

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique

NOR : SJS0804977A

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,
Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 1112-1, L. 2212-4, L. 2212-7, L. 6112-1, R. 4127-1 à R. 4127-367, R. 6113-1 à R. 6113-11 ;
Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-1-7, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 165-1, R. 162-32, R. 162-52, D. 132-1 à D. 132-5 ;
Vu le code pénal, notamment l'article 226-13 ;
Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment son article 11 ;
Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
Vu l'arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;
Vu l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans sa délibération du 21 février 2008,

Décrète :

Article 1^{er}

L'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé est abrogé, à l'exception de ses annexes II, III et IV qui deviennent respectivement les annexes II, III et I du présent arrêté.

Article 2

Les établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, à l'exception de l'activité d'hospitalisation à domicile, produisent et traitent des données d'activité médicale, en vue de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein et de permettre la facturation de cette activité.

Article 3

I. – Les informations produites concernent :

1. Les prestations de séjours et de soins mentionnées au 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
2. Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
3. Les prestations de prélèvement d'organe ou de tissus ;
4. Les prestations ne nécessitant pas l'hospitalisation du patient, mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale. Celles-ci concernent les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, les soins nécessitant le recours à l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, ainsi que les soins nécessitant le recours à un environnement hospitalier ;
5. Les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse ;
6. Les actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

II. – Les informations d'activité sont produites dans les conditions suivantes :

1. S'agissant des prestations de séjours et de soins avec ou sans hébergement, ainsi que des interruptions volontaires de grossesse : un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM), est produit pour chaque patient admis dans les unités médicales d'hospitalisation, ainsi que pour les nouveau-nés.

2. S'agissant des autres prestations mentionnées au I, un recueil standardisé est produit pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations, pour les prestations de prélèvement d'organe ou de tissus qui ne peuvent figurer dans le RUM et pour les prestations, actes et consultations externes réalisés au sein de l'établissement.

III. – Les informations de facturation sont produites pour chacune des prestations mentionnées au I, sous forme d'un résumé standardisé de facturation (RSF).

Article 4

Outre l'identification de l'établissement et les caractéristiques administratives du patient, les catégories d'information faisant l'objet de ces différents recueils sont les suivantes.

- I. – Le RUM ou le RSS comporte notamment des informations concernant :
- le parcours du patient dans l'établissement, depuis son admission jusqu'à sa sortie ;
 - les motifs de soins, dits « diagnostics », et les actes réalisés au cours du séjour.

Les informations recueillies dans ces résumés sont conformes au contenu du dossier médical du patient.

Les diagnostics portés dans les RUM sont codés selon la plus récente mise à jour de la dixième révision de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10) et selon les extensions y afférentes prévues dans le document figurant en annexe I du présent arrêté, dans le respect des consignes de codage données dans le guide mentionné au V du présent article.

Les actes portés dans les RUM sont codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) figurant en annexe II du présent arrêté.

Les informations du RSS donnent lieu à l'affectation du séjour à une catégorie d'information synthétique, dénommée groupe homogène de malade (GHM), produite selon un algorithme de groupage défini par l'Etat. Ces GHM sont répertoriés et décrits selon la classification figurant en annexe I du présent arrêté.

II. – Le RSF comporte les informations contenues dans le bordereau de facturation transmis à l'assurance maladie pour chaque prestation mentionnée au I de l'article 3 du présent arrêté :

- situation du patient à l'égard de l'assurance maladie ;
- nature des prestations facturées ;
- taux et montant de la prise en charge par l'assurance maladie.

III. – Pour les prestations de séjours et de soins nécessitant une hospitalisation, ainsi que pour les prestations d'interruption volontaire de grossesse, le RSF, support de l'information de facturation est distinct du RSS, support de l'information d'activité.

Le RSS et le RSF sont couplés.

Pour les autres prestations mentionnées au I de l'article 3 du présent arrêté, le RSF supporte les deux types d'informations : activité et facturation.

IV. – Les spécialités pharmaceutiques ainsi que les produits et prestations sont codés selon les listes établies en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, les actes et consultations externes sont codés selon la CCAM et la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

V. – Les catégories d'informations mentionnées aux I, II, III et IV du présent article ainsi que leurs modalités de production et de codage sont décrites dans le guide figurant en annexe III du présent arrêté.

Article 5

I. – La mise en œuvre des traitements automatisés auxquels donne lieu la production des informations définies à l'article 3 du présent arrêté est soumise aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

II. – Les établissements de santé prennent toutes les dispositions utiles afin de permettre aux patients d'exercer, auprès du médecin responsable de l'information médicale, leurs droits d'accès et de rectification, tels que prévus au chapitre V de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

III. – Après avoir été rendues anonymes, certaines des informations contenues dans les fichiers d'activité et les fichiers de facturation sont communiquées, selon des modalités décrites à l'article 7 ci-dessous, à l'agence régionale de l'hospitalisation concernée.

Article 6

I. – En application des articles R. 6113-1 à R. 6113-11 du code de la santé publique, le médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement de santé constituée, à partir des données qui lui sont transmises, les fichiers de données à caractère personnel suivants :

1. Des fichiers de résumés de séjour (RUM, RSS) ;
2. Des fichiers de résumés standardisés de facturation (RSF) pour l'ensemble des prestations mentionnées au I de l'article 3 du présent arrêté ;

3. Des fichiers de résumés anonymes (RSA, RSFA) produits à partir des fichiers précédents.

Ces fichiers sont affectés d'une clé de chaînage anonyme permettant de lier les séjours ou les prestations non suivies d'hospitalisation. Les modalités d'anonymisation des fichiers sont énoncées au I de l'article 7 du présent arrêté et décrites ainsi que les modalités de construction de la clé de chaînage anonyme dans le guide figurant en annexe III du présent arrêté.

II. – Le médecin responsable de l'information médicale sauvegarde les fichiers de RSS, ou RSF qui sont à la source des fichiers de RSA, ou RSFA, ainsi que l'ensemble des fichiers créés par les programmes informatiques générateurs des résumés anonymes.

Il assure la conservation de l'ensemble des copies produites.

La durée de conservation de tous les fichiers d'activité ou de facturation constitués au titre d'une année est de cinq ans.

III. – Le médecin responsable de l'information médicale met en œuvre le groupage en GHM, produit les prestations ainsi que les éléments de facturation liés aux résumés de séjours et les éléments permettant leur contrôle.

En outre, il effectue le traitement des données médicales à caractère personnel nécessaires à l'analyse de l'activité.

Selon des modalités arrêtées après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement, il assure la diffusion des informations issues de ces traitements auprès de la direction de l'établissement de santé et du président de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement, ainsi qu'aux praticiens ayant dispensé les soins, dans des conditions garantissant la confidentialité des données et l'anonymat des patients.

Le directeur et le président de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement sont destinataires de statistiques agrégées par unité médicale et pour l'ensemble de l'établissement ou, sur leur demande, de données extraites des fichiers mentionnés au I du présent article.

IV. – Le médecin responsable de l'information médicale est informé de l'objectif des traitements de l'information qui lui sont demandés et participe à l'interprétation de leurs résultats. Il veille à la qualité des données qui lui sont transmises et conseille les structures médicales et médico-techniques quant à leur production.

V. – Pour la réalisation des contrôles prévus au VI du présent article, le médecin responsable de l'information médicale effectue le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro de RSS et de RSF y afférent.

VI. – Dans les conditions prévues à l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin responsable de l'information médicale, aux fichiers concernant les informations d'activité et de facturation mentionnés au I du présent article. Dans le cadre des procédures de contrôle et de validation des données qu'ils mettent en œuvre, ils préviennent les praticiens responsables des structures médicales concernées, préalablement à toute confrontation d'un enregistrement de fichier avec un dossier médical.

Article 7

I. – L'établissement transmet mensuellement à l'agence régionale de l'hospitalisation, par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat concernés, les fichiers anonymes mentionnés au I de l'article 6 du présent arrêté. Ces fichiers de données cumulatives à périodicité de transmission mensuelle sont relatifs aux séjours ou passages des patients sortis, d'une part, pendant le mois et, d'autre part, au cours du ou des mois précédents de l'année civile en cours, ou, le cas échéant, au cours de l'année précédente. Ils sont transmis un mois au plus tard après la fin du mois civil considéré.

Les fichiers sont issus de la plus récente version des programmes informatiques générateurs des résumés anonymes cités à l'article 6 du présent arrêté, mis à disposition des établissements par l'Etat, et dont celui-ci reste propriétaire.

II. – Chaque agence régionale de l'hospitalisation transmet tout ou partie de ces données à ceux des organismes d'assurance maladie ou des services de l'Etat dans la région qui apportent leur concours à son activité, dans le respect des modalités autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans les lettres susvisées.

En vue de la constitution, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, de bases nationales de données mensuelles cumulatives, l'agence régionale de l'hospitalisation valide, au plus tard six semaines après le mois considéré, les données constituées de l'ensemble des informations que lui ont transmises les établissements de santé de la région au titre du mois ou des mois précédents de l'année civile.

En vue de la constitution de bases nationales de données annuelles, l'agence régionale de l'hospitalisation valide, au plus tard au 1^{er} mars de l'année en cours, les fichiers constitués de l'ensemble des informations que lui ont transmises les établissements de santé de la région au cours de l'année civile précédente.

L'Etat peut communiquer ces fichiers à tout organisme d'assurance maladie, sous réserve que celui-ci ait été autorisé à les traiter par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, dans le cadre des dispositions du chapitre X de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

III. – Sur demande motivée de l'établissement, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider le remplacement complet du fichier relatif aux mois considérés. Dans ce cas, une copie du fichier initial et une copie du fichier modifié sont conservées par l'établissement émetteur. S'il y a lieu, le bordereau de facturation établi sur la base de l'activité ainsi modifiée est lui-même modifié, dans le respect des règles de facturation.

Lorsque les informations du bordereau de facturation sont modifiées à l'issue de la liquidation par l'assurance maladie, les établissements intègrent les modifications qui en résultent dans leurs fichiers de données d'activité. Les fichiers de données d'activité cumulés transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation le mois suivant intègrent alors ces modifications.

Article 8

I. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les dispositions relatives à la production des résumés de facturation des prestations de séjours et de soins ainsi que des prestations d'interruption volontaire de grossesse, prévues au III de l'article 3 et au II de l'article 4 entrent en vigueur à la date prévue au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 susvisée.

II. – A titre transitoire, et jusqu'à la même date, les établissements de santé concernés produisent :

1. Un fichier supplémentaire dénommé FICHSUP, destiné à recueillir le prix d'achat moyen des spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

2. Les fichiers suivants, permettant de recueillir les informations d'activité et de facturation des prestations mentionnées au I de l'article 3 du présent arrêté :

– un fichier dénommé VID HOSP, comportant les informations permettant de connaître la situation du patient au regard de l'assurance maladie, décrites dans le guide figurant à l'annexe III du présent arrêté ;

– un fichier dénommé FICHCOMP, comportant les informations d'activité pour les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations, ainsi que pour les prestations de prélèvement d'organe ou de tissus qui ne peuvent figurer dans le RUM ;

– un fichier dénommé RSF-ACE comportant les informations d'activité et de facturation concernant les prestations mentionnées aux 4 et 6 du I de l'article 3 du présent arrêté.

Les fichiers anonymes correspondant aux fichiers comportant des informations à caractère personnel sont respectivement dénommés FICHCOMPA, s'agissant de FICHCOMP, et RAFAEL, s'agissant de RSF-ACE.

III. – Les fichiers mentionnés au II du présent article sont produits dans le respect des dispositions énoncées dans les articles 5 et 6 du présent arrêté.

Article 9

I. – Par dérogation aux dispositions du III de l'article 3 et du II de l'article 4 du présent arrêté, les établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale ainsi que les établissements publics de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte ne produisent et ne transmettent que les informations d'activité mentionnées au II de l'article 3.

II. – Par dérogation aux dispositions du II de l'article 3 du présent arrêté, les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant une activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en auto-dialyse, ne produisent et ne transmettent que les informations de facturation mentionnées au III du même article.

Article 10

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 22 février 2008.

Pour la ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

Nota. – Les annexes II, III et IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 qui deviennent les annexes II, III et I du présent arrêté sont mises à jour par ce même arrêté. Ces annexes II, III et I seront publiées au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports n° 2008/4 du mois d'avril 2008.

ANNEXE I

MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA VERSION 10c DE LA CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGENES DE MALADES

Cette annexe expose les modifications apportées au manuel des groupes homogènes de malades depuis la version 10 b publié au fascicule spécial n° 2007/5 *bis* du *Bulletin officiel*.

B 2 – Manuel des groupes homogènes de malades

Version 10 b 5 *bis*

Les modifications dues à la version 10c des groupes homogènes de malades (GHM) portent sur :

- la création de nouveaux GHM ;
- la modification des listes d'exclusions des complications ou morbidités associées (CMA) ;
- l'introduction de nouvelles extensions de la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ;

et sur quelques points particuliers.

1. Les nouveaux GHM

Dans la CMD. 01, création de six nouveaux groupes :

- 01M22Z Migraines et céphalées ;
- 01M23Z Convulsions hyperthermiques ;
- 01M24V Épilepsies, âge inférieur à dix-huit ans sans CMA ;
- 01M24W Épilepsies, âge inférieur à dix-huit ans avec CMA ;
- 01M25V Épilepsies, âge de dix-huit à soixante-neuf sans CMA ;
- 01M25W Épilepsies, âge de dix-huit à soixante-neuf ans avec CMA ou âge supérieur à soixante-neuf ans.

Par conséquent, suppression des GHM 01M02Z, 01M03V et 01M03W.

De façon réciproque dans la catégorie majeure (CM) n° 24, création de trois nouveaux GHM :

- 24M41Z Migraines et céphalées : séjours de moins de deux jours ;
- 24M42Z Convulsions hyperthermiques : séjours de moins de deux jours ;
- 24M43Z Épilepsies : séjours de moins de deux jours.

Par conséquent, suppression du GHM 24M01Z.

L'ensemble des diagnostics qui orientaient dans la liste D-083 « Convulsions et céphalées » sont de ce fait répartis dans trois nouvelles listes :

- liste D– 115 Migraines et céphalées : F07.2, G43. –, G44. –, G93.2, G97.1, R. 51 ;
- liste D– 116 Convulsions hyperthermiques comportant un seul code : R. 56.0 ;
- liste D– 117 Épilepsies comportant les codes F80.3, G40. –, G41. –, R. 56.8.

Dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD) n° 05, création de deux nouveaux groupes par segmentation du GHM 05K08Z sur l'âge :

- 05K12Z Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère, âge inférieur à dix-huit ans ;
- 05K13Z Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, sans pathologie cardiovasculaire sévère, âge supérieur à dix-sept ans.

Par conséquent, suppression du GHM 05K08Z

Dans la CM 27, création d'un nouveau GHM :

- 27C07Z Autres transplantations.

Il ne contient, pour le moment, que la transplantation d'intestin grêle : liste A-265.

Dans la CMD. 28, création d'un nouveau GHM :

- 28Z16Z Aphérèses sanguines, en séances.

Le classement dans ce groupe nécessite en position de diagnostic principal un nouveau code de motif de séances : Z51.31 (voir ci-dessous) (liste D-118).

2. Modification des listes d'exclusions

Les démences (codes des catégories F00 à F03 de la CIM-10 et leurs extensions) et les extensions des codes de psychiatrie ajoutées à la liste des CMA dans la V10b ont fait l'objet d'une mise à jour de leurs listes d'exclusions dans la V10c.

3. Modifications de la CIM-10

De nouvelles créations et extensions de codes ont été nécessaires. Certaines permettent l'orientation en GHM pour cette version 10c, d'autres sont sans conséquence sur le groupage.

3.1. Extensions permettant l'orientation en GHM

Z51.30. – Séance de transfusion de produit sanguin labile

Séance de transfusion de :

- concentré de globules rouges ;
- plasma frais congelé ;
- préparation leucocytaire ;
- préparation plaquettaire ;

Z51.31 – Séance d'aphérèse sanguine

Le code Z51.31 oriente dans le GHM 28Z16Z Aphérèses sanguines, en séances. Le code Z51.30 oriente dans le même GHM que Z51.3 : Transfusions sanguines, en séances.

3.2. Modifications préparatoires à la version 11 de la classification des GHM

Création d'une catégorie U90 Autres formes de pharmacorésistance et de deux sous-catégories :

- U90.0 Résistance aux antiépileptiques ;
- U90.9 Résistances à un traitement, autres et sans précision.

La catégorie U90 étant subdivisée, son code ne peut pas être employé. Seuls les codes U90.0 et U90.9 sont utilisables. Leur recueil a pour but de déterminer s'ils sont ou non des marqueurs d'une lourdeur plus importante de prise en charge.

4. Autres modifications

La restriction de la liste D-026 Surveillance de grossesse aux seuls codes Z35. – dans la version 10 de la classification des GHM a conduit à une aberration du codage des séjours de l'ante partum de moins de 2 jours consistant à mentionner en DP un code Z35. –, alors que ce code doit être saisi en DAS. Cette erreur a été corrigée dans cette version de façon à ce qu'un code Z35. – en DAS oriente désormais correctement les séjours dans le GHM 24M24Z.

L'acte JKND.001 Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale a été rendu classant opératoire et intégrée à la liste A-114 Dilatations et curetages, ou conisations dans les CMD. 13 et 24.

ANNEXE II

MISES À JOUR DE LA CLASSIFICATION COMMUNE
 DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)

Le tableau fourni dans ce document retrace les modifications les plus importantes intervenues entre la version initiale (version 1) et la version actuelle (version 10) de la classification commune des actes médicaux (CCAM) : il liste les créations et suppressions de codes et de libellés d'actes et de gestes complémentaires des chapitres 01 à 18 opérées pendant cette période. La colonne de gauche indique le numéro de la subdivision dans laquelle est rangée le libellé sur lequel a porté la modification (code hiérarchique). La deuxième et la troisième colonnes fournissent respectivement le code et le libellé de l'acte modifié. Le type de modification (création ou suppression) et la version au cours de laquelle elle a été effectuée sont dans les colonnes de droite.

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
02.05.02.01	BJLB001	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs	suppression	version 10
02.05.02.01	BJLB901	Injection unilatérale ou bilatérale de toxine botulique dans les muscles oculomoteurs	création	version 10
04.03.12.01	EDCC015	Suture de plaie d'artère digestive, par coelioscopie	création	version 2
04.04.07.02	EGED001	Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale	création	version 10
05.02.01.02	Fafa003	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale	suppression	version 10
05.02.01.02	Fafa004	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie	suppression	version 10
05.02.01.02	Fafa009	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique	suppression	version 10
05.02.01.02	Fafa011	Amygdalectomie à l'amygdalotome	suppression	version 10
05.02.01.02	Fafa012	Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique	suppression	version 10
06.01.08.04	GEQE011	Bronchoscopie au tube rigide, avec lavage bronchioloalvéolaire à visée diagnostique	suppression	version 10
06.04.02	GLJF001	Epuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO ₂] par voie veineuse, par 24 heures	suppression	version 10
06.04.02	GLJF002	Epuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO ₂] par voie veinoartérielle, par 24 heures	suppression	version 10
06.04.02	GLJF010	Epuration extracorporelle du dioxyde de carbone [CO ₂], par 24 heures	création	version 10
06.04.02	GLLD010	Ventilation liquide, par 24 heures	suppression	version 10

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
06.04.02	GLLD011	Ventilation à fréquence supérieure à 80 par minute [Ventilation à haute fréquence] [VHF], par 24 heures	suppression	version 10
11.05.02	HBLD057	Pose d'une plaque-base en résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire	création	version 9
11.05.02	HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire dentaire en guide chirurgical	création	version 9
07.03.02.06	HFCC022	Gastrojéjunostomie de dérivation [gastro-entéro-anastomose sans résection gastrique], par cœlioscopie	création	version 2
07.03.02.11	HFCC012	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.02.11	HFCC017	Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.12	HGAC010	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.06	HGCC003	Entéroentérostomie de dérivation, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.06	HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.05	HGCC026	Entérostomie cutanée, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.08	HGEC009	Réduction d'invagination intestinale aiguë, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.09	HGFC014	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.09	HGFC016	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.09	HGFC021	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie	création	version 2
07.06.02	HGPC005	Ablation d'un cathéter de dialyse péritonéale, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.04.07	HGPC006	Entérotomie à visée thérapeutique, par cœlioscopie	création	version 2
07.06.07	HGPC015	Libération étendue de l'intestin grêle [entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.06.07	HHCC007	Colostomie cutanée, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.06.08	HHCC011	Colocolostomie de dérivation [anastomose colocolique sans exérèse colique], par cœlioscopie	création	version 2

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
18.02.08	HHFA032	Kystectomie ovarienne par abord vaginal, au cours d'une intervention par abord vaginal	création	version 2
07.03.06.02	HHGE010	Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	création	version 10
07.03.06.02	HHLE005	Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	création	version 10
07.03.06.07	HHMC005	Réfection de stomie cutanée intestinale, par cœlioscopie	création	version 2
07.03.07.06	HJFC023	Proctectomie secondaire par cœlioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	création	version 2
07.03.07.06	HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie	création	version 2
07.04.13	HLFC027	Bisegmentectomie hépatique, par cœlioscopie	création	version 2
07.04.13	HLFC032	Trisegmentectomie hépatique, par cœlioscopie	création	version 2
07.04.13	HLFC037	Hépatectomie gauche, par cœlioscopie	création	version 2
07.04.15	HLSC012	Hémostase de lésion du foie, par cœlioscopie	création	version 2
07.04.07	HMCC013	Cholédochoduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par cœlioscopie	création	version 2
07.05.04	HNCC021	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac [Kystogastrostomie], par cœlioscopie	création	version 2
07.05.04	HNCC033	Anastomose entre un faux kyste du pancréas et le jéjunum [Kystojéjunostomie], par cœlioscopie	création	version 2
07.05.07	HNFC027	Nécrosectomie pancréatique, par cœlioscopie	création	version 2
07.05.07	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par cœlioscopie	création	version 2
07.06.09	HPFC007	Résection ou cloisonnement du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas], par cœlioscopie	création	version 2
07.06.02	HPKC014	Changement d'un cathéter de dialyse péritonéale, par cœlioscopie	création	version 2
07.06.02	HPLC035	Pose ou repositionnement d'un cathéter intrapéritonéal pour dialyse péritonéale, par cœlioscopie	création	version 2
08.02.01.07	JAPC018	Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, par cœlioscopie	création	version 2
08.02.02.05	JCEC006	Réimplantation urétérovésicale unilatérale avec création de montage antireflux, par cœlioscopie	création	version 2

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
08.02.02.05	JCEC011	Réimplantation urétérovésicale bilatérale avec création de montage antireflux, par cœlioscopie	création	version 2
08.02.03.09	JDCC016	Suture de plaie ou de rupture de vessie, par cœlioscopie	création	version 2
08.02.03.06	JDFC023	Cystectomie partielle, par cœlioscopie	création	version 2
08.02.03.10	JDSC024	Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par cœlioscopie	création	version 2
08.03.01.03	JGFC045	Exérèse des vésicules séminales, par cœlioscopie	création	version 2
08.03.01.01	JGNE003	Destruction d'une hypertrophie de la prostate avec courant de radiofréquence, par urétrocystoscopie avec guidage échographique	création	version 10
08.03.01.01	JGNJ001	Destruction d'une hypertrophie de la prostate par microondes [Thermothérapie de la prostate]	suppression	version 10
08.04.01.04	JJFA050	Salpingoovariectomie [annexectomie], par abord vaginal	création	version 2
08.04.03.10	JKDA042	Hystéropexie antérieure, par laparotomie	création	version 2
08.04.03.10	JKDC015	Hystéropexie antérieure, par cœlioscopie	création	version 2
08.04.04.03	JLDC015	Suspension du dôme du vagin [promontofixation du dôme vaginal], par cœlioscopie	création	version 2
09.01.02	JQQJ037	Mesure échographique de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par voie vaginale	création	version 2
12.02.02.01	LHNH002	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage scanographique	suppression	version 10
12.02.02.01	LHNH003	Destruction d'un disque intervertébral par injection d'agent pharmacologique [chémonucléolyse], par voie transcutanée avec guidage radiologique	suppression	version 10
12.02.02.01	LHPH001	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [nucléotomie transcutanée]	suppression	version 10
12.02.02.01	LHPH907	Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [nucléotomie transcutanée]	création	version 10
12.04.02.03	LLMC019	Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par cœlioscopie	création	version 2
12.04.03.03	LMMC020	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par cœlioscopie	création	version 2

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
13.02.02.03	MBAA001	Allongement osseux extemporané de l'humérus, avec autogreffe osseuse	suppression	version 10
13.05.01	MGMP002	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet et/ou de la main	suppression	version 10
13.05.01	MHMP005	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts	suppression	version 10
13.02.07.03	MZMP002	Confection d'un appareil rigide thoracobrachial pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	création	version 10
13.02.07.03	MZMP004	Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	création	version 10
13.05.01	MZMP006	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	création	version 10
13.02.07.03	MZMP007	Confection d'un appareil rigide brachio-antébrachio-palmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	création	version 10
13.05.01	MZMP011	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre supérieur prenant le coude	création	version 10
13.02.07.03	MZMP013	Confection d'un appareil rigide antébrachio-palmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	création	version 10
13.05.01	MZMP015	Confection d'un appareil rigide thoracobrachial d'immobilisation du membre supérieur	création	version 10
14.02.07.01	NBAA002	Allongement osseux extemporané du fémur ou du tibia, avec autogreffe osseuse	suppression	version 10
14.02.07.01	NBAA006	Allongement osseux extemporané du fémur, avec autogreffe osseuse	création	version 10
14.05.01	NZMP003	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou	création	version 10
14.02.07.04	NZMP006	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémoro-jambier] ou fémoropédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	création	version 10
14.05.01	NZMP007	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémoro-jambier] ou fémoropédieux d'immobilisation du membre inférieur	création	version 10
14.02.07.04	NZMP008	Confection d'un appareil rigide pelvifémoral, pelvocrural [pelvijambier] ou pelvipédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	création	version 10

POSITION hiérarchique	CODE	LIBELLÉ	TYPE de modification	MODIFICATION introduite
14.05.01	NZMP012	Confection d'un appareil rigide pelvifémoral, pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux d'immobilisation du membre inférieur	création	version 10
14.02.07.04	NZMP014	Confection d'un appareil rigide cruropédieux [jambopédieux] pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	création	version 10
16.02.05	QEHH015	Macrobiopsie sous vide de lésion de la glande mammaire sur système accessoire, par voie transcutanée avec guidage mammographique	création	version 10
13.05.01	ZDMP013	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation thoracobrachial	suppression	version 10
13.05.01	ZDMP014	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation antébrachiopalmaire	suppression	version 10
13.05.01	ZDMP017	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation brachio-antébrachio-palmaire	suppression	version 10
14.05.01	ZEMP005	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation fémorocrural [fémorojambier], fémoropédieux ou cruropédieux [jambopédieux]	suppression	version 10
14.05.01	ZEMP010	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation pelvifémoral, pelvicrural [pelvijambier] ou pelvipédieux	suppression	version 10
18.01	ZZLP008	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 5	création	version 2
18.01	ZZLP012	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 6	création	version 2

ANNEXE III

MODIFICATIONS DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR DU PMSI EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE EN RAPPORT AVEC LA VERSION 10c DES GHM APPLICABLE À PARTIR DU 1^{er} MARS 2008

Cette annexe expose les modifications du guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (fascicule spécial n° 2007/4 *bis* du *Bulletin officiel*).

I. – MODIFICATIONS DES INFORMATIONS DU RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Numéro de résumé d'unité médicale (RUM)

Cette information nouvelle apparaît dans le format 013 du RUM. Son recueil est obligatoire. Le numéro de RUM identifie chacun des RUM d'un RSS. Les différents RUM d'un même RSS doivent donc posséder des numéros de RUM différents. En revanche, les mêmes numéros peuvent être employés dans des RSS distincts. On peut le schématiser par l'exemple suivant :

RSS MONO-UNITÉ	RSS MULTIUNITÉ 1		RSS MULTIUNITÉ N		
RUM 01	RUM 01	RUM 02	RUM 01	RUM 02	RUM 03

Dans cet exemple, où le choix fait par l'établissement est celui d'une numérotation chronologique continue de 01 à n :

- les RUM de chacun des RSS mono-unités de l'établissement sont tous numérotés 01 ;
- dans un même RSS multiunité (« RSS multiunité 1 » et « RSS multiunité n ») chaque RUM a un numéro différent ;
- des RSS distincts utilisent les mêmes numéros de RUM. Ainsi, le numéro de RUM 01 est utilisé dans les RSS mono et multiunité, et le numéro 02 l'est dans les deux RSS multiunités.

Cette numérotation chronologique continue (séquentielle) n'est qu'un exemple. L'information numéro de RUM peut comporter jusqu'à 10 caractères et laisse ainsi le choix aux établissements de leur mode de numérotation. L'essentiel est qu'à l'intérieur d'un même RSS multiunité les RUM aient chacun un numéro différent.

A court terme, le numéro de RUM permettra de tester la nouvelle définition du diagnostic principal (DP) prévue pour la version 11 des GHM, sans que cela n'impose une modification préalable du format du recueil. Sur la modification de la définition du DP, voir la deuxième partie du deuxième rapport sur les travaux préparatoires à la version 11 des GHM. A plus long terme, le numéro de RSS permettra une identification plus sûre des consommations des médicaments payés en sus des GHS.

Type d'autorisation de l'unité médicale

Cette information n'existe plus dans le format 013 du résumé d'unité médicale (RUM). Elle est désormais à saisir préalablement au lancement des logiciels générateurs de résumés de sortie anonymes (GenRSA ou AGRAP). Le renseignement du « fichier d'UM » devient par conséquent obligatoire pour que la fonction groupage calcule correctement les suppléments et certains tarifs (soins palliatifs...).

En revanche, le type d'autorisation de lit dédié reste une information du RUM.

Unité d'addictologie pour sevrage alcoolique complexe : cet intitulé est remplacé par unité d'addictologie de recours et de référence. Le code est inchangé, il reste 19. Cette modification est en rapport avec la création du groupe homogène de séjours (GHS) n° 7257 relatif au groupe homogène de malades (GHM) n° 20Z02Z Toxicomanies non éthyliques avec dépendance. L'unité d'addictologie de recours et de référence peut désormais être codée au titre du sevrage alcoolique et d'autres dépendances « lorsque le patient est pris en charge plus de onze jours dans une unité d'addictologie identifiée pour la prise en charge des sevrages complexes et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation » (arrêté « prestations » du 25 février 2008, art. 2).

Les intitulés des types d'autorisation ont été complétés de manière à les distinguer plus clairement (par exemple, du fait de l'intitulé « Réanimation pédiatrique » « Réanimation » sans précision est devenu « Réanimation hors pédiatrie »).

En conséquence, à partir du 1^{er} mars 2008, les intitulés et codes d'autorisation des unités médicales s'établissent comme suit :

– Réanimation hors pédiatrie	01
– Réanimation pédiatrique.....	13
– Soins intensifs hors unité neurovasculaire	02
– Soins intensifs en unité neurovasculaire.....	18
– Unité neurovasculaire hors soins intensifs.....	17
– Surveillance continue hors pédiatrie	03
– Surveillance continue pédiatrique.....	14
– Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)	04
– Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B).....	05
– Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3).....	06
– Unité d'hospitalisation de courte durée	07
– Soins palliatifs.....	08
– Classement ex-OQN soins particulièrement coûteux (SRA)	09
– Classement ex-OQN surveillance continue (SSC).....	10
– Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
– Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit.....	12
– Clinique ouverte.....	15
– Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air.....	16
– Unité d'addictologie de recours et de référence	19
– Centre d'hémodialyse pour adultes.....	21
– Centre d'hémodialyse pour enfants.....	22
– Unité d'hémodialyse médicalisée	23
À partir du 1 ^{er} juin 2008 deux nouveaux types d'autorisation d'unité médicale viendront s'ajouter :	
– Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour.....	24
– Hospitalisation de jour gériatrique.....	25

De ce fait, pour éviter toute confusion, l'intitulé du type d'autorisation n° 12 Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit deviendra : Hospitalisation à temps partiel de jour sauf unité gériatrique, ou de nuit.

Age gestationnel

Il est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée. Il doit être saisi :

- pour la mère : dans le RUM du séjour dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement ;
- pour l'enfant : dans le RUM produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né au sortir de la salle de naissance, quelle qu'elle soit (maternité, néonatalogie...) (1).

Dans le RUM de la mère, la saisie, en sus du code de l'acte, de sa date de réalisation, permet le calcul de l'âge gestationnel à la date de l'admission. On rappelle que les établissements sont vivement invités à saisir la date de tous les actes codés.

Interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses

Le RUM unique produit dans leur cas doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge. Qu'elle se soit limitée à la consultation initiale de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes (consultation initiale, prostaglandines, surveillance de l'expulsion, consultation de contrôle...), le RUM produit doit indiquer une date de sortie égale à la date du premier contact.

II. – SÉANCES

Le chapitre VI du guide méthodologique est modifié comme indiqué au moyen de caractères de couleur bleue dans les pages suivantes.

VI. – LES SÉANCES

1. Définition

Au sens du PMSI, une séance est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : épuration extrarénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine. Seules les séances répondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d'un chiffre supérieur à zéro au titre de l'item « nombre de séances » du RSS (2).

(1) Que cette unité appartienne au même établissement que la salle de naissance ou, en cas de transfert depuis celle-ci, à l'établissement de destination. On rappelle que la salle de travail et la salle de naissance ne sont pas des unités d'hospitalisation. Elles ne sont pas des unités médicales au sens du PMSI. L'accouchement ou la naissance ne peut donc pas donner lieu à la production d'un RUM au seul titre du passage dans ces salles.

(2) Et un résumé de séjour mentionnant l'un des motifs cités avec une égalité des dates d'entrée et de sortie est classé dans un GHM de séances même si l'item « nombre de séances » n'est pas renseigné.

Il est laissé au choix des unités médicales :

- soit de produire un RSS à chaque séance (RSS-séance) ;
- soit de produire un RSS réunissant des séances identiques dont le nombre est enregistré au moyen de l’item « nombre de séances » (RSS-séances).

Dans le premier cas, les dates d’entrée et de sortie mentionnées dans le RSS sont celles de la séance et l’item « nombre de séances » est égal à 1. Dans le second cas, à l’exclusion de la radiothérapie dont la particularité sera traitée plus loin, la date d’entrée du RSS est celle de la première séance, la date de sortie est celle de la dernière séance et l’item « nombre de séances » indique le nombre de séances identiques reçues par le malade entre ces deux dates.

La durée maximale couverte par un RSS-séances est dictée par l’obligation de transmission des fichiers de RSA à l’agence régionale de l’hospitalisation (1).

Lorsqu’un malade hospitalisé dans un établissement pour une raison autre qu’un des motifs de séance cités ci-dessus doit subir, dans le même temps et dans le même établissement, une ou des séances, on distingue deux situations selon le secteur de l’hospitalisation :

- si le malade est hospitalisé en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), autrement dit, si les unités d’hospitalisation et de réalisation de la séance appartiennent toutes deux au secteur MCO de l’établissement, à l’exception de la préparation à l’irradiation (en ce qui la concerne voir plus loin le point 4.1), il ne peut pas être produit de RSS-séance et, si un RSS-séances avait été créé préalablement à l’hospitalisation, il doit être suspendu ; toutes les fois qu’elle est codable avec la classification commune des actes médicaux (CCAM), l’activité liée aux séances doit être enregistrée en tant qu’actes (code et nombre de réalisations) dans le RSS d’hospitalisation à temps complet, la zone « nombre de séances » étant laissée vide ou égale à 0 ;
- si le malade est hospitalisé en soins de suite ou de réadaptation (SSR), en psychiatrie ou en soins de longue durée dans le même établissement, l’unité de MCO qui réalise les séances produit un RSS-séance ou, si un RSS-séances avait été préalablement créé, il est poursuivi.

Pour des séances effectuées au bénéfice de malades hospitalisés dans un autre établissement, on se reportera aux consignes concernant les prestations interétablissements (chap. I, § 3).

On ne confondra pas la séance telle quelle vient d’être définie, avec les actes en séances. À une date donnée, il ne peut être réalisé qu’une séance au sens du PMSI (comme de la gestion administrative des malades). En revanche, au cours de celle-ci, plusieurs actes médicotechniques en séances peuvent être effectués. Dans ce cas, l’enregistrement voit le décompte d’une séance au titre de l’item Nombre de séances et le codage des différents actes réalisés ou, si c’est le même acte qui a été réalisé plusieurs fois, par l’association à son code du nombre de réalisations.

On rappelle qu’on ne peut comptabiliser plusieurs séances dans un même RSS (« RSS-séances ») que si toutes ont été identiques, notamment au regard du ou des actes effectués.

2. Séances de dialyse rénale

Pas de modification

3. Séances de chimiothérapie pour tumeur

Pas de modification

4. L’activité de radiothérapie

Pas de modification

4.1. Le résumé standardisé de préparation

Le résumé standardisé de préparation (RSP) à l’irradiation est de nature différente de celle des autres résumés du PMSI. Il doit être conçu, non comme un résumé de séjour, mais comme un support de description de la préparation à l’irradiation dans son intégralité. Il présente les propriétés suivantes :

- par convention il doit être élaboré à la fin du traitement de radiothérapie, c’est-à-dire après que la dernière séance d’irradiation a eu lieu ;
- il est unique pour chaque malade bénéficiant d’un traitement de radiothérapie ; à ce titre, il doit résumer au mieux la totalité de la prise en charge pour préparation d’irradiation ; pour son élaboration, outre le dossier médical du malade, il s’appuie donc particulièrement sur le document de suivi propre au service de radiothérapie ;
- pour un même malade, son numéro (numéro de RSP) est différent de celui du résumé d’irradiation.

(1) L’arrêté du 27 février 2007 (JO du 28 février) modifiant l’arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d’activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d’informations... a établi une transmission mensuelle.

Cas particuliers :

- les cas de reprise de préparation sont à traiter de façon identique : le RSP doit résumer l'ensemble des actes de préparation réalisés pour un malade donné ; dans les cas de reprise, il comportera donc les actes de première préparation, ainsi que ceux de la seconde (voire troisième) préparation (1), dans le respect des règles d'emploi de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- lorsqu'un ou des actes de préparation à l'irradiation sont effectués au cours d'une hospitalisation en MCO pour un autre motif :
 - l'hospitalisation donne lieu à la production d'un RSS selon les règles habituelles ;
 - auquel s'ajoute un RSP qui enregistre les actes de préparation ; s'ils sont les premiers du plan de traitement, le RSP est ouvert à la date d'entrée de l'hospitalisation ; si un RSP avait été antérieurement ouvert, il est poursuivi ;
- dans le cas très particulier (et relativement rare) où, à la fois la totalité de la préparation et l'irradiation ont lieu dans le même temps d'hospitalisation, on ne réalisera pas de résumé standardisé de préparation. En revanche, il importe alors que les actes de préparation soient portés sur le RSS d'hospitalisation (2).

Ainsi, lorsque la préparation à l'irradiation se déroule au cours d'une hospitalisation, les actes réalisés pendant celle-ci alimentent le RSP – et non le RSS – de la même manière que s'ils avaient été réalisés en ambulatoire. Cette consigne est valable quel que soit le moment de survenue de l'hospitalisation :

- hospitalisation initiale au cours de laquelle est ouvert un RSP qui se poursuivra au-delà d'elle (parce que une ou des séances d'irradiation, éventuellement d'autres actes de préparation, ont lieu après cette hospitalisation) ;
- hospitalisation survenant alors qu'un RSP a été ouvert antérieurement à elle.

En revanche, lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation, on ne produit pas de RSP mais un RSS dans lequel sont enregistrés les actes de préparation et d'irradiation.

En conclusion, la réalisation d'actes de préparation alimente toujours un RSP, sauf lorsque la totalité de la préparation et de l'irradiation ont lieu au cours d'une même hospitalisation.

Production du résumé standardisé de préparation

Pas de modification

4.2. Le RSS-séance(s) d'irradiation

Pas de modification

5. La transfusion sanguine en séances

Pas de modification

6. L'oxygénothérapie hyperbare

Pas de modification

7. Les aphérèses sanguines

Une venue pour séance d'aphérèse sanguine ne peut donner lieu à la production d'un RSS-séance(s) que s'il y a eu ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Par séances d'aphérèse sanguine, on désigne les séances pour la réalisation des actes suivants :

- FEFF001 Prélèvement de cellules mononucléées par cytophérèse, pour thérapie cellulaire ;
- FEFF002 Prélèvement de cellules souches hématopoïétiques sanguines par cytophérèse, pour thérapie cellulaire ;
- FEJF001 Séance d'épuration semi-sélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade] ;
- FEJF002 Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë ;
- FEJF004 Séance programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection chronique ;

(1) Sur le plan de la prise en compte de ces reprises de préparation il est à noter que, lors du groupage, c'est la préparation la plus lourde qui détermine le GHM d'affectation. Par ailleurs, par construction du modèle de l'étude nationale des coûts par activité médicale, la valorisation des GHM de préparation tient compte du fait que, dans un pourcentage de cas défini, les préparations d'irradiation comportent un temps de reprise.

(2) La mention de ces actes sur le RSS d'hospitalisation peut permettre d'observer si le GHM d'accueil de ces séjours a lieu d'être scindé pour isoler par exemple les irradiations en hospitalisation avec ou sans préparation.

- FEJF005 Séance d'épuration chimique des lipoprotéines [LDLaphérèse] à partir du plasma ou du sang total ;
- FEJF007 Séance d'épuration immunologique de substance plasmatique [immunoabsorption] ;
- FEJF009 Séance d'ultrafiltration plasmatique ;
- FEPF001 Séance programmée de leucaphérèse thérapeutique pour affection chronique ;
- FEPF002 Séance de thrombocytophérèse thérapeutique ;
- FEPF003 Séance d'érythraphérèse thérapeutique avec transfusion de globules rouges [échange érythrocytaire] ;
- FEPF004 Séance non programmée de leucaphérèse thérapeutique pour affection aiguë ;
- FEPF005 Séance d'érythraphérèse thérapeutique avec perfusion [hémodilution normovolémique intentionnelle] ;
- FERP001 Photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées ;
- Phase 1 : collecte des leucocytes par cytophérèse [leucaphérèse] ;
 - Phase 2 : irradiation des leucocytes par UVA en présence d'un produit photosensibilisant ;
 - Phase 3 : autotransfusion des leucocytes.

Le codage du DP des séances d'aphérèse sanguine utilise le code Z51.31 (1) et lui seul.

(1) Code Z51.3 de la CIM étendu pour la circonstance pour la version 10c de la classification des GHM.