

**Campagne tarifaire et budgétaire 2019**  
**Nouveautés PMSI –**  
**Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie**

---

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés 2019 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 2019.

À ce titre, les nouveautés concernant le champ d'activité psychiatrie étant applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2019, une première notice relative à ce champ, accompagnée des nouveautés de type "nomenclature", a été publiée le 23 novembre 2018.

La présente notice décrit les nouveautés relatives aux champs d'activité MCO, HAD et SSR, nouveautés applicables au 1<sup>er</sup> mars 2019. Dans une logique documentaire, l'annexe psychiatrie et nouveautés nomenclature est reproduite dans la présente notice.

Pour mémoire, les arrêtés dits « PMSI » constituent le support réglementaire du recueil et du traitement des informations médicalisées relatives aux différents champs d'activité. Pour 2019, 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

L'arrêté PMSI MCO du 23 décembre 2016 modifié 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° 2019/5 *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° 2019/6 *bis* ;
- 10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe III – BO n° 2019/9 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2019/8 *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<sup>er</sup> mars 2019.**

### II. Modifications de codage et de recueil

En 2019, 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 (VIDHOSP, FICHCOMP, RSF-ACE).

#### a. Conversion hospitalisation partielle – hospitalisation complète

Suite à une demande de la HAS concernant l'identification des séjours prévus en hospitalisation partielle puis transformés en séjours d'hospitalisation complète (séjours d'au moins une nuit), une nouvelle variable « conversion HP-HC » est créée dans le RSS. Lorsqu'un patient, admis en UM d'hospitalisation partielle, est muté dans une UM d'hospitalisation complète ou mixte, la conversion du séjour devra être codée. L'objectif de ce codage est de pouvoir identifier ces séjours.

Lorsque cette situation se présente, certains établissements sont contraints d'écraser le RUM en hospitalisation partielle pour respecter les règles de la norme B2, ou du fait de leur système d'information. En conséquence, le codage de la conversion devra être réalisé dans le premier RUM d'hospitalisation complète, ceci qu'il y ait eu, ou non, écrasement du RUM en hospitalisation partielle réalisé à l'entrée.

Le repérage des conversions concerne :

- les patients entrés en UM d'hospitalisation partielle (chirurgie ambulatoire ; HDJ ; plateau ambulatoire interventionnel ; séance),
- les patients admis aux urgences et adressés dans une UM d'hospitalisation partielle,
- les patients admis en prestation inter établissement en UM d'hospitalisation partielle, puis mutés en UM non partielle, pour l'établissement prestataire.

Le repérage ne concerne pas les hospitalisations partielles foraines (séjours de 0 jour en hospitalisation complète).

3 valeurs de cette variable sont possibles :

- variable à blanc (RUM non concerné)
- variable « conversion » (valeur 1)
- variable « absence de conversion » (valeur 2)

Des codes erreurs pourront aider à repérer :

- les séjours susceptibles d'être concernés (ex : RUM en HP suivi d'un RUM en HC sans variable codée),
- les séjours ne devant pas être concernés (ex : séjour de 0 jour en HP et variable codée)
- ou les erreurs de valeur de cette variable.

Des tableaux seront créés dans OVALIDE.

#### **b. Suppression de l'UM IVG**

L'UM 72 (interruption volontaire de grossesse) est supprimée de la liste des UM. En conséquence, ces séjours ne doivent plus être enregistrés dans une unité dédiée.

Les séjours pour IVG qui, jusqu'à présent, étaient enregistrés en UM 72, devront être enregistrés dans les UM de gynécologie ou d'obstétrique (UM 70, 71 ou 73), ou à défaut en UM 53 de chirurgie polyvalente, ou UM 29 de médecine polyvalente.

Dans les établissements au sein desquels la seule activité gynécologique réalisée porte sur la réalisation d'IVG médicamenteuses, ces séjours devront être enregistrés au sein des autres UM déjà existantes.

#### **c. Enregistrement des naissances à l'aide du mode d'entrée N**

Pour fiabiliser le dénombrement des nouveau-nés dans les maternités, une nouvelle valeur « N » de la variable mode d'entrée est créée. Cette variable permettra d'identifier les RUMs de naissance. Ce code ne doit être utilisé que dans les RUMs des nouveau-nés dont la naissance a eu lieu dans l'établissement.

En revanche, les nouveau-nés transférés d'un autre établissement garderont un mode d'entrée 7 transfert définitif ; les nouveau-nés admis suite à un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance garderont un mode d'entrée 8.

Ce mode d'entrée « Naissance » concernera tout nouveau-né pour lequel est créé un séjour, donc également les enfants mort-nés, et les produits d'avortement de plus de 22SA et/ou de plus de 500g.

Des contrôles bloquants seront mis en place dans la fonction groupe.

#### **d. Recueil d'information concernant les séjours des nouveau-nés auprès de la mère**

Dès 2021, l'identification des séjours de nouveau-nés auprès de leur mère sera obligatoire dans Eurostat (direction générale de la Commission européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire).

Précisions concernant la Facturation des Nouveau-nés :

Pour les nouveau-nés restés auprès de leur mère, la facturation s'effectue à partir du séjour de la mère. En effet, généralement le nouveau-né n'a pas encore eu d'attribution de NIR et la carte d'ouvrant droit n'a pas été mise à jour : de ce fait le séjour ne peut pas être facturé seul. Les règles PMSI imposent la production d'un RSS, ce qui entraîne que l'établissement n'a que 2 options possibles pour la production du VIDHOSP associé à ce RSS :

- Soit l'établissement est en mesure de produire un numéro administratif de séjour pour les nouveau-nés :
  - Dans ce cas, il y a production d'un VID-HOSP pour les nouveau-nés, en y indiquant le numéro administratif de la mère dans la variable « N° administratif de séjour de la mère ».
  - Si le nouveau-né est resté auprès de sa mère et n'a pas nécessité de soins autres que ceux normalement requis, la variable « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » devra être codée à 1 dans le VIDHOSP du nouveau-né. Ce sont bien l'absence de nécessité de soins supplémentaires, et, généralement, la présence du nouveau-né dans la même UM que sa mère, qui justifient le codage de cette variable à 1. Ce codage ne concerne que les séjours de nouveau-nés : les enfants réhospitalisés après sortie à domicile ne sont pas concernés par cette variable. Ainsi, logiquement, pour les établissements ex-DG, les nouveau-nés nés dans l'établissement, et restés auprès de leur mère, car nés à terme et ne posant aucun problème médical, auront un mode d'entrée « N » et la variable « enregistrement d'un NN auprès de sa mère » à 1. A contrario

un nouveau-né placé, du fait de son état, en UM de néonatalogie ne devra pas être déclaré auprès de sa mère.

Ce rappel concerne essentiellement les établissements ex-DG, établissements pour lesquels cette information n'est pas déduite des données de facturation. Des tableaux OVALIDE situés dans la partie « périnatalité » permettront aux établissements de vérifier le codage.

- Soit l'établissement n'est pas en mesure de produire un numéro administratif de séjour pour les nouveau-nés :
  - Dans ce cas l'établissement ne produit pas de VIDHOSP pour les nouveau-nés. Seul le VIDHOSP de la mère est constitué de la manière suivante :
    - Inscrire dans la variable « N° administratif de séjour » du VID-HOSP la valeur de la variable « N° Administratif local de séjour » qui figure dans le RSS de la mère
    - Inscrire le n° de sécu, date de naissance et sexe de la mère.
    - Les variables « N° administratif de séjour de la mère » et « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » ne doivent pas être renseignées.
  - Dans la variable « N° Administratif local de séjour » des RSS des nouveau-nés, inscrire le « N° Administratif local de séjour » du RSS de la mère. Autrement dit, les RSS de la mère et du ou des nouveau-nés auront le même numéro (celui qui inscrit dans le VID-HOSP constitué tel que décrit ci-dessus).

En aucun cas, il ne doit être produit un traitement hybride : production, pour les nouveau-nés, de VIDHOSP en indiquant le numéro administratif de la mère avec des variables différentes de celles de la mère (modification de la date de naissance ou du sexe par exemple).

À partir de 2019, GENRSA sera adapté en conséquence et signalera en erreur les fichiers comportant des doublons de numéros administratifs dans les CMD 14 et 15, ou lorsque les variables « N° administratif de séjour de la mère » et « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » sont renseignées.

#### e. Rappels de codage

- Ganglion sentinelle : rappel des consignes de codage

Dans le contexte de chirurgie d'ablation d'une tumeur maligne du sein, la réalisation d'une recherche de ganglion sentinelle se code par l'un des actes ZZQL010 *Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique* ou ZZQL013 *Détection radio-isotopique préopératoire de lésion par injection transcutanée intratumorale ou périumorale, avec détection radio-isotopique peropératoire* associé à l'un des actes FCQX005 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle*, FCQX008 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles* ou FCQX007 *Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles*.

Si le résultat de la recherche de métastase dans le ganglion sentinelle est négatif, il ne doit pas être codé d'acte de curage ganglionnaire FCFA029 *Curage lymphonodal [ganglionnaire] axillaire, par abord direct ou d'acte associant la tumorectomie ou la mastectomie partielle à un curage ganglionnaire* (QEFA001 *Tumorectomie du sein avec curage lymphonodal axillaire*, QEFA008 *Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire*).

Les actes de curage ganglionnaire sont réservés aux cas pour lesquels le résultat de la recherche de métastase dans le ganglion sentinelle est positif. C'est alors, seulement, que les actes de curage de la chaîne lymphonodale axillaire peuvent être codés, dans le même temps opératoire lorsque l'examen anatomopathologique est extemporané, ou à distance lorsque ce curage est réalisé dans le cadre d'une seconde intervention.

- Rappel concernant l'utilisation des DP Z40 intervention prophylactique

En 2015 ont été introduites des consignes de codage concernant les DP en Z40, lors des interventions prophylactiques sur les organes sains susceptibles de devenir cancéreux.

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**. En effet, la création de ces codes en Z40 a pour objectif d'orienter les séjours concernés dans la racine la plus

adaptée, au sein de la CMD dans lesquels ils doivent être groupés. Ces consignes sont motivées par la nécessité d'homogénéiser les contenus des racines, en cohérence avec les actes réalisés. Ainsi :

- 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.
- Rappel concernant le codage de l'interruption médicale de grossesse

Les codes concernant l'interruption médicale de grossesse étant déclinés en fonction du motif de l'interruption (voir Annexe n°5 : interruption médicale volontaire de grossesse, dite IVG, et interruption de grossesse pratiquée pour un motif médical dite IMG ou ITG), les consignes de codage sont précisées :

- Le code Z64.0 « *difficultés liées à une grossesse non désirée* » doit être codé en DAS lors des venues pour IVG médicamenteuse complète non compliquée (DP = O04.90 *Interruption médicale de grossesse complète sans complication*), ainsi qu'en cas d'IVG instrumentale si une poursuite de grossesse est constatée suite à l'IVG médicamenteuse (DP = O07.4 *Échec d'une tentative d'avortement, sans complication*). L'objectif du codage de Z64.0 est l'orientation du séjour dans la racine 14Z08Z valorisée avec application du forfait adapté à la situation.
- A contrario, il ne sera pas codé Z64.0 en DAS dans le cas d'une IVG compliquée ou incomplète, ou dans le cas d'une interruption médicale de grossesse pour cause embryonnaire ou fœtales et/ou maternelle.

Le tableau OVALIDE 1.Q.8.SIG sera adapté.

- Rappel concernant le codage des mort-nés

La nouvelle déclinaison des codes P95 concernant les nouveau-nés mort-nés permettant d'identifier la cause de la mort fœtale, le codage en DAS de P96.4 *Interruption de grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né* n'est plus nécessaire (voir Annexe n°5).

L'instruction DGOS/DGS/DREES mortalité sera modifiée en conséquence.

#### **f. Financement forfaitaire des pathologies chroniques**

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a retenu comme premier axe stratégique la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Parmi les actions opérationnelles retenues, figure le développement d'une politique de repérage, de dépistage, et de prise en charge précoces des pathologies chroniques. Le diabète et l'insuffisance rénale chronique sont notamment ciblés, avec pour objectif de :

- Mettre en place des stratégies visant à réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et, notamment, les complications cardio-neuro-vasculaires
- Pour les personnes souffrant de maladies rénales, développer des parcours favorisant l'autonomie du fonctionnement rénal, afin d'éviter la dialyse et de retarder la greffe

Il est proposé de mettre en place, dès l'année 2019, deux forfaits hospitaliers dits « de transformation », forfaits matérialisant la prise en charge des **patients diabétiques de type 1 et 2 en dehors des séjours pour complications**, et des **patients atteints d'une insuffisance rénale chronique en pré-suppléance, à partir des stades 4 et 5**. Ces forfaits ont pour vocation de permettre à chaque équipe spécialisée, de mettre en place ou de renforcer une prise en charge coordonnée et de qualité autour de ces patients.

Un recueil spécifique sera créé pour chaque forfait afin de suivre l'activité et la qualité des prises en charge réalisées par les établissements de santé. Le périmètre précis des forfaits et le recueil seront décrits dans une prochaine notice.

#### **g. Développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire, visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et

psychiques antérieures. Cette démarche vise donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité et a aussi pour conséquence, *in fine*, de voir réduire les durées d'hospitalisations<sup>1</sup>.

La pratique de la RAAC est multidisciplinaire et nécessite donc des efforts combinés de l'ensemble des équipes médicales (médecins anesthésistes, chirurgiens, rééducateurs, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.), ainsi qu'un environnement administratif et organisationnel favorable<sup>2</sup>.

Une organisation spécifique (protocoles chirurgicaux et anesthésiques, formation/information du patient) et des moyens dédiés (infirmiers, par exemple) en assurent la mise en œuvre opérationnelle.

Dans le but d'identifier les pratiques de RAAC des établissements de santé, et potentiellement d'en favoriser le développement par des mesures adaptées, une nouvelle variable est introduite dans le recueil PMSI.

Cette variable doit être renseignée **pour tous les séjours comprenant une intervention intégrée dans un protocole de RAAC**, tel que présenté ci-dessus.

Des informations complémentaires seront données dans une prochaine notice.

#### **h. Consignes de codage pour les établissements ayant recours à des traitements de type CAR T cells (Kymriah®, Yescarta®)**

En l'absence de GHM et d'actes dédiés à la prise en charge thérapeutique des patients requérant un traitement par *CAR T cells* (Kymriah®, Yescarta®), les établissements prescripteurs pourront coder rétrospectivement, et par assimilation, les séjours correspondants, afin que le groupage conduise au GHM « Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, niveau 4 » (GHM 27Z024). Des consignes précises de codage (diagnostics principal et associé ainsi que acte) seront données dans une prochaine notice.

Restreint à l'année 2018, ce codage par assimilation ne sera pas comptabilisé dans l'attribution du Forfait Annuel Greffe (CSH) pour l'année 2019.

Pour 2019, afin de pallier les surcoûts relatifs à ces nouveaux traitements, un accompagnement spécifique sera prévu. Des éléments complémentaires seront apportés sur ce point dans une prochaine notice.

### **III. Classification des GHM : version V2019**

Une évolution des actes chirurgicaux orientant vers la racine 05K26 « *actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire* » est réalisée :

- Intégration de l'acte EJSF032 : « Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale ».

### **IV. 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-2019>

#### **a. Formats RUM/RSS**

Nouveau format RUM 019 et RSS 119 :

Le champ « conversion HP->HC » est ajouté : nouvelle variable concernant les conversions de séjours d'hospitalisation partielle en séjours d'hospitalisation complète.

- Nouvelle variable « prise en charge RAAC » (récupération améliorée après chirurgie)

#### **b. FICHSUP**

Pas de changement.

---

<sup>1</sup> Rapport HAS : Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives, juin 2016.

<sup>2</sup> Rapport HAS : Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives, juin 2016.

### **c. FICHCOMP**

Les formats sont inchangés, en dehors des éléments suivants :

- Création d'un nouveau FICHCOMP : « Admission en provenance de maison de naissance »

Ce FICHCOMP concerne les établissements MCO auxquels sont adossées les maisons de naissance en cours d'expérimentation (8 maisons de naissance). L'objectif de ce FICHCOMP est d'y inscrire le numéro administratif du ou des séjours de la mère et/ou de l'enfant dont l'état de santé a nécessité le transfert de la maison de naissance vers l'établissement MCO d'adossement. Seul le séjour motivant le transfert doit être enregistré dans FICHCOMP. Ainsi, par exemple, le nouveau-né en bonne santé accompagnant sa mère ne doit pas voir son séjour inscrit dans ce FICHCOMP.

Les données du FICHCOMP ne seront pas remontées dans la base nationale. Elles permettront uniquement de porter à « 1 » la variable « TOP Maison de Naissance », variable déjà existante dans le RSA, et qui a pour objet l'identification des admissions en provenance d'une maison de naissance.

- Ajout de l'indication dans le recueil des médicaments sous ATU (Autorisation temporaire d'utilisation)

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

### **d. Fichier d'information des Unités Médicales (IUM)**

Nouvelle autorisation 61 (« Etablissement ciblé par le forfait diabète ») à faire porter par une unité fictive portant le n° « \$\$\$\$ » pour les établissements concernés.

### **e. RSF-ACE**

- **Ajout de l'IPP.**

Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 6 ci-dessous « Evolutions des fichiers PMSI ».

- **Ajout de l'indication dans le RSF-ACE H**

### **f. VIDHOSP**

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

## **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, modifié fait l'objet d'une mise à jour relative à ses annexes.

Les annexes I, II et III 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° 2019-7bis 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<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI » seront publiées au BO sous les références respectives BO n°2019-8bis et BO n°2019-9bis.

**La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er mars 2019.**

#### **II. Modifications de codage et de recueil**

##### **a. Prise en compte du projet médical dans le recueil PMSI HAD**

Depuis 2015, l'ATIH mène des travaux d'élaboration d'une classification médico-économique en HAD. Ces travaux sont accompagnés par des professionnels de l'HAD.

Dans le cadre de ces travaux, le projet médical est ainsi apparu comme un déterminant important de la durée du séjour. Or, au vu des éléments actuellement recueillis dans le PMSI, le projet médical n'est pas identifiable. Il a donc été décidé de recueillir une information liée au projet médical à l'entrée du patient en HAD. Cette variable sera renseignée une seule fois au cours du séjour, pendant la première séquence.

Cette nouvelle variable actuellement dénommée « nature du séjour » sera intégrée au recueil du PMSI HAD à partir du 1<sup>er</sup> mars 2019. Les consignes de codage de la variable « nature du séjour » seront annoncées dans le guide méthodologique provisoire et précisées si nécessaire dans le guide méthodologique définitif à paraître en mars 2019.

Le codage de la nouvelle variable concernera uniquement les séjours débutant à partir du 1<sup>er</sup> mars 2019.

La variable se codera sur 2 caractères et comportera 8 modalités : petite enfance, antepartum, postpartum, soins palliatifs, soins complexes de pathologies chroniques ou de handicap, soins ponctuels, surveillance, rééducation.

Un tableau Ovalide de restitution sera mis en place.

Aucune modification n'est apportée au modèle de financement. L'activité continuera à être rémunérée à la journée en tenant compte du mode de prise en charge principal (MPP), du mode de prise en charge associé (MPA), et de l'Indice de Karnofsky (IK). Le principe de la dégressivité tarifaire pour chaque journée de chaque séquence du séjour continuera à s'appliquer.

##### **b. Diagnostic principal (DP)**

Jusqu'au 28 février 2019, la définition du DP est liée au mode de prise en charge principal : « Le DP est l'affection ou le problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe ».

En lien avec les travaux sur la nouvelle classification, la définition du DP change au 1<sup>er</sup> mars 2019 afin de le relier à la variable nature du séjour plutôt qu'au MPP.

La définition du DP devient « Le diagnostic principal (DP) est l'affection ou le problème de santé qui a motivé l'admission en HAD en lien avec le projet médical à l'entrée du séjour d'HAD. »

**c. Mode de sortie**

Le guide méthodologique précisera la liste des codes disponibles en ajoutant le code 8 : *domicile* en plus des codes pour mutation, transfert et décès.

**d. Intervention conjointe SSIAD-SPASAD : Fichier complémentaire des conventions HAD-ESMS / SSIAD ou SPASAD**

À compter du 1<sup>er</sup> mars 2018, le fichier complémentaire des conventions HAD-ESMS a été complété en permettant le recueil des conventions entre l'établissement d'HAD et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) susceptibles d'intervenir en même temps que lui au domicile du patient.

La notion de forfait de soins ne s'applique pas aux SSIAD et SPASAD. Par conséquent, cette rubrique n'est pas à renseigner dans le fichier des conventions en cas de coopération entre HAD et l'un de ces services.

**e. Calendrier de codage des indications des médicaments de la liste en sus en HAD**

Le recueil des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus a été mis en place en 2018 dans les champs MCO et HAD. Il était facultatif pour les établissements d'HAD jusqu'au 28 février 2019.

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2019, les établissements HAD devront remonter un code d'indication. l'absence de code indication ne sera plus valorisée.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2019, les erreurs de codage ne seront plus valorisées.

**III. Nouveautés concernant le format des fichiers**

**a. Formats RPSS**

Nouveau format RPSS H0B (ex-DG) et H0C (ex-OQN) : la variable « Nature du séjour » est ajoutée.

**b. VIDHOSP**

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

**c. FICHCOMP**

Ajout de l'indication dans le recueil des médicaments sous ATU (Autorisation temporaire d'utilisation).

## **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, modifié fait l'objet d'une modification en 2018.

Il s'agit de préciser le délai (6 semaines) dont disposent les ARS pour valider les données mensuelles cumulatives transmises par les établissements et de préciser la date (1<sup>er</sup> mars) à laquelle les ARS doivent valider les données annuelles de l'année précédente (M12, n-1).

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 médico-économiques en soins de suite et de réadaptation – annexe I – BO n° 2019/1 *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° 2019/2 *bis* ;
- Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation – annexe III – BO n° 2019/3 *bis* ;
- Classification commune des actes médicaux descriptive dite à usage PMSI – annexe IV – BO n° 2019/8 *bis* ;
- 10<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite à usage PMSI – annexe V – BO n° 2019/9 *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 de la semaine 10 de l'année 2019.**

#### **II. Modifications de codage et de recueil**

Les principales modifications apportées au guide concernent les points suivants :

##### **a. La date de réalisation de l'acte CCAM devient obligatoire**

Le recueil de la date de réalisation de l'acte CCAM est déjà largement mis en place dans les établissements. Le PMSI SSR sera ainsi en cohérence avec les autres champs PMSI (MCO, HAD, Psy).

##### **b. Suppression du ZAIGU**

En SSR, pour le codage d'une affection aiguë, à compter de 2019, il ne sera plus possible d'utiliser le code ZAIGU en finalité principale de prise en charge (FPP).

Pour le codage d'une affection aiguë, à compter de 2019, les consignes de codage sont les suivantes :

- 1) Affection aiguë survenant en semaine Sn

Le codage de la morbidité principale pour une semaine donnée (semaine Sn) est identique au codage de la morbidité principale de la semaine précédant la survenue de l'affection aiguë (semaine Sn-1).

L'affection aiguë est enregistrée en position de DAS sur le RHS de la semaine Sn et jusqu'à la fin du traitement de l'affection aiguë.

- 2) Affection aiguë survenant en première semaine S1

Si la prise en charge lors de la semaine S1 est une prise en charge pour la seule affection aiguë et que la rééducation ou d'autres soins que les soins médicaux (par exemple surveillance de suture et pansements chirurgicaux) n'ont pas pu commencer lors de cette première semaine, alors le codage de la morbidité principale sera le suivant :

- Coder en FPP Z51.88 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
- Coder en MMP l'affection aiguë

Dès lors qu'une rééducation est réalisée ou que d'autres soins que les soins médicaux sont réalisés (par exemple surveillance de suture et pansements chirurgicaux) alors le codage de la morbidité principale sera le suivant :

- Coder en FPP : rééducation, surveillance de suture et pansements chirurgicaux, ou...
- Coder en MMP l'altération ou le problème de santé fonctionnel ou organique sur laquelle (ou lequel) s'exerce l'action précédente.
- Coder en DAS l'affection aiguë

### **III. Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2019**

Les évolutions du CSARR pour l'année 2019 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 2019 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 « Nomenclature » de la présente notice.

### **V. Classification en GME**

La version de classification GME qui sera mise en œuvre à partir de la semaine 10 de 2019 est la même que celle qui a été mise en œuvre en mars 2018.

Il n'y a donc pas de nouveautés 2019 en matière de classification. Cette version sera qualifiée de V2019, mais est équivalente à la V2018 et à la V2017.

### **VI. Nouveautés concernant le format des fichiers**

#### **a. RHS**

Pas de changement en 2019

#### **b. FICHCOMP**

Pas de changement en 2019

#### **c. FICUM**

Pas de changement en 2019.

#### **d. VID-HOSP**

Les principales évolutions 2019 sont décrites dans l'annexe 6 : « évolutions des fichiers PMSI ». VIDHOSP → nouveau format V013

#### **e. RSF-ACE A**

- **Ajout de l'IPP.**

Les éléments sont détaillés dans l'Annexe 6 ci-dessous « Evolutions des fichiers PMSI ».

## **Annexe 4**

### **Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie**

-----

#### **I. Mise à jour de l'arrêté PMSI**

L'arrêté du 23 décembre 2016 modifié<sup>3</sup> fera l'objet d'une mise à jour, liée aux évolutions de ses annexes I, Guide méthodologique de production du RIM-P et II, 10<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2019.**

#### **II. Modifications apportées au Guide méthodologique en Psychiatrie**

Il n'y a pas de modifications notables apportées.

Par ailleurs, il est rappelé que les consignes de recueil des mesures de Contention et d'isolement ont fait l'objet d'un document de synthèse annexé au compte rendu du comité technique plénier de psychiatrie du 3 juillet 2018<sup>4</sup>.

Ce compte rendu précise aussi les travaux sur les évolutions futures du RIM-P, actés par le comité technique.

#### **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**

##### **a. RPS**

Pas de modification du format de ce fichier.

##### **b. RAA**

Pas de modification du format de ce fichier.

##### **c. Fichcomp « Contention et Isolement »**

Pas de modification du format de fichier.

##### **d. VID-HOSP, RSF**

Ces nouveautés seront décrites dans l'annexe 6 « évolution des fichiers » de la présente notice PMSI.

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech\\_psy\\_2018-07-03.zip](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech_psy_2018-07-03.zip)

## Annexe 5

### Nouveautés relatives aux nomenclatures

-----

Les nouveautés 2019 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

Les évolutions de la CIM-10 pour l'année 2019 comprennent les modifications apportées par l'OMS ainsi que les évolutions proposées par l'ATIH pour le PMSI.

##### - **Modifications apportées par l'OMS**

Les modifications OMS introduites en 2019 concernent :

- ✓ La création de quarante-huit catégories et sous-catégories avec leurs notes
- ✓ La suppression de dix-sept catégories et sous-catégories avec leurs notes
- ✓ L'ajout de vingt-cinq notes indépendamment de celles des catégories et sous-catégories créées
- ✓ La suppression de neuf notes indépendamment de celles des catégories et sous-catégories supprimées
- ✓ La modification de sept libellés de groupes, de catégorie et de sous-catégorie
- ✓ La modification de vingt-cinq notes

##### • **Création de catégorie et sous-catégorie**

*A92.5 Maladie due au virus Zika*

*B48.5† Pneumocystose (J17.2\*)*

*G83.6 Paralyse faciale du neurone moteur supérieur [NMS] [MNS]*

*G90.5, G90.6 et G90.7 pour le « Syndrome douloureux régional complexe » de type I, II ou autre et sans précision*

*G94.3\* Encéphalopathie au cours de maladies classées ailleurs*

*J98.7 Infections respiratoires non classées ailleurs*

*K55.3 Angiodysplasie de l'intestin grêle*

*K58.1, K58.2, K58.3 et K58.8 pour le « Syndrome de l'intestin irritable », avec diarrhée prédominante [SII-D], avec constipation prédominante [SII-C], avec troubles du transit mixtes [SII-M] ou autre et non précisé*

*K66.2 Fibrose rétropéritonéale*

*M75.6 Lésion du labrum [bourrelet glénoïdien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule*

*P35.4 Maladie congénitale due au virus Zika*

*R00.3 Activité électrique sans pouls, non classée ailleurs*

*R17.0 et R17.9 pour l' Hyperbilirubinémie, avec ou sans « mention d'ictère, non classée ailleurs »*

*T76 Effets non précisés de causes externes est créée.*

*Z22.7 Sujet porteur d'infection tuberculeuse latente*

Déclinaisons en sept sous-catégories de chacun des quatre codes du chapitre XX dont les libellés ont été modifiés en ajoutant la mention « par le monoxyde de carbone » :

*X47 Intoxication accidentelle **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits*

*X67 Auto-intoxication **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits*

*X88 Agression **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations*

Y17 Intoxication **par le monoxyde de carbone** et d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée

- **Suppression de catégorie et de souscatégorie**

B59 Pneumocystose (J17.3\*), remplacé par le code B48.5† Pneumocystose (J17.2\*)

G56.4 Causalgie, retrouvé dans le nouveau code G90.6 Syndrome douloureux régional complexe de type II

K58.0 et K58.9 Syndrome de l'intestin irritable », avec ou sans diarrhée remplacés par les codes K58.1 à K58.8 cités plus haut.

M31.2 Granulome malin centrofacial qui doit être codé par C 86.0 Lymphome extranodal à cellules NK/T, type nasal

U06 Maladie due au virus Zika et ses déclinaisons U06.0 à U06.9 ont été supprimés, suite à la création de A 92.5.

- **Subdivision de libellé**

Des extensions OMS sont créées pour les libellés des souscatégories suivantes :

B18.0 Hépatite virale chronique B avec agent delta

B18.1 Hépatite virale chronique B sans agent delta

Il s'agit de subdivisions données à titre facultatif, qui peuvent être utilisées comme cinquième caractère supplémentaire :

0 phase d'immunotolérance

9 phase autre et non spécifiée

- **Modifications de libellé**

Les libellés des codes suivants sont modifiés comme suit :

I62.0 Hémorragie sousdurale (aigüe) ~~(non traumatique)~~ **non traumatique**

R17 ~~Ictère, sans précision~~ Hyperbilirubinémie, avec ou sans ictère, non classée ailleurs

T75.8 Autres effets précisés d'**autres** causes externes

- **Modifications apportées par l'ATIH**

Les modifications OMS introduites en 2019 concernent :

- ✓ La création de vingt-huit souscatégories
- ✓ L'ajout de quatre notes d'inclusion et une note d'exclusion
- ✓ La modification de neuf libellés de groupe, catégorie ou souscatégorie
- ✓ La modification de cinq notes

Le lien ci-dessous précise le détail de ces modifications :

<https://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2019-usage-pmsi>

## II. **Nouveautés de la CCAM descriptive pour usage PMSI**

Depuis septembre 2018 les libellés de *Court-circuit gastrique pour obésité morbide* sont déclinés selon les modalités suivantes :

HFCC003-01 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par cœlioscopie

HFCC003-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par cœlioscopie

HFCA001-01 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par laparotomie  
HFCA001-02 Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par laparotomie

Les codes pères peuvent continuer à être codés sans entraîner de rejet jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2019.

Dans la publication 2019 de la CCAM descriptive pour usage PMSI, les libellés de césarienne sont déclinés selon la parité et le caractère unique ou multiple de la grossesse. Il s'agit de :

JQGA002-11 Accouchement **unique** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA002-12 Accouchement **unique** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une **multipare**  
JQGA002-21 Accouchement **multiple** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA002-22 Accouchement **multiple** par césarienne programmée, par laparotomie, chez une **multipare**

JQGA004-11 Accouchement **unique** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA004-12 Accouchement **unique** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une **multipare**  
JQGA004-21 Accouchement **multiple** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA004-22 Accouchement **multiple** par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, chez une **multipare**

JQGA003-11 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA003-12 Accouchement **unique** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une **multipare**  
JQGA003-21 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une **primipare**  
JQGA003-22 Accouchement **multiple** par césarienne au cours du travail, par laparotomie, chez une **multipare**

JQGA005-11 Accouchement **unique** par césarienne, par abord vaginal, chez une **primipare**  
JQGA005-12 Accouchement **unique** par césarienne, par abord vaginal, chez une **multipare**  
JQGA005-21 Accouchement **multiple** par césarienne, par abord vaginal, chez une **primipare**  
JQGA005-22 Accouchement **multiple** par césarienne, par abord vaginal, chez une **multipare**

Des corrections de forme sont apportées au Guide de lecture.

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.

### III. Nouveautés du CSARR

#### Modifications du guide de lecture

Ces modifications concernent :

L'évolution de la composition de la structure de maintenance du CSARR

Une précision est apportée au paragraphe 3.3.1.2 *Actes dont la répétition est attendue*, pour les codes ZZM+161 et ZZM+066 dont les libellés ont été mentionnés dans leur intégralité.

L'Annexe 1 - *Codification : dictionnaire des topographies et des actions*, est modifiée.

#### Modifications de la liste analytique

En 2019, les modifications de la liste analytique portent sur les éléments suivants :

- **Ajout de libellés** dans le paragraphe 11.02.01 Actes de prise en charge pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] :  
*ZFR+199 Séance de réadaptation aux activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ]*  
*ZFR+031 Séance de réadaptation aux activités sociales de la vie quotidienne [ASVQ]*  
*ZFR+237 Séance de réadaptation aux activités sociales de la vie quotidienne [ASVQ] avec mise en situation dans un environnement reproduisant le lieu de vie*
  
- **Suppression de libellé** du paragraphe 11.01.01 Actes d'évaluation pour les activités de la vie quotidienne [AVQ].  
*ZGQ+217 Évaluation des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ], les activités instrumentales et/ou les activités sociales de la vie quotidienne [AIVQ et/ou ASVQ], par questionnaire*
  
- **Modification de la rédaction de libellés**  
 Il s'agit de :  
*ANQ+179 Hétéro-évaluation de la douleur d'un patient sans communication verbale fiable [patient dyscommunicant]*  
*CDR+018 Séance de rééducation **des troubles** de l'audition*  
*ZFR+213 Séance de réadaptation aux activités **instrumentales** de la vie quotidienne [AIVQ] avec mise en situation dans un environnement reproduisant le lieu de vie*  
*ZFR+137 Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques **et/ou sportives** de précision et d'adresse*
  
- **Ajout et suppression ou de notes :**  
 La note « Avec ou sans : enregistrement du son et/ou de l'image » est ajoutée aux codes  
*CDQ+279 Évaluation initiale des compétences en discrimination auditive*  
*CDQ+273 Évaluation intermédiaire des compétences en discrimination auditive*  
*CDQ+136 Évaluation finale des compétences en discrimination auditive*  
*GKQ+054 Évaluation initiale des compétences en lecture labiale*  
*GKQ+177 Évaluation intermédiaire des compétences en lecture labiale*  
*GKQ+186 Évaluation finale des compétences en lecture labiale*  
  
 et a été supprimée pour les codes suivants :  
*GKQ+139 Évaluation initiale du langage écrit*  
*GKQ+102 Évaluation intermédiaire du langage écrit*  
*AKQ+124 Évaluation initiale des troubles du raisonnement logique et mathématique*  
*AKQ+172 Évaluation intermédiaire des troubles du raisonnement logique et mathématique*  
*AKQ+219 Évaluation finale des troubles du raisonnement logique et mathématique*

#### **IV. Calendrier**

L'ATIH publie en décembre 2018 :

La version complète actualisée du volume I de la CIM-10, comprenant les extensions françaises pour le PMSI

(CIM-10 FR 2019 à usage PMSI),

La version actualisée de la CCAM descriptive à usage PMSI 2019,

La version actualisée du CSARR 2019.

## Annexe 6

### Évolutions des fichiers PMSI

-----

#### I. VIDHOSP et RSF-ACE A

En 2019, l'identifiant permanent patient est ajouté dans les fichiers VID-HOSP et RSF-ACE A. :

...
Pays d'assurance social
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)
...

#### II. Fichiers FICHCOMP, RSF H et RSF ACE 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>

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

Ce recueil est obligatoire pour les séjours démarrant au 1<sup>er</sup> septembre 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<sup>er</sup> mars 2018 au 28 février 2019.

Une notice est publiée par l'ATIH afin d'aider les établissements pour le codage des indications lors de la période transitoire à partir du lien ci-dessous :

<https://www.atih.sante.fr/notice-technique-campagne-tarifaire-2018>

Certains produits utilisés en remplacement de médicaments de la liste en sus en tension d'approvisionnement déclarés dans FICHCOMP-ATU seront déclarés dans FICHCOMP avec un code d'indication à compter du 1 janvier 2019 : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/12/cir\\_44168.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/12/cir_44168.pdf)

#### III. Fichiers FICHCOMP, RSF H et RSF ACE H : médicament et recueil des indications des spécialités pharmaceutiques prises en charge en ATU ou en post-ATU

De la même manière que pour les médicaments de la liste en sus hors ATU, un codage des indications est prévu en 2019 pour les médicaments ATU et post-ATU. Une nouvelle variable « indication » est donc créée dans le fichier FICHCOMP correspondant.

De la même manière que pour les médicaments de la liste en sus hors ATU, un codage des indications pour les médicaments bénéficiant d'une prise en charge en ATU ou post-ATU est prévu courant 2019.

Une nouvelle variable « indication » est donc créée dans le fichier FICHCOMP-ATU correspondant.

Ce codage concernera uniquement les ATU de cohorte ; un code générique sera à renseigner pour les ATU nominatives.

Des informations complémentaires seront apportées dans une notice complémentaire.

#### **IV. Identifiant Permanent Patient**

La mise en œuvre de nouvelles modalités de financement (dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 notamment) introduit un nouveau besoin : faire le lien au patient pour un recueil entraînant une facturation non associée à la réalisation d'un acte mais à un ensemble d'actions pas toutes facturables aujourd'hui, et pour lesquelles il est nécessaire d'avoir un suivi spécifique (forfait pathologies chroniques par exemple).

Dans ce contexte, les identifiants existants (n° de RSS, n° administratif local de séjour, n° de facture) ne permettent pas d'établir ce lien au patient. C'est pourquoi, il est proposé d'introduire dans les recueils, l'IPP (identifiant permanent patient) qui permet dans l'établissement de retrouver un patient de manière unique.

L'IPP est intégré dans les fichiers suivants : VIDHOSP, RSF ACE A (MCO et SSR), DATEXP « forfait pathologies chroniques ».

L'IPP ne sera qu'une variable de liaison temporaire au même titre que le n° administratif local de séjour entre le recueil spécifique<sup>5</sup> au patient et le recueil VIDHOSP.

---

<sup>5</sup> Les fichiers "DATEXP" sont un support privilégié pour les recueils expérimentaux signalés dans l'annexe 1 de la présente notice au format csv, dans le cadre de l'article 51. Ils seront étendus à toute nouvelle modalité de facturation nécessitant un recueil spécifique.