

# PMSI, T2A et facturation



## Avertissement :

Ce document est un support de cours. Il est volontairement incomplet, et peut contenir des approximations, erreurs, ou anachronismes. En outre, les règles de codage ne sont pas abordées. Seuls les documents du Ministère de la Santé font référence dans le domaine.



# Structuration de ce cours

- Cours structuré en 10 parties. Lecture selon votre profil :

| Partie                                                   | Profil | MCO | SSR | HAD | PSY | EXT |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|
| II. Recueil d'informations, nomenclatures, terminologies |        | X   | X   | X   | X   | X   |
| IV. PMSI et T2A en SSR                                   |        |     | X   |     |     |     |
| VI. PMSI et T2A en MCO                                   |        | X   |     |     |     |     |
| VIII. Facturation hospitalière                           |        | X   | X   | X   |     | X   |
| X. Références, sigles                                    |        | X   | X   | X   | X   |     |



# I. Présentation des cinq champs



- Cette partie est indispensable à la compréhension des suivantes



# Historique du PMSI

- Aux USA :
  - Diagnosis Related Groups (DRG) 1967-1987, Pr. Fetter
- En Europe :
  - Systèmes équivalents rapidement déployés
- En France :
  - PMSI = programme de médicalisation des systèmes d'information
  - Loi de 1991 portant réforme hospitalière
    - « ... les établissements de santé, publics et privés, procèdent à l'analyse de leur activité [...] ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins... »
    - ... de fait appliqué au seul secteur MCO en 1991



# Historique du PMSI en France

- D'un outil de description de l'activité médicale...
  - Informations :
    - MCO : Groupes Homogènes de Malades (GHM, 1991)
    - SSR : Groupes Médico-économiques (GHJ puis GMD puis GME, 1997)
    - Échelle Nationale des Coûts
  - Budget :
    - budget global (DGF) ou prix de journée (OQN)
- ... à un outil d'allocation des ressources
  - Informations = budget
    - MCO 2004 : GHM et Groupes Homogènes de Séjours (GHS)
    - HAD 2005 : Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC)
    - Arrêté prestation et arrêté tarifaire publié tous les ans en février
  - Nouveaux outils d'évaluation :
    - Évaluation médico-économique
    - Évaluation qualité de codage
    - Départ d'études diverses : épidémiologie, qualité dossier...

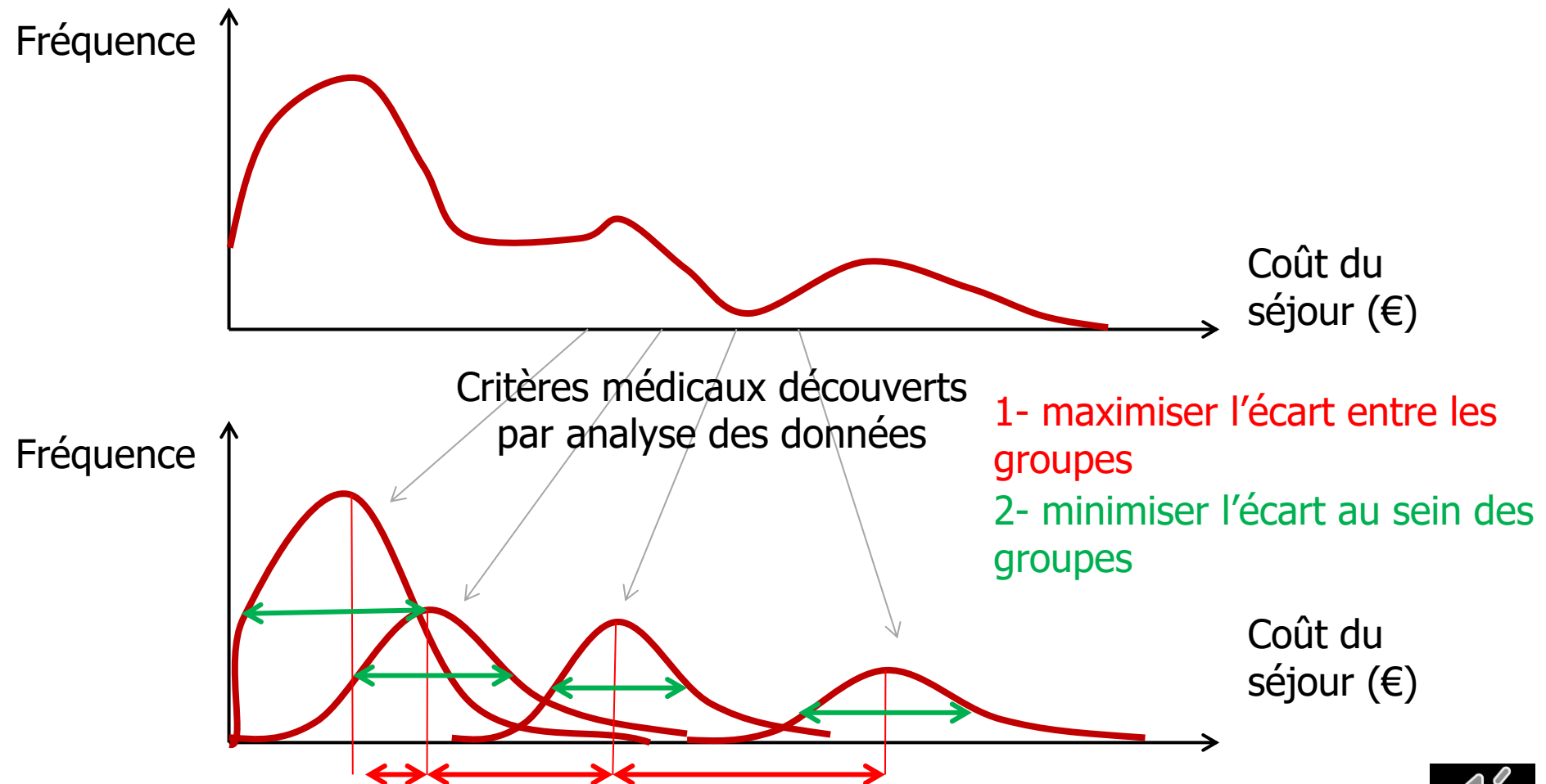


# Coût ou tarif ?

- Bien différencier :
  - Le coût d'un séjour :
    - Coût constaté sur un échantillon par une étude de coût, en comptabilité analytique, en incluant notamment :
      - Coûts directs et variables : médicament, aliments, etc.
      - Coûts directs et fixes (à répartir) : salaire des soignants, amortissement de la cuisinière, etc.
      - Coûts indirects (à répartir) : administration centrale, etc.
    - Inconnu en l'absence d'étude spécifique
  - Le financement de ce séjour :
    - Parfois directement tarif lié au séjour, comme dans le cadre de la Tarification à l'Activité (T2A). Alors, publié et connu à l'avance.
    - Parfois impossible à individualiser, comme dans le cadre de la dotation globale de fonctionnement (DGF).



# Pourquoi et comment “classer” (grouper) les séjours ?








# Définition des secteurs ex-DGF et ex-OQN

- Secteur ex-DGF :
  - Secteur anciennement sous « dotation globale de fonctionnement »
  - Désigne :
    - le secteur public
    - le secteur privé non lucratif (les ESPIC, anciennement PSPH)
- Secteur ex-OQN :
  - Secteur anciennement sous « objectif quantifié national »
  - Désigne le secteur privé lucratif
- Abus de langage fréquent : « public » pour désigner l'ex-DGF, « privé » pour désigner l'ex-OQN





# Clarification préalable... activités d'hospitalisation

| Champ hospitalisation                                                                                                             | PMSI       | Tarification                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Médecine Chirurgie Obstétrique<br>Court séjour    | OUI        | T2A sur la base des GHS, certains éléments en sus (cf. FICHCOMP et FICHSUP)<br>Secteur ex-OQN : honoraires à part |
|  Hospitalisation à domicile                        | OUI        | T2A HAD (NB : arrêté commun à la T2A MCO, pourtant bien distinct)                                                 |
|  Soins de Suite et de Réadaptation<br>Moyen Séjour | OUI        | Pas de T2A (imminente)                                                                                            |
|  Psychiatrie                                      | OUI (RIMP) | Pas de T2A (future VAP)                                                                                           |
|  Soins de Longue durée<br>Long séjour            | NON        | Pas de T2A                                                                                                        |



# Clarification préalable : soins externes ou « secteur ambulatoire des soins » (déf. économie de la santé)



- Cela inclut tout ce qui n'est pas hospitalisation :
  - Les consultations externes et les actes reliés en MCO ou SSR (pas en PSY)
  - Selon leur durée et leur nature, certaines prises en charge aux urgences qui sont assimilées à des consultations
  - Pour comparaison, les consultations « de ville »
- Cela exclut les SEJOURS en lits ou places, dont en particulier :
  - Les hôpitaux de jour
  - La « chirurgie ambulatoire » : chirurgie en hospitalisation <12h sans hébergement de nuit
  - L'ancienne « CM ambulatoire » (=ancienne CM24 en MCO) : abus de langage, séjours avec  $[date\_sortie - date\_entrée] \leq 1$
  - Les séances ou « traitements itératifs » en hospitalisation (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine)
  - Certaines prises en charge aux urgences, qui donnent lieu à la facturation d'un GHS (séjours)
  - L'hospitalisation à domicile, qui est une hospitalisation
- Plus complexe en Psychiatrie : consultations du secteur public incluses dans le RIMP (PMSI Psychiatrie). Secteur privé : consultations.



# Aux urgences : frontière entre l'ambulatoire et l'hospitalisation

- Situation équivoque :
  - Domicile → urgences → domicile, sans mutation vers une autre unité (idem pour autres services si durée <1j)
  - Deux possibilités en apparence :
    - **EXT** Consultation avec facturation des actes externes
    - **SSR** **MCO** Séjour (hospitalisation) avec valorisation T2A (GHS en MCO ou GME en SSR, les actes sont alors inclus forfaitairement)
- La circulaire Frontière
  - Remplace la règles des trois heures
  - En pratique assez floue mais opposable
  - Fait l'objet de nombreux contrôles de l'Assurance Maladie



# Aux urgences : frontière entre l'ambulatoire et l'hospitalisation

- Conditions nécessaires pour la facturation d'un séjour d'hospitalisation précisées depuis 2010
- L'état de santé du patient doit présenter les trois caractéristiques suivantes :
  - un caractère instable, ou un diagnostic incertain,
  - nécessitant une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,
  - nécessitant la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.
- Exemples : tentative de suicide médicamenteuse, asthme sévère, traumatisme crânien...

*INSTRUCTION N° DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010, par la suite formalisée dans les Guides Méthodologiques MCO et SSR.*



# Clarification préalable...

## Exclus de la T2A

- Les missions spécifiques sont exclues du champ de la T2A, et financées à part :
  - MIGAC :
    - Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
    - ex : séances d'éducation thérapeutique en groupe, non facturables à l'Assurance Maladie
    - Financement : montant par mission
  - MERRI :
    - Missions d'enseignement recherche référence et innovation
    - ex : activité d'enseignement et de recherche
    - Financement : majoration globale du montant des soins (ex : +12% pour certains CHU)
- Leur définition et paiement accompagne nécessairement la mise en place de la T2A

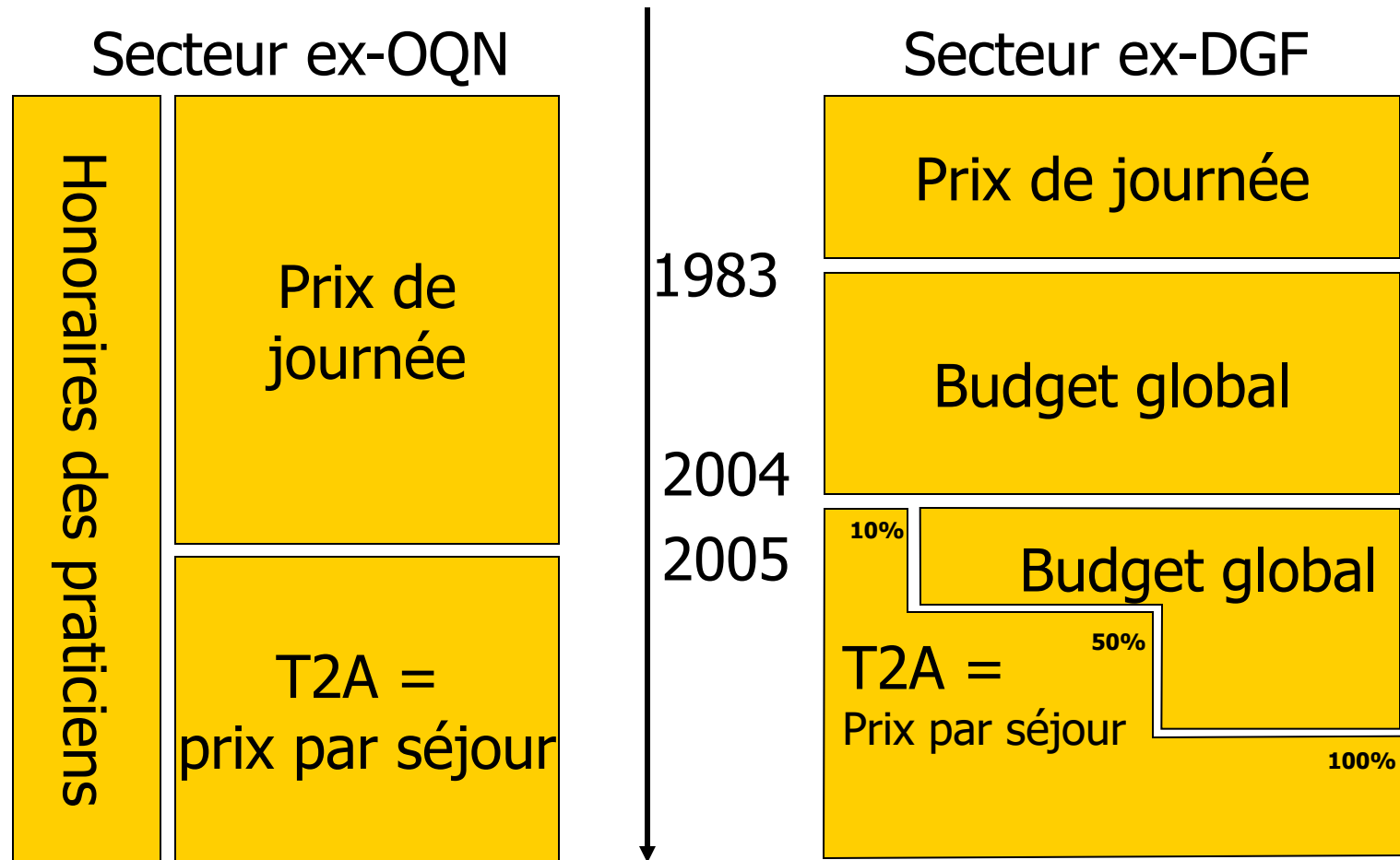


# L'EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (depuis 2005)

- Cadre :
  - Réforme budgétaire et comptable des établissements sous dotation globale
  - Pendant logique de la T2A
- Concrètement :
  - Prévisions puis suivi infra-annuel des recettes et des dépenses
  - Soumises au Conseil de Surveillance et à l'ARS



# Historique des modes de financement en hospitalisation : exemple du court séjour MCO



# Modes de financement (secteur public)

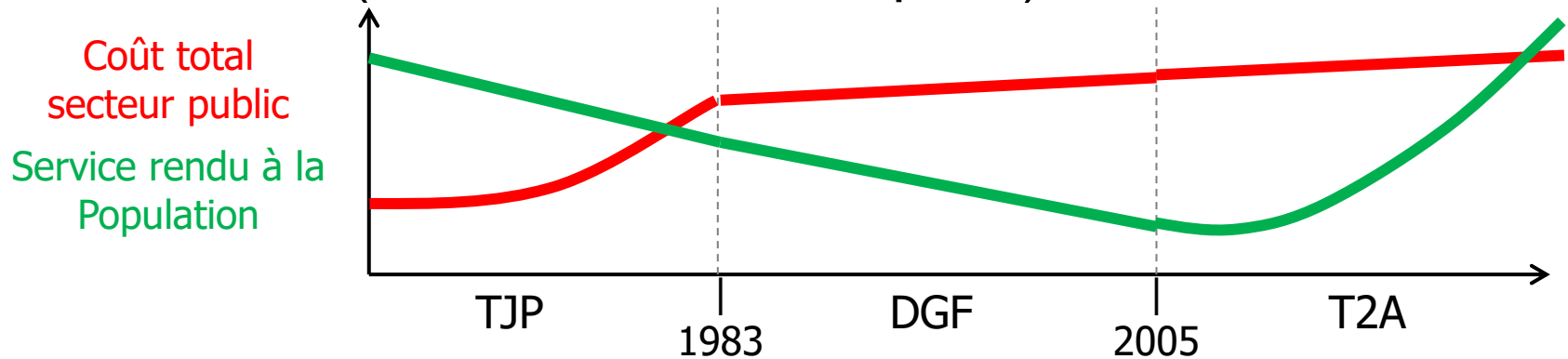
=> modification des pratiques  
=> modification des modes de financement...

**- présentation volontairement simpliste -**

- Selon vous, quel est l'intérêt d'un établissement financé en...

| Régime :          | Prix par jour (TJP) | Budget global (DGF) | Forfait par séjour (T2A) |
|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| Intérêt sur :     |                     |                     |                          |
| Durée des séjours | +++                 | -                   | --                       |
| Nb de séjours     | --                  | ---                 | +++                      |

- Dans les faits (sans échelle, conceptuel) :



- Transfert act. : **Pub→Pri**      **Pub→Pri**      **Pri→Pub**





# Synthèse des modes de financement



## Hospitalisation Court séjour MCO

- Ex-DGF : 100% T2A\*
- Ex-OQN : T2A + honoraires médecins



## Hospitalisation Moyen séjour SSR

- Ex-DGF : dotation globale\*
- Ex-OQN : prix de journée 90% + T2A 10% (points IVA) + honoraires médecins



## Hospitalisation à domicile HAD

- Tous secteurs avant 2005 : prix de journée
- Tous secteurs depuis 2005 : T2A



## Hospitalisation Psychiatre

- Ex-DGF: dotation globale\*
- Ex-OQN : prix de journée



## Activité externe MCO

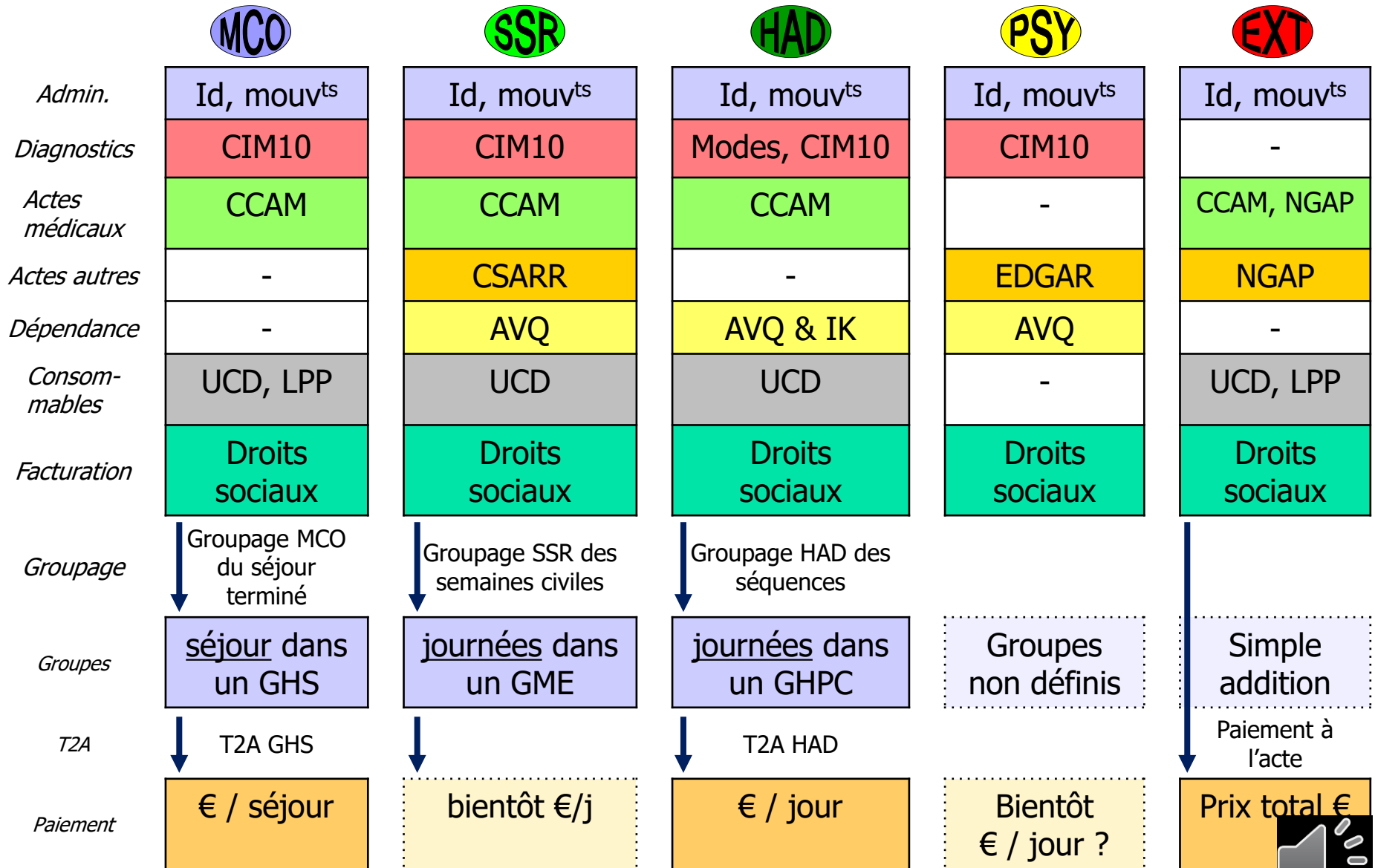
- Toujours paiement à l'acte  
/!\ « acte » ≠ « activité »

*\* avec ticket modérateur  
assis sur le tarif journalier  
de prestation TJP*

*Voir le détail et l'historique  
dans la section dédiée à la  
facturation hospitalière*



# Le recueil d'information



# Trois orientations des systèmes de recueil (PMSI) et de valorisation (T2A)

- Un champ orienté « pathologie traitée » :
  - Diagnostics = élément essentiel du prix (complétés par les actes CCAM classants)
  - Dépendance et actes paramédicaux : pas directement pris en compte
  - Tarif : valorise le SEJOUR quelle que soit sa durée => objectif implicite de durée « normale »
  - Nécessité que le séjour soit terminé pour le valoriser
- Des champs orientés « moyens mis en œuvre » :
  - Dépendance et actes paramédicaux bien valorisés
  - Tarif : valorise chaque JOURNEE. Implicitement, pas de durée exigible pour la prise en charge.
  - Le séjour peut être valorisé au fil de son déroulement
  - Eventuellement dégressivité dans le temps (HAD)
- Un champ orienté « transactions » :
  - Simple paiement à l'acte



# II. Recueil d'information, nomenclatures, terminologies



- Cette partie présente les outils de codage communs aux 5 champs. Elle est indispensable à la compréhension des suivantes.



# Notions de structure, découpage des établissements

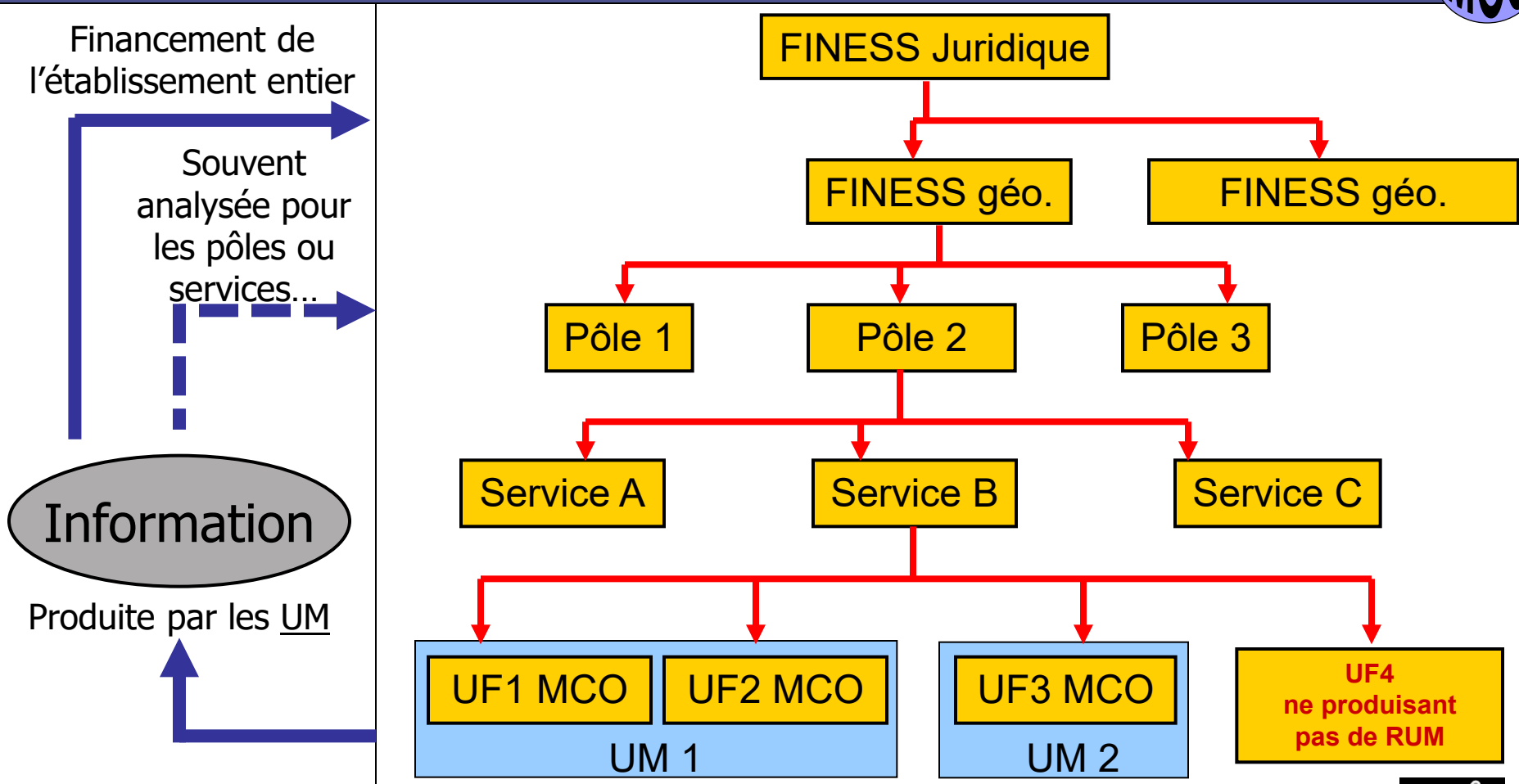


- Unités Fonctionnelles
  - La plus petite unité, traditionnellement « un couloir »
  - Un lieu, une activité, une responsabilité (ex: consultation, hospitalisation, bloc...)
- Services = groupes d'UF
- Pôles = groupes de services
- /!\ Base du PMSI en hospitalisation : les Unités Médicales
  - Activité médicale homogène. Si découpage bien pensé, 1 UM = 1 UF. Mais le plus souvent, une UM contient une ou plusieurs UF.
  - Niveau de rendu de l'information médicale en hospitalisation : l'UM d'hébergement produit les RUM/RHS/RPS
  - Les UF n'hébergeant pas le patient ne produisent pas de RUM/RHS/RPS
  - L'UM porte les autorisations spécifiques (réanimation, dialyse...)\*
  - Découpage libre, mais nécessaire cohérence avec les autorisations, et une UM doit appartenir à une seule section d'analyse comptable.
- Soins externes : sur des UF dédiées

\* Ces autorisations peuvent moduler la valeur  
Certaines autorisations peuvent porter sur l'établissement



# Notions de structure, découpage des établissements



# Établissement, entité juridique ou géographique...



- L'entité qui fait référence diffère selon le cas :
  - Secteur public : entité juridique
  - Secteur privé (et par dérogation transitoire APHP, HCL, hôpitaux militaires) : entité géographique
- Conséquences :
  - Envoi des fichiers par l'entité de référence
  - Au sein d'une même entité, le numéro d'IPP est unique
  - Au sein d'une même entité, il ne peut y avoir que des mutations (et non des transferts), même en cas de changement de champ (ex : mutation MCO→SSR)
- Exemples :
  - Le CH de Dunkerque=entité juridique [ref]  
ses différents sites (Dunkerque, Grande Synthe, etc.)=entité géographique
  - Le groupe Hôpital Privé Métropole=entité juridique,  
ses différentes cliniques (clinique du Bois, etc.)=entités géographiques [ref]








# Généralités sur les mouvements de patients

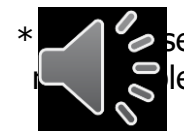
- Bien différencier :
  - Le patient = une personne physique, permanente  
IPP = identifiant permanent du patient
  - L'épisode = une venue de patient  
IEP = identifiant externe du patient  
2 types d'épisode :
    - La consultation : épisode de soins externes
    - Le séjour : épisode d'hospitalisation MCO/SSR/HAD/Psy
- Usage linguistique :
  - Fins médico-économiques : on compte essentiellement des séjours, même dans une phrase comme : « nous avons opéré 137 patients pour PTH »
  - Fins épidémiologiques : on compte plus rarement des patients (on parle alors de « file active »)
- L'épisode est divisé en étapes





# Les étapes de l'épisode selon le champ, en bref

| Champ                                                                              | Objet PMSI de l'épisode | Objet PMSI de l'étape  | Base principale du découpage en étapes | Groupage, tarif, RSF |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------|----------------------|
|    | RSS                     | RUM                    | Changement d'unité médicale            | Episode              |
|    | SSRHS                   | RHS                    | Changement de semaine civile           | Etape                |
|    | Séjour HAD              | Séquence HAD (RPSS...) | Changement de motif clinique           | Etape                |
|   | Séjour PSY              | RPS                    | Changement de mode de prise en charge  | Etape*               |
|  | RSF                     | Etape unique           | -                                      | Episode              |



# Les nomenclatures / terminologies utilisées dans le PMSI

- Les terminologies / nomenclatures :
  - Dictionnaires associant des codes et des libellés
  - Codes rangés dans une arborescence de chapitres
- Codage des diagnostics médicaux :
  - CIM10 en MCO, HAD, SSR, PSY
  - modes de prise en charge en HAD
- Codage des actes :
  - Actes médicaux en CCAM (MCO, SSR, HAD, Ext)
  - Actes de rééducation et réadaptation CSARR (SSR)
  - Actes en NGAP (Ext)
- Codage de la dépendance :
  - AVQ (SSR, HAD, PSY), grilles GCAP et AGIRR
  - Indice de Karnofski (HAD)
- Codage des consommables : UCD et LPP





# Codage des diagnostics en CIM 10



- Origine = OMS
  - Première version en 1893
  - Version 10 en 1994, mais révisions depuis
  - Nombreuses modifications par ATIH et PERNNS : modifications des libellés, codes interdits, extensions de codes imprécis
  - 39 000 codes (le double de la CIM10 OMS)
- Difficultés pour le codage et surtout les requêtes
  - Peu d'homogénéité linguistique
  - Règles de codage complexes
  - Patients complexes avec pathologies intriquées
  - Problème du choix du diagnostic principal du RUM





# Codage des diagnostics en CIM 10



- L'encodage est difficile : *réalité* → *CIM10*
  - Difficulté pour trouver le bon code
  - Difficulté pour ordonner les codes (guides méthodologiques complexes)
- Mais l'exploitation du codage est encore plus difficile : *CIM10* → *réalité* (requêtes)
  - Plusieurs codes peuvent décrire le même état pathologique (abord étiologique, physiopathologique, clinique, précision libre...)
  - Polymorphisme licite : il faut tenir compte de la diversité de choix et d'agencement malgré le respect des règles
  - Polymorphisme illicite : garder à l'esprit que les codeurs connaissent mal les règles, en tenir compte !



# Diagnostics en CIM 10 : illustration des difficultés (1)



- Situation 1 : « pneumopathie à Streptococcus pneumoniae »
  - On recherche le mot « pneumopathie ». On obtient notamment :

|      |                                                               |
|------|---------------------------------------------------------------|
| J14  | Pneumopathie due à Haemophilus influenzae                     |
| J150 | Pneumopathie due à Klebsiella pneumoniae                      |
| J151 | Pneumopathie due à Pseudomonas                                |
| J152 | Pneumopathie due à des staphylocoques                         |
| J153 | Pneumopathie due à des streptocoques, groupe B                |
| J154 | Pneumopathie due à d'autres streptocoques                     |
| J155 | Pneumopathie due à Escherichia coli                           |
| J156 | Pneumopathie due à d'autres bactéries aérobies à Gram négatif |
| J690 | Pneumopathie due à des aliments et des vomissements           |
| J851 | Abcès du poumon avec pneumopathie                             |

- Contient des pneumopathies bactériennes, dont à Streptocoque
- => choix de J154 ?



# Diagnostics en CIM 10 : illustration des difficultés (2)



- Non car l'usage veut que les « pneumopathies à *S. pneumoniae* » s'appellent des « pneumonies » (ce sont pourtant des pneumopathies).
- On recherche le mot « pneumonie ». On obtient :

|     |                                                 |
|-----|-------------------------------------------------|
| J13 | Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i> |
|-----|-------------------------------------------------|

- => Choix de J13, le bon code.
- Situation 2 : le même patient fait maintenant une méningite à la même bactérie.
- Cherchons donc « *Streptococcus pneumoniae* ». On obtient :

|      |                                                                                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| A403 | Septicémie à <i>Streptococcus pneumoniae</i>                                            |
| B953 | <i>Streptococcus pneumoniae</i> ,<br>cause de maladies classées dans d'autres chapitres |
| J13  | Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>                                         |

- Choix de B953 ?



# Diagnostics en CIM 10 : illustration des difficultés (3)



- Non car la bactérie « Streptococcus pneumoniae » peut aussi s'appeler « Pneumocoque »..
- On recherche le mot « pneumocoque ». On obtient :

|       |                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| G001  | Méningite à pneumocoques                                                             |
| M001  | Arthrite et polyarthrite à pneumocoques                                              |
| M0010 | (...) - Sièges multiples                                                             |
| M0011 | (...) – Articulations acromio-claviculaire, scapulo-humérale, et sterno-claviculaire |
| M0012 | (...) - Articulation du coude                                                        |
| M0013 | (...) - Articulation du poignet                                                      |
| M0014 | (...) - Articulations de la main                                                     |
| M0015 | (...) - Articulations de la hanche et sacro-iliaque                                  |
| M0016 | (...) - Articulation du genou                                                        |
| M0017 | (...) - Articulations de la cheville et du pied                                      |
| M0018 | (...) - Autres articulations                                                         |
| M0019 | (...) - Siège non précisé                                                            |

- => On retient finalement G001





# Codage des diagnostics en CIM 10



- Codage en pratique selon les champs du PMSI :
  - Terminologie identique dans tous les champs (MCO/SSR/HAD/Psy)
  - Mais règles de codage complexes et souvent précisées. Sources :
    - Guide méthodologique du champ concerné
    - Guides des situations cliniques
    - « Jurisprudence » : bilan des saisines de l'ATIH lors du contrôle externe par l'Assurance Maladie
- Nombre de positions des codes (voir section du champ concerné) :
  - MCO : 1 DP, 0-1 DR, 0-N DAS
  - SSR : 1 FPP, 1 MMP, 0-1 AE, 0-N DAS
  - Psy : 1 DP, 0-N DA
  - HAD : 1-9 DCMPP, 0-9 DCMPPA, 0-N DA





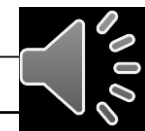
# Codage des diagnostics de Psychiatrie



- Attention : même si son contenu est discutable en Psychiatrie, seule la CIM10 doit y être utilisé.
- Pour la CFTMEA, l'ATIH fournit une table de correspondance

| 1 AUTISME ET TROUBLES PSYCHOTIQUES |                                                                                                                                          |                      |                                          |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|
| <b>1.0</b>                         | <b>TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED) - PSYCHOSES PRECOCES</b>                                                                 |                      |                                          |
| 1.00                               | Autisme infantile précoce - type Kanner                                                                                                  | F84.0                | Autisme infantile                        |
| 1.01                               | Autres formes de l'autisme                                                                                                               | F84.1                | Autisme atypique                         |
| 1.02                               | Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques<br><i>(et préciser le retard mental cf chap 5)</i> | F84.1<br>(+ F70–F79) | Autisme atypique<br>+ Retard mental      |
| 1.03                               | Syndrome d'Asperger                                                                                                                      | F84.5                | Syndrome d'Asperger                      |
| 1.04                               | Trouble du développement multiple et complexe – « MCDD » (Dysharmonie psychotique)                                                       | F84.8                | Autres TED                               |
| 1.05                               | Troubles désintégratifs de l'enfance                                                                                                     | F84.3                | Autre trouble désintégratif de l'enfance |
| 1.08                               | Autres TED ou autres psychoses précoces                                                                                                  | F84.8                | Autres TED                               |
| 1.09                               | TED ou psychoses précoces NS                                                                                                             | F84.9                | TED, sans précision                      |

CFTMEA =  
Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent



# Codage des modes de prise en charge (MP)



- 00 – [MP non décrit]
- 01 – Assistance respiratoire
- 02 – Nutrition parentérale
- 03 – Traitement intraveineux
- 04 – Soins palliatifs
- 05 – Chimiothérapie anticancéreuse
- 06 – Nutrition entérale
- 07 – Prise en charge de la douleur
- 08 – Autres traitements
- 09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
- 10 – Posttraitement chirurgical
- 11 – Rééducation orthopédique
- 12 – Rééducation neurologique
- 13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
- 14 – Soins de nursing lourds
- 15 – Éducation du patient et/ou de son entourage
- 17 – Surveillance de radiothérapie
- 18 – Transfusion sanguine
- 19 – Surveillance de grossesse à risque
- 21 – Post partum pathologique
- 22 – Prise en charge du nouveau-né à risque
- 24 – Surveillance d'aplasie
- 25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale
- 26 – Traitement intraveineux, un seul passage quotidien
- 27 – Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans
- 28 – Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans



# Codage de la dépendance par la grille AVQ ( , , )

- Grille des Activités de la Vie Quotidienne = Activity Daily Living ADL
- Utilisée dans divers PMSI :
  - SSR (NB : participe parfois au groupage)
  - HAD (NB : non valorisé, mais contrôle DATIM)
  - PSY (RIMP)
  - Pas en MCO : logique plus proche de la pathologie traitée que des moyens mis en œuvre
- Dans chaque item on note 1-4 :
  - 1- indépendance complète ou modifiée
  - 2- supervision ou arrangement (tiers, sans contact corporel)
  - 3- assistance partielle (aide d'un tiers avec contact)
  - 4- assistance totale (entièrement réalisé par un tiers)
- NB : en SSR, cette évaluation est un acte codable en CSARR :
  - ZGQ+137 Évaluation initiale des (...) AVQ (...)
  - ZGQ+046 Évaluation intermédiaire ou (...) ciblée (...) des (...) AVQ (...)
  - ZGQ+279 Évaluation finale des (...) AVQ (...)



# Codage de la dépendance par la grille AVQ ( SSR , HAD , PSY )

- Dépendance évaluée par 6 items décomposés en actions :
  - Habillage/toilette (haut du corps, bas du corps)
  - Déplacement et locomotion (transfert lit-chaise-FR ; transfert toilettes ; transfert baignoire/douche ; locomotion ; escaliers)
  - Alimentation (porter aliments à la bouche ; mastication ; déglutition)
  - Continence, hygiène de l'élimination (miction ; défécation)
  - Comportement (interaction sociale)
  - Communication (compréhension communication ; expression claire)
- Calcul de scores agrégés :
  - Score de dépendance physique
    - = habillage + locomotion + continence + alimentation
  - Score de dépendance cognitive
    - = comportement + relation



# Indice de dépendance de Karnofsky



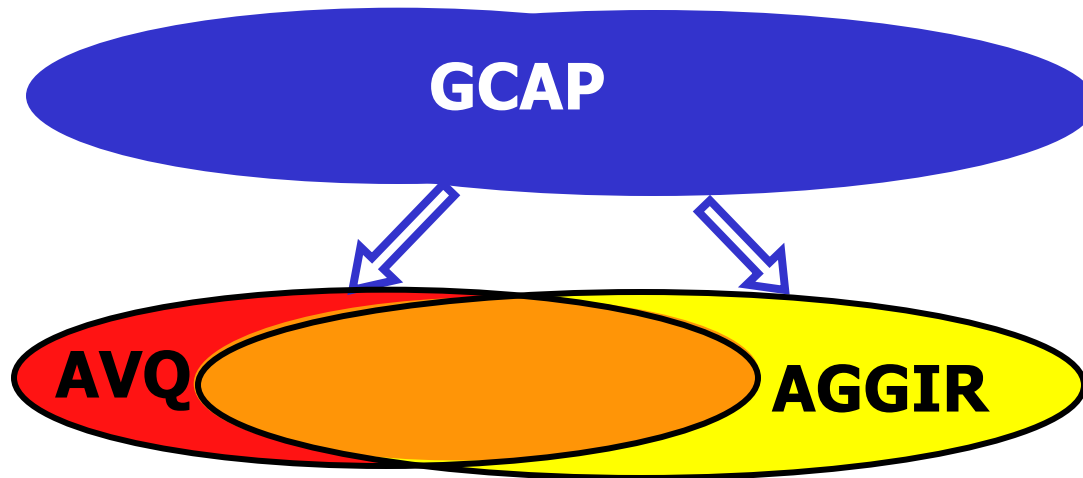
- Utilisé en HAD uniquement, aucune équivalence AVQ
- Caractérise plus l'état vital que la dépendance
- Toujours mettre 100 pour les nouveau-nés par convention

| Cotation | Situation correspondante                                                                                                          |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 100%     | Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie                                                                         |
| 90%      | Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie        |
| 80%      | Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs |
| 70%      | Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler                      |
| 60%      | Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels                          |
| 50%      | Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents                                                              |
| 40%      | Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers                                                          |
| 30%      | Le patient est sévèrement handicapé                                                                                               |
| 20%      | Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif                                                                 |
| 10%      | Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement                                                                |



# GCAP, AGGIR, AVQ...

- Seule la grille AVQ est nécessaire en PMSI
- Le modèle AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), assez proche, est utilisé à d'autres fins
- La grille GCAP (Grille Commune Autonomie - dépendance et PMSI SSR) permet de renseigner AGGIR et AVQ en une seule saisie



# Le CSARR : Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation



- Remplaçant du CdARR :
  - Préalable à la définition du modèle T2A en SSR
  - Utilisable depuis Juillet 2012, obligatoire en juillet 2013
  - Comme la CCAM et la NABM, entre dans le cadre de la future CAPS
- Que les actes non exclusivement médicaux, non décrits par la CCAM
- Version 0 : 543 codes hiérarchisés en 12 chapitres :
  - 01 FONCTIONS CÉRÉBRALES
  - 02 FONCTIONS SENSORIELLES ET DOULEUR
  - 03 FONCTIONS DE LA VOIX ET DE LA PAROLE
  - 04 FONCTIONS CARDIAQUES, VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES
  - 05 FONCTIONS DIGESTIVES ET NUTRITION
  - 06 FONCTIONS GÉNITO-URINAIRES ET REPRODUCTIVES
  - 07 FONCTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET LIÉES AU MOUVEMENT
  - 08 FONCTIONS DE LA PEAU ET DES PHANÈRES
  - 09 APPAREILLAGE
  - 10 ÉDUCATION ET INFORMATION
  - 11 ACTIVITÉ ET PARTICIPATION
  - 12 GESTES COMPLÉMENTAIRES ET MODULATEURS



# Le CSARR : Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation



- Présentation des éléments :
  - code à sept caractères (3 lettres, un « + », et 3 chiffres)
  - Libellé et contenu de l'acte (actions principales qui composent l'acte)
- Exemple :

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 01.01    | <b>Actes d'évaluation à visée de diagnostic et de synthèse des fonctions cérébrales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
| 01.01.01 | <b>Actes d'évaluation à visée de diagnostic et de synthèse des fonctions cognitives et des fonctions exécutives</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|          | <b>À l'exclusion de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• évaluation des capacités cognitives pour la conduite d'un véhicule automobile (ALQ+105)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |
| ALQ+183  | <b>Evaluation analytique initiale de fonction cognitive</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | BN;ZV |
|          | <b>À l'exclusion de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• évaluation psychologique d'une fonction cognitive (ALQ+111)</li><li>• évaluation psychologique de plusieurs fonctions cognitives (ALQ+176)</li></ul> <b>Cet acte comprend :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• évaluation et cotation de fonction cognitive et exécutive par épreuves standardisées reproductibles et validées</li><li>• identification des stratégies naturelles d'apprentissage et de compensation</li></ul> |       |
| ALQ+065  | <b>Évaluation analytique intermédiaire ou ciblée de fonction cognitive</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | BN    |
|          | <b>À l'exclusion de :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• évaluation psychologique d'une fonction cognitive (ALQ+111)</li><li>• évaluation psychologique de plusieurs fonctions cognitives (ALQ+176)</li></ul> <b>Cet acte comprend :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• évaluation analytique focalisée de fonction cognitive et exécutive permettant d'apprécier l'évolution de la rééducation et d'ajuster les modalités de prise en charge</li></ul>                                 |       |





# Précisions à coder en même temps que l'acte CSARR :



- Codes d'intervenants :
  - 10 MEDECIN
  - 21 INFIRMIER
  - 22 MASSEUR KINESITHERAPEUTHE
  - 23 PEDICURE - PODOLOGUE
  - 24 ORTHOPHONISTE
  - 25 ORTHOPTISTE
  - 26 DIETETICIEN
  - 27 ERGOTHERAPEUTE
  - 28 PSYCHOMOTRICIEN
  - 29 (NEURO) PSYCHOREEDUCATEUR
  - 30 PSYCHOLOGUE
  - 31 ORTHOPROTHESISTE
  - 32 PODOORTHESISTE
  - 41 MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE
  - 61 EDUCATEUR SPECIALISE
  - 62 ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL
  - 63 EDUCATEUR JEUNES ENFANTS
  - 64 ANIMATEUR
  - 65 MONITEUR ATELIER
  - 66 MONITEUR EDUCATEUR
  - 67 ENSEIGNANT GENERAL
  - 68 INSTITUTEUR SPECIALISE
  - 69 EDUCATEUR SPORTIF
  - 70 ENSEIGNANT EN ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE
  - 71 ERGONOME
  - 72 PSYCHOTECHNICIEN
  - 73 CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE
  - 74 DOCUMENTALISTE
  - 75 MONITEUR AUTOECOLE
  - 76 CHIROPRACTEUR OSTEOPATHE
  - 77 SOCIO-ESTHETICIEN
  - 88 AUTRE INTERVENANT
- Modulateurs acceptés selon les codes :
  - ZV Réalisation de l'acte au lit du patient
  - ME Réalisation de l'acte en salle de soins
  - QM Réalisation de l'acte en piscine ou en balnéothérapie
  - TF Réalisation de l'acte en établissement, en extérieur sans équipement
  - RW Réalisation de l'acte en établissement, en extérieur avec équipement
  - HW Réalisation de l'acte hors établissement en milieu urbain
  - LJ Réalisation de l'acte hors établissement en milieu naturel
  - XH Réalisation de l'acte sur le lieu de vie du patient
  - BN Nécessité de recours à un interprète
  - EZ Réalisation fractionnée de l'acte
- Indicateur du nombre de patient : codage numérique dépendant de l'acte
- Gestes complémentaires
- Extension documentaire



# Codage des actes médicaux en CCAM



- Nomenclature purement française, depuis 2003. Beau travail linguistique et médical. 8400 codes. Appartient à la future CAPS.
- Ne concerne que les actes :
  - Réalisables uniquement par des médecins, tant diagnostiques que thérapeutiques
  - Validés par la Haute Autorité en Santé
- Utilisation double :
  - En hospitalisation : pour décrire l'activité
    - Public comme privé
    - Le tarif n'est pas pris en compte mais l'acte participe au groupage (GHM, GME)
    - Remplace le CdAM (catalogue des actes médicaux) depuis 2004
    - 2015 : introduction de la « CCAM descriptive », sur 10 caractères... en suspens
  - Pour la facturation des honoraires des praticiens
    - En secteur ambulatoire public et privé et en secteur hospitalier privé
    - Facturation au tarif du code, mais via des « codes de regroupement »
    - Remplace la NGAP pour les actes (nomenclature générale des actes pro.)
- Univoque : une seule manière de coder chaque acte, description du geste et non de la pathologie (sauf si elle détermine le geste)



# Codage des actes médicaux en CCAM



- Ex 1 : appendicectomie par abord iliaque sous anesthésie générale

| Code    | Phase | Activité | Libellé                                                         |
|---------|-------|----------|-----------------------------------------------------------------|
| HHFA001 | 0     | 1        | Appendicectomie avec abord par la fosse iliaque                 |
| HHFA001 | 0     | 4        | Anesthésie pour appendicectomie avec abord par la fosse iliaque |

- Ex 2 : scanner cérébral avec injection d'iode sous anesthésie générale (patient psychiatrique)

| Code    | Phase | Activité | Libellé                                                                   |
|---------|-------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| ACQH001 | 0     | 1        | Scanographie du crâne avec injection intrathécale de produit de contraste |
| ZZLP025 | 0     | 4        | Anesthésie générale ou loco-régionale complémentaire de niveau 1          |



# Codage des actes médicaux en CCAM



- Confidentialité : les codes CCAM précis sont :
  - Communiqués à l'ATIH et aux caisses d'assurance maladie obligatoires (AMO)
  - Mais non communicables aux tiers, dont les assurances maladies complémentaires (AMC).
- Solution pour la facturation du ticket modérateur aux AMC :
  - Utilisation des « codes de regroupement »... mais le tarif précis, lui, reste bien présent...
  - Codes de regroupement (soins externes et facturation des actes libéraux) :
    - ACO Actes d'obstétrique
    - ADA Actes d'anesthésie
    - ADC Actes de chirurgie
    - ADE Actes d'échographie
    - ADI Actes d'imagerie
    - ATM Actes techniques médicaux



# Codage affiné des actes de biologie en NABM



- Autrefois : lettres clef B de la NGAP (cotation tarifaire, mais pas de codage informatif)
- Désormais, codage affiné :
  - En hospitalisation secteur ex-OQN, lignes L du RSF
  - En soins externe secteur ex-DGF, lignes L du RSF-ACE
- Comme la CCAM et le CSARR, la NABM appartient à la future CAPS
- Exemple :

- [racine]
  - Actes d'anatomie et de cytologie pathologique
    - 0004 Histopath. Biopsies uniques ou multiples non individualisées
    - 0005 Histopath. Biopsies étagées sur même organe et individualisées
    - 0005 Histopath. Pièce opér. Intéressant un organe



# Codage des actes externes en NGAP résiduelle



- Nomenclature Générale des Actes Professionnels, utilisée :
  - En hospitalisation secteur ex-OQN (RSF)
  - En soins externe secteur ex-DGF (RSF-ACE)
- La NGAP résiduelle décrit encore (cf. diapo suivante) :
  - Lettres clef de consultations (C, CS, CSC...)
  - Actes infirmiers (AMI)
  - Actes de kinésithérapie (AMC, AMK)
  - Actes de maïeutique (sage-femme : SF, SFI)
  - Actes dentaires (également codables en CCAM)
  - Lettres clef de biologie (désormais codables en NABM)
- La CAPS (classifications des actes des professions de santé) remplace progressivement la NGAP :
  - CCAM pour les actes médicaux et dentaires
  - CSARR pour les actes de rééducation réadaptation
  - NABM pour les actes de Biologie Médicale



# NGAP résiduelle utilisable dans les RSF et les RSF-ACE



## Consultations, majorations, coordination :

|     |                                                                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C   | coeff 1 : Consultation                                                                                          |
| C   | coeff 2 : Avis ponctuel spécialiste                                                                             |
| C   | coeff 2.5 : Avis ponctuel d'un psychiatre, séance de préparation à l'accouchement                               |
| C   | coeff 3 : Avis ponctuel Professeur Université Praticien hospitalier (PU-PH)                                     |
| CG  | Consultation suivi de grossesse                                                                                 |
| CNP | Consultation neuropsychiatre                                                                                    |
| CS  | Consultation spécialiste                                                                                        |
| CSC | Consultation spécifique au cabinet par un cardiologue ou un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire |
| MCG | Majoration coordination généraliste                                                                             |
| MCS | Majoration coordination spécialiste                                                                             |
| MNO | Majoration nourrisson généraliste                                                                               |
| FPE | Forfait pédiatre                                                                                                |
| SP  | suivi postnatal                                                                                                 |

## Actes soignants :

|     |                                                                |
|-----|----------------------------------------------------------------|
| AMC | Actes de kinésithérapie en établissement                       |
| AMI | Soins infirmiers                                               |
| AMO | Séances d'orthophonie                                          |
| AMP | Pédicurie                                                      |
| AMS | Actes de kinésithérapie ostéo-articulaire                      |
| AMY | Séances d'orthoptie                                            |
| D   | Actes dentaires                                                |
| DC  | Actes de chirurgie dentaire                                    |
| K   | Actes de spécialité                                            |
| KC  | Actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue      |
| ORT | Orthodontie / Médecin                                          |
| PRO | Prothèse par médecin                                           |
| SC  | Soins conservateurs par dentiste                               |
| SCM | Soins conservateurs par médecin                                |
| SF  | Actes de sage-femme                                            |
| SFI | soins infirmiers par sage-femme                                |
| SPR | Actes de prothèse dentaire par chirurgien dentiste             |
| TO  | Traitements d'orthopédie dento-faciale par chirurgien dentiste |
| POD | Acte de pédicure-podologue (diabétique)                        |

## Actes paracliniques :

|     |                                                                     |
|-----|---------------------------------------------------------------------|
| B   | Actes de biologie                                                   |
| KE  | Écho ou Doppler                                                     |
| KMB | prélèvement par ponction veineuse directe par le médecin biologiste |
| P   | Actes anatomocytopathologie                                         |
| TB  | Prélèvement sanguin par technicien de laboratoire                   |
| Z   | Actes de radiologie                                                 |

## Forfaits à coder en plus de l'acte CCAM :

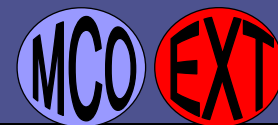
|     |                                |
|-----|--------------------------------|
| FTN | Forfait technique tarif normal |
| FTR | Forfait technique tarif réduit |
| FR2 | Forfait technique réduit n° 2  |
| FR3 | Forfait technique réduit n° 3  |
| FSD | Forfait sécurité dermatologie  |
| FTG | Forfait technique global       |
| VDE | Forfait vidéocapsule           |

## Codes de regroupements de la CCAM :

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| ACO | Actes d'obstétrique (CCAM)       |
| ADA | Actes d'anesthésie (CCAM)        |
| ADC | Actes de chirurgie (CCAM)        |
| ADE | Actes d'échographie (CCAM)       |
| ADI | Actes d'imagerie (CCAM)          |
| ATM | Actes techniques médicaux (CCAM) |



# Codage des consommables : DMI (LPP)



- Objets : DMI = certains dispositifs médicaux implantables
- Terminologie : LPP = Liste des Produits et Prestations
- Pour le PMSI : 1800 codes regroupés sous 60 libellés
- Extrait :

| <i>Code LPP</i> | <i>Libelle LPP</i>                                                                 |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 3251211         | Plaques d'obturation et patchs                                                     |
| 3296490         | Plaques d'obturation et patchs                                                     |
| 3292753         | Plaques d'obturation et patchs                                                     |
| 3209982         | Bioprothèses valvulaires                                                           |
| 3196222         | Prothèses auditives ostéo-intégrées                                                |
| 3146856         | Prothèses auditives ostéo-intégrées                                                |
| 3111875         | Implants oto-rhino-laryngologiques                                                 |
| 3126109         | Implants vasculaires                                                               |
| 3485825         | Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) dits « coeurs artificiels » |
| 3481661         | Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) dits « coeurs artificiels » |





# Codage des consommables : MED (UCD)



- Objets : MED = certains médicaments :
  - Molécules onéreuses remboursable en sus
  - Médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
  - Médicaments thrombolytiques utilisés dans les AVC
- Terminologie : UCD = Unité Commune de Dispensation
- Pour le PMSI : 930 codes UCD correspondant à 133 DCI (dénomination commune internationales), de 3 à 31 000€ TTC par conditionnement.
- Extrait :

| <i>Code UCD</i> | <i>Libellé UCD</i>                       | <i>Dénomination commune internationale</i> | <i>Prix, €</i> | <i>PrixTTC, €</i> |
|-----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------|-------------------|
| 9315685         | RETACRIT 40000U/1ML INJ SRG              | Epoetine zeta                              | 274.20         | 279.96            |
| 9315662         | RETACRIT 30000U/0,75ML INJ SRG           | Epoetine zeta                              | 205.65         | 209.97            |
| 9315633         | RETACRIT 20000U/0,5ML INJ SRG            | Epoetine zeta                              | 137.10         | 139.98            |
| 9343032         | EPORATIO 30000UI/1ML SRG + D             | Epoetine theta                             | 205.65         | 209.97            |
| 9343026         | EPORATIO 30000UI/1ML SRG                 | Epoetine theta                             | 205.65         | 209.97            |
| 9342989         | EPORATIO 20000UI/1ML SRG + D             | Epoetine theta                             | 137.10         | 139.98            |
| 9363477         | BINOCRIT 40 000 UI INJ SRG 1 ML + AIG    | Epoetine alfa                              | 274.20         | 279.96            |
| 9363454         | BINOCRIT 30 000 UI INJ SRG 0,75 ML + AIG | Epoetine alfa                              | 205.65         | 209.97            |
| 9363431         | BINOCRIT 20 000 UI INJ SRG 0,5 ML + AIG  | Epoetine alfa                              | 137.10         | 139.98            |
| 9368664         | HUMIRA 40 MG INJ FL 0,8 ML + NEC         | Adalimumab                                 | 462.11         | 471.11            |



# Volet social

- Un volet social :
  - Assurances santé du patient
  - Existe dans chaque champ, identique
  - Sera présenté dans la section « facturation hospitalière » de ce cours



# III. PMSI et T2A en HAD (hospitalisation à domicile)



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
- Voir ensuite :
  - VIII. Facturation hospitalière
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Episodes et étapes (RPSS)



*Admin.*

Id, mouv<sup>ts</sup>



# Les séjours en HAD

- Séjour en HAD = intervention d'un ESHAD en :
  - Domicile du patient
  - Etablissement social
  - Etablissement médico-social (dont EHPAD) : alors minoration des tarifs (-13% en 2012)
- Date entrée=début de la PEC  
date sortie=fin de la PEC
- Le séjour est interrompu par une hospitalisation
  - Sauf les traitements itératifs (séances)
  - Rappel : les passages aux urgences ne donnant pas lieu à facturation d'un GHS sont des consultations et non des hospitalisations
- Pour mémoire, dernier jour facturable (sauf transfert)



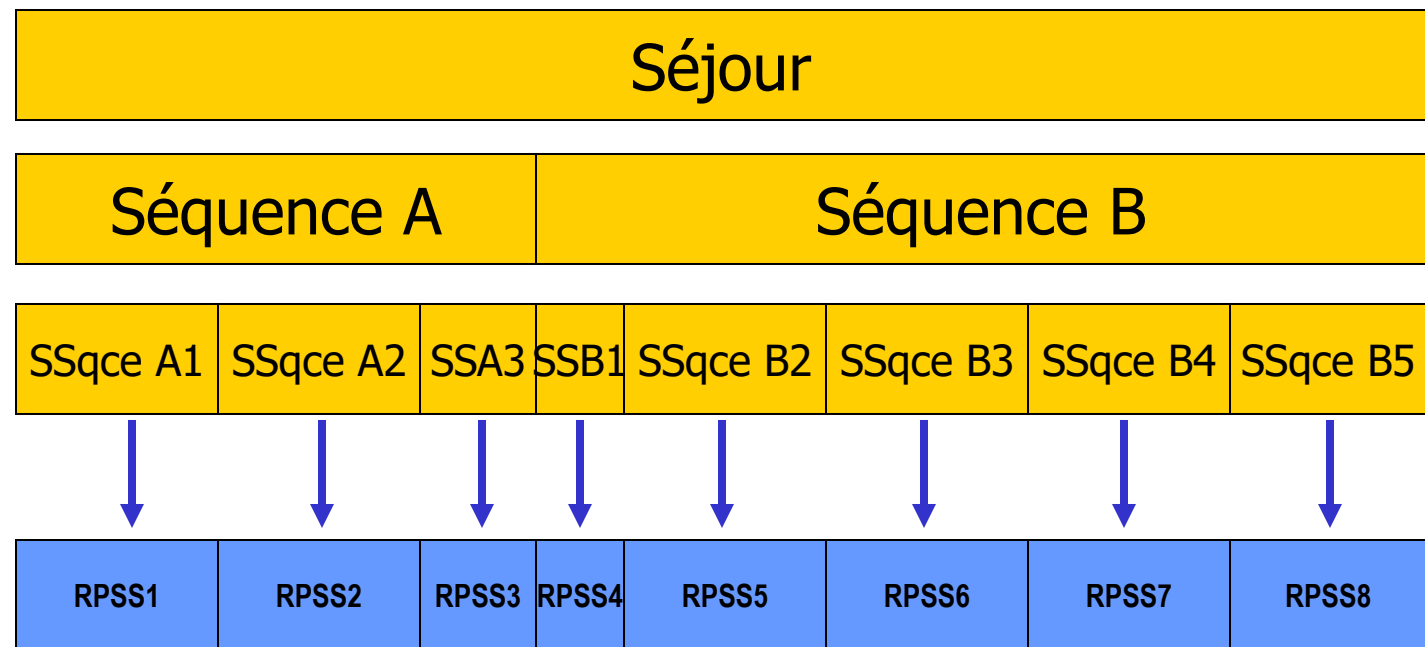
# Le codage des RPSS

- Principes de base :
  - But = un prix (variable) pour chaque journée
  - Journées valorisables même si le séjour n'est pas terminé
  - Prix de la journée déterminé par le GHPC qui résulte du triplet {MP;MA;IK}
  - Le patient est physiquement chez lui (lieu unique)
- Conséquence sur le critère de déclenchement de l'ouverture et de la fermeture d'un RPSS :
  - Le premier RPSS est ouvert au début du séjour
  - Le dernier RPSS est fermé à la fin du séjour
  - Entre les deux, le découpage est laissé à discrétion de l'établissement d'HAD pourvu que, dans un RPSS donné, le triplet {MPP;MPA;IK} soit constant
  - Néanmoins, pas de séquence à cheval sur le 1<sup>er</sup> mars (changement de campagne tarifaire)



# Le codage des RPSS

- Séquence : partie virtuelle du séjour durant laquelle le triplet {MPP;MPA;IK} reste constant
- RPSS = résumé par sous-séquence



Sous-séquences  
= portions de  
séjours avec info  
constante, ad lib

Un résumé par  
sous-séquence  
(RPSS)



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Contenu des RPSS



|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <i>Admin.</i>         | Id, mouv <sup>ts</sup> |
| <i>Diagnostics</i>    | Modes, CIM10           |
| <i>Actes médicaux</i> | CCAM                   |
| <i>Actes autres</i>   | -                      |
| <i>Dépendance</i>     | AVQ & IK               |
| <i>Consommables</i>   | UCD                    |
| <i>Facturation</i>    | Droits sociaux         |





# Le codage des RPSS

| <i>Information</i>                                             | <i>Obligatoire</i> | <i>Tarifiant</i> |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| <b>Informations séjour :</b>                                   |                    |                  |
| - FINESS (juridique & géographique)                            | ☑                  |                  |
| - IPP, date naissance, sexe, code postal                       | ☑                  |                  |
| - IEP, date et mode entrée, date et mode sortie, type domicile | ☑                  |                  |
| <b>Informations séquence :</b>                                 |                    |                  |
| - Dates de début et de fin                                     | ☑                  |                  |
| - Mode de prise en charge :                                    |                    |                  |
| * principal (MPP, 1)                                           | ☑                  | ☑                |
| * associé (MPA, 0-1)                                           | ☑                  | ☑                |
| * documentaires (MPD, 0-5)                                     |                    |                  |
| * confirmation de codage                                       | ☑                  |                  |
| - Diagnostics CIM10                                            |                    |                  |
| * DCMPP dont le DP (1-9)                                       | ☑                  |                  |
| * DCMPA (0-9)                                                  | ☑                  |                  |
| * associés (0-N)                                               |                    |                  |
| - Dépendance                                                   |                    |                  |
| * IK indice de Karnofsky (100 pour un nouveau-né)              | ☑                  | ☑                |
| * Dépendance AVQ (lorsque IK change)                           | ☑                  |                  |
| <b>Informations sous-séquence :</b>                            |                    |                  |
| - Dates début et fin                                           | ☑                  | ☑                |



# Codage des diagnostics en HAD

- Diagnostics CIM10 (inusités par la T2A) :
  - DCMPP : Diagnostics correspondant au MPP {1-9}, le premier est le DP (diagnostic principal)
  - DCMPPA : Diagnostics correspondant au MPA {0-9} (pour les établissements volontaires pour ce nouveau recueil)
  - DA diagnostics associés {0-99}
- Modes de prise en charge (valorisants en T2A)
  - Mode de prise en charge principal MPP {1}
  - Mode de prise en charge associé MPA {1}
  - Modes de prise en charge à visée documentaire MPD {0-n}
  - (combinaisons détaillées ci-après)



# Codage des MP en HAD : positions autorisées

- Les MP doivent être évalués 1 fois ou plus par semaine :
  - Le MPP (principal, obligatoire, celui qui justifie la plus grande consommation de ressources)
  - Le MPA (associé, fréquemment requis)
  - Les MPD (documentaires, facultatifs)
- Codes autorisés selon la position ci-contre :
- Plus restrictif pour l'HAD intervenant en EHPAD

| Code | Libellé des MP<br>[Ancien libellé avant 2012]*                                                                  | MPP | MPA | MPD |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| 00   | Pas de mode de prise en charge associé<br>[Pas de protocole associé]**                                          | -   | X   | -   |
| 01   | Assistance respiratoire                                                                                         | X   | X   | X   |
| 02   | Nutrition parentérale                                                                                           | X   | X   | X   |
| 03   | Traitement intraveineux                                                                                         | X   | X   | X   |
| 04   | Soins palliatifs                                                                                                | X   | X   | X   |
| 05   | Chimiothérapie anticancéreuse<br>[Chimiothérapie]*                                                              | X   | X   | X   |
| 06   | Nutrition entérale                                                                                              | X   | X   | X   |
| 07   | Prise en charge de la douleur                                                                                   | X   | X   | X   |
| 08   | Autres traitements                                                                                              | X   | X   | X   |
| 09   | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)<br>[Pansements complexes et soins spécifiques]* | X   | X   | X   |
| 10   | Post traitement chirurgical                                                                                     | X   | X   | X   |
| 11   | Rééducation orthopédique                                                                                        | X   | X   | X   |
| 12   | Rééducation neurologique                                                                                        | X   | X   | X   |
| 13   | Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse<br>[Surveillance post chimiothérapie]*                           | X   | X   | X   |
| 14   | Soins de nursing lourds                                                                                         | X   | X   | X   |
| 15   | Education du patient et de son entourage                                                                        | X   | X   | X   |
| 17   | Surveillance de radiothérapie<br>[Radiothérapie]*                                                               | X   | X   | X   |
| 18   | Transfusion sanguine                                                                                            | X   | X   | X   |
| 19   | Surveillance de grossesse à risque                                                                              | X   | X   | X   |
| 21   | Post partum pathologique                                                                                        | X   | X   | X   |
| 22   | Prise en charge du nouveau-né à risque<br>[Prise en charge du nouveau-né]*                                      | X   | -   | -   |
| 24   | Surveillance d'aplasie                                                                                          | X   | X   | X   |
| 25   | Prise en charge psychologique et/ou sociale                                                                     | -   | X   | X   |
| 26   | Traitement intraveineux, un seul passage quotidien                                                              | -   | -   | -   |
| 27   | Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans                        | -   | -   | -   |
| 28   | Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans                                   | -   | -   | -   |

\* : Jusqu'en 2009

\*\* : Jusqu'en 2011



# Codage des MP en HAD : combinaisons autorisées

- Les combinaisons MA\*MP peuvent être :

- Existante
- Inattendue (erreur non bloquante)
- Non autorisée (erreur non bloquante)
- Erronée (erreur bloquante)
- Nécessitant une « confirmation de codage » (sinon, bloquante)

- Illustration ci-contre :

|                               |        | Non renseigné ou erroné* | Pre de modet à prise en charge | Assistance respiratoire | Nutrition parentérale | Traitement intraveineux | Soins palliatifs | Chimiothérapie anticancéreuse | Nutrition entérale | Prise en charge de la douleur | Autres traitements | Préparation, conservation et soins spécifiques (brûlés, contusions) | Pod traitement chirurgica | Rééducation orthopédique | Surveillance neurologique | Soins de nursing (soins antitrombose) | Éducation du patient (soins antitrombose) | Surveillance de l'autohémap | Transfusion sanguine | Surveillance de prise de poids | Prise en charge de troubles auditifs | Prise en charge de troubles visuels | Prise en charge de troubles olfactifs | Prise en charge de troubles gustatifs | Prise en charge de troubles de la parole | Prise en charge de troubles de la motricité fine | Prise en charge de troubles de la motricité globale | Prise en charge de troubles de la motricité fine | Prise en charge de troubles de la motricité globale |
|-------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                               | Vide*  | 00                       | 01                             | 02                      | 03                    | 04                      | 05               | 06                            | 07                 | 08                            | 09                 | 10                                                                  | 11                        | 12                       | 13                        | 14                                    | 15                                        | 17                          | 18                   | 19                             | 20                                   | 21                                  | 22                                    | 24                                    | 25                                       |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Non renseigné ou erroné**     | Vide** |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Assistance respiratoire       | 01     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Nutrition parentérale         | 02     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Traitement intraveineux       | 03     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Soins palliatifs              | 04     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Chimiothérapie anticancéreuse | 05     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |
| Nutrition entérale            | 06     |                          |                                |                         |                       |                         |                  |                               |                    |                               |                    |                                                                     |                           |                          |                           |                                       |                                           |                             |                      |                                |                                      |                                     |                                       |                                       |                                          |                                                  |                                                     |                                                  |                                                     |



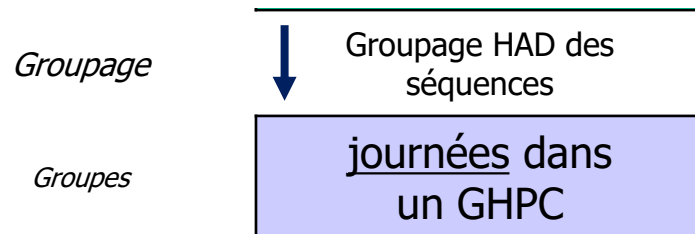
# Autres informations à coder

- Actes CCAM :
  - réalisés durant le séjour
  - quel que soit le lieu de réalisation (domicile, cabinet libéral, soins externes en établissement)
- Dépendance AVQ :
  - Coder en début de séjour et dès que l'IK change
  - Pas d'équivalence entre IK et AVQ... mais compatibilité contrôlée par DATIM



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Groupage des RPSS en GHPC



# Du codage au GHPC

## groupe homogène de prise en charge

- Le modèle HAD est un simple modèle multiplicatif
- Certaines combinaisons MPP\*MPA sont exclues, et certains MPP requièrent une MPA (ou une confirmation de codage)
- Les combinaisons MPP\*MPA sont assorties d'une plage d'IK autorisés

Pondération du MPP  
(22 modalités)

| Pondération associée au mode de prise en charge principal | code | pondération |
|-----------------------------------------------------------|------|-------------|
| assistance respiratoire                                   | 01   | 2,1         |
| nutrition parentérale                                     | 02   | 1,0         |
| traitement par voie veineuse - anti-infectieux ou autre   | 03   | 2,1253      |
| soins palliatifs                                          | 04   | 1,060       |
| chimiothérapie                                            | 05   | 1,7886      |
| transfusion sanguine                                      | 06   | 1,7886      |
| surveillance de grossesse à risque                        | 07   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 08   | 1,7886      |
| éducation du patient                                      | 09   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 10   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 11   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 12   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 13   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 14   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 15   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 16   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 17   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 18   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 19   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 20   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 21   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 22   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 23   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 24   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 25   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 26   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 27   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 28   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 29   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 30   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 31   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 32   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 33   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 34   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 35   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 36   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 37   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 38   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 39   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 40   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 41   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 42   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 43   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 44   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 45   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 46   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 47   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 48   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 49   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 50   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 51   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 52   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 53   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 54   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 55   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 56   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 57   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 58   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 59   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 60   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 61   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 62   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 63   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 64   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 65   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 66   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 67   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 68   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 69   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 70   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 71   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 72   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 73   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 74   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 75   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 76   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 77   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 78   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 79   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 80   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 81   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 82   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 83   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 84   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 85   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 86   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 87   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 88   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 89   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 90   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 91   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 92   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 93   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 94   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 95   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 96   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 97   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 98   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 99   | 1,7886      |
| soins de suite                                            | 100  | 1,7886      |

X

Pondération du MPA  
(22 modalités)

| Pondération associée au mode de prise en charge associé | code | pondération |
|---------------------------------------------------------|------|-------------|
| soins de suite                                          | 01   | 1,1616      |
| assistance respiratoire                                 | 02   | 1,4899      |
| nutrition parentérale                                   | 03   | 1,1616      |
| traitement par voie veineuse - anti-infectieux ou autre | 04   | 1,4899      |
| soins palliatifs                                        | 05   | 1,1616      |
| chimiothérapie                                          | 06   | 1,4899      |
| transfusion sanguine                                    | 07   | 1,1616      |
| surveillance de grossesse à risque                      | 08   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 09   | 1,1616      |
| éducation du patient                                    | 10   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 11   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 12   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 13   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 14   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 15   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 16   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 17   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 18   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 19   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 20   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 21   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 22   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 23   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 24   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 25   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 26   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 27   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 28   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 29   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 30   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 31   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 32   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 33   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 34   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 35   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 36   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 37   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 38   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 39   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 40   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 41   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 42   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 43   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 44   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 45   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 46   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 47   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 48   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 49   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 50   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 51   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 52   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 53   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 54   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 55   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 56   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 57   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 58   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 59   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 60   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 61   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 62   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 63   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 64   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 65   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 66   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 67   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 68   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 69   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 70   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 71   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 72   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 73   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 74   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 75   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 76   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 77   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 78   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 79   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 80   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 81   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 82   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 83   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 84   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 85   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 86   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 87   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 88   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 89   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 90   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 91   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 92   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 93   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 94   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 95   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 96   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 97   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 98   | 1,4899      |
| soins de suite                                          | 99   | 1,1616      |
| soins de suite                                          | 100  | 1,4899      |

X

Pondération de l'IK  
(7 modalités)

| Pondération associée à l'indice de Kanojiri | code | pondération |
|---------------------------------------------|------|-------------|
| 100%                                        | 100  | 1           |
| 90%                                         | 090  | 1,1051      |
| 80%                                         | 080  | 1,2247      |
| 70%                                         | 070  | 1,3613      |
| 60%                                         | 060  | 1,5181      |
| 50%                                         | 050  | 1,6987      |
| 40%                                         | 040  | 1,9071      |
| 30%                                         | 030  | 2,1471      |
| 20%                                         | 020  | 2,4227      |
| 10%                                         | 010  | 2,7281      |
| 0%                                          | 000  | 3,0681      |

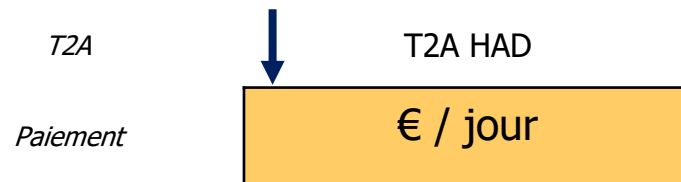
Pondération du GHPC  
(1891 modalités autorisées)

| Numéro du GHPC | Mode de prise en charge principal (MP) | Mode de prise en charge associé (MA) | Classe IK | Pondération GHPC (IP) |
|----------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------------------|
| 0001           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 90-100    | 3,12879               |
| 0002           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 70-80     | 3,8484117             |
| 0003           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 60        | 4,5054576             |
| 0004           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 50        | 5,3502309             |
| 0005           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 40        | 5,7882615             |
| 0006           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 30        | 5,9759889             |
| 0007           | 01 - assistance respiratoire           | 02 - nutrition parentérale           | 20        | 6,570459              |
| 0008           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 90-100    | 2,44356               |
| 0009           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 70-80     | 3,0055788             |
| 0010           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 60        | 3,5187264             |
| 0011           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 50        | 4,1784876             |
| 0012           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 40        | 4,520586              |
| 0013           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 30        | 4,6671996             |
| 0014           | 01 - assistance respiratoire           | 03 - traitement intraveineux         | 20        | 5,131476              |
| 0015           | 01 - assistance respiratoire           | 04 - soins palliatifs                | 90-100    | 3,12879               |
| 0016           | 01 - assistance respiratoire           | 04 - soins palliatifs                | 70-80     | 3,8484117             |
| 0017           | 01 - assistance respiratoire           | 04 - soins palliatifs                | 60        | 4,5054576             |
| 0018           | 01 - assistance respiratoire           | 04 - soins palliatifs                | 50        | 5,3502309             |



# Résumé, fil conducteur PMSI

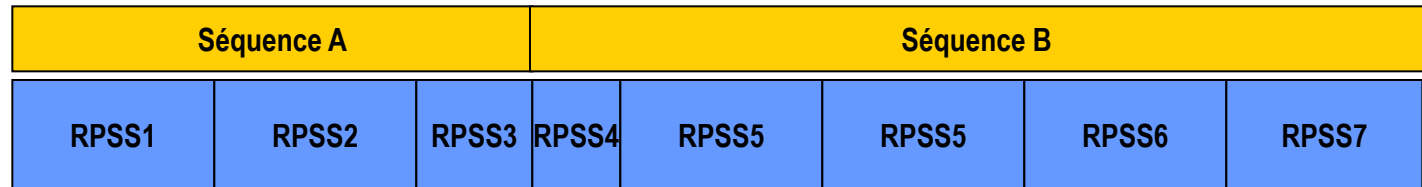
## Calcul des tarifs journaliers (GHT)





# Du GHPC au tarif journalier

- Au sein de chaque séquence, des tranches de tarifs dégressifs sont systématiquement appliquées :
  - du 1er au 4ème jour, pondération=1
  - du 5ème au 9ème jour, pondération=0,7613
  - du 10ème au 30ème jour, pondération=0,6765
  - 31ème jour et au-delà, pondération=0,6300

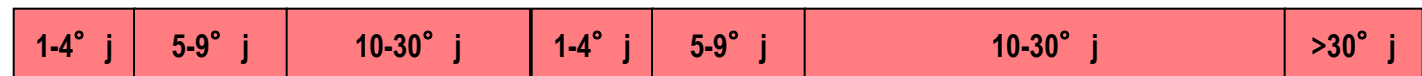


Les RPSS sont produits l'un après l'autre

Et permettent de reconstituer les séquences au fur et à mesure



Les coefficients des tranches de tarif sont appliqués



Le coefficient applicable aux journées (IPT) est le produit  $\text{coeffGHPC} * \text{coeffTrancheDurée}$

$$\text{IPT} = \text{coeff}(\text{GHPC A}) * 1$$

$$\text{IPT} = \text{coeff}(\text{GHPC A}) * 0.7613 \quad \dots$$



# Du GHPC au tarif journalier

- IPT : 1 891 GHPC \* 4 tranches de tarif soit 7 564 valeurs possibles
- Ces IPT sont résumés en 31 GHT (groupes homogènes de tarifs)
- Ces 31 GHT sont affectés d'un prix journalier (entre 47€/j et 541€/j, écart public privé très faible)

| La valeur de l'indice de pondération totale (IPT) détermine le groupe tarifaire et ainsi le tarif. | Coefficient multiplicateur |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 0.57 =< IPT < 0.77 : groupe tarifaire 1                                                            | 0.67                       |
| 0.77 =< IPT < 0.97 : groupe tarifaire 2                                                            | 0.87                       |
| 0.97 =< IPT < 1.17 : groupe tarifaire 3                                                            | 1.07                       |
| 1.17 =< IPT < 1.37 : groupe tarifaire 4                                                            | 1.27                       |
| 1.37 =< IPT < 1.57 : groupe tarifaire 5                                                            | 1.47                       |
| 1.57 =< IPT < 1.77 : groupe tarifaire 6                                                            | 1.67                       |
| 1.77 =< IPT < 1.97 : groupe tarifaire 7                                                            | 1.87                       |
| 1.97 =< IPT < 2.17 : groupe tarifaire 8                                                            | 2.07                       |
| 2.17 =< IPT < 2.37 : groupe tarifaire 9                                                            | 2.27                       |
| 2.37 =< IPT < 2.57 : groupe tarifaire 10                                                           | 2.47                       |
| 2.57 =< IPT < 2.77 : groupe tarifaire 11                                                           | 2.67                       |
| 2.77 =< IPT < 2.97 : groupe tarifaire 12                                                           | 2.87                       |
| 2.97 =< IPT < 3.17 : groupe tarifaire 13                                                           | 3.07                       |
| 3.17 =< IPT < 3.37 : groupe tarifaire 14                                                           | 3.27                       |
| 3.37 =< IPT < 3.57 : groupe tarifaire 15                                                           | 3.47                       |
| 3.57 =< IPT < 3.77 : groupe tarifaire 16                                                           | 3.67                       |
| 3.77 =< IPT < 3.97 : groupe tarifaire 17                                                           | 3.87                       |
| 3.97 =< IPT < 4.17 : groupe tarifaire 18                                                           | 4.07                       |
| 4.17 =< IPT < 4.37 : groupe tarifaire 19                                                           | 4.27                       |
| 4.37 =< IPT < 4.57 : groupe tarifaire 20                                                           | 4.47                       |
| 4.57 =< IPT < 4.77 : groupe tarifaire 21                                                           | 4.67                       |
| 4.77 =< IPT < 4.97 : groupe tarifaire 22                                                           | 4.87                       |
| 4.97 =< IPT < 5.17 : groupe tarifaire 23                                                           | 5.07                       |
| 5.17 =< IPT < 5.37 : groupe tarifaire 24                                                           | 5.27                       |
| 5.37 =< IPT < 5.57 : groupe tarifaire 25                                                           | 5.47                       |
| 5.57 =< IPT < 5.77 : groupe tarifaire 26                                                           | 5.67                       |
| 5.77 =< IPT < 5.97 : groupe tarifaire 27                                                           | 5.87                       |
| 5.97 =< IPT < 6.17 : groupe tarifaire 28                                                           | 6.07                       |
| 6.17 =< IPT < 6.37 : groupe tarifaire 29                                                           | 6.27                       |
| 6.37 =< IPT < 6.57 : groupe tarifaire 30                                                           | 6.47                       |
| 6.57 =< IPT < 6.77 : groupe tarifaire 31                                                           | 6.67                       |

de l'IPT au GHT

5 mars 2008 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 31 sur 110

ANNEXE II  
TARIFS DES FORFAITS « GROUPES HOMOGÈNES DES TARIFS » DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX « a » ET « c » DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

| CODE  | TARIF 2008 (en euros) (en euros) | TARIF 2008 (en euros) en application de l'article 4 du présent article |
|-------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| GHT1  | 53,66                            | 46,68                                                                  |
| GHT2  | 60,69                            | 60,47                                                                  |
| GHT3  | 65,69                            | 74,46                                                                  |
| GHT4  | 101,47                           | 88,28                                                                  |
| GHT5  | 117,43                           | 102,16                                                                 |
| GHT6  | 133,31                           | 115,88                                                                 |
| GHT7  | 149,24                           | 129,84                                                                 |
| GHT8  | 165,19                           | 143,71                                                                 |
| GHT9  | 181,12                           | 157,58                                                                 |
| GHT10 | 197,12                           | 171,49                                                                 |
| GHT11 | 212,88                           | 185,29                                                                 |
| GHT12 | 228,93                           | 199,17                                                                 |
| GHT13 | 244,84                           | 213,01                                                                 |
| GHT14 | 260,79                           | 226,88                                                                 |
| GHT15 | 276,72                           | 240,74                                                                 |
| GHT16 | 292,61                           | 254,57                                                                 |
| GHT17 | 308,59                           | 268,46                                                                 |
| GHT18 | 324,48                           | 282,30                                                                 |
| GHT19 | 340,43                           | 296,17                                                                 |
| GHT20 | 356,37                           | 310,04                                                                 |
| GHT21 | 372,22                           | 323,83                                                                 |
| GHT22 | 388,27                           | 337,80                                                                 |
| GHT23 | 404,09                           | 351,66                                                                 |
| GHT24 | 420,19                           | 365,57                                                                 |
| GHT25 | 436,08                           | 379,30                                                                 |
| GHT26 | 452,05                           | 393,29                                                                 |
| GHT27 | 467,81                           | 407,80                                                                 |
| GHT28 | 483,67                           | 420,89                                                                 |
| GHT29 | 499,64                           | 434,69                                                                 |
| GHT30 | 515,99                           | 448,56                                                                 |
| GHT31 | 531,47                           | 462,38                                                                 |

du GHT au tarif journalier



# Le référentiel national des coûts HAD (ENCC HAD)

- ENCC = échelle nationale des coûts à méthodologie commune public/privé
- Enquête menée tous les ans sur établissements volontaires
- Travail de comptabilité analytique
- Détermination du détail des coûts imputables à chaque journée
- Agrégation de ces coûts journalier par GHPC
- L'arrêté tarifaire est notamment modulé par l'analyse de ce référentiel



# Molécules onéreuses (UCD)

- Objet : médicaments (Molécules onéreuses)
- Terminologie : référencés en UCD (unités communes de dispensation)
- Ces éléments sont :
  - Recensés par les Échelles Nationales des Coûts
  - HAD ex-OQN : déclarés dans les RSF  
HAD ex-DGF : déclarés dans FICHCOMP
  - Financés quasiment au coût réel en sus des tarifs T2A des séjours



# Résumé, fil conducteur PMSI

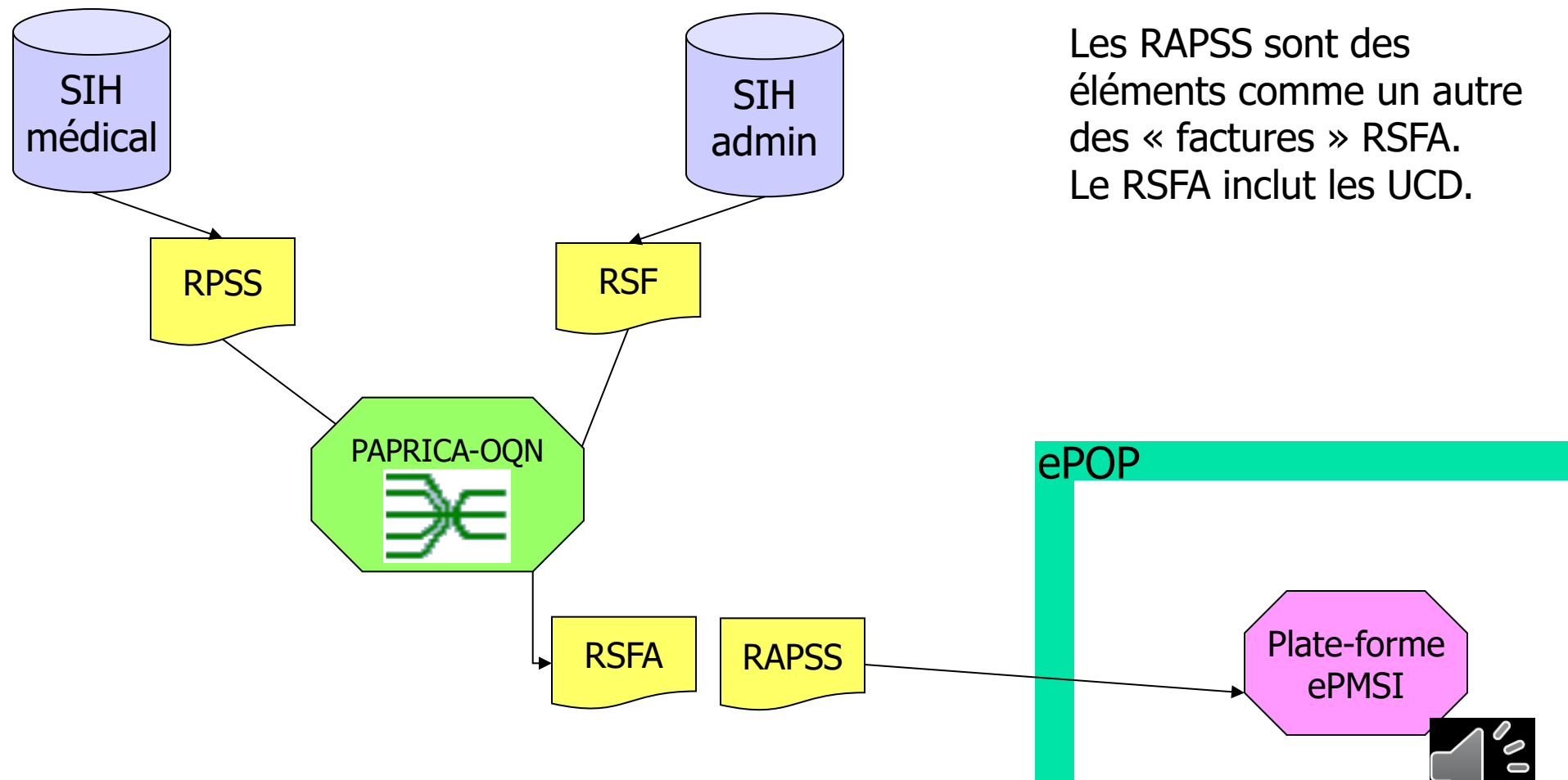
## Anonymisation et export



*Export*

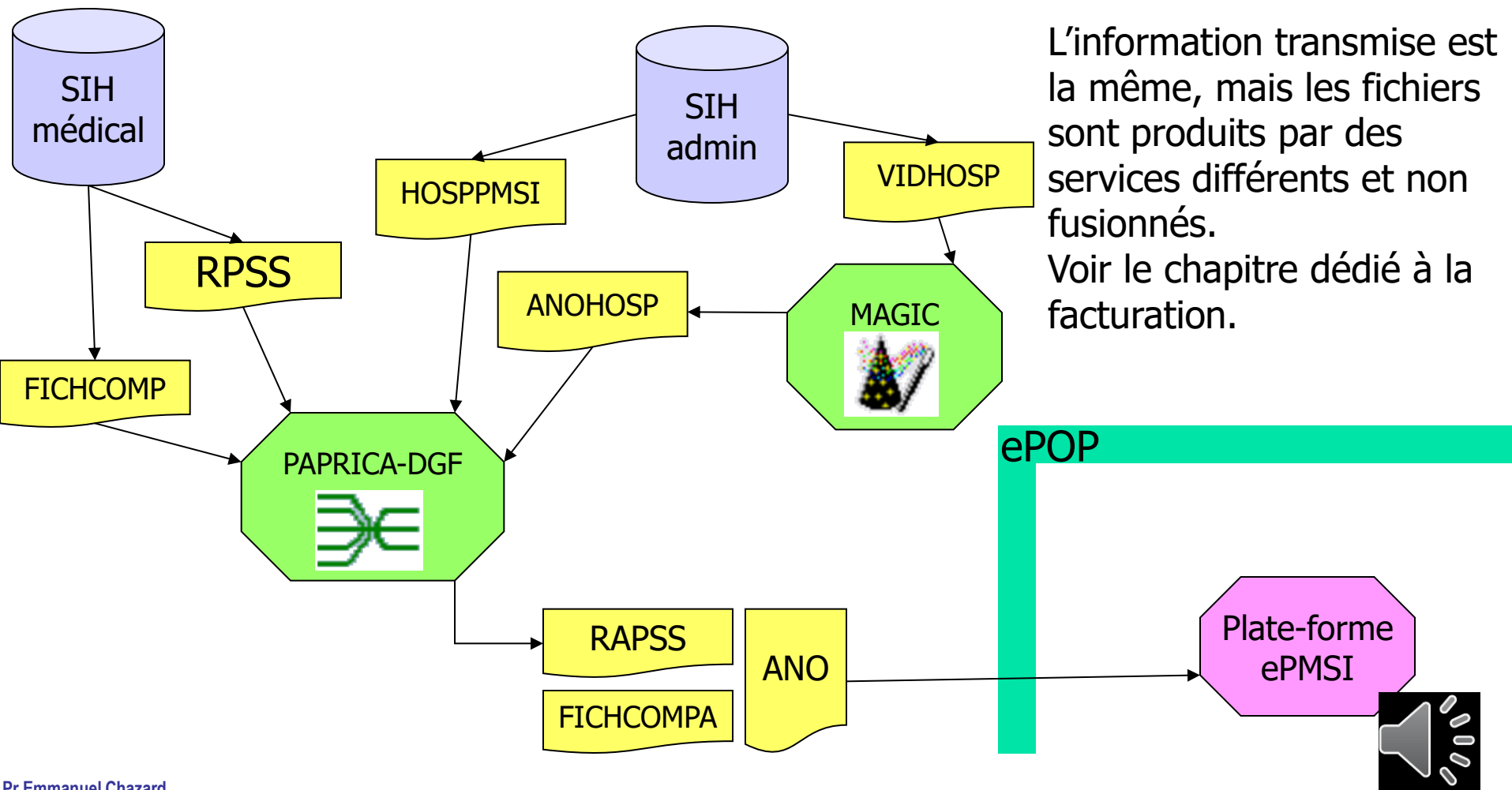


# Émission des fichiers HAD (ex-OQN et bientôt ex-DGF)



Les RAPSS sont des éléments comme un autre des « factures » RSFA. Le RSFA inclut les UCD.

# Émission des fichiers HAD (modèle transitoire ex-DGF)



L'information transmise est la même, mais les fichiers sont produits par des services différents et non fusionnés. Voir le chapitre dédié à la facturation.

# IV. PMSI et T2A en SSR

(soins de suite et de réadaptation / moyen séjour)



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
- Voir ensuite :
  - VIII. Facturation hospitalière
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles





# Résumé, fil conducteur PMSI

## Episodes et étapes (RHS)

*Admin.*

Id, mouv<sup>ts</sup>



# Les séjours et les RHS

- Un séjour ne peut correspondre qu'à un seul groupe de types d'hospitalisation (réf. SAE) :
  - TH1 : hosp. complète (FA03) ; hosp. de semaine (FA20)
  - TH2 : hosp. partielle de jour (FA04)
  - TH3 : hosp. partielle de nuit (FA05)
  - TH4 : séances (FA19)
- Découpage en RHS résumés hebdomadaires standardisés :
  - Un RHS ne peut concerner qu'une seule UM
  - Un RHS couvre exactement une semaine civile (lun-dim) et non nécessairement de présence
  - Les jours de présence sont notés, même le jour de sortie (mais la journée commune en cas de mutation est comptée en aval)



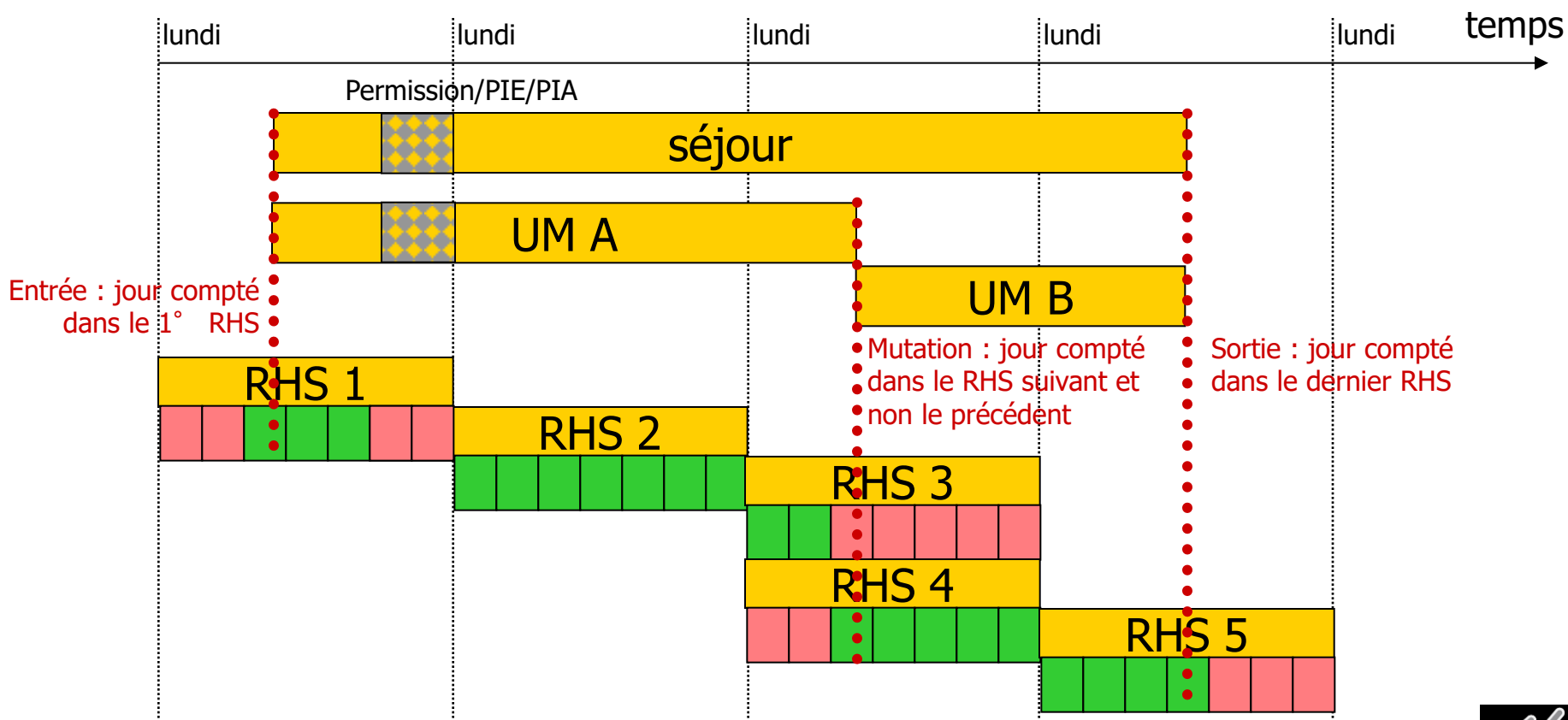
# Les séjours et les RHS

- Les permissions n'interrompent ni le séjour ni les RHS
  - Absence comprise entre 12h et (2j+délais de route)
  - Ou absence Sam&Dim en hospitalisation de semaine
  - Journée comptée si départ après midi / retour avant midi
- Les prestations inter-établissements (PIE)
  - N'interrompent pas le séjour SSR si durent 0 ou 1 nuit
  - Au-delà, 2 séjours distincts.
- Les prestations inter-activités (PIA, mutation temporaire en MCO ou Psy dans le même établissement)
  - n'interrompent pas non plus le séjour SSR si durent 0 ou 1 nuit
  - Au-delà, 3 séjours distincts
- En cas de réhospitalisation le jour de la sortie
  - on ne produit qu'un séjour
  - éventuellement 2 RHS si le patient entre dans une UM différente



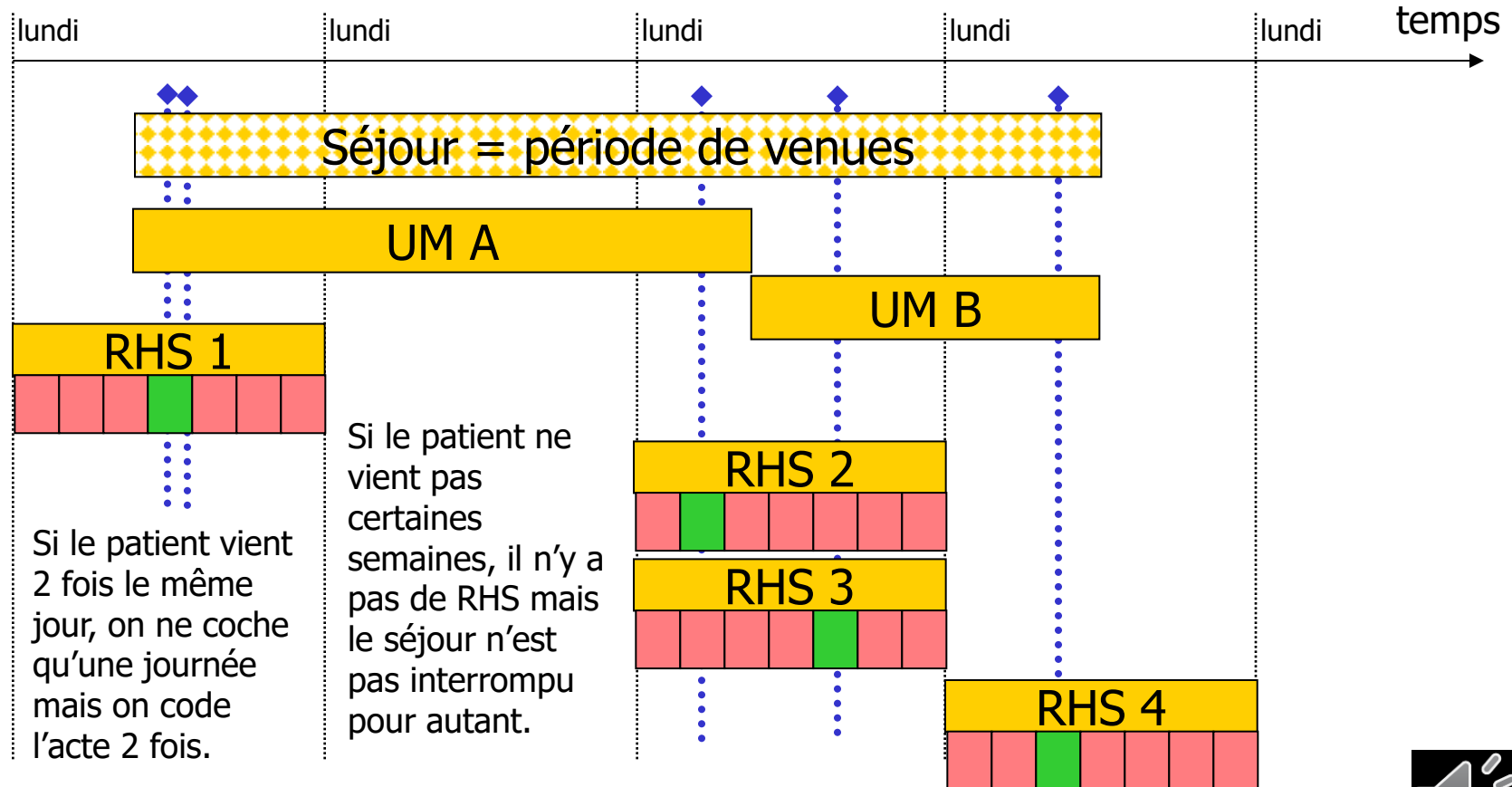
# Le découpage en séjours et RHS en pratique (1)

Exemple de séjour en hospitalisation complète ou de semaine



# Le découpage en séjours et RHS en pratique (2)

Exemple de séjour en hospitalisation partielle (de jour, de nuit, traitements et cures)





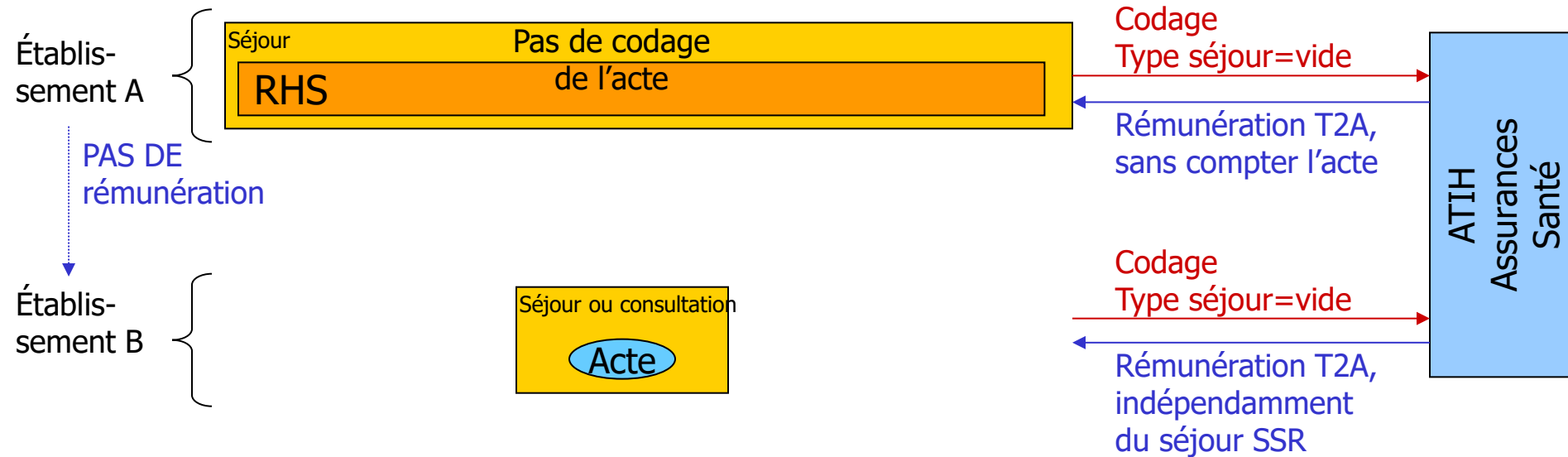
# Autorisations des Unités Médicales

- Type d'autorisation de l'unité médicale sur 3 caractères :
  - 1<sup>er</sup> caractère toujours égal à « **5** » ;
  - 2<sup>ème</sup> caractère selon la discipline :
    - **1** Affections de l'appareil locomoteur
    - **2** Affections du système nerveux
    - **3** Affections cardiovasculaires
    - **4** Affections respiratoires
    - **5** Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
    - **6** Affections oncohématologiques
    - **7** Affections des brûlés
    - **8** Affections liées aux conduites addictives
    - **9** Affections de la personne âgée polypathologique, dépte ou à risque de dépte
    - **0** Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents
  - 3<sup>ème</sup> caractère selon la catégorie d'âge des patients :
    - **A** Adulte, 18 ans ≤ âge
    - **J** Juvénile, 6 ans ≤ âge < 18 ans
    - **E** Enfant, 6ans < âge
    - **P** Pédiatrie indifférenciée (âge < 18 ans sans distinction entre E et J)
- A ce jour, les autorisations n'ont pas d'impact T2A (mais cela pourrait venir...)



# Prestations inter-établissements (PIE) : cas des séances et consultations

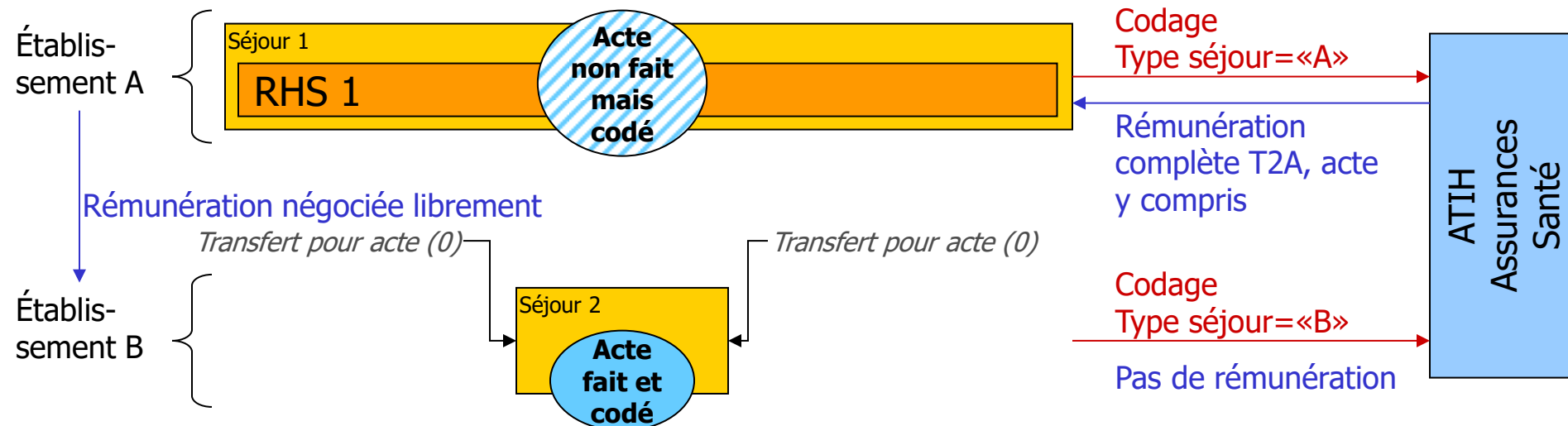
- Séances et consultations réalisées sans interrompre le séjour, facturées directement par l'établissement B.





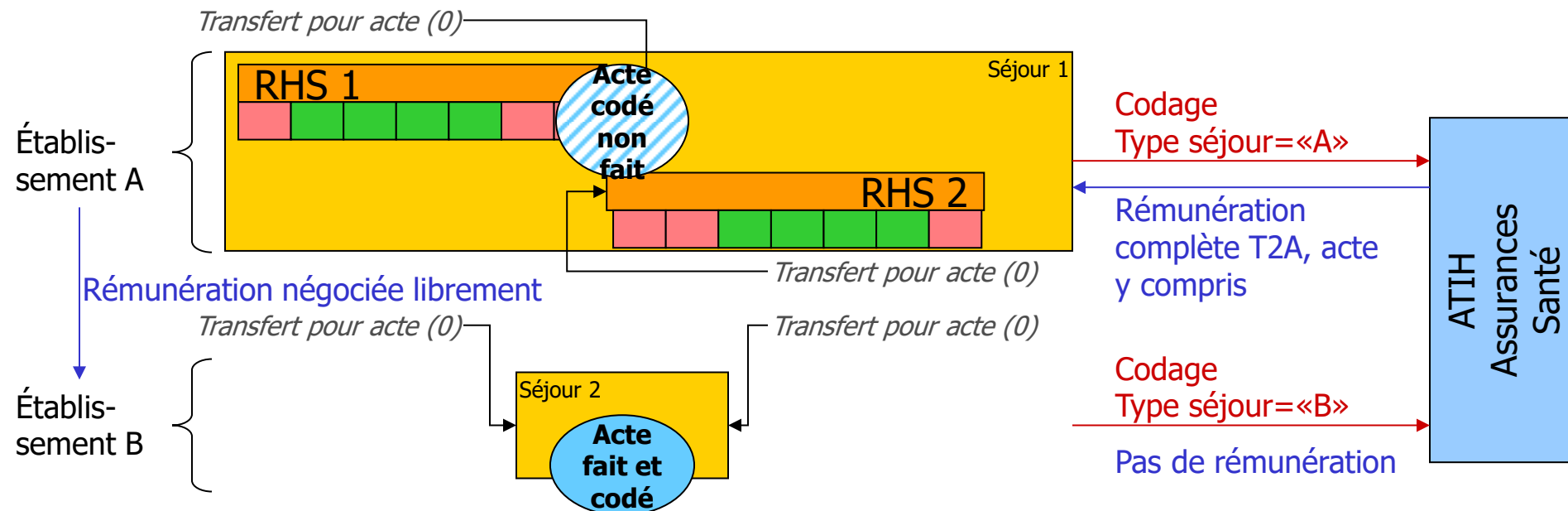
# Prestations inter-établissements (PIE) : cas des actes réalisés en 0 ou 1 nuit

- Acte réalisé dans l'établissement B pour un patient hébergé dans l'établissement A
- Cas le plus fréquent : au milieu de la semaine, sans changement d'UM



# Prestations inter-établissements (PIE) : cas des actes réalisés en 0 ou 1 nuit

- Acte réalisé dans l'établissement B pour un patient hébergé dans l'établissement A
- Si 2 semaines ou changement d'UM, faire 2 RHS : mode sortie=mode entrée=0 (transfert pour réalisation d'un acte).



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Contenu des RHS

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <i>Admin.</i>         | Id, mouv <sup>ts</sup> |
| <i>Diagnostics</i>    | CIM10                  |
| <i>Actes médicaux</i> | CCAM                   |
| <i>Actes autres</i>   | CSARR                  |
| <i>Dépendance</i>     | AVQ                    |
| <i>Consommables</i>   | UCD                    |
| <i>Facturation</i>    | Droits sociaux         |



# Information recueillie pour le séjour/RHS

- Information administrative
  - Date de naissance
  - Sexe
  - Code postal
- Information de mouvement
  - Numéro FINESS
  - Numéro de séjour SSR
  - Numéro administratif de séjour (parfois identique)
  - Type d'hospitalisation (4 différents, cf. ante)
  - Date et mode d'entrée, provenance
  - Date et mode de sortie, destination
  - Unité médicale fréquentée, autorisation de l'UM (ou de l'équipe de soin)
  - Numéro de semaine (norme ISO 8601)
  - Journées de présence (en hospitalisation de nuit, on considère la soirée mais pas la matinée)



# Information recueillie pour le séjour/RHS

## ■ Information médicale

- Diagnostics en CIM10 : FPP, MMP, AE, DAS => cf. ci-après
- Date de l'intervention chirurgicale (si une intervention chirurgicale est le motif du séjour)
- Actes médicaux codés en CCAM (avec activité, +/- date et nb réal.)
- Indicateur « poursuite de projet thérapeutique » en cas de séjours SSR multiples

## ■ Information soignante

- Niveau de dépendance selon la grille AVQ (recueil hebdomadaire, ou moins fréquent depuis 2015)
- Actes réalisés en CSARR depuis juillet 2013 :
  - Code CSARR
  - Complété par : nb patients pris en charge, intervenant, modulateurs, nb réalisation +/- date, étape préalable de réalisation d'appareillage
  - /! actes réalisés par un médecin ET inscrits dans la CCAM et le CSARR : coder obligatoirement en CCAM et pas en CSARR



# Codage des diagnostics CIM 10 en SSR



- 4 types de diagnostics :
  - FPP La finalité principale de prise en charge {1}
    - Codes en Z traduisant une action
    - Pseudo-code « ZAIGU »
  - MMP La manifestation morbide principale {1}
    - Autres codes CIM10
    - Codes en Z caractérisant une altération ou un problème fonctionnel ou organique sur lequel s'exerce l'action
    - Codes en Z traduisant un problème social ou de placement
  - AE L'affection étiologique {0-1}
    - Tout code CIM10 à l'exclusion des codes en Z (motifs de recours au système de soin) et R (symptômes), seulement si nécessaire
  - DAS Les diagnostics associés significatifs {0-n}
    - Toute autre affection ayant bénéficié d'une prise en charge durant la semaine dans l'unité médicale

Morbidité principale



# Codage des diagnostics CIM 10 en SSR



- Monsieur A : rééducation d'une hémiplégie acquise par infarctus cérébral
  - FPP= Z50.1 autres thérapies physiques
  - MMP= G81.9 hémiplégie sans précision
  - AE= I63.9 infarctus cérébral sans précision
- Monsieur B : adaptation d'une prothèse de jambe après amputation en raison d'une artérite
  - FPP= Z44.1 mise en place, ajustement d'une jambe artificielle (totale/partielle)
  - MMP= Z89.5 absence acquise de membre inférieur, au niveau du genou ou en-dessous
  - AE= I70.2 athérosclérose des artères distales
- Madame C : convalescence après radiothérapie d'un cancer du sein
  - FPP= Z54.1 convalescence après radiothérapie
  - MMP= C50.9 tumeur maligne du sein, sans précision



# Codage des diagnostics CIM 10 en SSR



- Monsieur E : rééducation en raison de la mise en place d'un pacemaker, lui-même lié à un bloc atrio-ventriculaire
  - FPP= Z50.0 rééducation des cardiaques
  - MMP= Z95.0 présence d'un stimulateur cardiaque
  - AE= I44.2 bloc atrio-ventriculaire complet
- Monsieur E : durant son séjour, développe une infection urinaire
  - FPP= ZAIGU pseudo-code d'affection aiguë
  - MMP= A41.5 sepsis à d'autres micro-organismes GRAM-
  - AE= N39.0 infection des voies urinaires, siège non précisé
  - DAS= Z95.0 présence d'un stimulateur cardiaque
- Une fois l'infection urinaire traitée, le séjour continue
  - FPP= Z50.0 rééducation des cardiaques
  - MMP= Z95.0 présence d'un stimulateur cardiaque
  - AE= I44.2 bloc atrio-ventriculaire complet





# Résumé, fil conducteur PMSI

## Groupage des RHS en GME

*Groupage*

*Groupes*



Groupage SSR  
des semaines civiles

journées dans un GME

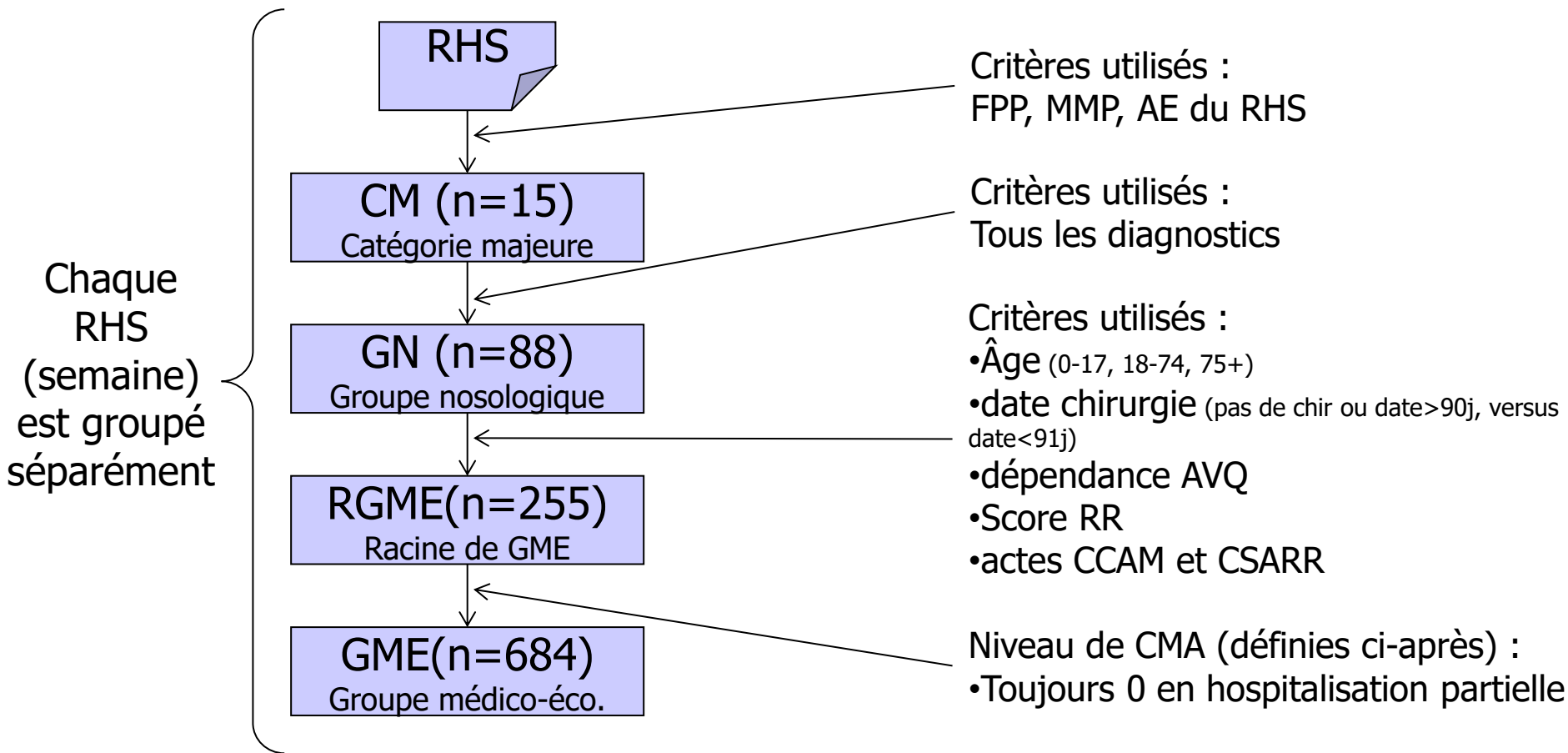


# Bref historique du groupage SSR

- Version 1, 1998 : GHJ
  - Groupes homogènes de journées (GHJ)
  - Groupage par RHS, pas de T2A
- Version 6, en 2009 : GMD et IVA
  - Groupes de morbidité dominante (GMD) couplés à un système additif de points (la « matrice IVA »), groupage par RHS
  - T2A, secteur ex-OQN actuellement financé à 10% par ce système
- Version 8, en 2013 : GME
  - Groupes médico-économiques (GME)
  - Nouveauté majeure : groupage du séjour complet et non des RHS
  - Modèle T2A à venir inconnu
  - Système en cours d'amélioration



# Groupage SSR en hospitalisation partielle : CM → GN → RGME → GME



# Groupage SSR en hospitalisation complète : CM → GN → RGME → GME

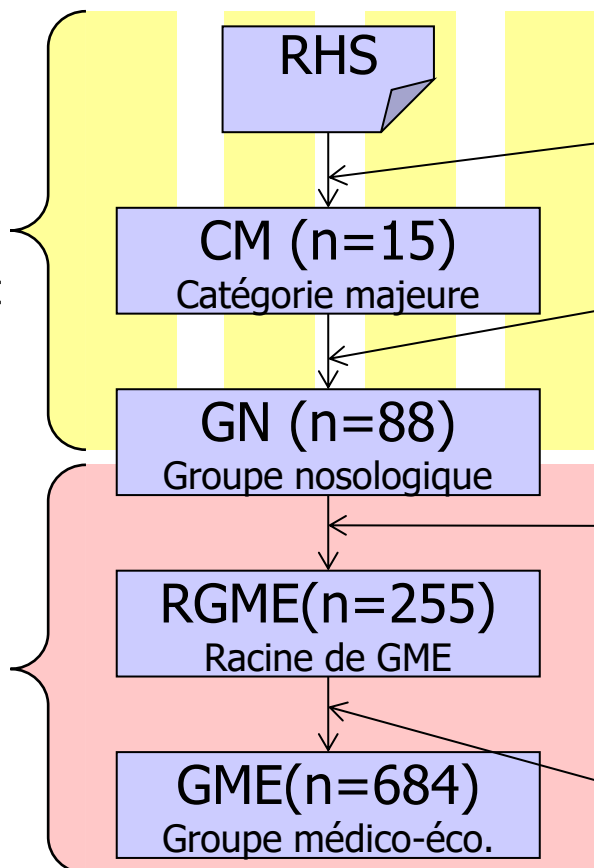
**!/ désormais, groupage du séjour complet**

## **Phase 1 :**

on groupe les 10 premiers RHS séparément et on garde le GN le plus fréquent

## **Phase 2 :**

on mixe toutes les infos du séjour



Critères utilisés :  
FPP, MMP, AE du RHS

Critères utilisés :  
Tous les diagnostics

Critères utilisés :

- Âge (0-17, 18-74, 75+)
- date chirurgie (pas de chir ou date > 90j, versus date < 91j)
- Score RR
- dépendance AVQ **du premier RHS**
- actes CCAM et CSARR

Niveau de CMA (définies ci-après) :

- 0 si sur 1 journée et modalité « 0 » existe
- 2 si présence d'au moins une CMA (car HC)
- 1 dans tous les autres cas



# Le « score RR » (score rééducation réadaptation)

- Autrefois, les actes du CdARR étaient regroupés en « activités », qui survivent au CdARR (ci-contre)
- Dans le CSARR, chaque acte a :
  - une « activité CdARR »
  - une « pondération » qui correspond à un temps théorique nécessaire pour réaliser l'acte (pas le temps réel observé !)
- Pour chaque RHS :
  - les actes CSARR sont codés : le nombre d'itération sera pris en compte, mais pas la durée réelle de l'acte
  - on calcule, par « activité CdARR », le temps théorique total consacré ( $\Sigma$  pondérations)
  - on calcule le temps théorique moyen par jour (en excluant les week-ends s'il y a des jours de semaine dans le RHS)
  - ce temps dans une activité donnée est utilisé pour orienter dans une RGME ; utilisé dans 26% des RGME seulement

**ME** rééducation mécanique  
**SM** rééducation sensorimotrice  
**NP** rééducation neuropsychologique  
**RC** rééducation respiratoire et cardiovasculaire  
**NU** rééducation nutritionnelle  
**SU** rééducation sphinctérienne et urologique  
**RI** réadaptation-réinsertion  
**AP** adaptation d'appareillage  
**CO** rééducation collective  
**BI** bilans  
**PH** physiothérapie  
**BA** hydrobalnéothérapie



# Les Complications et Morbidités Associées (CMA)

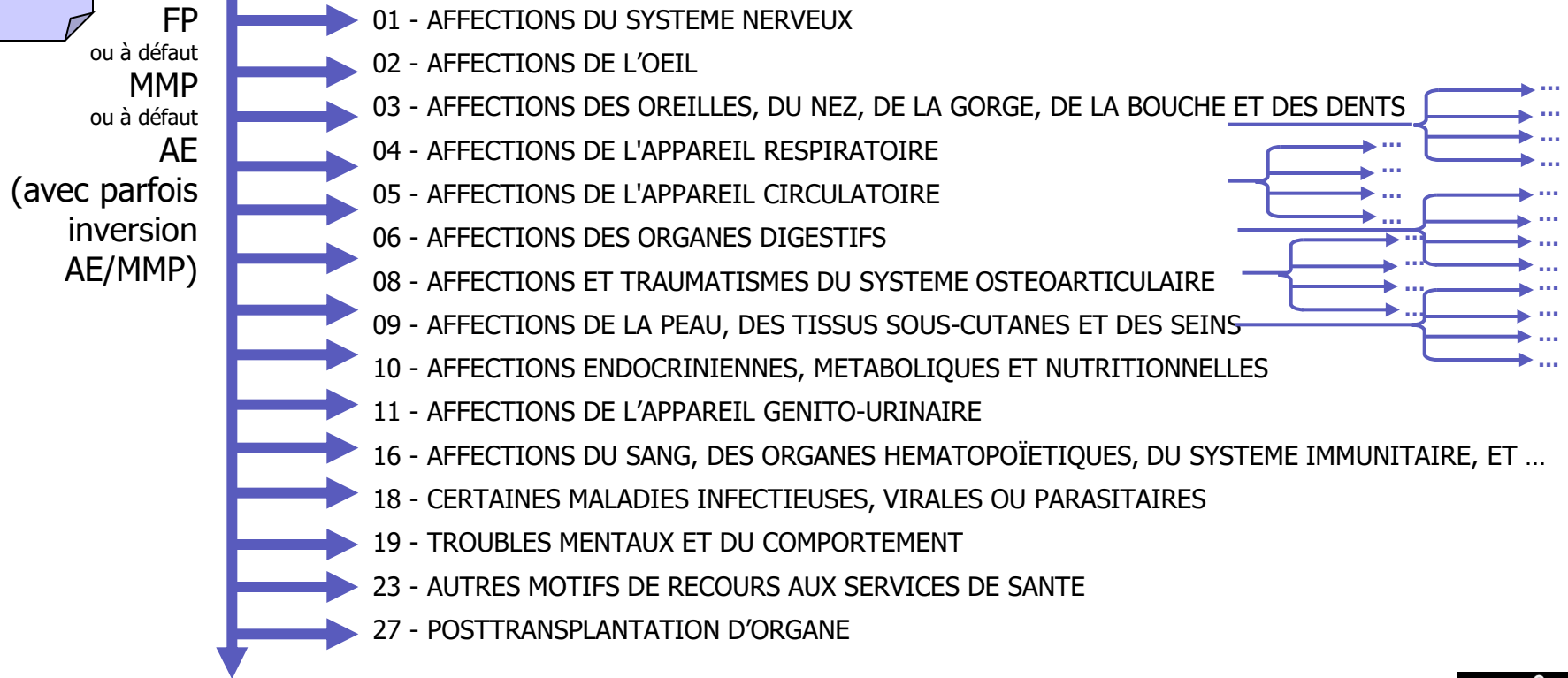
- Définition en SSR :
  - Ce sont des diagnostics associés ou parfois des actes CCAM associés à une augmentation significative du coût ou de la durée d'un séjour. IL FAUT DONC LES CODER AU MIEUX.
  - Complications = en rapport avec la pathologie ou son traitement
    - ex : désunion de plaie opératoire
  - Morbidité associée = pathologie intercurrente
    - ex : anémie falciforme connue chez un patient venant pour une rééducation
  - Abus de langage : « comorbidités associées » (terme inexact)
- Conséquence : choix d'un GME niveau 2 dans une RGME donnée
- Listes de CMA indépendantes de la RGME, mais exclusions possibles en fonction de la morbidité principale
- Exemples :
  - CIM10 : B25.0      pneumopathie à CMV
  - CCAM : HSLD002    alimentation entérale par sonde >35cal/kg/24h



# Groupage SSR : orientation dans une CM

RHS

## 16 Catégories Majeures :



90 Sans objet/Erreurs



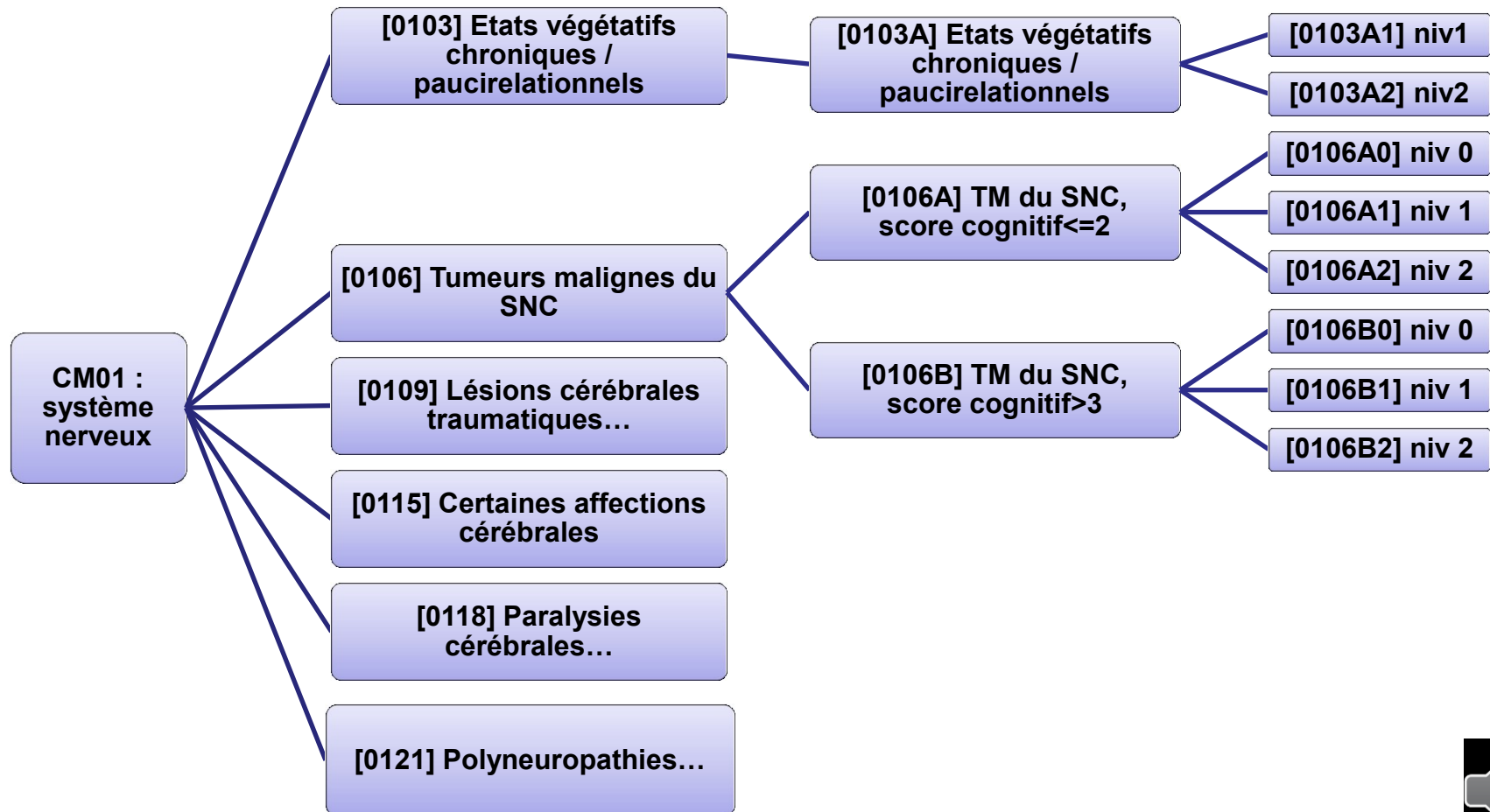
# Groupage SSR : exemples de GME

CM

GN

RGME

GME





# Résumé, fil conducteur PMSI

## Futur calcul d'un tarif

T2A  
*Païement*



bientôt €/j



# Vers une T2A SSR

- Secteur privé :
  - depuis 2009, modulation de la dotation annuelle de financement en fonction des IVA produits (GMD et matrice IVA)
  - 2% en 2009, 5% en 2010. Approximativement 1 IVA=0.15€=1FF
- La T2A pour tous sur la base des GME ?
  - modèle à revoir au préalable en fonction des résultats des ENCC
  - plusieurs questions en suspens, dont la prise en compte de la notion de « séquence » dans un séjour, problème réintroduit par le groupage du séjour complet et non des semaines (ex : patient diabétique avec fracture. Rééquilibrage diabète, puis soin des plaies, puis rééducation)
  - modèle actuel parfois avec tarif dégressif : le séjour pourrait être payé une première fois alors que non terminé, mais le score RR cumulé diminuerait lors des émissions suivantes...
- Lorsque T2A en place, l'identité et les droits du patient seront tout de suite pris en compte (RSF / VIDHOSP)



# Le référentiel de coûts SSR (ENCC SSR)

- ENCC : échelle nationale de coûts à méthodologie commune public/privé
- Enquête menée sur des établissements volontaires
- Travail de comptabilité analytique
- Détermination du détail des coûts journaliers imputables à chaque séquence (RHS)
- Différents modes d'agrégation :
  - Une présentation par IVA serait peu lisible et trop dépendante d'un système qu'il est question de réformer
  - V1 (33 établissements, 2009) :  
128 « groupe SSR » définis uniquement pour l'ENCC
  - V2 (50 établissements, 2010) :  
684 « groupes médico-économiques » (GME)
- Pour l'ex-OQN, la matrice IVA et la valeur du point IVA seront probablement ajustés d'après cette ENCC
- Ces travaux serviront de base à l'élaboration de la T2A sur les GME



# Molécules onéreuses (UCD)

- Objet : certains médicaments (Molécules onéreuses, ATU, thrombolytiques)
- Terminologie : référencés en UCD (unités communes de dispensation)
- Ces éléments sont :
  - Recensés par les Échelles Nationales des Coûts
  - À déclarer :
    - Secteur ex-OQN : RSF
    - Secteur ex-DGF : FICHCOMP
    - Soins externes ex-DGF : RSF-ACE, avec forfait APE\*
  - Financés quasiment au coût réel en sus des tarifs T2A en MCO et HAD, ce sera probablement le cas en SSR

\* Forfait APE : administration de produits et prestations en environnement hospitalier, 12,60 €



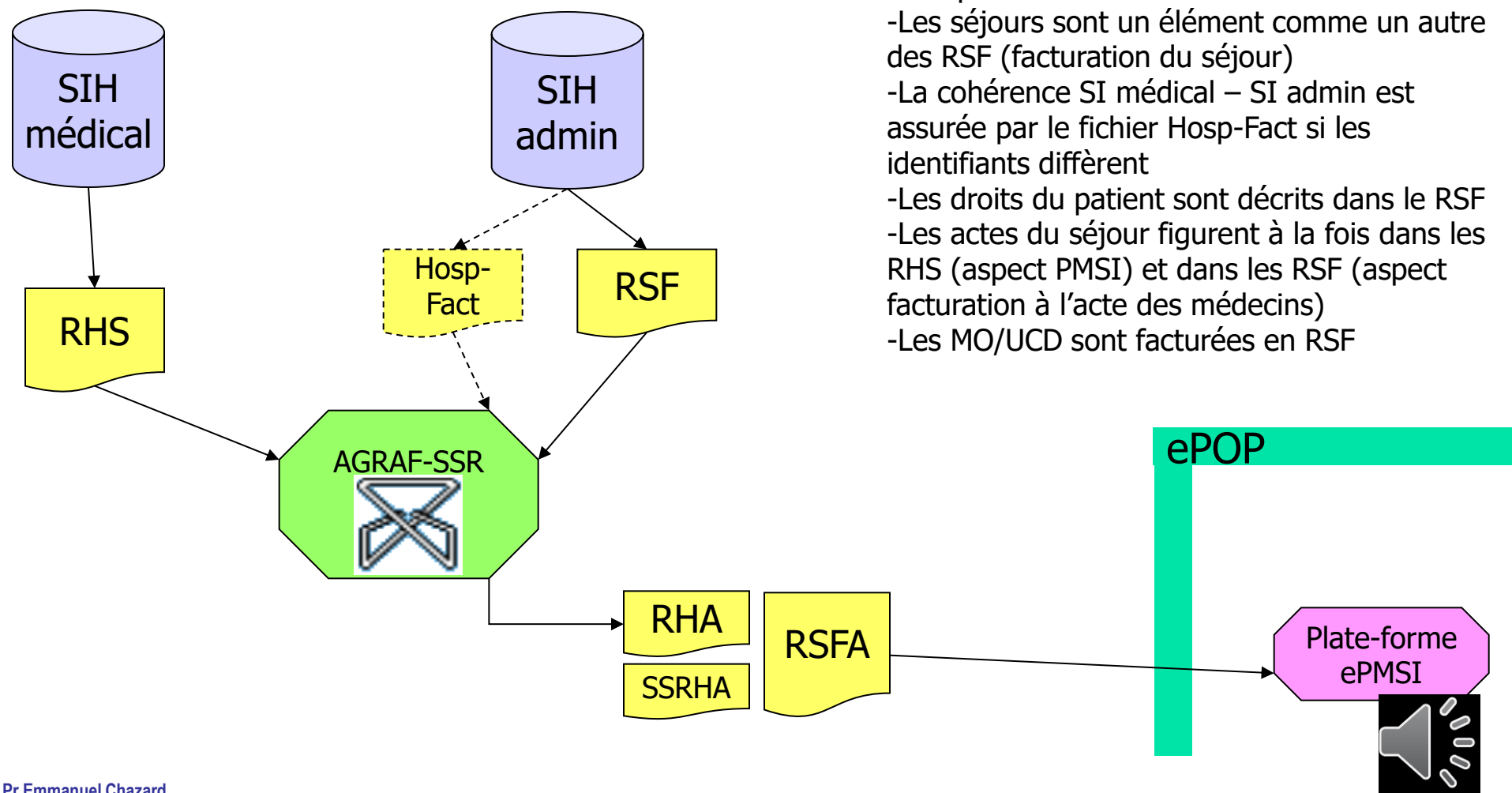
# Résumé, fil conducteur PMSI

## Anonymisation et export

*Export*



# Émission des fichiers SSR (ex-OQN, modèle cible en ex-DGF)

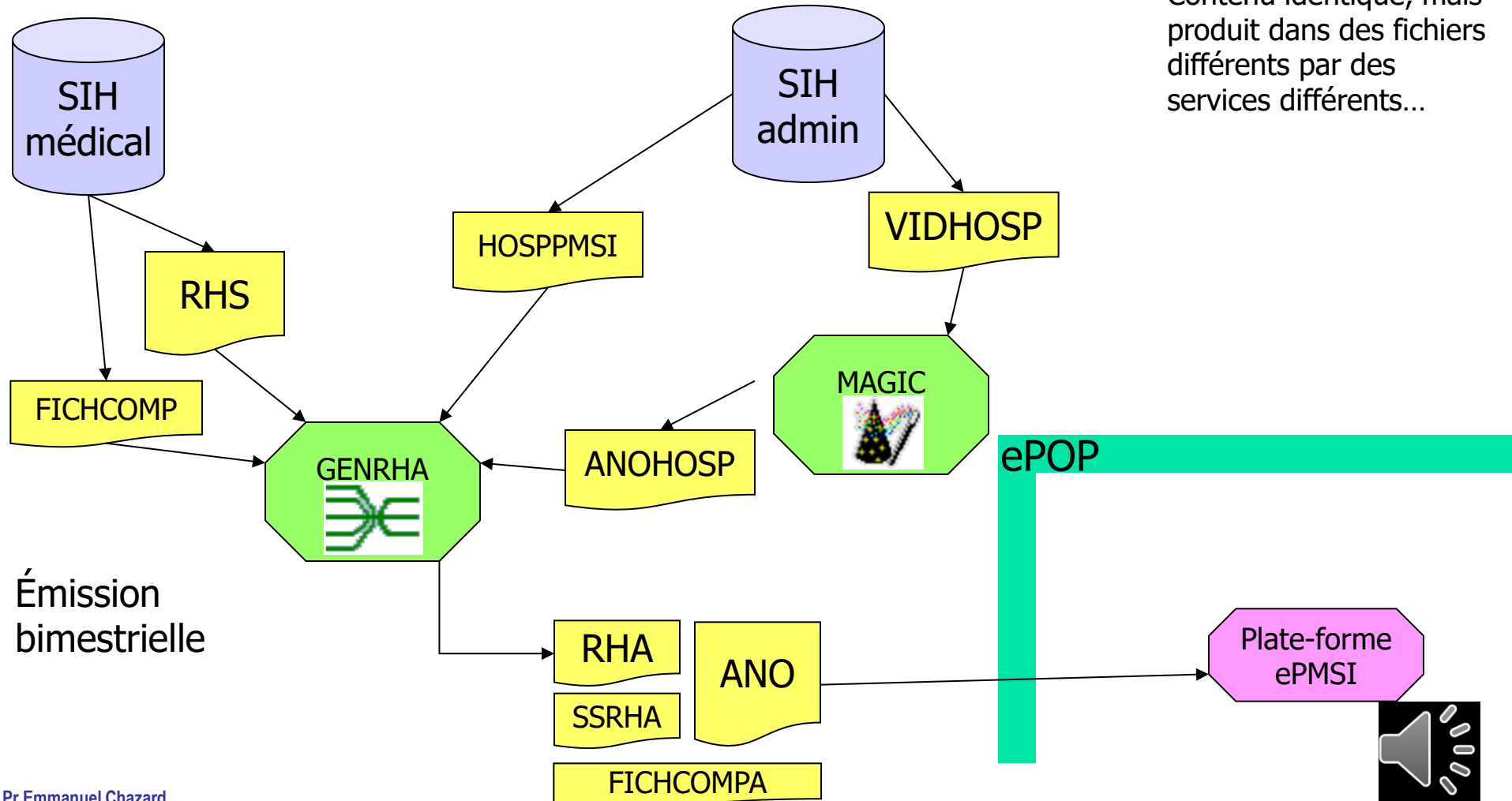


## Principes :

- Les séjours sont un élément comme un autre des RSF (facturation du séjour)
- La cohérence SI médical – SI admin est assurée par le fichier Hosp-Fact si les identifiants diffèrent
- Les droits du patient sont décrits dans le RSF
- Les actes du séjour figurent à la fois dans les RHS (aspect PMSI) et dans les RSF (aspect facturation à l'acte des médecins)
- Les MO/UCD sont facturées en RSF

# Émission des fichiers SSR (schéma transitoire ex-DGF)

Contenu identique, mais produit dans des fichiers différents par des services différents...



Émission  
bimestrielle

# V. PMSI en Psychiatrie (RIMP)



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
- Voir ensuite :
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles





# Résumé, fil conducteur PMSI

## Episode et étapes



*Admin.*

Id, mouv<sup>ts</sup>



# RIMP : quels établissements ?

- Inlus :
  - Etablissements de santé publics et privés avec activité de psychiatrie
  - EPS accueillant des personnes incarcérées
  - Service de santé des Armées
  - ...sauf les actions suivantes : expertise, actions pour la communauté, consultations sur la voie publique
- Exclus : secteur médico-social
  - CCAA Centre de cure ambulatoire en alcoologie
  - CSAPA Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
  - CSST Centre spécialisé de soins aux toxicomanes



# Natures de prise en charge

## Formes d'activité

- (TC) Prises en charge à temps complet :
  - hospitalisation à temps plein
  - séjours thérapeutiques
  - hospitalisation à domicile
  - placement familial thérapeutique
  - appartements thérapeutiques
  - centres de post-cure psychiatriques
  - centres de crise
- (TP) Prises en charge à temps partiel :
  - hospitalisation à temps partiel de jour
  - hospitalisation à temps partiel de nuit
  - atelier thérapeutique (mais plus les CATTP qui passent en ambulatoire)
- (A) Prises en charge ambulatoires :
  - centre médico-psychologique (CMP)
  - psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social
  - activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers
  - CATTP

***Production de RPS,  
résumés par séquence***

***Production de RAA,  
résumés d'activité ambulatoire***

*Notes :*

- une UM ne peut réaliser qu'une seule forme d'activité
- TP : journées ( $\geq 6h$ ) et demi-journées ( $\geq 3h$ ) (anciennement venues / demi-venues / s)



# Codage des RPS : Règles de découpage des épisodes TC et TP

- Le séjour :
  - Un seul mode de prise en charge (une ou plusieurs activités)
  - Clôturé si sortie > 12h (sauf permission), mutation hors psychiatrie, sortie sans autorisation
  - Poursuivi si réadmission le jour de sortie
- La séquence :
  - Appartient à un seul trimestre civil
  - Un seul mode légal de soins (ex mode légal de séjour)
  - Ne contient pas d'absence > 48h
  - Traite d'une seule forme d'activité, qui reste constamment soit unique soit combinée
  - Concerne une seule unité médicale



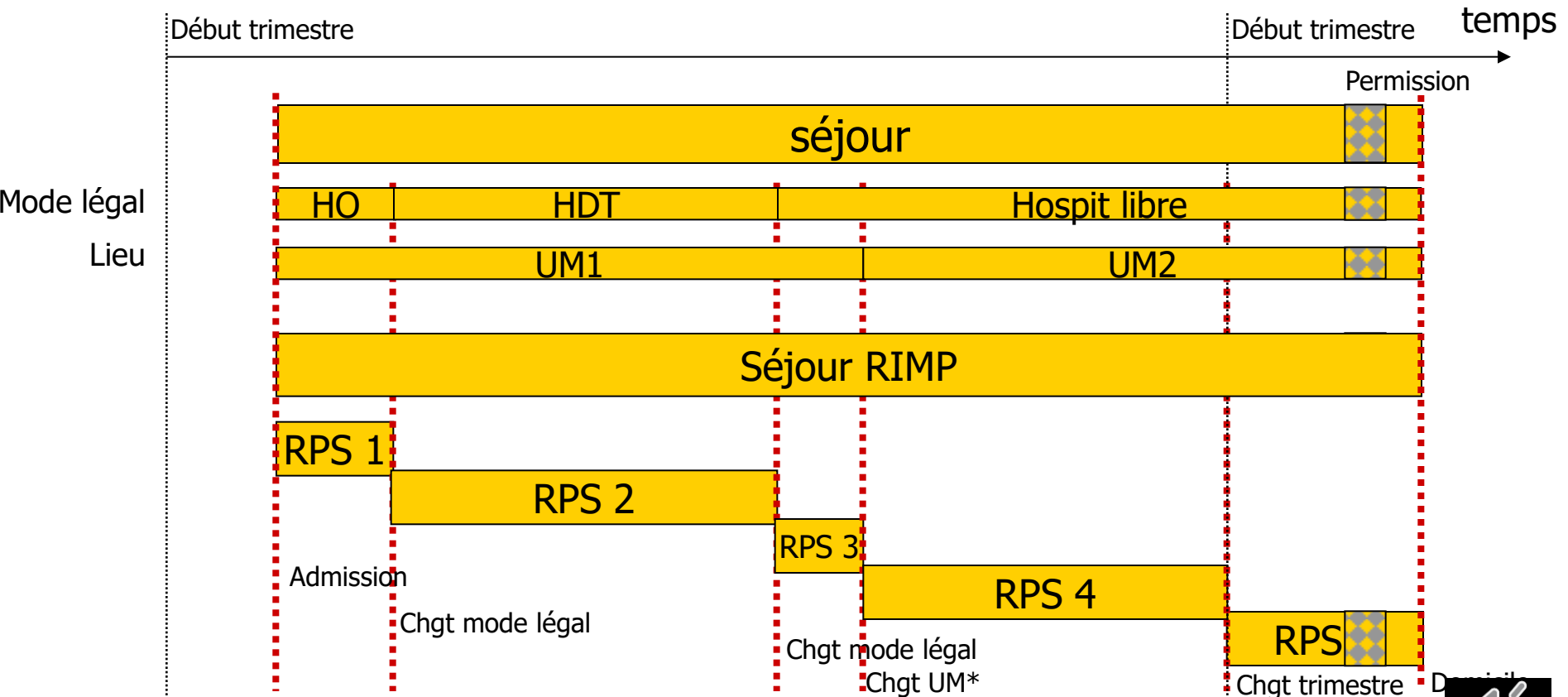
# Codage des RPS : Règles de découpage des épisodes TC et TP

- Formes d'activités (FA) dans un RPS : plusieurs possibilités
  - Une seule FA
  - Deux FA combinées : créer deux séquences simultanées
  - Une seule FA (t1, FA1) puis deux FA (t2, FA1&FA2) : créer un premier RPS (t1, FA1) puis un deuxième (t2, FA1) associé à un troisième (t2, FA2)
- La durée peut être calculée pour chaque séquence :
  - $Durée = (date\ sortie - date\ entrée + 1) - \text{durée des permissions et sorties d'essai}$
  - En cas de mutation : compter le jour charnière dans la séquence d'aval/destination, et non celle d'amont/provenance



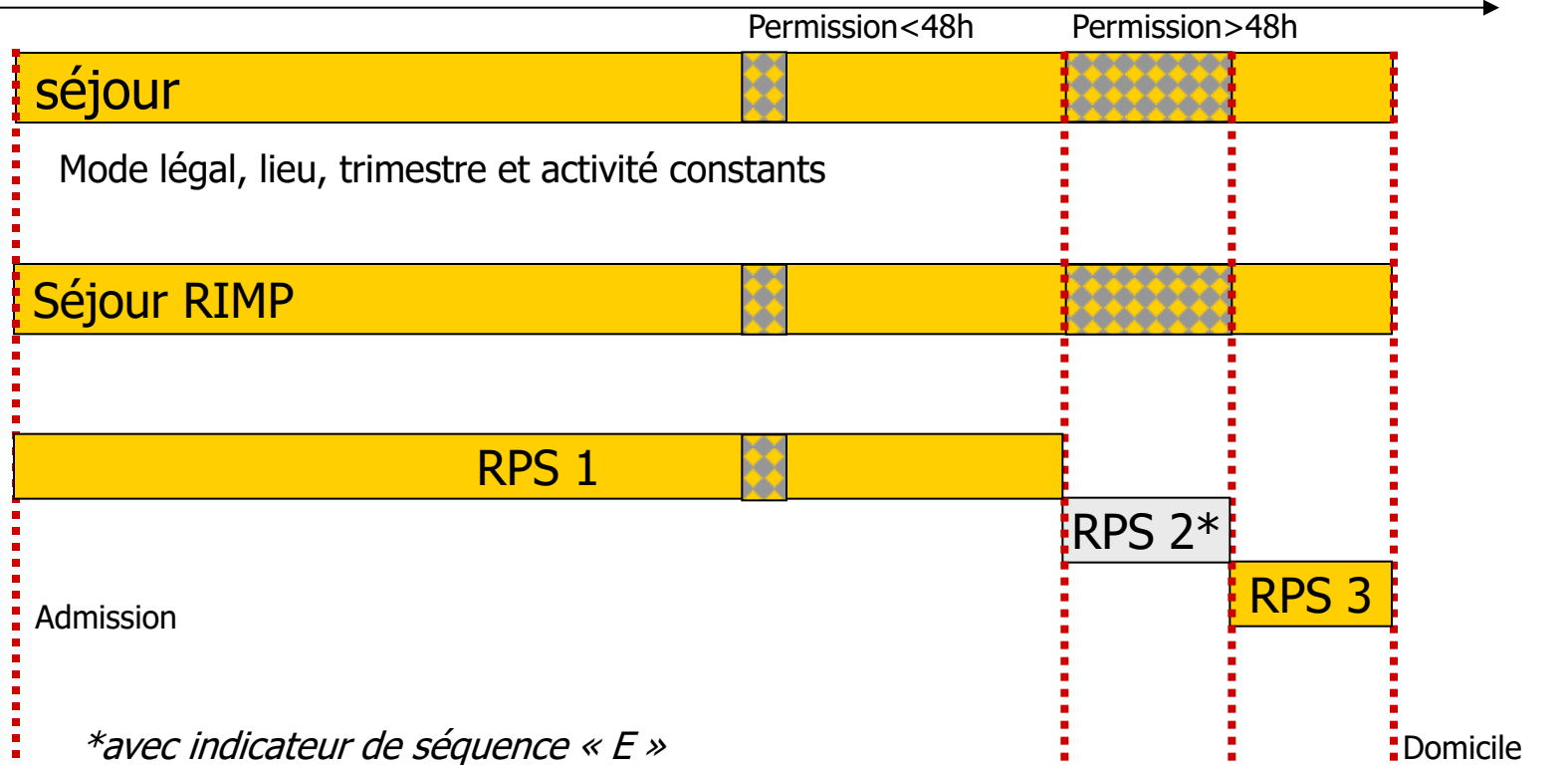
# RPS : découpage en séjours et séquences en pratique (1)

Exemple de séjour à temps complet, forme d'activité constante



# RPS : découpage en séjours et séquences en pratique (2)

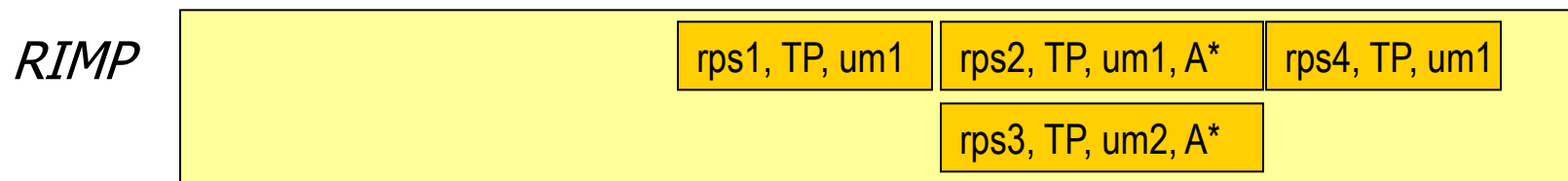
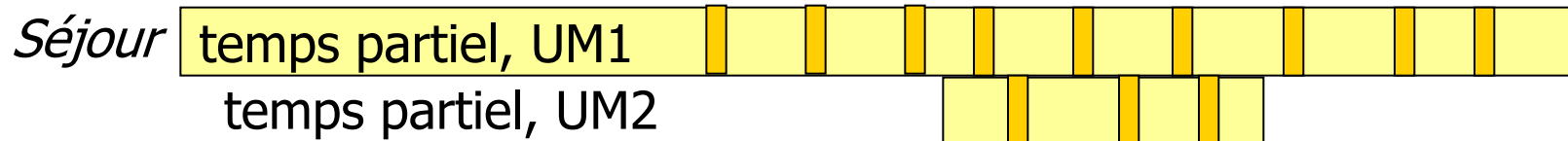
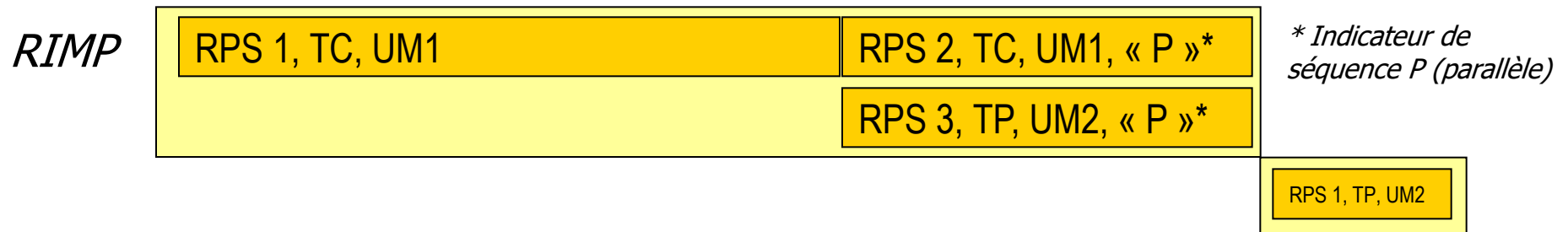
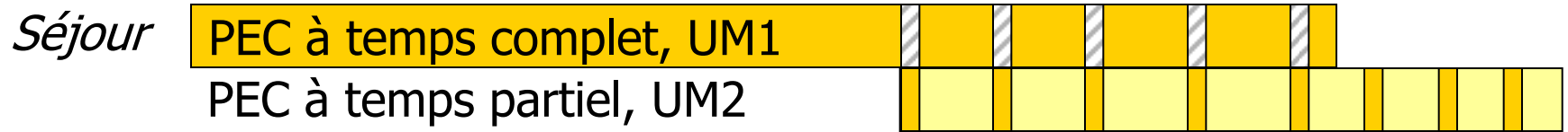
Exemple de séjour à temps complet, avec permission



Pas d'interruption du RPS si : permission <48h, absence de très courte durée avec accompagnement **(la sortie d'essai disparaît en 2012)**



# RPS : découpage en séjours et séquences en pratique (3)





# RAA : relevé d'activité ambulatoire en Psychiatrie

- Clarifions tout de suite :
  - Dans tous les autres champs, les consultations relèvent du secteur ambulatoire et non du PMSI
  - En psychiatrie, les choses sont mêlées
- En psychiatrie l'activité ambulatoire peut exister sous trois formes :
  - Secteur ambulatoire (feuilles de soins en lettres clef NGAP, non transmises) : praticiens libéraux des établissements ex-OQN, secteur libéral des praticiens hospitaliers
  - RAA du RIMP : secteur ex-DGF hormis secteur libéral des praticiens hospitaliers, médecins salariés ex-OQN
  - Recueil agrégé (FICHSUP) : transitoire, lorsque le recueil détaillé du RAA est techniquement impossible dans l'établissement



# RAA : relevé d'activité ambulatoire en Psychiatrie

- Activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires :
  - accueil et soins en CMP
  - psychiatrie de liaison (patients hospitalisés dans les autres champs / consultations externes)
  - activité dans un établissement à caractère médico-social,
  - soins dispensés dans les services d'accueil des urgences du même établissement
  - CATTP centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Relever les actes effectués :
  - en présence du patient
  - en l'absence du patient mais contribuant au travail clinique ou thérapeutique à son bénéfice (EDGAR : D et R)



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Contenu des RPS



|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| <i>Diagnostics</i>    | CIM10          |
| <i>Actes médicaux</i> | -              |
| <i>Actes autres</i>   | EDGAR          |
| <i>Dépendance</i>     | AVQ            |
| <i>Consommables</i>   | -              |
| <i>Facturation</i>    | Droits sociaux |



# RPS Résumé par séquence : données du séjour

- Lieu : FINESS juridique ET géographique
- Patient : IPP, date de naissance, sexe, code postal
- Numéro du séjour
- Forme d'activité
  - Temps complet
    - temps plein (01), séjour thérapeutique (02), hospitalisation à domicile (03), placement familial thérapeutique (04), appartement thérapeutique (05), post-cure psychiatrique (06), centre de crise (07)
  - Temps partiel
    - de jour (20), de nuit (21), atelier thérapeutique (23)
- Date d'entrée, mode d'entrée, provenance
- Date de sortie, mode de sortie, destination
- Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel



# RPS Résumé par séquence : données de la séquence

- Lieu : unité médicale, secteur ou dispositif intersectoriel
- Mode légal de soins (détaillé ci-après)
- Indicateur de séquence
  - séquences en parallèle (TC+TP : « P »)
  - séquences associées (TP+TP : « A »)
  - autres cas (vide)
  - (NB : sortie d'essai >48h « E » disparaît en 2012)
- Dates : début, fin, nb journées, nb demi-journées
- Diagnostics CIM10 :
  - DP : 1 (diag principal ou motif de prise en charge principal)
  - DA : 0-N (diagnostics et facteurs associés)
  - Ne pas utiliser d'autre terminologie que la CIM10 (transcodage CFTMEA publié)
- Score dépendance communication coté en AVQ
- Nombre de jours d'isolement thérapeutique (durée  $\geq$  2h)
- Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire



# Mode légal de soins

- Remplace le « mode légal de séjour » en 2012
- Code toujours =1 pour le placement familial thérapeutique
- Code toujours ≠ 1 lorsque :
  - soin sans consentement (temps complet ou temps partiel)
  - dans les « unités pour malades difficiles »

| code | libellé                                                                                                                                              |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Soins psychiatriques libres                                                                                                                          |
| 3    | Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état                                                                                          |
| 4    | Article 706-135 du code de procédure pénal et article L. 3213-7 du code de la santé publique pour les personnes jugées pénalement irresponsables     |
| 5    | Ordonnance provisoire de placement (OPP)                                                                                                             |
| 6    | Détenus : article D. 398 du code de procédure pénal                                                                                                  |
| 7    | Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (2 certificats)<br><u>ou</u><br>Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (un certificat) |
| 8    | Soins psychiatriques pour péril imminent (1 certificat, sans tiers)                                                                                  |



# RAA résumés d'activité ambulatoire

- Lieu : FINESS juridique et géographique, secteur ou dispositif intersectoriel, UM
- Forme d'activité :
  - accueil et soins au CMP (code 30)
  - accueil et soins en CATTP (code 32)
  - accueil et soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP autre lieu que CMP (code 31)
- Mode légal de soins
- Patient : IPP, date de naissance, sexe, code postal
- Diagnostics CIM10 : DP et DA
- Acte réalisé :
  - Date
  - Nature EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique)
  - lieu (différents établissements, PMI, domicile, prison, urgences, CATTP)
- Intervenant :
  - Profession : médecin, infirmier, psychologue, assistant social, éducateur, rééducation, autres, plusieurs dont un médecin (x), plusieurs sans médecin (y)
  - Nombre d'intervenants
  - Indicateur d'activité libérale

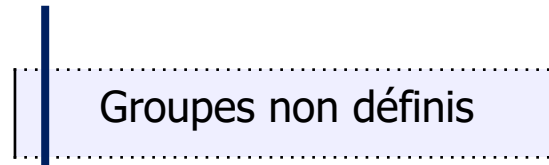


# Résumé, fil conducteur PMSI

## Pas de groupage actuellement

*Groupage*

*Groupes*





# Résumé, fil conducteur PMSI

## Pas de tarification actuellement

*T2A*

*Paie ment*

Bientôt € / jour ?



# Future Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP) : 4 compartiments

- compartiment « tarification à l'activité » T2A
  - Activités en hospitalisation (RIMP)
  - Activités en ambulatoire (RIMP et lettres clef)
- compartiment « médicaments coûteux » UCD
- compartiment « missions d'intérêt général » MIG
  - Missions déjà répertoriées en MCO
  - Missions spécifiques Psychiatrie
- compartiment « géo-populationnel »
  - facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques (précarité, densité médicale...)
- ...hormis le dernier point, principes comparables aux autres champs mais sous d'autres appellations...

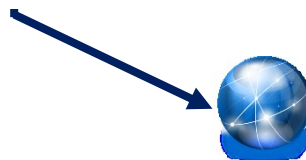


# Résumé, fil conducteur PMSI

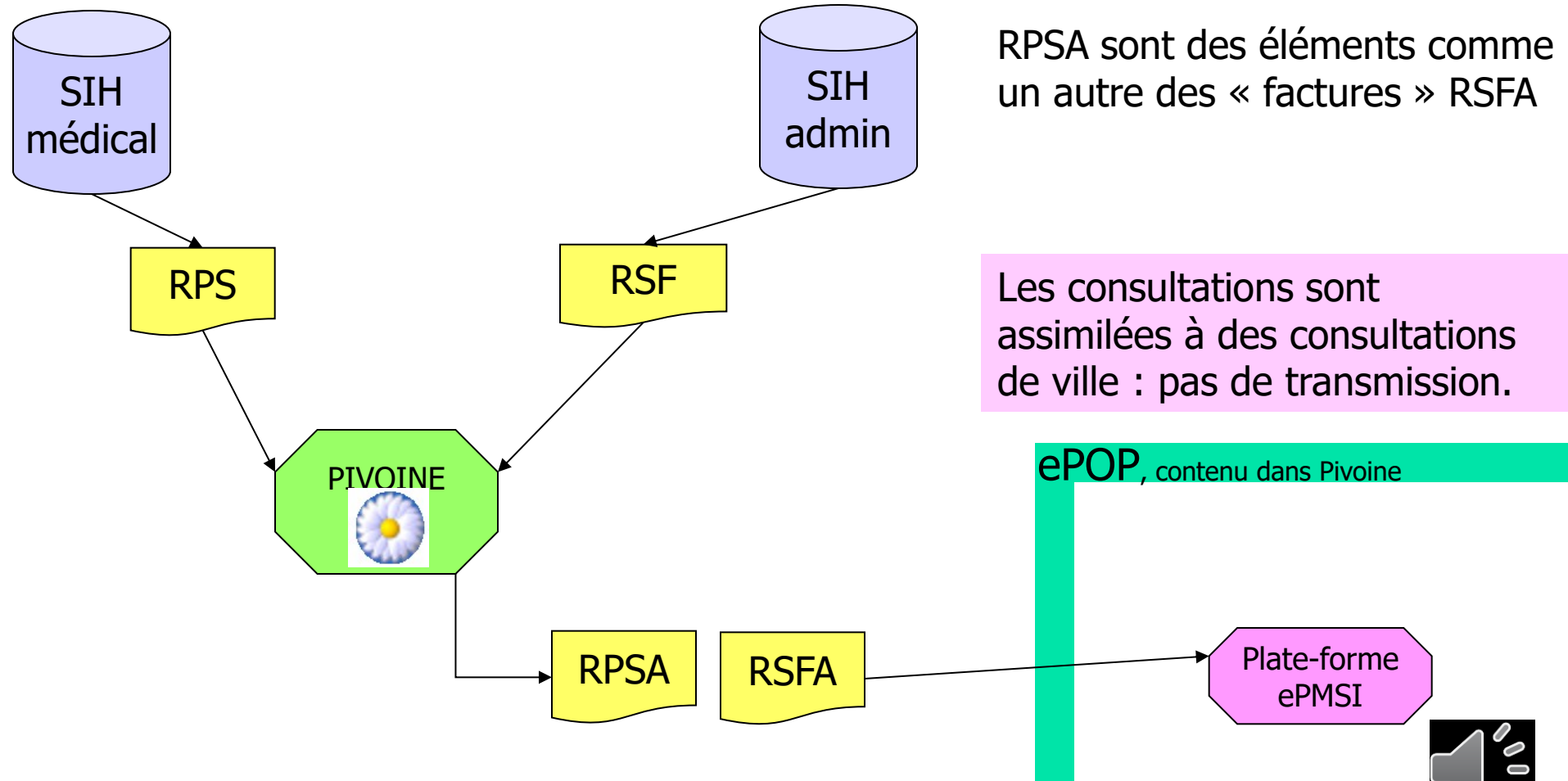
## Anonymisation et export



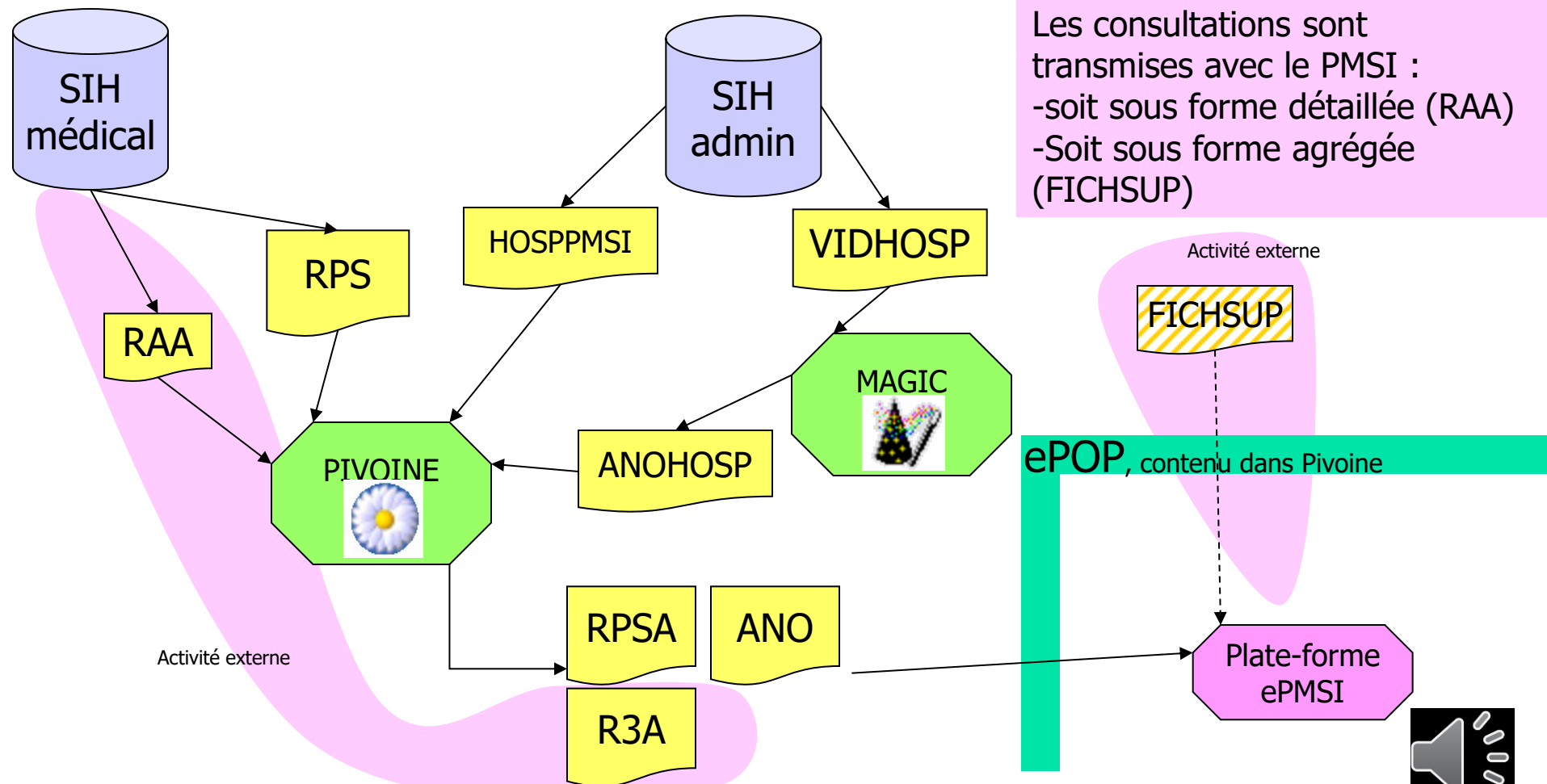
*Export*



# Émission des fichiers PSY (secteur ex-OQN, modèle cible)

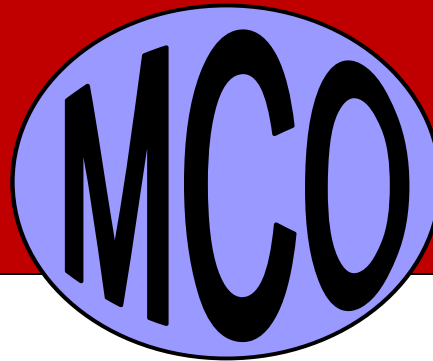


# Émission des fichiers PSY (secteur ex-DGF, modèle transitoire)



# VI. PMSI et T2A en MCO

(Médecine chirurgie obstétrique / court séjour)



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
- Voir ensuite :
  - VIII. Facturation hospitalière
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles



# Résumé, fil conducteur PMSI

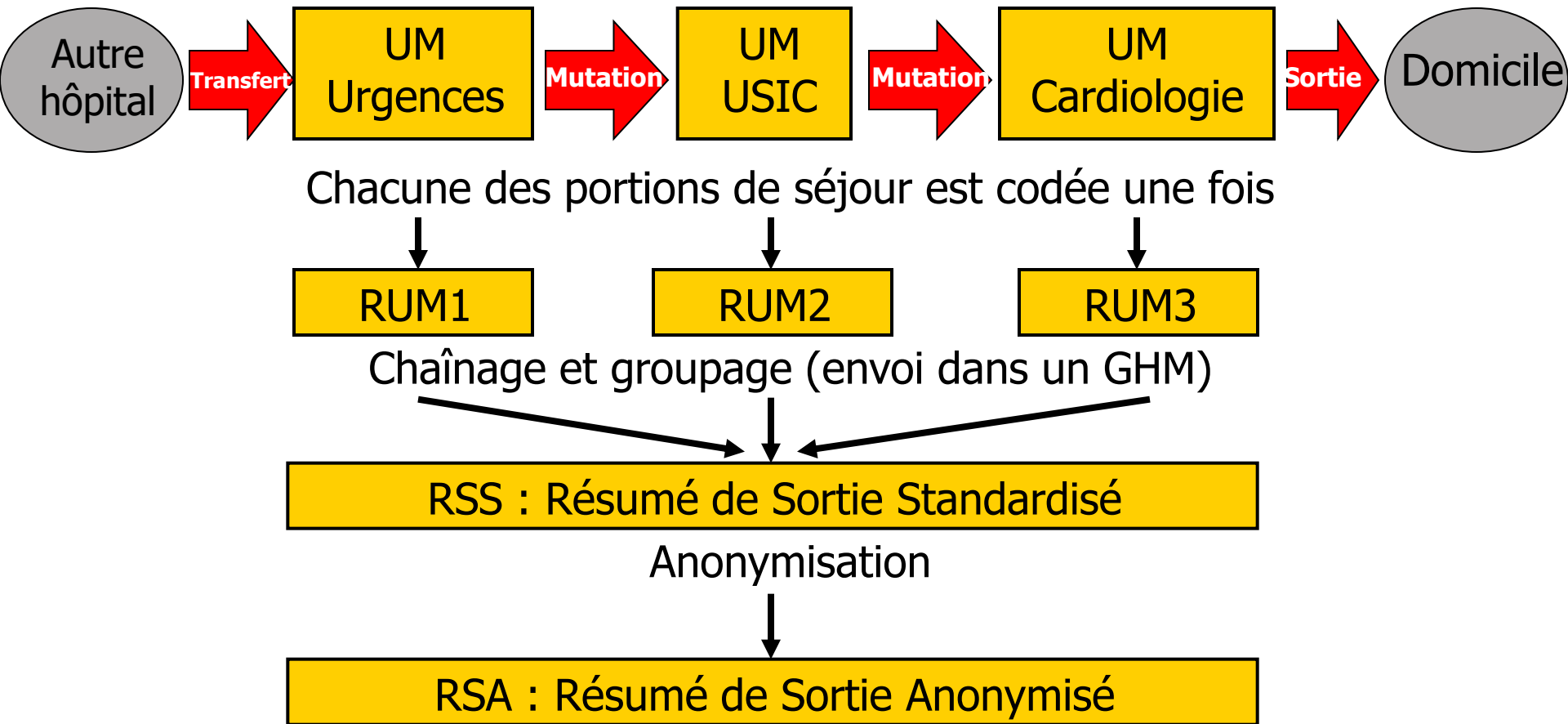
## Episodes (RSS) et étapes (RUM)

*Admin.*

Id, mouv<sup>ts</sup>



# Du séjour aux fichiers





# Du séjour aux fichiers

- RUM = résumé d'unité médicale
  - Codé à chaque passage dans une unité médicale (présence physique et non prise en charge)
  - Non interrompu par les permissions (<48h), qui sont invisibles dans le PMSI
- RSS = résumé de sortie standardisé
  - Un seul par séjour (existence conceptuelle)
  - Par opposition aux PMSI SSR/HAD/Psy, seul un séjour achevé peut être transmis et valorisé.
  - Chaînage = mise bout à bout des RUM du séjour
  - Groupage = affectation du séjour dans un GHM (Groupe Homogène de Malades)
- RSA = résumé de sortie anonymisé
  - Version anonyme du RSS
  - Fichier émis sur ePMSI tous les mois (envoi cumulatif depuis le 1<sup>er</sup> janvier)
  - Participe au calcul de l'arrêté de versement, participe à « la base nationale des RSA »
- Attention à bien différencier :
  - TRANSFERT définitif : relation avec un autre établissement (code=7)
  - TRANSFERT pour acte (prestation inter-établissement, toujours temporaire ; code=0)
  - MUTATION : abusivement appelée « transfert interne » (code=6)
  - PERMISSION : sortie de moins de 48h, invisible dans le PMSI, RUM interrompu



# Discordances possibles entre le PMSI et le système d'information administratif

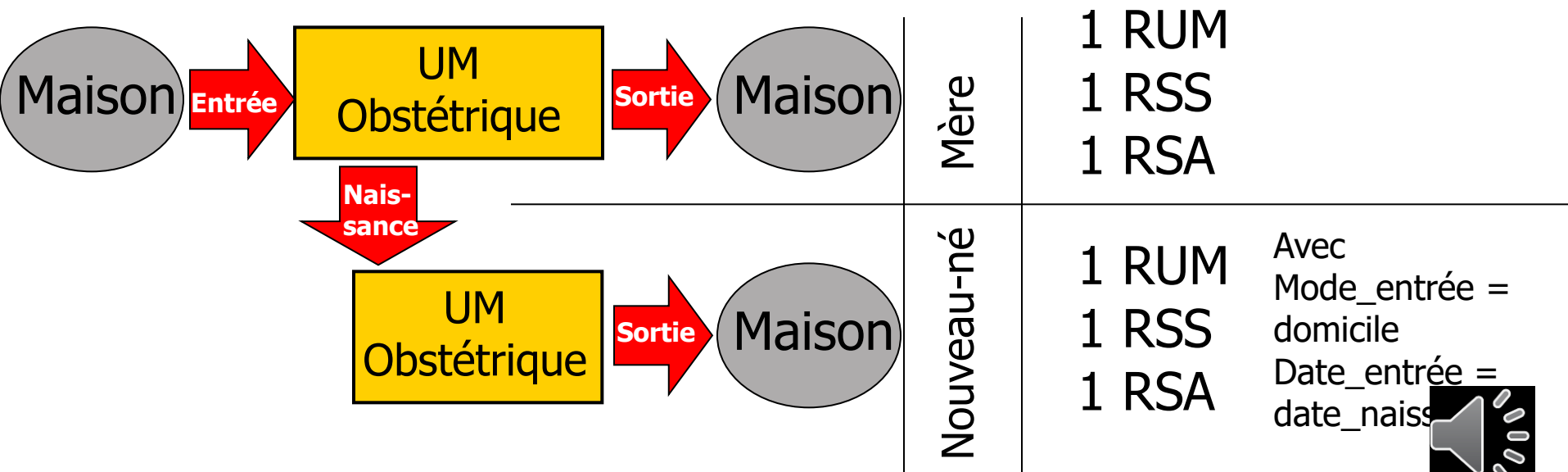
- Séjour administratif sans enregistrement PMSI
  - En cas de réadmission le même jour, pas de nouveau RSS
- Séjour dans le PMSI sans nécessairement de séjour administratif :
  - Maternité et orthogénie :
    - IVG
    - Nouveau-né non-hospitalisé (né sans difficulté pendant le transport ou à domicile)
    - Naissances « normales » (cf. ci-après)
    - IMG et enfants mort-nés (cf. ci-après)
  - Séances :
    - Séance de préparation à l'irradiation (création d'un RSP couvrant toute la période)
    - Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale
    - Séance PMSI (possibilité de les séparer, cf. ci-après)
  - Décès précoce aux urgences
  - Corps d'un sujet déjà décédé hospitalisé pour prélèvement d'organes

1 RUM pour le nouveau-né, 1 RUM pour la mère. SI administratif : pas de trace du nouveau-né



# Cas particulier de la naissance

- Définition PMSI : tout produit d'accouchement avec corps mort ou vivant, si terme  $\geq 22$  SA ou poids  $\geq 500$ g. Définition stricte, indépendante de l'inscription à l'Etat Civil.
- Règles différentes entre le PMSI et les secteurs administratifs  
=> nombre de séjours différents, pas de dossier administratif pour le nouveau-né.



# Cas particulier de la naissance

- Exemple : accouchement de triplés, sans complication :
  - Bureau des admissions : 1 seul séjour ; Archives : 1 seul dossier (celui de la mère)
  - PMSI : 4 séjours distincts, tous les 4 valorisés en T2A (=> reporter les droits AMO de la mère sur les nouveau-nés, sinon pas de paiement !)
- Exemple : accouchement d'un enfant muté en néonatalogie
  - Bureau des admissions : 2 séjours ; Archives : 2 dossiers
  - PMSI : 2 séjours distincts, tous les 2 valorisés en T2A
- Erreur classique de codage : inversion entre les diagnostics CIM10 de l'enfant (codes en P\*) et ceux de la mère (codes en O\*)
- Enfants nés sans vie ou IMG, avec terme  $\geq 22$  SA ou poids  $\geq 500$ g :
  - créer un RUM de 0 jour, mode de sortie=décès
  - DP=P95 "mort fœtale de cause non précisée" (0€),  
DAS=P96.4 si IMG *ou* DAS de cause de la mort *ou* rien si cause inconnue
- Naissance hors établissement (sauf SMUR) :
  - Néanmoins 1 RUM enfant et 1 RUM mère, même si enfant mort-né
  - Mère : DAS Z39.00 Soins immédiatement après un acc. hors étab. de santé
  - Ne pas coder l'acte d'accouchement, choisir les actes complémentaires hors accouchement (ex : révision utérine, suture...)



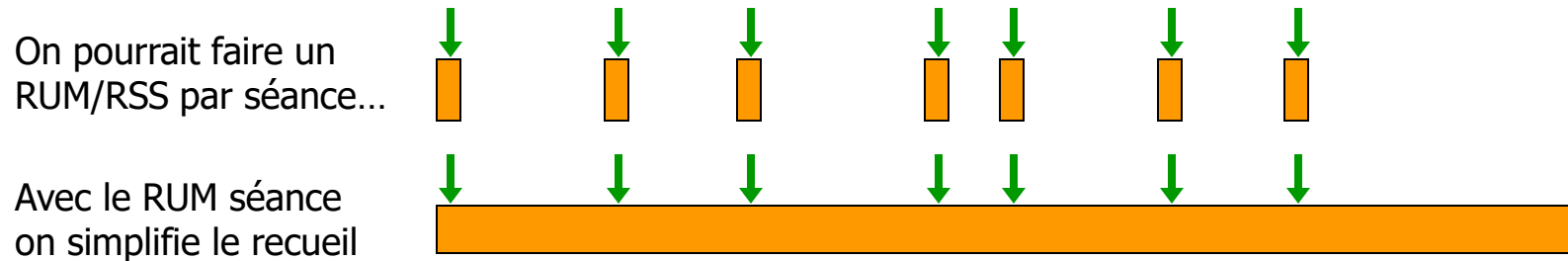
# Cas particulier des séances

- Dispositif limité à certains traitements itératifs (GHM de la CM28) :
  - Épuration extra-rénale (hémo-D. ou D. péritonéale, et entraînement à la D.)
  - Chimiothérapie pour tumeur
  - Radiothérapie (préparation et irradiation),
  - Transfusion sanguine
  - Oxygénothérapie hyperbare
  - Aphérèse sanguine
- « RSS séance » = Possibilité de produire un seul RSS pour plusieurs séances sur une durée maximale de 1 mois
  - Facilité pour limiter les codages : diagnostics constants, même acte
  - Piège souvent pour l'interprétation des chiffres
  - Problème informatique réel de chaînage lorsqu'une hospitalisation survient pendant qu'un tel RUM est ouvert

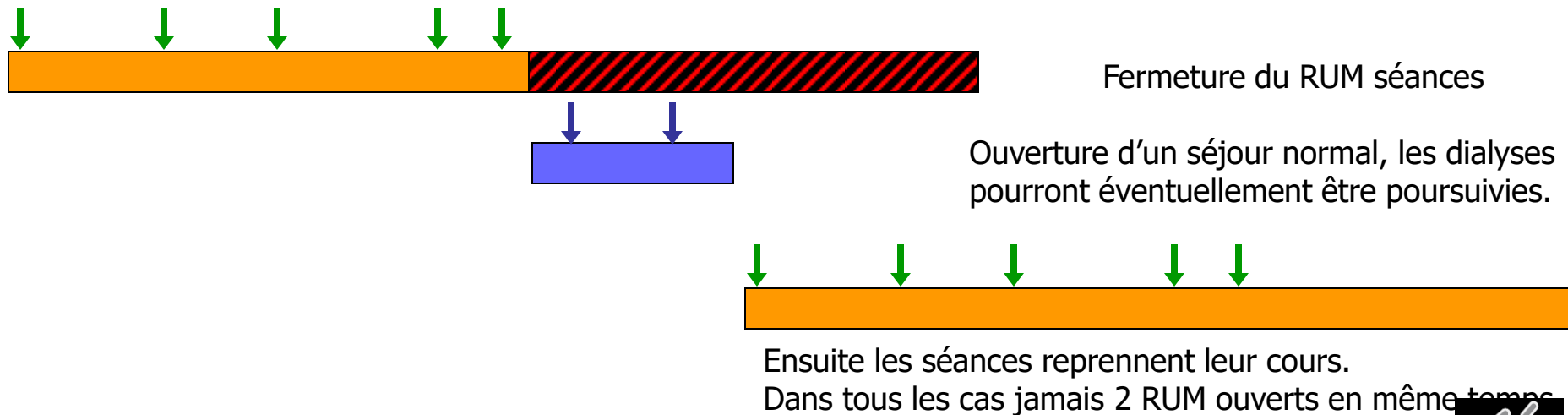
| Exemple    | Champs du RSA |            | On en déduit... |           |             |
|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|-------------|
|            | Durée (PMSI)  | Nb Séances | Type            | Nb venues | Nb journées |
| RSA n° 001 | 4             | [vide]     | Séjour          | 1         | 5           |
| RSA n° 002 | [vide]        | 8          | Séance          | 8         | 8           |



# RUM séance et hospitalisation intercurrente

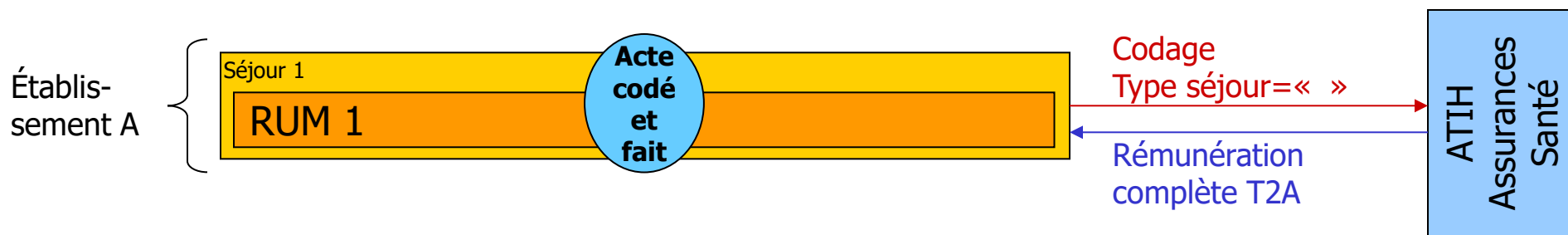


Si le patient doit être hospitalisé :

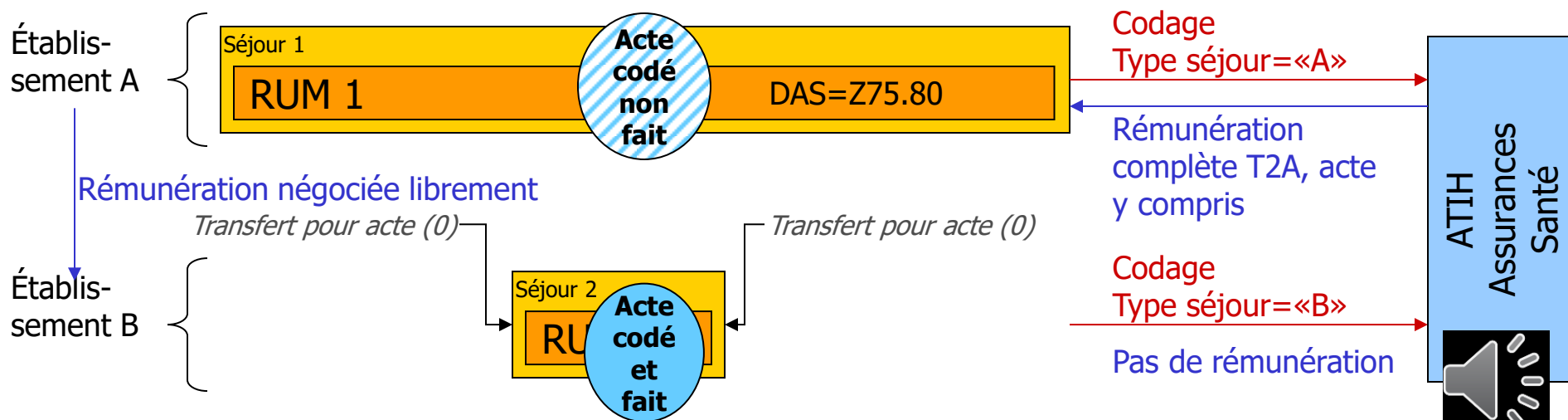


# Prestations inter-établissements (PIE) (1)

- Codage d'un acte réalisé sur place sans PIE (rappel) :

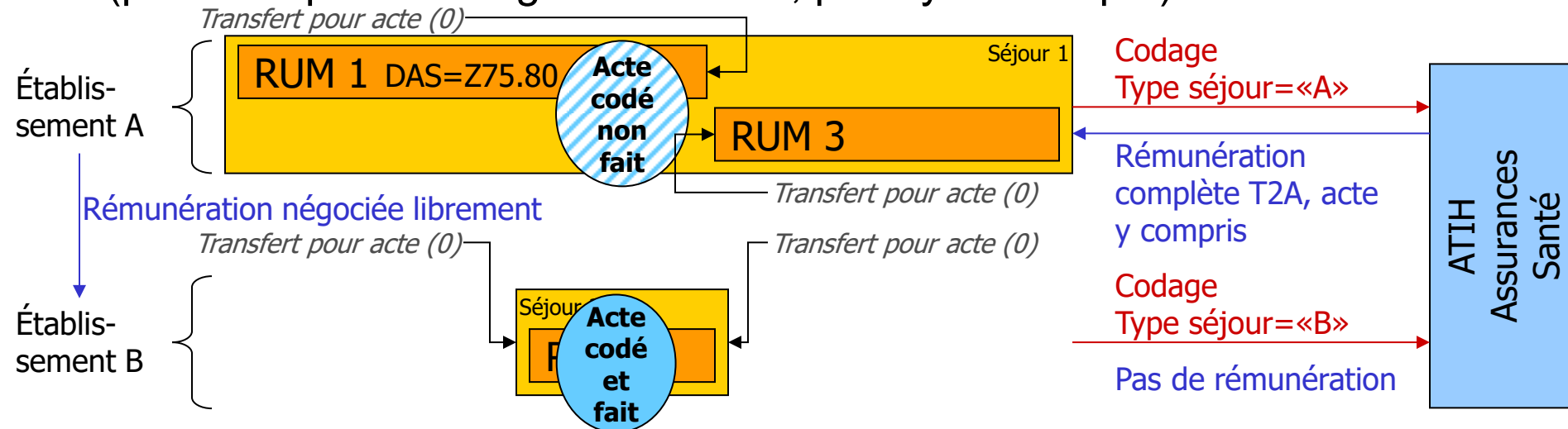


- PIE : acte réalisé dans un autre établissement, durée  $\leq 2$  nuits, 1 RUM



# Prestations inter-établissements (PIE) (2)

- PIE : acte réalisé dans un autre établissement, durée  $\leq 2$  nuits, 2 RUM (par exemple si changement d'UM ; pas systématique)



- Si durée  $> 2$  nuits, le 1<sup>er</sup> séjour est interrompu (transfert définitif) => 3 séjours « normaux », avec Type Séjour=« »
- Si B réalise des séances ou consultations:
  - Le séjour A est un séjour normal, ne contenant pas les actes, mais DAS=Z75.80
  - L'établissement B facture ses actes comme si le patient n'était pas hospitalisé ailleurs





# Différences entre HDJ et HC ?

- Habituellement on distingue :
  - HDJ hospitalisation de jour (jamais de nuit sur place)
  - HC hospitalisation complète ou traditionnelle
- Distinction forte dans :
  - les pratiques de soins (examens...)
  - Les pratiques organisationnelles et logistiques (astreinte de nuit, hôtellerie...)
  - le système d'information
  - les autorisations de soins
- En pratique dans le PMSI, **AUCUNE DISTINCTION.**
  - A durée égale, le type d'hospitalisation n'a aucun effet ni sur le codage, ni sur le groupage, ni sur le tarif



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Contenu du RUM

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <i>Admin.</i>         | Id, mouv <sup>TS</sup> |
| <i>Diagnostics</i>    | CIM10                  |
| <i>Actes médicaux</i> | CCAM                   |
| <i>Actes autres</i>   | -                      |
| <i>Dépendance</i>     | -                      |
| <i>Consommables</i>   | UCD, LPP               |
| <i>Facturation</i>    | Droits sociaux         |



# Contenu du RUM

- Informations sur le patient

- Sexe
- Date de naissance
- Code postal de résidence  
(ou codes spécifiques pour l'étranger)
- Informations diverses : poids à l'admission (si *âge* < 29 j ou *poids* < 2 500 g à l'admission), date des dernières règles, informations pour les IVG, dosimétrie, machine de radiothérapie, etc.



# Contenu du RUM

- Informations de mouvement
  - Numéro FINESS (ePMSI)
  - Numéro d'IEP (ou NAS, numéro de séjour administratif)
  - Numéro de RSS (numéro de séjour médical)
  - Entrée :
    - Date d'entrée
    - mode d'entrée (domicile ou naissance / transfert définitif / mutation / PIE)
    - Provenance (type établissement, ou « R » pour réa)
  - Sortie :
    - Date de sortie
    - mode de sortie (domicile / transfert définitif / mutation / PIE / décès)
    - destination (type établissement)
  - UM (Unité Médicale) fréquentée
    - Numéro de l'UM
    - Éventuellement type de lit dédié (soins palliatifs)
    - (le type d'autorisation est décrit dans un fichier externe, cf ci-après)



# Contenu du RUM

- Informations médicales
  - Diagnostics (CIM10)
    - DP Diagnostic principal
    - DR Diagnostic relié
    - DAS Diagnostics Associés Significatifs
    - (DAD Diagnostics Associés Documentaires)
  - Actes médicaux diagnostiques ou thérapeutiques (CCAM) réalisés dans l'UM ou dans le SMUR juste avant l'hospitalisation :
    - Code de l'acte et phase
    - Activité
    - Date de réalisation
    - Nombre de réalisations
    - Et aussi : Extension documentaire, Modificateurs, Remboursement exceptionnel, Association non prévue
  - Confirmation de codage pour certaines atypies découvertes pendant le groupage de ces informations



# Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



## ■ 4 types de diagnostics CIM10 en MCO :

Morbidité principale

- DP Le diagnostic principal {1}
    - problème de santé qui, a posteriori, a motivé l'admission du patient dans l'UM. Si plusieurs possibles, c'est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins
    - (avant 2009, motif qui a mobilisé le plus grand effort de soins)
  - DR Le diagnostic relié {0;1}
    - Seulement lorsque le DP commence par Z
    - Maladie chronique ou état permanent éventuellement en rapport avec le DP, ou maladie expliquant les soins palliatifs
  - DAS Les diagnostics associés significatifs {0-n}
    - Tout autre diagnostic actif durant le séjour (prise en charge diagnostique ou thérapeutique, ou modification de la prise en charge principale)
  - DAD Les diagnostics associés documentaires {0-n}
    - Problèmes passés, codes jamais exportés et jamais valorisés
    - Il est plus cohérent de coder des DAS « antécédent personnel de... », et de ne jamais renseigner les DAD
- Voir le guide des situations cliniques pour les détails



# Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



- Monsieur A vient pour douleur thoracique, on diagnostique un infarctus du myocarde
  - DP = I21.1 - Infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge non précisée
- Monsieur B vient pour douleur thoracique, on suspecte un infarctus du myocarde mais on ne trouve rien
  - DP = R07.4 - Douleur thoracique, sans précision
- Venu pour une appendicite, monsieur C fait une embolie pulmonaire durant le séjour
  - DP = K35.8 - Appendicite aiguë, autres et non précisées
  - DAS = J80 - Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte  
I26.9 - Embolie pulmonaire
  - NB : la règle de codage était différente avant 2009



# Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



- Monsieur D vient pour prise en charge initiale d'un cancer de la prostate
  - DP = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour séance d'irradiation de son cancer de la prostate
  - DP = Z51.01 - Séance d'irradiation
  - DR = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour un bilan post-chirurgical
  - DP = Z08.0 - Examen de contrôle après traitement chirurgical d'une tumeur maligne
  - DR = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour une appendicite
  - DP = K35.8 - Appendicites aiguës, autres et non précisées
  - DAS = C61 - Tumeur maligne de la prostate





# Contenu du RUM : détail des autorisations des UM

- 01A Réanimation adulte hors grands brûlés
- 01B Réanimation adulte grands brûlés
- 02A Soins intensifs en cardiologie = USIC
- 02B Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néo)
- 03A Soins surveillance continue adulte hors gra
- 03B Soins surveillance continue adulte grands b
- 04 Néonatalogie sans SI
- 05 Soins intensifs en néonatalogie
- 06 Réanimation néonatale
- 07A UHCD structures des urgences générales
- 07B UHCD structures des urgences pédiatrique
- 08 Soins et accompagnement des malades en p
- 13A Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
- 13B Réanimation pédiatrique grands brûlés
- 14A Soins surveillance continue pédiatrique hor
- 14B Soins surveillance continue pédiatrique gra
- 16 Unité d'hématologie équipée d'un système de
- 17 UNV hors SI
- 18 Soins intensifs en UNV
- 19 Unité d'addictologie de recours et de référen
- 20 Traitement des grands brûlés (hors réanimat
- 21 Hémodialyse en centre pour adulte
- 22 Hémodialyse en centre pour enfant
- 23 Hémodialyse en unité médicalisée
- 34 Hémodialyse en unité d'autodialyse
- 35 Hémodialyse à domicile
- 36 Dialyse péritonéale à domicile
- 37 Unité de dialyse saisonnière
- 26 Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI
- 40 Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale
- 41 Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale
- 42 Unité de radiothérapie ambulatoire
- 43 Unité de chimiothérapie ambulatoire
- 50 Chirurgie cardiaque
- 51 Neurochirurgie
- 52 Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée
- 53 Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adul
- 61 Unité de prise en charge de la douleur chronique
- 27 Médecine gériatrique
- 28 Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale
- 29 Autres spécialités médicales adultes (non classées ail
- 70 Gynécologie seule
- 71 Obstétrique seule
- 72 Interruption volontaire de grossesse
- 73 Gynécologie obstétrique indifférenciée



# Résumé, fil conducteur PMSI

## Chaînage des RUM, groupage des RSS

*Groupage*

*Groupes*



Groupage MCO du séjour terminé

séjour dans un GHS



# Chaînage des RUM en un seul RSS (séjour)

- Regroupement :
  - Tous les RUM portant le même numéro de séjour
- Contrôle :
  - Cohérence enchaînement des dates
  - Cohérences enchaînement des modes d'entrées et sorties
  - Cohérence des informations supposées constantes (sexe, code postal...)
- Agrégation :
  - Addition des actes CCAM
  - Addition des diagnostics CIM10
  - Un des DP des RUM devient le DP du RSS (algorithme complexe)
  - Calcul du nombre de journées à suppléments selon les autorisations des UM (réa, soins intensifs, surveillance continue, réa pédiatrique, néonatalogie 1/2/3)
- Le résumé ainsi obtenu est soumis à l'algorithme de groupage



# Le groupage en très bref

- Le séjour est passé au crible des CMD\* (Catégories Majeures de Diagnostic) suivantes :
  - La CMD 28 – séances
  - La CM 27 – transplantations d'organes
  - La CMD 26 – traumatismes multiples graves
  - La CMD 25 – infections VIH
  - La CM 15 – nouveau-nés et affections du post-partum
- Ensuite, le séjour est passé au crible des CMD classiques de spécialités. Le DP du RSS oriente vers l'une ou l'autre des CMD. Exemples :
  - CMD 01 Affections du système nerveux
  - CMD 02 Affections de l'oeil
  - CMD 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
  - ...
  - La CM 90 – erreurs et séjours inclassables
- Puis un algorithme complexe oriente le séjour dans une des 669 racines (2013)
- Une dernière ramification (souvent en 4 branches) produit 2 588 GHM\*\* (Groupes Homogènes de Malades) différents

\* parfois il s'agit dans le texte de « Catégories Majeures de Diagnostic »

\*\* parfois il s'agit dans le texte de « groupes de Malades »



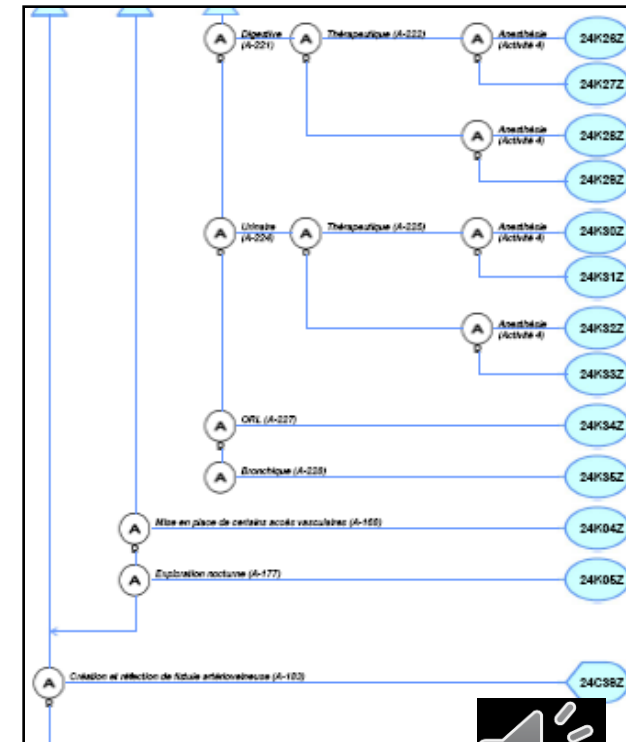
# Principaux changements apportés par la version 11 des GHM

- Règle de codage
  - Le DP est le motif d'admission dans l'UM, tel qu'il est connu à la sortie de l'unité
- Classification des GHM
  - Une arborescence complexe est faite sur arguments purement médicaux (→ racines de GHM)
  - Une segmentation de dernier niveau utilise la durée, les CMA (complications et morbidités associées, cf. post) l'âge... la plupart des racines de GHM sont ainsi déclinées en plusieurs niveaux de « sévérité » et donc de tarif
  - Enfin, parfois, pour un GHM donné, des circonstances de réalisation permettent le choix d'un GHS spécifique (le plus souvent, 1 seul GHS par GHM)



# Les racines des Groupes Homogènes de Malades

- L'orientation vers une racine de GHM utilise les diagnostics, les actes (dits classants), l'âge, le mode de sortie...
- L'ensemble de l'activité est ainsi décrit par seulement 669 racines différentes. Exemples :
  - 27C02\_ Transplantations hépatiques
  - 01C03\_ Craniotomies pour traumatisme, âge > 17 ans
  - 01M04\_ Méningites virales
  - 28Z04\_ Hémodialyses en séances



# Dénomination racines et des GHM version 11 et plus

## Exemple :

- Racine de GHM **01C03\_** :  
Craniotomies pour traumatisme, âge > 17 ans
- GHM **01C031** :  
Craniotomies pour traumatisme, âge > 17 ans, niveau 1

**01**

### **CMD**

Catégorie majeure de diagnostic

**C**

### **Type de GHM**

C : chirurgical  
K : acte classant non opératoire  
M : médical  
Z : indifférencié  
H : erreur

**03**

### **Numéro**

Compteur quelconque

**1**

### **Complexité**

1-4 : 4 niveaux de sévérité  
A-D : 4 niveaux de sévérité  
Z : non segmenté  
J : activité ambulatoire  
T : très courte durée  
E : avec décès



# Les Complications et Morbidités Associées (CMA)

- Définitions :
  - Ce sont certains DAS entraînant une augmentation significative du coût ou de la durée d'un séjour. IL FAUT DONC LES CODER AU MIEUX.
  - Complications = en rapport avec la pathologie ou le traitement
    - ex : désunion de plaie opératoire
  - Morbidité associée = pathologie intercurrente
    - ex : anémie falciforme connue chez un patient venant pour appendicite
  - Abus de langage : « comorbidités associées »
    - pléonasme et omission du concept de complication
- Positions dans l'algorithme
  - Les CMA forment une ramification terminale, après affectation dans une racine de GHM
  - Les DAS correspondants ne sont pas les seules conditions d'accès à un GHM avec CMA (aussi : âge, décès, durée, âge gestationnel)
  - Certaines racines de GHM ne sont toutefois pas segmentés
- NB : les DAS peuvent aussi parfois intervenir dans l'arbre, avant le choix de la racine de GHM ou pour l'accès aux terminaisons B, C ou D.

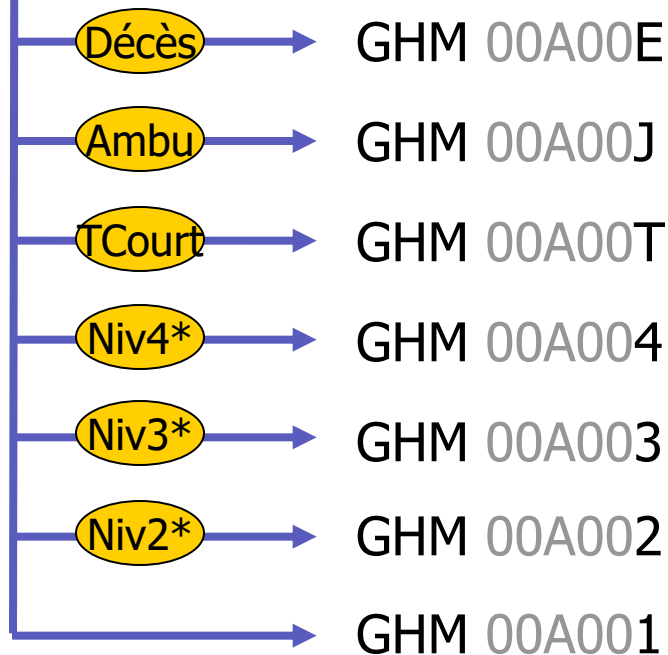




# Des 668 racines de GHM aux 2591 GHM (exemple fictif)

Exemples fictif terminaison : un séjour sera affecté que dans un seul des GHM

Racine 00A00\_



\* Niveau 4 :

ET { -5 nuits ou plus  
-OU { -une CMA de niveau 4<sup>‡</sup>  
-ET { -une CMA de niveau 3<sup>‡</sup>  
-âge>79

\* Niveau 3 :

ET { -4 nuits ou plus  
-OU { -une CMA de niveau 3<sup>‡</sup>  
-ET { -une CMA de niveau 2<sup>‡</sup>  
-âge>69

\* Niveau 2 :

ET { -3 nuits ou plus  
-OU { -une CMA de niveau 2<sup>‡</sup>  
-âge>69  
-âge<2  
-décès

*‡En dehors des exclusions DP-*



# En synthèse : rôle des diagnostics et des actes dans le groupage MCO

- La morbidité principale DP+DR :
  - Généralement orientation dans une CMD
  - Souvent orientation dans une racine de GHM
- Les diagnostics associés significatifs DAS :
  - Parfois orientation dans une CMD :  
*Si DAS de traumatisme et (...) alors CMD 26*  
*Si DAS lié au VIH et (...) alors CMD 25*
  - Parfois orientation dans une racine de GHM :  
*ex : si DAS de complication de l'appendicite alors racine 06C08, sinon racine 06C09*
  - Parfois GHM en 2/3/4 (effet CMA), ou GHM en B/C/D
- Les actes CCAM :
  - Parfois orientation dans une CMD :  
*Si Acte CCAM de transplantation d'organe alors CMD 27*
  - Parfois orientation dans une racine de GHM :  
*ex : si acte d'appendicectomie alors racine 06C08 ou 06C09*
- De plus effets purement tarifaires à travers les suppléments Réanimation et Surveillance continue
- Les effets valorisants ne se limitent donc pas aux CMA !



# Évolutions des GHM

- Évolutions régulières des classifications de GHM
- Difficultés de comparaison dans le temps :
  - Apparition, disparition, segmentation et regroupements de GHM préexistants
  - Modifications fréquentes des règles d'affectation à un GHM
    - Modification de l'arbre de l'algorithme
    - Modification des listes d'actes/diagnostics utilisées par l'algorithme
    - Modification des listes d'exclusion DP-CMA
  - Perturbations plus profondes (exemples historiques) :
    - Apparition de la CMD 28 pour les séances, autrefois dans la CM24
    - Extension de la CM24 aux séjours de DS=1
    - Puis disparition de la CM24 et réintégration dans les racines de GHM
    - Modification des tarifs, des bornes temporelles, inclusion ou non des LPP...
    - ...
- Nécessité de regrouper les GHM pour l'analyse

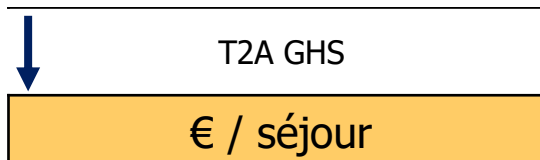


# Résumé, fil conducteur PMSI

## Calcul du tarif du séjour



T2A  
*Païement*



# Du GHM au GHS et au tarif : échelle nationale des tarifs (arrêté prestation et tarifs)

- Les notions de GHS et GHM sont quasiment identiques
- Un GHM donne un libellé médical
- Un GHS permet de rattacher un tarif au séjour. Le plus souvent 1 GHM → 1 GHS. Dans quelques cas 1 GHM → plusieurs GHS (selon les actes, lieux, etc.).
- Le tarif du GHS est forfaitaire. Toutefois, modulation possible pour les durées de séjour extrêmes.
- Extrait de l'arrêté tarifaire (secteur ex-DGF 2012) :

| GHM    | libellé du GHM                         | BB | BH | tarif   | forfait EXB | tarif EXB | tarif EXH |
|--------|----------------------------------------|----|----|---------|-------------|-----------|-----------|
| 06C081 | Appendicectomies compliquées, niveau 1 | 3  | 13 | 3 166 € |             | 655 €     | 176 €     |
| 06C082 | Appendicectomies compliquées, niveau 2 | 4  | 21 | 4 577 € | 1 411 €     |           | 247 €     |
| 06C083 | Appendicectomies compliquées, niveau 3 | 5  | 30 | 6 802 € | 2 225 €     |           | 261 €     |
| 06C084 | Appendicectomies compliquées, niveau 4 |    | 40 | 9 410 € |             |           | 441 €     |



# Modulations temporelles

*Objectif général des forfaits EXB :  
déclasser au prix niveau inférieur (n-1 si  
n>1 ou J/T si n=1). Objectif général des  
tarifs EXB : prix en fonction de la durée.*

*Ce mécanisme, dissuadant la chirurgie  
ambulatoire, est maintenant beaucoup  
plus rare.*

*Exemple ex-DGF 2013 :*

| GHM    | BB | BH | tarif   | forfait EXB | tarif EXB | tarif EXH |
|--------|----|----|---------|-------------|-----------|-----------|
| 06C081 | 3  | 13 | 3 166 € |             | 655 €     | 176 €     |
| 06C082 | 4  | 21 | 4 577 € | 1 411 €     |           | 247 €     |
| 06C083 | 5  | 30 | 6 802 € | 2 225 €     |           | 261 €     |
| 06C084 |    | 40 | 9 410 € |             |           | 441 €     |

- Si Borne basse  $\leq$  **Durée**  $\leq$  Borne haute :
  - Tarif = TarifBase
- Si **Durée**  $>$  Borne haute :
  - NbJours = DurSej – BorneHaute
  - Tarif = TarifBase + NbJours \* TarifEXH
- Si **Durée**  $<$  Borne basse :
  - Si décès
    - Tarif = TarifBase
  - Si « forfait EXB » précisé :
    - Tarif = TarifBase – ForfaitEXB
  - Si « tarif EXB » précisé :
    - NbJours = BorneBasse - DurSej
    - Tarif=TarifBase–NbJours\*TarifEXB



# Le référentiel national des coûts MCO (ENCC MCO)

- ENCC = échelle nationale des coûts à méthodologie commune public/privé
- Enquête menée tous les ans sur établissements volontaires
- Travail de comptabilité analytique
- Détermination du détail des coûts imputables à chaque séjour
- Agrégation de ces coûts par GHM
- L'arrêté tarifaire est notamment issu de l'analyse de ce référentiel
- Voir aussi : les ICR (indices de coût relatif) de la CCAM



# Les Indices du Coût Relatif des actes de la CCAM

- ICR = clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier son quota des coûts des unités médicotechniques en fonction des actes CCAM appliqués
- Unités médicotechniques concernées :
  - bloc opératoire et plateau technique (exploration fonctionnelle, imagerie)
  - anesthésie
  - réanimation
  - anatomocytopathologie
- Ces ICR expliquent 25% du coût des séjours chirurgicaux
- Téléchargeable en 2 versions :
  - Etablissements avec médecins salariés
  - Etablissements avec médecins non salariés
- ! ce système est purement informatif, il ne participe pas au financement des établissements



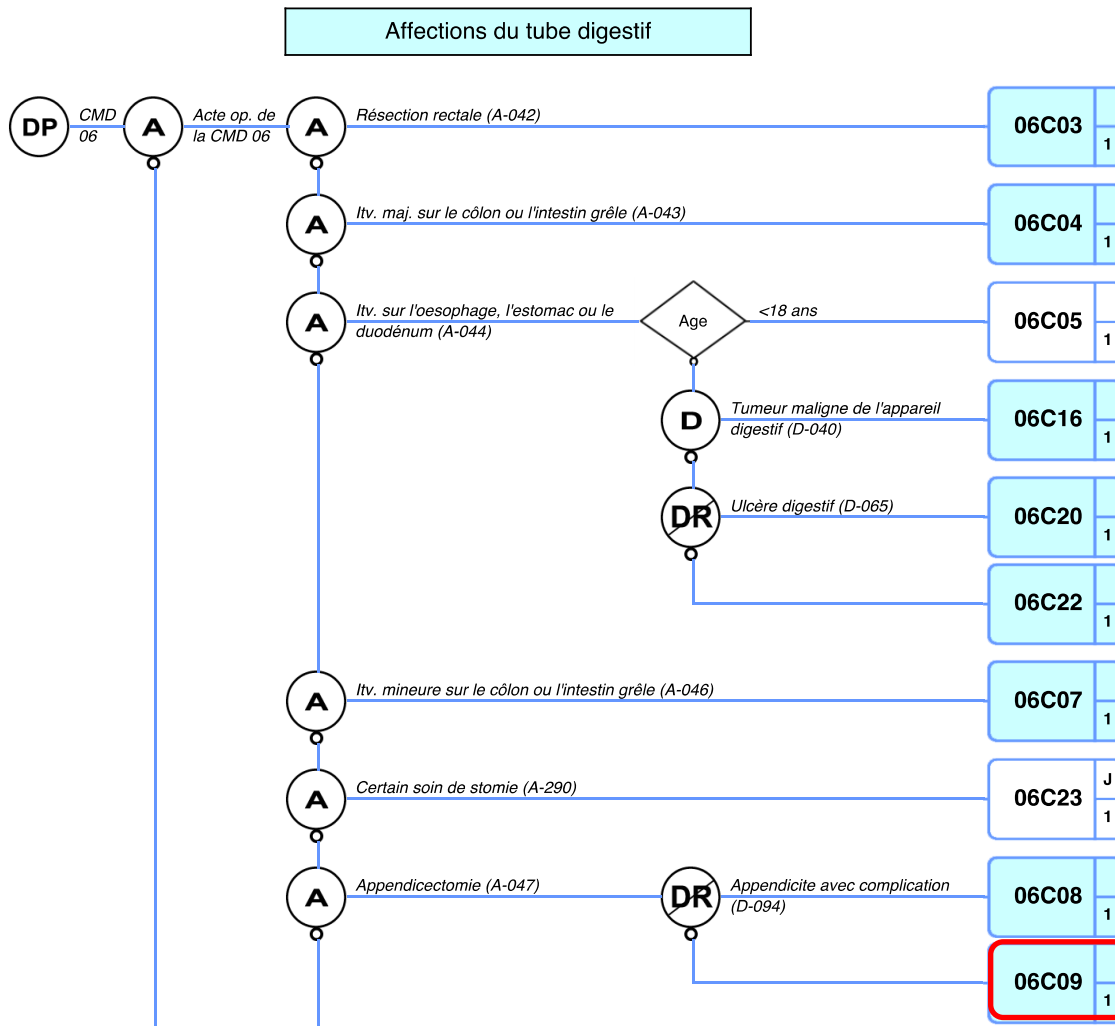


# Concrètement, effet conjoint de la durée et des CMA

- Exemple concret :
  - Patient venant pour une appendicite aiguë non compliquée (K35.9, diagnostic d'entrée en CMD 6)
  - On réalise une appendicectomie par voie iliaque (HHFA001, liste A047)
  - L'âge est de 20 ans
  - Le patient ne décède pas
- Testons toutes les durées (tarifs 2015 ex-DGF) :
  - Pas de séquelle notable
  - Avec une CMA de niveau 2 : *G82.1 Paraplégie spastique*
  - Avec une CMA de niveau 3 : *G82.0 Paraplégie flasque*
  - Avec une CMA de niveau 4 : *G82.3 Tétraplégie flasque*



## CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC N°06



*Sachant que le patient a 20 ans et ne décède pas :*

**Niveau 4 :**

SI 5 nuits ou plus  
ET une CMA de niveau 4

**Niveau 3 :**

SI 4 nuits ou plus  
ET une CMA de niveau 3

**Niveau 2 :**

SI 3 nuits ou plus  
ET une CMA de niveau 2

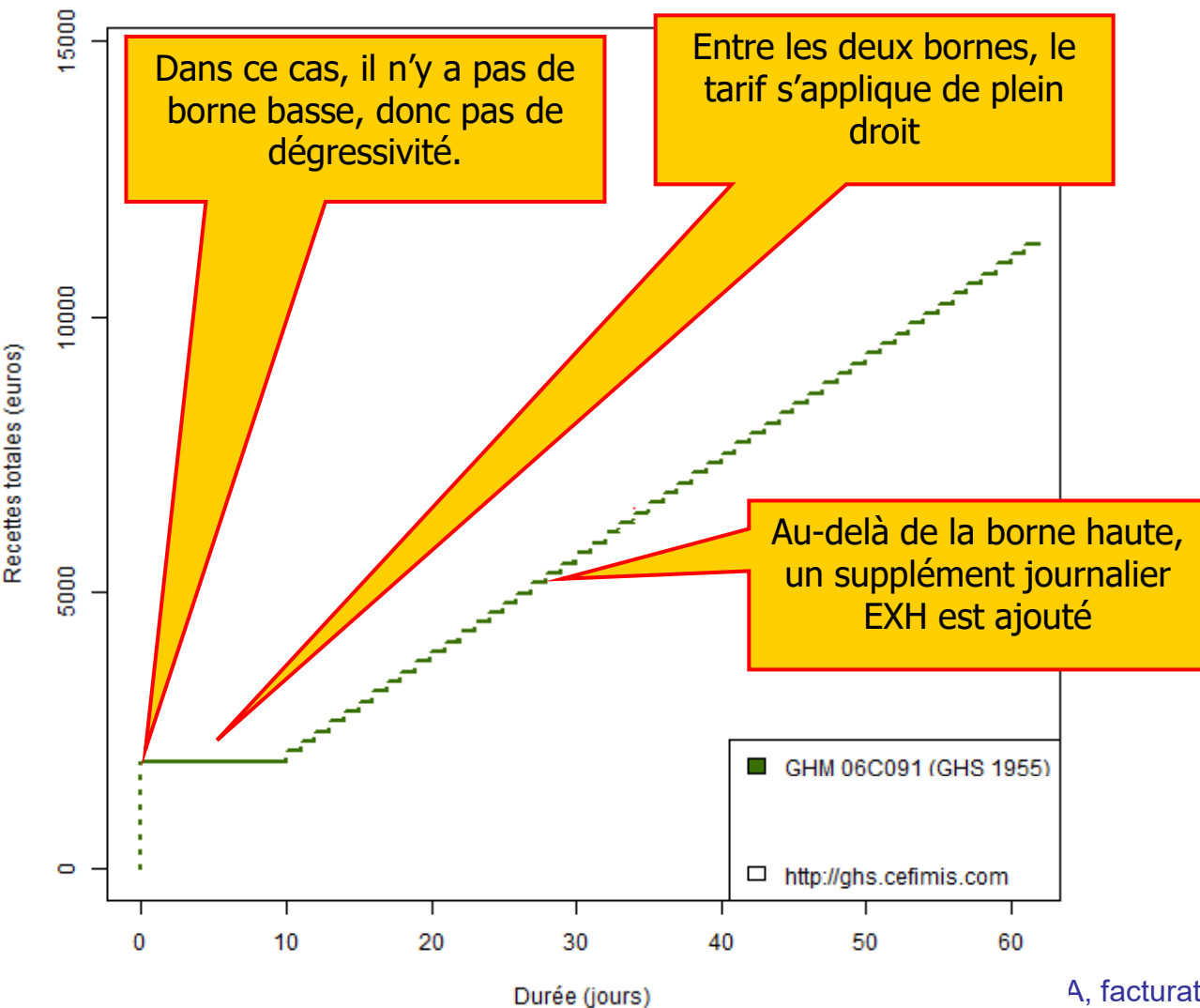
**Niveau 1 :**

Autres situations



# Patient sans CMA

| GHS  | GHM    | Libellé                        | Borne haute | Tarif     | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9           | 1 930,13  | 180,78    |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15          | 3 291,58  | 157,71    |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27          | 5 184,11  | 222,81    |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49          | 10 086,00 | 382,54    |



Recettes totales (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

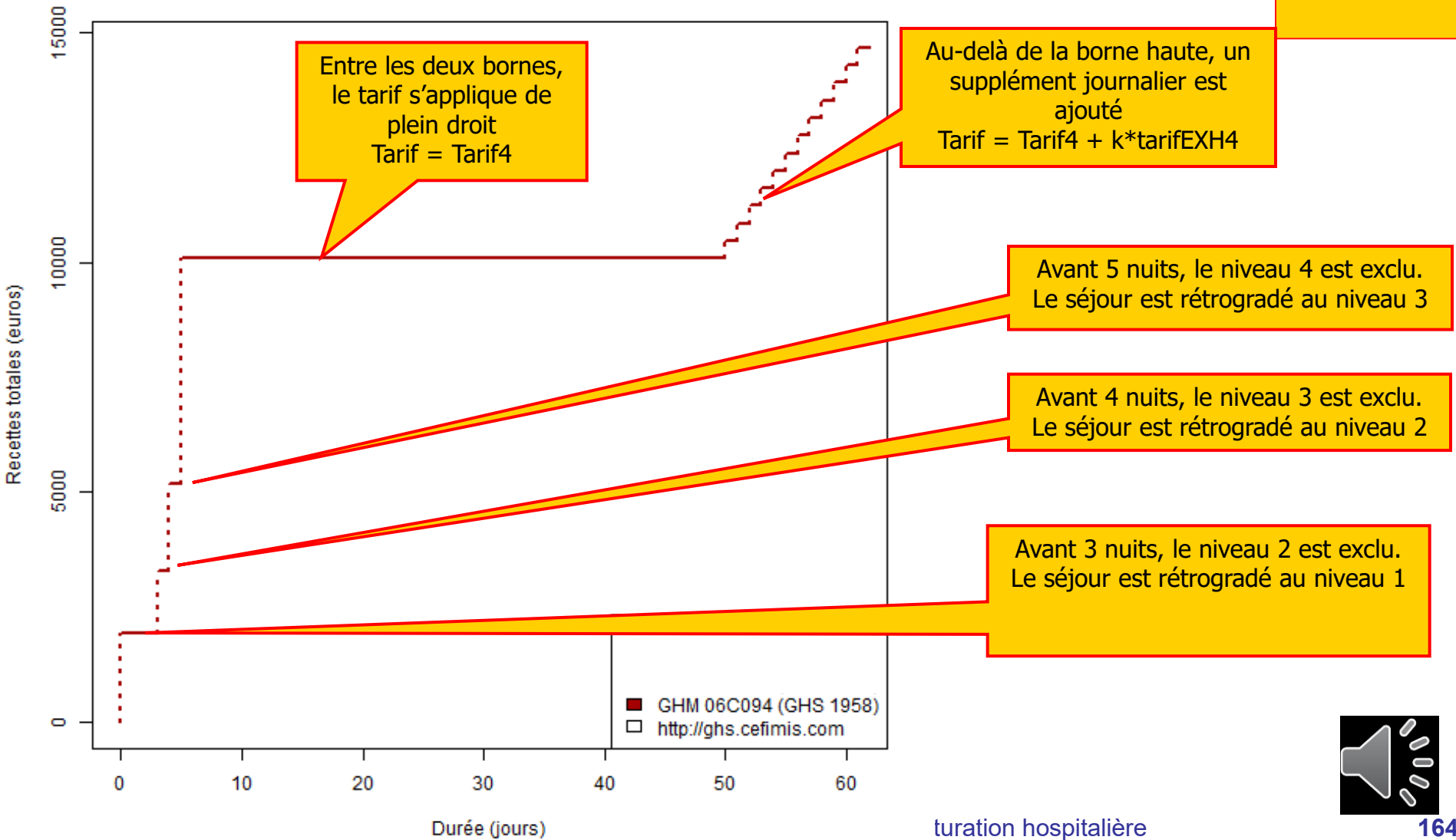
GHM 06C091,  
tarifs ex-DGF mars 2015  
GHM v11g

NB : dans cet exemple, il n'y a aucune borne basse sur ces GHM, afin de ne pas pénaliser les prises en charge ambulatoires.



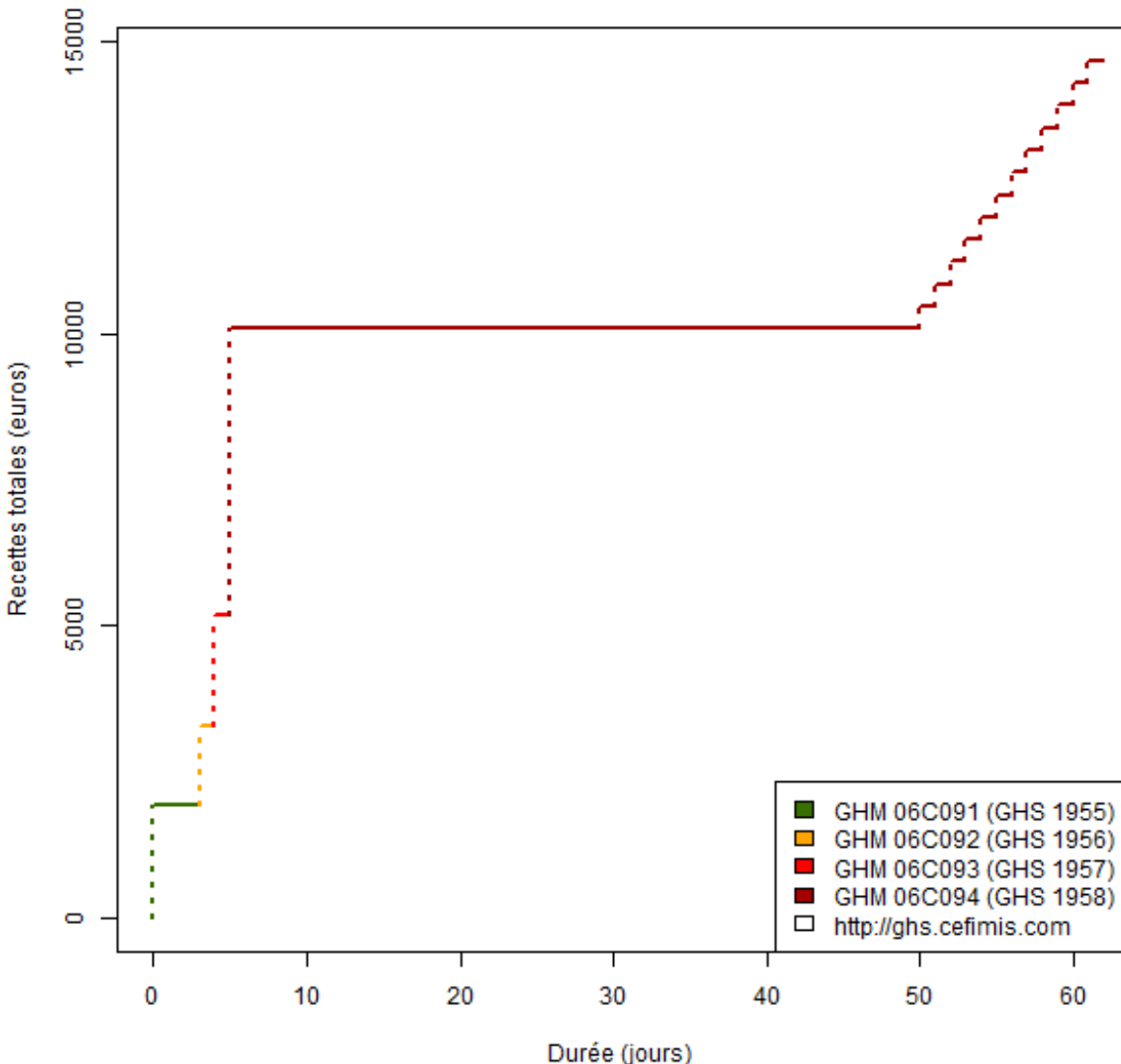
Patient  
avec  
CMA de  
niveau 4

| GHS  | GHM    | Libellé                        | Borne haute | Tarif     | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9           | 1 930,13  | 180,78    |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15          | 3 291,58  | 157,71    |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27          | 5 184,11  | 222,81    |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49          | 10 086,00 | 382,54    |



| GHS  | GHM    | Libellé                        | Borne haute | Tarif     | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9           | 1 930,13  | 180,78    |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15          | 3 291,58  | 157,71    |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27          | 5 184,11  | 222,81    |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49          | 10 086,00 | 382,54    |

Patient avec CMA de niveau 4

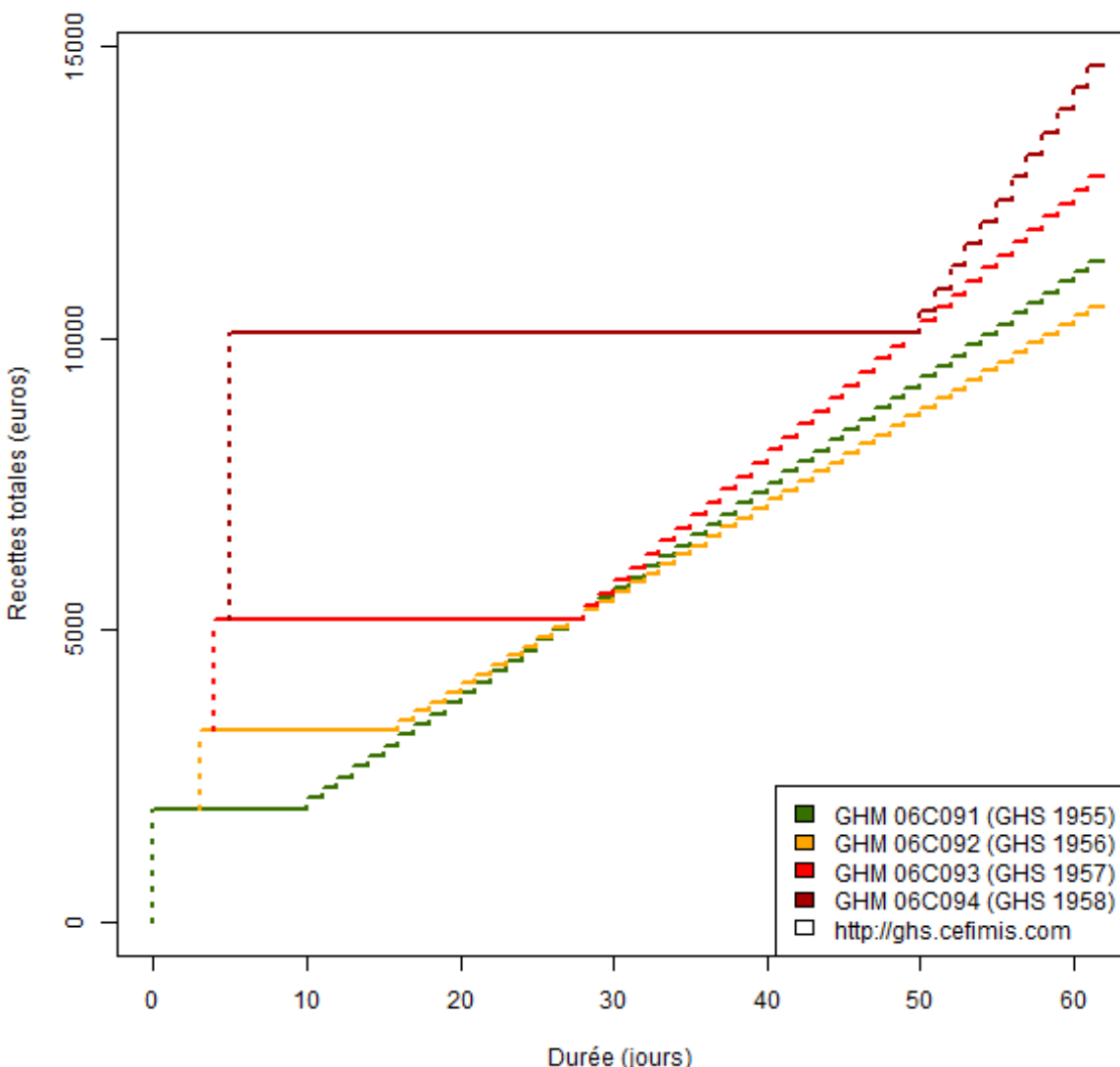


A codage identique, selon la durée du séjour, on peut obtenir plusieurs GHM différents !



Superposition de tous les cas de figure

| GHS  | GHM    | Libellé                        | Borne haute | Tarif     | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9           | 1 930,13  | 180,78    |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15          | 3 291,58  | 157,71    |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27          | 5 184,11  | 222,81    |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49          | 10 086,00 | 382,54    |



Recettes totales (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

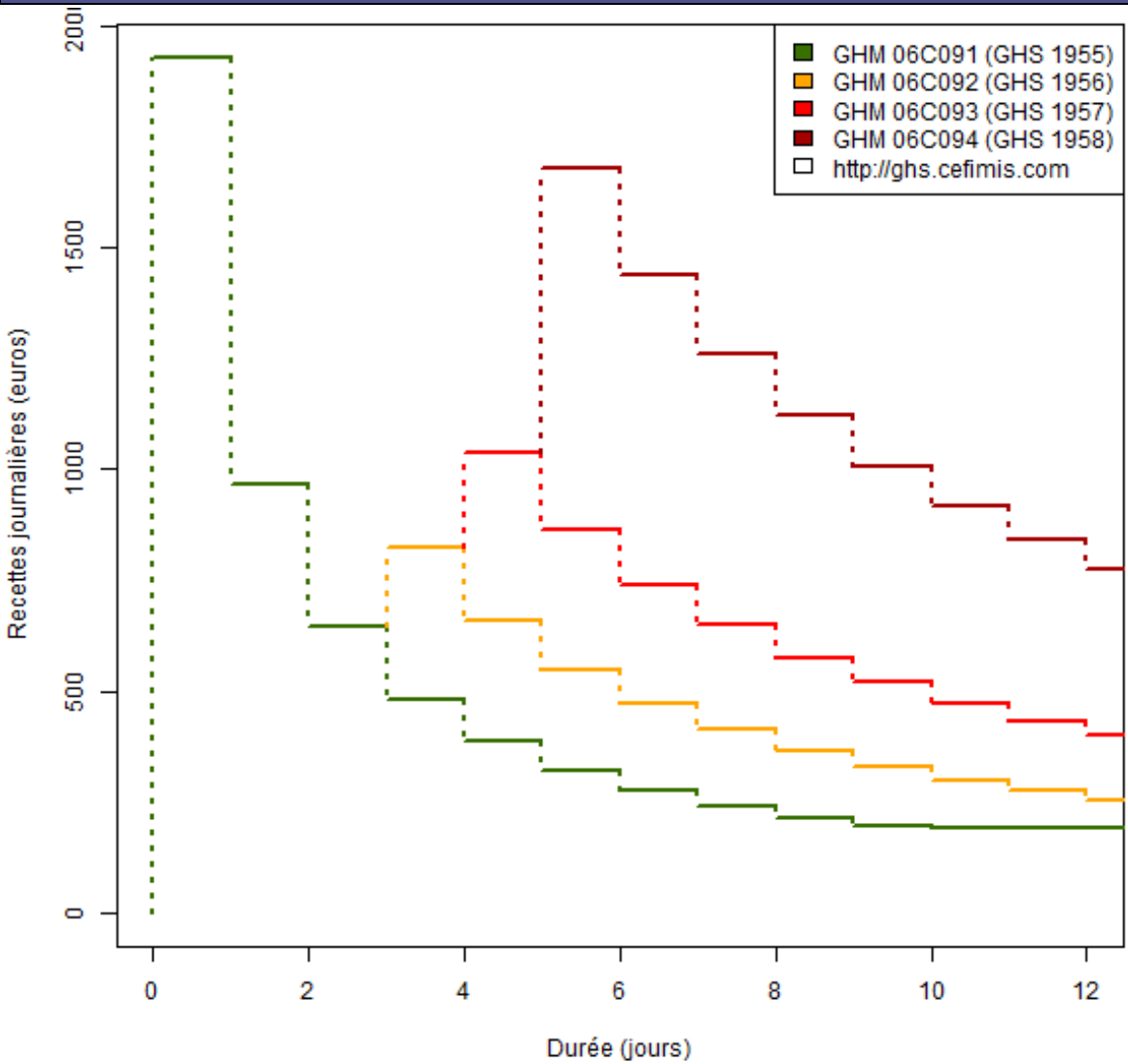
Tous les GHM 06C09\*, Appendicectomies non compliquées  
tarifs ex-DGF mars 2015  
GHM v11g

→ Toutes les courbes sur <http://ghs.cefimis.com>



| GHS  | GHM    | Libellé                        | Borne haute | Tarif     | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9           | 1 930,13  | 180,78    |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15          | 3 291,58  | 157,71    |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27          | 5 184,11  | 222,81    |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49          | 10 086,00 | 382,54    |

Tous cas de figure – prix par journée



Recettes journalières (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

Tous les GHM 06C09\*, Appendicectomies non compliquées  
tarifs ex-DGF mars 2015  
GHM v11g

→ Toutes les courbes sur <http://ghs.cefimis.com>



# Et dans le secteur ex-OQN ?

- La mécanique est similaire, mais les tarifs nettement plus faibles

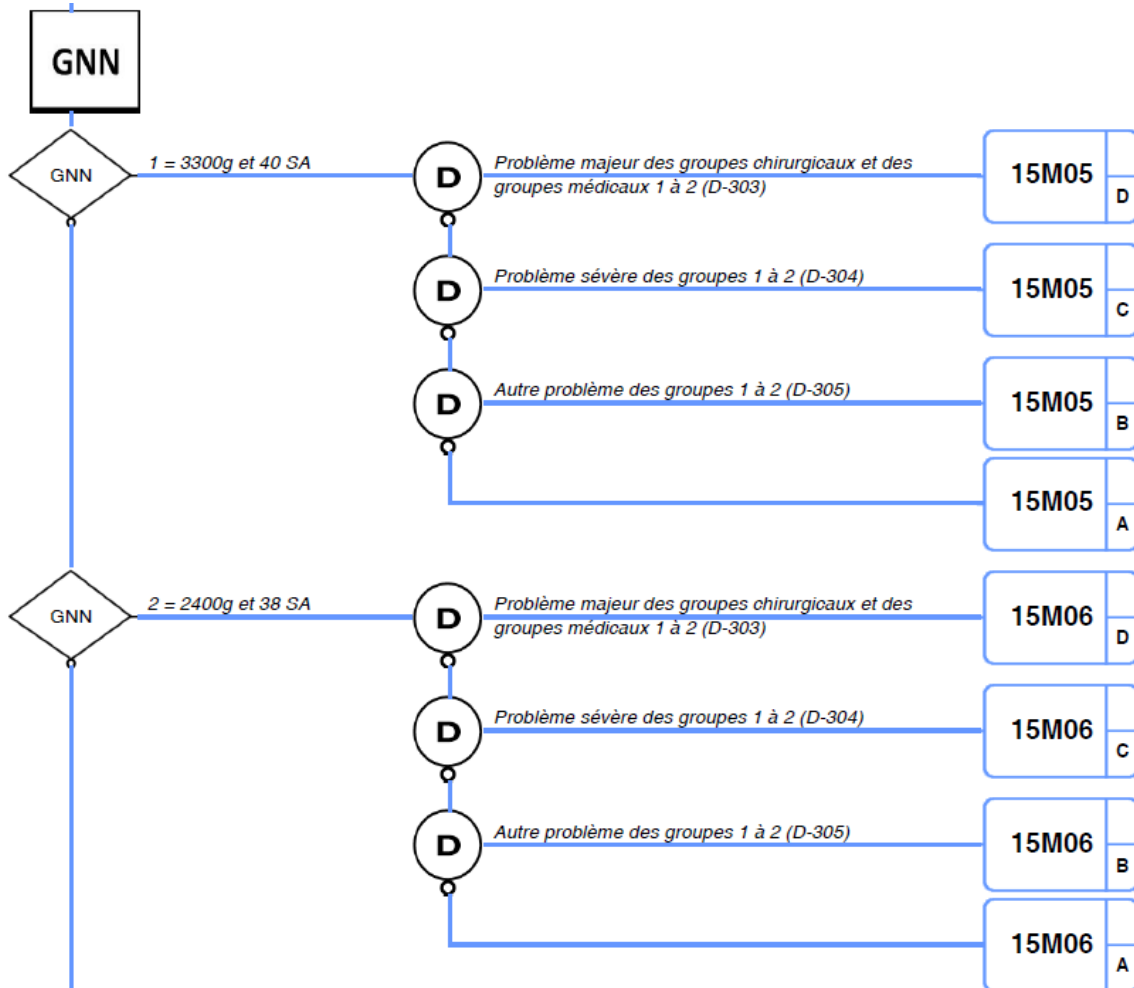
| GHS  | GHM    | Libellé                        | Tarif ex-DGF | Tarif ex-OQN |
|------|--------|--------------------------------|--------------|--------------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 1 930,13     | 981,68       |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 3 291,58     | 1 496,15     |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 5 184,11     | 2 724,81     |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 10 086,00    | 4 294,44     |

- Les honoraires des praticiens sont payé en plus (et le praticien reverse des loyers et commissions à la clinique) :
  - L'acte HHFA001 du chirurgien : 176,79 €
  - L'acte HHFA001 de l'anesthésiste : 78,49 €
  - La radio de l'abdomen ZCQK002 : 19,95 €
  - L'examen anatomo-pathologique ZZQP188 : 33,60 €





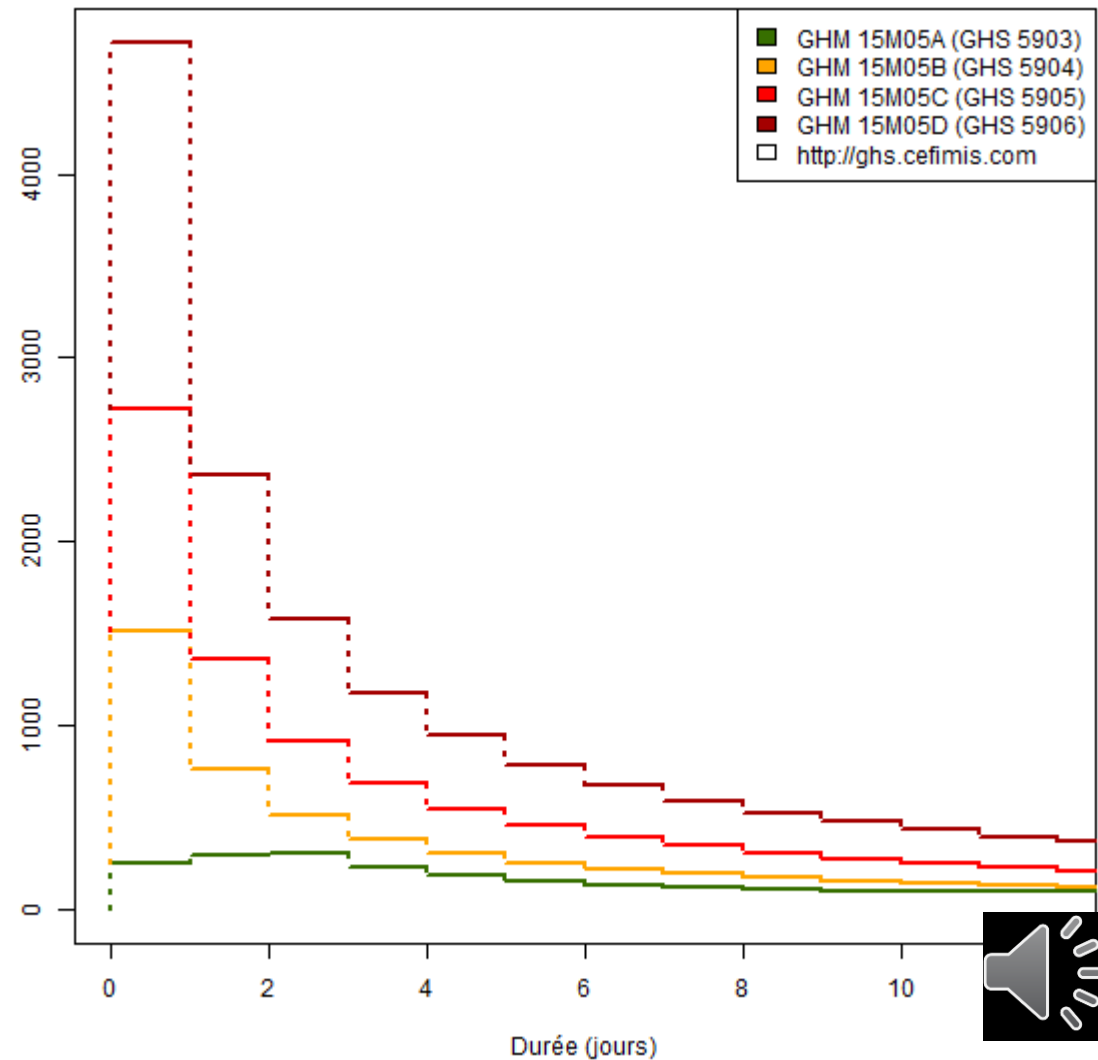
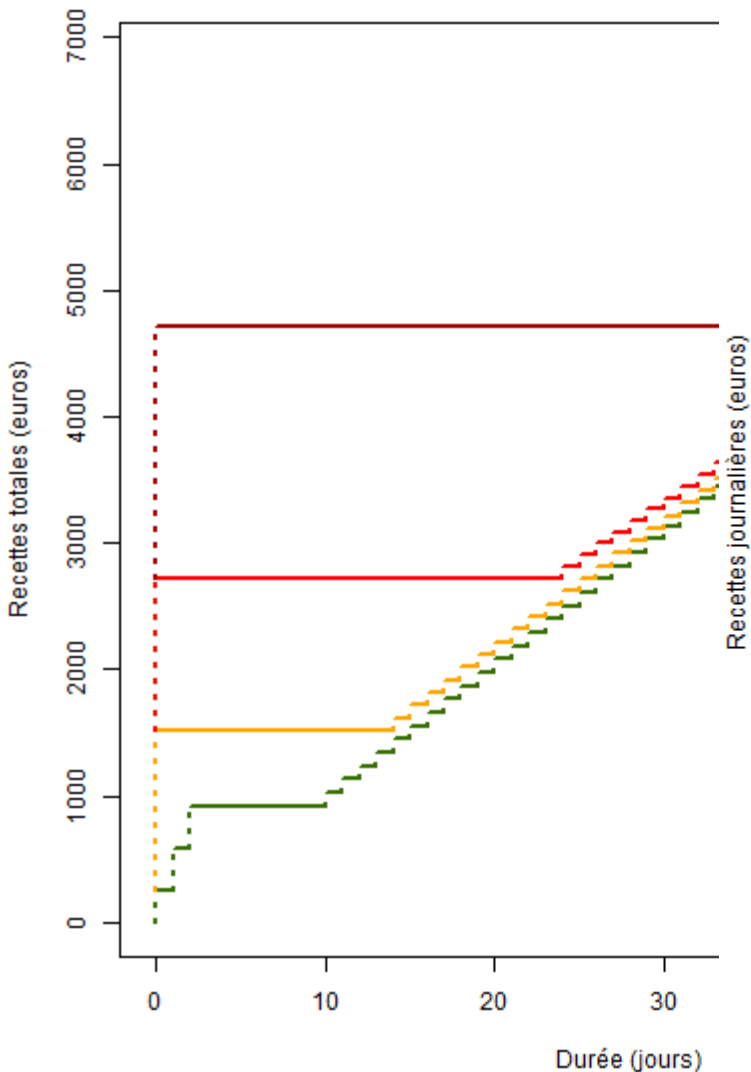
# Les GHM en B/C/D, des quasi-CMA



- Ramifications terminales ABCD : niveaux de complexité prévus *ad hoc*
- Pas aussi générique que les CMA



# Exemple racine 15M05 - Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés

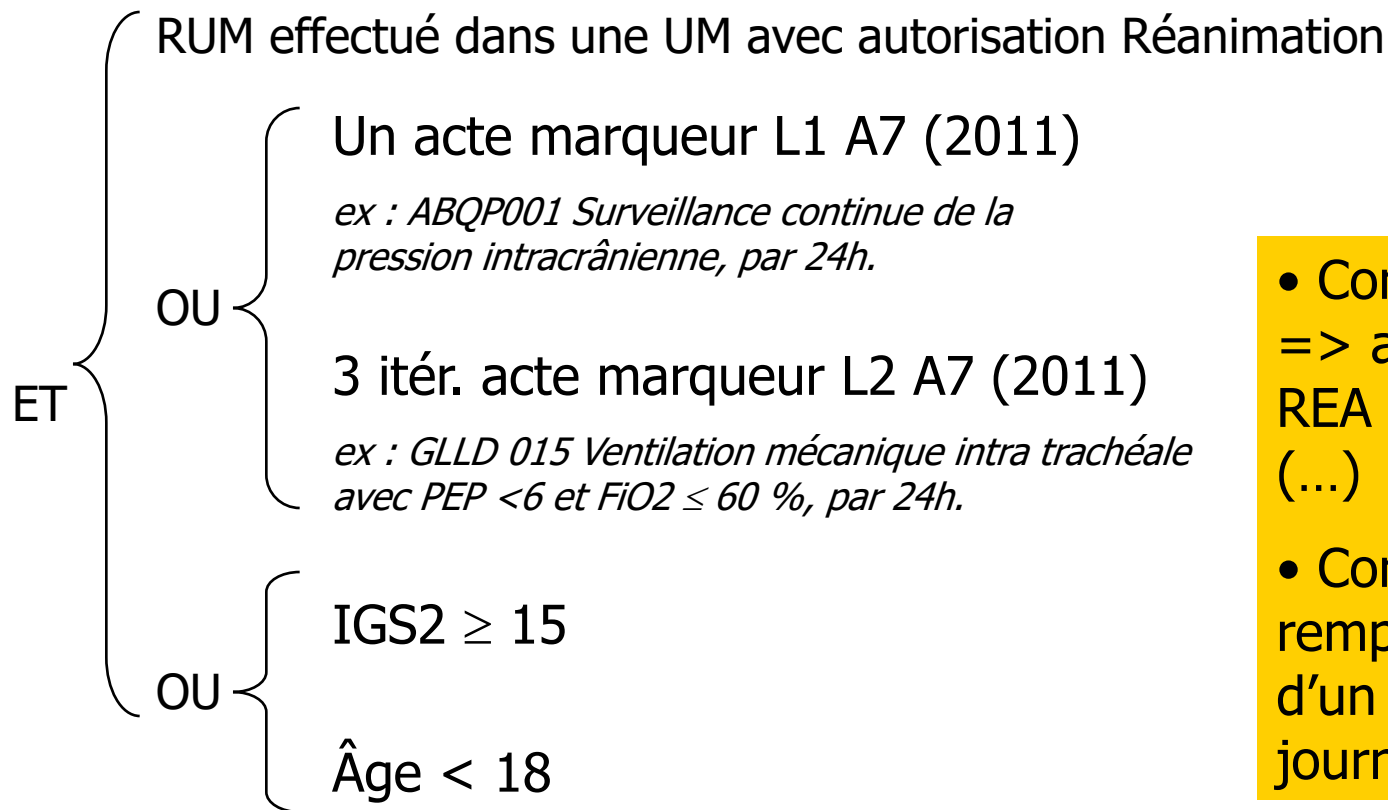


# Du groupage au tarif

- D'après le fichier de RSA pour chaque séjour on additionne :
  - Le tarif du GHS
    - avec majoration des séjours extrêmes hauts
    - avec minoration des séjours extrêmes bas
  - Certains suppléments journaliers en fonction du nombre de jours passés dans des UM spécifiques
    - Suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue (lourde ou non), néonatalogie 1/2/3, réanimation pédiatrique.
  - Actes supplémentaires intercurrents réalisés en hospitalisation, non pas liés au séjour lui-même, mais aux besoins que le patient avait déjà avant de venir
    - Séances de dialyse (hormis séjours d'insuffisance rénale)
    - Séances de radiothérapie (hormis séjours de cancérologie)
- Certains éléments seront payés en plus du séjour (RSF ou FICHCOMP) :
  - UCD : molécules onéreuses (les autres médicaments ne sont pas remboursés, même lorsque renseignés)
  - LPP : dispositifs médicaux implantables
  - DIP, ANT, RAP, etc.



# Cas particulier des suppléments journaliers de Réanimation (cf. arrêté prestations)



- Conditions remplies => attribution d'un sup. REA par journée du RUM (...)
- Conditions non remplies => attribution d'un sup. STF par journée du RUM

IGS2 : valeur à l'admission dans l'UM uniquement



# Cas particulier des suppléments journaliers de Surveillance continue

(cf. arrêté prestations)

- RUM effectué dans une UM avec autorisation Surveillance Continue
- ET {
- \* Patient sortant d'une UM autorisée Réanimation ou Réa pédiatrique ou Réa néonatale avec sup +
  - \* ET {
    - \* âge < 18
    - \* Un diag. marqueur L3 A8 2012
  - OU {
  - \* ET {
    - \* âge >= 18
    - \* IGS2 sans âge >= 7
    - \* Un diag. marqueur L1 A8 2012
  - \* IGS2 sans âge >=15
  - \* Un acte marqueur L2 A8 2012 dans ce RUM ou le précédent



# Les niveaux REA / STF / SRC en bref...

|                       | Défaillance de plusieurs appareils | Défaillance d'un appareil | Besoin de surveillance |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Réanimation           | <b>OUI</b>                         |                           |                        |
| Soins Intensifs       | <b>potentielle</b>                 | <b>OUI</b>                |                        |
| Surveillance continue |                                    | <b>potentielle</b>        | <b>OUI</b>             |

## Tarifs

| CODE | LIBELLÉ                                      | Ex-DGF 2015 | Ex-OQN 2015 |
|------|----------------------------------------------|-------------|-------------|
| REP  | Supplément de réanimation pédiatrie          | 911.20 €    | 743.16 €    |
| REA  | Supplément réanimation                       | 803.92 €    | 634.88 €    |
| STF  | Supplément soins intensifs                   | 402.44 €    | 317.43 €    |
| SRC  | Supplément surveillance continue             | 321.95 €    | 253.95 €    |
| NN1  | Supplément néonatalogie                      | 303.73 €    | 250.20 €    |
| NN2  | Supplément néonatalogie avec soins intensifs | 455,59 €    | 376.04 €    |
| NN3  | Supplément réanimation néonatale             | 911.20 €    | 743.16 €    |



# Convergence tarifaire MCO ?

- Convergence intra-public :
  - Convergence par un coefficient progressif de transition
  - Convergence mécanique par augmentation de la part T2A et future disparition du tarif journalier de prestation pour la part AMC
- Convergence intra-privé :
  - Autrefois tarifs hétérogènes négociés par établissement
  - Convergence par un coefficient progressif de transition
- Convergence public-privé
  - GHM v11 : les niveaux 1 sont les cibles de la convergence
  - Convergence préparée par une individualisation des
    - MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)  
... mais de facto en 2011, seulement 1,2% des MIGAC destinés aux ex-OQN...
    - MERRI (missions d'enseignement recherche référence et innovation)
  - Disparités public-privé :
    - Inégalités de lourdeur : fausse excuse car très rémunératrice, d'autant plus que surfinancement des CMA dans le secteur public (cf. étude financement-charges)
    - Lourdeur sociale : difficultés de placement en aval, de recouvrement du TM...
    - Inégalités de gestion : grille de salaires, embauches imposées, marchés publics...



# Adéquation entre les tarifs T2A et les coûts réels évalués par l'ENCC

- Etude « adéquation finances-charges » sur les tarifs et coûts 2011 (ATIH)
- Secteur ex-DGF :
  - Quelle que soit l'activité, sous-financement des sévérités légères et ambulatoires (jusqu'à -11%, du fait de la convergence tarifaire) et surfinancement des sévérités lourdes (jusqu'à +7%)
  - Volume de la non-adéquation : 3,6% du CA total
- Secteur ex-OQN :
  - Chirurgie : ambulatoire surfinancée (+10%), autre sous-financée (-4.4% à 0%)
  - Médecine lourdement sous-financée (-25% à -1%)
  - Obstétrique lourdement sous-financée (-21% à -1%)  
NB : en 10 ans de T2A, le Privé est passé de 60% à 30% de parts de marché sur l'accouchement
  - Néonatalogie à l'équilibre (0%)
  - Volume de la non-adéquation : 5,6% du CA total
- Déséquilibres expliqués par l'historique de construction des tarifs :
  - Construction essentiellement basée sur l'analyse des coûts réels en ex-DGF
  - Construction arbitraire et peu favorable en ex-OQN
  - Puis convergence sur les GHM de niveau 1 et les activités ambulatoires





# T2A : éléments valorisés en plus des séjours

- Éléments déclarés globalement dans FICHSUP :
  - Actes hors nomenclature :
    - BHN : actes de biologie
    - PHN : acte d'anatomocytologie
    - Activités de génétique inscrits aux MIG
  - Lactariums : lait collecté, distribué, cédé, consommé
  - Consultations longues ou pluridisciplinaires
- Éléments déclarés par épisode :
  - Alternatives à la Dialyse en centre
  - Activité de prélèvements d'organes :
    - Même si intervenants extérieurs : déclaré par l'établissement hébergeur
    - Même si admission d'un patient décédé (RSS avec DP Z52, séjour non facturable « pour raison autre » dans VIDHOSP, valeur 0€)
  - Maladies rares
  - Médicaments et dispositifs : détaillé ci-après



# Dispositifs médicaux implantables (LPP) et molécules onéreuses (UCD)

- Les LPP :
  - Dispositifs Médicaux Implantables (prothèses, agrafes...)
  - Inscrits sur la LPP (liste des produits et prestations)
- Les UCD :
  - Médicaments (Molécules onéreuses, ATU, thrombolytiques)
  - Référencés en UCD (unités communes de dispensation)
- Ces éléments sont :
  - Recensés par les Échelles Nationales des Coûts
  - À déclarer :
    - Secteur ex-OQN : RSF
    - Secteur ex-DGF : FICHCOMP
    - Consultations externes ex-DGF : RSF-ACE, avec forfait APE (administration de produits et prestations en environnement hospitalier, 12,60 €)
  - Financés quasiment au coût réel en sus des tarifs T2A (UCD : seulement les molécules onéreuses)



# Recettes MCO – synthèse T2A

## MIGAC MERRI (non exhaustif !)

### Recettes T2A liées aux séjours

- Rattachables aux séjours
  - Tarif GHS avec effets temporels
  - Suppléments journaliers REA/STF/SRC/REP/NN1-3
  - Suppléments par actes de dialyse et radiothérapie
  - Dispositifs médicaux implantables (LPP)
  - Molécules onéreuses (UCD)
  - Prélèvements d'organes
- Majoration assise sur le montant des soins :
  - Coef. géographique (+0 à +31%)
  - MERRI (+0 à +12.5%)

### Recettes T2A liées aux soins externes

- Rattachables aux passages
  - Lettres clef des consultations
  - Lettres clef de la biologie
  - Actes externes CCAM, forfaits SE, forfaits techniques, forfaits FFM, autres...
  - Alternatives à la dialyse
  - Forfait ATU
- Non rattachables
  - Forfait annuel FAU

### Recettes liées à d'autres activités

MIGAC



# Résumé, fil conducteur PMSI **MCO**

## Anonymisation et export des RSA



# Anonymisation du RSS groupé en RSA

## [1] informations patient

| Champ RSS         | Champ RSA                        | Notes                                                             |
|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Sexe              | Sexe                             |                                                                   |
| Date de naissance | Âge en jours ou<br>âge en années |                                                                   |
| Code postal       | Code<br>géographique             | Différent uniquement<br>lorsque peu d'habitants<br>(moins précis) |
| Poids à l'entrée  | Poids à l'entrée                 | (en g, pour les nv-nés)                                           |



# Anonymisation du RSS groupé en RSA

## [2] Informations de mouvements

| Champ RSS                          | Champ RSA                              | Notes                                                                                                                       |
|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numéro FINESS                      | Numéro FINESS                          |                                                                                                                             |
| Numéro RSS                         | Numéro index du RSA                    | Par ordre d'apparition, non constant entre deux émissions                                                                   |
| Numéro IEP                         | ✘                                      |                                                                                                                             |
| Dates entrée et sortie             | Durée du séjour<br>Année & mois sortie | ... mais là on parle du séjour complet                                                                                      |
| Modes entrée et sortie, prov, dest | Modes entrée et sortie, prov, dest     | ... mais là on parle du séjour complet                                                                                      |
| Informations sur l'UM...           | ✘                                      | Le numéro d'UM disparaît, en revanche les étapes sont listées. De plus le nombre de journées à suppléments apparaîtra (...) |



# Anonymisation du RSS groupé en RSA

## [3] informations médicales

| Champ RSS         | Champ RSA         | Notes                                                             |
|-------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|
| DP, DR            | DP, DR            | Mais sur 6 caractères. C'est le DP du séjour et non le DP du RUM. |
| DAS               | DAS               | Sur 6 caractères, liste dédoublonnée.                             |
| DAD               | ✘                 | ... donc peu utile en fait                                        |
| IGS2              | IGS2              | Le plus péjoratif des IGS2 en entrée d'UM                         |
| Actes             | Actes             | La date est remplacée par l'offset.                               |
| Nombre de séances | Nombre de séances |                                                                   |



# Anonymisation du RSS groupé en RSA

## [4] informations médicales

| Champ RSS                        | Champ RSA                        | Notes                       |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Age gestationnel                 | Age gestationnel                 |                             |
| DDRègles                         | Offset DEntrée-DDR               | Sur 3 caractères, en jours. |
| Confirmation séjour              | Confirmation séjour              |                             |
| Numéro d'innovation              | Numéro d'innovation              |                             |
| Type de machine de radiothérapie | Type de machine de radiothérapie |                             |
| Type de dosimétrie               | Type de dosimétrie               |                             |
| Version du RUM                   | Version RSA et RSS               |                             |





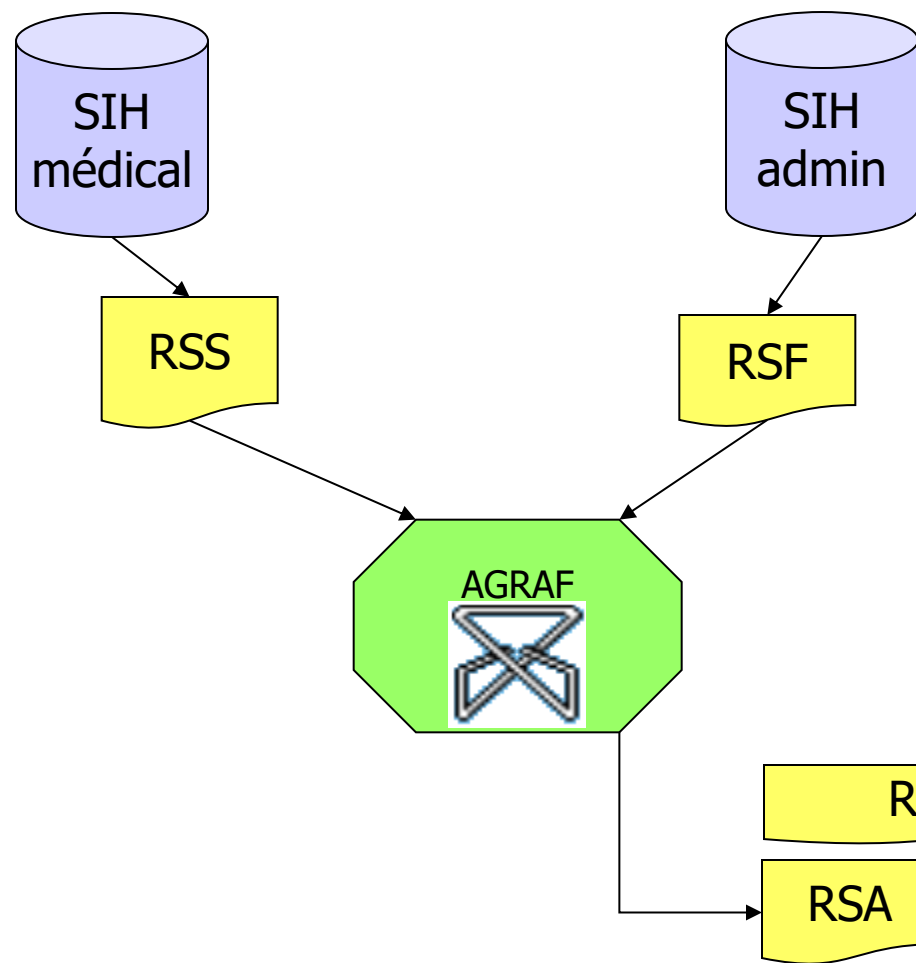
# Anonymisation du RSS groupé en RSA

## [5] Éléments ajoutés dans le RSA

- Informations du groupage (lu et GENRSA)
  - version
  - GHM
  - code-retour
- Informations sur le tarif (GENRSA)
  - GHS
  - EXH-EXB
  - suppléments dialyse divers
  - supplément aphérèse
  - supplément caisson hyperbare
  - supplément prélèvement d'organe
- Divers
  - numéro séquentiel de tarifs (version du tarif)
  - type de séjour (marqueur de Prestation Inter Etablissement)
  - top UHCD (utilité non documentée)
  - nombre de faisceaux (reliquat inusité)



# Émission des fichiers MCO (secteur ex-OQN, modèle cible)



## Commentaires :

- Les séjours sont un élément comme un autre des RSF (facturation du séjour)
- Le RSF prend en charge également la cohérence méd-admin et les droits du patient
- Les actes du séjour figurent à la fois dans les RSA (aspect PMSI) et dans les RSF (aspect facturation à l'acte des médecins)
- Rien n'est déclaré globalement : pas de FICHSUP

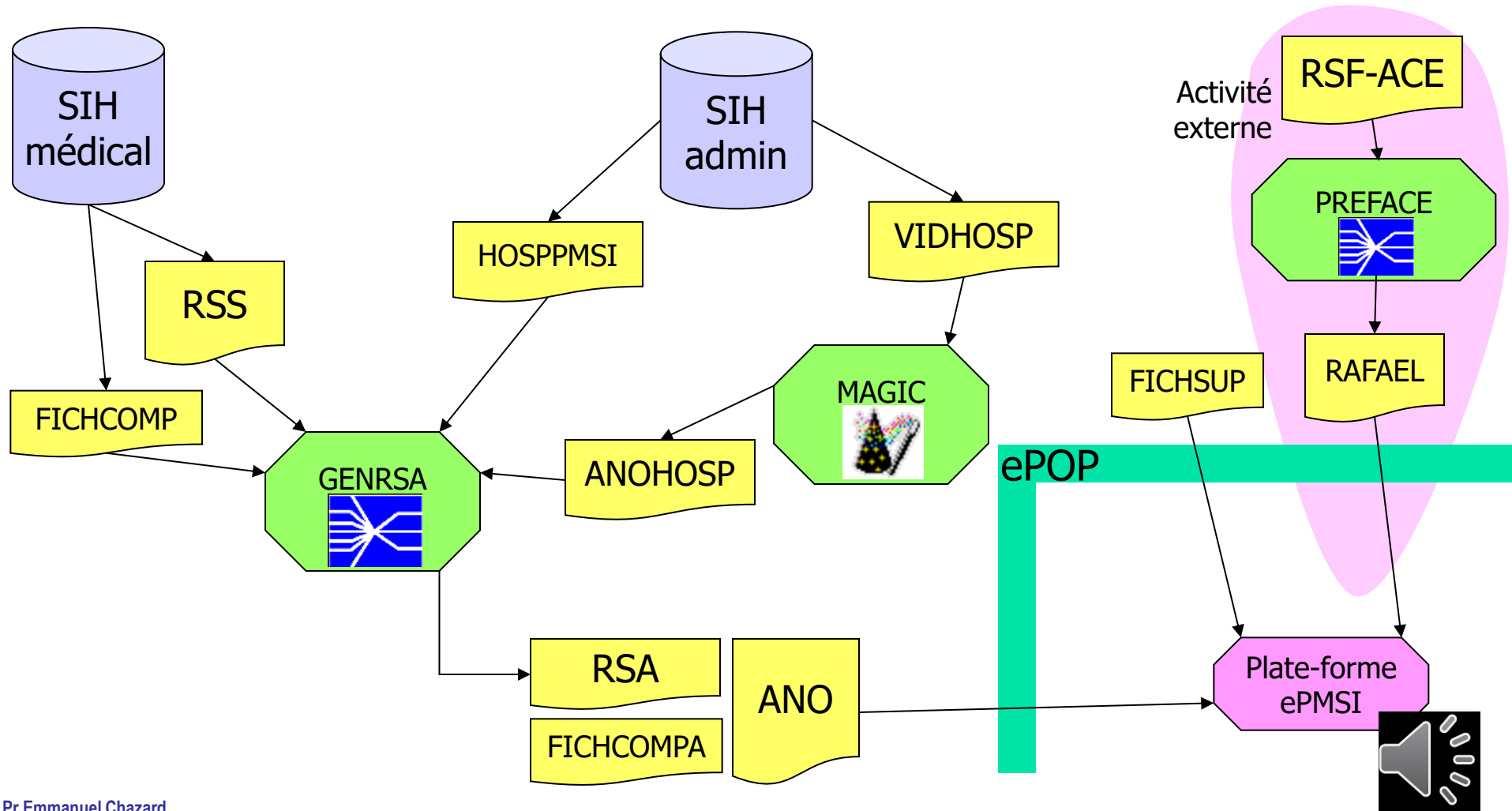
-L'activité externe n'est pas déclarée dans le PMSI (feuilles de soins)

ePOP

Plate-forme ePMSI



# Émission des fichiers MCO (modèle transitoire ex-DGF)



# VII. PMSI et T2A en soins externes ex-DGF

(ACE, actes et consultations externes)



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
- Voir ensuite :
  - VIII. Facturation hospitalière
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles



# Résumé, fil conducteur ex-DGF PMSI

## Codage des RSF-ACE par les UF



*Admin.*

Id, mouv<sup>ts</sup>



# L'UF code des RSF-ACE

- « ACE » : actes et consultations externes
- Concerne les consultations et actes externes en MCO et SSR (depuis 2012) en secteur ex-DGF (et ex-OQN pour médecins salariés)
- Secteur ex-DGF (public / EPIC)
  - Information codée par les UF (et non UM, car pas d'hébergement)
  - ... mais pas de mouvement complexe de toute manière
  - Codage des consultations et actes
- Secteur ex-OQN (privé lucratif) :
  - Pas de codage dans le PMSI (sauf médecins salariés) :
    - Les RSF sont essentiellement utilisés pour facturer les séjours
    - L'activité externe est facturée par feuilles de soins
  - Utilisation des RSF en MCO pour les forfaits ATU, sans RSS associé
- Rappel en Psychiatrie : jamais de RSF-ACE
  - Médecins salariés (surtout ex-DGF) : déclarée dans les RAA
  - Médecins libéraux (surtout ex-OQN) : facturation par feuille de soins



# Résumé, fil conducteur ex-DGF PMSI

## Contenu des RSF-ACE



|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <i>Admin.</i>         | Id, mouv <sup>TS</sup> |
| <i>Diagnostics</i>    | -                      |
| <i>Actes médicaux</i> | CCAM, NGAP             |
| <i>Actes autres</i>   | NGAP                   |
| <i>Dépendance</i>     | -                      |
| <i>Consommables</i>   | UCD, LPP               |
| <i>Facturation</i>    | Droits sociaux         |



# Contenu du RSF-ACE (1)

- Ligne A :
  - IEP, dates (pas le lieu)
  - Couverture sociale du patient
- Items de la facture :
  - Lignes M : codes d'actes CCAM
  - Lignes B : prestation hospitalières
  - Lignes C : prestations ambulatoires, honoraires (lettres clef NGAP résiduelle, codes de regroupement des actes médicaux, forfaits divers)
  - Lignes H : molécules onéreuses (UCD) administrées en externe
  - Lignes P : dispositifs médicaux (LPP) posés en externe
  - Lignes L : codage affiné des actes de biologie en NABM (sinon, lettres-clef B en NGAP dans les lignes C)
- Cas des actes médicaux :
  - Codés une fois en CCAM en acte M, sans prix
  - Codés une deuxième fois avec le prix, en prestation type C, avec un « code de regroupement »
  - Ne pas oublier les forfaits liés en prestation type C





# Contenu du RSF-ACE (2)

- Type d'UF de consultation (lié au lieu et à l'activité) :
  - 01 : centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)
  - 02 : centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
  - 03 : consultations « maladies rares » effectuées dans les centres de références pour la prise en charge des maladies rares
  - 04 : consultations pour la mucoviscidose effectuées pour les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
  - 05 : consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH mentionnées à l'article L.3121-2 CSP
  - 06 : consultations mémoire effectuées dans les établissements ne disposant pas de ressources et de recherche (CM2R)
  - 07 : consultations hospitalières d'addictologie
  - 08 : consultations hospitalières de génétique
  - 09 : consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées dans les centres experts de la maladie de Parkinson
  - 10 : consultations réalisées par les UCSA (soins aux détenus)



# Certains éléments spécifiques des RSF-ACE [B] en MCO : ATU et SE

Tarifs ex-DGF 2015  
( $\approx$  ex-OQN)

de 20.23 €  
à 75.89 €

- Forfaits SE1, SE2, SE3, SE4
  - Sécurité et environnement hospitalier
  - Facturables à chaque réalisation de certains actes CCAM en soins externes (listes fermées explicites)
- Forfaits ATU
  - Accueil et Traitement des Urgences
  - Facturables à chaque prise en charge externe réalisée aux Urgences :
    - Consultation médicale
    - Acte médical CCAM sans consultation (car même médecin)
  - Facturés à 0€ pour les non assurés sociaux
  - Leur nombre participe au calcul du forfait annuel pour l'activité de médecine d'urgence (FAU, tranches de 2500 passages)

25.32 €

de  $0.47 \cdot 10^6$  €  
à  $5.58 \cdot 10^6$  €  
 $\approx 70$  €/passage



# Certains éléments spécifiques des RSF-ACE [B] en MCO

Tarifs ex-DGF 2015  
(≈ ex-OQN)

Autres forfaits notables :

19.08 €

- FFM, forfait petit matériel

12.62 €

- APE, prestation d'administration de produits et prestations en environnement hospitalier
- Forfaits techniques :
  - Scanner, IRM, PET scan
  - Vidéocapsule
  - Dermatologie
  - Etc.
- Forfaits « D » d'alternative à la dialyse en centre
- Forfaits innovation
- Forfaits activités isolées



# Résumé, fil conducteur ex-DGF PMSI

## Calcul du tarif (absence de groupage)

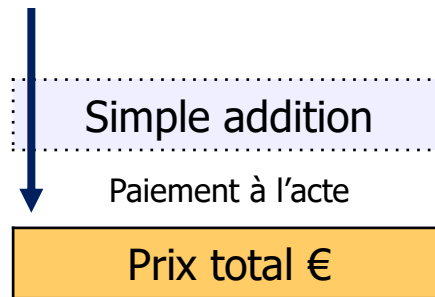


*Groupage*

*Groupes*

*T2A*

*Paiement*

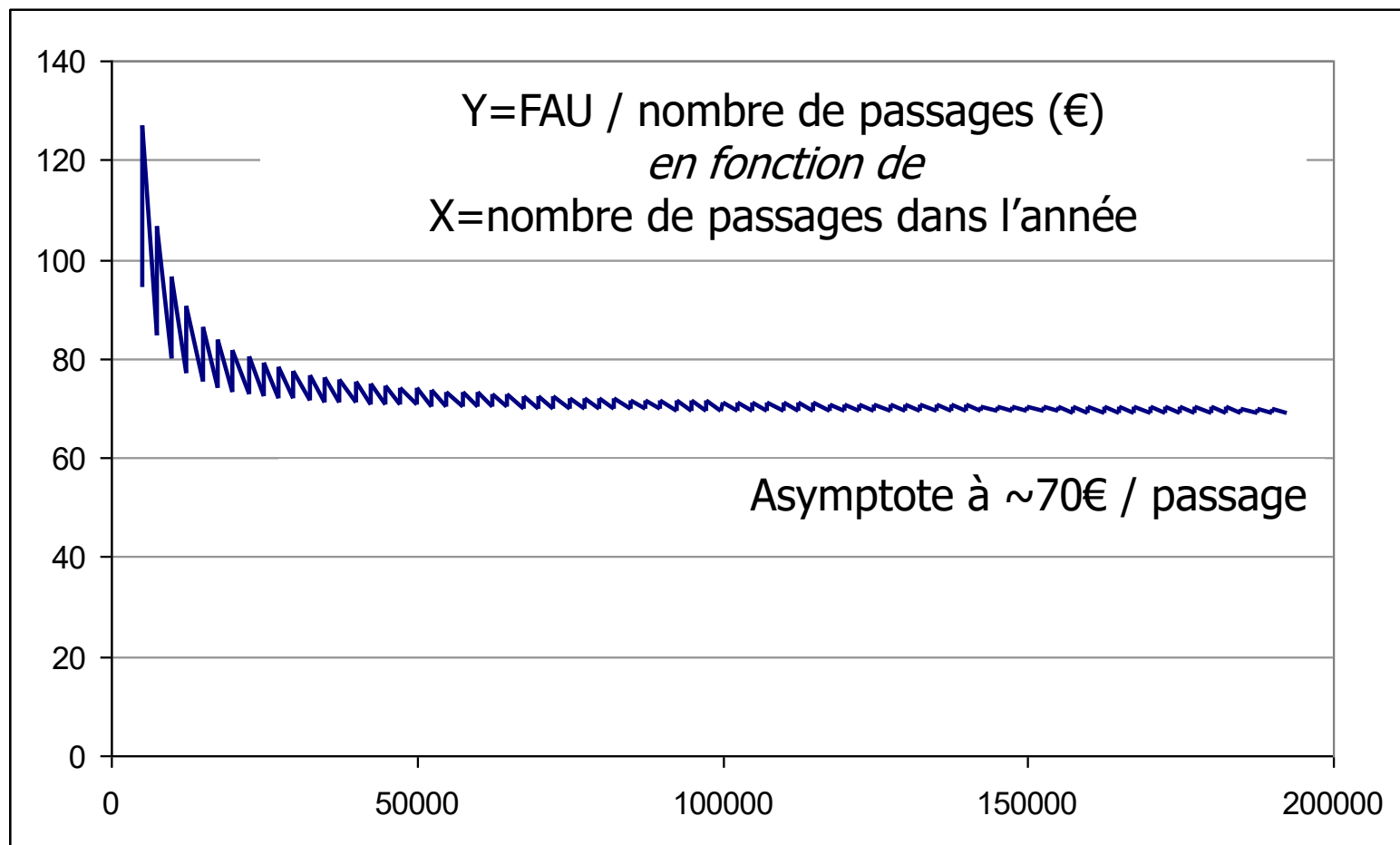


# Groupage et tarification

- Il n'y a pas de groupage : les codes sont des lignes de facture et non des éléments d'information permettant de calculer un « groupe homogène »
- Addition des valeurs des actes, avec règles précises de dégressivité ou de non cumul
- Le supplément ATU est de plus utile à l'attribution du forfait FAU (même celui à 0€ des patients non assurés SS)



# Le Forfait Annuel Urgences (FAU) est un tarif dégressif déguisé



# Dispositifs médicaux implantables (LPP) et molécules onéreuses (UCD)

- Les LPP :
  - Dispositifs Médicaux Implantables (prothèses, agrafes...)
  - Inscrits sur la LPP (liste des produits et prestations)
  - En soins externes ex-DGF : RSF-ACE, avec forfait APE\*
- Les UCD :
  - Médicaments (Molécules onéreuses, ATU, thrombolytiques)
  - Référencés en UCD (unités communes de dispensation)
  - En soins externes ex-DGF : RSF-ACE, avec forfait APE\*
- Ces éléments sont financés quasiment au coût réel

\* Forfait APE : administration de produits et prestations en environnement hospitalier, 12,60 €



# Résumé, fil conducteur ex-DGF PMSI

## Anonymisation et export (RAFAEL)



*Export*

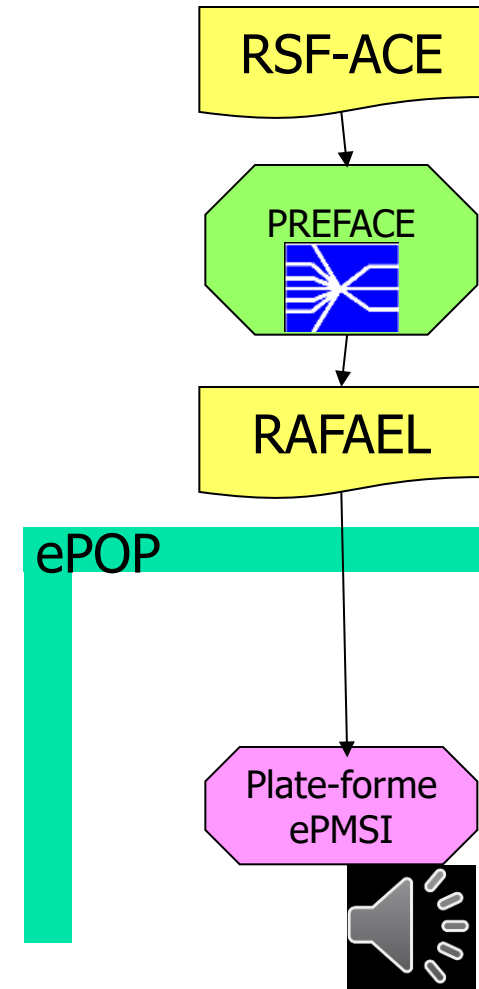




# RSF-ACE et RAFAEL

## *Episodes externes en ex-DGF uniquement*

- Résumé Standardisé de Facturation pour les actes et consultations externes
- Logiciel : PREFACE en MCO, ou PREFACE-SSR en SSR
- Secteur ex-DGF :
  - En ambulatoire : reprennent des éléments rattachables à un épisode de consultation : lettres clefs, actes externes CCAM, forfaits SE, ATU, APE
  - En hospitalisation MCO : uniquement pour le cas précis des IVG (2009)
- Secteur ex-OQN:
  - Episodes ambulatoires : pas de RSF-ACE (sauf ATU et médecins salariés)



# VIII. Facturation hospitalière



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
  - Et l'une au moins des parties suivantes :
    - III. PMSI et T2A en HAD
    - IV. PMSI et T2A en SSR
    - VI. PMSI et T2A en MCO
    - VII. PMSI et T2A en soins externes
- Voir ensuite :
  - IX. Qualité de l'information
  - X. Références, sigles



# Le volet « droits sociaux » dans le PMSI

- /!\ Rappel : système de santé Bismarckien
  - Les établissements ne sont pas payés par l'Etat
  - Chaque séjour est payé par le patient, lui-même remboursé par ses assurances
  - Mais de fait, presque tous les résidents disposent d'un tiers payant par l'AMO de la SS
- Quel que soit le champ, recueil de la couverture assurancielle obligatoire et complémentaire du patient :
  - Dans la ligne A du fichier de RSF ou RSF-ACE : MCO, SSR, HAD, PSY, EXT (praticiens salariés)
  - A titre transitoire, dans le fichier VIDHOSP : MCO, SSR, HAD, PSY secteur ex-DGF
- Variables renseignées (en bref) :
  - numéro SS/numéro ANO
  - code régime, CMU, CMUc, AME
  - exonération du TM (oui/non), motif de l'exonération (AT/MP, ALD, K ou KC>50, séjour>30j, stérilité, VIH, prématurés, nouveaux-nés, régimes spéciaux, etc.)
  - forfaits 18€ et 1€
  - tarifs détaillés, etc.



# Émission des fichiers et jointure médico-administrative

- Dans les 5 champs un lien existe sur la base du numéro d'épisode (IEP ou NAS ou IAS) entre :
  - Les données du PMSI (RSS/RHS/RPS/RPSS)
  - L'épisode administratif (RSF ou RSF-ACE ou VIDHOSP) et l'identité sociale du patient (RSF ou RSF-ACE ou VIDHOSP)
- Conséquences de cette jointure médico-administrative :
  - Contrôle de l'existence réelle des séjours (problème des pré-admissions annulées par exemple)
  - Modèle actuel hospitalisation ex-OQN, soins externes ex-DGF, modèle cible hospitalisation ex-DGF :
    - Part AMO = tarif T2A \* taux de PEC émission d'une facture individuelle
    - Part AMC = tarif T2A \* (1-tx PEC) émission d'une facture individuelle
    - Déclaration dans le fichier de RSF ou RSF-ACE
  - Modèle transitoire en hospitalisation ex-DGF :
    - Part AMO = tarif T2A \* taux de PEC **valorisation cumulative mensuelle**
    - Part AMC = **TJP \* nbjours** \* (1-tx PEC) émission d'une facture individuelle
    - Déclaration dans le fichier **VIDHOSP**

*Différences illustrées ci*



# Chaînage des données du patient (trans-établissement, trans-champ)

- Il existe dans les 5 champs un numéro unique du patient, partout en France
- Calcul du numéro ANO du SNIIR niveau 1 :
  - Calculé en utilisant numéro SS, date de naissance et sexe (pas le rang de naissance)
  - Supposé unique pour un patient, mais :
    - Change lorsque le patient change de régime (majorité, conjoint à charge, MSA, militaires...)
    - Deux jumeaux de même sexe ont le même numéro ANO jusqu'à leur majorité
- Intérêts de l'identité du patient pour l'Assurance Maladie
  - Contrôle et sanction des :
    - Hospitalisations simultanées
    - Navettes entre établissements
    - Fractionnement de séjours
  - Diminution du tarif des séjours lors du retour en MCO dans le même GHS sous 2 à 10 jours (MCO→ailleurs→MCO)



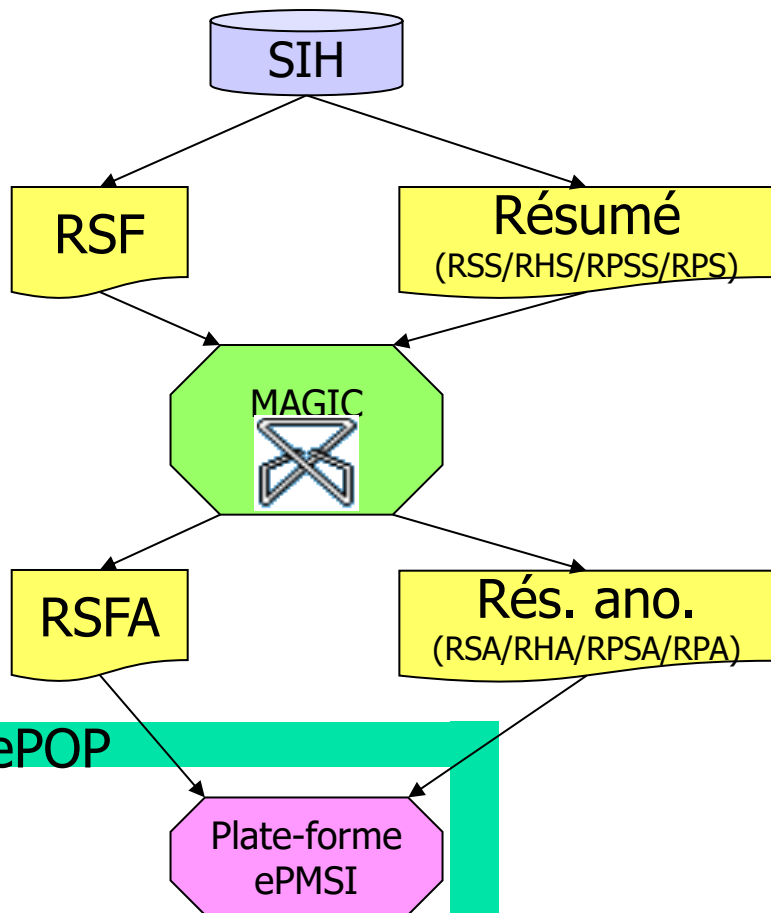
# La FIDES en quelques mots

- Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé :
  - Une facture par patient => chaque correction requiert un contentieux par caisse (en général 2 contentieux par séjour)
  - Facturation directe à chaque caisse (régime) d'AM, la caisse pivot n'est plus qu'un intermédiaire logistique, pas le payeur
  - Au fil de l'eau : lots bihebdomadaires de factures, émises une fois pour toute, et non plus envois cumulatifs mensuels
- Enjeux pour la facturation des séjours des établissements actuellement en régime transitoire (ex-DGF) :
  - Erreurs possibles liées pour calculer le ticket modérateur du patient
    - Présence ou non d'un acte exonérant (K50, 91€) => taux TM
    - Mais aussi valeur du GHS => assiette de calcul du TM
  - Erreurs sur le calcul de la part assurance maladie (AMO)
    - Auparavant : envois cumulatifs => corrections possibles toute l'année
    - Bientôt : factures individuelles => pas de correction sans contentieux



# Modèle cible de transmission des fichiers : RSF et RSFA

*Des factures pour des épisodes d'hospitalisation*



- RSF = Résumé Standardisé de Facturation
- Anonymisé en RSFA
- Utilisé pour décrire une facture en relation avec un séjour hospitalier (MCO/SSR/HAD)
- Logiciel : MAGIC (version MCO/SSR/HAD)
- Application :
  - Secteur ex-OQN actuellement
  - Secteur ex-DGF dans le futur avec la FIDES



# Les RSF : modèle cible, modèle transitoire

- Idem pour toutes les hospitalisations (MCO, SSR, HAD, PSY) et tous les soins externes EXT (issus de MCO ou SSR)
- Modèle cible :

|                 | Ex-DGF | Ex-OQN             |
|-----------------|--------|--------------------|
| Hospitalisation | RSF    | RSF                |
| Externe         | RSF    | Feuilles de soins* |

- Modèle transitoire (actuel) :

|                 | Ex-DGF  | Ex-OQN             |
|-----------------|---------|--------------------|
| Hospitalisation | autre   | RSF                |
| Externe         | RSF-ACE | Feuilles de soins* |

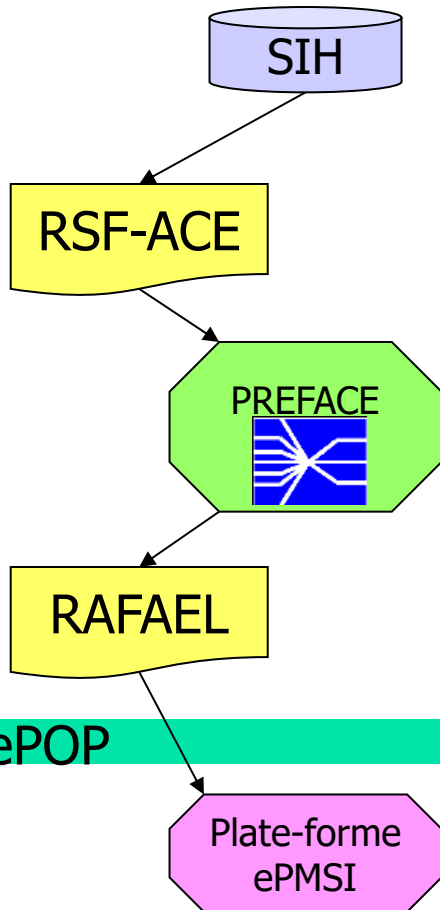
\* Sauf médecine





# RSF-ACE et RAFAEL

## Des factures pour des épisodes externes



- RSF-ACE = Résumé Standardisé de Facturation des actes et consultations externes
- Anonymisé en RAFAEL
- Dispositif transitoire très proche des RSF
- Utilisé pour décrire une facture en relation avec un épisode ambulatoire (EXT, ex-DGF)
- Pas de résumé nécessaire en plus : le RSF-ACE contient toute l'information nécessaire
- Logiciel : PREFACE
- Application :
  - Soins externes en secteur ex-DGF actuellement
  - PAS en Secteur ex-OQN (feuilles de soin)



# Les différentes lignes du fichier de RSF (ou RSF-ACE)

- Structure :
  - Succession de lignes
  - Pour chaque ligne, son type est déterminé par la première lettre de la ligne
  - Une ligne en « A » marque le début d'une facture de chaque facture
- Types de lignes :
  - Ligne A : entête de la facture (identité sociale, taux de couverture, montants à régler...)
  - Ligne B : prestations hospitalières (par exemple GHS)
  - Ligne C : honoraires (par exemple consultations)
  - Ligne P : dispositif médical implantable remboursable
  - Ligne H : molécule onéreuse remboursable
  - Ligne M : acte CCAM sans son prix (facturé en ligne B ou C)
  - Ligne L : actes de biologie en NABM (autrefois facturés en C)



# Modèle transitoire en hospitalisation secteur ex-DGF

- Information rattachable au séjour :
  - Déclarée dans les fichiers FICHCOMP et non RSF
  - Contenu sensiblement identique, mais permet la production d'information par des logiciels différents, sans regroupement
- Recueil agrégé de certaines informations :
  - Dans le fichier FICHSUP
  - Nature :
    - Soit des informations globales
    - Soit recueils expérimentaux faits « à la main », avant une mise en routine dans FICHCOMP
- Principe général : envoi cumulatif de toute l'information depuis le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours



# Présentation des données en hospitalisation : exemple de fichiers décrivant un séjour hospitalier MCO ex-DGF versus ex-OQN

Données (codes factices) :

- 1234 : numéro anonyme du séjour
- CIM\_169 Diagnostic d'arthrose de la hanche
- CCAM\_020 Acte de pose de prothèse totale de hanche
- GHS\_2885 : séjours de PTH
- DMI\_327 Prothèse totale de hanche
- MON\_291 Molécule de chimiothérapie
- SS\_31 Régime d'assurance maladie du patient
- 100% taux de prise en charge du patient

## Représentation ex-OQN (hormis honoraires consultations & suivi)

Fichier  
de RSA  
(codage)

1234...GHS\_2885...  
CIM\_169...CCAM\_020 ...

Fichier  
de RSFA  
(facture)

**A**...1234...SS\_31...100%...  
**B**...GHS\_2885...  
**P**...DMI\_327...  
**H**...MON\_291...  
**M**...CCAM\_020...

## Représentation ex-DGF

Fichier  
de RSA  
(valorisation)

1234...GHS\_2885...  
CIM\_169...CCAM\_020 ...

Fichier ANO  
(valorisation)

1234...SS\_31...100%...

Fichcompa LPP  
(valorisation)

1234...DMI\_327...100%...

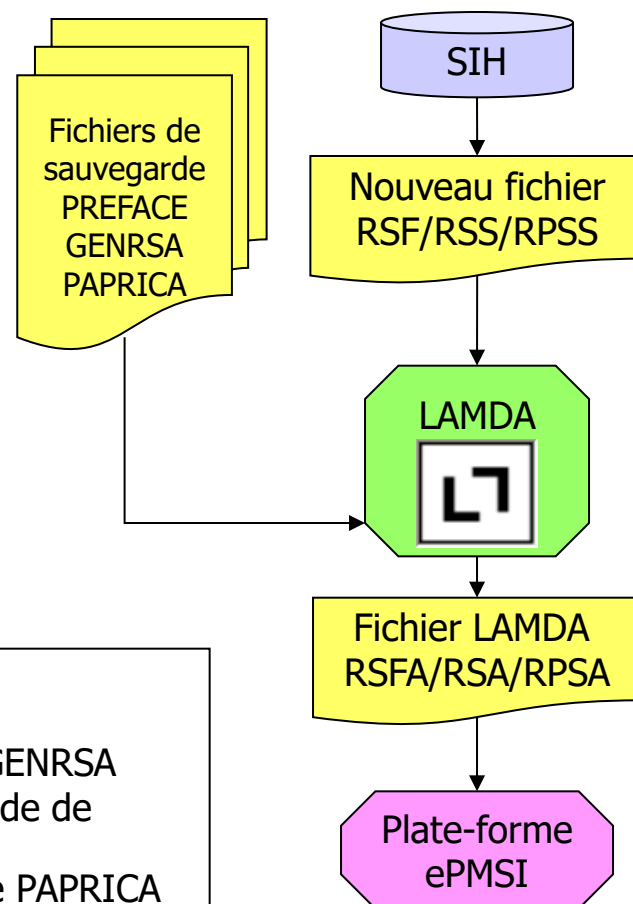
Fichcompa UCD  
(valorisation)

1234...MON\_291...100%...



# Corriger (revaloriser) les séjours déjà émis en MCO, EXT et HAD

- Secteur ex-DGF (MCO, HAD, EXT) avant la FIDES :
  - Envoi cumulatif => correction sans justification des séjours de l'année en cours
  - Années antérieures : possibilité de réémettre les séjours avec LAMDA, avis motivé (cf. ci-contre)
- Secteur ex-OQN (MCO, HAD) :
  - Pour tout séjour déjà facturé, nécessité de faire deux contentieux (1 AMO, 1 AMC)
  - Officiellement possible dans les 2 ans, mais officieusement procédure très limitée (changement de GHS uniquement, délai < 2 mois), pression des Caisses



## Logiciels LAMDA

- Logiciel(s) d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité
- MCO : nouveaux RSA depuis les RSS, comparés à la sauvegarde de GENRSA
- EXT : nouveaux RAFAEL depuis les RSF-ACE, comparés à la sauvegarde de PREFACE
- HAD : nouveaux RPSA depuis les RPSS, comparés à la sauvegarde de PAPERICA



# Paieement des séjours : historique en MCO

*Phase 1 : année 2005, mise en place du taux de conversion*

Hypothèse 1 : recettes  
calculées sur la base des GHS

|                       |                 |  |
|-----------------------|-----------------|--|
| Suppléments : FICHSUP | GHS du séjour 1 |  |
|                       | GHS du séjour 2 |  |
|                       | GHS du séjour 3 |  |
|                       | GHS du séjour 4 |  |
|                       | GHS du séjour 5 |  |

Part AMO *au global* :  
 $(\sum \text{PrixGHS}) * \text{TxConversion}$

Hypothèse 2 : recettes  
calculées sur la base des TJP

|  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  |   |
|  | 3 |
|  | 4 |
|  |   |

Part AMC/TM *pour chaque séjour* :  
 $\text{NbJours} * \text{TJP} * (1 - \text{TxEcPatient})$



# Paielement des séjours : historique en MCO

*Phase 1 : année 2005, mise en place du taux de conversion*

- 1- calcul du ticket modérateur du patient
  - Sur la base du tarif journalier de prestation, « revenant » du prix de journée
  - Selon le taux réel de prise en charge du patient
- 2- calcul de la part assurance maladie
  - Sur la base des tarifs des séjours (GHS)
  - Selon un taux moyen de prise en charge : le taux de conversion







# Paieement des séjours : historique en MCO

*Phase 2 : année 2007, suppression du taux de conversion*

Hypothèse 1 : recettes  
calculées sur la base GHS

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| ncomp<br>RSF     | GHS du séjour 1 |
| Fichcomp<br>/RSF | GHS du séjour 2 |
| chcomp<br>/RSF   | GHS du séjour 3 |
| ncomp<br>RSF     | GHS du séjour 4 |
| Fichcomp<br>/RSF | GHS du séjour 5 |

Part AMO *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * \text{TxPecPatient}$

Hypothèse 2 : recettes  
calculées sur la base des TJP

|  |   |
|--|---|
|  | 1 |
|  |   |
|  | 3 |
|  | 4 |
|  |   |

Part AMC/TM *pour chaque séjour* :  
 $\text{NbJours} * \text{TJP} * (1 - \text{TxPecPatient})$



# Paielement des séjours : historique en MCO

*Phase 2 : année 2007, suppression du taux de conversion*

- 1- calcul du ticket modérateur du patient :
  - Toujours selon le TJP
  - Toujours selon le taux réel de prise en charge
- 2- calcul de la part assurance maladie
  - Les suppléments sont rattachés au séjour : enregistrés en FICHCOMP (ou RSF) et non plus en FICHSUP
  - Tarif du séjour : GHS et FICHCOMP/RSF
  - Le TM déjà payé par le patient est ignoré
  - La part remboursable AMO est calculée, indépendamment, selon la T2A

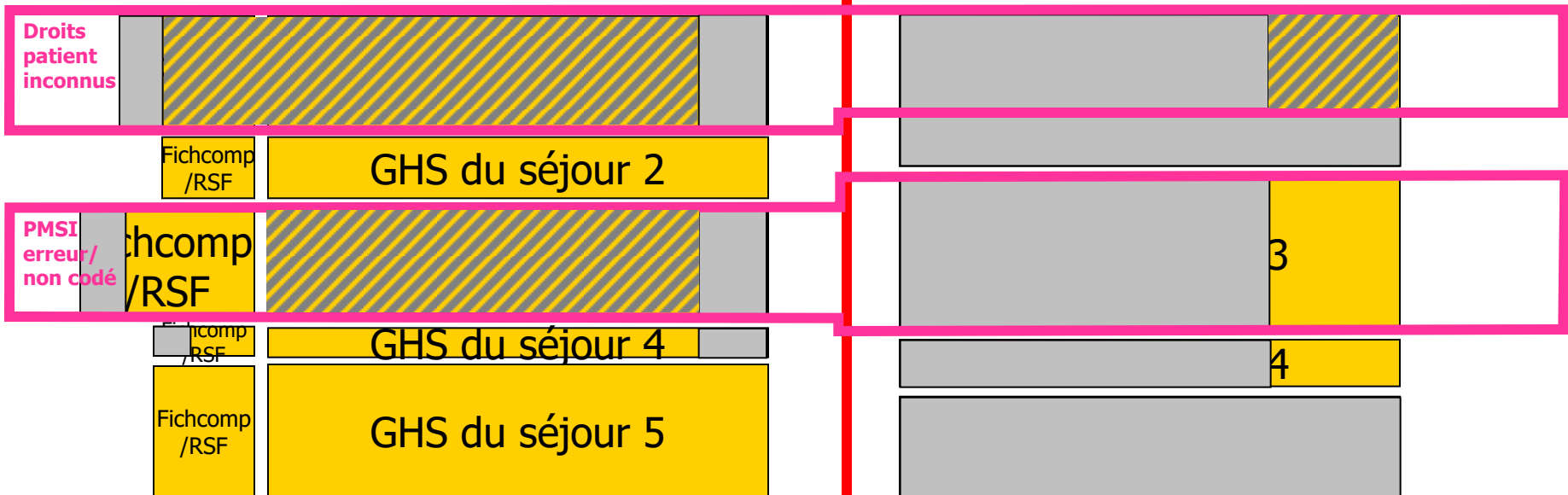


# Paieement des séjours : historique en MCO

*Phase 2 : année 2007, suppression du taux de conversion*

Hypothèse 1 : recettes  
calculées sur la base GHS

Hypothèse 2 : recettes  
calculées sur la base des TJP



Part AMO *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * \text{TxPecPatient}$

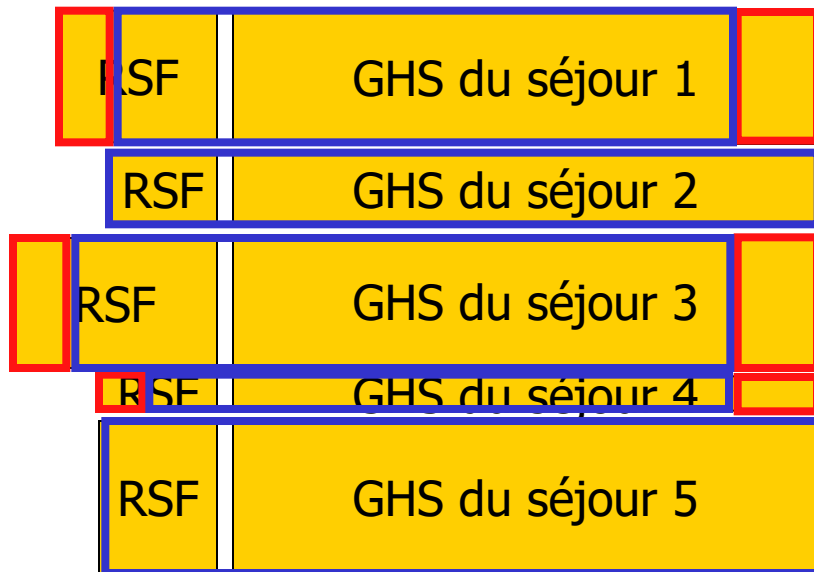
Part AMC/TM *pour chaque séjour* :  
 $\text{NbJours} * \text{TJP} * (1 - \text{TxPecPatient})$



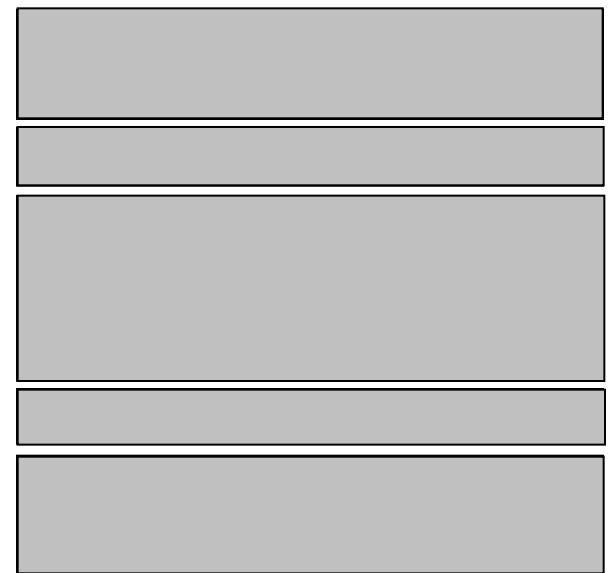
# Paieement des séjours : historique en MCO

*Phase 3 : objectif ultime, facturation directe des prestations à l'AM*

Hypothèse 1 : recettes  
calculées sur la base GHS



Hypothèse 2 : recettes  
calculées sur la base des TJP



Part AMO *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * \text{TxPecPatient}$

Part AMC/TM *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * (1 - \text{TxPecPatient})$



# Paieement des séjours : historique en MCO

## *Phase 3 : objectif ultime, FIDES*

- Des expressions synonymes avec leurs sous-entendus :
  - FIDES Facturation Individuelle des Etablissements de Santé :
    - Une facture par patient, idem privé (en fait par lots)
    - Chaque correction requiert un contentieux par caisse
  - Facturation directe des prestations aux assurances maladie
    - Facturation à chaque caisse (régime) d'AM, la caisse pivot n'est plus qu'un intermédiaire logistique, pas le payeur
  - Facturation au fil de l'eau
    - Lots bihebdomadaires de factures, émises une fois pour toute, et non plus envois cumulatifs mensuels
- Expérimentations en cours depuis 2011 :
  - Déjà opérationnel en soins externes MCO
  - Expérimentations en hospitalisation MCO



# Paieement des séjours : historique en MCO

## *Phase 3 : objectif ultime, FIDES*

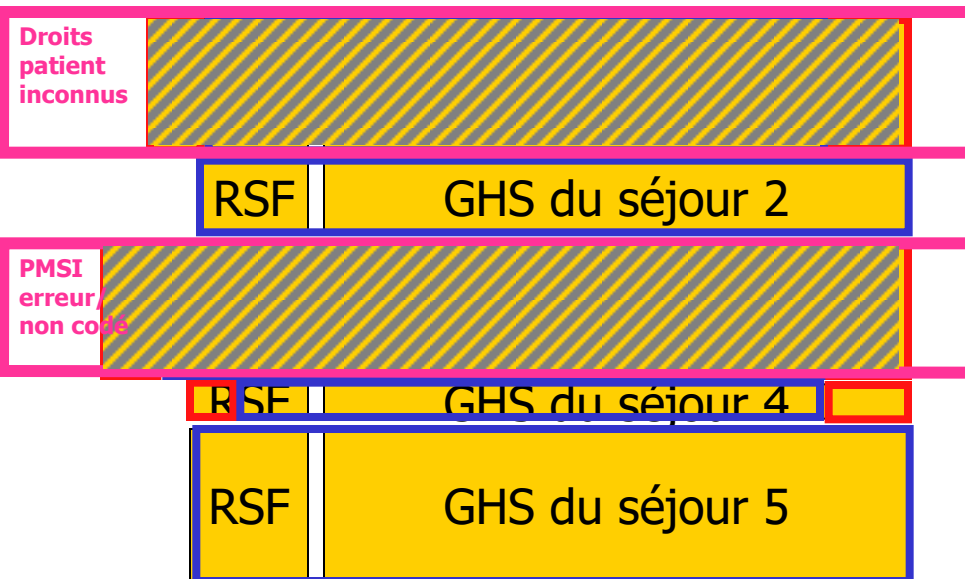
- FIDES
  - sans passer par les ARS
  - facturation séjour par séjour
- 1- calcul du ticket modérateur du patient
  - Sur la base du tarif GHS
  - La qualité du codage importe plus encore qu'avant
    - Présence ou non d'un acte exonérant => taux TM
    - Mais aussi valeur du GHS => base de calcul du TM
- 2- calcul de la part assurance maladie
  - Solde sur la base du tarif GHS



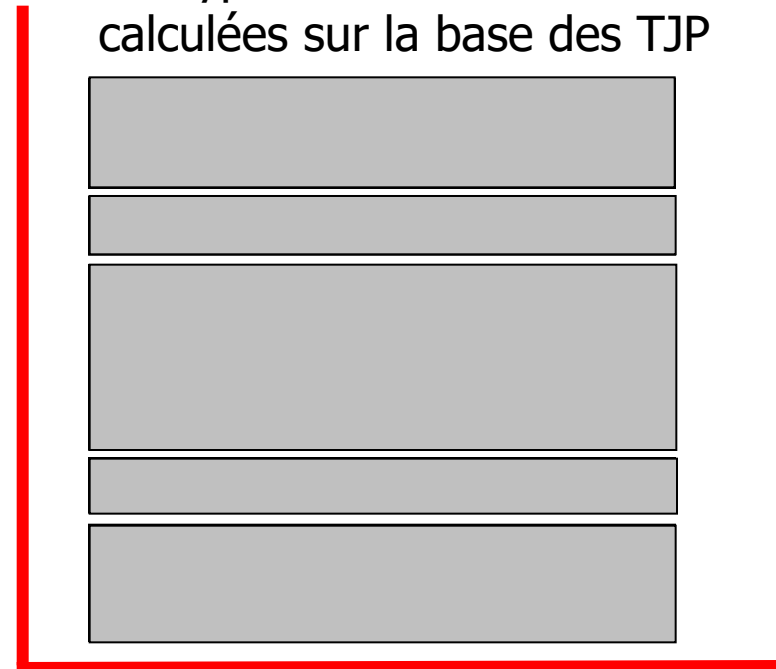
# Paieement des séjours : historique en MCO

*Phase 3 : objectif ultime, facturation directe des prestations à l'AM*

Hypothèse 1 : recettes  
calculées sur la base GHS



Hypothèse 2 : recettes  
calculées sur la base des TJP



Part AMO *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * \text{TxPecPatient}$

Part AMC/TM *pour chaque séjour* :  
 $\text{PrixGHS} * (1 - \text{TxPecPatient})$



# Historique comparé des modes de financement



## MCO ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|     |             |                   |           |
|-----|-------------|-------------------|-----------|
| DGF | T2A globale | T2A indiv anonyme | T2A Fides |
| TJP |             |                   | T2A Fides |

## MCO ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC
- Honoraires

|                                     |                             |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| TJP                                 | T2A 100%, feuilles de soins |  |  |
| TJP                                 | T2A 100%, feuilles de soins |  |  |
| Paiement à l'acte feuilles de soins |                             |  |  |

## SSR ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|     |  |     |           |
|-----|--|-----|-----------|
| DGF |  | T2A | T2A Fides |
| TJP |  |     | T2A Fides |

## SSR ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC
- Honoraires

|                                                   |             |           |           |
|---------------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| TJP                                               | T2A globale | T2A Fides |           |
| TJP                                               |             |           | T2A Fides |
| Paiement à l'acte feuilles de soins (si libéraux) |             |           |           |



## HAD ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|     |                   |           |  |
|-----|-------------------|-----------|--|
| TJP | T2A indiv anonyme | T2A Fides |  |
| TJP | T2A indiv anonyme | T2A Fides |  |

## HAD ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC

|     |                             |  |  |
|-----|-----------------------------|--|--|
| TJP | T2A 100%, feuilles de soins |  |  |
| TJP | T2A 100%, feuilles de soins |  |  |

Hypothèse raisonnable

Point présent





# Historique comparé des modes de financement

**MCO**

(Rappel)

## MCO ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|     |             |     |           |
|-----|-------------|-----|-----------|
| DGF | T2A globale | T2A | T2A Fides |
| TJP |             |     | T2A Fides |

## MCO ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC
- Honoraires

|                                     |                               |  |  |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| TJP                                 | T2A 100%, feuilles de soins   |  |  |
| TJP                                 | T T2A 100%, feuilles de soins |  |  |
| Paiement à l'acte feuilles de soins |                               |  |  |

**PSY**

## PSY ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|     |  |  |     |     |
|-----|--|--|-----|-----|
| DGF |  |  | T2A | T2A |
| TJP |  |  | T2A |     |

## PSY ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC
- Honoraires

|                                     |  |  |           |  |
|-------------------------------------|--|--|-----------|--|
| TJP                                 |  |  | T2A Fides |  |
| TJP                                 |  |  | T2A Fides |  |
| Paiement à l'acte feuilles de soins |  |  |           |  |

**EXT**

## EXT ex-DGF

- Part AMO
- Part AMC

|                   |  |                         |  |  |
|-------------------|--|-------------------------|--|--|
| Paiement à l'acte |  | Paiement à l'acte Fides |  |  |
| Paiement à l'acte |  | Paiement à l'acte Fides |  |  |

## EXT ex-OQN

- Part AMO
- Part AMC

|                                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Paiement à l'acte feuilles de soins |  |  |  |  |
| Paiement à l'acte feuilles de soins |  |  |  |  |

Hypothèse raisonnable

Point présent



# Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (1)

- Données envoyées tous les mois par le DIM :
  - Envoi cumulatif du fichier des RSA avec date de sortie  $\geq$  1<sup>er</sup> janvier
  - Envoi cumulatif des autres fichiers (ANO, FICHSUP, FICHCOMP, RAFAEL)
- Conséquences tous les mois :
  - Calcul de la dotation T2A différentielle par rapport au mois précédent
  - Signature de l'arrêté de versement (ARH/ARS)
  - Versement par la caisse pivot
- Rappel Secteur ex-OQN :
  - Un envoi mensuel cumulatif du PMSI à l'ATIH est réalisé comme dans l'ex-DGF,
  - MAIS processus de facturation entièrement distinct (factures individuelles) => pas d'arrêté de versement

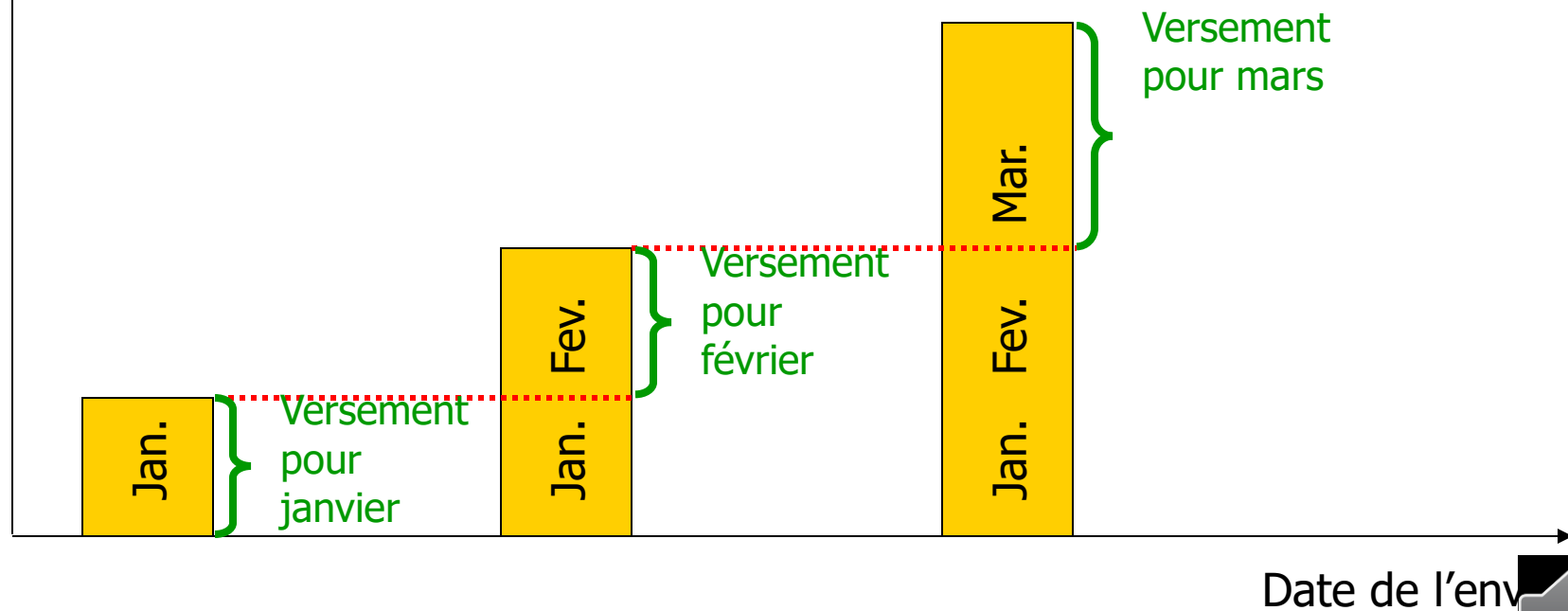


# Avant la FIDES :

# Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (2)

Montant  
calculé (€)

- L'envoi mensuel cumulé :



Date de l'env

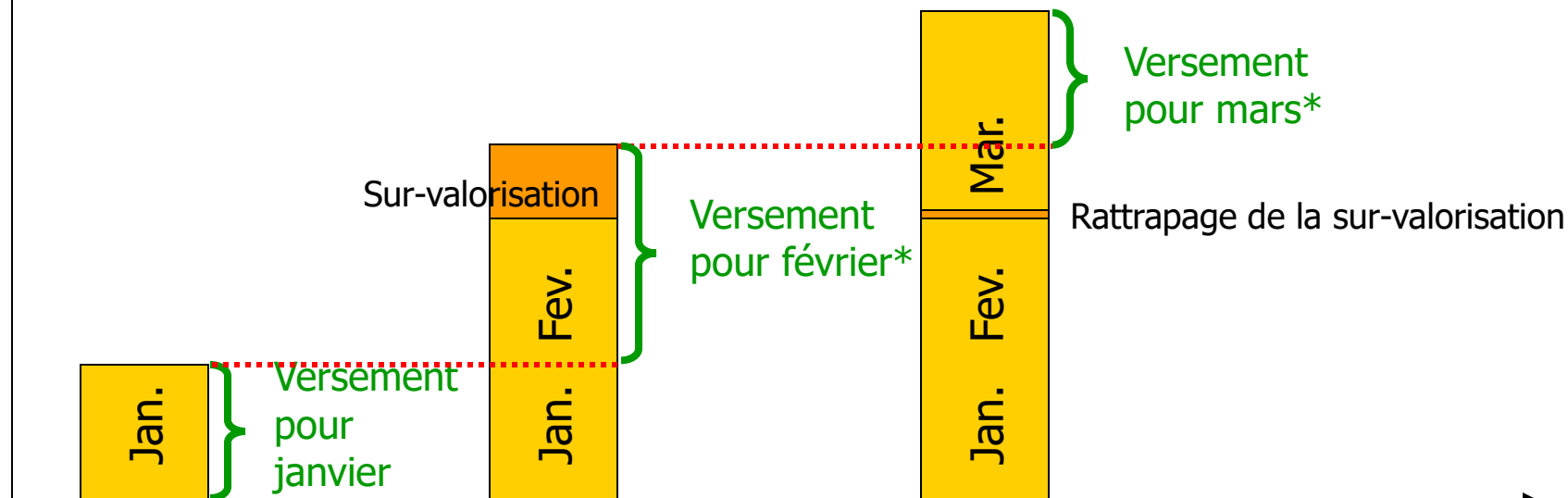


# Avant la FIDES :

# Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (3)

Montant  
calculé (€)

- Exemple de sur-valorisation puis rattrapage  
= avance de trésorerie,  
pas de fraude, pas de contentieux.



Date de l'env

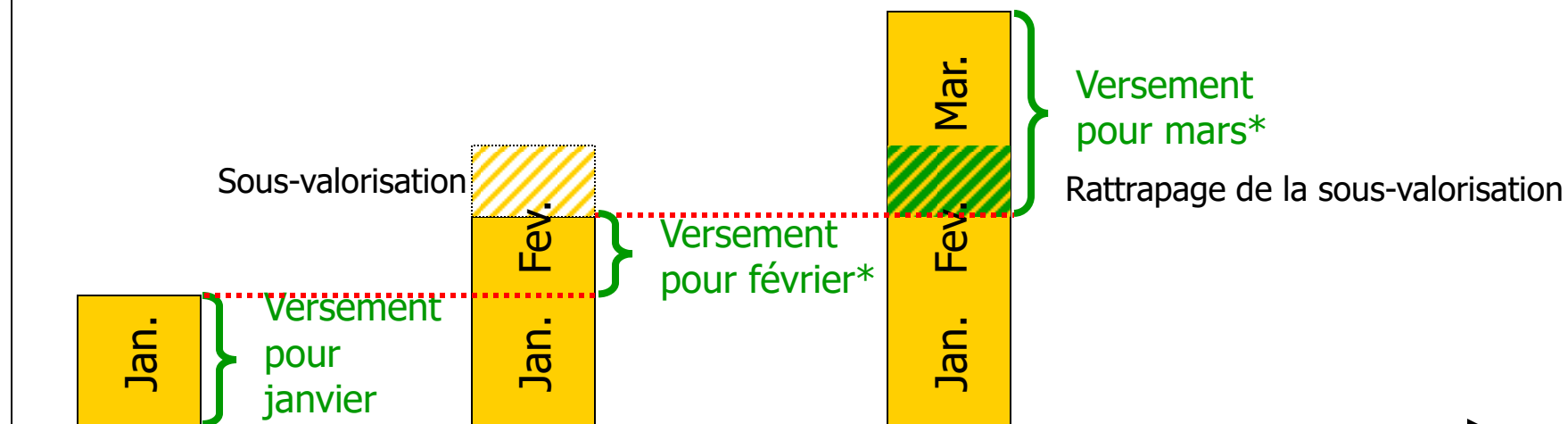
\* En réalité mécanisme de lissage => atténuation de la

# Avant la FIDES :

# Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (4)

Montant  
calculé (€)

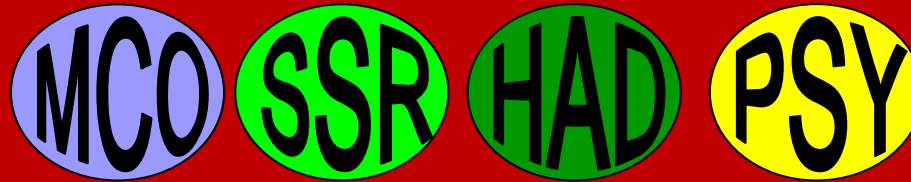
- Exemple de sous-valorisation puis rattrapage  
= retard de trésorerie,  
pas de perte, pas de contentieux.



Date de l'env

\* En réalité mécanisme de lissage => atténuation de la

# IX. Qualité de l'information



- Pré-requis :
  - I. Présentation des 5 champs
  - II. Nomenclatures, terminologies
  - Et l'une au moins des parties suivantes :
    - III. PMSI et T2A en HAD
    - IV. PMSI et T2A en SSR
    - V. PMSI en Psychiatrie (RIMP)
    - VI. PMSI et T2A en MCO
  - VIII. Facturation hospitalière
- Voir ensuite :
  - X. Références, sigles



# Le trépied du PMSI et de la facturation hospitalière

- Avant : ouverture du séjour dans le système administratif
  - Identité du patient
  - Existence de l'épisode, type (consultation, séance, hospitalisation)
  - Dates et modes d'entrée et de sortie
  - Mouvements du patient
- Pendant : codage approprié
  - Honnête, conforme à la prise en charge, conforme au guide méthodologique
  - Contrôlé par le Département d'Information Médicale (DIM)
- Après : les informations de couverture sociale sont indispensables pour facturer
  - Numéro SS, caisse, mutuelle
  - Droits spécifiques (exonération TM, ALD...)
  - Y compris pour les nouveau-nés qui n'ont pas de dossier administratif



# Production de l'information

- Codage des résumés (RUM, RPS, RPSS, RHS)
  - À chaque passage dans une unité médicale UM
  - Obligatoirement par un médecin
    - ... ou sous sa responsabilité
    - Mais codage  $\neq$  saisie
  - Lieux :
    - Codage décentralisé
    - Codage centralisé déconcentré
    - Codage centralisé
    - Codage externalisé





# Production de l'information

- Le codage est très dépendant du système d'information
  - En amont : problème de l'ouverture et la fermeture appropriées des séjours et séances !
  - Mises à jour des nomenclatures
  - Implémentation des contraintes (ex : DR ssi DP en Z...)
  - Plus-value du codage (ex : simulation de groupage et de valorisation)
  - Implémentation de contrôles facultatifs
  - Intrication ou non entre le codage et le dossier patient
  - Logiciels permettant le contrôle qualité du codage lors de la saisie, ou rétrospectivement (ex : Qualifact de PMSI pilot)



# Qui doit coder quoi ?

## Questions préalables

- Une obligation de codage peut être analysée selon plusieurs questions (les intitulés en bleu seront repris par la suite) :
  - L'outil ou terminologie est-il compréhensible par un non-spécialiste du soin ?  
Libellés simples
  - Les règles de codage sont-elles simples pour un non-spécialiste du PMSI ? (situations cliniques décrites, codes autorisés, compatibles, etc.)  
Règles simples
  - L'outil ou la terminologie est-il de petite taille ou, à défaut, est-il possible de réaliser un extrait (thésaurus) pour une personne ou un service ?  
Thésaurus possible
  - Quand peut-on, au plus tôt, coder l'information ?  
Temporalité



# Qui doit coder quoi ? Éléments de réponse par terminologie ou outil

| Outil / termino             | Champs                  | Libellés simples  | Règles simples | Thésaurus possible | Tempo-ralité  | Codeur idéal             |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|----------------|--------------------|---------------|--------------------------|
| Mouv <sup>ts</sup> , social | MCO, SSR, HAD, PSY, EXT | 😊                 | 😞              | 😞                  | Pré-admission | Personnel d'accueil      |
| CIM10                       | MCO, SSR, HAD, PSY      | 😞                 | 😞😞😞            | 😞😞😞                | Après étape   | TIM                      |
| Motifs de prise en charge   | HAD                     | 😊😊                | 😊😊             | (inutile)          | Pendant étape | Infirmière               |
| Actes CCAM                  | MCO, SSR, HAD, EXT      | 😞😞😞               | 😊              | 😊😊                 | Pendant acte  | Réalisateur (médecin...) |
| Actes CSARR                 | SSR                     | 😞                 | 😊              | 😊😊😊                | Pendant acte  | Réalisateur (kiné...)    |
| Dépendance AVQ/IK           | SSR, HAD, PSY           | 😊😊😊               | 😊              | (sans objet)       | Pendant étape | Infirmière               |
| Méd UCD, DMI LPP            | MCO, SSR, HAD, EXT      | 😞😞😞<br>code barre | 😊😊😊            | 😊                  | Délivrance    | Pharmacien               |



# Problèmes bloquants

- Doublons de patients => identito-vigilance
  - Patient non trouvé ou non utilisable et donc recréé
  - Erreurs d'orthographe et de date de naissance (étrangers)
  - Nom des femmes mariées : utiliser le nom de naissance pour l'identité
- Homonymes : nom prénom date et lieu de naissance peuvent ne pas suffire !
- Incohérence administrative des séjours :
  - Dates erronées
  - Type de venue faux : consultation, séance, séjour
  - Séjour ouvert à tort :
    - Programmé mais annulé
    - Combine pour obtenir un repas
  - RSS séance ouvert mais non fermé alors qu'une hospitalisation survient
  - Incohérence des mutations (=transferts internes)
  - => attention, règles assez différentes pour créer un séjour administrativement, et créer un résumé d'hospitalisation PMSI !!!



# Production de l'information

- Contrôle du codage par le DIM à la lecture des courriers et comptes-rendus opératoires
  - Contrôles aléatoires
  - Contrôles sur requêtes spécifiques
    - Problèmes de codage récurrents
    - Problèmes de cohérence administratif-médical
      - Discordance entre les deux SIH
      - Séjours fictifs
      - Erreurs de chaînage
  - Groupage en erreur (CM90 en MCO)
  - Émission impossible
  - Anticipation des contrôles de l'Assurance Maladie (DATIM, DALIA, requêtes maison)
- Génération et émission des fichiers par le DIM sur ePMSI
- Contrôle externe par l'Assurance Maladie



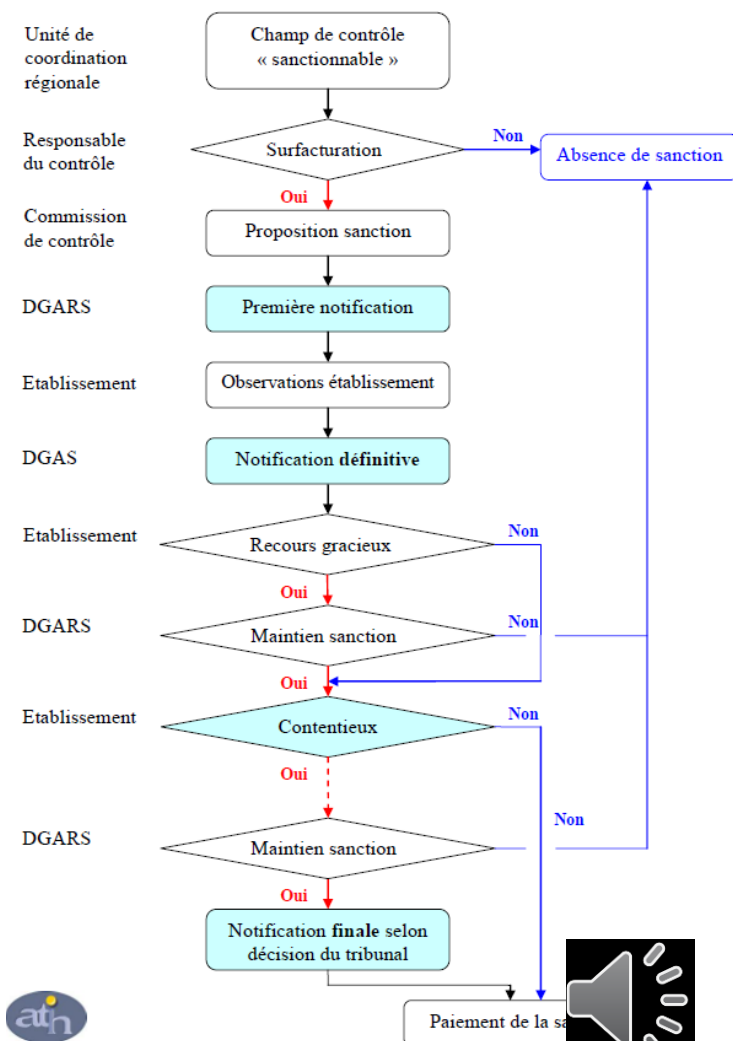
# Contrôle externe par l'Assurance Maladie : procédure en MCO

- L'assurance Maladie peut contrôler les séjours valorisés dans le PMSI : contrôle externe. Procédure rééquilibrée en octobre 2011 (NOR : ETSS1128917C)
- Cibles :
  - Priorités nationales de contrôle (ATIH, Etat, UNCAM)
  - Atypies de DATIM (cf. après)
  - Recommandations de l'INSEE sur l'échantillonnage des séjours
- Conséquences du contrôle :
  - L'établissement dispose de 30 jours pour contester, puis directeur ARS saisit la Commission de Contrôle. TASS et cour d'Appel possibles.
  - Réclamation des indus et paiement simultané des sous-valorisations
  - Sanction supplémentaire (extrapolation au-delà de l'échantillon contrôlé)
    - Au maximum la plus basse des 3 bornes :
      - Borne 1 = extrapolation aux séjours similaires en-dehors de l'échantillon
      - Borne 2 = 10 \* montant des différences sur l'échantillon
      - Borne 3 = 5% recettes annuelles totales de l'année précédente (plus complexe...)
    - Mais avec prise en compte des séjours sous-valorisés depuis octobre 2011
    - Maximum 1 fois pour la même année dans le même champ
    - Montant réel modulé selon gravité et récurrence des écarts et  $\min(B1, B2, B3)$



# Contrôle externe par l'Assurance Maladie : contentieux et résultats en MCO

- Bilan publié en 2014 sur les contrôles réalisés en 2011 sur données 2010 (<http://www.atih.sante.fr>)
- Nette diminution des sanctions demandées (contrôleurs et contrôlés plus prudents)
- Ex-DGF :
  - 32.5% des établissements contrôlés => demande de remboursement
  - 0% de contentieux tribunal administratif
  - Sanction définitive réduite de 61% / demande initiale
  - 80% lié à la circulaire frontière
- Ex-OQN :
  - 14.6% des établissements contrôlés => demande de remboursement
  - 0% de contentieux tribunal administratif
  - Sanction définitive réduite de 75% / demande initiale
  - 79% lié aux CMA (DAS réels jugés non actifs)



- DATIM
  - Détection des ATypies de l'Information Médicale
  - Programme en ligne sur ePMSI, pour MCO et HAD, exécuté automatiquement
  - Tests publiés en papier, avec tables de référence téléchargeables
- 77 tests en MCO :
  - Amélioration de la qualité (46 tests valables pour chaque séjour isolément) : *recherche de RSA avec DR alors que le DP ne commence pas par Z*
  - Repérage d'atypie (31 tests de détection d'atypie globale) : *mise en évidence des GHM avec % de décès hors norme*
- 15 tests en HAD, portant notamment sur les combinaisons suspectes ou interdites de MPP, MPA, IK, AVQ, etc.
- Conséquences
  - Déclenchement d'un contrôle Assurance Maladie, redressement si surfacturation
  - Ciblage des séjours MCO ou HAD sortis pour le contrôle





# DATIM / Ovalide, DALIA, LEDDA

en  

Séjours anonymes

ePMSI

établissement

DATIM

Liste de séjours suspects

Diagnostics d'atypie

... inutilisable par étab.  
car anonymisés

Ex : % de décès bas dans le  
GHM 01C083

Séjours non anonymes

DALIA

Liste de séjours suspects

Diagnostics d'atypie

Que l'établissement peut  
contrôler s'il le souhaite

Ex : % de décès bas dans  
le GHM 01C083

Fichiers de sauvegarde  
GENRSA ou  
PAPRICA ou  
AGRAF

LEDDA

Liste de séjours  
sélectionnés  
pour le contrôle  
externe

**DATIM** : application en ligne lancée à chaque envoi sur ePMSI

**LEDDA** : outil gratuit d'extraction des séjours pour le contrôle externe

**DALIA** : outil payant d'aide au contrôle interne. Reproduit les tests de DATIM.



# Conservation des fichiers de sauvegarde

- Les logiciels ATIH sauvegardent les épisodes émis sur ePMSI :
  - GENRSA ou AGRAF en MCO
  - GENRHA ou AGRAF en SSR
  - PAPRICA en HAD
  - PIVOINE en Psy
  - PREFACE en Ext.
  - Exemple de répertoire (dépend de l'OS et des versions) :

**C:\Documents and Settings\[nom profil]\Application Data\ATIH\[nom logiciel]\sauvegarde**

- Noms des fichiers :

**Entrée : [finess].[année].[mois].[date construction jjmmaaaahhmmss].in.zip**

**Sortie : [finess].[année].[mois].[date construction jjmmaaaahhmmss].out.zip**

- Sauvegardes utilisées pour le contrôle externe (LEDDA) et pour les enquêtes IPAQSS (LOTAS)
- Répertoire documenté sur les notices des logiciels
- Répertoire à sauvegarder impérativement !



# X. Références, sigles



# Sigles (1)

|         |                                                                    |
|---------|--------------------------------------------------------------------|
| AE      | Affection Etiologique (SSR)                                        |
| AGIRR   | Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources                      |
| ALD     | Affection de Longue Durée                                          |
| AM, AMO | Assurance Maladie Obligatoire                                      |
| AMC     | Assurance Maladie Complémentaire                                   |
| APHP    | Assistance Publique Hôpitaux de Paris                              |
| ARH     | Agence Régionale de l'Hospitalisation                              |
| ARS     | Agence Régionale de la Santé                                       |
| AT/MP   | Accident du travail / Maladie professionnelle                      |
| ATIH    | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation            |
| ATU     | Forfaits d'Accueil et de Traitement des Urgences (Externe)         |
| AVQ     | Activités de la Vie Quotidienne (SSR, HAD, PSY)                    |
| CAC     | Centre d'Activité Clinique                                         |
| CCAA    | Centre de cure ambulatoire en alcoologie                           |
| CM, CMD | Catégorie Majeure (Diagnostique) (MCO, SSR)                        |
| CMA     | Complications et Morbidités Associées (MCO, SSR)                   |
| CMAS    | Complications et Morbidités Associées Sévères (MCO)                |
| CMC     | Catégories Majeures Cliniques (SSR)                                |
| CMP     | Centre médico-psychologique                                        |
| CNAM    | Caisse Nationale d'Assurance Maladie                               |
| CNAMTS  | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés     |
| CSAPA   | Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| CSST    | Centre spécialisé de soins aux toxicomanes                         |
| DA      | Diagnostic Associé (PSY, HAD)                                      |
| DAD     | Diagnostics Associés Documentaires (MCO)                           |
| DAF     | dotation annuelle de fonctionnement                                |

# Sigles (2)

|         |                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------|
| DAS     | Diagnostics Associés Significatifs (MCO, SSR)                       |
| DATIM   | Détection des ATypies de l'Information Médicale                     |
| DCMPA   | Diagnostic correspondant au MPA (HAD)                               |
| DCMPP   | Diagnostic correspondant au MPP (HAD)                               |
| DGF     | Dotation globale de financement (ex-DGF désigne public et EPIC)     |
| DHOS    | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins       |
| DMI     | Dispositifs Médicaux Implantables                                   |
| DP      | Diagnostic principal (MCO, HAD, PSY)                                |
| DR      | Diagnostic relié (MCO)                                              |
| DRG     | Diagnoses Related Group (équivalent GHM)                            |
| EDGAR   | Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique (PSY) |
| EHPA    | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées                    |
| EHPAD   | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes        |
| EMS     | Etablissement médico-social                                         |
| ENC     | Échelle Nationale des Coûts                                         |
| ENCC    | Échelle Nationale des Coûts à méthodologie commune                  |
| ENT     | Échelle Nationale des Tarifs                                        |
| ES      | Etablissement social                                                |
| ESHAD   | Etablissement de santé d'hospitalisation à domicile                 |
| ESPIC   | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif                    |
| FAU     | Forfait Annuel Urgences (Externe)                                   |
| FFM     | Forfaits petit matériel (Externe)                                   |
| FINESS  | Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux           |
| FOIN    | Fonction d'Occulation des Identifiants Nominatifs                   |
| FP, FPP | Finalité Principale de prise en charge (SSR)                        |
| GCAP    | Grille Commune Autonomie/dépendance et PMSI (SSR)                   |

# Sigles (3)

|            |                                                      |
|------------|------------------------------------------------------|
| GHJ        | Groupes Homogènes de Journées (désuet, SSR)          |
| GHM        | Groupe Homogène de Malades (MCO)                     |
| GHPC       | Groupe Homogène de Prise en Charge (HAD)             |
| GHS        | Groupe Homogène de Séjours (MCO)                     |
| GHT        | Groupe Homogène de Tarifs (HAD)                      |
| GMD        | Groupe de Morbidité Dominante (désuet, SSR)          |
| GME        | Groupe médico-économique (SSR)                       |
| GN         | Groupe nosologique (SSR)                             |
| HAD        | Hospitalisation A Domicile                           |
| HAS        | Haute Autorité en Santé                              |
| HDT        | Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (PSY)        |
| HO         | Hospitalisation d'Office (PSY)                       |
| HTP        | Hospitalisation à temps partiel                      |
| ICR        | Indices du Coût Relatif                              |
| IEP        | Identification Externe du Patient (numéro de séjour) |
| IK         | Indice de Karnofsky (HAD)                            |
| IPP        | Identifiant Permanent du Patient (numéro de patient) |
| IPT        | Indice de Pondération Totale (HAD)                   |
| ISA        | Indice Synthétique d'Activité (désuet, MCO)          |
| IVA        | Indice de Valorisation de l'Activité (SSR)           |
| LPP        | Liste des Produits et Prestations                    |
| MCO        | Médecine Chirurgie Obstétrique                       |
| MMP        | Manifestation Morbide Principale (SSR)               |
| MON, MOLON | Molécules Onéreuses                                  |
| MPA, MA    | Mode de prise en charge associé (HAD)                |
| MPD        | Mode de prise en charge documentaire (HAD)           |

# Sigles (4)

|          |                                                                         |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|
| MPP, MP  | Motif de prise en charge Principal (HAD)                                |
| MSA      | Mutualité Sociale Agricole                                              |
| NABM     | Nomenclature des actes de biologie médicale                             |
| NGAP     | Nomenclature Générale des Actes Professionnels (lettres clef ; Externe) |
| OMS      | Organisation Mondiale de la Santé                                       |
| OPP      | Ordonance Provisoire de Placement (PSY)                                 |
| OQN      | Objectif quantifié national (désuet ; ex-OQN désigne le privé lucratif) |
| PEC      | Prise En Charge (=taux couverture assurance maladie)                    |
| PERNNS   | Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé    |
| PIA      | prestation inter-activités                                              |
| PIE      | prestation inter-établissement                                          |
| PMSI     | Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information                       |
| PSPH     | Privé participant au service public hospitalier (actuellement ESPIC)    |
| R3A      | Résumé par Acte Ambulatoire Anonymisé (=RPA anonymisé ; PSY)            |
| RAA, RPA | Relevé d'activité ambulatoire (Psy)                                     |
| RAPSS    | Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence (HAD)                                |
| REA      | supplément Réanimation (MCO)                                            |
| RGME     | Racine de groupe médico-économique (SSR)                                |
| RHA      | Résumé Hebdomadaire Anonymisé (SSR)                                     |
| RHS      | Résumé Hebdomadaire Standardisé (SSR)                                   |
| RIMP     | Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie                        |
| RPS      | Résumé par Séquence (PSY)                                               |
| RPSA     | Résumé par Séquence Anonymisé (PSY)                                     |
| RPSS     | Résumé Par Sous-Séquence (HAD)                                          |
| RSA      | Résumé de Sortie Anonymisé (MCO)                                        |
| RSF      | Résumé de Facturation Standardisé                                       |

# Sigles (5)

|          |                                                                        |
|----------|------------------------------------------------------------------------|
| RSFA     | Résumé de Facturation Standardisé Anonymisé                            |
| RSF-ACE  | Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes  |
| RSS      | Résumé de Sortie Standardisé (MCO)                                     |
| RUM      | Résumé d'Unité Médicale (MCO)                                          |
| SA       | Semaines d'aménorrhées                                                 |
| SE       | Forfaits Sécurité et Environnement (Externe)                           |
| SI       | supplément Soins Intensifs (MCO)                                       |
| SLD      | Soins de Longue Durée                                                  |
| SNIIR    | Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie |
| SRC      | supplément SuRveillance Continue (MCO)                                 |
| SSR      | Soins de Suite et de Réadaptation                                      |
| SSRHA    | Synthèse par suite de Résumés Hebdomadaires Anonymisés (SSR)           |
| SSRHS    | Synthèse par suite de Résumés Hebdomadaires Standardisés (SSR)         |
| STC      | Suppression du Taux de Conversion (=valorisation au tx réel de PEC)    |
| T2A, TAA | Tarification à l'Activité                                              |
| TJP      | Tarif Journalier de Prestation                                         |
| TM       | Ticket Modérateur                                                      |
| UCD      | Unités Communes de Dispensation                                        |
| UF       | Unité Fonctionnelle                                                    |
| UHCD     | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée                                |
| UM       | Unité Médicale                                                         |
| UMD      | unités pour malades difficiles                                         |
| VAP      | Valorisation de l'Activité de Psychiatrie                              |
| ZSTCD    | Zones de Surveillance de Très Courte Durée                             |



# Guides méthodologiques et arrêtés PMSI & T2A

- Guides méthodologiques mouvements et codage
  - MCO (17 juin 2015) <http://atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2015>
  - SSR (19 mars 2015) <http://atih.sante.fr/guide-methodologique-ssr-2015>
  - HAD (29 juin 2015) <http://atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2015>
  - PSY (9 mars 2015) <http://atih.sante.fr/guide-methodologique-psychiatrie-2015>
- Manuels de groupage
  - MCO (7 juillet 2015) <http://atih.sante.fr/manuel-des-ghm-version-definitive-11g>
  - SSR (27 mars 2015) <http://atih.sante.fr/manuel-des-gme-2015-version-2-3-0>
- Arrêtés tarifaires MCO et HAD
  - Campagne mars 2015 (11 mars 2015) : <http://atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

Attention : évolutions fréquentes. Mise à jour des liens : août 2015

# Sites techniques

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
*Presque tout : les textes réglementaires, nomenclatures, DATIM...*  
<http://www.atih.sante.fr>
- Plate-forme ePMSI  
*Émission de fichiers, tableaux MAT2A et résultats DATIM*  
<https://www.epmsi.atih.sante.fr/>
- Assurance Maladie  
*CCAM tarifante, NGAP résiduelle, NABM, forfaits en soins externes*  
<http://www.ameli.fr>
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
*Règles de facturation précisées par la DHOS*  
<http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-les-regles>

# Divers

- Télécharger ce cours mis à jour
  - <http://emmanuel.chazard.org/>
- Site de recherche de codes CIM et CCAM
  - <http://www.aideaucodage.fr/>
- Tarifs des GHS en fonction de la durée de séjour (graphes)
  - <http://ghs.cefimis.com>

# Remerciements

- L'auteur remercie les personnes qui, par leurs conseils et leur relecture, ont permis l'amélioration de ce support de cours, et notamment :
  - Dr Matthieu GENTY
  - Dr Jean-François KULIK
  - Dr Françoise MEGAS, ATIH

