

Campagne tarifaire et budgétaire 2017
Nouveautés PMSI –
Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2017 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 2017.

A ce titre, les nouveautés concernant le champ d'activité psychiatrie étant applicable au 1^{er} janvier 2017, une première notice relative à ce champ a été publiée le 09 décembre 2016.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO, HAD et SSR, applicables au 1^{er} mars 2017. Dans une logique documentaire, l'annexe psychiatrie est reproduite dans la présente notice.

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 2017, ces arrêtés sont intégralement republiés (pour chaque arrêté, publication d'une version exhaustive, et non modificative), intégrant par ailleurs certaines évolutions liées aux nouveautés PMSI.

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 général
Housseyni HOLLA



Annexe 1

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté PMSI MCO modifié, en date du 22 février 2008 est abrogé. Il est remplacé par la publication exhaustive d'un nouvel arrêté. Les modifications sont toutefois mineures, et concernent essentiellement l'évolution de ses annexes :

- Manuel des GHM – annexe I – BO n° 2017/5 bis (3 volumes) ;
- 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° 2017/6 bis ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe III – BO n° 2017/9 bis ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2017/8 bis.

Comme chaque année, il a été décidé de procéder à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, ces 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 2017.

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

En 2017, ces modifications sont peu importantes. Elles concernent quelques précisions relatives aux consignes de codage, ainsi que des ajustements ou compléments liés aux nouveautés des fichiers PMSI (VIDHOSP, RSF-ACE) telles qu'indiquées au point IV de cette annexe)

III – Classification des GHM : version V2017

La version de la classification des GHM qui sera utilisée à compter du 1^{er} mars 2017 est la version « 2017 ». Cette version sera détaillée dans le *Manuel des GHM* qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2017-5 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. Par rapport à la mise à jour réalisée en 2015, les modifications ont été de deux ordres : une démarche de révision des regroupements des codes utilisés pour définir les listes de CMA, puis une révision des listes de CMA sur la base de ces nouveaux regroupements.

Révision des regroupements

Lors de la mise en place des CMA, les codes ayant une proximité acceptable sur le plan médical et des effets sur les durées de séjours ont été regroupés. L'objectif des regroupements des codes CIM10 est de diminuer le nombre de paramètres à étudier lors de chaque révision, et de gagner en puissance statistique lors de l'attribution des niveaux. Les regroupements en vigueur avaient été créés à l'occasion de la V11a et n'avaient pas été revus depuis. En préalable à la révision des effets CMA selon la méthode habituelle, la pertinence des regroupements constitués pour la V11 a été revue pour prendre en compte l'évolution des pratiques et l'augmentation des données disponibles.

Au final, 25% des groupes ont été modifiés. Dans 80% des cas la modification a consisté en un rapprochement de groupes existants, et dans 20% des cas la modification a consisté en une segmentation pour un code ayant un effet différent. Parfois les deux actions ont été nécessaires pour le même regroupement

Révision des listes CMA

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 sur plusieurs années en regroupant les données par période de 2 ans,

A l'issue des traitements statistiques, l'ensemble des évolutions potentielles est revue 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 4.75% des diagnostics changent de niveau de sévérité avec globalement :
 - o une diminution du nombre de diagnostics de niveau 3,
 - o une augmentation du nombre de diagnostics de niveau 2 et 4,
- le détail est présenté dans le tableau ci-dessous.

Effectifs et pourcentages des niveaux de sévérité des diagnostics de la V2017 par rapport à la V2016.

V2016	V2017									
	Nb de DIAGNOSTICS					% lignes				
	1	2	3	4	total	1	2	3	4	total
1	8 806	133	9	6	8 954	98,4%	1,5%	0,1%	0,1%	64,9%
2	210	3 221	60	17	3508	6,0%	91,8%	1,7%	0,5%	25,4%
3	4	159	639	33	835	0,5%	19,2%	76,4%	4,0%	6,1%
4	1	3	19	468	491	0,2%	0,6%	3,9%	95,3%	3,6%
total	9 021	3 517	726	524	13 788	65,4%	25,5%	5,3%	3,8%	100%

- La révision aboutit à modifier le niveau de sévérité pour **46 072** séjours, soit 0,61% de l'ensemble des séjours.
- Les mouvements montrent une augmentation des séjours de niveaux 1 et 4, et une diminution des séjours de niveaux 2 et 3
- le détail est présenté dans le tableau ci-dessous.

Effectifs des niveaux de sévérité des séjours de la V2017 par rapport à la V2016.

V2016	V2017									
	Nb de SEJOURS					% lignes				
	1	2	3	4	total	1	2	3	4	total
1	4 322 111	4 140	229	6	4 326 486	99,90%	0,10%	0,00%	0,00%	57,6%
2	7551	1 604 254	14436	188	1 626 429	0,50%	98,60%	0,90%	0,00%	21,7%
3	543	10 120	1 143 631	6 901	1 161 195	0,00%	0,90%	98,50%	0,60%	15,5%
4	21	138	1799	394 015	395 973	0,00%	0,00%	0,50%	99,50%	5,3%
total	4 330 226	1 618 652	1 160 095	401 110	7 510 083	57,7%	21,6%	15,5%	5,3%	100%

➤ Création de GHM en J

Dans le cadre de la montée en charge de l'ambulatoire, et afin d'homogénéiser le contenu des GHM, deux racines sont modifiées en V2017 :

- **Création d'un GHM en J dans la racine 08C34** interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie
- **Suppression du GHM en T et création d'un GHM en J dans la racine 13C09** Laparoscopies ou coéloscopies diagnostiques

➤ Evolutions des listes IOA

Suite au travail réalisé avec les experts d'un groupe piloté par la DGOS, une mise à jour de listes de diagnostics et d'actes permettant de grouper dans les racines d'IOA a été faite :

- Pour ce qui concerne les diagnostics, la liste D-077 est complétée des codes :
 - A66.6 Lésions ostéoarticulaires pianiques ;
 - B45.3 Cryptococcose osseuse ;
 - B67.2 Infection osseuse à Echinococcus granulosus ;
 - M46.1 et M46.18 : Sacro-iliite non classée ailleurs
 - ainsi que par les codes de spondylopathie au cours de maladie classée ailleurs suivants :
 - M49.1- Spondylite au cours de brucellose ;
 - M49.2- Spondylite entérobactérienne ;
 - M49.3- Spondylopathie au cours d'autres maladies infectieuses ou parasitaires
- Pour ce qui concerne les actes, sont rajoutés à la liste A-368 les actes suivants :
 - QZMA007 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional,
 - QZMA009 Réparation de perte de substance par lambeau à distance,
 - NFFC001 Synovectomie du genou, par arthroscopie antérieure.

Dans l'objectif d'une harmonisation entre les listes concernant les infections ostéoarticulaires, la liste D-0820 a également été modifiée par le rajout des codes présents dans la D-077 et initialement absents de la liste des ostéomyélites aiguës :

- M68.0- Synovites et ténosynovites au cours de maladies bactériennes classées ailleurs ;
- M90.0- Tuberculose osseuse ;
- M90.1- Périostite au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs ;
- M90.2- Ostéopathie au cours d'autres maladies infectieuses classées ailleurs.

➤ Evolutions de la liste des actes chirurgicaux de prise en charge des grossesses extra utérines

La liste A-336 Interventions pour GEU avait été revue pour la V11g, en compilant des listes de la CMD13.

La mise en évidence d'actes non pertinents au sein de celle-ci a amené à une analyse médicale ayant abouti à une correction de cette liste :

- Ont été gardés les actes
 - Spécifiques d'une GEU,
 - D'exploration ou d'évacuation de collection de la cavité abdominale,
 - Pertinents pour la GEU mais non ciblés spécifiquement (la pathologie est déjà identifiée par le DP (diagnostic O00.-) conduisant dans ces racines).
- Ont été exclus les actes
 - Non liés à la prise en charge d'une GEU, mais parfois complémentaires,
 - Trop larges pour la prise en charge d'une GEU simple,
 - De reconstruction.

Au final, la liste passe de 235 à 25 actes.

code	Libellé
ZCQC002/0	Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice]
ZCQC001/0	Exploration de la cavité abdominale par coelioscopie, avec hystéroskopie
ZCQA001/0	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]
ZCJC001/0	Évacuation de collection intraabdominale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
ZCJA002/0	Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie
ZCJA004/0	Évacuation de plusieurs collections intraabdominales, par laparotomie
ZCJA003/0	Évacuation de collection intraabdominale, par colpotomie
JJQC001/0	Exploration antérograde unilatérale ou bilatérale de la trompe utérine [Salpingoscopie gynécologique], par coelioscopie
HPQC001/0	Exploration du petit bassin [pelvis] féminin, par pélycoscopie [culdoscopie] [coelioscopie transvaginale]
JJJC001/0	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, par coelioscopie
JJJA001/0	Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, par laparotomie
JJFC004/0	Résection partielle de l'ovaire, par coelioscopie
JJFA002/0	Résection partielle de l'ovaire, par laparotomie
JJFC006/0	Salpingectomie totale, par coelioscopie
JJFA007/0	Salpingectomie totale, par laparotomie
JJFC010/0	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie
JJFA050/0	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par abord vaginal
JJFA004/0	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par laparotomie
JJJC002/0	Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par coelioscopie
JJJA002/0	Expression tubaire pour évacuation tuboabdominale de grossesse extra-utérine, par laparotomie
JJPC001/0	Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par coelioscopie
JJPA001/0	Salpingotomie avec aspiration de grossesse extra-utérine, par laparotomie
JJFC001/0	Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par coelioscopie
JJFA001/0	Salpingectomie partielle ou totale pour grossesse extra-utérine, par laparotomie
JQGA001/0	Extraction de grossesse extra-utérine abdominale au-delà de 13 semaines d'aménorrhée, par laparotomie

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2017>

➤ Formats RUM/RSS

Suppression des variables spécifiques au suivi des IVG qui avaient été ajoutées au format en 2015.

Ce recueil avait été demandé dans l'optique de permettre 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 pilotées par le Secrétariat général pour la Modernisation de l'Action Publique (SG MAP).

Ces variables seront dorénavant recueillies dans un fichier FICHCOMP spécifique.

➤ FICHSUP

FICHSUP détenus

- **Poursuite du recueil FICHSUP** mis en place en M12 2016 concernant les médicaments délivrés par les Unités Sanitaires (ex UCSA).
- Ce recueil est pérennisé et devient mensuel cumulatif

Consultations externes spécifiques

- **Extension du recueil au secteur Ex-OQN** avec création d'un FICHSUP spécifique
- Autres évolutions
 - **Modification du format** avec l'ajout d'une variable concernant le nombre de consultations d'une durée inférieure à 30 minutes
 - **Modification d'un libellé** : remplacement de « avec contact d'un autre professionnel » par « avec la participation d'un autre professionnel ».
 - **Suppression de la modalité CDAG (05)** dont le financement ne relève plus désormais d'une MIG

➤ FICHCOMP

- **Mise en place d'un fichier FICHCOMP spécifique IVG** pour le recueil des données spécifiques au suivi (cf. point format RUM/RSS ci-dessus)
 - Nombre d'IVG antérieures ;
 - Année de l'IVG précédente ;
 - Nombre de naissances vivantes antérieures.
- **Recueil et financement des médicaments sous ATU / post ATU** : Depuis 2012, le recueil de la délivrance des médicaments sous ATU est réalisé dans FICHCOMP.
 - A compter du 1er janvier 2017, ces médicaments sous ATU / post ATU, mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du CSS, seront valorisés à partir d'un tableau OVALIDE spécifique.
 - Cette valorisation sera réalisée à compter de la première transmission de données 2017. S'agissant des ES ex OQN, des consignes de facturations seront prochainement délivrées par la CNAMTS.
- Evolutions FICHCOMP DMI, PO, DIAP et PIE
 - La notice technique n° CIM-MF-537-4-2016 du 29 juillet 2016 relative à l'évolution des règles de production des séjours par les établissements publics de santé annonçait la nécessité d'une réflexion sur la prise en compte des fichiers FICHCOMP dans le cas où la solution dite « dégradée » était mise en œuvre.
 - En effet, le choix de cette solution dégradée (production des RSS par entité géographique tout en conservant la constitution des factures ANO-HOSP au niveau de l'entité juridique) provoque des rejets des fichiers FICHCOMP DMI, PO, DIAP et PIE.
 - Actuellement, le lien entre les enregistrements FICHCOMP et les RSS est uniquement basé sur le numéro administratif local de séjour. Ce mode d'affectation impose l'unicité du lien n° de séjour – n°RSS.
 - Pour rapprocher correctement les données issues des FICHCOMP, l'ATIH va publier une nouvelle version du logiciel GENRSA.
 - Cette évolution de GENRSA s'appuiera sur les dates qui figurent dans FICHCOMP (de pose, de prélèvement, ...) et **il faudra indiquer dans les**

fichiers FICHCOMP le FINESS de l'entité géographique du RSS de rattachement.

- Afin de limiter les impacts, il est proposé de ne pas changer les formats des FICHCOMP pour véhiculer cette information mais de renseigner, à la place de la variable FINESS actuelle (FINESS e-PMSI), le FINESS de l'entité géographique.
- Cette nouvelle version sera disponible à partir de la remontée des données de M12 2016.

➤ **VIDHOSP**

Les principales évolutions 2017 sont décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ». Il s'agit en particulier :

- du recueil du « NIR individu » ;
- du recueil du « Numéro FINESS d'inscription e-PMSI, de la « Date d'entrée de séjour », de la « Date de sortie de séjour »

➤ **RSF et RSF-ACE**

Les principales évolutions 2017 sont décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ». Il s'agit en particulier du recueil du « NIR individu »

D'autres évolutions sont également mises en place en 2017 dans le cadre des évolutions du modèle de financement. A ce titre, les informations relatives aux formats de fichiers support d'information sont indiquées ici. Le sujet sera détaillé dans la notice financement à venir (mars 2017)

- Suppression dans le RSF-ACE C de la modalité CDAG (05) dont le financement ne relève plus désormais d'une MIG
- **Modifications du format des RSF B et RSF ACE B en lien avec la création d'une « prestation intermédiaire »**

L'objectif de cette prestation intermédiaire est de répondre à une problématique d'absence de valorisation des prises en charge ne relevant pas de l'hospitalisation de jour mais insuffisamment prises en compte dans l'activité externe. Certaines prises en charge de médecine ambulatoire, réalisées en établissements de santé, nécessitent en effet, pour une même prise en charge, la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et la réalisation d'une synthèse médicale mais ne nécessitent pas pour autant le recours à un plateau technique.

- Cette prestation intermédiaire sera ouverte, en 2017, à une liste limitative de prises en charge :
 - d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée) 1 ou d'un diabète gestationnel,
 - d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21)
 - d'une spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26)
 - d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)

Les évolutions de format relatives à la mise en place de cette prestation sont :

- L'ajout d'une nouvelle modalité à la variable « code acte », permettant ainsi la facturation du forfait prestation intermédiaire à chaque venue du patient, en complément de la facturation d'une consultation et, le cas échéant, d'actes CCAM.
- Création d'une variable « Type de prestation intermédiaire ». Cette variable aura une modalité par mode de prise en charge et permettra d'assurer un suivi de la mise en œuvre de ce nouveau dispositif, par type de prise en charge.

¹ Liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse mentionnée à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale

➤ **Evolution des RSF B et RSF ACE B en lien avec la Sécurisation de l'administration des produits de la RH en environnement hospitalier.**

Ce dispositif conduit à permettre l'administration de produits de la réserve hospitalière (RH) en environnement hospitalier sans recourir à l'hospitalisation (et facturation de GHS). Il sera supporté par l'arrêté prestation 2017, et sera précisé dans la notice financement de mars 2017.

○ **Evolution portant sur la facturation du forfait APE**

A l'instar des dispositifs médicaux implantables, les produits de la RH figurant sur la liste en sus pourront être facturés en environnement hospitalier.

Ainsi, dans le cadre d'une administration en environnement hospitalier (i.e. hors hospitalisation du patient), la molécule ferait l'objet d'une facturation en sus du forfait APE).

○ **Ajout d'une nouvelle modalité à la variable code acte permettant la facturation du forfait AP2**

L'administration de produits de la RH, en environnement hospitalier (i.e. hors hospitalisation du patient) et ne figurant pas sur la liste en sus fera l'objet de la facturation d'une nouvelle prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation.

Cette prestation, créée par le décret pris en application de l'article 79 de la LFSS pour 2017, constitue ainsi un support de facturation pour valoriser l'administration du produit, la surveillance du patient ainsi que les frais liés au coût de la molécule.

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté PMSI HAD modifié, en date du 31 décembre 2004 est abrogé. Il est remplacé par la publication exhaustive d'un nouvel arrêté. Les modifications sont toutefois mineures, et concernent essentiellement l'évolution de ses annexes.

Le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexe I de l'arrêté PMSI HAD) sera publié au BO sous le n° 2017-7bis 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.

Les annexes II et III seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2017-8bis et BO n°2017-9bis.

La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2017.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique HAD

- **Élargissement des modes de prise en charge autorisés en EHPAD**

Jusqu'en 2016, la liste des MP autorisés en EHPAD était limitée. À partir de 2017, les limitations de MP en EHPAD sont supprimées : l'intervention de l'HAD en EHPAD suivra les règles communes décrites par le guide méthodologique.

Les modifications introduites en 2017 et exposées au paragraphe précédent ne modifient en rien le mode de financement des interventions HAD en établissements sociaux et médico-sociaux.

Quelques modifications du périmètre des modes de prises en charge sont consignées dans le guide méthodologique.

III – Classification en GHPC

Modalités de prise en compte de l'IK pour certaines associations MPP x MPA avant mars 2017

Pour certaines associations MPP x MPA, il était prévu que si l'IK renseigné était inférieur au seuil indiqué dans le tableau du paragraphe 2 du chapitre VII du guide méthodologique², le GHPC 9999 erreur était attribué. Chaque journée de la séquence était classée dans le GHT correspondant aux MPP et MPA déclarés, associé à l'IK seuil. La fonction groupage émettait un code-retour 524.

À partir de mars 2017

Pour ces mêmes associations, il est demandé aux établissements de renseigner la valeur réelle de l'IK même si celle-ci est inférieure au seuil. Dans ce cas, (IK renseigné inférieur au seuil), un nouveau GHPC (différent de 9999) sera attribué à chaque séquence. Ce GHPC correspondra aux MPP et MPA déclarés, associés à l'IK seuil. Un nouveau code-retour sera émis par la fonction groupage.

La liste des GHPC créés figurera dans le fichier des GHPC 2017 qui sera publié sur le site de l'ATIH. Au total, la description de la situation exacte du patient au regard de l'IK ne produira plus le classement de la séquence dans un GHPC erreur. Le financement des journées concernées n'est pas modifié par rapport à la situation antérieure.

Cette action vise donc à mettre en place un recueil descriptif, n'ayant pas d'incidence sur les tarifs actuels des GHPC, et ayant vocation à mieux orienter les travaux de la future réforme de tarification de l'HAD.

² Tableau détaillant les plages d'IK prévues selon les associations de MPP x MPA autorisées ou non erronées

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

• Modification du codage dans les rubriques mode d'entrée et mode de sortie

Le guide méthodologique HAD est modifié, en lien avec la production, par les établissements de santé publics, de séjours par entité géographique et non plus par entité juridique. Les codes 6 et 7 sont modifiés comme suit :

○ **Mode d'entrée :**

- Code 6 Mutation

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre unité médicale de la même entité géographique, son mode d'entrée fait appel au code 6 Mutation. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité géographique dans laquelle le patient a été hospitalisé.

- Code 7 Transfert

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode d'entrée fait appel au code 7 Transfert.

○ **Mode de sortie**

- Code 6 Mutation

Lorsque le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une autre unité médicale de la même entité géographique, son mode de sortie fait appel au code 6 Mutation.

L'emploi de ce code n'est possible que si la structure d'HAD fait partie de l'entité géographique dans laquelle le patient est hospitalisé.

- Code 7 Transfert

Lorsque le patient sort d'HAD pour être hospitalisé dans une autre entité géographique (que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique), son mode de sortie fait appel au code 7 Transfert.

• Création d'un nouveau code dans la rubrique provenance

Trois modes d'entrée en HAD peuvent être renseignés : code 6 mutation, code 7 transfert et code 8 domicile. Les codes provenance permettent d'apporter des précisions concernant le mode d'entrée. Dans le cas du mode d'entrée domicile, un code provenance 9 "adressé par le médecin traitant" est ajouté.

Le code provenance 9 peut être utilisé lorsque les codes provenance 7 et 8 ne le sont pas. Si le patient réside dans une structure d'hébergement médicosociale, le code 7 est renseigné en priorité et le code 9 ne sera pas utilisé.

Le code 9 sera utilisé lorsque le patient est adressé à l'HAD par son médecin traitant (au sens de l'Assurance Maladie). Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, le code provenance 9 ne sera pas utilisé.

Le code provenance 9 ne sera pas utilisé en cas de prescription de l'HAD par le médecin hospitalier à l'issue d'un séjour en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou d'un passage aux urgences.

La provenance n'est pas renseignée et reste vide dans les autres situations de mode d'entrée « domicile ».

• Évolution du fichier des conventions

Certains établissements sociaux n'étant pas répertoriés dans la circulaire du 18 mars 2013, il est ajouté une modalité « Autre établissement social » à la variable "Type d'établissement".

➤ VIDHOSP

Les principales évolutions 2017 sont décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ». Il s'agit en particulier :

- du recueil du « NIR individu » ;
- du recueil du « Numéro FINESS d'inscription e-PMSI, de la « Date d'entrée de séjour », de la « Date de sortie de séjour »

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR modifié, en date du 30 juin 2011, est abrogé. Il est remplacé par la publication exhaustive d'un nouvel arrêté. Les modifications sont toutefois mineures, et concernent essentiellement la suppression de la période provisoire de remontée bimestrielle des données PMSI et l'évolution des annexes I à V :

- Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2017/1 *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° 2017/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2017/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2017/8 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2017/9 *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 seront applicables à compter du 1^{er} mars 2017 (soit la semaine 9 de l'année 2017).

II – Modifications apportées au Guide méthodologique PMSI SSR

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- **Evolution de la définition de la « journée de présence PMSI SSR » en hospitalisation complète**
A compter de 2017, la définition de la *journée de présence PMSI SSR* est alignée sur celle de la *journée facturée*. En hospitalisation complète et en hospitalisation de nuit, la règle qui s'applique est celle de la présence à minuit : la journée est codée « 1 » dès lors que le patient est présent à minuit.
- **Evolution de la durée des « permissions de sortie » en hospitalisation complète SSR**
La durée maximale en SSR de la « permission de sortie » définie dans l'article R.1112-56 du code de la santé publique augmentera à compter du 1^{er} mars. Cette évolution a deux conséquences techniques :
 - la suppression de la variable « Poursuite du même projet thérapeutique »,
 - la création de la variable « Confirmation du codage de la SSRHS ».
- **Suppression de la variable : « Poursuite du même projet thérapeutique »**
Du fait de l'augmentation de la durée des « permissions de sortie » en SSR, la majeure partie des situations de réadmission dans une unité médicale d'hospitalisation complète de SSR appartenant au même site géographique, pour poursuite du même projet thérapeutique, ne sera plus observée.
- **Nouvelle variable : « Confirmation du codage de la SSRHS »**
L'augmentation de la durée des « permissions de sortie » en SSR conduit à considérer deux séjours d'hospitalisation complète, au sein du même établissement géographique, espacés de la durée maximale de permissions (avec mode de sortie et mode d'entrée 'domicile') comme relevant d'un même séjour.
Dans les cas (peu fréquents) où le 2^{ème} séjour d'hospitalisation complète est déclaré par l'établissement géographique comme relevant d'un séjour différent du précédent (projet thérapeutique différent), il convient de confirmer la réalité de la situation en renseignant la variable « confirmation du codage de la SSRHS ».
- **Nouvelle variable « Type d'autorisation de lit identifié (dédié) »**
Cette variable ne concerne à compter de 2017 que les soins palliatifs. Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement de santé qui possède une reconnaissance contractuelle d'activité de soins palliatifs développe celle-ci, non pas au sein d'une unité médicale entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une ou plusieurs unités médicales SSR exerçant par ailleurs une autre activité de SSR.

- **Nouvelle variable : « NIR individu »**

La nouvelle variable « NIR individu » doit être renseignée à compter de 2017 dans les fichiers de facturation (RSF, VIDHOSP et RSF-ACE). Cf. annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ».

Enfin, l'ATIH ayant engagé des travaux significatifs visant à faire évoluer les modalités de calcul du score de rééducation-réadaptation (RR), le recueil PMSI SSR des variables associées aux codes des actes **CSARR** – dans les circonstances précisées par le *Guide de lecture et de codage* du CSARR – est attendu. Il s'agit des variables suivantes :

- **Etapes de réalisation de l'appareillage** (codes A, B, C) pour les actes d'appareillage réalisés par les professionnels de l'établissement,
- **Nombre de patients pris en charge** pour les actes collectifs ou les actes réalisés de manière « individuelle non dédiée »,
- les éventuels **modulateurs**,
- **Catégorie d'intervenant**,
- **Nombre d'intervenants** pour les actes pluriprofessionnels,
- **Extension documentaire** (cf. annexe 3 du CSARR),
- **Nombre de réalisations de l'acte** pendant la semaine.

L'enregistrement de la **date de réalisation** de l'acte reste souhaité mais n'est pas obligatoire.

III – Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2017

La version 2017 du CSARR (BO n°2017/3bis) comporte 2 parties : le Guide de lecture et de codage, et la partie analytique.

Les principales modifications du guide de lecture sont les suivantes :

- réorganisation du guide en trois parties au lieu de deux ;
- création de subdivisions relatives au sens de *Évaluation* et *Séance* ;
- la partie relative aux Principes d'utilisation du CSARR et règles de codage, a été totalement revue ;
- les informations relatives aux *notes de contenu* sont supprimées du guide et reportées dans le *Fichier complémentaire*.

Les principales modifications de la liste analytique sont les suivantes :

- les *notes de contenu* sont retirées de la liste analytique, mais sont conservées dans le *Fichier complémentaire* ;
- redescription des actes d'orthèse de compression des sous paragraphes 09.02.02.08 et 09.02.02.09 et description de 3 gestes complémentaires d'adjonction à la compression ;
- redescription partielle des actes du sous-chapitre 08.02 de posture et d'étirement cutané ;
- suppression de la mention *Codage* : cet acte ne peut-être codé qu'une seule fois pendant le séjour ;
- les actes commençant par le mot *Apprentissage* sont désormais : tous décrits en séance ;
- des modifications de rédaction de libellés de notes et d'affectation de modulateur.

La version actualisée du CSARR 2017 et les documents d'accompagnement seront publiés en décembre 2016.

IV – Classification en GME

La version de la classification en GME qui sera utilisée à compter du 1^{er} mars 2017 est la version « 2017 ». Cette version sera détaillée dans le *Manuel des GME* qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2017-1bis et sur le site de l'ATIH.

Les changements majeurs de cette version sont énoncés ci-dessous.

➤ Evolutions de la CM 08

L'ATIH a engagé des travaux de révision de la CM 08 *Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire*. Faisant suite à ces travaux, les modifications apportées sont de trois ordres :

- Évolutions de l'algorithme de groupage pour deux groupes nosologiques (GN) :
 - Le GN 0803 *Amputations*, pour lequel certains actes CSARR « d'appareillage de prothèse

externe de membre » interviennent dans la subdivision en racines de ce groupe. Les listes d'entrée A-0801 et A-0802, ainsi que les conditions d'entrée dans chacune de ces trois racines sont détaillées dans le *Manuel des GME* ;

- Le GN 0824 *Fractures multiples et traumatismes associés*, pour lequel les nouvelles conditions d'entrée dans le groupe s'appuient sur l'association d'un code de fracture renseigné en morbidité principale (liste D-0896) et d'un code de fracture de localisation distincte renseigné en position de diagnostic associé (liste D-0897).

- Evolutions des groupes nosologiques :

Après révision des diagnostics d'entrée dans les groupes, résultant d'analyses médicales et statistiques sur la base des durées des séjours, la CM 08 passe de 21 à 23 groupes nosologiques avec :

- création de quatre groupes :
 - GN 0870 *Fractures compliquées* ;
 - GN 0873 *Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale* ;
 - GN 0876 *Scolioses, hernies discales et autres dorsalgies* ;
 - GN 0878 *Ostéopathies* ;
- fusion des GN 0830 et GN 0832 pour constituer le GN 0872 *Fractures de l'extrémité supérieure du col du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)* ;
- suppression du GN 0865 *Malformations et déformations du système ostéoarticulaire* ;
- remaniements des listes d'entrée des autres groupes nosologiques (résultant de ces créations–suppressions ou des travaux de révision de la CM 08) :
 - lorsque des ajustements à la marge ont été réalisés, la numérotation et le libellé des groupes nosologiques ont été conservés ;
 - en cas de remaniements plus importants de leur(s) liste(s) d'entrée, la numérotation et le libellé des groupes ont été modifiés (cf. tableau ci-dessous).

GN « V2017 » (numérotation et libellé inchangés)	GN « V2017 » (numérotation et libellé modifiés)
0803 Amputations	0870 Fractures compliquées
0818 Infections ostéoarticulaires	0871 Fractures multiples
0821 Tumeurs malignes des os et des tissus mous	0872 Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)
0827 Complications mécaniques d'implants ostéoarticulaires	0873 Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale
0831 Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	0874 Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale)
0833 Fractures du membre inférieur	0875 Affections du rachis (à l'exclusion des scolioses et hernies discales)
0836 Fractures du membre supérieur	0876 Scolioses, hernies discales et autres dorsopathies
0837 Autres lésions traumatiques ostéoarticulaires	0877 Arthropathies
0838 Lésions articulaires & ligamentaires de l'épaule	0878 Ostéopathies
0839 Lésions articulaires & ligamentaires du genou	
0840 Arthroses de hanche avec implant articulaire	
0841 Arthroses du genou avec implant articulaire	
0843 Arthroses de l'épaule avec implant articulaire	
0869 Autres affections du système ostéoarticulaire	

- Révision des racines

Pour faire suite à cette révision des groupes nosologiques, l'ATIH a procédé à une révision des racines de GME (R-GME) de la CM08.

➤ **Autres évolutions**

Pour améliorer la description médicale, une plus grande précision de codage est demandée pour certains codes en Z renseignés en position de « manifestation morbide principale » :

- Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* ;
- Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* ;
- Z98.1 *Arthrodèse, sans affection étiologique codée*.

Sans affection étiologique renseignée, ces séjours seront orientés en CM 90 *Erreurs et séjours inclassables*.

- **Manuel de groupage en GME**

Les tables du manuel de groupage GME V2017 sont modifiées afin de prendre en compte :

- la révision des GN, R-GME et GME de la CM08 (cf. *supra*),
- les nouveautés CIM-10 2017 (créations, extensions et suppressions décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ») ;
- les évolutions de la liste des actes CSARR entrant dans le score de rééducation-réadaptation.

Les éléments précisant les modalités de groupage des séjours sont précisés dans le manuel de groupage GME V2017.

V – Nouveautés concernant le format des fichiers

- **RHS**

- Création des variables :

- « Confirmation du codage » de la SSRHS,
- « Lit identifié soins palliatifs (LISP) » ;

- Suppression de la variable « Poursuite du même projet thérapeutique ».

- **FICHCOMP « médicaments », FICUM**

Pas de changement en 2017.

- **VID-HOSP, RSF et RSF-ACE**

Les principales évolutions 2017 sont décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ». Il s'agit en particulier :

- du recueil du « NIR individu » : **RSF, VIDHOSP, RSF-ACE** ;
- du recueil du « Numéro FINESS d'inscription e-PMSI, de la « Date d'entrée de séjour », de la « Date de sortie de séjour » : **VIDHOSP** ;
- du recueil du « Numéro FINESS géographique » : **RSF-ACE**.

Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté PMSI psychiatrie modifié, en date du 29 juin 2006, est abrogé. Il est remplacé par la publication exhaustive d'un nouvel arrêté. Les modifications sont toutefois mineures, et concernent essentiellement l'évolution de ses annexes I, Guide méthodologique de production du RIM-P, et II, 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) dite à usage PMSI.

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

Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2017.

II – Modifications apportées au Guide méthodologique en Psychiatrie

La principale modification apportée au guide méthodologique en psychiatrie concerne la description des actes médicotechniques réalisés par les médecins avec les codes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Ainsi, les actes médicotechniques réalisés dans le cadre de l'hospitalisation, quel que soit le médecin qui les réalise, doivent être enregistrés dans le résumé par séquence (RPS).

La référence relative au codage des actes est la CCAM descriptive, dite à usage PMSI, publiée au Bulletin officiel ; ses règles d'utilisation sont indiquées dans un [Guide de lecture et de codage](#) consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Un [« Kit nomenclature CCAM »](#) est mis à disposition sur le site de l'ATIH.

Exemple : réalisation d'un acte de sismothérapie sous anesthésie générale :

AZRP001 Séance d'électroconvulsivothérapie [sismothérapie]

III – Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2017 comprennent des modifications apportées par l'OMS et par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe n°5 : Nouveautés PMSI « interchamps »

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

- **RPS** : Le codage d'un acte avec la CCAM descriptive associe les informations suivantes :
 - o le « code CCAM » principal est sur 7 caractères (4 lettres, 3 chiffres) et est distinct de « l'extension PMSI » ;
 - o l'« extension PMSI » est une variable indépendante, composée de trois caractères (un tiret et deux chiffres) pour les codes CCAM subdivisés ou créés ; lorsque « l'extension PMSI » existe (-01, -02, ...), son enregistrement est recommandé ;
 - o la date de réalisation de l'acte ;
 - o le nombre de réalisations de l'acte : cette variable est égale à « 1 » à l'exception des cas où le même acte est réalisé plus d'une fois le même jour.

Il est aussi possible de compléter le code CCAM principal d'un code « phase », d'un code « activité » ou d'un code « extension documentaire ».

- **RAA** :
 - o 99 DA : Le nombre de Diagnostics et facteurs associés (DA) qu'il est possible de coder dans les résumés d'activités Ambulatoires (RAA) est désormais égal à 99.

- **VID-HOSP, RSF :**

Les principales évolutions 2017 sont décrites dans l'annexe 5 : Nouveautés PMSI « interchamps ». Il s'agit en particulier :

- du recueil du « NIR individu » : **RSF, VIDHOSP** ;
- du recueil du « Numéro FINESS d'inscription e-PMSI, de la « Date d'entrée de séjour », de la « Date de sortie de séjour » : **VIDHOSP**.

Annexe 5

Nouveautés PMSI « interchamps »

I – Nouveautés 2017 relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2017 relatives aux nomenclatures applicables à l'ensemble des champs concernent la CCAM et la CIM-10.

I.1. Nouveautés de la CCAM descriptive pour usage PMSI

Dans la publication 2017 de la CCAM descriptive pour usage PMSI, 165 codes et libellés sont introduits
Deux codes redécrivent l'acte

FERP001 Photochimiothérapie extracorporelle des cellules sanguines mononucléées,
pour suivre l'évolution des technologies mentionnée dans l'avis de la Haute Autorité de Santé du 17 mars 2010.

Dix codes redécrivent les actes

JGNE171 Destruction d'une hypertrophie de la prostate par laser [photovaporisation], par urétrocystoscopie,

JGFE023 Résection d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrocystoscopie, et

JGFE365 Résection d'une hypertrophie de la prostate avec laser, par urétrocystoscopie,

selon le type de laser ou de bistouri électrique utilisé.

Les autres redescriptions concernent les actes de *pose, changement, ablation de prothèse articulaire des membres* qui sont chacune déclinées selon la topographie droite ou gauche.

En 2017, l'utilisation de cette extension pour les codes subdivisés ou créés sera obligatoire avec groupage en erreur si l'information est manquante.

I.2. Nouveautés de la CIM-10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2017 comprennent les modifications apportées par l'OMS pour 2016 et pour 2017, ainsi que les évolutions proposées par l'ATIH.

➤ Modifications apportées par l'OMS

Ces évolutions concernent :

- la création de treize catégories et souscatégories,
- la suppression de quatre catégories et souscatégories
- la modification de deux *dague/astérisque*
- la modification de dix-huit libellés de catégories et souscatégories
- l'introduction, modification, suppression d'une centaine de notes

Parmi les modifications, les plus importantes apportées par l'OMS, portent sur:

- la subdivision de la catégorie A97 Dengue, en 4 souscatégories :
 - A97.0 Dengue sans signe d'alerte
 - A97.1 Dengue avec signes d'alerte
 - A97.2 Dengue sévère
 - A97.9 Dengue, sans précisionen conséquence, les codes A90 *Dengue [dengue classique]* et A91 *Fièvre hémorragique due au virus de la dengue* sont supprimés ;
- la création de la catégorie G83.5 Syndrome de déefférentation motrice [*Locked-in syndrom*]
en conséquence les extensions ATIH G83.8+0 Syndrome de verrouillage et G83.8+8 Autres syndromes paralytiques précisés non classés ailleurs sont supprimées ;
- la création de trois souscatégories sur le code W26 *Contact avec d'autres objets tranchants*,

W26.0	Contact avec un couteau, une épée ou un poignard
W26.8	Contact avec d'autres objets tranchants, non classé ailleurs
W26.9	Contact avec un objet tranchant, sans précision

en raison de la création de ces souscatégories et de l'existence de code de lieu (10 valeurs possibles) et de code d'activité (7 valeurs possibles) qui complètent le code de la souscatégorie, ces créations conduisent à :

- la suppression de 56 codes ;
- la création de 240 codes ;
- la modification de 49 libellés de code.

Toutes ces modifications portent exclusivement sur la catégorie W26.

Remarque : pour le code X34 pour lequel des codes ont été créés en 2016 pour des raisons similaires, un correctif a été apporté, conduisant en 2017, à l'ajout de 28 déclinaisons supplémentaires.

- Parmi les modifications de note, les plus importantes concernent :

le déplacement de la note *Diarrhée du nouveau-né SAI* de P78.3 Diarrhée non infectieuse du nouveau-né vers A09.9 Gastroentérite et colite d'origine non précisée,

la modification des notes de l'hépatite aigüe B (B16.9) et de l'hépatite virale chronique B (B 18.1)

la modification de la note n°6 du groupe C00-D48 relative au codage des tumeurs malignes de tissu ectopique,

l'introduction de notes de définition et d'exclusion pour les codes O96 Mort d'origine obstétricale, survenant plus de 42 jours mais moins d'un an après l'accouchement et O97 Mort de séquelles relevant d'une cause obstétricale

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

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

L'ATIH a revu la description des extensions ATIH créées sur les souscatégories du code E66 Obésité dont le libellé est modifié en Obésité et surpoids.

Les subdivisions :

IMC ≥ 30 kg/m² et < 40 kg/m² - adulte

IMC ≥ 40 kg/m² et < 50 kg/m² - adulte

IMC ≥ 50 kg/m² - adulte

sont remplacées par

IMC ≥ 30 kg/m² et < 35 kg/m² - adulte

IMC ≥ 35 kg/m² et < 40 kg/m² - adulte

IMC ≥ 40 kg/m² et < 50 kg/m² - adulte

IMC ≥ 50 kg/m² - adulte

I.3. Publications

L'ATIH publie en décembre 2016 une version complète actualisée du volume I de la CIM-10, comprenant les extensions françaises pour le PMSI (CIM-10 FR 2017).

La version actualisée de la CCAM descriptive à usage PMSI est également publiée en décembre 2016.

I.4 Calendrier

La date d'applicabilité des nomenclatures CIM-10, CCAM descriptive à usage PMSI et CSARR est le 1^{er} mars 2017.

La publication de ces outils sera effective au 1^{er} janvier 2017, afin que les établissements puissent prendre connaissance de leurs évolutions.

Toutefois, pour les champs d'activité MCO, HAD et SSR, l'utilisation des codes 2017 pour des séjours clos

au cours des mois de janvier et février conduira à une erreur de groupage (de même qu'inversement, après la date d'applicabilité de ces nomenclatures, l'utilisation de codes des versions 2016 conduira également à une erreur de groupage).

Pour le champ de la psychiatrie, une tolérance à l'utilisation des codes 2017 dès le 1^{er} janvier sera portée par PIVOINE.

II – Évolutions des fichiers PMSI

II.1. VIDHOSP

Les variables suivantes sont ajoutées en 2017 :

- « N° FINESS d'inscription e-PMSI »
- « N° immatriculation individuel »
- « Clé du N° immatriculation individuel »
- « Nature de la pièce justificative des droits »
- « Prise en charge établie le »
- « Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du »
- « Délivrée par »
- « Régime de prestation de l'assuré »
- « Top éclatement des flux par l'établissement »
- « Date d'entrée »
- « Date de sortie »

L'ajout de la variable « N° FINESS d'inscription e-PMSI » résulte de la volonté de l'ATIH de rendre homogène le fichier VIDHOSP par rapport aux autres fichiers utilisés par les logiciels d'anonymisation. C'est, en effet, le seul fichier à ne pas comporter cette information.

Les variables « N° immatriculation individuel » (ou « NIR individu »), « Clé du N° immatriculation individuel », « Date d'entrée » et « Date de sortie » résultent de demandes d'évolutions de la CNAMTS.

Les autres variables font déjà partie des informations du format de VIDHOSP produit par les établissements sous FIDES. Leur ajout permet de minimiser les modifications de format pour ces derniers.

II.2. RSF-ACE et RSF

En dehors des variables « N° immatriculation individuel » (ou « NIR individu ») et « Clé du N° immatriculation individuel » qui sont la déclinaison dans les RSF-ACE et RSF des évolutions demandées par la CNAMTS, les autres modifications résultent d'une homogénéisation des formats souhaitée par les éditeurs informatiques¹.

¹ Il s'agit du fruit d'une concertation entre les éditeurs et l'ATIH. En effet, la demande a été formulée lors la « réunion éditeurs » de 2015 et s'est traduite par un vote au cours duquel une majorité des voix s'est prononcée pour une mise en œuvre dans le cadre de la campagne 2017 (plutôt que 2016).

