

NOTICE TECHNIQUE
n° ATIH-693-16-2021
du 21 décembre 2021

Modification du 24 janvier 2022
Modification du 10 février 2022

Campagne tarifaire et budgétaire 2022

Nouveautés PMSI

Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie

La notice ci-dessus référencée est modifiée en date du 24 janvier 2022.

Les modifications concernent :

- Des précisions relatives au maintien de la transmission des actes de radiologie et biologie réalisés lors d'un passage aux urgences, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des urgences (voir p4)
- La correction de dates relatives à la suppression de fichiers (voir p10)

La notice ci-dessus référencée est modifiée en date du 10 février 2022 pour préciser le point relatif à la transmission des actes lors d'un passage aux urgences. Ce point précisé dans la version modificative en date du 24 janvier a fait l'objet de difficultés de compréhension, La présente modification vise à en lever l'ambiguïté (voir p4).

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2022 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 2022.

À ce titre, les nouveautés concernant le champ d'activité SSR, accompagnée des nouveautés de type "nomenclature", a été publiée le 29 novembre 2021, et une seconde notice concernant les nouveautés du champ de la psychiatrie, publiée le 13 décembre.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO et HAD, nouveautés applicables, sauf précision contraire, au 1^{er} mars 2022. Dans une logique documentaire, les annexes SSR, psychiatrie et nouveautés nomenclature sont reproduites 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 2022, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Ces actualisations sont liées aux documents qui leur sont annexés (guide méthodologique, manuel de groupage, nomenclatures).

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.

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Annexe 1

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté PMSI MCO du 23 décembre 2016 ne fait pas l'objet de modifications autres que celles des annexes qui lui sont liées. Les annexes I, II, III et IV sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Manuel des GHM – annexe I – BO n° 2022/5 *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° 2022/6 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe III – BO n° 2022/9 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2022/8 *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, elles 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 2022.

II. Modifications de codage et de recueil

En 2022, ces modifications concernent la création de nouvelles variables, des précisions relatives aux consignes de codage, ainsi que des ajustements ou compléments liés aux nouveautés au sein des fichiers PMSI (RSS, VIDHOSP, FICHCOMP, FICHSUP, RSF, RSF-ACE).

1. Précisions de codage

a. Codage d'un séjour pour COVID malgré un schéma vaccinal complet

Le code *U90.9 Résistances à un traitement, autres et sans précision* est recommandé :

- Pour tout séjour lié à une infection COVID malgré la mise en œuvre d'un schéma vaccinal considéré comme complet par le médecin ayant pris en charge le patient ;
- Ce code est recueilli en diagnostic associé.

Exemple : patient hospitalisé pour infection respiratoire aiguë avec identification du SARS-Cov-2 malgré un schéma vaccinal considéré comme complet.

Codage :

- ✓ DP U07.10 *COVID-19, forme respiratoire, virus identifié*
- ✓ DAS U90.9 *Résistances à un traitement, autres et sans précision*

Si ce séjour survient dans un contexte de déficit immunitaire, il est recommandé de coder ce contexte en diagnostic associé.

b. Codage du sepsis

Faisant suite à la mise à jour du fascicule de codage « Maladies infectieuses » de juin 2021 intégrant la nouvelle définition du sepsis, des évolutions de codage seront précisées en 2022.

2. Recueils liés à des financements

a. Admissions directes non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans

La mesure 5 du pacte de refondation des urgences prévoit de généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées afin de limiter leurs passages aux urgences évitables qui peuvent s'avérer délétères, via des admissions directes en service hospitalier MCO (dénommées ci-après ADNP 75). Cette mesure fait partie du Ségur de la santé et fait l'objet d'un suivi national. Elle est financée depuis 2020 par les ARS dans le cadre de constructions

territoriales, puis à partir de 2023 sur la base de ce recueil dans le cadre d'une incitation qui sera précisée ultérieurement.

Une ADNP se définit comme une admission directe d'un patient depuis son domicile (ou son établissement social ou médico-social d'hébergement) sans passage par un service d'urgence. Cette admission fait suite à la demande d'un médecin. Elle est non programmée car inopinée, c'est-à-dire non prévue 2 jours avant sa réalisation effective.

Le dispositif ADNP 75 repose sur le recueil :

1. du caractère direct de l'admission

Afin de rendre identifiables dans le PMSI l'ensemble des séjours qui se font après passage dans un service d'urgences, une nouvelle provenance est ajoutée au PMSI MCO (mais aussi SSR indépendamment de la mesure 5 précitée).

En complément de la provenance 5 « Avec passage dans une structure d'accueil des urgences de la même entité géographique », la provenance U « Avec passage dans une structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique » est introduite. Le codage de cette provenance est réservé aux situations où le patient n'a fait l'objet que d'un passage dans cette structure d'accueil des urgences sans hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée ayant donné lieu à la production d'un RUM, le mode d'entrée Transfert définitif (code 7) étant alors requis. Le recueil de cette nouvelle modalité « U » est attendu pour les séjours débutant **à partir du 1^{er} janvier 2022 pour** le MCO (à partir de la semaine 9 2022 en SSR).

2. et, du caractère non programmé de l'admission (cf. définition ci-dessous).

Ce critère s'applique aux admissions directes en service hospitalier MCO uniquement. Il est tracé avec une variable « non programmé » dans le RSS. Celle-ci est à recueillir seulement pour le 1^{er} RUM du séjour. Le recueil de cette variable est attendu pour les séjours débutant **à partir du 1^{er} janvier 2022** et n'est introduite que dans le champ MCO.

Le dispositif ADNP75 a fait l'objet d'une notice technique ATIH dédiée ([lien](#)) qui précise les objectifs et la construction du dispositif ainsi que les consignes du recueil.

b.Financement forfaitaire des pathologies chroniques : FICHCOMP.csv Maladie rénale chronique

Le format du recueil pour le forfait Maladie rénale chronique intégrera pour l'année 2022 les modifications suivantes :

- Intégration d'un pseudonyme de l'INS : voir point ci-après « INS (champs MCO, SSR, PSY, HAD) »
- Changement de libellés des variables relatives aux consultations/séances avec les différents professionnels. En cohérence avec l'évolution à venir de l'article 9 de l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale), les libellés de ces variables intégreront pour 2022 la notion de consultation/séance « individuelle »
- La mise en œuvre de la plateforme EvalSanté pour l'envoi des questionnaires patients (PROMIS 29 et questions spécifiques sur l'information reçue par le patient sur la transplantation et les différentes modalités de dialyse) est prévue pour le premier semestre 2022. La collecte des adresses mail des patients doit donc être poursuivie. Le logiciel MATIS évoluera pour le premier semestre (S1) 2022, il sera attendu en entrée un fichier contenant l'ensemble des variables du recueil ainsi que l'adresse mail du patient. Deux fichiers de sortie seront produits, le fichier habituel du recueil MRC et un autre fichier contenant les informations nécessaires à la transmission des questionnaires sur EvalSanté (date d'entrée dans le parcours MRC et adresse mail).

Ces nouveautés donneront lieu à la publication des documents habituels : notice MRC, fichier format et guide de recueil.

La transmission par les établissements des données de l'année 2021 (janvier à décembre) sur la période MRC S1+S2 est attendue pour le 25 mars 2022 pour une validation ARS au 8 avril.

c.CAR-T Cell

Les modalités de financement des médicaments de type CAR-T cell sont modifiées pour 2022.

Ainsi en 2022, chaque séjour pour lequel un patient est traité par injection de CAR-T cell, reste codé en respectant les règles du guide méthodologique en vigueur et classé selon la fonction groupage. Chaque séjour est valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relève. Les médicaments utilisés sont déclarés dans le FICHCOMP liste en sus.

Pour les séjours d'administration de CAR-T cell, un complément forfaitaire au GHS est appliqué dès lors que l'acte CCAM suivant est codé :

FGLF671 Administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par CAR-T cell, un recueil obligatoire a été introduit en 2019¹. Celui-ci permet de contribuer à la connaissance et au suivi en vie réelle des patients pris en charge par les établissements utilisateurs. Ce recueil est effectué dans un fichier de type FICHCOMP.csv. Les données sont recueillies dans le registre français des patients traités par CAR-T géré par le LYSARC² qui fournit ensuite le fichier attendu par l'ATIH. Une nouvelle variable est ajoutée au recueil en 2022, l'INS – l'identité nationale de santé.

Un pseudonyme de l'INS devra y être recueilli à partir du 1^{er} mars 2022.

d.Financement des Hébergements temporaires non médicalisés (FICHCOMP.csv HTNM)

La fréquence de transmission prévue par l'arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé est mensuelle. Pour la première année de mise en œuvre en 2021, la transmission était ouverte sur deux périodes spécifiques M-HTNM-P1 (données de janvier à septembre 2021) et M-HTNM-P2 (données année entière 2021). La date limite de transmission des données sur M-HTNM-P2 est fixée au 24 janvier pour les établissements pour une validation ARS le 7 février.

Pour l'année 2022, les transmissions pourront se faire mensuellement depuis MATIS, les données alimenteront les périodes mensuelles classiques (M1, M2, M3, ...).

Un pseudonyme de l'INS devra y être recueilli à partir du 1^{er} mars 2022.

3. Autres recueils

a.Réforme des urgences : actes CCAM et NABM

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences ([NOTICE TECHNIQUE n° ATIH-234-7-2021 du 04 mai 2021](#)), **le circuit de remontée PMSI des actes médicaux (CCAM) et biologiques (NABM) à l'ATIH est maintenu à l'identique** pour permettre une remontée, pour information, des actes réalisés au cours d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation. Ainsi, tous les établissements, y compris les établissements ex-OQN, doivent pouvoir poursuivre la transmission à l'ATIH des fichiers RSF M et RSF L permettant respectivement la description des actes CCAM et des actes NABM réalisés au cours des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Cette transmission à l'ATIH doit se faire sans code de regroupement associé dans le fichier RSF C qui sert à la facturation, la facturation de ces actes se faisant désormais de façon forfaitaire. La persistance de ce circuit garantit une continuité de la description de ces actes dans le PMSI. Une notice dédiée au dispositif global mis en œuvre dans le cadre de la réforme du financement des urgences sera produite prochainement.

En pratique :

- En ce qui concerne les établissements ex-DG, le principe est de ne rien changer aux modalités antérieures de communication entre les systèmes d'information Laboratoires et Radiologie (SIL-SIR) et la Gestion Administrative des patients (GAP) lorsque les éléments dont la remontée est souhaitée sont disponibles.
- Pour les établissements ex-OQN, lorsque les suppléments (ou leurs équivalents) sont transmis à la GAP par les SI des prestataires libéraux, en lieu et place des actes habituels de biologie et d'imagerie, ils tiennent lieu de facture et ne peuvent être associés aux codes prestations habituels, dans le même

¹ <https://www.atih.sante.fr/notice-technique-campagne-tarifaire-2019>

² The Lymphoma Academic Research Organisation, organisation académique européenne dédiée aux opérations de recherche clinique dans le lymphome.

envoi. Dans ce cas de figure la remontée à l'ATIH des codes prestations habituels, non présents dans la GAP, n'est pas exigible.

- Enfin, l'intégration de prestations non facturées à l'AMO dans les RSF demande des développements spécifiques. Alors que se mettent en place à la fois les réformes de financement applicables au 1er janvier 2022 et les adaptations liées à la campagne 2022-2023, il n'est pas attendu la mise en place de ces remontées pour information dès M01 mais autant que possible celle d'une remontée la plus exhaustive possible à M12 2022.

Une notice dédiée au dispositif global mis en œuvre dans le cadre de la réforme du financement des urgences sera produite prochainement.

b.DM intra-GHS

Le dispositif « intra-GHS », introduit à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale par la loi du 29 décembre 2011 de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, conditionne l'achat, la fourniture et l'utilisation de certains dispositifs médicaux par les établissements de santé, et leur prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation, à l'inscription sur une liste, dite « intra-GHS ».

En 2022, il est demandé aux établissements de santé de transmettre les données relatives à l'utilisation de ces dispositifs médicaux dans un nouveau fichier complémentaire. Le format du fichier est le suivant :

FICHCOMP.csv DM Intra GHS	Fichier 1/1	Date de début de recueil : p avril 2022
ex-DG/ex-OQN		Format à définir
Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINESS PMSI	<i>finesspmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9905
N°ordre	<i>id_ord</i>	1
Date d'utilisation	<i>date_util</i>	JJMMAAAA
Code IUD-ID	<i>code_iud_id</i>	Défini à l'article 27 du règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux
Nombre d'unités implantées	<i>nb_unitimpl</i>	

Le référentiel des codes IUD-ID sera publié sur le site internet du ministère³ :

Ce recueil sera facultatif à partir de janvier 2022 et deviendra obligatoire à compter d'avril 2022.

III. Classification des GHM : version V2022

Deux évolutions sont proposées pour 2022.

1. Refonte de la CMD 09 chirurgicale

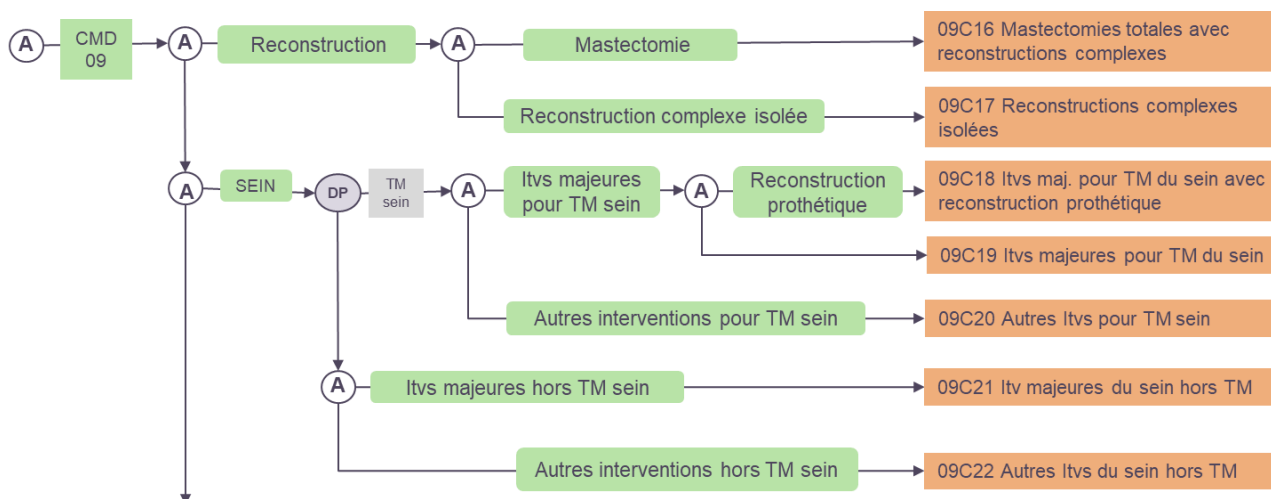
Pour mieux repérer les racines ambulatoires et rendre les racines plus homogènes en matière de lourdeur des prises en charge, un travail a porté sur la CMD09 dans sa partie chirurgicale. La CMD09C a donc été complètement analysée et revue, en collaboration avec des professionnels concernés et les fédérations.

Ceci a amené à mieux repérer des prises en charges lourdes ou concomitantes, à modifier le découpage et l'arbre de classification et à différencier des actes dits lourds, intermédiaires ou légers, ces derniers étant le plus souvent réalisés en ambulatoire.

Actes sur le sein

Prise en compte de la lourdeur de certains actes et description améliorée des gestes concomitants, tels que la pose de repères et les différents actes de reconstruction simultanée. Ceci a amené à la création de 7 racines permettant que l'ensemble des prises en charge du sein soit plus homogène.

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>



La racine 09C11 de reconstruction mammaire par lambeau est divisée en reconstruction seule et mastectomie + reconstruction. Une racine spécifique 09C18 concernant les mastectomies totales avec reconstruction prothétique concomitante est testée en amont des interventions majeures isolées (mastectomies). Afin de limiter le nombre de racines, mais également en raison de la nature et de l'impact variable qu'ils présentent (durée et coût) en fonction de la chirurgie avec lesquels ils sont réalisés, la pose de harpon est prise en compte dans certaines situations et est valorisée par des GHS majorés. La recherche de ganglions sentinelles reste également valorisée par des GHS majorés.

La présence d'actes de mastectomie ou de tumorectomie avec curage, spécifiques de prises en charges malignes, a été observée dans les 2 racines d'interventions hors tumeur maligne du sein (09C21 et 09C22). Il est proposé de ne pas restreindre l'utilisation de ceux-ci. En revanche, des tableaux OVALIDE signaleront les incohérences afin de pouvoir les corriger.

Enfin, les consignes de codage concernant les reconstructions à distance étant très précises et répétées depuis plusieurs années, la possibilité de codage de tumeur maligne en DAS, codage qui réorientait le séjour dans une racine de tumeur maligne, n'aura plus d'impact sur le groupage. A contrario, il devient autorisé de coder un antécédent de tumeur maligne du sein en DR.

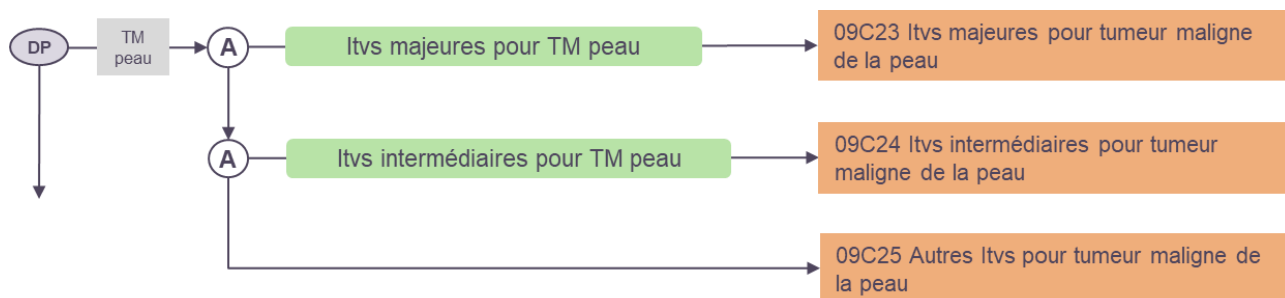
Conséquences pour la valorisation :

- Disparition des GHS majorés attenants à la racine 09C11
- Maintien de GHS majorés pour la recherche de ganglions sentinelles
- Création de GHS majorés en cas de harpon pour tumorectomie
- Création de GHS majorés en cas de ganglion sentinelle + harpon lors de tumorectomies pour cancer du sein.

SEIN	racine	libellé	ganglion	harpon	harpon + ganglion
TM	09C16	Mastectomies totales avec reconstructions complexes	X		
	09C17	Reconstructions complexes isolées			
	09C18	Interventions majeures pour tumeur maligne du sein avec reconstruction prothétique	X		
	09C19	Interventions majeures pour tumeur maligne du sein	X		
	09C20	Autres interventions pour tumeur maligne du sein	X	X	X
Hors TM	09C21	Interventions majeures hors tumeur maligne du sein			
	09C22	Autres interventions hors tumeur maligne du sein		X	

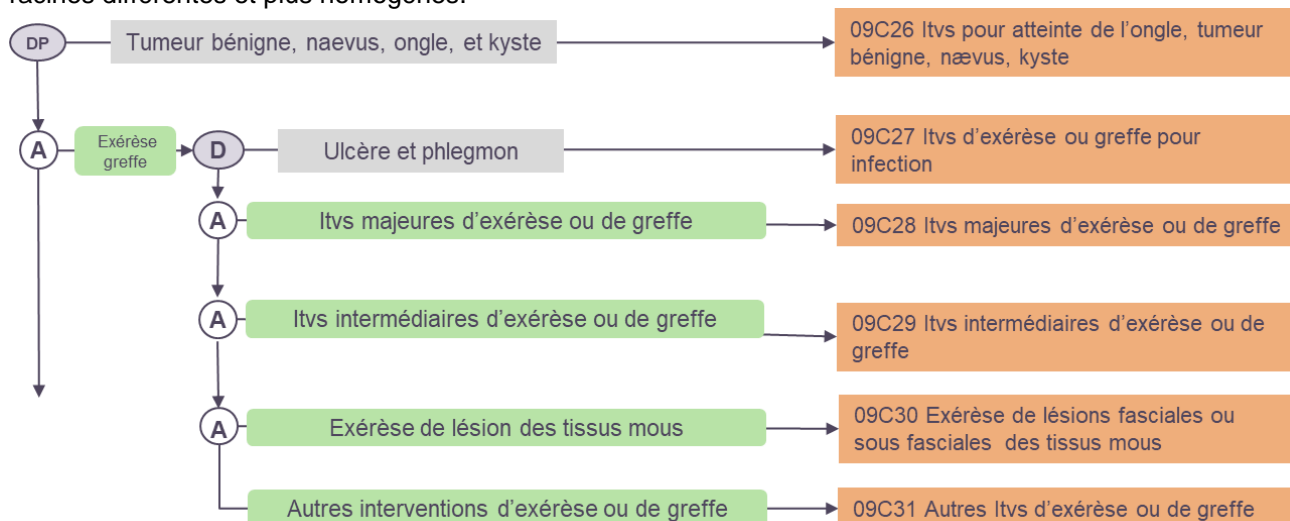
Tumeurs malignes de la peau

Il a été décidé de créer des racines spécifiques pour les prises en charges de tumeur maligne de la peau. Trois racines ont été créées en fonction de la lourdeur des actes réalisés, de la DMS et des coûts des séjours concernés. La création de ces 3 racines spécifiques permet de regrouper environ 94 000 séjours en provenance d'autres racines.



Racines d'exérèse et greffes

Hors lésion du sein et lésions malignes de la peau, un redécoupage a été créé, isolant les lésions infectieuses puis orientant le reste des prises en charges en fonction de la lourdeur des actes réalisés, des tissus concernés, de la DMS et des coûts de ces séjours. Ainsi, l'activité d'exérèse et de greffes se répartit entre 5 racines différentes et plus homogènes.

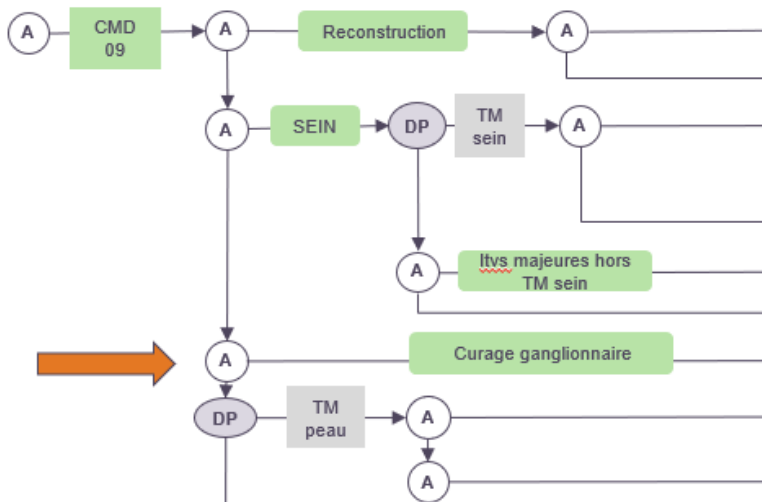


Actes concernant les orifices de la face

Une racine a été créée, regroupant les actes réalisés sur les orifices de la face : œil, oreille, nez et bouche. Ceci permet d'isoler ces prises en charges qui sont souvent à la limite des reconstructions plastiques mais qui sont plus minutieuses et néanmoins réalisées au cours de séjours moins longs.

Réorganisation des racines

La racine concernant les actes ganglionnaires est positionnée plus haut dans l'arbre, ceci afin que ces séjours ne soient plus captés par des actes plus légers réalisés sur la peau.



Ajustement de listes d'actes

Afin d'inciter à vérifier les codages des séjours et à les rectifier, des actes n'appartenant pas au champ de la CMD09 et pour lesquels des consignes de codage préexistent ne seront plus classants dans cette CMD (ex : consigne de codages concernant les ovariectomies chez les porteurs de cancer du sein hormonosensible, ou consignes concernant les dermolipectomies).

Dans une nécessité de cohérence entre DP et acte réalisé, d'autres actes dont aucun DP de la CMD09 ne justifie la réalisation, actes dont un DP d'une autre CMD est attendu, ont été supprimés (éviscération, fermeture d'omphalocèle, etc...). Ces codages avec un DP de la CMD09 généreront donc un code 222 marquant l'incohérence entre le DP et l'acte. Il restera bien évidemment des situations dans lesquelles ces actes resteront codés avec un DP de la CMD09, mais, dans ces circonstances, ces actes ne seront plus motivés par le motif initial de l'hospitalisation.

A contrario, certains actes pouvant être réalisés pour des pathologies de tissus sont conservés classant dans la CMD09 : par exemple, explorations de la cavité abdominale pour mélanomes ou actes à la frontière entre des lésions cutanées et des atteintes d'autres CMD (ORL, traumatologie).

Au total, **28 actes ne seront plus classants en CMD09**. Les listes sont détaillées dans le manuel des GHM.

Absence de modification

N'ont pas été modifiées les racines pour la chirurgie plastique (racine 09C09) ainsi que les deux racines pour la zone anale (09C08 et 09C13).

De même, au début de l'arbre classificatoire de la CMD09C, les deux racines d'interventions à visée esthétique n'ont pas été modifiées.

Rappels de consignes de codage

Quelques rappels de consignes de codage en lien avec les modifications intervenues dans la CMD09C :

- Lipomatose de LAUNOIS-BENSAUDE : code E88.8 qui oriente en CMD10. L'acte d'exérèse LCFA011 est également classant en CMD10.
- Omphalocèle : code Q79.2 qui oriente en CMD06 (actes de fermeture classant en CMD06)
- Dermolipectomie : rappel de consigne du guide méthodologique orientant le séjour en CMD10 : codes DP E65 *Adiposité localisée*, ou L98.7 *Hypertrophie et affaissement de la peau et du tissu cellulaire sous cutané*.
- Ovariectomie : rappel de consigne du guide méthodologique : dans le cadre des actes opératoires prophylactiques pour facteur de risque de tumeur maligne, des extensions, permettant de signaler l'organe opéré, ont été ajoutées au code « Z40.0 = opération prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne ». L'utilisation des codes Z40 concerne également les interventions réalisées à but thérapeutique ou prophylactique, dans le cadre de la prise en charge de tumeurs malignes portant sur d'autres localisations. Ainsi, dans le cadre du traitement d'un cancer du sein hormonosensible, une ovariectomie pour castration doit être codée avec le code Z40.01 en DP.

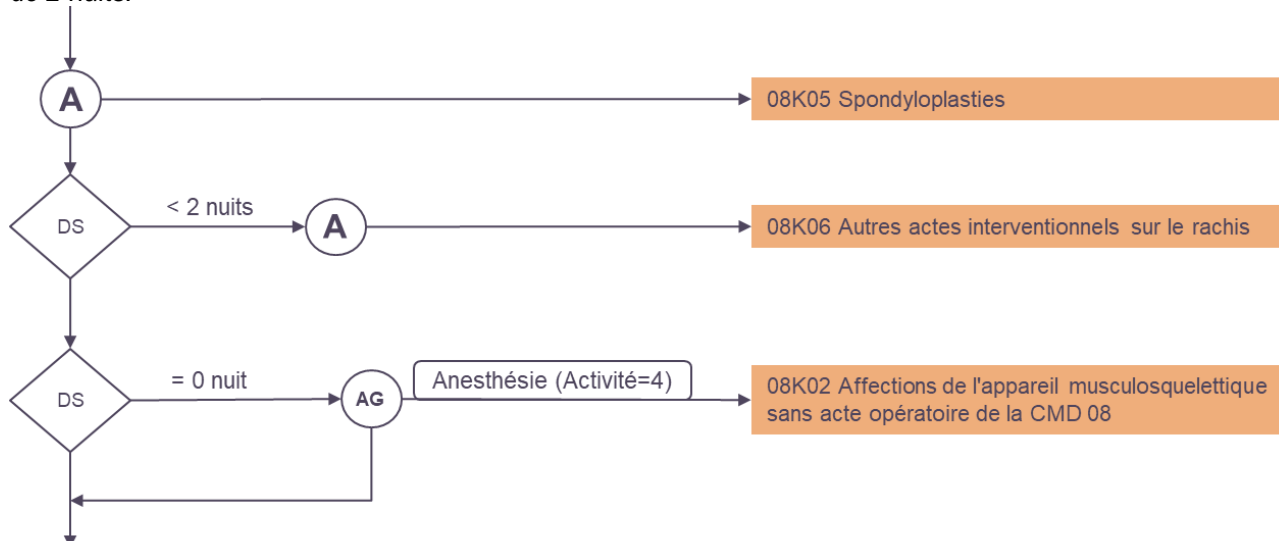
Rappels de la notice 2019 :

- Une ovariectomie pour castration dans le cadre du traitement d'un cancer du sein hormonosensible doit être codée avec le code Z40.01 en DP, ceci afin que le séjour soit groupé dans une racine de la CMD 13.
- Une transposition d'ovaires avant radiothérapie de l'abdomen ou du petit bassin devra également être codée avec un code Z40.01 en DP.

2. Création de racines en K dans la CMD 08

La création, en juillet 2019, d'actes de spondyloplastie avec expansion, a justifié une révision de la classification avec création d'une nouvelle racine dédiée interventionnelle : 08K05 *Spondyloplasties*. Cette racine se décline en niveau ambulatoire et en niveaux de sévérité de 1 à 4.

Ces travaux ont conduit à identifier 5 autres actes interventionnels sur le rachis. Ceci a permis la création d'une seconde racine interventionnelle : 08K06Z *Autres actes interventionnels sur le rachis, séjours de moins de 2 nuits*.



Certains des actes de ces listes (spondyloplasties expansives) étaient auparavant classant en racine chirurgicale. Les listes des actes concernés sont décrites dans le manuel des GHM. 2

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2022 ne comprennent que des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

V. Nouveautés concernant le format des fichiers utilisés en MCO

Les formats sont publiés sur le site de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2021>

Sauf précision contraire, les modifications ci-dessous sont applicables à partir du 1^{er} mars 2021.

1. Formats RUM/RSS

La fonction de groupage MCO 2021 a été mise à jour. Elle accepte la version actuelle 020 du RSS et la nouvelle version 021 qui intègre la nouvelle variable « non programmé » dans le cadre du dispositif ADNP75. Cette variable est intégrée en position 169 occupé par l'actuel filler. L'ajout de cette variable ne modifiera donc pas la longueur du format du RSS actuel.

En M1 et M2 2022, GENRSA et AGRAP accepteront les deux formats groupés de RSS (120 et 121). La variable « non programmé » ne sera remontée avec GENRSA et AGRAP que si le format fourni est le nouveau format 021 (121).

Pour un multiRUM, si la valeur de cette variable n'est pas identique sur tous les RUMs, alors GENRSA et AGRAP remonteront X dans le RSA, sinon ce sera la valeur inscrite dans les RUM (hors blanc).

La modalité « U : Avec passage dans une structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique » de la variable « Provenance » sera acceptée par la fonction de groupage 2021 mise à jour quel que soit le format d'entrée (020 ou 021).

2. VIDHOSP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51 financés exclusivement par une enveloppe article 51.

3. Fichier d'information des Unités Médicales (IUM)

Pas de changement.

4. FICHSUP

Le FICHSUP consultations externes spécifiques est supprimé à partir du 1^{er} mars janvier 2022.

Le FICHSUP Transports est supprimé à partir du 1^{er} mars janvier 2022 sauf pour la ligne du Lamda Transport sur 2021.

5. FICHCOMP

~~Les FICHCOMP Enquête, FICHCOMP ATU pour les établissements MCO ex OQN et FICHCOMP antithrombotiques sont supprimés à partir du 1^{er} janvier 2022.~~

Les FICHCOMP Enquête et antithrombotiques sont supprimés à partir du 1^{er} janvier 2022.

Le FICHCOMP ATU pour les établissements MCO ex-OQN est supprimé depuis le 1^{er} mars 2021.

Le FICHCOMP DM Intra-GHS est ouvert de manière facultative à la transmission dès M1 2022 et est obligatoire à partir de la transmission M4 2022.

Recueil d'un pseudonyme de l'INS dans les FICHCOMP.csv :

- MRC pour la maladie rénale chronique,
- HTNM pour les hébergements temporaires non médicalisés / engagement maternité,
- Médicaments anticancéreux dans le cadre de l'expérimentation Article 51,
- CAR-T Cells.

Le FICHCOMP Transports doit être transmis à compter du 1^{er} janvier 2022.

6. RSF ACE

Ajout du numéro de facture dans tous les RSF ACE.

Recueil d'un pseudonyme de l'INS dans tous les RSF ACE.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51 financés exclusivement par une enveloppe article 51.

7. RSF

Recueil d'un pseudonyme de l'INS dans tous les RSF.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51.

Utilisation des modalités existantes de la variable « Code de prise en charge », spécifiques pour chacun des champs pour identifier les séjours, actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51 financés exclusivement par une enveloppe article 51.

Annexe 2

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté PMSI HAD du 23 décembre 2016 ne fait pas l'objet de modifications autres que celles des annexes qui lui sont liées. Les annexes I, II et III sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (annexe I de l'arrêté PMSI HAD) : BO n° 2022-7bis
- 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°2022-8bis et BO n°2022-9bis.

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, elles 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*.

La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2022.

II. Modifications de codage et de recueil

1 Précisions de codage du diagnostic principal

Le guide méthodologique applicable au 1er mars 2022 présente de nouveaux exemples de codage pour des situations cliniques particulières (fistule articulaire, fistule digestive, douleurs, prises en charge postopératoires).

2 Précisions apportées à la variable « Nature de séjour »

La modalité « Petite enfance » de la variable Nature du séjour évolue au 1^{er} mars 2022 :

- Dans sa dénomination : elle devient la modalité « Soins de la petite enfance »

Dans son contenu : elle n'est désormais plus limitée à certaines pathologies spécifiques du jeune enfant (prématurité, hypotrophie, malformations congénitales) mais elle est la modalité de la nature du séjour requise pour tous les patients de moins de 3 ans quelle que soit leur prise en charge à l'admission en HAD.

3 Facteurs socio-environnementaux

Les travaux sur les facteurs socio-environnementaux ont été initiés en SSR, à la demande des acteurs, mais la réflexion s'est étendue au champ de l'HAD.

L'objectif est d'améliorer la qualité du recueil des facteurs socio-environnementaux, qui pourraient alors être pris en compte dans la future classification.

Un fascicule « Facteurs socio-environnementaux – concept et codage PMSI » est mis en ligne sur le site de l'ATIH ([lien](#)) Les exemples ne concernent que le champ SSR mais peuvent également servir d'aide au codage pour le champ de l'HAD.

Le facteur socio-environnemental « relations sociales et familiales insuffisantes » fait l'objet de 4 situations identifiées pour l'HAD plus particulièrement :

- Manque ou suspicion de manque de compétences des parents pour la prise en charge de leur enfant
 - o Z62.0 *Surveillance inadéquate de la part des parents*
- Influence négative d'un divorce sur le bon déroulé de la prise en charge d'un enfant
 - o Z63.5 *Dislocation de la famille par séparation et divorce*

- ❑ Décès récent d'un membre de la famille résidant au domicile du patient pris en charge et altérant la disponibilité des aidants du domicile
 - Z63.4 *Disparition et décès d'un membre de la famille*
- ❑ Moindre disponibilité d'un aidant potentiel au domicile du patient pris en charge
 - Z63.7 *Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer*

4 Recueil des préadmissions pour les patients en EHPAD

Le dispositif « Evaluations anticipées » évite des prises en charge trop tardives des patients en EHPAD et les transferts en service d'urgence. L'évaluation anticipée des résidents présente de nombreux intérêts pour le résident comme pour sa famille ainsi que pour l'ensemble des acteurs de son accompagnement et de sa prise en charge.

L'évaluation anticipée n'est possible que si elle répond aux critères suivants :

- Le projet d'hospitalisation envisagé doit répondre aux critères d'éligibilité d'une HAD
- L'évaluation anticipée est réalisée après demande de l'EHPAD et décision collégiale médicale (médecin traitant, médecin coordonnateur de l'EHPAD et médecin praticien d'HAD),
- Le consentement du résident, la personne de confiance, la famille ou le référent (tuteur) a été recueilli

Une fois l'évaluation anticipée réalisée, le dossier administratif est créé.

Les établissements d'HAD qui réalisent des évaluations anticipées de patients résidents en EHPAD peuvent transmettre les données relatives à cette activité par le FICHSUP « Evaluations anticipées ».

La [note d'information DGOS/FNEHAD](#) publiée sur le site du ministère précise la définition de l'évaluation anticipée (motifs, critères de réalisation) et les étapes indispensables (convention et coordination EHPAD/HAD, création du dossier patient).

Le FICHSUP « Evaluations anticipées » comporte une seule variable, le « nombre de résidents ayant fait l'objet d'une évaluation anticipée ». Ce recueil est réalisé selon les modalités suivantes :

- Le résident ne peut être compté qu'une seule fois quel que soit le nombre d'évaluations dont il a bénéficié. Ainsi, le résident qui fait l'objet d'une ou de plusieurs évaluations doit être compté pour 1 au maximum.
Le résident qui fait l'objet d'une évaluation anticipée en 2022 ne peut être compté qu'une fois en 2022. S'il fait l'objet d'une poursuite de l'évaluation anticipée dans les années suivantes il ne peut pas être compté ni en 2023 ni en 2024, etc...
- Le recueil est cumulatif et annuel pour tous les séjours débutés à partir du 1^{er} janvier 2022. Les transmissions du FICHSUP sont mensuelles et prennent en compte les évaluations clôturées du mois précédent selon le calendrier habituel des remontées PMSI (M1, M2, M3,...). Le changement d'année civile implique le redémarrage à zéro de la variable du recueil.

Exemples :

- *Un patient évalué le 27 décembre 2022 et non admis au 4 janvier 2023 est compté dans la transmission M12 2022 et non dans la transmission M1 2023.*
- *Un patient évalué le 31 mars 2022 est pris en compte pour la transmission du M3 2022. Les transmissions étant mensuelles et cumulatives, il est également pris en compte pour les transmissions suivantes M4, M5, M6...*

L'évaluation anticipée n'est prise en compte que si le patient ne fait pas l'objet d'une admission dans les 7 jours calendaires suivant la date de déclaration de l'évaluation anticipée. Dans le cas inverse l'évaluation ne peut être considérée comme anticipée.

Exemples :

- Un patient fait l'objet d'une réalisation de la préadmission en HAD le 1^{er} avril :

	Nombre de résidents ayant fait l'objet d'une évaluation anticipée	Motif
Le patient est admis par l'établissement d'HAD le 5 avril	0	Avant le délai de 7 jours
Le patient est admis par l'établissement le 7 avril	0	Avant le délai de 7 jours
Le patient est admis par l'établissement le 8 avril	1	Après le délai de 7 jours
Le patient n'est jamais admis par l'établissement d'HAD	1	Jamais admis

5 Modifications apportées à la CIM-10 FR à usage PMSI

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2022 ne comprennent que des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

6 Nouveautés concernant le format des fichiers

a. Formats RPSS

Pas de changement.

b. VIDHOSP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

c. FICHCOMP

Pas de changement.

d. RSF-A

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022 dans tous les RSF.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Utilisation des modalités existantes de la variable « Code de prise en charge », spécifiques pour chacun des champs pour identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

e. FICHSUP

Nouveau FICHSUP Evaluations anticipées disponible à partir du M1 2022 (voir point II.d ci-dessus).

Annexe 3

Nouveautés PMSI du champ d'activité SSR

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI SSR

L'arrêté PMSI SSR du 23 décembre 2016 ne fait pas l'objet de modifications autres que celles des annexes qui lui sont liées. Les annexes I, II, III, IV et V sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Manuel des groupes médico-économiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2022/1 *bis* ;
- 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° 2022/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2022/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2022/8 *bis* ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2022/9 *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, elles 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 à compter de la semaine 9 de l'année 2022 (lundi 28/02/2022).

II. Modifications apportées au Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suites et de réadaptation

Les principales modifications de codage et de recueil, apportées au guide concernent les points suivants :

a. Facteurs socio-environnementaux

Les travaux sur les facteurs socio-environnementaux ont été initiés en SSR, à la demande des acteurs, mais la réflexion sur ces facteurs existe aussi dans les autres champs d'activité.

Dès le début 2021, les consignes de codage relatives à la précarité ont été mises à jour dans le guide méthodologique SSR. [Un fascicule « Facteurs socio-environnementaux – concept et codage PMSI »](#) est mis en ligne sur le site de l'ATIH, il est le résultat des travaux complémentaires réalisés. La présente notice décrit les concepts généraux de cette évolution.

L'objectif est d'améliorer la qualité du recueil des facteurs socio-environnementaux. Pour le champ PMSI SSR, les facteurs socio-environnementaux ainsi mieux repérés, pourraient alors être pris en compte dans la classification, ou dans un autre vecteur de financement.

Le facteur socio-environnemental est défini comme une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le contexte du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, ayant un impact sur la prise en charge de ce patient pendant son hospitalisation : allongement de la durée de séjour (ou augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle) ou mobilisation de ressources supplémentaires.

Onze facteurs socio-environnementaux ont été retenus : faibles revenus, difficultés liées à l'emploi, couverture maladie absente ou sous condition de ressources, mesures de protection juridique et mesures d'assistances éducatives, barrière de la langue, barrière culturelle, relations sociales et familiales insuffisantes, réseau médical, paramédical et médico-social insuffisant, analphabétisme et faible niveau d'éducation, logement inadapté, logement insalubre.

Dans le fascicule Facteurs socio-environnementaux – *concept et codage PMSI*, pour chaque facteur une définition est donnée, des situations correspondant au facteur socio-environnemental sont décrites. Pour chaque situation, des codes CIM 10 sont associés et sont à saisir dans le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) en position de diagnostic associé significatif (DAS). La liste des codes CIM10, ainsi constituée, est réservée pour la description des facteurs socio-environnementaux.

Par ailleurs, pour aider à la compréhension du périmètre couvert par le facteur socio-environnemental, des exemples de situations cliniques et le codage associé sont présentés. Certaines difficultés pouvant être rencontrées par le patient sont également décrites.

Pour un patient donné et au cours d'un séjour donné, plus d'une situation peuvent être codées dès lors que ces situations sont mentionnées dans le dossier patient (dossier médical, dossier infirmier, dossier de rééducation, dossier social, ...).

Le fascicule Facteurs socio-environnementaux - concept et codage PMSI présente de façon détaillée les onze facteurs socio-environnementaux et les principes de codage.

b. Plateaux techniques spécialisés

Le futur modèle de financement des SSR intègre un compartiment dédié aux plateaux techniques spécialisés (PTS).

L'article L162-23-7 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés. Cet arrêté sera accompagné de cahiers des charges techniques décrivant les caractéristiques que doit respecter chaque plateau afin d'être éligible aux modalités de financement spécifiques.

Dans l'attente de la publication de ces éléments réglementaires, les établissements peuvent se référer à titre indicatif aux caractéristiques techniques de chaque plateau à partir des extraits_ de l'INSTRUCTION N° DGOS/MSSR/DGS/DSS/2021/78 du 2 avril 2021, publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/8 du 17 mai 2021⁴.

Les modalités d'éligibilité définitives seront définies dans le cadre du décret d'application du nouveau modèle de financement des établissements SSR, en attente de publication.

Si le niveau d'activité observé sur chacun des plateaux n'aura pas d'incidence lors des premières années de mise en œuvre du futur modèle, à terme, le financement des PTS en tiendra compte.

L'activité est mesurée à partir des codes d'actes CSARR/CCAM recueillis dans les résumés hebdomadaires standardisés (RHS) en lien avec la réadaptation dont a bénéficié le patient.

Des modalités de recueil spécifiques sont proposées aux établissements pour faciliter la quantification de l'usage des six PTS identifiés (cf. *tableau 1*) dans le cadre spécifique de la réadaptation des patients. Les modalités de recueil varient selon la nomenclature utilisée pour décrire l'acte :

- Pour ce qui concerne les codes du CSARR⁵ : il s'agit d'utiliser un **modulateur dit de technicité** (deuxième colonne du tableau).
- Pour les codes CCAM⁶, il s'agit d'utiliser une **extension PMSI** spécifique du SSR (troisième colonne du tableau).

À noter que les couples (acte, modulateur) et (acte, extension PMSI) ont été constitués spécifiquement. Ainsi, lorsque la réalisation d'un acte associé soit à un modulateur PTS ou une extension PMSI a nécessité la mobilisation d'un des six PTS, il est obligatoire de coder cette circonstance selon le dispositif adapté.

Les règles de codage de l'activité de rééducation-réadaptation avec le CSARR/CCAM restent inchangées, notamment le principe de l'acte global.

Les détails concernant les codes concernés par cette modulation/extension PMSI sont accessibles dans la version à jour du CSARR et de la CCAM descriptive.

Tableau 1: Récapitulatif des modalités de description des 6 plateaux techniques spécialisés éligibles au compartiment du même nom

Dénomination du plateau technique spécialisé conformément au Cahier des charges	Modulateur de technicité (CSARR)	Extension PMSI (CCAM)
Balnéothérapie	QM	Non concerné
Appareil pour une rééducation assistée du membre supérieur	QS	Non concerné
Appareil pour une rééducation intensive des membres inférieurs	QF	Non concerné
Appareil d'Isocinétisme	QI	Non concerné
Simulateur et/ou véhicule adapté pour une rééducation du retour à la conduite	QC	Non concerné
Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement	QQ	-P1/-P0

: « -P1 » désignant la mobilisation d'un PTS conforme⁷ au cahier des charges

« -P0 » désignant soit l'absence de mobilisation d'un PTS, soit la mobilisation d'un PTS non conforme au cahier des charges

⁴ [extraits_bos_no_2021_8_du_17_mai_2021_annexes_pts.pdf](#)

⁵ Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation

⁶ Classification Commune des Actes Médicaux

⁷ À titre indicatif, les établissements peuvent se référer aux caractéristiques techniques de chaque plateau ([extraits_bos_no_2021_8_du_17_mai_2021_annexes_pts.pdf](#)) ; en attendant la parution des textes réglementaires.

Le tableau ci-dessous présente quelques exemples d'actes CSARR avec les modulateurs possibles

CSARR	Libellé	Modulateur de lieu	Modulateur de patient	Modulateur de technicité
ALQ+105	Évaluation des capacités cognitives et comportementales nécessaires pour la conduite d'un véhicule automobile			QC
NKQ+284	Évaluation initiale pour rééducation des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur	ZV		QI; QF; QQ
LHR+146	Séance de rééducation des fonctions ostéoarticulaires de la colonne vertébrale	ZV	EZ	QI; QM

Le tableau ci-dessous présente un exemple d'un acte CCAM avec extension PMSI

CCAM	Libellé
NKQP001-P0	Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, sans plateau technique spécialisé pour LAQMM*
NKQP001-P1	Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, avec plateau technique spécialisé pour LAQMM

* LAQMM : Laboratoire d'analyse quantitative de la marche et du mouvement

c. Hébergement temporaire non médicalisé

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, dans son article 59, prévoit que les établissements de soins puissent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge.

Les modalités du dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour patients sont explicitées dans deux textes réglementaires :

- le [décret n°2021-1114 du 25 août 2021](#) relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé ;
- l'[arrêté du 25 août 2021](#) fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé.

Un recueil de données permettant la valorisation des nuitées en HTNM est mis en place dans un fichier complémentaire spécifique⁸ (csv séparateur point-virgule).

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022.

III. Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2022

Les évolutions du CSARR pour l'année 2022 ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI, notamment le recueil relatif à l'activité effectuée sur un des six plateaux retenus dans le compartiment de financement dédié aux plateaux techniques spécialisés du futur modèle de financement des SSR. Elles sont explicitées dans l'annexe 2 de la présente notice.

IV. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI

Les évolutions de la CCAM descriptive pour usage PMSI ont pour objectif de préciser les modalités de description du plateau technique spécialisé « *Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement* » lorsque ce dernier est mobilisé ou pas dans la réalisation de certains actes de rééducation-réadaptation. Elles sont explicitées dans l'annexe 2 de la présente notice.

⁸ [Notice technique n° ATIH-468-11-2021 du 9 septembre 2021](#)

V. Classification GME

Une nouvelle classification sera mise en œuvre le lundi 28 février 2022 (semaine 9 2022) : la classification en Groupes médico-économiques, version 2022 ou GME_2022.

Cette nouvelle classification est organisée en 4 niveaux hiérarchiques : la pathologie principale prise en charge, le type de réadaptation, le niveau de lourdeur (A, B ou C) et le niveau de sévérité.

Les nouveautés de cette classification sont :

- La prise en compte de la réadaptation, de manière qualitative et quantitative, en début d'algorithme, après la morbidité principale,
- La prise en compte de la lourdeur économique en deux niveaux distincts : niveau de lourdeur et niveau de sévérité.

Les principes de classement en catégorie majeure et en groupe nosologique sont inchangés par rapport à la classification utilisée en 2021. Les principes de détermination du niveau de sévérité restent aussi les mêmes pour l'hospitalisation complète. Pour l'hospitalisation à temps partiel, le niveau de sévérité est fixé par convention à 0.

Cette classification a été expérimentée durant le deuxième semestre 2021, sous le nom de EXP_2022 et mise à disposition des établissements de santé sur le site ATIH pour information.

Plusieurs éléments sont actuellement disponibles et préfigurent l'impact de cette évolution :

- Un regroupage des RHA transmis via e-PMSI a été effectué pour tous les établissements
- Un logiciel Visual SSR EXP_2022 a permis aux établissements de comparer leur casemix selon la version de classification utilisée (v2021 vs. EXP_2022)
- Des tableaux OVALIDE ont été ajoutés, tant sur la partie descriptive que sur la partie pondération

Cette nouvelle classification est détaillée dans le manuel des GME en SSR (BO n°2022/1bis)

Par ailleurs, des documents pédagogiques sont disponibles sur le site de l'ATIH.

VI. Modifications apportées à la CIM10

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2022 ne comprennent que des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

VII. Nouveautés concernant le format des fichiers

Sauf précision contraire, les modifications ci-dessous sont applicables à partir de la semaine S9 2022 (lundi 28/02/2022).

a. RHS

Les formats de RHS 2022 sont M0C (non groupé) et M1C (groupé).

Mode entrée / Provenance : nouvelle modalité du mode entrée / Provenance : 8U⁹. Signifie en provenance des urgences d'un autre établissement.

Pour les Actes CSARR : la variable « Code « modulateur de patient » n° 1 » devient « Code modulateur de patient ». La variable Code « modulateur de patient » n° 2 est remplacée par la variable « Code modulateur de technicité ».

Pour les actes CCAM, l'extension PMSI devient alphanumérique au lieu de numérique (en vue des nouvelles extensions de l'acte CCAM « -P0 » et « -P1 » indiquant respectivement l'absence ou la mobilisation d'un plateau technique spécialisé pour la réalisation de l'acte CCAM).

b. VIDHOSP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

⁹ Notice spécifique à paraître prochainement

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

c. FICHSUP et FICHCOMP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022 dans le fichier dédié Hébergement Temporaire Non médicalisé.

Le FICHSUP Transports est supprimé à partir du 1^{er} janvier 2022.

Le FICHCOMP Transports doit être transmis à compter du 1^{er} janvier 2022.

d. FICUM

Pas de changement en 2022.

e. RSF ACE

Ajout du numéro de facture dans tous les RSF ACE.

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022 dans tous les RSF ACE.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

f. RSF

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} mars 2022 dans tous les RSF.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Utilisation des modalités existantes de la variable « Code de prise en charge », spécifiques pour chacun des champs pour identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

Annexe 4

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

I. Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté du 23 décembre 2016¹⁰ modifié fait l'objet de mises à jour relatives à ses annexes : les annexes I, et II qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au BO sous les références suivantes :

- Guide méthodologique de production du RIM-P – annexe I - BO n° 2022-4bis ;
- 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe II – BO n° 2022/9 bis ;

Cette mise à jour de l'arrêté sera publiée au journal officiel.

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*.

Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point II.

Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1^{er} janvier 2022.

II. Modifications apportées au Guide méthodologique de production du RIM-P

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

1. Prise en charge en Unités pour Malades difficiles (UMD), Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) et dispositifs de soins en structures pénitentiaires

Les évolutions proposées ont pour objectif de mieux repérer les prises en charges réalisées dans les structures concernées.

Ces évolutions se traduisent par la création de nouvelles formes d'activités. Ainsi,

- Pour les Unités pour Malades difficiles (UMD), cette nouvelle forme d'activité est codée
 - *01D Hospitalisation à temps plein en UMD*
- Pour les Unités d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), cette nouvelle forme d'activité est codée
 - *01S Hospitalisation à temps plein en UHSA*
- Pour les dispositifs de soins en structures pénitentiaires, ces nouvelles formes d'activités sont ainsi codées pour les prises en charge à temps partiel :
 - *20S Hospitalisation de jour en Etablissement pénitentiaire,*
 - *23S Atelier thérapeutique en Etablissement pénitentiaire.*

Pour les prises en charge en ambulatoire, ces formes d'activité sont ainsi codées :

- *32S Prise en charge par le CATTP en établissement pénitentiaire,*
- *31S Prise en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTP en établissement pénitentiaire.*

2. Prise en charge en psychiatrie périnatale

Les prises en charge en psychiatrie périnatale partagent une même conception des soins : ils sont conjoints et ont vocation à porter sur les troubles de l'interaction et de la relation entre un ou des parents et leur(s) nourrisson(s).

¹⁰ 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.

Ces prises en charge peuvent se décliner selon les trois natures de prises en charge au sens du RIM-P : à temps complet, partiel ou ambulatoire¹¹.

a. Prises en charge à temps complet et partiel

Afin de mieux décrire cette prise en charge dans le RIM-P, les formes d'activités à temps complet et partiel suivantes sont créées :

- *01P Hospitalisation à temps plein en psychiatrie périnatale*
- *20P Hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale.*

Chacun des membres de la dyade ou triade (Parents-Bébé) prise en charge fait l'objet de l'ouverture d'un recueil individualisé qui lui est propre dans le RIM-P : séjours, résumé par séquence, diagnostics, etc.

b. Prises en charge en ambulatoire

Afin de mieux décrire cette prise en charge dans le RIM-P, la forme d'activité en ambulatoire suivante est créée :

- *31P Prise en charge en ambulatoire, en psychiatrie périnatale, par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTP.*

Cette forme d'activité couvre les dispositifs de prises en charge ambulatoires de type équipes mobiles ou de liaison en psychiatrie périnatale notamment.

Pour décrire les actes ambulatoires de prises en charge conjointe parents-bébé(s), la nomenclature de natures d'actes EDGAR est enrichie par la création de l'acte :

- *GP Prise en charge conjointe Parents-Bébé(s).*

Cet acte nécessite la présence du bébé et au moins un des 2 parents.

Chacun d'entre eux, bénéficiant de la prise en charge, se verra affecté cet acte dans le cadre RIM-P¹².

Nb : Cet acte est à différencier de la prise en charge dans le cadre des thérapies familiales ou des Groupes thérapeutiques « classiques » qui continueront à être codés par « G : Groupe »

Il est rappelé la nécessité de respecter les règles de traçabilité des prises en charge dans les dossiers médicaux et administratifs de chacun des patients.

3. Téléexpertise psychiatrique

La téléexpertise permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères en raison de leurs compétences particulières via le numérique. La question posée et la réponse apportée, hors présence du patient, n'interviennent pas forcément de manière simultanée.

Afin de mieux décrire la téléexpertise psychiatrique dont peuvent bénéficier les patients, la nomenclature de nature d'acte EDGAR est enrichie par la création de l'acte suivant : **X Téléexpertise psychiatrique**

Nb : Cet acte est à différencier de l'acte d'expertise psychiatrique « médicolégale » qui reste hors champ du RIM-P. Il est par ailleurs rappelé l'importance du respect des règles de traçabilité des prises en charge dans les dossiers médicaux et administratifs ainsi que l'information préalable du patient.

4. Venues et séances pour prises en charge à temps partiel

Dans le cadre de l'amélioration de la description des prises en charge à temps partiel (Hospitalisation de jour, de nuit et Atelier thérapeutique) dont bénéficient les patients au cours des venues et séances, le Fichcomp « Temps de présence à temps partiel » est enrichi par la création de la variable suivante :

- *Modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance*

¹¹ Les textes réglementaires seront publiés au cours de l'année 2022 et 2023 (Décrets, arrêté portant sur les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement en lien avec les travaux nationaux en cours de finalisation sur les autorisations en psychiatrie

¹² Des précisions complémentaires pourront être apportées dans le cadre des travaux nationaux sur l'offre de psychiatrie en 2022, en lien avec la Commission nationale de la psychiatrie.

Cette variable peut prendre une des valeurs suivantes :

- 1 : Prise en charge à prédominance individuelle avec 1 intervenant
- 2 : Prise en charge à prédominance individuelle avec plusieurs intervenants
- 3 : Prise en charge à prédominance de Groupe avec 1 intervenant
- 4 : prise en charge à prédominance de Groupe avec plusieurs intervenants
- 5 : Prise en charge pour Sismothérapie

Le choix de la modalité est laissé à l'appréciation de l'équipe de soins prenant en charge le patient mais doit être en lien avec :

- la prédominance de la prise en charge dont aura bénéficié le patient au cours de la venue ou de la séance et
- le projet thérapeutique et ou de soins du patient.

Elle doit comme toutes les prises en charge faire aussi l'objet d'une traçabilité dans son dossier médical et administratif.

5. Autres évolutions du recueil en ambulatoire

D'autres évolutions sont apportées au RIM-P en 2022 pour la nomenclature de description des actes ambulatoires EDGAR et sont listées ci-après :

a. Variable « Lieu »

Cette variable doit s'entendre au sens « Lieu de présence du patient » au moment de la réalisation de l'acte et non le lieu de présence de l'intervenant, son libellé est modifié en conséquence.

Cette modification est justifiée par le développement des prises en charge à distance (vidéo notamment) où le patient et l'intervenant ne sont pas présents sur le même lieu. C'est bien le lieu de présence du patient qui est privilégié pour le recueil de cette variable dans le RIM-P.

D'autres modifications sont apportées à cette variable :

- o *Création de la valeur « LNA : Lieu non attendu »*

Les actes de Démarche, de Réunion et d'Expertise psychiatrique – réalisés par définition en l'absence du patient – ne requièrent pas de ce fait de préciser un lieu de présence du patient.

La valeur « LNA Lieu Non Attendu » sera codée pour ces actes.

- o *Création du Lieu : L14 Autre établissement de psychiatrie*

La création de ce code de lieu répond au développement de prises en charge réalisées par des équipes de psychiatrie au bénéfice de patients pris en charge dans d'autres établissements de psychiatrie.

b. Variable « Modalité de réalisation de l'acte »

- o *Création de la valeur « M Mixte »*

La valeur « M Mixte » est codée uniquement lorsque le patient bénéficie d'un acte réalisé par au moins 2 intervenants dont au moins 1 intervenant est présent physiquement auprès du patient et l'autre par vidéo.

- o *Création de la valeur « C Courrier »*

La valeur « C Courrier » concerne tous les types de courriers, qu'ils soient sous format électronique / dématérialisé ou papier et peut être utilisée pour les actes de Téléexpertise psychiatrique ou de Démarche.

c. Variable « Nature de l'acte »

La variable « Nature de l'acte » est enrichie, en sus de « X Expertise psychiatrique » décrit plus haut, par les 2 actes suivants :

- *EF : Entretien individuel en présence des proches ou de la famille ou du représentant légal et*
- *EA : Entretien avec les proches ou la famille ou le représentant légal et en l'absence du patient*

Comme pour tous les actes EDGAR, le recueil de ces actes doit répondre à des temps de prises en charge formalisés et identifiés dont la traçabilité est assurée dans le dossier médical et administratif du patient.

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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2022 ne comprennent que des modifications apportées par l'ATIH. Ces modifications ont pour objectif d'améliorer la description des données PMSI. Elles sont explicitées dans l'annexe 5 « Nomenclature » de la présente notice.

IV. Nouveautés concernant le format des fichiers

Il est rappelé qu'un document « Format des fichiers de transmission » sera publié, comme pour chaque nouvelle campagne annuelle, sur le site de l'ATIH¹³ (il précisera pour chaque fichier et variable, le nombre de caractères requis, le positionnement, le début et fin, etc...)

RPS :

- **Variable « Forme d'activité » :**
 - Extension à 4 caractères au lieu de 2¹⁴
 - Création des valeurs :
 - 01D Hospitalisation à temps plein en UMD
 - 01S Hospitalisation à temps plein en UHSA
 - 20S Hospitalisation de jour en Etablissement pénitentiaire (en ex-SMPR, niv. 2)
 - 23S Atelier thérapeutique en Etablissement pénitentiaire
 - 01P Hospitalisation à temps plein en psychiatrie périnatale (unité Parents-Bébé)
 - 20P Hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale (unité Parents-Bébé)

RAA :

- **Variable « Forme d'activité » :**
 - Extension à 4 caractères au lieu de 2¹⁵
 - Création des valeurs :
 - 32S CATTTP en établissement pénitentiaire
 - 31S Prise en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTTP en établissement pénitentiaire.
 - 31P Prise en charge en ambulatoire, en psychiatrie périnatale, par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTTP.
- **Variable : Nature de l'acte**
 - Extension à 2 caractères au lieu de 1¹⁶
 - Création des valeurs :
 - X : Téléexpertise psychiatrique
 - GP : Prise en charge conjointe Parents-BB
 - EF : Entretien individuel en présence des proches ou de la famille ou du représentant légal
 - EA : Entretien avec les proches ou la famille ou du représentant légal et en l'absence du patient
- **Variable : Modalité de réalisation des actes**
 - Création d'une nouvelle valeur : « M : Mixte » quand Acte en Vidéo et présentiel
 - Création d'une nouvelle valeur : « C : Courrier »

¹³ <https://www.atih.sante.fr/psy/documentation#Formats%20des%20fichiers%20de%20transmission>

¹⁴ Centrée à gauche, remplissage par espace

¹⁵ Centrée à gauche, remplissage par espace

¹⁶ Centrée à gauche, remplissage par espace

- **Variable : Lieu**
 - Création valeur
 - L14 : Autre établissement de psychiatrie
 - LNA : Lieu Non Attendu
 - Modification du libellé
 - L09 : unité d'hospitalisation et consultations (MCO, SSR, USLD)

Fichcomp « Contention et Isolement » : Pas de modification (*sous réserve de la version finale du nouvel article de loi sur les mesures d'isolement et de contention et du Cahier des charges fonctionnel*)

Fichcomp « Temps partiel » :

- **Création d'une nouvelle variable : Modalité de la venue ou de la séance**
 - 2 caractères¹⁷
 - 5 valeurs selon la prédominance de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance :
 - 1 : Individuelle et intervenant unique
 - 2 : Individuelle et plusieurs intervenants
 - 3 : En groupe et intervenant unique
 - 4 : En groupe et plusieurs intervenants
 - 5 : Sismothérapie

Fichcomp/Fichsup « Transport » :

Le FICHSUP Transports est supprimé à partir du 1^{er} janvier 2022.

Le FICHCOMP Transports doit être transmis à compter du 1^{er} janvier 2022.

VID-HOSP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} janvier 2022.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Ajout d'une modalité « E : Article 51 » à la variable « Motif de non-facturation à l'AM » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

VID-IPP

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} janvier 2022.

RSF

Recueil d'un pseudonyme de l'INS à partir du 1^{er} janvier 2022.

Ajout d'une variable « article 51 » permettant d'identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51, avec une seule modalité : « 1 ».

Utilisation des modalités existantes de la variable « Code de prise en charge », spécifiques pour chacun des champs pour identifier les prestations relevant d'une expérimentation article 51 financées exclusivement par une enveloppe article 51.

¹⁷ Centrée à gauche, remplissage par espace

Annexe 5

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2022 relatives aux nomenclatures CIM-10-FR à usage PMSI, CCAM descriptive à usage PMSI et CSARR sont les suivantes :

I. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI

Pour 2022, les évolutions de la CIM-10 ne concernent que des évolutions proposées pour le codage en PMSI. Elles comprennent :

Subdivision de libellé

Des extensions de codes à usage PMSI, ajoutées en 6ème caractère au code PMSI déjà existant Z52.80, permettront de décrire les indications de don ou de prélèvement de tissu ovarien ou d'ovocytes, dans le cadre de la nouvelle Loi de bioéthique.

Les libellés sont les suivants :

Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien
Z52.801 Prélèvement d'ovocytes pour assistance médicale à la procréation (AMP)
Z52.802 Prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien pour préservation de la fertilité
Z52.803 Prélèvement d'ovocytes pour autoconservation
Z52.808 Prélèvement d'ovocytes pour d'autres motifs précisés
Don d'ovocytes

Des extensions à usage PMSI du code Z31.8, permettront de repérer les greffes de tissu ovarien, dans le cadre de la nouvelle Loi de bioéthique.

Z31.8 Autres mesures procréatives
Z31.80 : Greffe de tissu ovarien pour conservation de la fertilité
Z31.88 : Autres mesures et procédures procréatives

Modifications de libellé et ajout de notes

Suite à la nouvelle appellation de la CMUc, le libellé du code CIM-10 PMSI Z59.60 est modifié :

Z59.60 Bénéficiaire de l'aide de l'État à la complémentaire santé
Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C ou ACS)

Deux nouvelles notes d'inclusion sont ajoutées au code Z65.3 pour le recommander au codage de la mise en place ou d'un statut de patient sous mesures de protection juridique ou d'assistance éducative :

Z65.3 *Difficultés liées à d'autres situations juridiques*
Action judiciaire pour garde ou soutien d'enfant
Arrestation
Litige
Mesures d'assistance éducative
Mesures de protection juridique
Poursuite

Autres informations

Nouvelle utilisation du code à usage PMSI U90.9 Résistances à un traitement, autres et sans précision (cf. paragraphe *f. Recommandations de codage d'un séjour pour COVID malgré un schéma vaccinal complet dans II Modifications de codage et de recueil*)

II. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI

Les évolutions de la V1 2022 de la CCAM descriptive à usage PMSI seront publiés en février 2022 et concernent la création d'extensions de codes pour les modalités de description du plateau technique spécialisé (PTS) « *Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement* » en SSR. Les actes CCAM concernés sont les suivants :

Codes	Libellé
NKQP001	Analyse instrumentale de la cinématique de la marche
NKQP002	Analyse baropodométrie de la marche
AHQP002	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo
PEQP002	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient

L'acte CCAM suivant, dont la note d'environnement précise qu'il est obligatoirement réalisé dans un laboratoire de la marche ne sera pas subdivisé :

Codes	Libellé
NKQP003	Analyse tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force

Libellés des nouveaux actes CCAM à usage PMSI subdivisés :

Huit nouveaux actes CCAM avec les extensions PMSI « sans plateau technique spécialisé pour AQMM » et « avec plateau technique spécialisé pour AQMM », seront créés. Les codes « pères » ne seront plus autorisés au codage en PMSI à partir du 1^{er} mars 2022 :

Codes pères	Nouveaux codes	Libellé
NKQP001	NKQP001-P0	Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, sans plateau technique spécialisé pour AQMM
	NKQP001-P1	Analyse instrumentale de la cinématique de la marche, avec plateau technique spécialisé pour AQMM
NKQP002	NKQP002-P0	Analyse baropodométrie de la marche, sans plateau technique spécialisé pour AQMM
	NKQP002-P1	Analyse baropodométrie de la marche, avec plateau technique spécialisé pour AQMM
PEQP002	PEQP002-P0	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient, sans plateau technique spécialisé pour AQMM
	PEQP002-P1	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient, avec plateau technique spécialisé pour AQMM
PEQP004	PEQP004-P0	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient, sans plateau technique spécialisé pour AQMM
	PEQP004-P1	Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient, avec plateau technique spécialisé pour AQMM
AHQP002	AHQP002-P0	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo, sans plateau technique spécialisé pour AQMM
	AHQP002-P1	Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo, avec plateau technique spécialisé pour AQMM

III. Nouveautés du CSARR

Le CSARR est actuellement publié au BO sous la référence 2021/3 bis. Cette version est modifiée pour 2022.

La version 2022 du CSARR sera publiée sous la référence 2022/3 bis. Elle comportera 2 parties : le Guide de lecture et de codage, et la partie analytique.

Les modifications du Catalogue et leurs caractéristiques figureront dans des documents spécifiques sur le site de l'Agence en décembre 2021.

Évolutions du Guide de lecture et de codage

Les modifications concernent :

- L'introduction des modulateurs dédiés aux plateaux techniques spécialisés conformes à un cahier des charges¹⁸.
- La création d'une nouvelle modalité de regroupement des modulateurs : le modulateur de technicité. Il s'agit de l'ensemble des six modulateurs spécifiques des différents PTS. Cette dernière s'inscrit en plus du modulateur de patient et du modulateur de lieu
- L'ajustement du périmètre des extensions documentaires.

Évolutions de la Partie analytique

Les modifications concernent :

- La mise à jour de la liste des modulateurs dont 5 ajouts (voir Annexe 1 SSR, tableau 1 : Récapitulatif des modalités de description des 6 plateaux techniques spécialisés éligible au compartiment du même nom).
- La mise à jour des associations code d'actes et modulateurs
- La mise à jour des extensions documentaires dont 6 suppressions (~~P0~~, ~~P1~~, ~~P2~~, ~~P5~~, ~~P6~~, ~~P8~~) et 1 ajout désignant particulièrement les piscines non conformes au cahier des charges spécifique (A4).

¹⁸ À titre indicatif, les établissements peuvent se référer aux caractéristiques techniques de chaque plateau ([extraits_bos_no_2021_8_du_17_mai_2021_annexes_pts.pdf](#)) ; en attendant la parution des textes réglementaires.

Annexe 6

Évolutions Interchamps

Avertissement :

La dénomination des fichiers complémentaires va progressivement évoluer au cours de la campagne 2022. Les fichiers historiquement appelés DATEXP seront désormais nommés FICHCOMP.csv.

L'ensemble des formats des fichiers PMSI sont consultables sur cette page : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2022>

I. INS (champs MCO, SSR, PSY, HAD)

La loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 et le décret d'application N° 2017-412 du 27 mars 2017, L 1111-8 et article R 1111-8-1 à 7 du CSP précisent les modalités de référencement des données de santé par un identifiant national de santé (INS).

Ces modalités ont été concrétisées par une obligation depuis le 1^{er} janvier 2021 de recourir à l'INS pour référencer les données de santé. L'ATIH été notifiée en avril 2021 de la possibilité de recueillir un **pseudonyme de l'INS** et de chaîner les informations concernant les patients sur la base de ce pseudonyme. L'INS sera dans le futur en mesure de servir de variable identifiante pseudonymisée sur les données médicales permettant notamment de :

- Suivre et évaluer les parcours MCO-SSR-HAD-Psy incluant les séjours, les actes ambulatoires et les consultations externes.
- Améliorer la qualité du suivi pluriannuel des parcours des patients.
- Construire et suivre des indicateurs cliniques de parcours.
- Suivre en vie réelle la consommation de médicaments.

Tout en prenant en compte la montée en compétence des établissements et dans la perspective de répondre à ces finalités, il sera donné aux établissements la **possibilité** de recueillir la variable dans les fichiers administratifs et certains fichiers médicaux en MCO ne disposant pas à l'heure actuelle de variable de chaînage. Le pilotage de la montée en charge du recueil sera étalé sur trois ans, en commençant par les principales données d'hospitalisation (2022), puis par les fichiers complémentaires non liés au séjour et enfin dans les données de consultations (calendrier à déterminer). Ce pilotage prendra la forme d'un suivi des remontées accompagné d'échanges semestriels entre l'ATIH et les établissements pour prendre en compte les difficultés de recueil, permettant d'affiner la politique de recueil de cette variable pour les campagnes suivantes et d'aider les établissements à orienter au mieux leurs efforts dans la perspective d'amélioration du recueil.

Cette temporalité s'inscrit dans les recommandations issues des retours d'expérience de l'ANS qui mettent en évidence la plus grande facilité de recueil de la variable pour les patients hospitalisés ; les équipes administratives disposant de plus de temps pour constituer le dossier.

Les fichiers dans lesquels l'INS pourra être intégré sont :

Champ	Campagne 2022
MCO	<ul style="list-style-type: none">• Vid-Hosp• RSF_A• Fichcomp.csv MRC• Fichcomp.csv anticancéreux• Fichcomp.csv Car T-Cells• Fichcomp.csv HTNM /EM• RSF_ACE_A
SSR	<ul style="list-style-type: none">• Vid-Hosp• RSF_A• RSF_ACE_A• Fichcomp.csv HTNM/EM

Psy	<ul style="list-style-type: none"> • Vid-Hosp • RSF_A • Vid-IPP
HAD	<ul style="list-style-type: none"> • Vid-Hosp • RSF_A

Le recueil de la variable dans les fichiers démarre pour les activités clôturées après le 1^{er} janvier 2022 pour le champ psychiatrie, et clôturées après le 1^{er} mars pour les champs MCO, SSR et HAD.

Aucun contrôle bloquant n'est prévu pour la campagne 2022, mais des contrôles du remplissage de la variable seront réalisés.

II. Identification des séjours, actes et consultations relevant d'expérimentations article 51 (MCO, SSR, HAD, Psy)

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations prévues dans l'article 51 de la loi de finances de la santé sociale 2018¹⁹, l'équipe nationale d'appui article 51 du Ministère des Solidarités et de la Santé a demandé à l'ATIH d'identifier les séjours, actes et consultations en question dans le PMSI, qu'ils soient ou non financés par des enveloppes dédiées – et donc éligibles ou non à un financement de l'assurance maladie via le PMSI ou en facturation directe.

Les consignes données dans ce document visent à :

1. **Identifier les séjours et actes et consultations externes relevant des expérimentations de l'article 51 ;**
2. **Identifier pour ces séjours et actes et consultations externes ceux faisant l'objet d'une facturation à l'assurance maladie autre que directe ou déclarée dans le PMSI, dans le cadre de ces expérimentations.**

Ces consignes concernent les champs MCO, SSR, HAD et Psychiatrie pour les établissements ex-DG/DAF et ex-OQN pour les séjours avec une date de sortie à partir du 1^{er} mars 2022 (ex-DG/DAF et ex-OQN concernés) et les actes et consultations externes avec une date de réalisation à partir du 1^{er} mars 2022 (ex-DG/DAF concernés).

1. Concernant l'identification des séjours, actes et consultations externes relevant des expérimentations article 51

a. Champs MCO, et SSR

Pour les établissements ex-DG et sous DAF :

- Pour les **séjours**, la consigne est d'utiliser dans le VID-HOSP la modalité « 1 » de la variable « Article 51 »²⁰, et laisser vide sinon.
- Pour les **actes et consultations externes**, la consigne est de coder dans le RSF-ACE A la modalité « 1 » de la variable « Article 51 », et laisser vide sinon.

Pour les établissements ex-OQN :

- La consigne est d'utiliser dans le RSF-A la modalité « 1 » de la variable « Article 51 », et laisser vide sinon.

¹⁹ Également appelées « expérimentations article 51 »

²⁰ Pour tous les fichiers concernés, une variable sera créée.

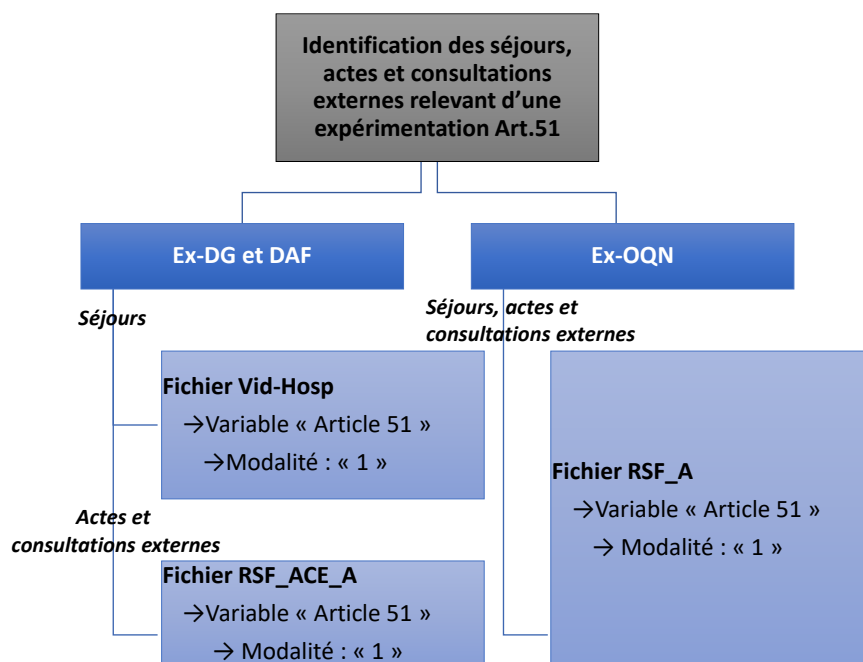


Figure 1 : Tableau synoptique des consignes de codage des séjours et actes et consultations externes relevant d'une expérimentation article 51

b.Champs psychiatrie et HAD

Pour les établissements sous DAF :

- Pour les **séjours**, la consigne est d'utiliser dans le VID-HOSP la modalité « 1 » de la variable « Article 51 » ;
- Aucune information de codage de cette information n'est demandée pour les **actes ambulatoires**.

Pour les établissements ex-OQN :

- La consigne est d'utiliser dans le RSF-A la modalité « 1 » de la variable « Article 51 ».

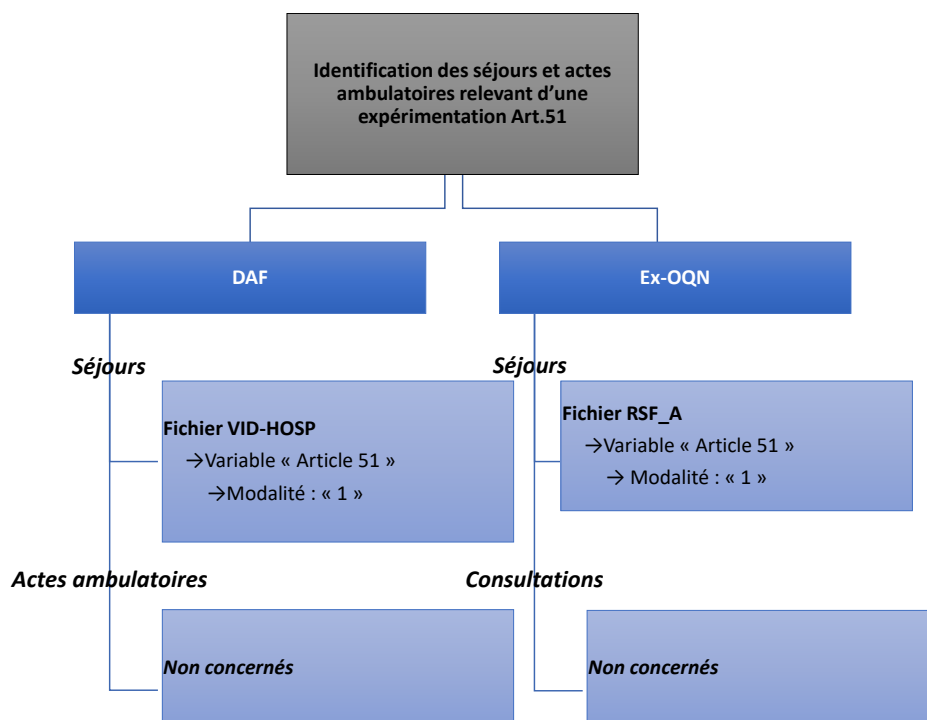


Figure 2 : Tableau synoptique des consignes de codage des séjours et actes ambulatoires relevant d'une expérimentation article 51

2. Concernant l'identification des séjours et actes et consultations externes relevant d'un financement article 51 exclusif

A l'inverse des informations demandées en partie 1, l'identification de ces éléments complémentaires ne concerne que les séjours, actes et/ou consultations financées par ailleurs dans le cadre d'une expérimentation article 51.

a. Champs MCO et SSR

Pour les établissements ex-DG :

- Pour les **séjours**, la consigne est d'utiliser dans le VID-HOSP la modalité « E : Article 51 » de la variable « Motif de non-facturation à l'AM ».
- Pour les **actes et consultations externes**, la consigne est de coder dans le RSF-ACE A la modalité « E » de la variable « Motif de non-facturation à l'AM ».

Pour les établissements ex-OQN :

- La consigne est d'utiliser dans la ligne A du RSF la variable « Code de prise en charge »²¹, et de respecter les modalités existantes :
 - o Pour les établissements MCO
 - « 2 : Assurés non pris en charge »
 - « 3 : Non-assurés non pris en charge »
 - « 5 : Nouveaux nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère »
 - o Pour les établissements SSR
 - « 2 : Assurés non pris en charge »
 - « 4 : Non-assurés sans pris en charge »

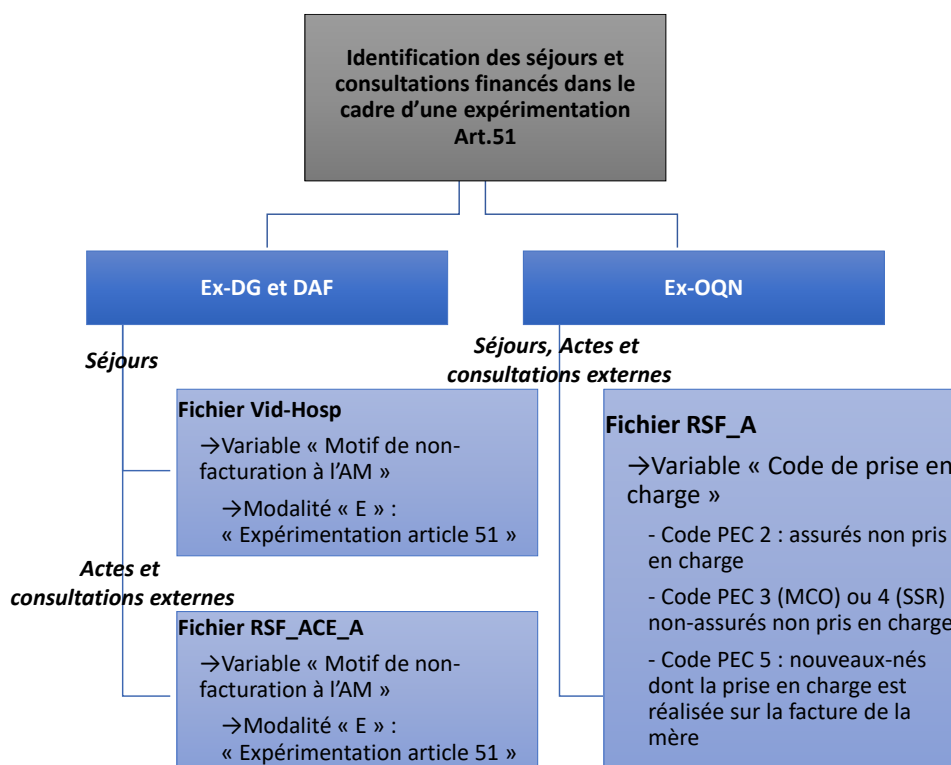


Figure 3 : Tableau synoptique des consignes de codage d'une facturation des séjours et actes et consultations externes financés exclusivement dans le cadre d'une expérimentation article 51

b. Champ psychiatrie

Les établissements sous ex-DAF vont être soumis à partir de 2022 à un financement hybride incluant une part de dotation à la file active. Dans l'éventualité où des patients de la file active seraient concernés par une

²¹ Le code de PEC permet de coupler les factures avec les RSS dans tous les cas. Les cas listés renvoient à des situations où il n'y a pas de facture individualisée pour les RSS concernés.

expérimentation article 51, les séjours de ces patients devront être identifiés dans le Vid-Hosp par la modalité « E : Expérimentation article 51 » de la variable « Motif de non facturation à l'AM ».

Pour les établissements ex-OQN :

- La consigne est d'utiliser dans la ligne A du RSF la variable « Code de prise en charge », et de respecter les modalités existantes :
 - o « 2 : assurés non pris en charge »
 - o « 4 : non-assurés non pris en charge »
 - o « 5 : nouveaux-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère »

c. Champ HAD²²

Pour les établissements ex-DG : Dans l'éventualité où des patients de la file active seraient concernés par un financement expérimentation article 51, les séjours de ces patients devront être identifiés dans le Vid-Hosp par la modalité « E : Expérimentation article 51 » de la variable « Motif de non facturation à l'AM ».

Pour les établissements ex-OQN :

- La consigne est d'utiliser dans la ligne A du RSF la variable « Code de prise en charge », et de respecter les modalités existantes :
 - o « 2 : assurés non pris en charge »
 - o « 3 : non-assurés non pris en charge »
 - o « 5 : nouveaux-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère »

3. Éléments complémentaires

a. Précisions concernant les remontées

Les remontés démarreront à partir du M3 2022, cumulant les données depuis le début de l'année.

b. Précisions concernant la facturation de la prestation pour les établissements ex-OQN

Dans le cas où le séjour, acte ou consultation fait l'objet d'un financement par enveloppe article 51, la prestation identifiée ne donne pas lieu à une facture à l'assurance maladie. Deux points sont à noter :

- Pour tous les champs concernés, un RSF doit quand même être produit (sauf en psychiatrie où les RSF disparaissent à partir de 2022).
- Les établissements ex-OQN devront s'assurer qu'une facture de la prestation ne sera pas transmise au patient. Le codage conjoint des variables « article 51 » et « code de prise en charge » permettra d'éviter cette situation.

c. Modalités de contrôle

Des contrôles non bloquants seront effectués lorsque les variables ne sont pas renseignées (laissées vides).

d. Restitution

Des tableaux Ovalide restitueront les volumes de séjours, actes et consultations concernés par la mesure pour chacun des champs de l'établissement.

En complément, le tableau recensera les montants de recettes d'activité non perçues du fait du financement par une enveloppe article 51.

e. Questions et remarques

Les questions concernant le recueil relatif à l'article 51 sont à adresser à article51@atih.sante.fr. Elles permettront d'améliorer et d'enrichir la présente notice et feront l'objet d'une base de connaissance.

III. FICHSUP COVID

Une nouvelle notice relative aux tests Covid réalisés par les établissements a été publiée sur le site de l'ATIH le 15 octobre 2021 et un nouveau format mis à disposition des établissements à partir de M10. Ces évolutions intègrent :

²² Nous rappelons que les modalités de la variable « Code de prise en charge » diffèrent selon les champs, expliquant les différences de codage entre champs MCO, SSR, PSY et SSR.

- l'évolution du remboursement des tests de dépistage du COVID à partir du 15 octobre 2021 ;
- la prise en charge du 09/08/2021 au 15/10/2021 du dépistage par autotests de détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sous supervision permettant aux professionnels concernés par l'obligation de vaccination contre la covid-19 de poursuivre leur activité lorsqu'ils ne disposent pas d'un schéma vaccinal complet.

Une nouvelle notice relative au FICHSUP destiné au recueil des données relatives à la vaccination contre la covid-19 pour les établissements assurant le fonctionnement d'un centre de vaccination a été publiée sur le site de l'ATIH le 9 décembre 2021 et un nouveau format mis à disposition des établissements à partir de M11. Ces publications intègrent les modifications de tarifs des prestations et ajoutent des précisions afin d'éclaircir les modalités de déclaration des forfaits de ligne vaccinale et de compléments à la ligne vaccinale.

IV. Druides (Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des données des Etablissements de santé)

Le projet DRUIDES - Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé - a pour objectif de remplacer l'ensemble des logiciels de transmissions des données mis à disposition par l'ATIH par un logiciel unique.

Le logiciel DRUIDES sera doté, entre autres, de la capacité de mise à jour automatique et de commandes de traitement à distance de la plateforme e-pmsi (commande traitement, génération des tableaux Ovalide, Validation/Dévalidation des données).

Des versions successives de DRUIDES enrichies au fur et à mesure de fonctionnalités continuent d'être testées avec des établissements volontaires.

Les résultats rassurants de ces tests laissent envisager le remplacement de l'ensemble des logiciels utilisés pour les transmissions des données du champs MCO à partir de M3 2022 : Agraf, Genrsa, Fichsup, Fichcomp, Lamda, Valo, Visual, Preface, Lamda (Sejour et ACE)²³

L'ATIH devrait mettre à disposition pour tous les établissements qui souhaiteront se familiariser avec les nouvelles modalités de transmission d'une plateforme e-pmsi et d'une version de DRUIDES de test dès Février 2022. Les logiciels de transmissions des données des autres champs d'activité (SSR, HAD, Psychiatrie) seront intégrés au projet DRUIDES à partir des années 2023 et suivantes

V. Transports entre établissements

L'ensemble des établissements sont tenus de produire un FICHCOMP Transports pour toutes les activités clôturées à compter du 1^{er} janvier 2022. Le format de ce FICHCOMP ne fait pas l'objet d'évolutions.

Le FICHSUP Transports est donc supprimé à partir du 1^{er} janvier 2022 sauf pour la ligne du Lamda Transport sur 2021 en MCO.

VI. FICHCOMP-ATU

En raison de la refonte du système dérogatoire d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU), le nom du fichier FICHCOMP-ATU évolue.

Les nouvelles dénominations sont l'autorisation d'accès précoce (AAP) ou l'autorisation d'accès compassionnel (AAC) ou le cadre de prescription compassionnel (CPC). Le fichier prendra à compter de mars 2022 le nom de FICHCOMP-AP-AC.

VII. Format des fichiers

La dénomination des fichiers complémentaires va progressivement évoluer au cours de la campagne 2022. Les fichiers historiquement appelés DATEXP seront désormais nommés FICHCOMP (.csv).

L'ensemble des formats des fichiers PMSI sont consultables sur cette page : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2022>

²³ Hormis les données MRC et HTNM/EM qui continueront à être transmis avec l'outil MATIS en 2022.