



Nos données
au service
de la Santé

NOUVEAUTÉS PMSI 2027

Webinaire DIM – Champs HAD et MCO

24 septembre 2026



Pour communiquer avec nous :

- Le webinaire n'a pas commencé il n'y a pas de son
- **VERIFIER VOS PARAMETRES AUDIO : casque , enceinte..**
 - CHANGER DE NAVIGATEUR SI NECESSAIRE
 - UTILISER WEBEX SI POSSIBLE
- **Pour le confort de tous (bande passante et gestion de la parole) : les micros sont coupés**
- **Traitement des questions**
 - Utiliser le chat, fenêtre à droite de votre écran
 - Soyez concis et précisez au mieux vos questions pour éviter les quiproquos
 - Des temps de questions/réponses sont prévus au cours du webinaire

Tester le son sur Webex

- ❑ Essayez de chatter avec les autres participants et voyez si d'autres personnes ne peuvent pas entendre l'audio. Si vous utilisez la voix sur IP ou l'audio de l'ordinateur, assurez-vous que vos haut-parleurs ou votre casque sont correctement branchés, essayez de : redémarrer le service audio de Windows.
- ❑ Pour un webinaire, cliquez sur Afficher la barre de menu > Webinaire > Paramètres du webinaire.
- ❑ Pour les paramètres audio, cliquez sur Audio, puis cochez la case située en regard du paramètre souhaité.
 - Haut-parleur—Vous pouvez sélectionner l'option de votre haut-parleur dans le menu déroulant, puis tester votre haut-parleur.
 - Réglage automatique du volume—Si cette option est sélectionnée, elle augmente ou diminue automatiquement le volume du haut-parleur et du micro.
 - Synchroniser le statut du bouton de coupure du son sur le micro—Si vous coupez votre propre son sur un autre périphérique, il est reflété dans la réunion.
- ❑ Options audio intelligentes Webex :
 - Suppression du bruit : supprime tous les bruits de fond.
 - Optimiser pour ma voix : supprime tous les bruits de fond et paroles de fond.
 - Optimiser toutes les voix – Supprime tous les bruits de fond et améliore toutes les voix à proximité.

INTRODUCTION

ORDRE DU JOUR

TOUS CHAMPS

- Site internet
- e-PMSI
- DRUIDES
- Nouveautés CIM-10 FR PMSI
- Expérimentation codage CIM-11

HAD :

- MP 04
- Nouveau MP 30
- FICHSUP évaluations anticipées
- Article 50 : rappels

MCO :

- Fonction Groupage : dates actes CCAM
- CMD 06
- RIHN et FICHCOMP NABM
- Beyfortus et Enflosia
- Handibloc
- Réformes dialyse et radiothérapie

SITE INTERNET



Le site internet de l'ATIH fait peau neuve !

- **Ce qui change**
 - Une nouvelle identité visuelle, une navigation repensée pour offrir davantage de clarté et faciliter l'accès aux contenus
 - Un nouveau moteur de recherche, pour permettre de retrouver plus facilement les informations
 - La visibilité des contenus clés, notamment les recueils, les actualités et les ressources.
 - L'accessibilité au cœur du nouveau site
- **À noter** : tous les liens actuels restent fonctionnels, sans impact pour les utilisateurs.

The screenshot displays the ATIH website interface. At the top, the ATIH logo is on the left, followed by the tagline 'Nos données au service de la Santé'. Navigation tabs include 'RECUEILLIR LES DONNÉES', 'RESTITUER ET ANALYSER', and 'CONTRIBUER AU FINANCEMENT'. A search bar on the right contains the text 'Je recherche...' and a magnifying glass icon. Below this, a section titled 'À la Une' features a 'Filtrer :' dropdown set to 'Toutes catégories', with buttons for 'Dernières mises en ligne', 'Mises à jour techniques', 'Actualités', and 'Agenda'. The main content area is a grid of four featured items, each with a date header, a title, and a link with a green arrow:

06/08/2026	25/03/2026	24/03/2026	23/03/2026
Recueil canicule 2026	Clôture des transmissions des...	Comités techniques Information médicale	Conseil scientifique
Actualités →	Agenda →	Dernières mises en ligne →	Mises à jour des outils techniques →

<https://www.atih.sante.fr>

e-PMSI

La plateforme e-PMSI

Impacts du désengagement SAS

Rappel du contexte

- COP 2023 2027 : projet prioritaire de changement de logiciel d'analyses statistiques et de traitement de données (désengagement de SAS)
- Evolution nécessaire qui permet à l'agence d'accéder à des technologies plus modernes sur les aspects de traitement de la donnée

Impacts du désengagement SAS sur e-PMSI

- SAS était un élément central de la chaîne de traitement de la donnée : intégration, calcul des indicateurs qualité, calcul de la valorisation (MCO, SMR, HAD / Ex-DGF) et restitution des indicateurs (Module Ovalide)



Décalage du calendrier e-PMSI au M1 2027



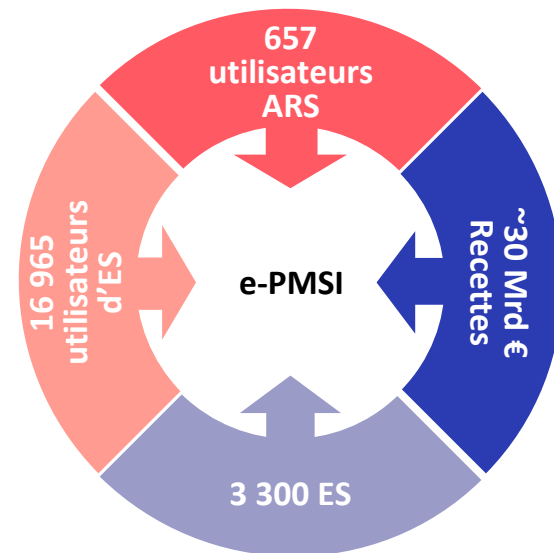
Sécurisation du financement des établissements et de la qualité des données PMSI 2026



Déploiement progressif des fonctionnalités courant 2027

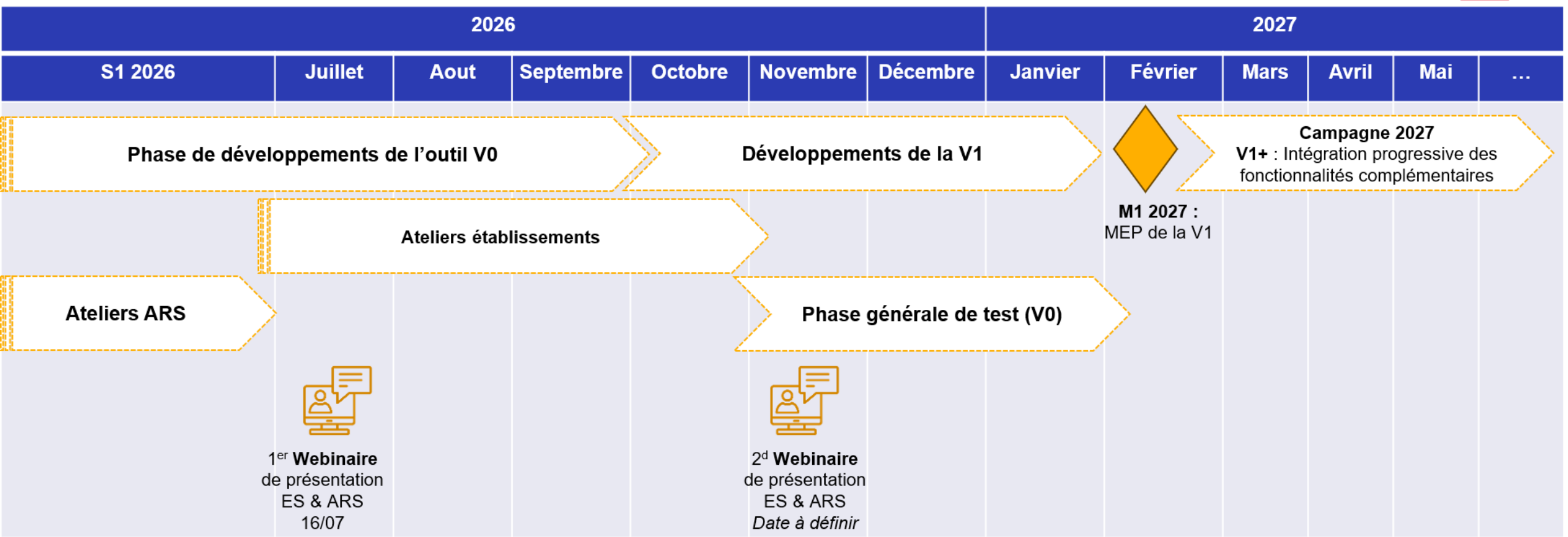


Nouvelles opportunités





Feuille de route 2026/2027





Opportunités : Amélioration des fonctionnalités

Evolution des pages de restitution

- Objectifs : offrir une meilleure expérience utilisateur côté ARS et ES via une navigation plus fluide et une meilleure ergonomie (pages HTML interactives, navigation fluide entre pages, filtres et tris, plier/déplier, accès à la documentation,...)

Evolution des indicateurs mis à disposition

- Données et exports enrichis
- Homogénéisation entre champs et secteurs
- Amélioration de la documentation

Documentation et prochaines étapes

Documentation

- Information sur l'évolution du projet
- Accès à la documentation (ex : priorisation de la traduction des indicateurs)

<https://atih.atlassian.net/wiki/spaces/ePMSI>

Planification en cours

- Webinaire
- Ouverture période de tests

DRUIDES



Evolution de la mise à jour des référentiels

Objectif

Mise à jour des référentiels (Médicaments, Finess, ...) sans nécessité de mise à jour de DRUIDES

Calendrier

- 2026 (M10) : Mise en place de la fonctionnalité

Pré-requis

Adresses à autoriser par le Pare-Feu établissement

Pour certains établissements, la politique de sécurité nécessite de configurer le Pare-Feu afin d'autoriser l'accès à certaines adresses (URL).

Druides utilise les adresses suivantes :

<https://epmsi.atih.sante.fr>

<https://atih.jfrog.io>

<https://connect-pasrel.atih.sante.fr>

N° port : 443

Description de l'évolution

- Vérification des référentiels :
 - À la demande (+ Mise à jour)

DRUIDES - Transmission des données - PMSI 2026 - Finess 000000001 - 2026.1.0.0 --- VERSION DE TEST ---

MCO SMR HAD PSY ☐ Période de test M0 tement : du 1er Janvier au 31 Mai (M5) 2026

Séjours FICHSUP ACE Lamda Séjours Lamda ACE MRC

Effacer toutes les zones

Séjours et unités médicales

RSS groupés P:\API\pole pmsi\DRUIDES\Tests\Tests GDSI\MCO\séjours\2026\Finess 000000001\80\RSS.txt ... X Gestion des UM

Autorisations des UM P:\API\pole pmsi\DRUIDES\Tests\Tests GDSI\MCO\séjours\2026\Finess 000000001\80\UM.txt ... X

Fichiers complémentaires

☒ Pas de déclaration de médicaments AP-AC ☐ LES et AP-AC dans le même fichier ☐ LES et AP-AC dans deux fichiers distincts

MED LES ... X

AP-AC ... X

DMI ... X

Prélèvements d'organes ... X

PIE ... X

Dialyses péritonéales ... X

Maisons de naissance ... X

Transports ... X

Fichier ANO-HOSP

ANO-HOSP P:\API\pole pmsi\DRUIDES\Tests\Tests ANO_HOSP_A16.5.12.txt ... X

☐ Utilisation du fichier HOSP-PMSI

HOSP-PMSI ... X

Fichiers FICHCOMP (.csv)

CarTCells Patient ... X

CarTCells Suivi ... X

Med Immunothérapie ... X

DM Intra GHS ... X

Test HRD ... X

HTNM ... X

Transmission

☒ Transmission autorisée

Etat e-PMSI

1 - Contrôler 2 - Editer comptes rendus 3 - Transmettre et commander trait. e-PMSI Autres commandes

Processus :

Résultats OVALIDE Valider / Dévalider Quitter

Mise à jour automatique des référentiels

Les référentiels sont à jour.

OK

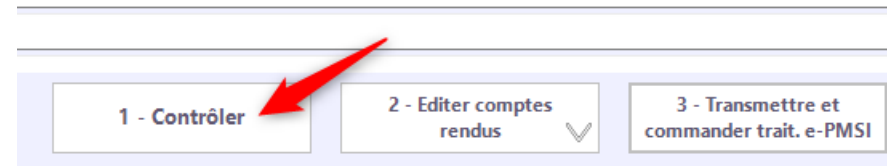
1

2



Description de l'évolution

- Vérification des référentiels :
 - À la demande (+ Mise à jour)
 - Lors du contrôle des données (+ Mise à jour)



Description de l'évolution

- Vérification des référentiels :
 - À la demande (+ Mise à jour)
 - Lors du contrôle des données (+ Mise à jour)
 - Au moment de la transmission

DRUIDES - Transmission des données - PMSI 2026 - Finess 000000001 - 2026.1.0.0 --- VERSION DE TEST ---

MCO SMR HAD PSY ☐ Période de test M0 Période de traitement : du 1er Janvier au 31 Mai (M5)

Séjours FICHSUP ACE Lamda Séjours Lamda ACE MRC

Séjours et unités médicales

RSS groupés P:\API\pole pmsi\DRUIDES\Tests\Tests GDSI\MCO\séjours\2026\Finess 000000001\80\RSS.txt

Autorisations des UM P:\API\pole pmsi\DRUIDES\Tests\Tests GDSI\MCO\séjours\2026\Finess 000000001\80\UM.txt

Fichiers complémentaires

☒ Pas de déclaration de médicaments AP-AC ☐ LES et AP-AC dans le même fichier ☐ LES et AP-AC dans deux fichiers distincts

MED LES

AP-AC

DMI

Prélèvements d'organes

PIE

Dialyses péritonéales

Maisons de naissance

Transports

Fichier ANO-HOSP

ANO-HOSP P:\API\p

☐ Utilisation du fichier HOSP-PMSI

HOSP-PMSI

Fichiers FICHCOMP (.csv)

CarTCells Patient

CarTCells Suivi

Med Immunothérapie

DM Intra GHS

Test HBB

Etat e-PMSI

1 - Contrôler 2 - Editer comptes rendus 3 - Transmettre et commander trait. e-PMSI

Processus :

Résultats OVALIDE Valider / Dévalider

Les référentiels ne sont pas à jour

Les référentiels ne sont pas à jour : la mise à jour des référentiels se fera lors de la prochaine phase de contrôles. Veuillez relancer les contrôles avant de (re)transmettre.

2 OK



Description de l'évolution

- Vérification des référentiels :
 - À la demande (+ Mise à jour)
 - Lors du contrôle des données (+ Mise à jour)
 - Au moment de la transmission
- La version des référentiels + leur intégrité est vérifiée
- Erreur en cas d'absence de connexion ou d'absence de droit en écriture sur le répertoire local (C:\Users\<user>\AppData\Roaming\Atih\DRUIDES\)



Sécurisation des accès aux outils de collecte PMSI

e-PMSI et DRUIDES



Mise en place dans les prochains mois de la double authentification (MFA)

- Authentification en deux étapes : identifiant + mot de passe Plage + validation complémentaire (code reçu par mail)
- Renforcement de la protection
- Une adresse e-mail valide et accessible est indispensable pour l'utilisation du dispositif

Rappel des règles de gestion des comptes

- ✓ Un compte est strictement associé à une seule personne
- ✓ Chaque compte doit être rattaché à une adresse e-mail professionnelle nominative et à jour
- ✗ Les comptes génériques, partagés ou mutualisés sont interdits
- ✗ Le partage d'identifiants entre utilisateurs n'est pas autorisé

Objectifs

Garantir la sécurité des accès et la protection des données

À venir

Communication diffusée largement

Consignes relatives à l'utilisation de Plage

Planning de déploiement précis

NOMENCLATURES



Nouveautés CIM-10-FR à usage PMSI

A partir du 1^{er} janvier 2027, la CIM-10-FR PMSI comptera de nouveaux codes marqueurs des prises en charge forfaitisées de la radiothérapie et de la dialyse (cf. réforme du financement).

Z51 Autres soins médicaux

Z51.0 Séance de radiothérapie

 Z51.00 Préparation à une radiothérapie

 Z51.01 Séance d'irradiation

Z51.02 Prise en charge forfaitisée de radiothérapie

À l'exclusion de : Z51.00 Préparation à une radiothérapie

Z51.01 Séance d'irradiation

Z49 Surveillance d'une dialyse

Z49.0 Soins préparatoires en vue d'une dialyse

Z49.1 Dialyse extra-corporelle

Dialyse (rénale) SAI

Z49.2 Autres dialyses

Dialyse péritonéale

 Z49.20 Séance de dialyse péritonéale automatisée [DPA]

 Séance de dialyse péritonéale continue cyclique [DPCC]

 Z49.21 Séance de dialyse péritonéale continue ambulatoire [DPCA]

Z49.3 Prise en charge forfaitisée de dialyse

Z49.4 Dialyse en situation de repli

Z49.5 Dialyse en situation de transition

Expérimentation CIM-11



- **12 établissements MCO participants : plus de 120 codeurs professionnels sur 1 an, clôture en juin**
- **Quantitatif :**
 - **Plus de 9000 séjours codés**
 - **Double codage CIM-10 / CIM-11 et données PMSI complètes** (dont ~1500 commentaires professionnels)
- **Outil de codage ad-hoc + deux éditeurs logiciel PMSI participants**
- **Qualitatif :**
 - **Visites sur sites et entretiens semi-structurés** : > 40h d'enregistrements
 - **Questionnaires** sur les problématiques rencontrées et la perception de la CIM-11
- Production d'un **rapport d'expérimentation** en cours de finalisation

finess	rs	n_rsa	n_rum
130786049	AP-HM	1120	1318
140000555	CLCC F BACLESSE	510	719
380780080	CHU GRENOBLE ALPES	1003	1225
590781902	CH DE TOURCOING	486	596
640017638	CH DE SAINT-PALAIS	687	830
660780180	CH PERPIGNAN	601	709
690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	999	1691
750712184	AP-HP	391	729
800000093	CH DE PERONNE	573	652
800002503	SA SAINTE ISABELLE	584	732
940110018	CHIC DE CRETEIL	1311	1605
970100178	CH DE LA BASSE TERRE	812	1095
Total	-	9077	11901



Temps de questions

HAD



Révision du MP04 Soins palliatifs

- Les travaux tripartite ATIH/DGOS/CNAM + fédérations HAD ont abouti à la **révision** du périmètre de prise en charge des *soins palliatifs* :
 - ✓ La définition et le contenu : intègrent désormais *des précisions sur le **projet thérapeutique en soins palliatifs et en fin de vie*** (cf. [Instruction DGOS 2023](#));
 - ✓ Les consignes de codage : intègrent l'usage des codes diagnostic de *sédation palliative* ou de *SPMJD* et ne limitent pas les actes CCAM codables pour l'analgésie ;
- Les màj sont applicables **en 2027** sur le guide méthodologique HAD.



Nouveau *MP30* Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale

- Les travaux tripartite ATIH/DGOS/CNAM + fédérations HAD ont abouti à la **création d'un nouveau mode de prise en charge (MP)** de patients hospitalo-requérants;
- Le nouveau MP intégrera désormais les séjours de **patients inclus par défaut dans le *MP08 Autres traitements***, ou **non hospitalisés** car critères HAD non réunis ;
- Les màj sont applicables **en 2027** sur le guide méthodologique HAD et sur les outils de groupage.

Nouveau *MP30* Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale

- Critères d'éligibilité et modalités de prise en charge du nouveau MP30 :

Rubrique	Points clés à retenir
Patients concernés	Fragilité clinique et/ou risque élevé de décompensation
Conditions HAD	1 intervention soignante quotidienne minimum + coordination 24h/7j
Surveillance	Surveillance médicale rapprochée des paramètres cliniques et/ou biologiques
Traitement	Mise en place ou adaptation du traitement avec suivi de son efficacité
Coordination	Collaboration avec les professionnels de ville et de l'hôpital
Objectif	Éviter, raccourcir ou remplacer une hospitalisation conventionnelle
Traçabilité	Justification et suivi documentés dans le dossier du patient
Critère IK	Aucun seuil bloquant ; IK > 50 à justifier
Associations MP interdites/ non attendues	03, 04, 05, 08, 13, 17, 19, 21
MP autorisés	Tous les autres MP

- Un lien vers les **éléments de protocolisation des PEC** médicales préconisés par les professionnels HAD sera mentionné dans le GM.

Valorisation du *MP30 Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale*

- Mise en œuvre des contraintes fixées à la création du nouveau MP :
 - ***Mêmes pondérations** que le *MP 08 Autres traitements*
 - ***Associations et contraintes** communes au **MP 08**
- Avec **moins d'associations** MPP/MPA autorisées et d'autres associations **non attendues** ;
- Génération de **116 nouveaux GHPC** avec tous les GHT connus.

MP 30 « Prise en charge de patient à risque de détérioration médicale »



MPP

MPA

		Non renseigné ou erroné	Pas de médecine prise en charge	Assistance respiratoire	Nutrition parentérale	Traitement intraveineux	Soins palliatifs	Chimiothérapie anticancéreuse	Nutrition entérale	Prise en charge de la douleur	Autres traitements	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Post traitement chirurgical	Rééducation orthopédique	Rééducation neurologique	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	Soins de nursing lourds	Education du patient et/ou de son entourage	Surveillance de radiothérapie	Transfusion sanguine	Surveillance de grossesse à risque	Postpartum pathologique	Prise en charge du nouveau-né à risque	Surveillance d'aplasie	Prise en charge psychologique ou sociale	Sortie précoce de chirurgie	Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale
	Vide**	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21	22	24	25	29	30	
Non renseigné ou erroné**	Vide**																										
Assistance respiratoire	01																										
Nutrition parentérale	02																										
Traitement intraveineux	03																										
Soins palliatifs	04																										
Chimiothérapie anticancéreuse	05																										
Nutrition entérale	06																										
Prise en charge de la douleur	07																										
Autres traitements	08																										
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09																										
Post traitement chirurgical	10																										
Rééducation orthopédique	11																										
Rééducation neurologique	12																										
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13																										
Soins de nursing lourds	14																										
Education du patient et/ou de son entourage	15																										
Surveillance de radiothérapie	17																										
Transfusion sanguine	18																										
Surveillance de grossesse à risque	19																										
Postpartum pathologique	21																										
Prise en charge du nouveau-né à risque	22																										
Surveillance d'aplasie	24																										
Prise en charge psychologique ou sociale	25																										
Sortie précoce de chirurgie	29																										
Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale	30																										

MP 30 « Prise en charge de patient à risque de détérioration médicale »

MPP

		MPA																											
		Non renseigné ou erroné**	Pas de médecine en charge		Assistance respiratoire	Nutrition parentérale	Traitement intraveineux	Soins palliatifs	Chimiothérapie anticancéreuse	Nutrition entérale	Prise en charge de la douleur	Autres traitements	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	Post traitement chirurgical	Rééducation orthopédique	Rééducation neurologique	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	Soins de nursing lourds	Education du patient et/ou de son entourage	Surveillance de radiothérapie	Transfusion sanguine	Surveillance de grossesse à risque	Postpartum pathologique	Prise en charge du nouveau-né à risque	Surveillance d'aplasie	Prise en charge psychologique ou sociale	Sortie précoce de chirurgie	Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale	
	Vide	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21	22	24	25	29	30			
Non renseigné ou erroné**	Vide																												
Assistance respiratoire	01		C	C													<=50				>=40	>=40			>=40				
Nutrition parentérale	02		C		C			>=40		>=40			>=40	>=40	>=40		<=50	>=40			>=40	>=50		>=40	>=40				
Traitement intraveineux	03		>=60						>=40		>=40	>=30	>=30	>=40	>=40	>=40	<=50	>=50	>=40		>=50	>=50		>=40	>=40				
Soins palliatifs	04																												
Chimiothérapie anticancéreuse	05		>=40		>=40												<=50												
Nutrition entérale	06		C			>=40			C								<=50												
Prise en charge de la douleur	07		>=40		>=40												<=50												
Autres traitements	08		>=40			>=40											<=50												
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09					>=30											<=50												
Post traitement chirurgical	10		>=50			>=30											<=50												
Rééducation orthopédique	11		C		>=40	>=40								C			<=50												
Rééducation neurologique	12		C		>=40	>=40								C	>=40		<=50	>=40	>=40		>=40	>=60		>=40	>=40				
Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	13		>=40		>=40	>=40								>=40		>=40	<=50	>=40	>=40						>=40				
Soins de nursing lourds	14		C, <=50	<=50	<=50	<=50		<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	C, <=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50	<=50		<=50	<=50				
Education du patient et/ou de son entourage	15		>=40		>=40	>=50								>=40	>=40	<=50			>=40		>=40	>=40		>=40	>=40				
Surveillance de radiothérapie	17		C			>=40								>=40	>=40	<=50	>=40	C						>=60	>=60				
Transfusion sanguine	18															<=50													
Surveillance de grossesse à risque	19		>=60	>=40	>=40	>=50								>=40		<=50	>=40								>=60				
Postpartum pathologique	21		>=60	>=40	>=50	>=50								>=60		<=50	>=40								>=60				
Prise en charge du nouveau-né à risque	22		100															100							100				
Surveillance d'aplasie	24		>=40		>=40	>=40								>=40		<=50	>=40	>=60							>=40				
Prise en charge psychologique ou sociale	25																												
Sortie précoce de chirurgie	29																												
Prise en charge de situations à risque de détérioration médicale	30		>=40														<=50												



Informations FICHSUP HAD

- Inscription d'une **nouvelle variable** du lieu de réalisation des "évaluations anticipées" dans le FICHSUP pour le **1^{er} janvier 2027**
- Les évaluations anticipées réalisées au "**domicile personnel**" du patient sont recueillies **provisoirement** dans la "variable ESMS" jusqu'à la fin de l'année en cours (cf. [Note DGOS du 05/06](#))

FICHSUP		Evaluations anticipées						
ex-DG/ex-OQN								
Nombre de caractères attendus pour un enregistrement =		47						
Libellé	Taille	Début	Fin	Type de données	Précision (type de données)	Caractère obligatoire	Cadrage/Remplissage	Modalités
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	A	Référentiel FINESS e-PMSI (Plage)	O	NA/NA	
Numéro FINESS géographique	9	10	18	A	Référentiel FINESS	O	NA/NA	
Type de fichier	3	19	21	A	Valeur fixe	O	NA/NA	G77
Année	4	22	25	Date	AAAA	O	NA/NA	
Période	2	26	27	Date	MM	O	NA/NA	
Nombre de patients en EHPAD	5	28	32	N	Entier	O	NA/NA	Un patient ne peut être compté qu'une seule fois quelque soit le nombre d'évaluations dont il a fait l'objet. Le compteur est remis à zéro en début d'année (transmission M1)
Nombre de patients dans les autres ESMS (hors EHPAD)	5	33	37	N	Entier	O	NA/NA	
Nombre de patients dans les établissements sociaux	5	38	42	N	Entier	O	NA/NA	
Nombre de patients dans le domicile personnel (hors EHPAD)	5	43	47	N	Entier	O	NA/NA	



Rattrapage des remontées Article 50 TMSC

- **Rattrapage des financements** liés à l'incomplétude des données M12 2025 du FICHCOMP Art50 TMSC prévu en C3 ;
- Disponibilité de l'**outil MATIS (V 26.0.0.0)** permettant l'envoi des fichiers de rattrapage depuis **début septembre**, sur la période M8 ;
- Un fichier M12 2025 complet peut **simplement être redéposé** via MATIS ;
- Extraction et traitement **en octobre** pour préparer les montants de C3 ;
- La DGOS diffuse **l'information complète aux ARS** sur les modalités d'envoi des rattrapages via l'outil ATIH.

Vigilance pour la transmission d'un M12 2026 complet et dans les délais, en accord avec l(es)établissements MCO partenaire(s)



Temps de questions

MCO

FONCTION DE GROUPAGE MCO



Fonction groupage – MCO

Date de réalisation des actes CCAM

Rendue obligatoire pour tous les actes dans la fonction groupage 2026.

- Mise en conformité de la fonction groupage avec le format du RSS (date de l'acte indiquée comme obligatoire) et le guide méthodologique.

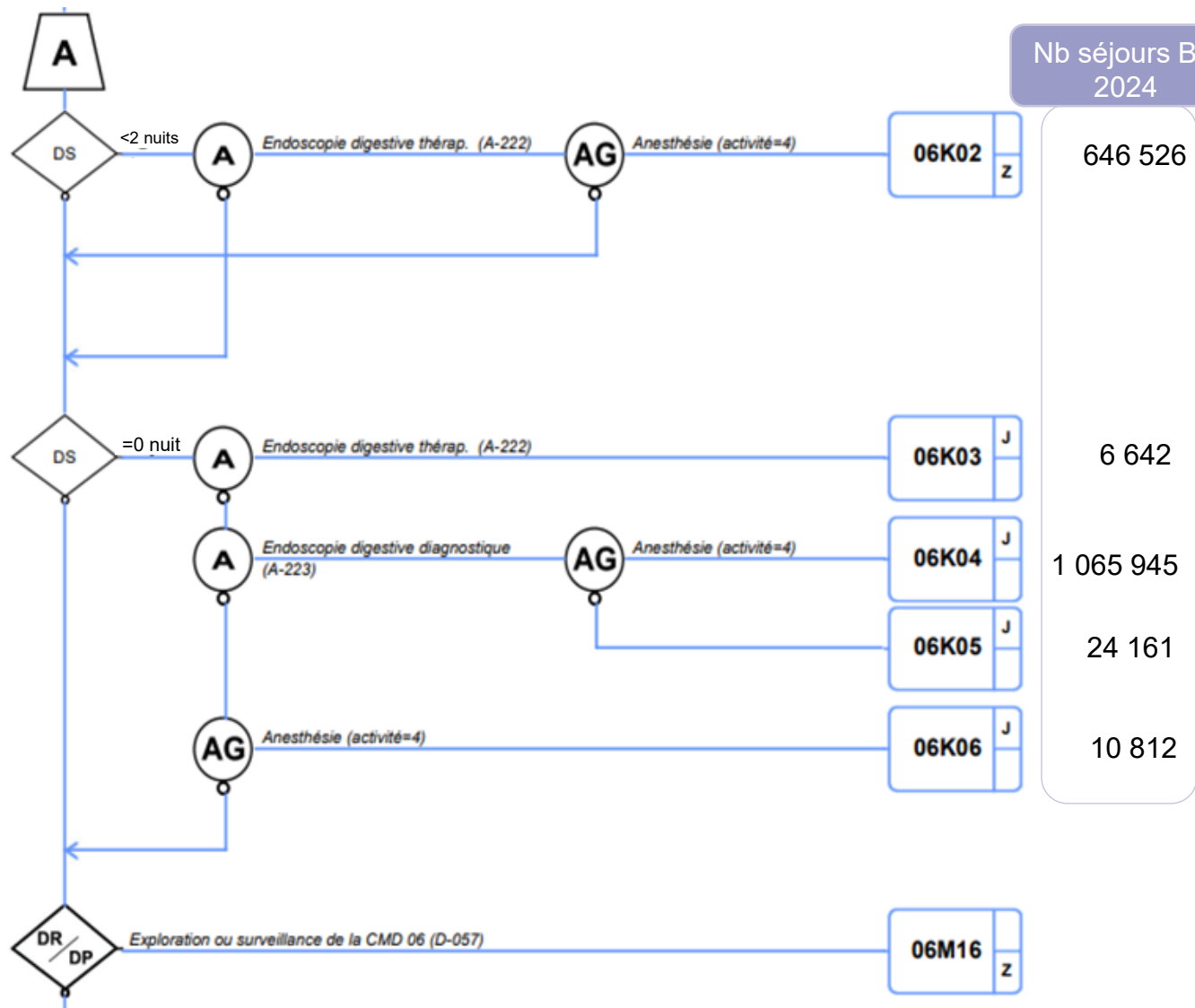
Une nouvelle erreur bloquante avait été introduite pour tous les actes CCAM, indiquant que la date de réalisation n'est pas renseignée.

Difficulté rencontrée pour le codage de certains actes (prélèvement d'organes, autopsie) après la date de fin du séjour.

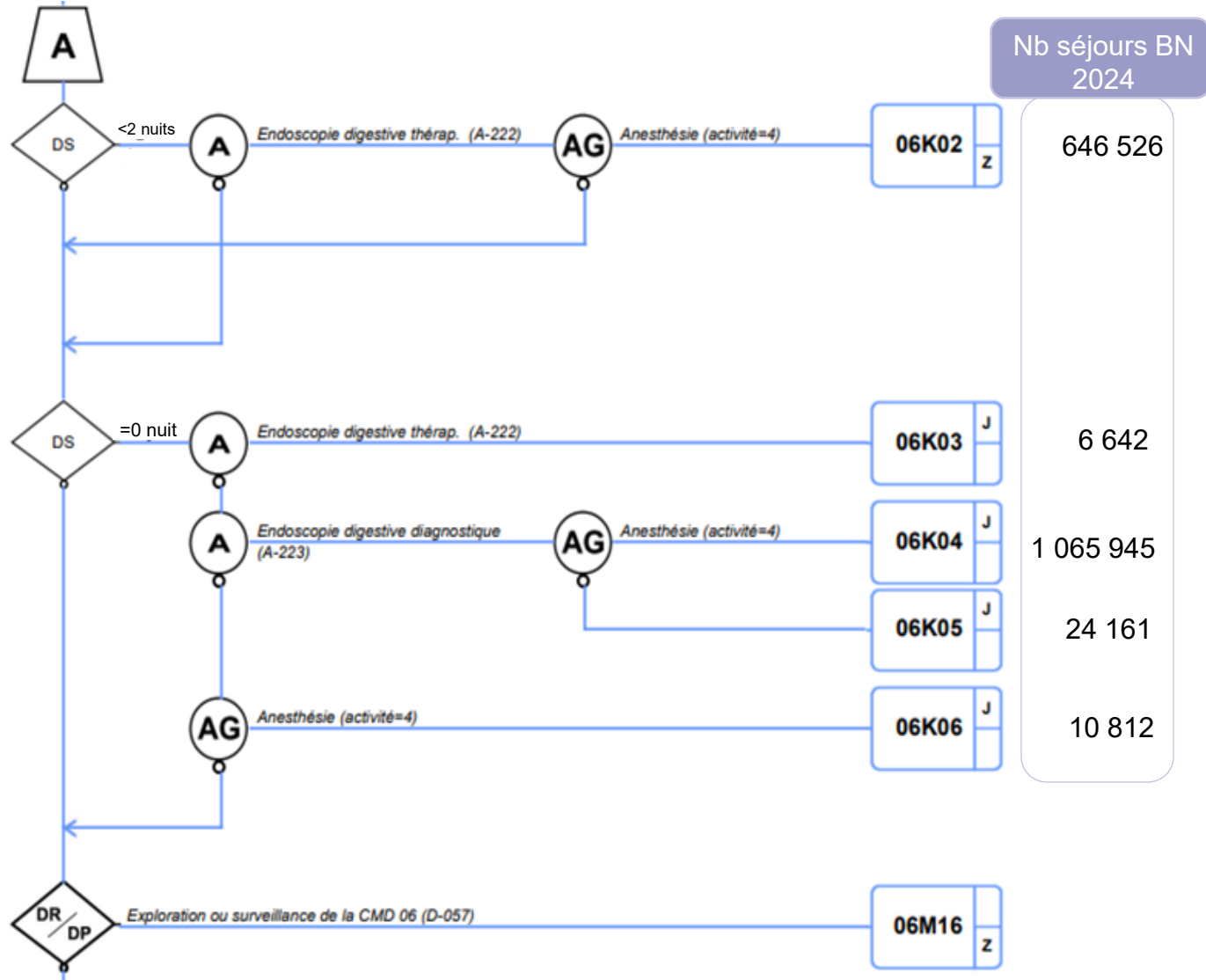
- Pour 2027, ajout d'une liste d'actes dans la fonction groupage dont la date de réalisation peut être après la date de fin du RUM.
- Ajustement du guide méthodologique

EVOLUTION DE LA CLASSIFICATION CMD06K

CMD 06K : Affections du tube digestif



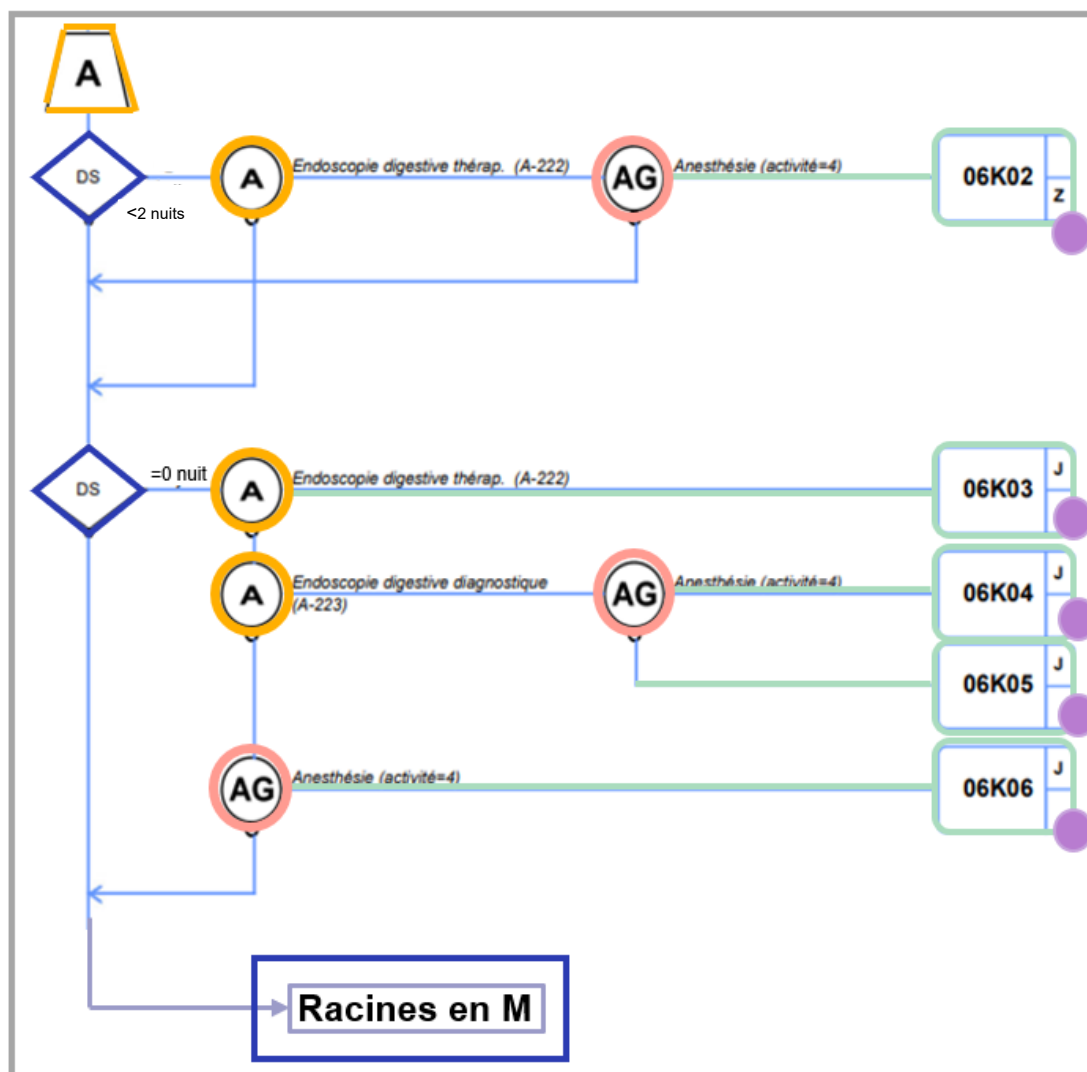
*sans PIE, toutes durées,
tous niveaux



Les limites

- Pas de description des actes vasculaires
- Pas de description d'actes voisins de la CMD07
- Pas de segmentation sur la multiplicité des actes
- Ni sur la localisation haute ou basse

Remodeler les racines en 06K



Améliorer la description médico-économique

Actes classants candidats

- Regroupement d'actes
- Reclasser des actes en K
- Effectifs NAT, ENC par durée

Arborescence et hiérarchie

- Respecter la hiérarchie de lourdeur et de coûts

Mettre à l'épreuve les tests

- Tests sur l'AG
- Jouer sur le mode d'entrée/sortie

Bornes de durée

- Lecture de rsa
- Impact sur les racines M

Performance

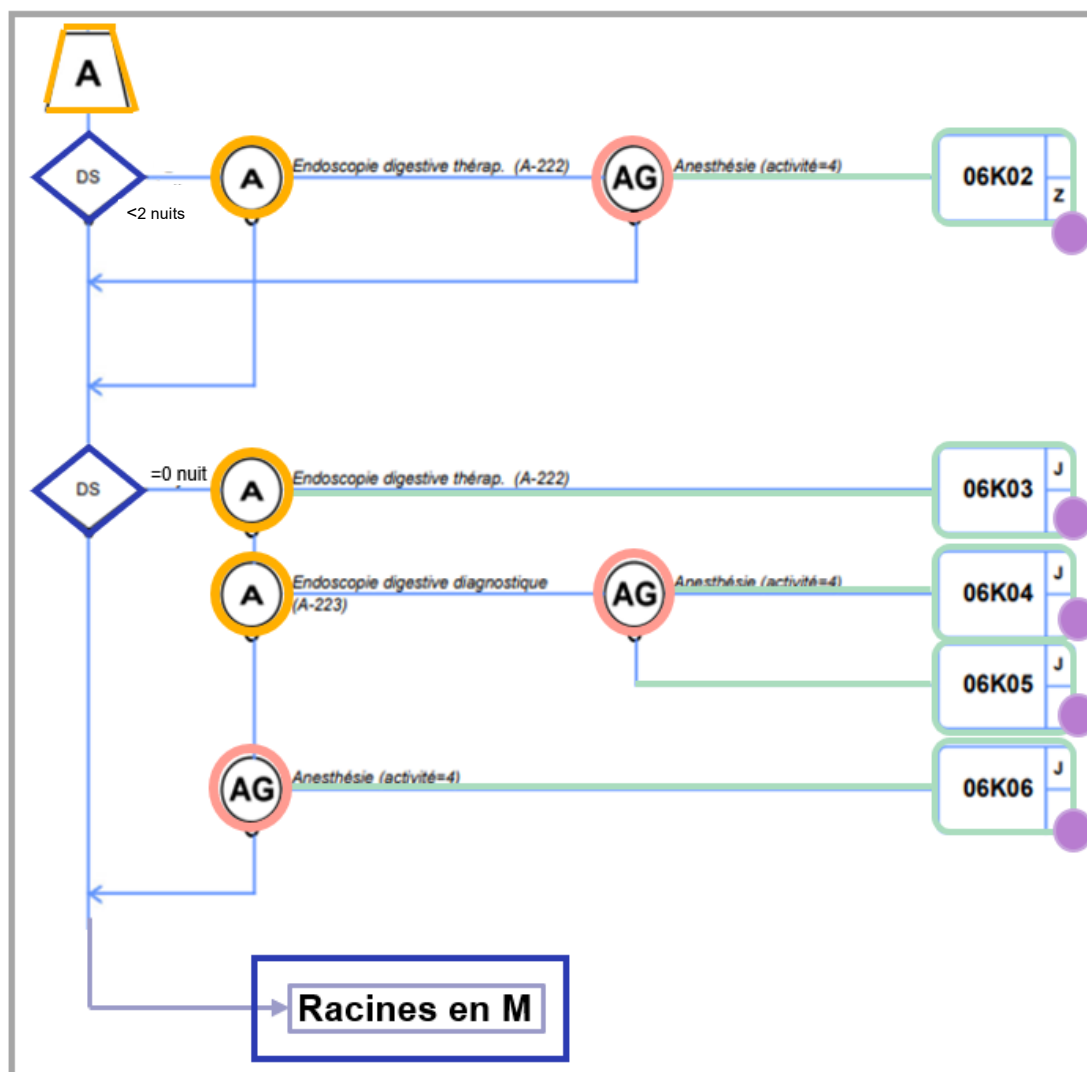
- PVE, PEE, durée/coûts, par type étab
- Effets d'âge

Part financement

- Fixer J, T, Z aux racines

v2027

Remodeler les racines en 06K



Améliorer la description médico-économique

Actes classants candidats

- Regroupement d'actes
- Reclasser des actes en K
- Effectifs NAT, ENC par durée

Arborescence et hiérarchie

- Respecter la hiérarchie de lourdeur et de coûts

Mettre à l'épreuve les tests

- Tests sur l'AG
- Jouer sur le mode d'entrée/sortie

Bornes de durée

- Lecture de rsa
- Impact sur les racines M

Performance

- PVE, PEE, durée/coûts, par type étab
- Effets d'âge

Part financement

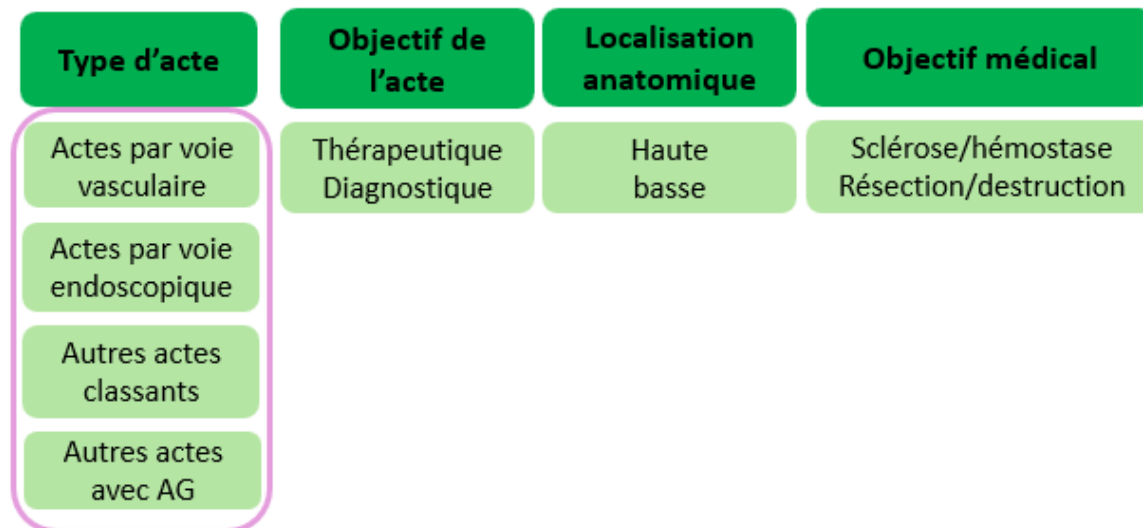
- Fixer J, T, Z aux racines

v2027

Groupes d'actes classants

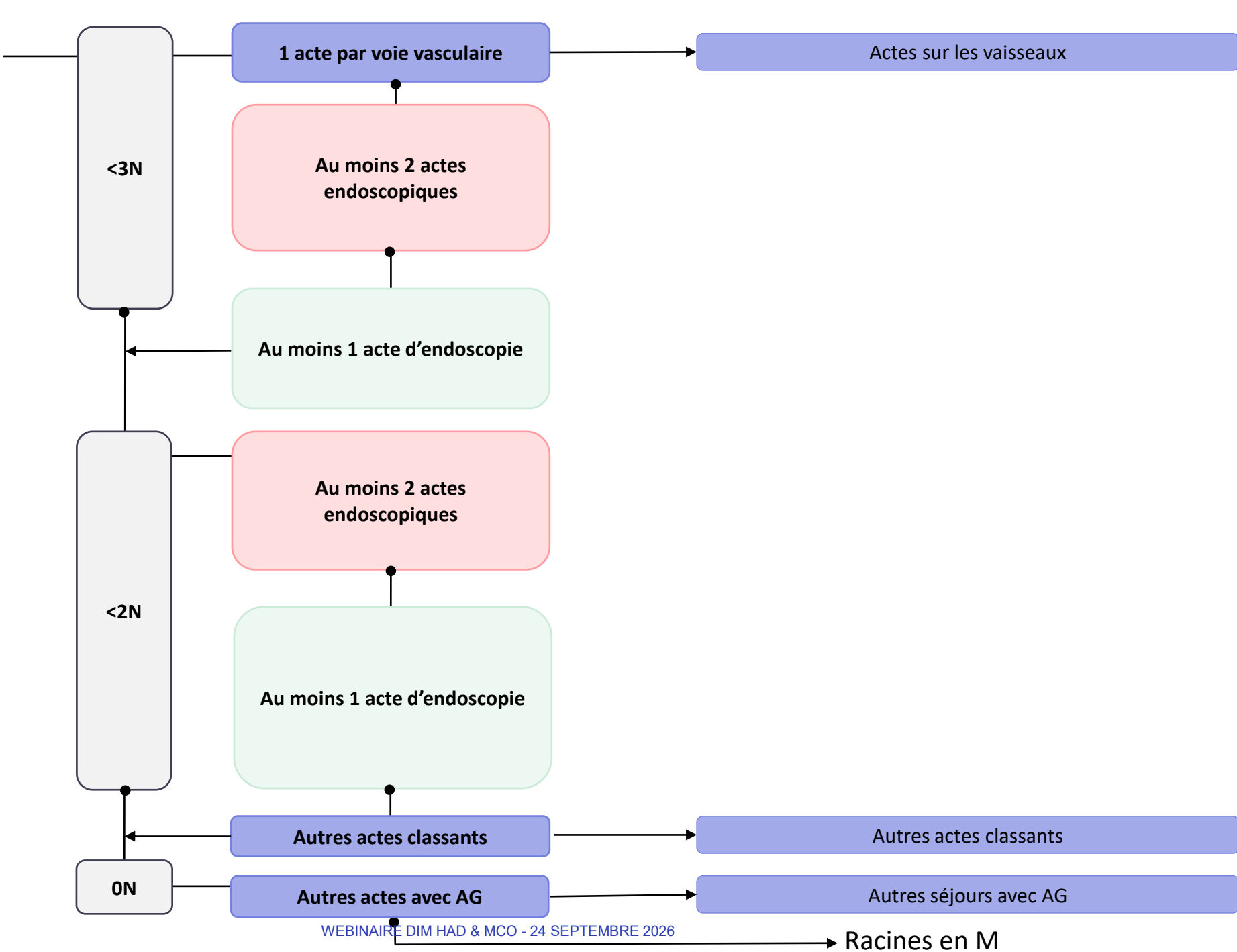
Type d'acte	Objectif de l'acte	Localisation anatomique	Objectif médical
Actes par voie vasculaire	Thérapeutique Diagnostic	Haute basse	Sclérose/hémostase Résection/destruction
Actes par voie endoscopique			
Autres actes classants			
Autres actes avec AG			

Groupes d'actes classants



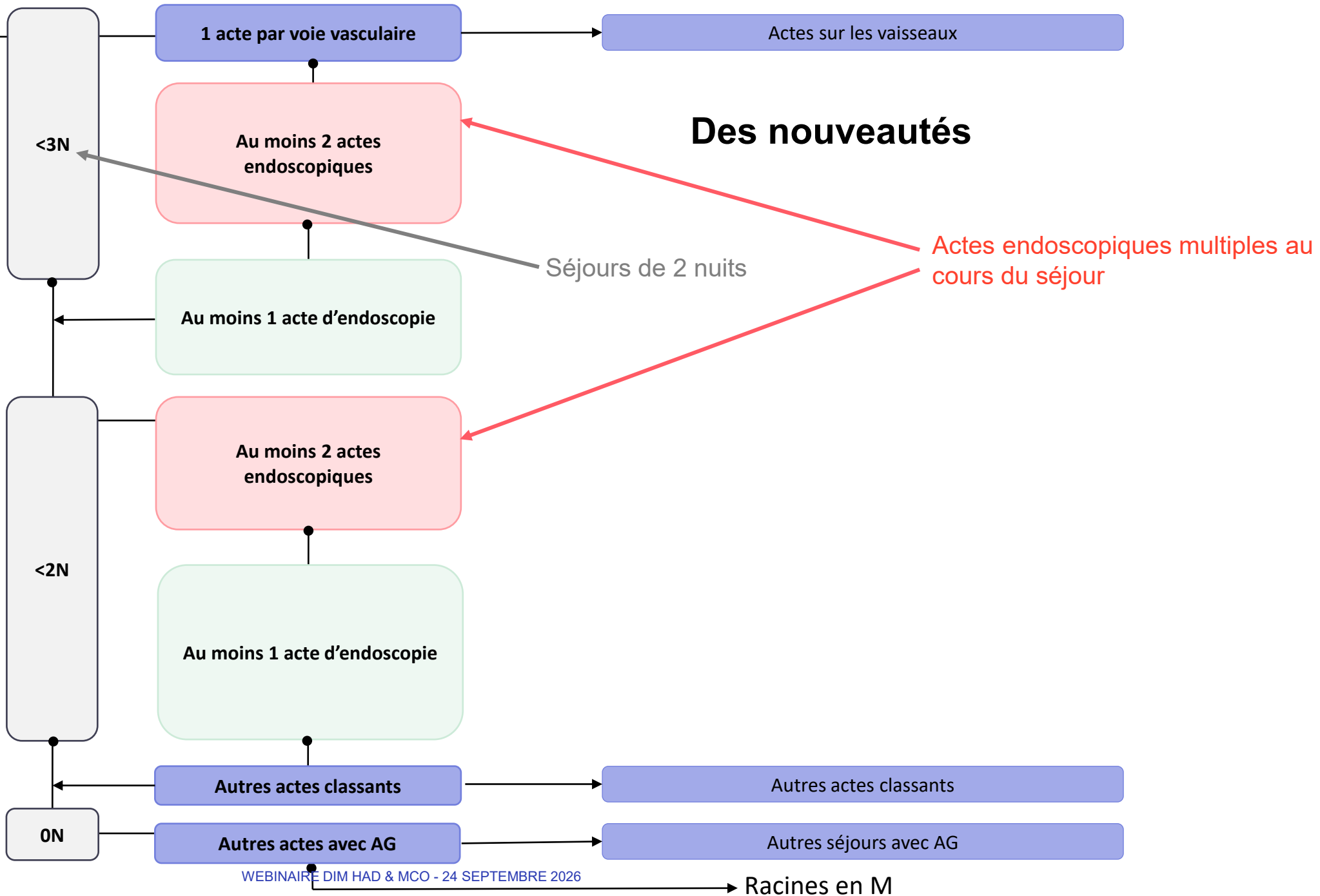
Exemples de regroupements

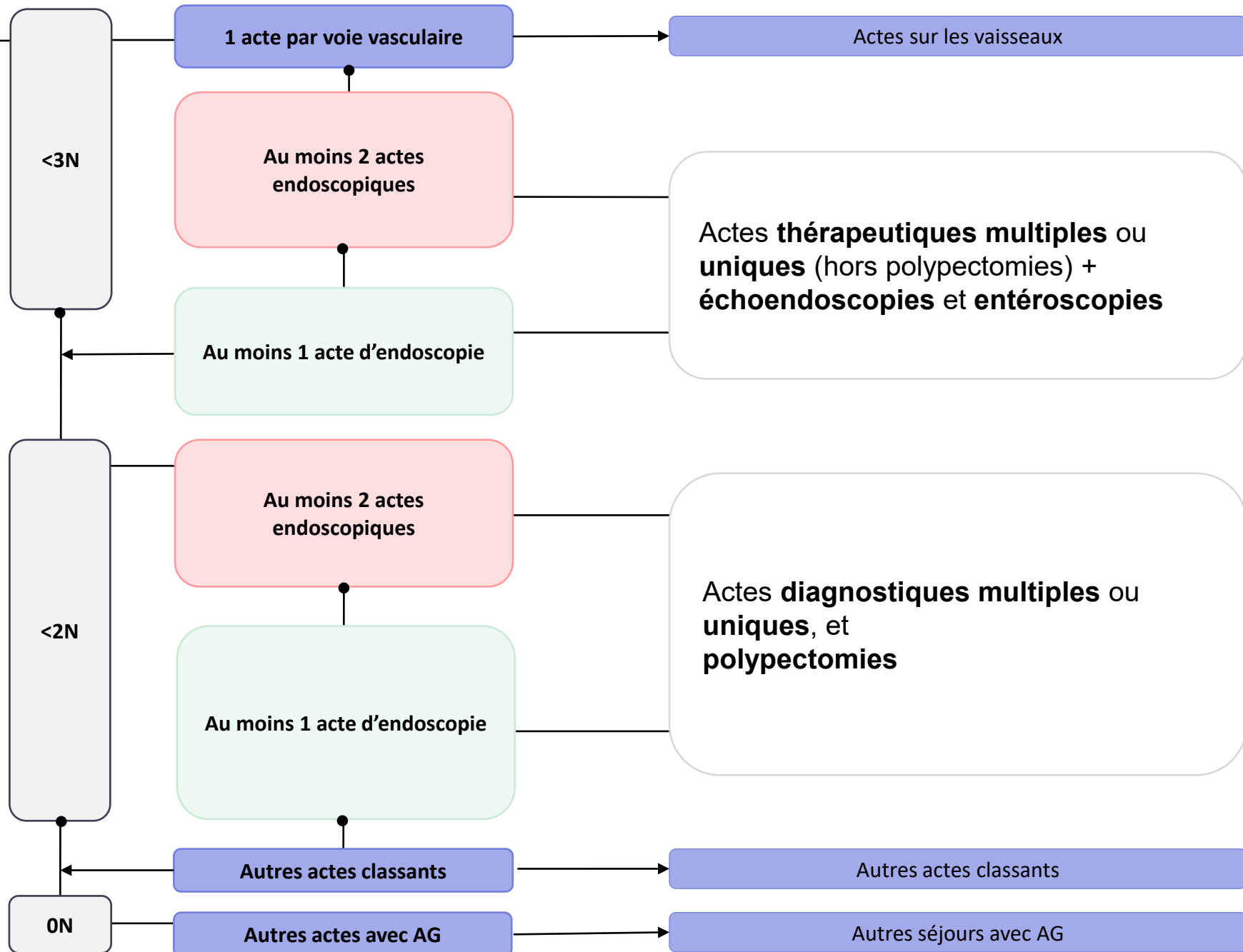
Code	Libellé raccourci	Voie d'abord / type d'acte	Objectif de l'acte	Localisation	Objectif médical
EDLF006	Pose de stent couvert dans une artère digestive	acte par voie vasculaire			
HHSE002	Hémostase de lésion du côlon par coloscopie totale	endoscopie	thérapeutique	basse	sclérose hémostase
HEFE003	Mucosectomie oesophage, estomac ou duodénum	endoscopie	thérapeutique	haute	résection destruction
HMKE001	Changement endoprothèse biliaire, par OGD	endoscopie	thérapeutique	biliaire	changement endoprothèse
JZQE001	Exploration endoscopique d'une malformation cloacale	endoscopie	diagnostique	basse	Autre acte diagnostique bas
HJAD001	Dilatation ou incision de sténose anorectale	Autre acte classant			

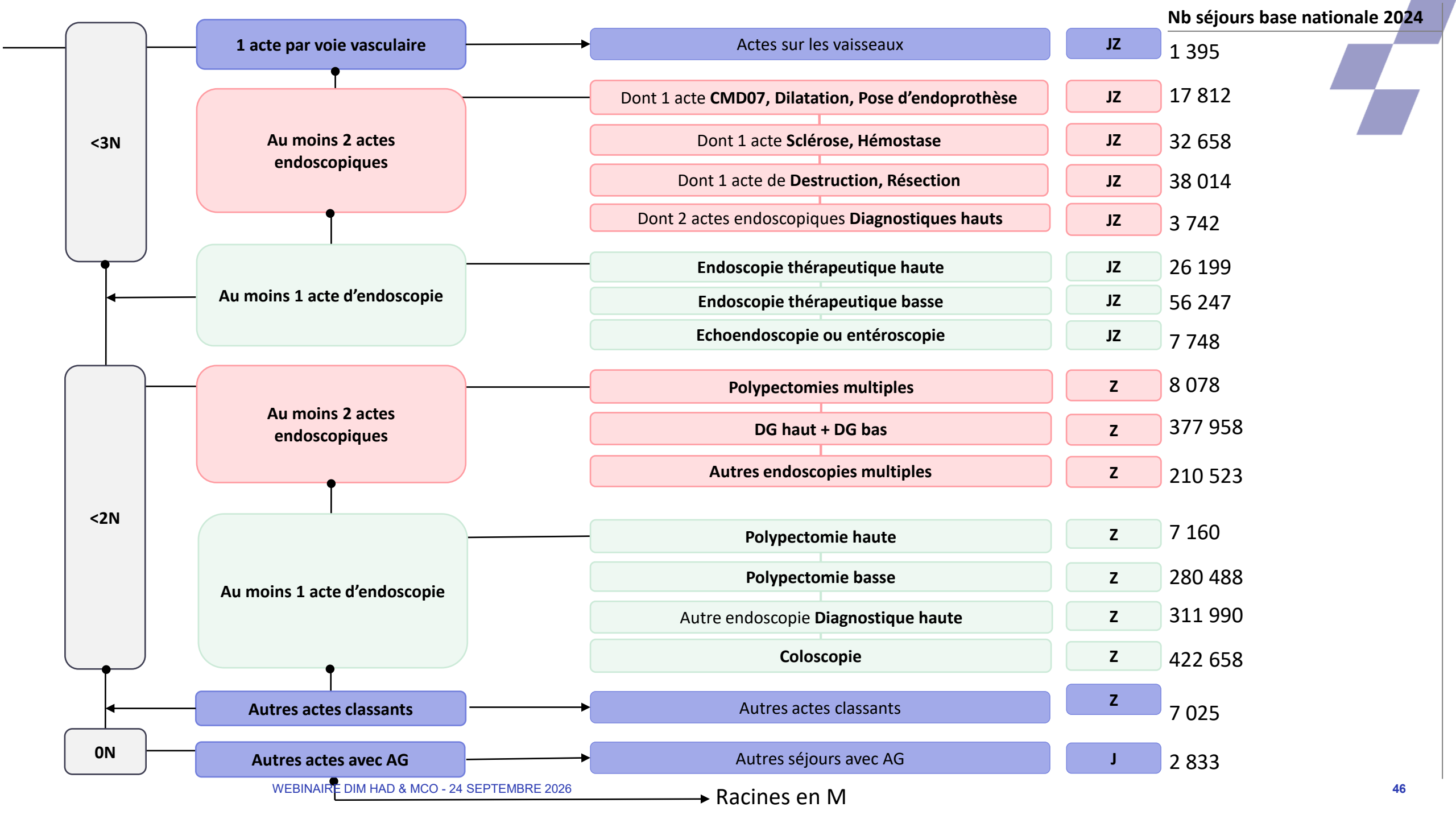




Des nouveautés









- **Dans le périmètre de la CMD06 :**
 - Pas de bascule de 06K → M
 - Bascule M → K : ~ 62 000 séjours
 - Transfert en 06K des séjours de niveau 1, T, Z
 - Racines médicales en V2027 présentent des effectifs suffisants : pas de suppression de racines médicales

- **Dans le périmètre de la CMD07 :**
 - Homogénéisation des actes classants CMD06 / CMD07 rendant classants les actes vasculaires dans la CMD07

EDSF005 *Embolisation sélective ou hypersélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée*

DHSF001 *Oblitération partielle temporaire de la veine cave inférieure, par voie veineuse transcutanée*

EHCF002 *Création d'un court-circuit [shunt] portosystémique intrahépatique par pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée*
 - Bascule de ~ 4000 séjours du 07M → 07K06 (Actes thérap. par voie vasc. pour des affections malignes du sys. hépatobil.)

Message à retenir



- Passage de 5 à 17 racines en V2027 → Meilleure description de l'activité interventionnelle
- Prise en compte :
 - des activités par voie vasculaire
 - des séjours avec actes endoscopiques multiples
 - des nouvelles techniques interventionnelles (ex. Dissection sous muqueuse)

MCO RIHN ET FICHCOMP HRD/NABM



RIHN

Rappel : recueil (pour financement) d'actes de biologie innovants hors nomenclature via des FICHSUP

Actes innovants restent dans le dispositif RIHN --> Maintien des FICHSUP RIHN en 2027

Cible 2028 à continuer d'expertiser



Sortie progressive des actes du système RIHN

Les actes sont évalués par la HAS et entrent dans le droit commun :

- **CCAM pour l'anatomopathologie**
- **NABM pour la biologie**

Financement des actes à partir du 1er janvier 2027 :

- **Déclaration des actes CCAM dans les RSA**
- **Déclaration des actes NABM dans le FICHCOMP HRD renommé en FICHCOMP NABM**

MCO PRÉVENTION VRS



Financement des injections prévention VRS

Publication notice technique suite note information ministère

- Tarif identique à campagne de prevention précédente
- Ajout seconde molecule : ENFLONSIA®
 - même tarif que Beyfortus
- Toujours via FICHCOMP AP-AC jusqu'au 31 décembre 2026

Au 1er janvier 2027 : attente infos ministère

Maintien ou non sur la liste médicaments AP-AC selon la reconduction de la note d'information du ministère (en attente de leur décision)

MCO HANDIBLOC

De quoi s'agit-il ?



Présentation du dispositif

- Handibloc est un dispositif de prise en charge ambulatoire dédié aux personnes en situation de handicap impliquant la coordination de plusieurs professionnels de spécialités différentes qui interviennent au cours du même temps d'anesthésie générale (AG).
- Est ainsi considérée comme un passage au Handibloc une intervention pour laquelle au moins deux actes de la CCAM sont réalisés.

Public cible :

Le dispositif Handibloc propose un accompagnement sans condition d'âge, aux enfants et adultes en situation de handicap complexe :

- Pour lesquels les niveaux 1 et 2 ne sont pas suffisants ou pertinents pour répondre aux besoins du patient dans de bonnes conditions de qualité et sécurité ;
- Pour lesquels des actes de diagnostic ou de soins médicaux ne sont envisageables que sous anesthésie générale compte tenu de leur(s) handicap(s) et /ou des troubles associés.
- Handicaps concernés : communication, TSA, comportement, sensoriels, cognitifs

Etablissements concernés

- Objectif : 9 établissements labellisés en 2026 pour 2027 → 1 par région en cible
- Les FINESS ne seront connus qu'en décembre une fois que le jury national aura sélectionné les porteurs
- Pas d'autorisation spécifique



Consignes de codage

Identification des séjours concernés

- Une nouvelle modalité dans la variable "contexte patient", pour les RSS d'HdJ: « 3 : oui dispositif Handibloc ».

Éléments d'information médicale à coder :

- Diagnostic(s) de handicap(s) : Troubles de la communication (expression verbale et/ou compréhension), Troubles du spectre autistique, Troubles du comportement, Troubles sensoriels ou Troubles cognitifs, etc.
- Actes d'anesthésie générale
- Ensemble des actes réalisés
 - CCAM
 - NABM → Fichcomp NABM



Temps de questions

MCO RÉFORME DIALYSE

Pour rappel, la cible de la réforme est un modèle de financement à la séquence hebdomadaire intégrant l'ensemble des variables suivantes

FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Païement à la **séquence hebdomadaire** avec une tarification différenciée en fonction de

Type de prise en charge
(dialyse chronique ou entraînement)

Modalité
(centre lourd, UDM, UAD, domicile)

Technique
(hémodialyse, dialyse péritonéale)

Horaire
(journée, soirée, nuit)

Complexité patient
(3 niveaux en fonction d'un score sur la base des comorbidités)

Suppléments pour des étapes spécifiques du parcours du patient

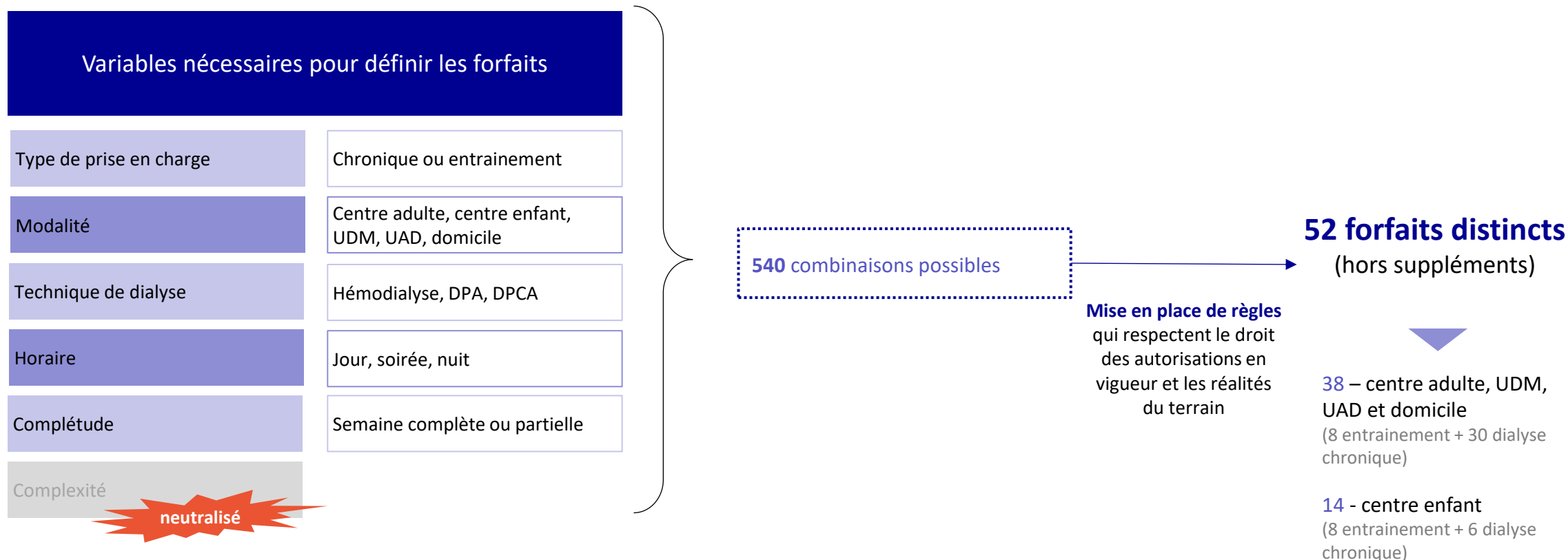
Repli pour hospitalisation

Transition
(autonomisation, aggravation)



- ⇒ La **complexité du patient sera neutralisée** dans les forfaits en 2027
- ⇒ Cela veut dire que :
 - ⇒ la **fonction groupage** ne prend pas en considération les variables liées à la complexité
 - ⇒ la **facturation peut se faire** même si ces données n'ont pas été renseignées
- ⇒ Toutefois :
 - ⇒ L'**envoi de toutes les informations** liées aux caractéristiques du patient au PMSI **sera obligatoire**
 - ⇒ Ces informations peuvent être envoyées de **manière décalée de la facturation/valorisation**

52 forfaits définissant des groupes homogènes de séquences et 2 suppléments existeront en 2027





Principes du recueil

Financement en forfaits hebdomadaires :

- Sous forme de **séquence de soins hebdomadaire** regroupant l'ensemble des séances de dialyse chronique d'une semaine calendaire
- Les informations sont portées par des RSS dans tous les cas

En remplacement de l'ancien modèle :

- disparition des forfaits en D (D11 à D16, D20 à D24 et DTP)
- disparition des GHM 28Z01Z à 28Z04Z et GHS 9602 à 9605 et 9617
- disparition du vecteur FICHCOMP dialyse péritonéale et des modalités de comptabilisation des actes d'entraînement et d'hémodialyse en sus

Tous les établissements transmettent des RSS (ex-DG et ex-OQN)



Informations à recueillir

Création d'une nouvelle CMD29 :

- Motif d'admission porté par le diagnostic principal [CIM-10] (Z49.3 Prise en charge forfaitisée de dialyse)

Liste de nouveaux GHM :

- Type et technique de dialyse chronique portés par les actes de dialyse chronique [CCAM descriptive]

GHS selon les informations suivantes :

- Modalité de réalisation des actes de dialyse via les types d'unité médicale [Nomenclature des UM]
- Plage horaire des actes de dialyse via les dates-horaires de début et fin des actes [Horaire]
- (Dénombrement des actes réalisés durant la semaine [CCAM]) => calculé

Suppléments :

- Supplément de **transition** (SDT) porté par les diagnostics associés [CIM-10]
- Supplément de **repli** (SDR) porté par les diagnostics associés [CIM-10]

Comorbidités du patient pris en charge, portées par les diagnostics associés [CIM-10]

Mises à jour du modèle depuis le dernier webinaire

1) Score de complexité patient non groupant en 2027

Les diagnostics associés au score de complexité sont toujours attendus dans le recueil mais ne participeront pas au groupage en 2027

2) Recueil du besoin d'intervention d'infirmier libéral à domicile

Lorsque l'intervention d'un infirmier est nécessaire pour aider le patient à réaliser sa dialyse à domicile, le diagnostic associé CIM-10 suivant doit être transmis dans le RSS afin d'assurer la comptabilisation et valorisation de cette prise en charge :

Z76.880 : « Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs »

Nomenclatures : actes, diagnostics et unités médicale

Code UM	Libellé	Modalité
21	HD centre adulte	centre adulte
22	HD centre enfant	centre enfant
23	HD UDM	udm
34	HD autodialyse	autodialyse
35	HD domicile	domicile
36	DP domicile	
37	Saisonnrière	xxx

Actes de dialyse chronique (CCAM descriptive)

JVJB866-01	Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale automatisée pour insuffisance rénale chronique
JVJB835-01	Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale continue ambulatoire pour insuffisance rénale chronique
JVJF004	Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique
JVJF008	Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique
JVRP004	Séance d'entraînement à l'hémodialyse
JVRP007	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
JVRP008	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire

L'acte de Dialyse Péritonéale JVJB001 est maintenu en CCAM : son utilisation aboutira au même groupage que l'acte de DPCA

Diagnostic	Type	Version	Libellé
Z49.3	DP	2027	Prise en charge forfaitisée de dialyse
Z49.4	DA	2027	Dialyse en situation de repli
Z49.5	DA	2027	Dialyse en situation de transition
Z76.880	DA	existant	Sujet ayant recours aux services de santé dans d'autres circonstances précisées, non classées ailleurs

Diagnostics ABM	Codes CIM-10 en DA
Cirrhose et classe selon Child-Pugh	K743 à K746 ; K700 ; K703 ; Z944
Présence d'une coronaropathie ou antécédent d'angioplastie ou de pontage	I20- ; I24- ; I25-(sauf I252) ; Z951 ; Z955
Antécédent d'infarctus du myocarde	I21- ; I22- ; I23- ; I252
Artérite et stade	I7020 ; I7021
Présence d'insuffisance respiratoire chronique ou BPCO	J41- à J47- ; J961
Nécessité d'oxygénothérapie ou d'assistance respiratoire à domicile	Z991- ; Z942
Insuffisance cardiaque et classe NYHA	I50- ; Z941 ; Z943
Capacité à la marche	R26- ; Z993
Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire	Z8660 ; Z8670 ; I69-
Indice de masse corporelle en kg/m ²	E6606 ; E6607 ; E6616 ; E6617 ; E6626 ; E6627 ; E6686 ; E6687 ; E6696 ; E6697
Taux d'albuminémie en g/L	E43
Présence de troubles du comportement	F00- à F31- (sauf F067)
Présence de troubles visuels sévères	H540 ; H541 ; H542
Cancer actif	C- ; D- (sauf bénins) ; Z511 ; Z510
Présence d'hémi-paraplégie	G80- ; G81- ; G82- ;
Grossesse	Z32.1



Les RSS de séquence hebdomadaire :

- Les RSS contiennent tous les actes de dialyse chronique d'une même semaine calendaire
- Les dates d'entrée et sortie des RUM et des actes se succèdent ainsi :
lundi 00h00 <= DD:HH fin acte₁ RUM₁ ... <= DD:HH fin acte_n RUM₁ <= date sortie RUM₁ <= ... <= date entrée RUM_n <= DD:HH début acte₁ RUM_n <= ... <= DD:HH fin acte_n RUM_n <= date fin RUM_n <= dimanche 23h59
- L'appartenance d'un acte à une séquence dépend de la **date de fin de réalisation de l'acte**
- Les **GHS** seront quant à eux transmis avec des **dates de facturation correspondant au début du premier acte et à la fin du dernier acte de la séquence**

Séquences et séjours concomitants :

- Il est possible de produire **un ou plusieurs RSS de dialyse par NDA mais pas l'inverse**
- **Les RSS de dialyse chronique peuvent coexister avec d'autres RSS** afin de respecter les règles de financement en sus des GHS de dialyse chronique
- En cas d'hospitalisation concomitante au séjour de dialyse **deux RSS et préférentiellement deux NDA différents sont attendus**



Urbanisation des outils de recueil

Nécessité, pour tous, de produire, contrôler et transmettre les RSS

Les informations recueillies préexistent car utiles aux soins ou mobilisées dans le registre REIN
Les schémas d'interopérabilité prévoient leur prise en charge (diagnostics, actes, horaires, UM)
Toutefois **l'urbanisation de leur recueil est rarement déjà en place**

Les informations d'horaires de début et fin des actes ainsi que les diagnostics CIM-10 doivent être propagés depuis les logiciels métiers, spécialisés ou non, jusqu'au logiciel PMSI, en plus des informations déjà mobilisées dans le modèle préexistant

Risques GAP :

- Neutralisation des données médicales selon les flux
- Neutralisation des horaires des actes selon les flux



Précisions complémentaires

- Seuils variables pour **forfait complet ou partiel** ([3] sauf si DP [6] ou HD à domicile de jour [5])
- La variable **nombre de réalisations de l'acte** doit prendre obligatoirement la **valeur 1**
- Les **UM et actes** sont dédiées au codage de l'**IRC exclusivement**
- Pas d'évolution prévue concernant les GHS facturable en sus
- L'autorisation des unités de dialyse saisonnière (37) ne doit pas être renseignée dans le PMSI, seules les autorisations correspondant à des modalités de dialyse doivent être transmises

Règles de production (contrôles et précedence)

Un seul RSS hebdomadaire : rejet en cas de RSS de dialyse multiples pour une même semaine calendaire

Erreur de groupage en cas de :

- dialyse péritonéale en UDM ou UAD
- entraînement en UAD ou Domicile

Règles de précedence pour déterminer les GHM et GHS portés par la fonction de groupage :

- GHM : Technique (Entraînement > HD > DPA > DPCA)
- GHS : Modalité (Centre enfant > Centre adulte > UDM > UAD > Domicile) > Horaires (Nuit > Soirée > Journée) > Diagnostics associés (score de complexité)
- En cas de RUM et/ou techniques multiples : technique > modalité > horaires



Temps de questions

MCO RÉFORME RADIOTHÉRAPIE

Une forfaitisation du financement de la radiothérapie avec une classification et des tarifs communs entre les secteurs hospitalier et libéral

Direction générale de l'offre de soins

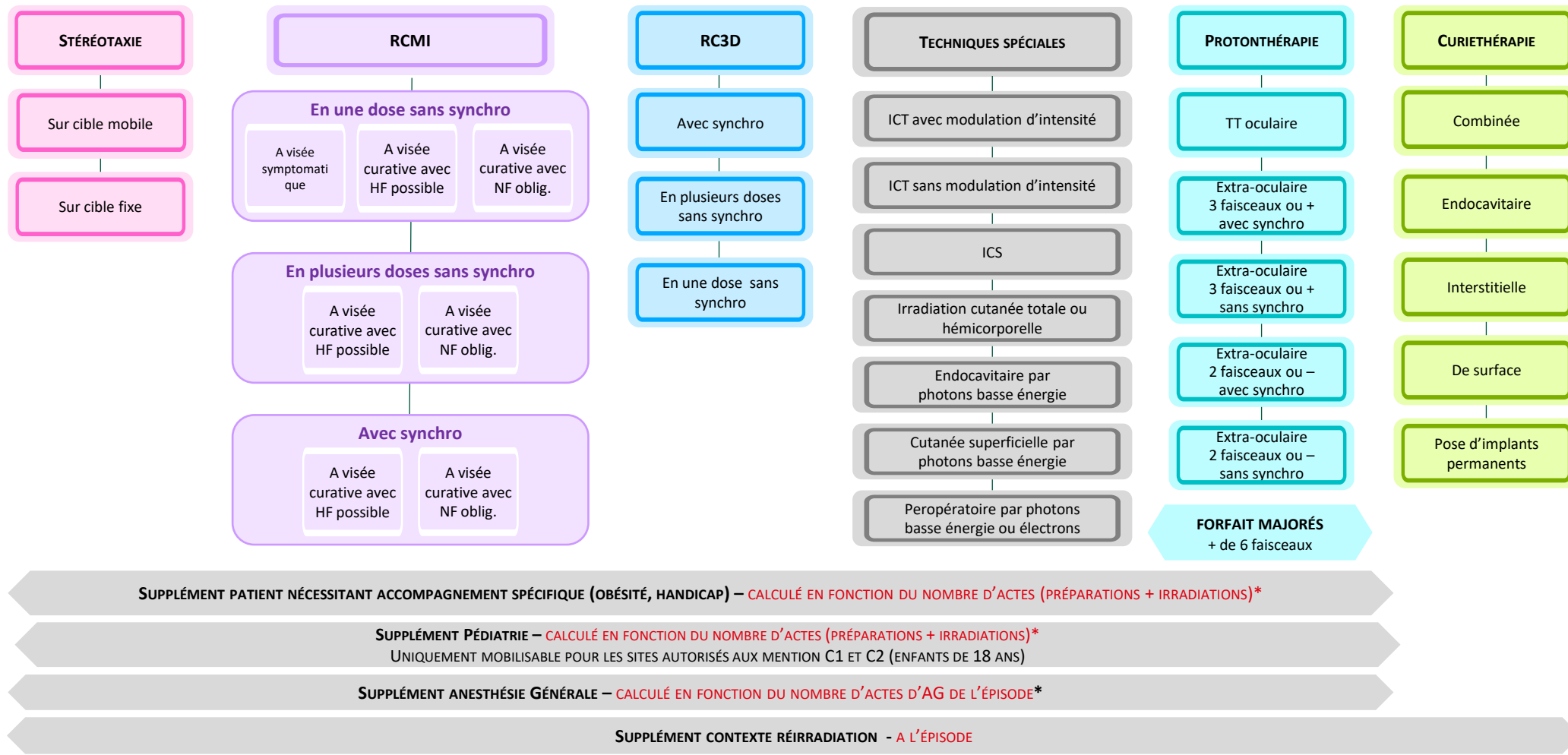
PART DANS LE TOTAL DES SÉANCES
(RECUEIL À BLANC)

FORFAITS À L'ÉPISODE DE SOINS

31 forfaits d'épisodes et 27 forfaits de préparation isolée

SUPPLÉMENTS COMPLEXITÉ

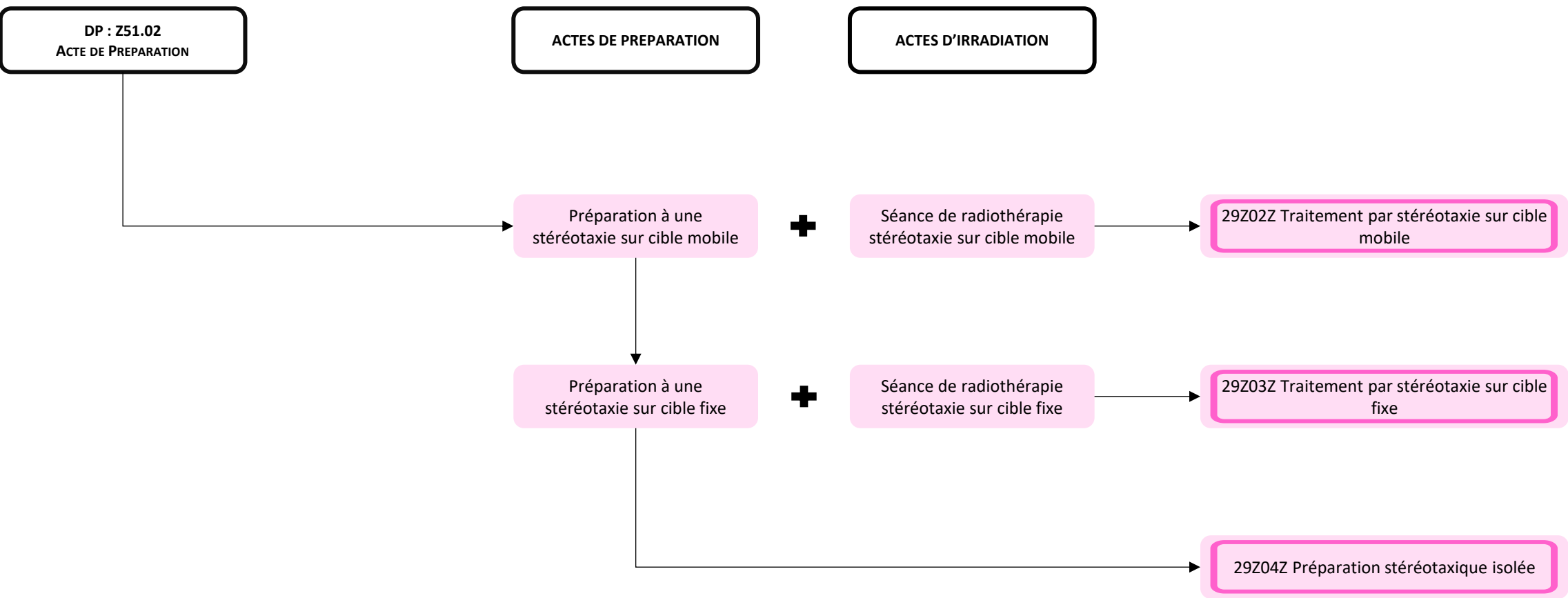
4 types de suppléments



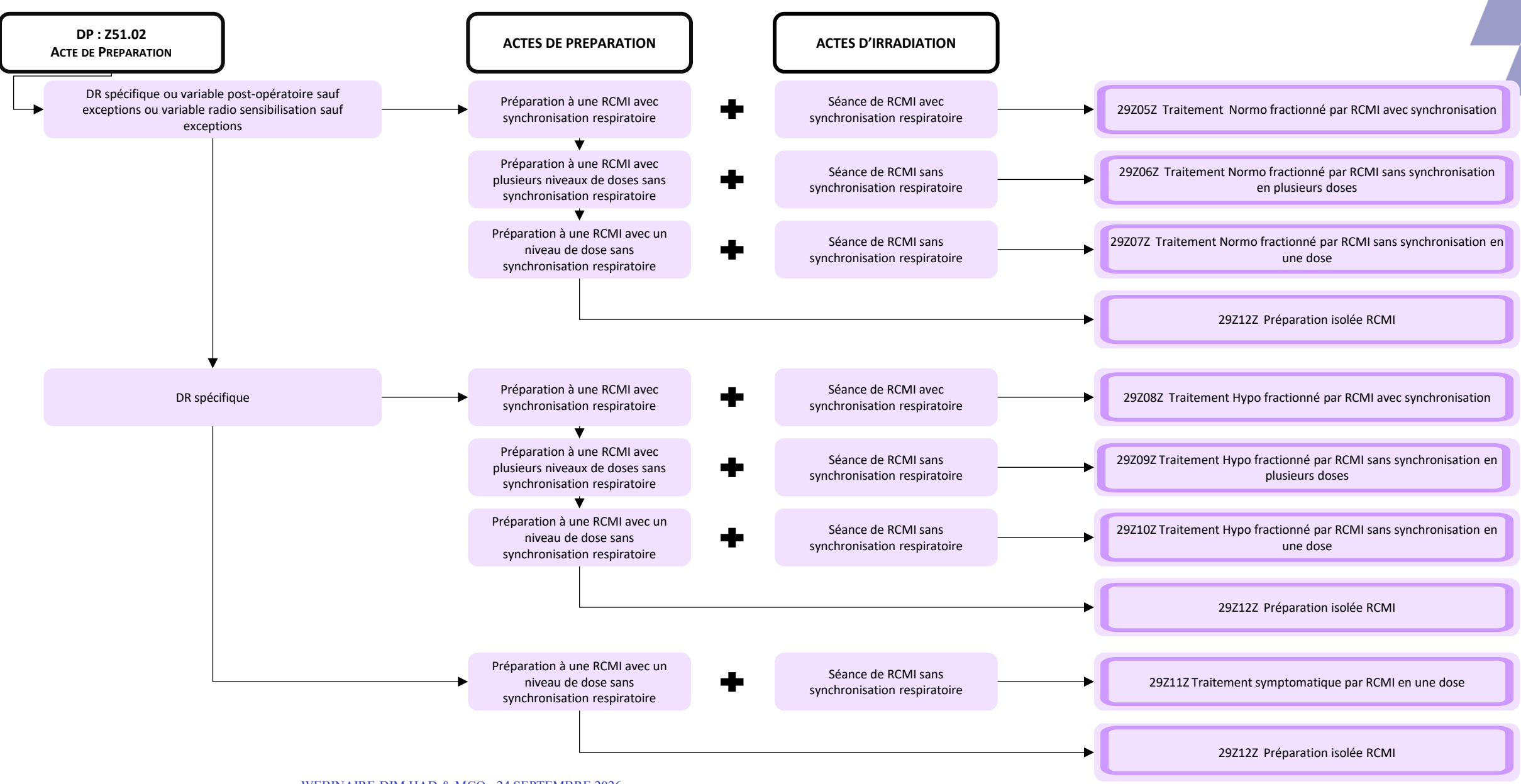
* Les suppléments «nécessitant accompagnement spécifique », « pédiatrie » et « anesthésie générale » seront applicables en techniques spéciales uniquement sur l'ICT

Ces règles sont applicables aux établissements de santé comme aux professionnels libéraux, avec pour ces derniers des équivalences propres en lieu et place des données PMSI.

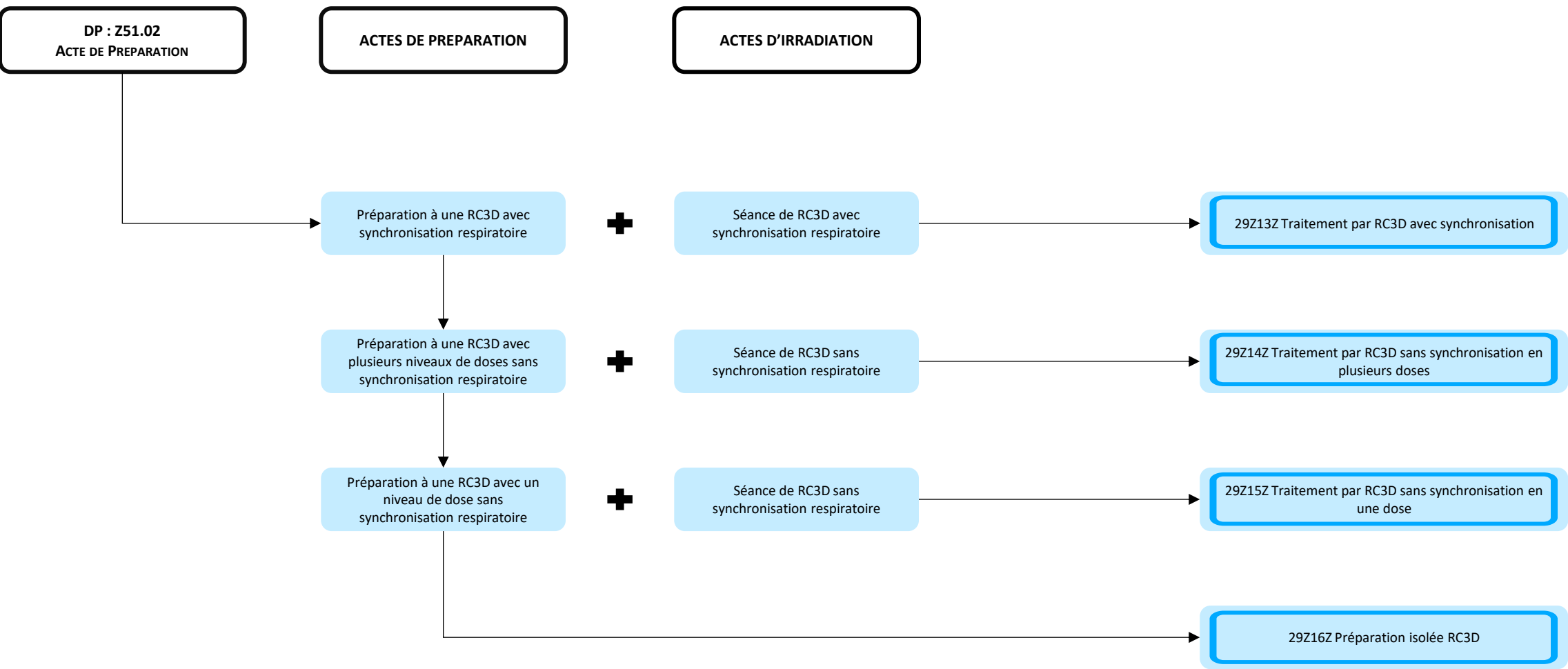
Arbre de classification : Stéréotaxie



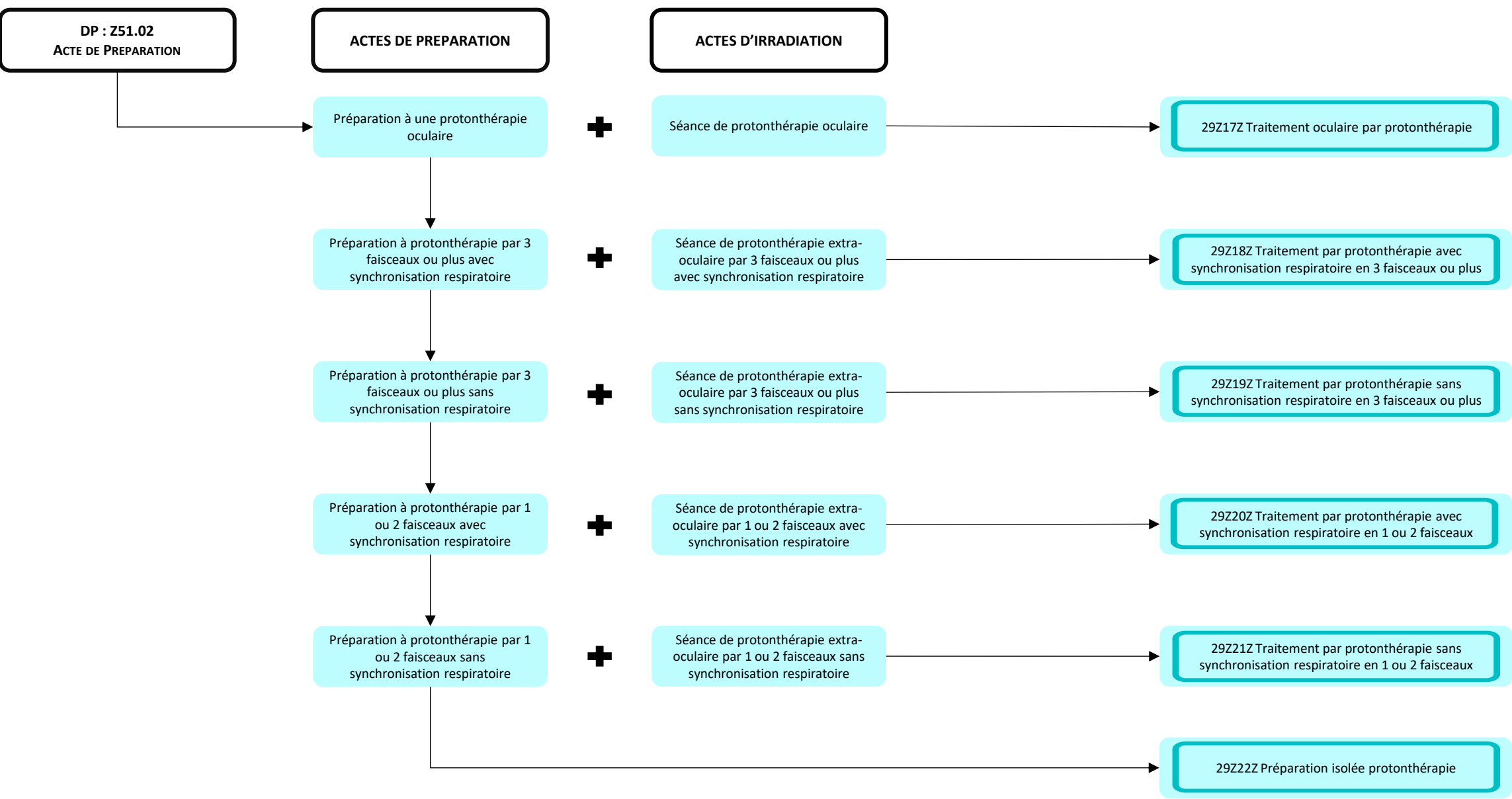
Arbre de classification : RCMI



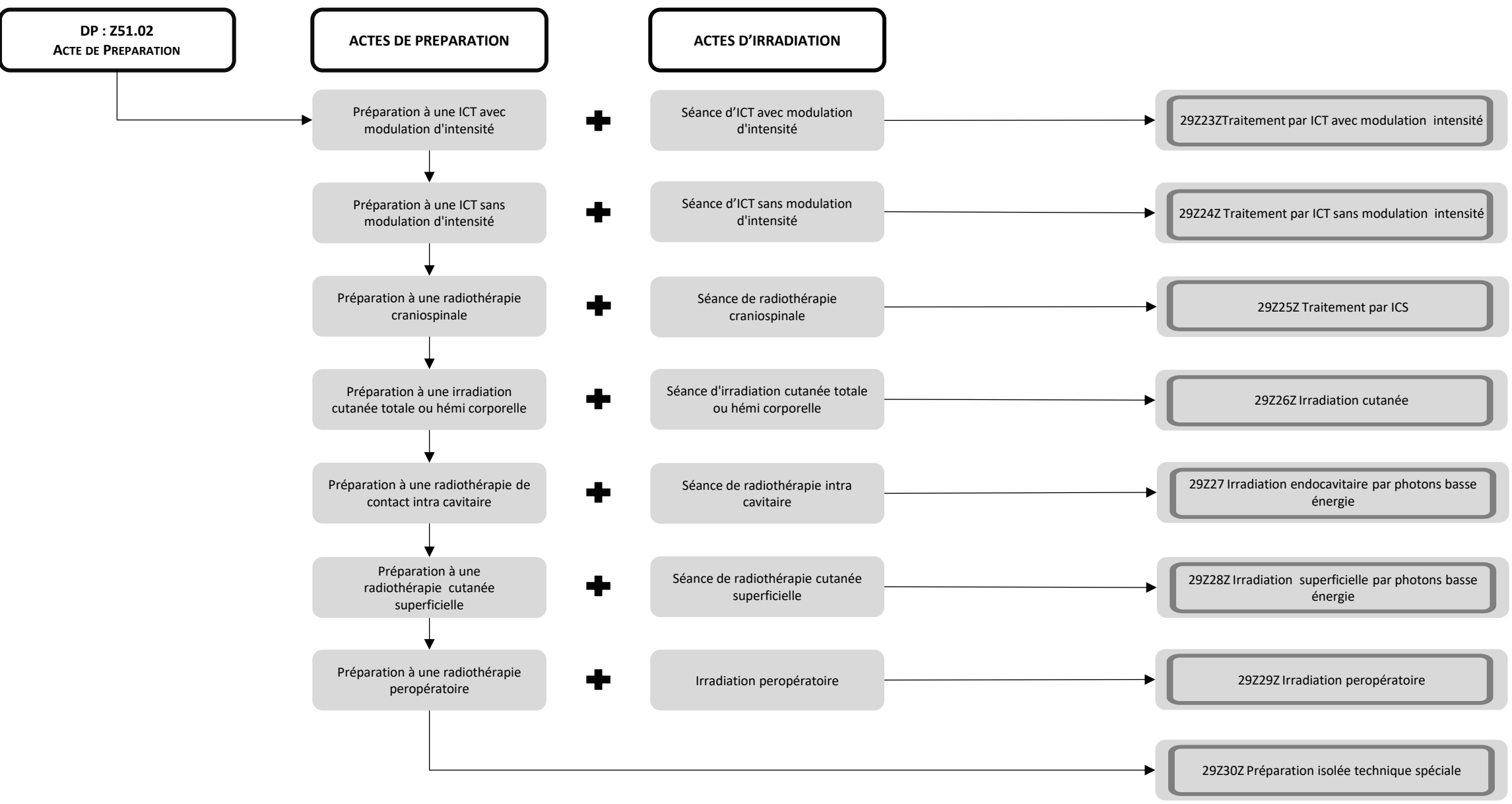
Arbre de classification : RC3D



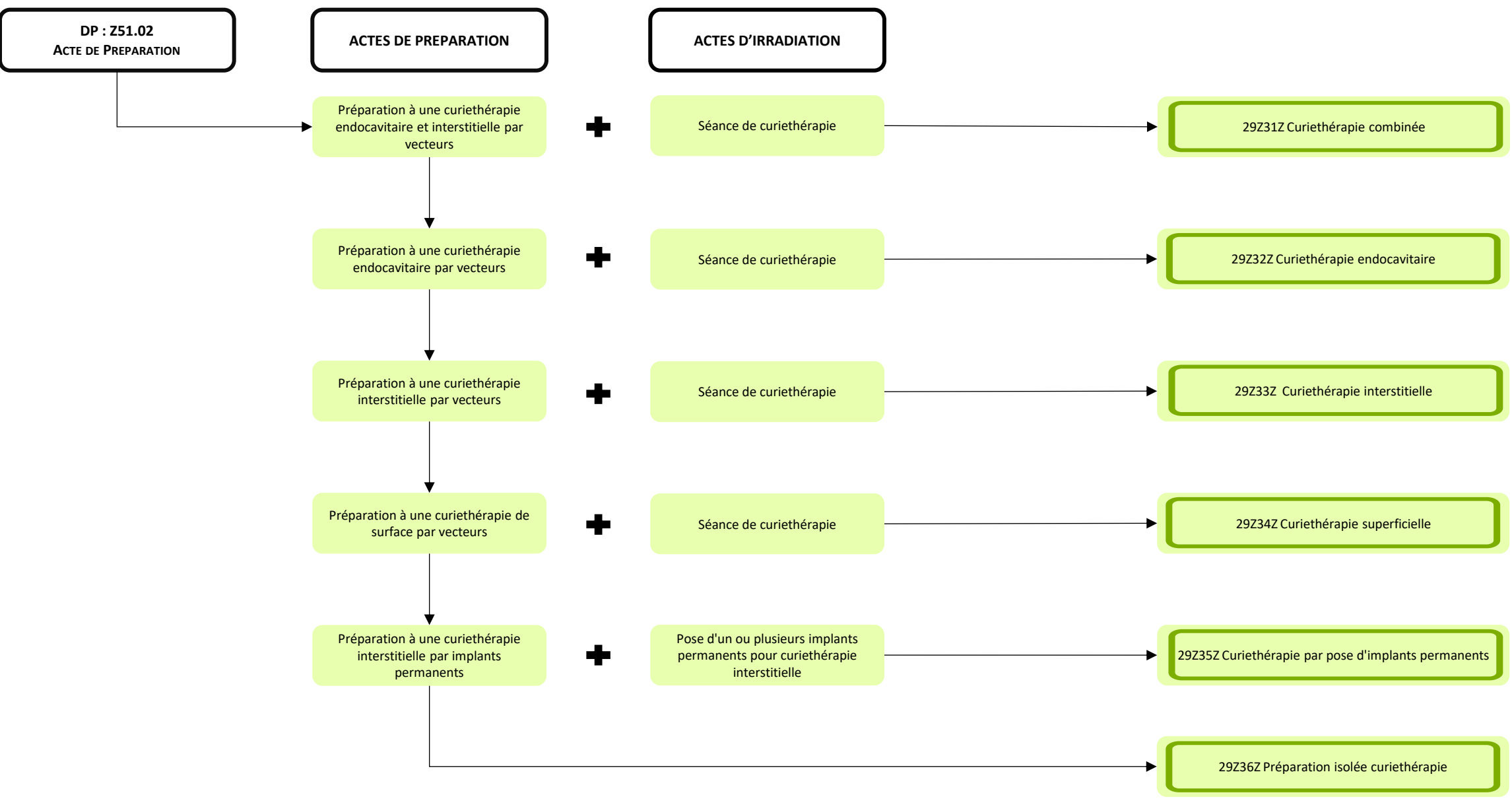
Arbre de classification : Protonthérapie



Arbre de classification : Techniques spéciales



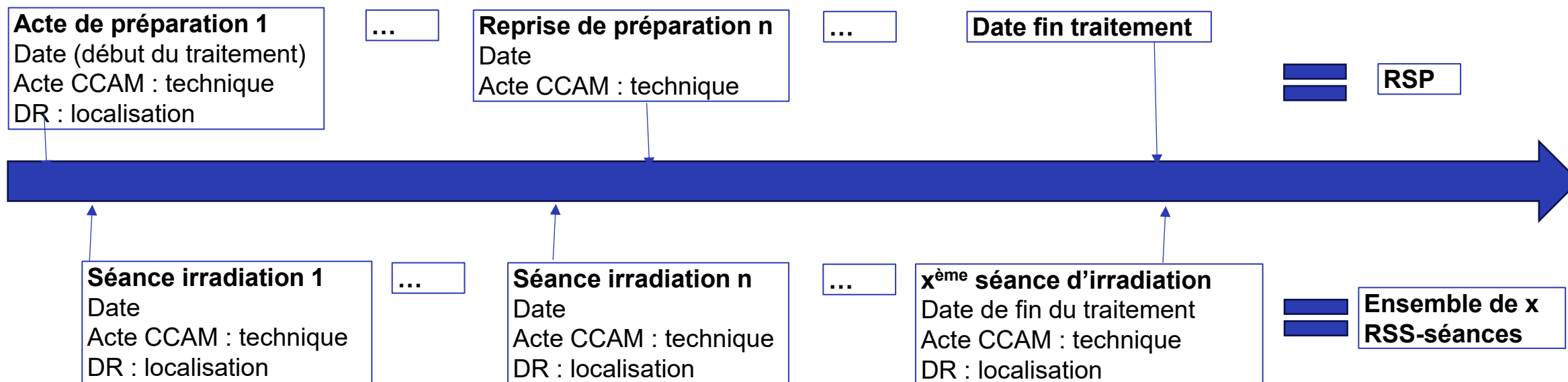
Arbre de classification : Curiethérapie



Recueil radiothérapie : rappel de l'existant

Deux types de RSS particuliers :

- **RSP** : financement GHM de préparation
- **RSS-séances** : financement à la séance



Principes du recueil d'un épisode de soins

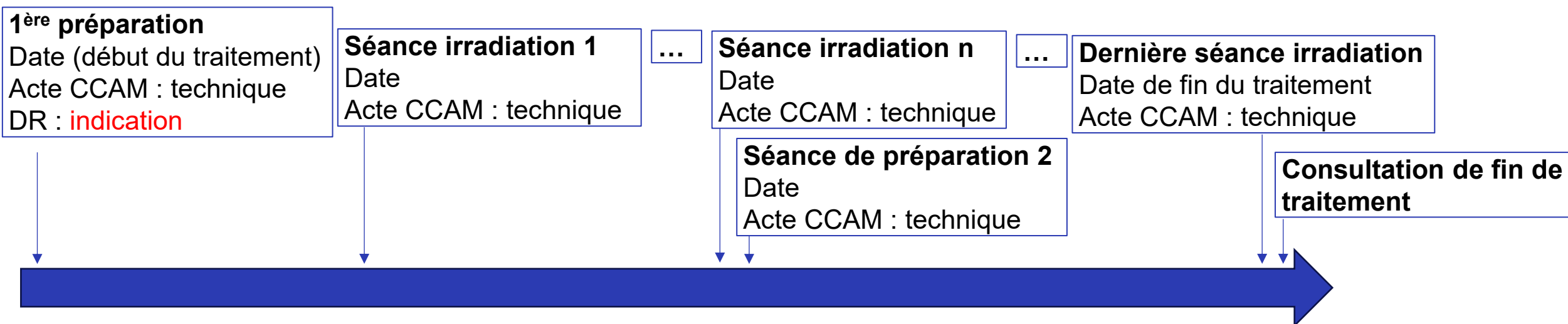
Episode de soins = un traitement de radiothérapie

- Une indication donnée (le plus souvent, un type de tumeur ou de cancer ; parfois un symptôme)
- Traitée par une technique d'irradiation donnée (prescription médicale)

Il **démarre** avec un acte CCAM de préparation.

Il comprend le codage de chaque séance d'irradiation réalisée, des actes d'anesthésie et des éventuels gestes complémentaires associés (actes CCAM).

Il **se termine** avec la dernière séance d'irradiation (ou cas rare : consultation de fin de traitement si réalisé quelques jours après)



L'ensemble des données d'un épisode de soins sont colligées dans un seul RSS : dates de début et fin, DP/DR/DAS, actes CCAM, autres variables...



Application de la réforme

Financement en forfait(s) à l'épisode de soins (= un traitement)

- En radiothérapie, un traitement regroupe l'ensemble des actes réalisés (préparation, séances d'irradiation, gestes complémentaires, etc.) pour une indication (type de tumeur ou cancer) traitée par une technique d'irradiation donnée : définies par la prescription médicale (et par extension la Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle).
- Il démarre lors de la préparation (imagerie de centrage) et se termine lors de la dernière irradiation réalisée pour cette indication.

Le dossier administratif de radiothérapie (en établissement de santé)

Il se traduit par un dossier administratif unique avec un seul NDA.

Il peut être composée :

- d'un seul traitement dans la majorité des cas (estimation 95% des cas sur la base du recueil à blanc 2025)
- ou de plusieurs traitements en cas de cancers multiples, présence de métastase(s) à traiter, ou la nécessité d'utiliser plusieurs techniques d'irradiation pour la même tumeur

Il démarre lors de sa première venue dans le service de radiothérapie, et se termine lors de la dernière séance des différents traitements prévus (-> fermeture du dossier administratif)

Pour appliquer le modèle (1 traitement = facturation d'1 forfait) en établissement de santé

- Fin du système actuel RSP et RSS-séances
- Produire 1 RSS par traitement réalisé pour le décrire médicalement = 1 RSS par préparation réalisée
- Fonction groupage : 1 RSS -> 1 GHS -> 1 forfait (+ suppléments)



Classification et information médicale

Création d'une nouvelle CMD29

Liste de nouveaux GHM : forfaits par type de techniques, déclinés en GHS
Si pas d'acte d'irradiation : GHM de préparation sans irradiation
+ Suppléments

Inscription en 2027 d'une nouvelle subdivision de code dans la CIM10-FR à usage PMSI

Z51.02 Prise en charge forfaitisée de radiothérapie

À utiliser pour l'enregistrement d'un traitement de radiothérapie

À l'exclusion de : Z51.00 Préparation à une radiothérapie

Z51.01 Séance d'irradiation

Z51.00 et Z51.01 seront toujours utilisés pour des séjours groupant en CMD17
+ transitoirement pour les traitements à cheval sur la fin d'année 2026 (cf plus loin)

Inscription pour 2027 d'une nouvelle liste d'actes CCAM par la CNAM

- 75 nouveaux actes pour décrire l'activité de radiothérapie
 - Remplacent les actes actuels des chapitres 17.04, 17.05 et 19.01.10
- A noter, persistance transitoire des codes actuels pour les traitements à cheval fin d'année 2026
- Travaux en cours ; seront ajoutés d'ici fin 2026 dans le format NX habituel
- Diffusion anticipée de la liste des actes (codes et libellés) aux éditeurs



Actes CCAM

Redescription réalisée par le Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) – en charge de la refonte de la CCAM en cours

Décrivent les différentes techniques d'irradiation, ainsi que différents niveaux de technicité (1 ou plusieurs niveaux de doses + synchronisation respiratoire pour la RCMI)

Décrivent les différentes modalités de contrôle par imagerie : gestes complémentaires

Codes CCAM	Libellés actes	Codes CCAM	Libellés actes
ZZMP882-01	Préparation à une radiothérapie stéréotaxique sur cible fixe	ZZNL877-01	Séance de radiothérapie stéréotaxique par photons sur cible fixe
ZZMP884-01	Préparation à une radiothérapie stéréotaxique sur cible mobile	ZZNL833-01	Séance de radiothérapie stéréotaxique par photons sur cible mobile
ZZMP838-01	Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec un niveau de dose, sans synchronisation respiratoire	ZZNL813-01	Séance de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] par photons haute énergie, sans synchronisation respiratoire
ZZMP848-01	Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec plusieurs niveaux de doses, sans synchronisation respiratoire	/	/
ZZMP893-01	Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec un niveau de dose, avec synchronisation respiratoire	ZZNL846-01	Séance de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] par photons haute énergie, avec synchronisation respiratoire
ZZMP812-01	Préparation à une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] avec plusieurs niveaux de doses, avec synchronisation respiratoire	/	/



Données et variables du recueil

Données nécessaires pour le groupage en CMD29

- DP : **Z51.02** (nouveau code CIM-10 FR ajouté pour 2027)
- DR : précisant **l'indication** (tumeur/cancer ou symptôme traité)
 - Si symptôme en DR, coder la tumeur/cancer en DAS
- Technique d'irradiation, 1 ou plusieurs niveaux de doses, synchronisation respiratoire : **actes CCAM**
- Thérapie concomitante : **nouvelle variable du RSS** (définition en cours validation avec radiothérapeutes)
- Contexte post-opératoire : **nouvelle variable du RSS** (définition en cours validation avec radiothérapeutes)
- Nombre de tumeurs ou lésions traitées : **nouvelle variable du RSS**

Données nécessaires pour les suppléments

- Pédiatrie : DDN (âge)
- Handicap et obésité massive : codage CIM-10 en DAS
- Anesthésie générale : Acte CCAM
- Réirradiation : codage CIM-10 en DAS

Données facultatives en 2027 (descriptives dans un 1er temps)

- Repositionnement surfacique, contrôle quotidien imagerie (portale, scanner, CBCT ou IRM) : actes CCAM
- Radiothérapie adaptative online ou offline : **nouvelle variable du RSS** —————> Mise en cible dans le recueil pour intégration dans la feuille de route des standards d'interopérabilité

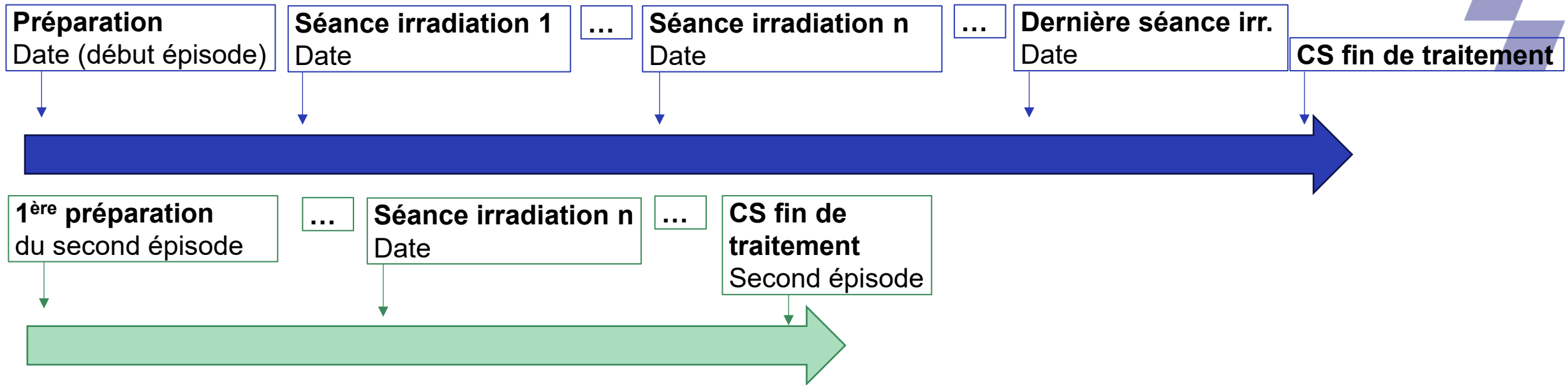
Modifications du format du RSS (et RSA)

Ajout des 4 nouvelles pour la radiothérapie dans le RSS :

43	Non Programmé (NP)	1	170	170	A*	Liste	F	Gauche/Espace	1 : oui, 2 : non	
44	Passage par une structure des urgences	1	171	171	A*	Liste	F	Gauche/Espace	5 : urgences de l'EG, U : urgences d'une autre EG, V : 5 et U	
45	Filler	4	172	175	A*		F	Gauche/Espace		
46	Zone réservée	3	176	178	A*		F	NA/Espace		
47	Traitement radiosensibilisant concomitant à une radiothérapie	1	179	179	A*	Liste	C	Gauche/Espace	1 : oui, 2 : non	Obligatoire si DP = Z51.02
48	Radiothérapie en contexte post-opératoire	1	180	180	A*	Liste	C	Gauche/Espace	1 : oui, 2 : non	Obligatoire si DP = Z51.02
49	Nombre de tumeurs traitées en radiothérapie	2	181	182	N	Entier	C	Droite/Zéro	[0-99] 0 : non	Obligatoire si DP = Z51.02
50	Radiothérapie adaptative	1	183	183	A*	Liste	F	Gauche/Espace	1 : oui, radiothérapie adaptative "online" 2 : oui, radiothérapie adaptative "offline"	
51	Filler	8	184	191						
52	DA n° 1	8	192	199	A*	CIM10-PMSI-FR	O	Gauche/Espace		Le nombre de DA doit coïncider avec la variable nDA
53		*8			...		...	...		
54	DA n° nDA	8			A*	CIM10-PMSI-FR	C	Gauche/Espace		

A noter
 Plus haut dans le format : ajout d'1 caractère à la variable *Nombre de zone d'actes (nZA)* dans ce *RUM* ➡ Décalage de plusieurs variables d'un caractère.

Cas particulier : deux traitements en parallèle



Exemple :

- 1 épisode de 25 séances de RCMi pour traiter un cancer de l'utérus
- 1 épisode de 5 séances de stéréotaxie pour traiter 2 métastases cérébrales

Distinguer un épisode pour chaque indication ou pour chaque technique utilisée.

Décrire chaque épisode (traitement) dans des RSS distincts. Ils peuvent avoir des dates de débuts et de fin différentes.

Il est recommandé d'ouvrir un numéro de séjour (NDA/IEP) différent pour chaque épisode. Mais il sera autorisé de transmettre des RSS avec le même numéro de séjour (NDA/IEP)



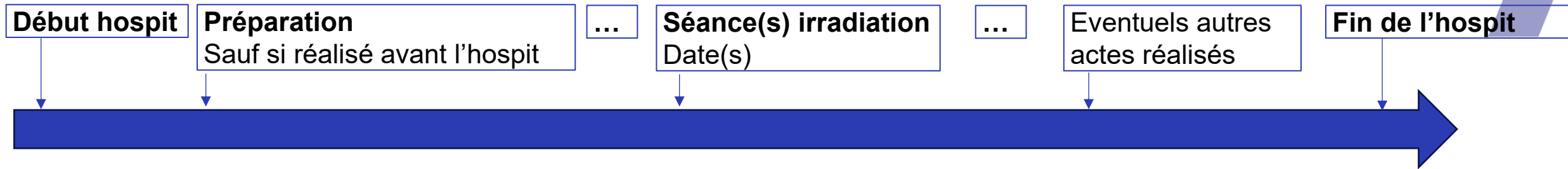
Quelques questions des éditeurs

« Peut-on considérer qu'un épisode commence toujours par un acte de préparation ? »

- Oui, un épisode de soins commence systématiquement par un acte de préparation.
- Important de différencier les préparations initiales et les reprises de préparation.
- Les reprises ne doivent pas déclencher de nouvel épisode ou de RSS différent : code acte CCAM différent pour les reprises de préparation en cours de traitement.

« Est-il possible de saisir des séances sur des UM différentes ? Ou les actes seront forcément associés à l'autorisation 42 ? »

- Un épisode de soins de radiothérapie ne peut avoir lieu que sur l'UM de radiothérapie. Les RSS des épisodes de soins ne peuvent être que monoRUM, et associés à l'autorisation 42 en effet.
- Exceptions = hospitalisation pour réaliser le traitement (actes de « stéréotaxie en dose unique », certains traitements de curiethérapie : à coder sur l'UM d'hospitalisation comme actuellement, groupage en CMD17).



Exemples :

- Hospitalisation pour traitement de stéréotaxie en dose unique (avec ou sans pose de cadre effractif)
- Hospitalisation pour curiethérapie

Dans ce cas, **l'hospitalisation est motivée par le traitement** de radiothérapie.
Ou la réalisation du traitement nécessite que le patient soit hospitalisé

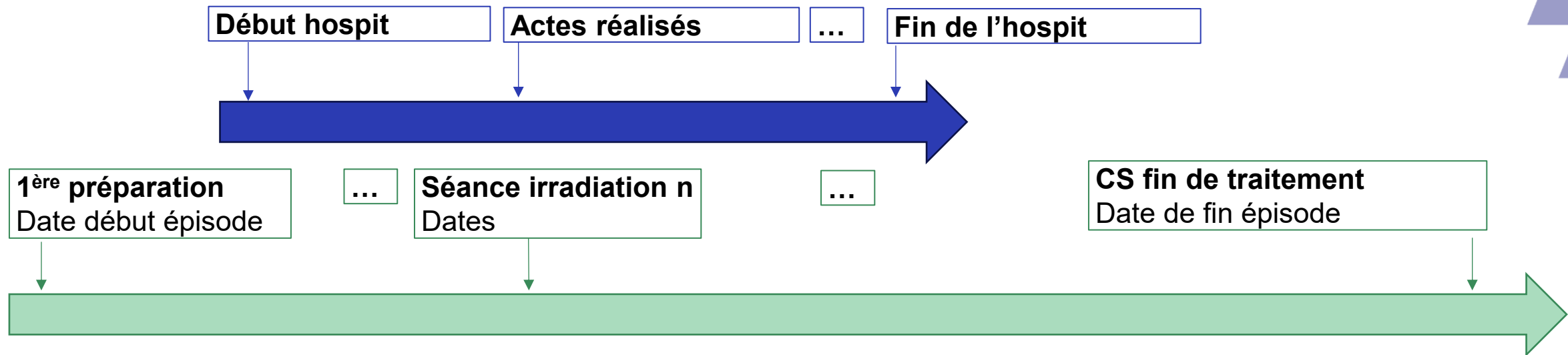
Un seul RSS décrivant le séjour avec les actes de radiothérapie.

Pas de distinction en deux RSS.

Par définition : un seul numéro de séjour (NDA/IEP).

DP : Z51.00 ou Z51.01 ; groupage du séjour en CMD17K

Correspond à ce qui se fait déjà actuellement.



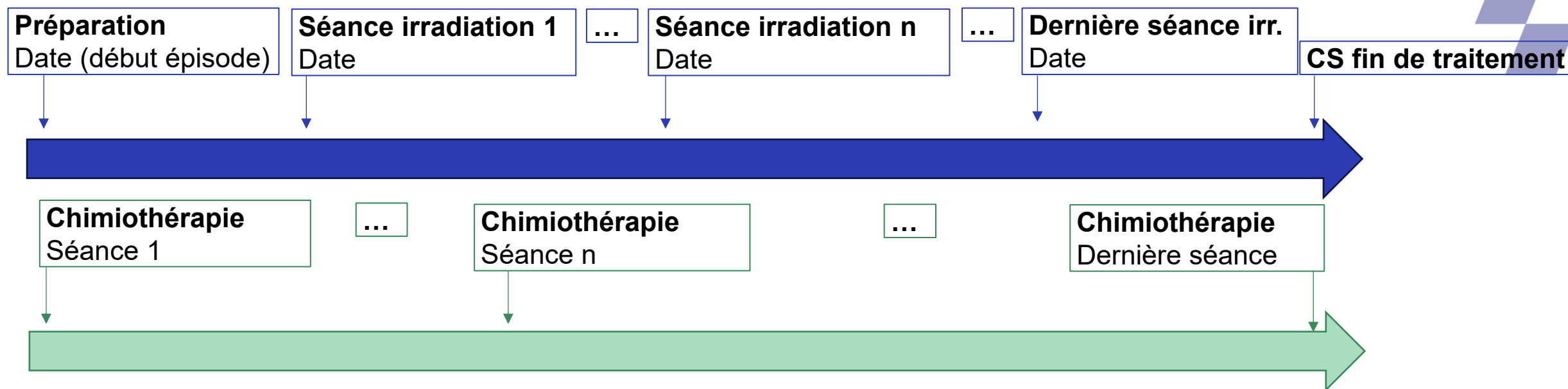
Exemple :

- Hospitalisation au cours du traitement pour une autre raison

Distinguer l'épisode de radiothérapie dans un RSS distinct du RSS d'hospit. Ces RSS peuvent avoir des dates de début et de fin identiques ou différentes. Chaque RSS aura un numéro de séjour (NDA/IEP) différent.

Groupage du RSS de traitement en CMD 29

Groupage du RSS d'hospitalisation en fonction du DP et des actes (comme habituellement).



Exemple :

- 1 épisode radiothérapie
- Séances de chimiothérapie en parallèle

Distinguer l'épisode de radiothérapie dans un RSS distinct.

Les séances de chimiothérapie sont à recueillir dans des **RSS-séances comme actuellement**.

Ces RSS peuvent avoir des dates de débuts et de fin identiques ou différentes.

Chaque RSS aura un numéro de séjour (NDA/IEP) différent.



Cas particulier : traitements démarrés en 2026

Tous, et seulement, les traitements démarrant à partir du **1^{er} janvier 2027** sont à recueillir en RSS à l'épisode de soins, pour facturer les nouveaux GHS de radiothérapie en CMD29.

= Plus aucun RSP ouvert à partir du 1^{er} janvier 2027

Traitements démarrés en 2026 avec des séances se poursuivant en 2027

- Ils ne sont pas considérés comme des épisodes de soins pour le recueil PMSI et la facturation.
- Les dernières séances de ces traitements seront à facturer en 2027 en CMD28 (ou 17K) comme actuellement
 - Persistance des RSS-séances début 2027, qui disparaîtront naturellement avec la fin des traitements concernés
 - Confirmation de codage prévu dans la fonction groupage
- Les RSP des traitements concernés seront clôturés à la fin du traitement en 2027. Dans les mêmes conditions qu'actuellement.
 - Discussion en cours sur l'intérêt d'un contrôle bloquant dans la fonction groupage

Cas particulier : pannes et maintenance

Si panne ou maintenance nécessitant un changement provisoire de machine

Potentiellement changement de technique (ex : RCMI -> RC3D) au cours de l'épisode pour 1 ou quelques séances.

➔ Ne pas déclencher un 2nd RSS. A considérer dans le même épisode de traitement.

Consignes :

- Ne pas coder l'acte de préparation de la nouvelle technique
- Coder l'acte reprise de préparation ZZMP827-01 à la place
- Coder les actes de séances d'irradiation de la seconde technique utilisée.

Cas particulier : activité libérale à l'hôpital

Transmission des RSS et GHS à l'ATIH

Séjour facturable à l'assurance maladie : « non » + motif de non-facturation : « activité libérale »

→ GHS ainsi non valorisé

Facturation directe à l'assurance maladie par les professionnels de santé des codes prestations (NGAP) utilisés par les cabinets libéraux.

→ Possibilité d'utiliser la fonction groupage ATIH : listes des codes NGAP en sortie

Lors de la réunion du 26 août dernier, la ministre a affirmé que l'adoption d'une mesure en LFSS est déterminante pour garantir la convergence entre les deux secteurs et l'entrée en vigueur de la réforme en 2027

Objectif de la réforme

- ▶ **Harmoniser les règles de financement** entre les secteurs libéral et hospitalier (public/EBNL)

L'atteinte de cet objectif dans un calendrier resserré est une **condition sine qua non** de l'entrée en vigueur de la réforme dans les deux champs

Perspectives PLFSS 2027

- ▶ **Proposition d'une mesure en PLFSS 2027** permettant de faire converger les nomenclatures et les tarifs entre les deux secteurs
- ▶ **Incertitudes sur son adoption effective** à l'issue des débats parlementaires

Scénario 1

Adoption de la mesure

- ▶ Les **modalités de financement de la radiothérapie évolueront** dès l'année prochaine à la fois pour le secteur libéral et hospitalier

Scénario 2

Non adoption de la mesure

- ▶ **Maintien de la tarification actuelle** à la fois pour le secteur libéral et hospitalier

Selon l'issue du PLFSS, les conséquences sur le calendrier de déploiement dans chaque secteur sont les suivantes

Scénario 1 Adoption de la mesure

- Les **modalités de financement de la radiothérapie évolueront** dès l'année prochaine à la fois pour le secteur libéral et hospitalier

Scénario 2 Non adoption de la mesure

- **Maintien de la tarification actuelle** à la fois pour le secteur libéral et hospitalier

Secteur hospitalier

- Le **recueil** pour le secteur hospitalier change au **01/01/2027**
- Le **déploiement** éditeur hospitalier doit être finalisé au **31/12/2026**

- Le **recueil** pour le secteur hospitalier change au **01/01/2027**
- Le **déploiement** éditeur hospitalier doit être finalisé au **31/12/2026**

Secteur libéral

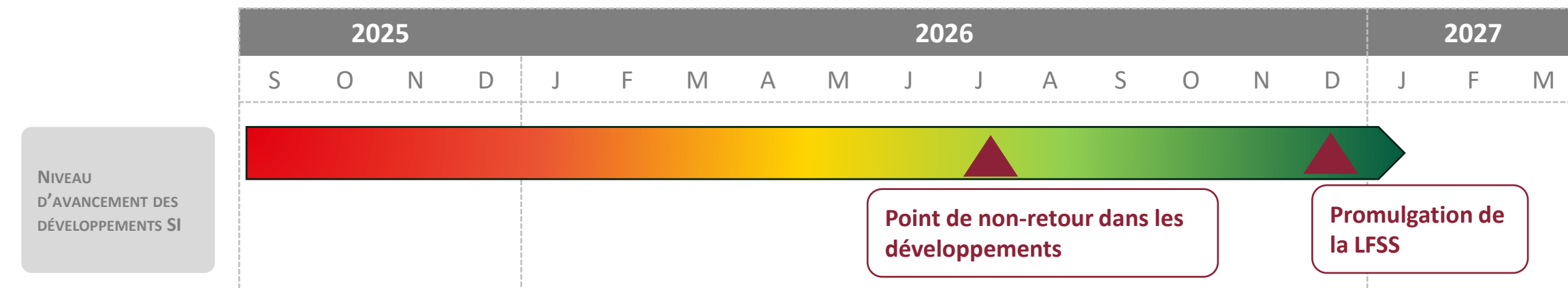
- Le recueil pour le secteur libéral change en 2027
- **Six semaines de délais** entre la publication des tarifs libéraux et la mise en œuvre opérationnelle dans les SI
- Le déploiement éditeur pour le secteur libéral peut donc s'aligner sur cette chronologie et avoir lieu dans un second temps selon l'issue du PLFSS

- Les libéraux continueront à facturer en CCAM en 2027
- Déploiement des nouveaux outils et mises à jour par les libéraux sur la base du volontariat afin de faire un recueil à blanc d'anticiper une future harmonisation et faciliter la montée en charge

En résumé :

- **Le développement éditeur (hospitalier + libéral) doit donc être finalisé au 31/12/2026**

Une solution technique en cas de non-adoption de la mesure en LFSS 2027 a donc dû être définie pour les établissements de santé



Intégration d'un
mécanisme de « retour
en arrière »
directement dans la
fonction groupage
livrée en septembre

- Le prototype d'appel de la fonction de groupage qui sera transmise dès septembre intègre un mécanisme permettant, si nécessaire, de reproduire le financement à la séance.
- Une seule version de la fonction groupage est développée par l'ATIH et sera déployée à terme.
- Cette solution sécurise le calendrier de mise en œuvre et limite les adaptations des systèmes d'information.



Scénario « retour en arrière » radiothérapie

Dans le cas où la mesure PLFSS ne passe pas :

Objectif = limiter les impacts sur production des données et développements éditeurs engagés

- Maintien du recueil à l'épisode de soins comme prévu
- Format RUM 024 2027, en incluant les nouvelles variables
- Groupage en CMD 29
- Valorisation/facturation à la séance avec les GHS de 2026 : gérée par la fonction groupage MCO
 - Mise à jour de la table GHSinfo de la fonction groupage (pour la préparation)
 - Utilisation de compteurs d'actes (pour les séances d'irradiation et supplément RAP)

Discussions éditeurs :

- Éditeurs prévenus lors dernier webinaire le 10 septembre
- Scénario intégré aux sorties de la fonction groupage MCO : variables à prendre en compte par les éditeurs dans ce cas.

Si ce scénario doit se déclencher, nous referons un webinaire pour vous informer et préciser les choses.



Temps de questions