bref, de l'ordre de la durée du séjour en MCO. »

- **Rappel sur la prise en compte des examens complémentaires comme diagnostic associé (DA) dans le RSS**

Les résultats des examens complémentaires (laboratoire, imagerie, etc.) réalisés au cours du séjour d'un patient ne peuvent pas conduire systématiquement au codage d'un diagnostic associé. Ce sont l'interprétation et la prise en compte de leurs résultats par le clinicien au cours de la prise en charge et du traitement du patient qui permettent le codage de ce type de diagnostics.

Par exemple, un résultat anormal dans le bilan biologique du patient, de type hyponatrémie, ne peut donner lieu au codage du diagnostic correspondant, « E87.10 = Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles par litre » que si cette anomalie a été prise en charge lors du séjour hospitalier ou mentionnée par le clinicien dans le compte-rendu d'hospitalisation.

- **Les actes réalisés dans les UM de réanimation**

Les données PMSI sont mobilisées dans de nombreuses études, notamment dans le cadre des études nationales de coûts (ENC). Pour ventiler une partie des charges des unités de réanimation sur les séjours concernés, l'unité d'œuvre utilisée est le score Oméga. A partir de l'ENC 2015, le calcul de cette unité sera directement réalisé par l'ATIH, sur la base des informations issues des bases PMSI. Pour opérer ce calcul, il est essentiel que l'ensemble des actes réalisés dans l'unité de réanimation soit codé. Aussi, il convient de veiller au bon codage des actes de réanimation.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2015 comprennent quelques modifications apportées par l'OMS et surtout des modifications apportées l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont détaillées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

- **Règles d'utilisation de la CCAM descriptive à usage PMSI**

À partir de 2015, une CCAM descriptive à usage PMSI sera mise en ligne sur le site de l'ATIH. Pour bien distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, passent à 10 caractères : 4 lettres 3 chiffres, un tiret, 2 chiffres.

- **Nouveau recueil pour les établissements OQN : résumés standardisés de facturation des consultations et actes externes des médecins salariés**

Cf. point V de la présente annexe et Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

- **Codage de l'administration de Yondelis® dans le cadre de l'instruction N° DGOS/PF2 /PF4/2014/48 du 11 février 2014 - Rappel**

Dans le cadre de cette instruction, il est demandé que les consommations du médicament Yondelis® dans son indication « traitement des sarcomes des tissus mous évolués, chez les patients adultes, après échec de traitement à base d'anthracyclines ou d'ifosfamide ou chez les patients ne pouvant pas recevoir ces médicaments » doivent être codées via FICHCOMP-ATU en renseignant les codes UCD 9 290 519 (*Yondelis® 0,25mg poudre pour solution à diluer pour perfusion*) et 9 290 525 (*Yondelis® 1mg poudre pour solution à diluer pour perfusion*).

Les résumés de sortie standardisés (RSS) associés à ces consommations doivent impérativement voir leur zone diagnostique complétée.

En cas de traitement d'un sarcome des tissus mous, quelles que soient les modalités de codage précis de la localisation tumorale, il convient que le code CIM 10 C49.* (Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous) apparaisse parmi les diagnostics principal, relié ou associés.

Nous rappelons également que les consommations du médicament Yondelis® pour son indication « cancer de l'ovaire récidivant sensible au platine, en association à la doxorubicine liposomale pegylée » doivent être codées via FICHCOMP.

III – Classification des GHM : une version 11g

La nouvelle version de la classification des GHM qui sera utilisée à compter du 1^{er} mars 2015 est la version 11g. Cette version sera détaillée dans le *Manuel des GHM* qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2015-5 bis et sur le site de l'ATIH.

Les changements majeurs de cette version portent sur les thèmes suivants :

- **Mise à jour de la liste des complications et morbidités associées (CMA) hors CMD 14 et 15.**

La mise à jour de la liste des CMA repose sur une méthodologie validée par l'ensemble des fédérations et identique à celle mise en œuvre pour la campagne 2013.

Les principaux éléments méthodologiques sont, pour rappel :

- L'effet CMA est l'allongement de la durée de séjour (DS) lié à la prise en charge, au cours du même séjour, d'une autre affection (comorbidité) que celle qui a motivé le séjour (diagnostic principal).
- Cet effet CMA se caractérise par une mesure de l'augmentation moyenne de la DS sur l'ensemble des séjours ainsi que par la proportion de séjours qui présente un allongement.
- Cet effet est étudié, pour chacun des diagnostics ou regroupement de diagnostics de la CIM-10 (les diagnostics ayant peu d'effectifs sont regroupés selon une proximité médicale) sur plusieurs années en regroupant les données par périodes de 2 ans,
- A l'issue des traitements statistiques l'ensemble des évolutions potentielles sont revues médicalement et certains arbitrages réalisés. C'est le cas notamment lorsqu'il est nécessaire, pour conserver un effet CMA, d'exclure certains diagnostics principaux pour ne conserver que ceux pour lesquels l'effet est le plus important (l'effet CMA persiste mais sur un nombre de séjours plus réduit).

Au final, cette méthode aboutit à :

- supprimer de la liste, les codes pour lesquels il n'est plus constaté d'effet CMA
- 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) ;
- actualiser la liste avec les codes pour lesquels apparaît un effet CMA.

Les résultats de la révision

- A l'issue des travaux seuls 2% des diagnostics changent de niveau de sévérité avec globalement :

- une légère baisse des niveaux 1 (de 64,7% à 64,6) et des niveaux 3 (de 6,4% à 6,2%),
 - et une augmentation des niveaux 2 (de 25,5% à 25,7%) et des niveaux 4 (de 3,5% à 3,6%).
- le détail est présenté dans le tableau ci-dessous.

Effectifs et pourcentages des niveaux de sévérité des diagnostics de la V11g par rapport à la V11f.

11f	V11g									
	Nb de diagnostics					%				
	1	2	3	4	total	1	2	3	4	total
1	8844	110	-	-	8954	98.8	1.2	-	-	64.7
2	93	3414	22	-	3529	2.6	96.7	0.6	-	25.5
3	1	33	833	14	881	0.1	3.7	94.6	1.6	6.4
4	2	-	3	478	483	0.4	-	0.6	99.0	3.5
total	8940	3557	858	492	13847	64.6	25.7	6.2	3.6	100.0

- La révision aboutit à modifier le niveau de sévérité pour **105 976** séjours.
- Les mouvements montrent une augmentation des séjours de niveaux 1 et 4, et une diminution des séjours de niveaux 2 et 3 (voir tableau ci-dessous).

Effectifs des niveaux de sévérité des séjours de la V11g par rapport à la V11f.

11f	V11g				
	1	2	3	4	total
1	4 565 577	6 362	228	41	4 572 208
2	51 868	1 551 584	10 663	101	1 614 216
3	5 554	13 268	1 031 086	11 103	1 061 011
4	1 000	1 151	4 637	330 986	337 774
total	4 623 999	1 572 365	1 046 614	342 231	7 585 209

A titre d'exemple le tableau ci-dessous présente les modifications ayant l'impact le plus important en termes de nombre de séjours.

Codes diagnostics modifiés ayant l'impact le plus important en termes de nombre de séjours

Code	V11f	V11g	Variation	séjours impactés	Libellé
E109	2	1	-	17 387	Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication
K564	2	3	+	6 752	Autres obstructions de l'intestin
R651	3	4	+	6 072	Syndrome de réponse inflammatoire systémique d'origine infectieuse avec défaillance d'organe
T8138	2	2	0	5 332	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées
E440	3	3	0	4 735	Malnutrition protéino-énergétique modérée
H353	2	1	-	2 280	Dégénérescence de la macula et du pôle postérieur
E1190	2	2	0	2 182	Diabète sucré non insulino-dépendant insulino-traité, sans complication
T814	3	3	0	1 846	Infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs
Z290	2	2	0	1 840	Isolement (prophylactique)

- = baisse de niveau de sévérité, + = augmentation du niveau de sévérité, 0 = effet des exclusions.

○ **Ajustement de la liste des complications et morbidités associées (CMA) de la CMD 14**

Lors de leur mise en place, en 2011, l'analyse des CMA de la CMD 14 s'est faite sur peu de données, car peu de séjours possédaient l'information concernant l'âge gestationnel. De ce fait, faute de données, un certain nombre de diagnostics n'ont pas de niveau de sévérité, ce qui a été signalé à plusieurs reprises par les établissements de santé.

Le traitement statistique des données des CMA de la CMD 14 n'a pas été fait pour la campagne 2015. Toutefois, à l'occasion de la révision des diagnostics ayant un niveau de sévérité 3 ou 4 dans les autres CMD, un niveau B a été attribué à 23 codes jusque-là sans niveau dans la CMD 14. Ces choix seront affinés et complétés lors d'une campagne ultérieure par une analyse des données disponibles plus complètes.

La liste complète des CMA figure dans l'annexe 4 du volume 1 du Manuel des GHM disponible sur le site de l'ATIH.

○ **Refonte de la CMD 17**

La refonte de la CMD 17 a été mise en œuvre suite à la modification des diagnostics d'hématologie dans la CIM-10 et aux retours des établissements de santé signalant le mauvais classement de certains diagnostics. Cette CMD contient des diagnostics hétérogènes et représente un peu plus de 300 000 séjours.

Le travail s'est appuyé sur deux éléments : une expertise métier via une saisine de la Fédération des Spécialités Médicales qui a désigné un groupe d'experts et une analyse médicale et statistique des séjours.

Cette analyse a permis de déterminer 4 axes d'amélioration.

- Axe 1 : Redirection de certains séjours vers des CMD d'organes : Pour une amélioration sur un plan médical et classificatoire il a été décidé de :
- Grouper les actes réalisés à titre prophylactique avec les mêmes actes réalisés à titre thérapeutique : le codage du diagnostic Z40.0 « opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne » a été modifié en ajoutant une extension sur la quatrième position, extension permettant d'identifier l'organe opéré. Ce codage permettra de définir d'emblée la CMD dans laquelle sera dirigé le séjour concerné par l'opération prophylactique ;

- Rediriger vers une CMD d'organe les séjours avec un diagnostic de tumeur solide relativement précis sur la localisation. Cette procédure a concerné 9 diagnostics (par exemple C76.1 « Tumeur maligne de siège mal défini du thorax »).

- Axe 2 : Constitution des racines médicales à dire d'experts

Le nombre et le contenu des racines –ont été revus par les experts et la synthèse des modifications réalisées est présentée dans le tableau ci-dessous.

Changements des racines médicales de la CMD17.

V11f	V11g	Diagnostics exclus	Diagnostics ajoutés
17M08 et 17M09 Leucémies aiguës	17M08 et 17M09 Leucémies aiguës	0	7
17M11 Autres leucémies	<i>Racine supprimée</i>	Tous	0
17M12 Lymphomes et autres affections malignes hématopoïétiques	17M15 Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes	0	12
17M13 Polyglobulies	17M16 Hémopathies myéloïdes chroniques	4	20
17M07 Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	17M17 Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus	32 dont 20 diagnostics redirigés (axe 1)	0

- Axe 3 : Révision des racines chirurgicales sur la base de la « lourdeur » des actes

Les analyses des quatre racines chirurgicales initiales ont montré que, pour un acte donné, la DMS était la même quel que soit le diagnostic. C'est donc l'acte, plus que la pathologie, qui est discriminant et rend le séjour homogène. Le choix a été fait de réviser les racines chirurgicales en s'appuyant sur les caractéristiques des actes, et plus particulièrement sur la DMS des séjours concernés, ainsi que leur signification médicale. Le nombre de classes (3) ainsi que les seuils de DMS (3 et 5,2) ont été fixés à l'issue d'une analyse statistique complexe, et les listes d'actes issues de ces traitements ont été validées médicalement. Ces travaux ont permis d'aboutir à la création de 3 racines chirurgicales :

- Racine 17C06 = « Interventions majeures de la CMD17 »
- Racine 17C07 = « Interventions intermédiaires de la CMD17 »
- Racine 17C08 = « Interventions mineures de la CMD17 »

- Axe 4 : Segmentation d'une racine interventionnelle

Compte tenu de l'hétérogénéité des DMS et des coûts en fonction des actes au sein de la racine 17K06 « autres curiethérapies et irradiations internes » Il a été décidé de segmenter cette racine en deux : une racine avec la curiethérapie et une racine avec les actes d'irradiation interne :

- 17K08 = « Autres curiethérapies »
- 17K09 = « Irradiations internes »

Au total, à compter de la campagne 2015

9 racines sont supprimées:

- 17C02, 17C03, 17C04, 17C05, 17M07, 17M11, 17M12, 17M13 et 17K06

8 racines sont créées

- **17M15** : Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes (T0 et niveaux 1 à 4)
- **17M16** : Hémopathies myéloïdes chroniques (T0 et niveaux 1 à 4)
- **17M17** : Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus (T0 et niveaux 1 à 4)
- **17C06** : Interventions majeures de la CMD 17 (niveaux 1 à 4)
- **17C07** : Interventions intermédiaires de la CMD 17 (niveaux 1 à 4)
- **17C08** : Interventions mineures de la CMD 17 (J et niveaux 1 à 4)
- **17K08** : Autres curiethérapies (niveaux 1 à 4)
- **17K09** : Irradiations internes (niveaux 1 à 4)

○ **Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13 Exploration et surveillance de la CMD 10**

La racine 10M13, qui ne comporte qu'un seul GHM (10M13Z) regroupe les séjours d'exploration et surveillance de la CMD 10 des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles dont les explorations et surveillances de diabète, séjours avec un diagnostic principal de la liste D-057.

L'analyse a montré que, si 90 % de séjours étaient des séjours d'une durée de 0 ou 1 jour, 10%, des séjours étaient d'une durée de 2 jours et plus dont des séjours de 4 jours. Tous ces séjours étaient groupés dans le même GHM ce qui pouvait être considéré comme pénalisant d'un point de vue financier pour les séjours les plus longs.

Pour une meilleure prise en compte de ces séjours plus longs, un GHM en T1 a été créé dans cette racine afin d'accueillir les séjours courts et de réserver le GHM en Z aux séjours plus longs.

A compter de la campagne 2015 il est créé un GHM de très courte durée (10M13T) dans la racine 10M13.

Des experts ont également été sollicités pour préciser certaines définitions et situations cliniques dans le cadre du suivi du diabète afin de clarifier les consignes de codage du guide méthodologique.

○ **Segmentation de la racine 08C56**

La racine 08C56 (Interventions pour infections ostéoarticulaires) est hétérogène par construction puisqu'elle regroupe tous les séjours avec un acte classant opératoire de la CMD 08 et une infection ostéoarticulaire en DP. De fait, la localisation et donc l'importance de l'atteinte ainsi que la lourdeur de la prise en charge ne sont pas pris en compte dans la classification actuelle. Afin de mieux discriminer ces différentes prises en charge, il a été décidé de segmenter cette racine en deux en fonction de la lourdeur des actes (DMS des séjours et ICR)

A compter de la campagne 2015 la racine 08C56 (Interventions pour infections ostéoarticulaires) est supprimée et remplacée par 2 racines

- **08C61 « Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires »**
- **08C62 « Autres interventions pour infections ostéoarticulaires »**

○ **Chimio-embolisation**

En réponse à une demande d'Unicancer l'agence a étudié les caractéristiques des séjours pour chimio-embolisation hépatique actuellement classés dans la racine 07M06. Les actes concernés sont l'acte EDLF016 (*Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée*) et EDLF017 (*Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée*).

Les résultats des travaux montrent que 80% des séjours avec chimio embolisation sont classés dans la racine 07M06 et le reste, principalement dans les racines 17M06 et 23M06.

Sur le plan des DMS les séjours avec chimio-embolisation hépatique de la racine 07M06 sont comparables aux autres pour les niveaux 1, mais inférieures pour les autres niveaux ; et « assez proches » à ceux de la racine 07K06 pour les niveaux 1 et 2.

La comparaison des coûts met en évidence un net surcoût des séjours avec chimio-embolisation hépatique au sein de la racine 07M06 pour les niveaux 1. Ce surcoût existe, mais est moins marqué avec les séjours de la racine 07K06. Par ailleurs les coûts des séjours dans les GHM en T sont également nettement supérieurs et beaucoup plus proches des niveaux 1 de la racine 07K06.

Au vu des résultats le reclassement de ces séjours dans la racine 07K06 a semblé pertinent.

A compter de la campagne 2015 les actes EDLF016 et EDLF017 sont rendus classants dans la racine 07K06 (Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système Hépatobiliaire).

o **Classement du diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort »**

Le diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » ne classait que dans la CMD13 « Affections de l'appareil génital féminin » alors que cette affection pouvait également concerner l'appareil génital masculin.

A compter de la campagne 2015 le diagnostic N39.3 « Incontinence urinaire d'effort » est inclus dans la CMD 12 « Affections de l'appareil génital masculin ». Les séjours médicaux seront classés dans la racine 12M09. Les actes en rapport avec cette pathologie chez l'homme sont principalement contenus dans la liste A-105 conduisant à la racine 12C09.

o **Actes chirurgicaux de prise en charge de la GEU**

La liste des actes de traitement chirurgical des GEU ne contenait que 7 actes ciblés spécifiquement pour cette pathologie, mais les établissements de santé signalaient que de nombreux autres actes peuvent être réalisés (exploration abdominales, etc.).

A compter de la campagne 2015, la liste A-326 « Interventions pour GEU » est complétée par l'ajout d'actes issus des listes d'actes chirurgicaux de la CMD13. Cette liste contient désormais plus de 200 actes.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

o **Format du RUM**

Le format du RUM 2015 (RUM 017) est modifié par rapport à celui du RUM 2014 (RUM 016).

Pour le suivi des IVG il est demandé à partir de 2015 le recueil de 3 variables supplémentaires :

- Nombre d'IVG antérieures
- Année de l'IVG précédente
- Nombre de naissances vivantes antérieures

Ces données permettront à terme à l'INED de mettre fin au recueil des Bulletins d'Interruption Volontaire de grossesse (BIG) dans le cadre des mesures de simplification administrative. .

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr>

o **Fonction groupage**

La fonction groupage 2015 est une version V13.11g. Sa mise à jour est nécessaire pour tenir compte des évolutions de la classification des GHM.

o **FICHSUP**

Il a été estimé nécessaire d'obtenir des précisions sur l'activité des lactariums. Dans cette optique les informations suivantes sont demandées à partir de 2015 :

Pour les établissements autorisés à l'activité de lactarium

Collecte

- Pour tous les lactariums : Quantité de lait collecté pour don personnalisé (en litres)
- Pour les lactariums à usage extérieur : Quantité de lait collecté dans le cadre d'un don anonyme (en litres)

Distribution

- Pour tous les lactariums : Quantité de lait pasteurisé congelé distribué pour don personnalisé (en litres)
- Pour les lactariums à usage extérieur :
 - o Quantité de lait pasteurisé congelé requalifié en don anonyme (en litres)
 - o Quantité de lait pasteurisé congelé distribué au total dans le cadre du don anonyme (en litres)

Cession

- Pour les lactariums à usage extérieur : Quantité de lait pasteurisé congelé vendu (en litres)

Il est demandé aux établissements ayant plusieurs sites de lactariums de remplir une ligne par lactarium en indiquant le FINESS géographique du site.

Pour les établissements consommateurs de lait de lactarium

- Quantité de lait congelé consommé (en litres)
- Quantité de lait lyophilisé consommé (en litres)

o **FICHCOMP « médicaments »**

Renseignement du « code UCD » : passage du code de 7 à 13 caractères sans modification de format (variable sur 15 caractères). À noter que cette évolution du code UCD sera obligatoire à compter de 2016.

o **VIDHOSP**

Ajout de nouvelles variables :

- « Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun »,
- « Numéro d'organisme complémentaire ».

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

o **Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés des établissements ex-OQN**

Les établissements ex-OQN devront produire des Résumés Standardisés de Facturation (RSF) pour les actes et consultations externes des médecins salariés. Le détail de cette disposition est précisé dans l'annexe 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.

Outre les modifications relatives à l'utilisation de la CIM 10 à usage PMSI pour le codage des diagnostics (production d'une annexe III), et de la CCAM descriptive à usage PMSI pour le codage des actes (production d'une annexe II), la principale modification concerne le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexe I de l'arrêté PMSI HAD).

Ce dernier sera publié au BO sous le n° 2015-7bis 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.

La nouvelle version du Guide méthodologique (annexe I) sera applicable au 1er mars 2015.

Les annexes II et III seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2015-8bis et BO n°2015-9bis, et seront applicables au 1^{er} janvier 2015.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique HAD

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- **Plan et structure du guide**

L'ATIH a engagé une démarche d'harmonisation des guides méthodologiques des différents champs, afin d'en faciliter la lecture. Ainsi le plan et la structure de certains chapitres du guide méthodologique HAD ont été modifiés.

- **Information concernant le mode de prise en charge n°20 « Retour précoce à domicile après accouchement »**

Comme annoncé lors de la campagne 2014, le MP 20 « *Retour précoce à domicile après accouchement* » disparaît des modes de prise en charge HAD autorisés le 1^{er} mars 2015.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il ne sera donc plus possible de facturer des séquences en MP20 à compter du 1^{er} mars 2015. En conséquence il vous est demandé de clôturer toutes les séquences relatives à ce MP avant le 28 février.

A titre transitoire et exceptionnel, pour les rares cas où un séjour en MP 20 aurait débuté avant le 1^{er} mars et devrait se prolonger au-delà de cette date, il vous est demandé de clôturer la séquence en MP20 et de démarrer, à compter du 1^{er} mars et pour quelques jours d'hospitalisation restant, une séquence en MP21.

- **Le fichier complémentaire des conventions ESHAD-ESMS**

La [circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013](#) relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social précise dans son annexe 2 les différents types d'établissements existants.

A partir du 1^{er} mars 2015, il est nécessaire de renseigner le type d'ES ou EMS dans lequel le patient est pris en charge en HAD conformément à l'annexe de la circulaire ci-dessus voir le fichier « Description des formats de fichiers HAD 2015 » publié sur le site de l'ATIH.

o **Modifications de la liste 1 du chapitre VII (ancien appendice F)**

Faisant suite aux travaux réalisés par la DGOS et les représentants des fédérations, un certain nombre de modifications concernant les définitions et/ou le contenu et/ou le codage, ont été apportées aux MP. Les textes modifiés sont surlignés en jaune dans le guide méthodologique provisoire.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2015 comprennent quelques modifications apportées par l'OMS et surtout des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

En HAD, les modifications ATIH concernent pour l'essentiel la précarité et l'infectieux.

o **Règles d'utilisation de la CCAM à usage PMSI**

À partir de 2015, une CCAM pour usage PMSI sera mise en ligne sur le site de l'ATIH. Pour bien distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, passent à 10 caractères : 4 lettres 3 chiffres, un tiret, 2 chiffres (voir annexe interchamps).

III – Classification en GHPC

La disparition du MP 20 entraîne la disparition de 139 GHPC. Le fichier Excel GHPC_2015 publié sur le site de l'ATIH sera modifié en conséquence.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

o **FICHCOMP « médicaments »**

Renseignement du code « UCD » : passage du code de 7 à 13 caractères sans modification de format (variable sur 15 caractères). À noter que cette évolution du code UCD sera obligatoire à partir de 2016.

o **VIDHOSP**

Ajout de nouvelles variables :

- « Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun »,
- « Numéro d'organisme complémentaire ».

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 PMSI SSR 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 de deux modifications.

Ces modifications sont liées :

- à l'obligation de produire des Résumés Standardisés de Facturation correspondant aux factures des consultations et actes externes des médecins salariés des établissements sous OQN ;
- aux évolutions des modalités de renseignement de la variable « type d'autorisation de l'unité médicale ».

Outre les modifications relatives à l'utilisation de la CIM 10 à usage PMSI pour le codage des diagnostics, et de la CCAM descriptive à usage PMSI pour le codage des actes, les annexes I, II et III qui lui sont liées sont modifiées :

- Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2015-1 *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° 2015/2 *bis*
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2015/3 *bis*.

Les annexes V (CIM 10 à usage PMSI) et IV (CCAM descriptive à usage PMSI) seront publiées sous les références respectives BO n°2015/9 *bis* et BO n°2015/8 *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 aux annexes précédentes, afin d'en faciliter le repérage.

Ces annexes sont applicables au 29 décembre 2014, date correspondant à la première semaine de recueil de l'année 2015 pour les données PMSI du champ SSR.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique PMSI SSR

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

○ Plan et structure du guide

L'ATIH a engagé une démarche d'harmonisation des guides méthodologiques des différents champs, afin d'en faciliter la lecture. Ainsi, le plan et la structure de certains chapitres du guide méthodologique PMSI SSR ont été modifiés.

○ Nouvelle variable : « Poursuite du même projet thérapeutique »

Cette nouvelle variable est mise en place pour conforter la cohérence des bases de données et relier correctement les séjours thérapeutiques artificiellement interrompus par la règle administrative des absences de plus de 48 heures, faisant clore les séjours administratifs.

Il s'agit d'une information médicale attestant que deux séjours administratifs **consécutifs** en hospitalisation complète de SSR, **distants de 5 jours au plus**, pour un même patient et dans un même établissement, s'inscrivent bien dans la continuité du même projet thérapeutique pour le patient.

Les conditions d'enregistrement de cette variable sont précisées dans le Guide Méthodologique. Le renseignement de cette variable est recommandé dès 2015.

○ **Précision du contenu de la variable « Type d'autorisation de l'unité médicale »**

Les règles relatives à la déclaration du « type d'autorisation de l'unité médicale » sont modifiées. En effet, jusqu'à présent, à chaque unité médicale ne devait correspondre qu'un seul type d'autorisation. Or, pour certains établissements, la logique de rattachement d'une seule autorisation à une unité n'est pas applicable.

Il a donc été décidé, pour 2015, de modifier la règle de renseignement de cette variable. Lorsqu'une même unité médicale regroupe l'activité de plusieurs des autorisations accordées à un établissement¹, le type d'autorisation déclaré dans le RHS est celui exercé par l'équipe médicale prenant en charge le patient.

Par ailleurs, le fichier des unités médicales (FICUM) est modifié permettant d'affecter plusieurs autorisations à une même unité médicale. Il est également prévu la mise en place de contrôles de cohérence entre les autorisations des RHS, celles déclarées dans FICUM et celles de la base ARGHOS².

○ **Dépendance codée par la grille AVQ**

L'ATIH a engagé des travaux sur les modalités de mesure de la dépendance en SSR.

En 2015, la cotation des variables de dépendance est toujours réalisée selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). Toutefois, les consignes de codage font l'objet de reformulations visant à clarifier les règles de cotation. En outre, quelques ajustements ont été réalisés pour préciser la codification de quelques situations génératrices de questions ; ces ajustements portent essentiellement sur les variables « continence », renommée « continence-hygiène de l'élimination », et « relation et communication », renommée « communication ».

Par ailleurs, pour l'hospitalisation complète, il est laissé le choix aux établissements :

- soit de poursuivre le recueil hebdomadaire des variables de dépendance ;
- soit d'alléger ce recueil, à titre expérimental, avec toutefois la nécessité de conserver le recueil des AVQ du premier et du dernier RHS d'une suite de RHS, ainsi que des recueils intermédiaires, au minimum toutes les quatre semaines.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2015 comprennent quelques modifications apportées par l'OMS et surtout des modifications apportées l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont détaillées dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

○ **Règles d'utilisation de la CCAM descriptive à usage PMSI**

À partir de 2015, une CCAM descriptive à usage PMSI sera mise en ligne sur le site de l'ATIH. Pour bien distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, passent à 10 caractères : 4 lettres 3 chiffres, un tiret, 2 chiffres.

○ **Nouveau recueil pour les établissements OQN : résumés standardisés de facturation des consultations et actes externes des médecins salariés**

Cf. point V de la présente annexe et Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

III – Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR)

Le CSARR est actuellement publié au BO sous la référence 2014/3 *bis*. Cette version est modifiée pour 2015. Ainsi, comme pour les autres documents, l'annexe III de l'arrêté PMSI SSR 2015 décrivant le CSARR est mise en ligne sur le site de l'agence.

La version 3 du CSARR comporte 2 parties : le Guide de lecture et de codage et le Catalogue CSARR.

¹ Décrets n° [2008-376](#) et n° [2008-377](#) du 17 avril 2008, et [circulaire DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008](#)

² La base ARGHOS est alimentée par les ARS. Elles y enregistrent les autorisations attribuées aux établissements, par finesse géographique.

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

- définition de la notion de séjour dans le CSARR,
- modification du dictionnaire servant de base à la construction des codes CSARR,
- modification de la liste des actes pluriprofessionnels,
- modification des listes des codes "extensions documentaires".

Nous rappelons l'importance de bien coder les « extensions documentaires » des actes CSARR. Ces codes « extensions documentaires » ont été introduits avec la version 2 du CSARR pour permettre de décrire l'utilisation de plateaux techniques spécialisés lors de la réalisation des actes. Ces codes, d'usage facultatif, sont destinés à « tracer » des pratiques que les professionnels de terrain estiment importantes à prendre en compte, mais pour lesquelles l'agence ne dispose pas d'éléments suffisants à ce jour pour envisager une description plus pérenne.

Ces codes ont donc vocation à apporter des informations complémentaires sur les modalités de réalisation des actes afin de disposer dans les bases de données exploitées, d'un volume d'information suffisant pour proposer une description des modalités de prise en charge la plus pertinente possible.

Il en découle que ces codes « extension documentaire » ont une durée de vie limitée, de l'ordre de quelques années.

A terme plusieurs situations se présenteront :

- soit ce codage aura été efficient et il sera possible de proposer une modalité de description d'activité pertinente. Le code extension documentaire n'aura alors plus vocation à être utilisé et sera supprimé ;
- soit ce codage ne permettra pas de conclure à des pratiques discriminantes, et le code extension documentaire sera supprimé, pour ne pas alourdir inutilement le codage.

Pour la version 3 du CSARR, les modifications du Catalogue et leurs caractéristiques figurent dans un document spécifique publié sur le site de l'agence en décembre 2014.

Les principales modifications portent sur l'introduction de libellés relatifs à la *confection d'appareils d'immobilisation en plâtre ou résine*, le regroupement des libellés de *rééducation neurologique cérébrale et médullaire*, l'apport de précision pour le chapitre 10 *Éducation et information*.

IV – Classification en GME

○ **Manuel de groupage**

L'ATIH a engagé des travaux de révision de la classification en GME.

En 2015, le groupe nosologique (GN) 0112 - Accidents vasculaires cérébraux a été segmenté en 3 groupes :

- GN 0146 - Accidents vasculaires cérébraux avec tétraplégie,
- GN 0147 - Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié,
- GN 0148 - Accidents vasculaires cérébraux autres.

Les éléments précisant les modalités de groupage de ces GN sont précisés dans le manuel de groupage GME V2.3.

Par ailleurs, les tables du manuel de groupage GME V2.3 sont modifiées afin de prendre en compte :

- les nouveautés CIM-10 2015 (créations, extensions et suppressions de l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps »), ;
- les évolutions de la liste des actes CSARR et CCAM entrant dans le score de rééducation-réadaptation et des listes de CMA (diagnostics et actes CCAM).

V – Nouveautés concernant le format des fichiers

○ **RHS**

Nouvelle variable : « poursuite du même projet thérapeutique ».

Cf. paragraphe II de cette annexe.

Évolution du format du « code de l'acte » CCAM : augmentation de 7 à 10 caractères.

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

○ **FICHCOMP « médicaments »**

Renseignement du « code UCD » : passage du code de 7 à 13 caractères sans modification de format (variable sur 15 caractères). À noter que cette évolution du code UCD sera obligatoire à compter de 2016.

○ **VID-HOSP**

Nouvelles variables :

- « Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun »,
 - « Numéro d'organisme complémentaire ».
- Cf. Annexe 5: Nouveautés PMSI « interchamps ».

○ **Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés pour les établissements OQN**

Les établissements sous OQN doivent produire des résumés standardisés de facturation (RSF) pour les actes et consultations externes des médecins salariés. Le détail de cette disposition est précisé dans l'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 (Annexe I),
- à l'utilisation de la CIM 10 à usage PMSI pour le codage des diagnostics (production d'une Annexe II). L'annexe II « CIM 10 à usage PMSI » sera publiée sous la référence BO n°2015/9 *bis*.

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.

Ces annexes sont applicables au 1er janvier 2015.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique en Psychiatrie

Le guide méthodologique en psychiatrie fait l'objet des modifications suivantes :

○ **Plan et structure du guide**

L'ATIH a engagé une démarche d'harmonisation des guides méthodologiques des différents champs, afin d'en faciliter la lecture. Ainsi le plan et la structure de certains chapitres du guide méthodologique RIM-P ont été modifiés.

- **Consignes de codages des diagnostics** : Les consignes de codage des diagnostics et motif de prise en charge (Diagnostic principal et Diagnostics associés) sont précisées et illustrées par des exemples.

Ces précisions font suite aux travaux « schizophrénie » menés en lien avec le comité technique psychiatrie et concernent principalement :

- Des préconisations pour l'utilisation de codes relatifs à la description des « symptômes » en lieu et place des codes jugés trop imprécis comme F99 *Trouble mental, sans autre indication* ;
 - Des précisions relatives aux codes étendus (règles d'utilisation des codes « père/fils » issus de la CIM-10) ;
 - Des exemples de codes CIM-10 pouvant enrichir la description de la prise en charge des patients comme les pathologies somatiques, les effets secondaires des traitements et les facteurs environnementaux.
-
- **Règles d'utilisation des codes de diagnostics et prise en compte des nouveautés CIM-10**
Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2015 comprennent essentiellement quelques modifications apportées par l'OMS et surtout des modifications apportées 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 ».
 - **Nouveau recueil pour les établissements OQN : résumés standardisés de facturation des consultations et actes externes des médecins salariés**

Cf. point III de la présente annexe et 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.

III – Nouveautés concernant le format des fichiers

○ **VID-HOSP**

Nouvelles variables :

- « Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun »,
- « Numéro d'organisme complémentaire ».

Cf. Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

○ **Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés pour les établissements OQN**

Les établissements sous OQN devront produire des résumés standardisés de facturation (RSF) pour les actes et consultations externes des médecins salariés. Le détail de cette disposition est précisé dans l'Annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

Annexe 5 Nouveautés PMSI « interchamps »

I – Nouveautés 2015 relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2015 relatives aux nomenclatures applicables à l'ensemble des champs concernent la CCAM et la CIM-10.

I.1. Nouveautés de la CCAM : CCAM descriptive à usage PMSI

En 2015, une CCAM descriptive pour usage PMSI sera mise en ligne sur le site de l'ATIH.

La CCAM descriptive à usage PMSI a pour objectif de permettre la description des actes techniques médicaux validés, réalisés dans les établissements hospitaliers mais non-inscrits à la CCAM. Elle doit aussi permettre d'améliorer les modalités de recueil d'information pour le PMSI.

Pour distinguer la CCAM descriptive de la CCAM utilisée pour la tarification (paiement à l'acte), les codes principaux à 7 caractères de format 4 lettres 3 chiffres, passent à 10 caractères : 4 lettres 3 chiffres, un tiret, 2 chiffres.

Dans cette première publication de la CCAM descriptive pour usage PMSI 29 nouveaux codes sont introduits :

- 10 découlent de dédoublement de code, effectué pour faire évoluer la classification ;
- 19 résultent de l'introduction d'actes dont le service attendu a été estimé suffisant ou indéterminé par la HAS.

Il s'agit en particulier :

- de compléter la description des actes relatifs à la stimulation phrénique ;
- de redécrire les actes de neuromodulation sacrée pour qu'ils correspondent mieux à l'évolution de la technologie ;
- d'introduire les actes d'hépatectomie droite par cœlioscopie et d'œsophagectomie avec un abord par thoracoscopie ;
- d'introduire les actes permettant de décrire le remplacement total du fémur par prothèse.
- Un code est supprimé HFLE002 *Pose d'un ballonnet intragastrique pour obésité morbide, par œso-gastro-duodénoscopie*, en raison d'un avis de la Haute autorité de santé [HAS] estimant que le service attendu du dispositif et de l'acte sont insuffisants.

Cette CCAM descriptive pour usage PMSI et son guide de lecture seront publiés sur le site de l'ATIH en décembre 2014. Ils seront également publiés au Bulletin Officiel, sous la référence BO 2015-8bis. Ils entrent en application à compter du :

- 29 décembre 2014 pour le champ d'activité SSR,
- 1^{er} janvier 2015 pour les champs d'activité MCO, HAD et psychiatrie.

I.2. Nouveautés de la CIM-10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2015 comprennent quelques modifications apportées par l'OMS et surtout des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI.

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

Les modifications de l'OMS pour 2015 ne sont que des modifications mineures sans conséquence notable et reposent sur :

- le remplacement, dans tous les libellés et notes faisant référence au diabète, des termes *insulinodépendant* et *non insulinodépendant* par *de type 1* et *de type 2* ;
- la modification ou l'ajout d'une demi-douzaine de notes d'inclusion ou d'exclusion.

Ces modifications seront détaillées dans les publications faites sur le site de l'ATIH.

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

Pour mieux décrire les situations de précarité susceptibles d'avoir un impact sur la prise en charge des patients, 19 extensions de code ont été créées et portent sur les codes **Z55.0 Analphabétisme et**

faible niveau éducatif, Z59.1 Logement inadéquat, Z59.5 Pauvreté extrême, Z59.6 Faibles revenus, Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants, Z60.2 Solitude et Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation. Par ailleurs, des définitions sont apportées pour les codes **Z55.1 Scolarisation inexistante ou inaccessible** et **Z59.0 Sans abri**. Les définitions et consignes de codage de ces différents codes seront précisées dans les Guides méthodologiques.

Suite aux demandes des établissements et à la mise en place d'un groupe de travail avec des spécialistes en maladies infectieuses, plusieurs modifications ont été réalisées sur les codes de résistance aux traitements antibiotiques et leur usage. Ces modifications concernent :

- la création d'un caractère supplémentaire, pour tous les codes des catégories **U82 Résistance aux antibiotiques bêtalactamines [bêtalactames]** et **U83 Résistance aux autres antibiotiques**, pour indiquer si la situation de résistance concerne un germe responsable d'une infection en cours ou une situation de portage ;

- la subdivision du code **U82.1 Résistance à la méthicilline**, pour distinguer les situations de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline [SARM], des autres situations ;

- la subdivision du code **U83.7 Résistance à de multiples antibiotiques**, pour identifier les situations de bactérie hautement résistante émergente [BHRe] et les situations de bactérie multirésistante [BMR].

Les consignes d'utilisation des codes de résistance ont été revues et seront précisées dans les Guides méthodologiques, ainsi que dans une actualisation du fascicule de codage des maladies infectieuses.

Par ailleurs, le code **B96.8 Autres agents bactériens précisés, cause de maladies classées dans d'autres chapitres**, a été subdivisé pour identifier les germes *acinetobacter* et *citrobacter*.

Des extensions sont créées en **Z40.0 Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes** pour identifier les organes concernés par ces interventions prophylactiques : sein, organe génital féminin, organe de l'appareil digestif.

Enfin, la saisie du caractère *fermé* ou *ouvert* d'une fracture (chapitre 19 de la CIM) devient obligatoire. Les fractures non précisées comme *fermée* ou *ouverte* se codent en fracture fermée.

➤ Publications

A compter de 2015, la référence en matière de codage des diagnostics dans le cadre du PMSI sera la « CIM-10 à usage PMSI », produite par l'ATIH, et publiée au Bulletin Officiel sous la référence BO n°2015-9bis. Cette CIM-10 à usage PMSI comporte notamment toutes les modifications OMS et ATIH apportées à la partie analytique du volume 1 de la version CIM-10 OMS de 2008.

Dans l'attente de cette publication officielle, l'ATIH publiera en décembre 2014, un fichier présentant le détail des modifications signalées ci-dessus, et une version complète de la partie analytique du volume I de la CIM-10.

Cette version intégrale de la partie analytique du volume 1 de la CIM-10 sera dorénavant publiée annuellement et s'appliquera en année civile.

Ces modifications entrent donc en application à compter du :

- 29 décembre 2014 pour le champ d'activité SSR,
- 1^{er} janvier 2015 pour les champs d'activité MCO, HAD et psychiatrie.

1.3 Nouveautés pour les médicaments :

➤ FICHCOMP « médicaments » :

Renseignement du code « UCD » : le code UCD (unité commune de dispensation) passe de 7 caractères à 13 caractères sans entraîner de modification de format (variable sur 15 caractères).

Cette évolution du code UCD sera obligatoire à partir de 2016.

➤ Médicaments sous ATU (autorisation temporaire d'utilisation)

La liste des ATU étant parfois publiée tardivement, au regard de la date d'autorisation, les établissements ont signalé des difficultés pour recueillir rétroactivement les informations relatives aux médicaments sous ATU.

Pour permettre les déclarations des médicaments sous autorisation temporaire de traitement (ATU), il est décidé que ces médicaments pourront être codés dans un fichier Lamda.

II – Évolutions du fichier VIDHOSP

Deux nouvelles variables doivent être recueillies dans VIDHOSP :

- « Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun »,
- « Numéro d'organisme complémentaire ».

Les modalités de remplissage de ces variables sont décrites avec les modalités de la norme B2. (Version « Juin 2005 – addenda D »).

III – Recueil des actes et consultations externes des médecins salariés des établissements QQN ou ex-QQN

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit la possibilité pour les établissements de santé privés de facturer les actes et consultations externes réalisés par leurs médecins salariés.

Cette mesure concerne les établissements financés sous QQN pour les activités de SSR et psychiatrie et les établissements « ex-QQN » pour les activités de MCO.

Pour mémoire, l'ensemble des établissements ex-DG bénéficie déjà de cette possibilité.

Le support de facturation est constitué par le bordereau S3404.

Cette facturation est opérationnelle depuis le mois d'août 2014, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2014.

Le pendant PMSI du bordereau S3404 (permettant d'identifier l'activité) étant le RSF, ces établissements devront donc procéder à la production de RSF pour les actes médicaux et consultations externes des médecins salariés, selon les modalités techniques usuelles de production de ce type de fichier.

La date de production des RSF est fixée au :

- 29 décembre 2014 pour le champ d'activité SSR,
- 1^{er} janvier 2015 pour le champ d'activité psychiatrie,
- 1^{er} mars 2015 pour le champ d'activité MCO