

NOTICE TECHNIQUE
n° CIM-MF-848-2-2018
du 22 décembre 2017

NOTICE RECTIFICATIVE
du 15 janvier 2018

Campagne tarifaire et budgétaire 2018

Nouveautés PMSI –

Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

NOTICE RECTIFICATIVE

La notice technique ci-dessus référencée n° CIM-MF-848-2-2018 du 22 décembre 2017 est rectifiée par la présente publication.

L'objet de la rectification concerne le paragraphe « VIII Clôture des séjours longs » de l'annexe n°3 de cette notice, relative à l'activité SSR. Ce paragraphe est renommé « VIII Gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N »

A la suite des problèmes techniques soulevés par la clôture « administrative » des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N demandée aux établissements dans le cadre de la précédente version de la notice, cette solution est abandonnée.

Désormais, à M12 2017, l'établissement doit réaliser ses transmissions selon les règles en vigueur pour l'ensemble des séjours, quelle que soit leur date de début. La gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N dans le cadre du calcul de la dotation modulée à l'activité (DMA) sera réalisée par les outils de l'ATIH (GENRHA/AGRAF-SSR et OVALIDE) sans changement dans les modalités de recueil PMSI.

Afin de permettre une certaine traçabilité documentaire, les rectifications sont portées dans le corps de la notice exhaustive, comportant les nouveautés PMSI 2018 relatives aux différents champs d'activité.

* *
*

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2018 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 2018.

A ce titre, les nouveautés concernant le champ d'activité psychiatrie étant applicable au 1^{er} janvier 2018, une première notice relative à ce champ, accompagnée des nouveautés de type "nomenclature", a été publiée le 27 novembre 2017.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO, HAD et SSR, nouveautés applicables au 1^{er} mars 2018. Dans une logique documentaire, l'annexe psychiatrie et nouveautés nomenclature est reproduite (et ajustée) 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 2018, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Dans tous les cas, ces actualisations sont au minimum liées à des modifications du guide méthodologique ou du manuel qui leur sont annexés.

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

Outre un toilettage des références réglementaires et la prise en compte des forfaits créés au 1^{er} mars 2017 (forfaits FPI et AP2), l'arrêté PMSI MCO en date du 23 décembre 2016 ne fait pas l'objet de modification particulière. Seules les annexes I, II, III et IV qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Manuel des GHM – annexe I – BO n° 2018/5 *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° 2018/6 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe III – BO n° 2018/9 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2018/8 *bis*.

Comme chaque année, il sera procédé 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, et ceci notamment pour le *Guide méthodologique*.

Ces annexes seront applicables au 1^{er} mars 2018.

II – Modifications de codage et de recueil

En 2018, 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, FICHCOMP, RSF-ACE) telles qu'indiquées au point IV de cette annexe.

II-1. Mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique (accueil des urgences gynécologiques – AUG).

L'objectif est de procéder au financement des urgences prises en charge dans les unités de gynécologie-obstétrique autorisées au titre de l'article R6123-39 du code de la santé publique.

Il est procédé à l'ajout d'un code prestation pour les AUG dans les fichiers RSF et RSF-ACE. Pour le RSF-ACE, la saisie de la valeur 11 (Unités d'urgences gynécologiques) dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » ne suffit plus, il faut obligatoirement mettre le nouveau code AUG dans le champ « code acte ».

II-2. Consultations avancées

On observe une augmentation de demandes visant à étendre l'autorisation de facturer des Actes et consultations externes – ACE, en particulier sur des sites ne disposant pas d'autorisation MCO ou SSR.

Deux cas de figures peuvent se présenter :

- Consultations avancées : des professionnels de santé salariés sont projetés hors les murs de l'établissement de santé (centres de santé, EHPAD, collectivités territoriales ...) pour assurer des plages de consultations ;
- Consultations MCO sur des sites Psy ou SSR : des professionnels de santé salariés, relevant d'une unité MCO, assurent des plages de consultations sur des sites géographiques disposant d'une autorisation de psychiatrie.

Il est décidé de procéder comme suit : les données de consultations réalisées par des praticiens salariés, relevant d'une unité MCO et projetés « hors les murs » de leur unité, sont transmises par l'établissement sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien, et ceci même si cela constitue une rupture avec le principe selon lequel le FINESS transmis correspond au lieu de réalisation de l'acte. Pour les établissements ex-DG, Il est procédé à l'ajout d'une modalité dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » dans le RSF-ACE C : « hors les murs », avec la valeur 13. Pour les établissements ex-OQN dont les professionnels salariés réaliseraient ce type de consultation « hors les murs » en 2018, le recueil de la consultation s'effectuera dans le RSF-C, selon les modalités habituelles.

II-3. Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus.

A compter du 1^{er} mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est mis en place. Ce recueil est porté par un fichier FICHCOMP pour les établissements de santé ex DG et par le RSF-H pour les établissements de santé ex OQN (voir détail en Annexe 6). Dans un premier temps, et afin que les établissements s'approprient ce recueil par indication, les contrôles ne seront pas bloquants.

II-4. Production des séjours par les établissements publics de santé : gestion des séjours multi entités géographiques

Les règles de production ont évolué à compter du 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, les passages successifs (*date d'entrée du 2^{ème} résumé = date de sortie du 1^{er} résumé*) d'un même patient dans des unités médicales situées sur des sites géographiques différents relevant d'une même entité juridique, donnent lieu à la production (et facturation) d'autant de séjours que de passages successifs dans les entités géographiques (EG) différentes.

Ces règles ont été décrites dans la notice suivante :

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2916/notice_technique_ndeg_cim-mf-537-4-2016_atih_prod_sejour_par_eg_completee_decembre_2016.pdf

Trois précisions nécessitent d'être apportées à compter de 2018 :

⇒ Calendrier

- La contrainte calendaire fixant à 2018 la production des séjours selon le scénario cible est levée.
- Il existe donc une prorogation, sans limite temporelle, des scénarios transitoires proposés :
 - soit maintien de la production des séjours aux bornes de l'entité juridique (règles historiques antérieures à 2016) ;
 - soit production selon la solution transitoire (voir ci-après).

⇒ Solution transitoire :

- Cette solution consiste à produire les séjours par entité géographique, en conservant cependant un dossier de facturation unique pour l'ensemble des séjours contigus. Les RSS contigus portent donc le même n° administratif de séjour.
- Jusqu'à ce jour cette modalité était acceptée avec l'avertissement suivant « *les établissements se doivent cependant d'en assumer toutes les conséquences en termes de facturation* » (cf notice référencée ci-dessus).
- Une gestion plus rigoureuse est attendue à partir de 2018 : ainsi, la production d'un dossier de facturation ANO-HOSP unique n'est pas autorisé si les conditions de prise en charge Assurance Maladie du patient sont différentes d'un séjour contigu à l'autre (notamment exonération du ticket modérateur). Le cas échéant, il convient d'identifier des dossiers de facturation ANO-HOSP et des n°administratifs de séjour spécifiques à chaque séjour EG.

⇒ Prestation interétablissement (PIE)

- Les deux options techniques décrites ci-dessous sont possibles pour gérer une séquence PIE A-B-A au sein de la même entité juridique (EJ).
 - L'utilisation des modes d'entrée/sortie « 0 » *transfert provisoire* :
 - L'EG A demandeuse produit un séjour unique ;
 - L'EG B prestataire produit un séjour non facturable (sauf séances de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie).

- L'utilisation des modes d'entrée/sortie « 6 » *mutation* est également possible puisqu'elle permet la production/facturation d'un séjour unique pour la séquence PIE A-B-A intra EJ.
- Pour rappel, il convient de respecter les règles de production des séjours répondant à la définition des PIE, règles décrites dans les guides méthodologiques. En particulier, l'utilisation des modes d'entrée/sortie « 7 » *transferts définitifs* n'est pas autorisée.

II-5. SMUR : mise en place d'un contrôle bloquant sur le FINESS géographique (référentiel ARHGOS)

Depuis 2016, l'activité des SMUR est recueillie via un FICHSUP SMUR (établissements ex-DG). Les modalités du dispositif sont décrites dans l'instruction N° DREES/DMSI/DGOS/R2/2015/240 du 21 juillet 2015 relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents et dans celui de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence, instruction mise en œuvre à partir de 2016.

Pour rappel, chaque établissement dans lequel est implanté un SMUR ou une antenne de SMUR doit être identifié dans FICHSUP SMUR par son établissement géographique d'implantation, et c'est au niveau de cette entité géographique que doit être renseigné l'ensemble de l'activité SMUR de l'établissement. Pour complément d'information : consulter le paragraphe « Précisions relatives aux consignes de recueil des FICHSUP SMUR » dans l'annexe 3 de la notice financement publiée par l'ATIH http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3134/notice_technique_n_cim-mf-239-3-2017_nouveautes_financement_2017_republication_mai2017.pdf

Pour chaque transmission mensuelle, le recueil est cumulatif depuis le début de l'année.

A compter de la transmission M6 2017, un contrôle bloquant basé sur les autorisations enregistrées dans le référentiel ARHGOS a été mis en place. Le contrôle réalisé consiste à bloquer la transmission du FICHSUP SMUR dont le FINESS géographique n'a pas une modalité 26 *SMUR Structure mobile d'urgence et de réanimation*, 27 *SMURP Structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique* ou 29 *SMUR Antenne*, pour l'activité 14 *Médecine d'urgence*.

En cas de difficulté, les établissements sont invités à se rapprocher des gestionnaires FINESS et responsable ARHGOS des ARS.

II-6. Evolution du modèle de financement de la radiothérapie

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a autorisé l'expérimentation d'un financement au parcours dans le champ des affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe. Le nouveau modèle de financement par forfait de l'activité de radiothérapie va être déployé dans tous les centres autorisés en France. Dans un premier temps, un recueil sera expérimenté auprès de structures volontaires.

Ce nouveau modèle de financement est fondé sur les techniques de radiothérapie (et non sur les équipements) et couvre l'intégralité de l'épisode de radiothérapie oncologique pour le patient (préparation/définition du plan de traitement ; contrôle qualité machine / traitement ; radiothérapie) dès lors que ce traitement est réalisable en séance.

Cette expérimentation fait suite aux premiers travaux (enquêtes de pratique et de coût) de 2013 et le premier recueil sera mené au début de l'année 2018. Ce recueil spécifique par épisode de soins est mis en place et réalisé pour l'intégralité des traitements ayant débuté un mois donné, selon des modalités différentes entre les opérateurs :

- Recueil de l'ensemble des données pour toute radiothérapie entrant dans la plage de recueil : établissements ex-DG
- Recueil des caractéristiques des traitements, de façon complémentaire à la facturation habituelle : cabinets libéraux

En pratique des outils de recueil seront mis à disposition des établissements et des cabinets. Parallèlement, dans les établissements ex-DGF, la récupération des actes réalisés se fera à partir du PMSI.

II-7. Expérimentation des hôtels hospitaliers

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et son décret d'application du 12 décembre 2016 ont ouvert la possibilité pour les établissements de santé de proposer une prestation non médicalisée d'hébergement de patients (« hôtels hospitaliers »), sur la base des recommandations de la HAS.

Cette prestation est assurée par l'établissement, qui peut la réaliser dans ses propres locaux, mais distincts des locaux d'hospitalisation, ou la faire réaliser par un tiers, notamment un prestataire hôtelier ou un partenaire associatif, par exemple.

Cette prestation doit permettre tout à la fois de favoriser le virage ambulatoire et d'améliorer le confort des patients, notamment en évitant les transports fatigants lors de prises en charge itératives (séances de radiothérapie, par exemple).

En février 2017, un appel à projets auprès des hôpitaux désireux de mettre en œuvre cette mesure, a été lancé. Ainsi, 41 établissements ont été autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients.

Il s'agit à présent d'évaluer cette expérimentation en mettant en place un recueil dédié. Les précisions sur les modalités de recueil de cette information seront détaillées dans une prochaine notice spécifique.

III – Classification des GHM : version V2018

La version de la classification des GHM qui sera utilisée à compter du 1^{er} mars 2018 est la version « 2018 ». Cette version sera détaillée dans le *Manuel des GHM* qui sera publié dans le fascicule spécial du *Bulletin Officiel* n° 2018-5 bis et sur le site de l'ATIH.

Trois évolutions sont intégrées :

- 03K04 *Séjours comprenant certains actes non opératoires de la CMD 03*
 - Intégration de l'acte HCGA003 *Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal* dans la liste A-268
- 05K24 *Dilatations coronaires et autres actes thérapeutiques sur le cœur par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans*
 - Suppression de la liste A-353 de l'acte DASF074 *Fermeture de l'appendice atrial [auricule] gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne*
- 05K22 *Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du cœur, âge supérieur à 17 ans*
 - Intégration dans la liste A-351 de l'acte DASF074 *Fermeture de l'appendice atrial [auricule] gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transoesophagienne*

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-2018>

➤ **Formats RUM/RSS**

Pas de changement

➤ **FICHSUP**

Une modification est apportée avec la mise en place d'un contrôle bloquant basé sur les autorisations enregistrées dans le référentiel ARHGOS pour les activités des SMUR (voir détail ci-dessus dans le point II).

➤ FICHCOMP

Plusieurs FICHCOMP sont mis en place pour l'année 2018. Ils concernent le suivi des projets suivants :

- **Indication des médicaments de la liste en sus** : ajout de l'indication dans le FICHCOMP médicament pour les établissements ex-DG
- **Evolution du modèle de financement de la radiothérapie** : recueil spécifique par épisode de soins
- **Suivi des expérimentations sur la mise en place d'« hôtel hospitalier »**

➤ RSF et RSF-ACE

Les principales évolutions 2018 sont décrites précédemment dans le Chapitre II et synthétisées ci-dessous :

- **Mise en place du recueil de l'activité d'urgence gynécologique (accueil des urgences gynécologiques – AUG).**
 - Ajout d'un code acte pour les AUG dans les fichiers RSF et RSF-ACE
- **RSF-ACE A** : Ajout des champs concernant l'état des « factures tiers » (cf VIDHOSP, évolution décrite en annexe 6 « évolutions des fichiers PMSI »).
- **RSF-ACE C et RSF-C** : Les consultations réalisées par des praticiens salariés, relevant d'une unité MCO et projetés « hors les murs » de leur unité, sont transmises par l'ES sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien, même si cela constitue une rupture avec le principe selon lequel le FINESS transmis correspond au lieu de réalisation de l'acte.
Pour les établissements ex-DG, il est procédé à l'ajout d'une modalité dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » dans le RSF-ACE C : « hors les murs ».
- **Ajout de l'information relative à l'indication médicaments pour les établissements ex-OQN : RSF-H.**

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté PMSI HAD en date du 23 décembre 2016 fait l'objet d'une mise à jour relative au recueil du fichier des conventions, en lien avec l'intervention concomitante HAD et SSIAD ou SPASAD au domicile du patient (cf point II ci-dessous). Par ailleurs, les annexes I, II et III qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes

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° 2018-7bis 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 « Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage » et III « 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI » seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2018-8bis et BO n°2018-9bis.

La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2018.

II – Modifications de codage et de recueil

II-1. Interventions concomitantes HAD-SSIAD ou SPASAD au domicile du patient

Jusqu'en 2017 inclus, l'intervention concomitante de l'HAD et d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ou d'un SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) n'était pas autorisée.

À partir de 2018, cette intervention commune au domicile du patient sera possible pour les patients initialement pris en charge en SSIAD/SPASAD, c'est-à-dire les patients bénéficiant d'une prise en charge en SSIAD ou SPASAD avant leur admission en HAD

Concernant la tarification de l'HAD : une minoration du GHT de chaque journée de prise en charge conjointe sera appliquée selon un modèle similaire à celui de la prise en charge d'un patient en EHPAD. Le taux de cette minoration sera précisé ultérieurement.

Les modifications induites dans le format des fichiers sont détaillées ci-dessous dans le paragraphe IV – Nouveautés concernant le format des fichiers.

II-2. Référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus.

A compter du 1^{er} mars 2018, un recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus est mis en place. Ce recueil est porté par un fichier FICHCOMP pour les établissements de santé ex DG et par le RSF-H pour les établissements de santé ex OQN (voir détail en Annexe 6).

II-3. Autres modifications

Quelques modifications du périmètre des modes de prises en charge sont consignées dans le guide méthodologique (modifications du chapitre 7).

III – Transfusion sanguine

Afin de favoriser le développement de la transfusion sanguine en HAD, la tarification des GHPC comprenant le MPP ou le MPA 18 (Transfusion sanguine) est augmentée.

À partir de mars 2018, la pondération attribuée aux :

- MPP 18 Transfusion sanguine passe de 2,15 à 3,15
- MPA 18 Transfusion sanguine passe de 1,2642 à 3,15

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

➤ Modification du codage dans la rubrique Type de lieu de domicile

Interventions conjointes HAD-SSIAD ou SPASAD¹

Afin de repérer les journées de prises en charges conjointes avec un SSIAD ou un SPASAD,

- Création d'une nouvelle modalité « 6 » pour le Type de lieu de domicile, signifiant « domicile personnel du patient ou autre domicile avec intervention concomitante d'un SSIAD/SPASAD »

➤ Évolution du fichier des conventions

- Afin de repérer les journées de prises en charges conjointes avec un SSIAD ou un SPASAD,
 - o Le fichier des conventions ESHAD-ESMS est élargi :
 - Création d'une nouvelle modalité (valeur 33) pour «le type d'établissement » pour les SSIAD-SPASAD
 - Ajout des FINESS des SSIAD et SPASAD

➤ FICHCOMP

- o **Indication des médicaments de la liste en sus.** Depuis septembre 2017, le site internet de la Direction de la Sécurité Sociale communique sur le référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus. Cette demande induit une évolution FICHCOMP :
 - Pour les établissements de santé ex DG : ajout de l'indication dans le FICHCOMP médicament
 - Pour les établissements de santé ex OQN : ajout d'un champ permettant de recueillir l'indication dans le RSF-H.
 - Dans un premier temps, et afin que les établissements s'approprient ce recueil par indication, les contrôles ne seront pas bloquants.
- o **Aide au remplissage du FICHCOMP « Médicaments couteux hors liste en sus et hors ATU »**
 - Un document précisant les modalités de remplissage de ce FICHCOMP sera publié sur le site de l'ATIH à la rubrique [HAD/Documentation/Médicaments/Les médicaments spécifiques de l'HAD](#)

➤ VIDHOSP

Voir les modifications à prendre en compte à l'Annexe 6 ci-dessous « Evolutions des fichiers PMSI ».

¹ Cf. paragraphe II – Modifications apportées au Guide méthodologique HAD

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR en date du 23 décembre 2016 fait l'objet d'une modification liée à la création d'une nouvelle variable « type d'unité spécifique » (cf point II ci-dessous). Par ailleurs, les annexes I, II, III et IV qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes

- Manuel des groupes médicoéconomiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2018/1 *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° 2018/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2018/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2018/8 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2018/9 *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 2018 (soit la semaine 9 de l'année 2018).

II – Modifications de codage et de recueil

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

II-1. Nouvelle variable : « Type d'unité spécifique »

Cette variable concerne à compter de 2018 les unités de soins palliatifs, les unités cognitivo-comportementales, les unités d'EVC-EPR. Cette variable a vocation à identifier les établissements de santé disposant d'une reconnaissance contractuelle ou d'une déclinaison dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou d'un financement spécifique pour une ou plusieurs des activités spécifiques mentionnées ci-dessus, avec identification d'une unité spécifique pour développer l'activité considérée. Cette nouvelle variable est mise en place pour pouvoir individualiser l'activité de ces unités particulières à des fins descriptives (pour les 3 types d'unités) et à des fins de financement (en 2018 uniquement pour les USP).

II-2. La date de réalisation de l'acte CSARR devient obligatoire. Le recueil de la date de réalisation de l'acte CSARR est déjà largement mis en place dans les établissements (plus de 96% des dates de réalisations sont renseignées). L'obligation de saisir la date de la réalisation de l'acte permettra à terme de faire des contrôles de cohérence sur acte principal/acte complémentaire.

II-3. Recueil de la dépendance

Dans le cadre des travaux sur la dépendance, une évolution des modalités de recueil a été retenue par le groupe technique « dépendance en SSR » géré par l'ATIH. Lors du comité technique SSR du 05/07/2017, pour permettre le recueil de l'information relative à la toilette dès 2018, il a été décidé de faire évoluer la variable dépendance à l'habillage : ainsi, cette variable devient **dépendance à l'habillage ou à la toilette**

On cotera l'habillage lorsque le patient s'habille ou est habillé par le personnel du service (port de vêtements de ville). Dans le cas contraire (patient restant en pyjama) on cotera la toilette.

LA TOILETTE inclut deux actions :

- la toilette du haut du corps : se laver au-dessus de la taille, se raser et se coiffer ;
- la toilette du bas du corps : se laver les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds.

L'installation sanitaire dont dispose la chambre/le service (baignoire, douche...) n'entre pas dans l'évaluation : on peut se laver et être propre sans disposer d'une baignoire ou d'une douche.

Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu : on se situe dans le cadre de l'hygiène corporelle, non dans celui de la recherche esthétique.

Attention si le patient se lave entièrement seul, une fois que le personnel du service l'a aidé à aller jusqu'à la baignoire/douche/lavabo, alors la cotation de la toilette est 1, les difficultés de locomotion seront cotées dans la variable déplacement et locomotion.

II-4. Consultations avancées

On observe une augmentation de demandes visant à étendre l'autorisation de facturer des Actes et consultations externes – ACE, en particulier sur des sites ne disposant pas d'autorisation SSR.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- Consultations avancées : des professionnels de santé salariés sont projetés hors les murs de l'établissement de santé (centres de santé, EHPAD, collectivités territoriales ...) pour assurer des plages de consultations ;
- Consultations SSR sur des sites Psy : des professionnels de santé salariés, relevant d'une unité SSR, assurent des plages de consultations sur des sites géographiques disposant d'une autorisation de psychiatrie.

Il est décidé de procéder comme suit : les données de consultations réalisées par des praticiens salariés, relevant d'une unité SSR et projetés « hors les murs » de leur unité, sont transmises par l'établissement sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien, et ceci même si cela constitue une rupture avec le principe selon lequel le FINESS transmis correspond au lieu de réalisation de l'acte. Pour les établissements sous DAF, il est procédé à l'ajout d'une modalité dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » dans le RSF-ACE C : « hors les murs », avec la valeur 13. Pour les établissements OQN dont les professionnels salariés réaliseraient ce type de consultation « hors les murs » en 2018, le recueil de la consultation s'effectuera dans le RSF-C, selon les modalités habituelles.

III – Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2018

Les évolutions du CSARR pour l'année 2018 ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 de la présente notice.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2018 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 5 de la présente notice.

Les principales évolutions sont décrites dans l'annexe 5 « Nomenclatures ».

V – Classification en GME

La version de classification GME qui sera mise en œuvre en mars 2018 est la même que celle qui a été mise en œuvre en mars 2017.

Il n'y a donc pas de nouveauté 2018 en matière de classification. Cette version sera qualifiée de V2018, mais est équivalente à la V2017.

VI – Nouveautés concernant le format des fichiers

➤ RHS

- Création de la variable : « Type d'unité spécifique »

➤ FICUM

Pas de changement en 2018.

➤ VID-HOSP, RSF-C et RSF-ACE

Les principales évolutions 2018 sont décrites dans l'annexe 6 : « évolutions des fichiers PMSI ».

- **RSF-ACE A** : Ajout des champs concernant l'état des « factures tiers » (cf VIDHOSP, évolution décrite en annexe 6 « évolutions des fichiers PMSI »).
- **RSF-ACE C** : Les consultations réalisées par des praticiens salariés, relevant d'une unité SSR et projetés « hors les murs » de leur unité, sont transmises par l'ES sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien, même si cela constitue une rupture avec le principe selon lequel le FINESS transmis correspond au lieu de réalisation de l'acte.
Pour les établissements sous DAF, Il est procédé à l'ajout d'une modalité dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » dans le RSF-ACE C : « hors les murs ».

VII - Production des séjours par les établissements publics de santé : gestion des séjours multi entités géographiques

Les règles de production ont évolué à compter du 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, les passages successifs (*date d'entrée du 2^{ème} résumé = date de sortie du 1^{er} résumé*) d'un même patient dans des unités médicales situées sur des sites géographiques différents, relevant d'une même entité juridique, donnent lieu à la production d'autant de séjours que de passages successifs dans des entités géographiques (EG) différentes. Ces règles ont été décrites dans la notice suivante :

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2916/notice_technique_ndeg_cim-mf-537-4-2016_atih_prod_sejour_par_eg_completee_decembre_2016.pdf

Une précision nécessite d'être apportée à compter de 2018.

⇒ Calendrier

- La contrainte calendaire fixant à 2018 la production des séjours selon le scénario cible est levée.
- Il existe donc une prorogation, sans limite temporelle, du scénario transitoire proposé consistant à maintenir la production des séjours aux bornes de l'entité juridique (règles historiques antérieures à 2016).

VIII Clôture des séjours longs

~~Dans le cadre de la mise en place de la réforme du financement SSR, pour pouvoir calculer la DMA des séjours longs (sur plus de 3 années de recueil PMSI) et pour prendre en compte la transmission des RHA sur les années N et N-1, il est demandé aux établissements de clôturer les séjours longs.~~

~~Les dates de recueil à prendre en compte pour les années 2016 à 2018 sont les suivantes :~~

~~2016 : lundi 04/01/2016 – dimanche 01/01/2017~~

~~2017 : lundi 02/01/2017 – dimanche 31/12/2017~~

~~2018 : lundi 01/01/2018 – dimanche 30/12/2018~~

~~Les établissements doivent clôturer les séjours avec date de début antérieure au lundi 02/01/2017 (premier jour de recueil de l'année 2017). La date de clôture du séjour est le dimanche 31/12/2017 (dernier jour de recueil de l'année 2017).~~

~~Pour l'année de recueil de 2018, les établissements doivent créer un nouveau séjour administratif avec une date de début commençant au plus tôt le lundi 01/01/2018 (premier jour de recueil de l'année 2018).~~

~~Cette procédure de clôture des séjours longs sera reproduite chaque année, afin que les séjours produits par les établissements ne s'étendent jamais sur plus de 3 années.~~

VIII - Gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N en hospitalisation complète

Lors de la transmission M12 2017, l'établissement réalise ses transmissions selon les règles en vigueur pour l'ensemble des séjours, quelle que soit leur date de début.

La gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N en hospitalisation complète dans le cadre de la dotation modulée à l'activité (DMA) sera réalisée par les outils de l'ATIH (GENRHA/AGRAF-SSR et OVALIDE) sans changement dans les modalités de recueil PMSI.

Un séjour à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N correspond pour l'année de recueil de 2017, aux séjours dont la date de début est antérieure au 02/01/2017 et dont la date de fin est postérieure au 31/12/2017.

Dans le cadre de la mise en place de la réforme du financement SSR, la dotation modulée à l'activité (DMA) se base sur l'intégralité des résumés composant un séjour. La transmission des résumés ne pouvant excéder deux années de recueil, les séjours concernés feront l'objet de plusieurs valorisations.

Lors de la transmission M12 de l'année de recueil N, un GMT définitif sera attribué aux séjours commencés avant l'année N et non terminés à M12 de l'année N, afin que leurs RHS transmis sur les années N et N-1 soient pris en compte dans la valorisation. Le nombre de journées de présence valorisé inclut l'ensemble des journées des périodes N-1 et N (y compris le dernier jour de présence de l'année N).

Au cours des transmissions en année N+1, les RHS de l'année N+1 de ces séjours seront groupés selon les mêmes règles que les séjours commencés au cours de la période N+1. Les RHS de l'année N ne seront pas pris en compte dans le groupage du séjour transmis en année N+1.

Ainsi :

- Lors de la transmission M12 2017 : les RHS 2016 et 2017 (transmis pour les séjours en hospitalisation complète commencés avant le lundi 02/01/2017 et non terminés au dimanche 31/12/2017) seront intégrés dans le groupage en GME. GENRHA/AGRAF-SSR attribuera le GMT définitif correspondant au GME de ces séjours. Ce GMT sera utilisé pour la valorisation des journées de présence 2016 et 2017 de ces séjours pour le calcul de la DMA réelle de 2017. Le nombre de journées de présence valorisé inclut le dernier jour de présence de 2017.
- Au cours de l'année 2018 : l'établissement réalise les transmissions des RHS des séjours en hospitalisation complète commencés avant le lundi 02 janvier 2017 et non terminés au dimanche 31 décembre 2017, selon les règles en vigueur pour l'ensemble des séjours. Ainsi les RHS 2017 et 2018 (du lundi 02/01/2017 à la fin de la période de transmission 2018) de ces séjours seront transmis. Les RHS 2018 de ces séjours seront groupés selon les mêmes règles que les séjours commencés en 2018. Les RHS de l'année 2017, pour lesquels un GMT définitif a été attribué au GME à M12 2017 (au 31/12/2017), ne sont alors pas pris en compte par GENRHA/AGRAF-SSR en 2018.
- Lors de la transmission M12 2018 (date de fin de l'année de recueil 2018 = 30/12/2018):
 - Les séjours I en hospitalisation complète commencés avant le 02/01/2017 seront groupés uniquement sur les RHS de 2018 et un GMT provisoire 8888 leur sera attribué selon les mêmes règles que les séjours commencés en 2018 (du lundi 01/01/2018 au dimanche 30/12/2018),
 - Les séjours en hospitalisation commencés au cours de l'année de recueil PMSI 2017 (séjours commencés entre le lundi 02/01/2017 et le dimanche 31/12/2017) et non terminés à M12 2018 (le dimanche 30/12/2018) seront groupés en GME. GENRHA/AGRAF-SSR attribuera le GMT définitif correspondant au GME de ces séjours. Ce GMT sera utilisé pour la valorisation 2017 et 2018 de ces séjours dans le calcul de la DMA réelle 2018. L'ensemble des journées de présence des années 2017 et 2018 est inclus dans la valorisation (y compris le dernier jour de présence de 2018).

Cette procédure de gestion des séjours à cheval sur deux exercices (année N-1 et année N) et non clos en fin d'exercice de l'année N en hospitalisation complète sera reproduite chaque année, afin que les séjours produits par les établissements et non terminés soient valorisés avec un GMT définitif au maximum toutes les 2 années de recueil.

Pour rappel, les dates de début et de fin des périodes de recueil sont les suivantes :

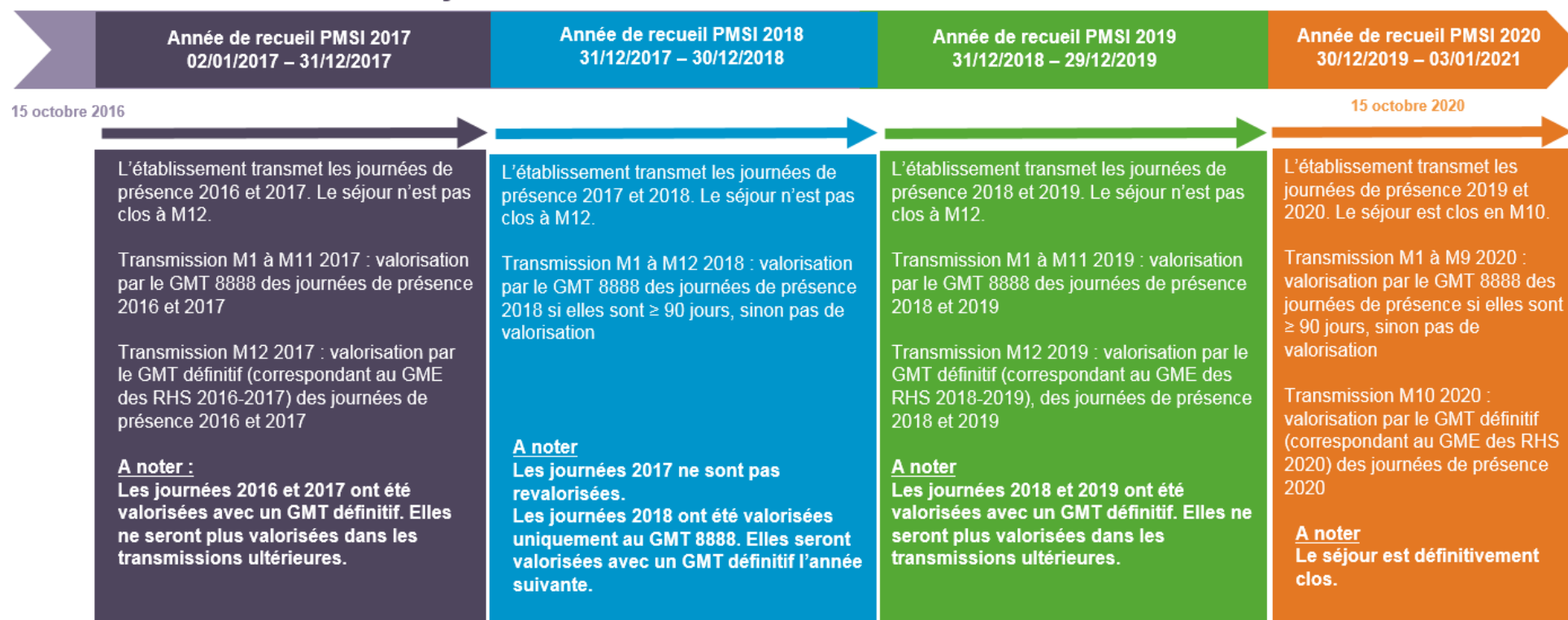
Période de recueil 2016 : lundi 04/01/2016 – dimanche 01/01/2017 inclus

Période de recueil 2017 : lundi 02/01/2017 – dimanche 31/12/2017 inclus

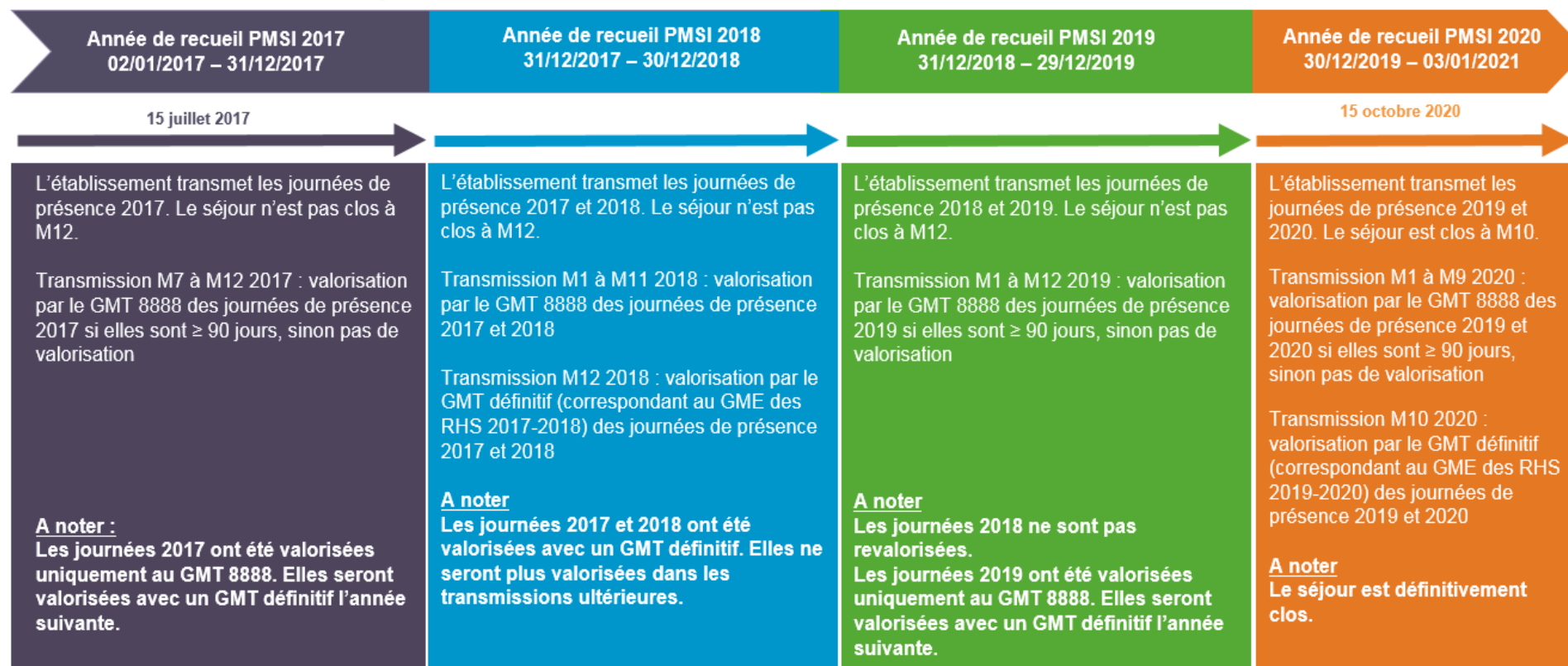
Période de recueil 2018 : lundi 01/01/2018 – dimanche 30/12/2018 inclus

Les exemples ci-dessous illustrent les modalités de transmission décrites dans ce paragraphe.

Séjour avec date d'entrée = 15/10/2016 et date de sortie = 15/10/2020



Séjour avec date d'entrée = 15/07/2017 et date de sortie= 15/10/2020



Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

I – Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 23 décembre 2016² fera l'objet d'une mise à jour, liée à la production du nouveau recueil « isolement – contention » décrit aux points II et IV ci-dessous, et aux évolutions 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.

Cette 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 1^{er} janvier 2018.

II – Modifications de codage et de recueil

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

- **Nouveau recueil « Contention et isolement »**

L'article L.3222-5-1³ du Code de la Santé Publique organise la traçabilité du recours à la contention et à l'isolement au sein de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

L'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 énonce que « *le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) a vocation à intégrer à partir de 2018, sur la base des recommandations pour la pratique clinique publiée par la HAS4, des données relatives au recours à la contention et à préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement* ».

Elle précise aussi l'utilisation des données au sein de chacun de ces établissements ainsi qu'aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.

Ainsi, conformément à cette instruction, à partir du 1^{er} janvier 2018, les établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement doivent procéder au recueil des données relatives au recours à l'isolement et à la contention, en plus du recueil qui couvre les prises en charge à temps complet et à temps partiel sous la forme de résumés par séquence (RPS) et les prises en charge ambulatoires sous la forme de résumés d'activité ambulatoire (RAA).

Un recueil FICHCOMP « Contention et Isolement » est mis en place à compter du 1^{er} janvier 2018 à cet effet.

Le format, les variables constitutives ainsi que les modalités de transmission de ce recueil sont précisés au paragraphe IV ci-dessous.

- **Prestation Inter établissements (PIE)**

On désigne par « prestation inter établissements » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, relevant du même champ d'activité, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même. Le dispositif de recueil proposé pour le RIM-P est similaire à celui mis en place dans les autres champs d'activité : MCO et SSR.

² Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

³ Introduit par l'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

Ainsi on parle de prestation inter établissements dans les conditions suivantes :

- un patient est provisoirement transféré d'un « établissement de santé Psychiatrique demandeur A » vers un « établissement de santé Psychiatrique prestataire B » pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
- le séjour du patient en B dure au maximum 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A ;
- le séjour en A et la prestation réalisée en B relèvent du même champ d'activité (psychiatrie).

L'établissement de santé psychiatrique demandeur A :

Il est fortement recommandé de ne produire qu'un seul RPS englobant la période de suspension de l'hospitalisation.

Ce RPS comprendra la prestation effectuée en B dont A assume la charge financière, notamment le code du ou des actes s'il s'agit d'actes médicotechniques inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

et le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* en position de diagnostic et facteurs associés pour signaler qu'une prestation a été réalisée dans un autre établissement.

- La déclaration des journées de présence dans ce RPS suit les règles habituelles.

L'établissement de santé psychiatrique prestataire B :

- doit produire un RPS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (transfert provisoire pour et après réalisation d'un acte);
- les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2018 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 5 de la présente notice.

IV – Nouveautés concernant le format des fichiers

➤ **RPS :**

- Nouveau mode d'entrée et de sortie : Code 0 *Transfert provisoire (« transfert pour ou après réalisation d'un acte »)*

➤ **FICHCOMP « Contention et Isolement » :**

Sont listées ci-après les variables constituant ce fichier ainsi que leurs longueurs respectives.

- FINESS d'inscription e-PMSI [9]
- N° de séjour [20] : Même n° que celui présent dans le RPS du patient
- Type de prestation [2] : valeur par défaut égale à 12 (permettant d'identifier ce fichier FICHCOMP dans les bases e-pmsi de l'ATIH)
- N° de mesure [7] : N° interne à l'établissement
- Type de contention / isolement [1] : A à E. Conformément à l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017
- Date de début de la mesure [8] : au format JJMMAAAA
- Heure de début de la mesure [4] : au format HHMM
- Date de fin de la mesure [8] : au format JJMMAAAA (Laisser à vide tant que la mesure n'est pas finie)
- Heure de fin de la mesure [4] : au format HHMM (Laisser à vide tant que la mesure n'est pas finie)

Ce fichier Fichcomp recueillera les mesures d'isolements et de contentions.

La « mesure », est à différencier de la « décision médicale » :

- Une mesure débute par une décision médicale initiale et se termine par une décision médicale de levée de la mesure.

- On entend par « mesure » toute **la période** durant laquelle le patient est sous contention et/ou en isolement.

Les types de mesures A et B décrivent les mesures « d'isolement ».

Les types de mesures C, D ou E décrivent les mesures de « contention ».

Le type de la mesure de contention n'induit pas forcément le type de mesure de l'isolement. Ainsi pour un patient en isolement et en contention simultanément, il est attendu la description du type de l'isolement (A ou B) ET de la contention (C, D ou E).

Exemple 1 :

Pour la journée du 10/01/2018,

- 9h00 : Décision médicale initiale de mise en isolement de type « A » pour 3 heures, soit jusqu'à 12h00.
- 11h00 : Réévaluation de la situation et nouvelle décision médicale de mise en isolement de type « A » pour 8 heures, soit jusqu'à 19h00.
- 18h00 : Réévaluation et décision de levée de la mesure, soit à 18h00.

Le patient aura été en isolement de 9h00 jusqu'à 18h00 le 10/01/2018 : Ce sont bien ces données qui seront enregistrées pour cette mesure.

Dans cet exemple : le Fichcomp comportera 1 ligne :

- Isolement type « A » de 9h00 à 18h00

Exemple 2 :

Pour la journée du 12/01/2018,

- 9h00 : Décision médicale initiale de mise en isolement de type « B » pour 9 heures, soit jusqu'à 18h00.
- 10h00 : Décision médicale de mise en isolement de type « A » pour 8 heures, soit jusqu'à 18h00.
- 11h00 : Réévaluation de la situation et nouvelle décision médicale de mise en contention de type « C » pour 2 heures soit jusqu'à 13h00 (le patient est par ailleurs toujours en isolement de type « A »)
- 12h30 : Réévaluation de la situation et nouvelle décision médicale de mise en contention de type « C » pour 2 heures soit jusqu'à 14h30. (le patient est par ailleurs toujours en isolement de type « A »)
- 14h30 : Réévaluation de la situation et nouvelle décision médicale décision de levée de la mesure de contention, soit à 14h30. (le patient est par ailleurs toujours en isolement de type « A »)
- 18h00 : Réévaluation et décision de levée de la mesure d'isolement de type « A », soit à 18h00.

Dans cet exemple, le Fichcomp comportera 3 lignes :

- 1^{ère} ligne : Isolement type « B », de 9h00 à 10h00
- 2^{ème} ligne : Isolement type « A », de 10h00 à 18h00
- 3^{ème} ligne : Contention type « C », de 11h00 à 14h30

Les données de ce recueil seront anonymisées, puis transmises par le logiciel PIVOINE, de façon trimestrielle et cumulative concomitamment et selon les mêmes modalités techniques que pour les Résumés par séquences (RPS) et Résumés d'activités ambulatoire (RAA).

Les données de ce recueil feront l'objet d'une restitution dans un nouveau tableau de l'application OvalidePsy.

➤ **RAA** : Pas de modification

➤ **VID-HOSP, RSF** : voir annexe 6 « Evolutions des fichiers PMSI ».

Annexe 5

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2018 relatives aux nomenclatures CCAM, CIM-10 et CSARR sont les suivantes.

I – Nouveautés de la CCAM descriptive pour usage PMSI

Dans la publication 2018 de la CCAM descriptive pour usage PMSI, il n'y a pas d'introduction ou de radiation de codes.

Des corrections de forme sont apportées au Guide de lecture.

La version 1 de la CCAM descriptive à usage PMSI 2018 prendra en compte les modifications de la version 50 de la CCAM applicable au 1^{er} janvier 2018.

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

II – Nouveautés de la CIM-10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2018 comprennent les modifications apportées par l'OMS pour 2018, ainsi que les évolutions proposées par l'ATIH.

- Modifications apportées par l'OMS

Les modifications OMS introduites en 2018 sont des modifications mineures sans ajout ni suppression de catégorie ou sous-catégorie.

- Modification de libellé

Le libellé de la catégorie A40.2 est modifié comme suit :

Au lieu de *Sepsis à streptocoques, groupe D* le libellé devient *Sepsis à streptocoques, groupe D et entérocoques*.

Le libellé de la catégorie G04.1 est modifié comme suit :

Au lieu de *Paraplégie spastique tropicale* le libellé devient *Myélopathies associées au virus HTLV-1* avec en note d'inclusion *Paraplégie spastique tropicale*.

Le libellé de la catégorie Z03 est modifié comme suit :

Au lieu de *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies* il faut lire *Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies, non confirmées*. Ce libellé est également modifié dans la note d'exclusion du code Z01.

- Introduction, modification et suppression de note

Environ une centaine de notes sont modifiées pour 2018. Parmi elles, on peut noter que :

- La note de F50.5 *Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques* devient : *Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F44.-) et d'une hypochondrie (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à une des affections classées en dehors de ce chapitre.*
Utiliser, au besoin, un code supplémentaire (O21.-) pour identifier des vomissements incoercibles au cours de la grossesse.
- la *granulomatose avec polyangéite* est incluse dans les catégories J99.1* *Troubles respiratoires au cours d'autres affections disséminées du tissu conjonctif* et N08.5* *Glomérulopathie au cours d'affections disséminées du tissu conjonctif*. Elle est exclue du code L95 *Vascularite [angéite] limitée à la peau, non classée ailleurs*.
- le code N22.0* est rattaché au code B65.0 †

- Modifications de libellés et de notes apportées par l'ATIH

Pour la catégorie K52.3, la colite est précisée comme *non infectieuse* dans le libellé, ce qui l'exclut du code A09.9.

Dans les libellés des codes de sous-catégorie d'obésité modifiés en 2017, l'ATIH a rendu le terme « extrême » facultatif pour le code E66.2 et ses déclinaisons.

Le terme « Sclérose » a été remplacé par le terme « Sclérodermie » pour le libellé du code M34 et ses déclinaisons.

III – Nouveautés du CSARR

- Modifications du guide de lecture

La composition de la structure de maintenance du CSARR est intégrée après la liste des experts ayant contribué aux travaux initiaux du CSARR.

Au paragraphe 1.5, la présentation des notes de titre et de libellés a été réorganisée.

Au paragraphe 3.3.2.1, des précisions sont apportées sur le codage des actes dont l'action est décrite par le mot *Évaluation*.

Des corrections de forme et un ajustement des exemples avec la version 2018 de la liste analytique ont également été réalisés.

L'annexe 1 *Codification : dictionnaire des topographies et des actions* a été complétée

L'annexe relative aux *Codes extension documentaire* a été supprimée dans la mesure où les extensions documentaires ont été intégrées en 2017 dans la liste analytique, dans le chapitre 12 *Gestes complémentaires, modulateurs et extensions documentaires*.

L'annexe 3 *Définitions* a été corrigée pour être en adéquation avec la version 2018 de la liste analytique.

- Modifications de la liste analytique

Les modifications de la liste analytique portent sur les éléments suivants.

Le modulateur BN *Nécessité de recours à un interprète*, est supprimé. Si nécessaire, le code CIM-10: Z60.30 *Difficultés liées à la langue* pourra être utilisé.

La réalisation *en individuel non-dédié* est admise pour 23 nouveaux codes.

La rédaction des évaluations des capacités pour la conduite automobile ZZQ+085 et ZZQ+291 est modifiée

Le sous-chapitre 11.01 *Actes d'évaluation pour les activités de la vie quotidienne [AVQ]* est réorganisé en deux paragraphes au lieu de trois.

La notion *d'activité de base de la vie quotidienne* est introduite pour les codes ZGQ+137, ZGQ+046, ZGQ+279 et ZFR+002.

Les définitions des activités de la vie quotidienne en tête de chapitre 11 *Activité et participation* sont modifiées.

La notion de *lieu d'activité* remplace la notion de *lieu de vie*.

IV – Calendrier

L'ATIH publie en décembre 2017 :

la version complète actualisée du volume I de la CIM-10, comprenant les extensions françaises pour le PMSI (CIM-10 FR 2018),

la version actualisée de la CCAM descriptive à usage PMSI 2018,

la version actualisée du CSARR 2018.

La date d'applicabilité de chacune de ces nomenclatures relève des classifications MCO, HAD, SSR, concernées. Elle est fixée au 1^{er} mars 2018.

Annexe 6

Evolutions des fichiers PMSI

I – VIDHOSP

En 2018, des nouveaux champs sont ajoutés dans les fichiers VID-HOSP et RSF ACE A, concernant l'état des factures tiers AMO, AMC et patient :

Indicateur à rajouter par entrée	Définition	Obligatoire
Montant total du séjour facturé au patient	Montant facturé au titre de la part patient	N
Rejet AMO	Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)	O
Date de facturation AMO	Date de l'envoi de la FT AMO	N
Date de facturation AMC	Date de l'envoi de la FT AMC	N
Date de facturation patient	Date de l'envoi de la FT patient	N
Date de paiement AMO	Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)	N
Date de paiement AMC	Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)	N
Date de paiement patient	Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)	N
Statut FT AMO	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19 et S20)	O
Statut FT AMC	2 : FT en NiNi (statut S13)	O
Statut FT patient	3 : FT payée (S15 + S16 + S17 + S18) 9 : sans objet	O
Pays d'assurance social	Code à 2 lettres du pays d'assurance social du patient (norme ISO 3166)	O

Pour un complément d'informations, il convient de se reporter au cahier des charges éditeurs pour le module pilotage de la chaîne Accueil / Facturation / Recouvrement :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_simphonie_module_pilotage_facturation_cahier_des_charges_editeurs.pdf

II – Fichiers FICHCOMP et RSF-H : médicament et recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus

Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Un référentiel des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus a été produit, qui propose de rassembler, en un document unique, l'ensemble des spécialités et indications inscrites.

Depuis septembre 2017, le site internet de la Direction de la Sécurité Sociale communique ce référentiel :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

La demande de suivi de ces indications conduit à une évolution du fichier FICHCOMP :

- Pour les établissements de santé ex DG : ajout de l'indication dans le FICHCOMP médicament
- Pour les établissements de santé ex OQN : ajout d'un champ permettant de recueillir l'indication dans le RSF-H.

Ce recueil est mis en place pour les champs MCO et HAD.

Ce recueil est obligatoire au 1^{er} juin 2018 pour l'ensemble du champ MCO, à l'exception de l'HAD pour laquelle le renseignement est facultatif sur toute la période du 1^{er} mars 2018 au 28 février 2019.