

# INITIATION AU PMSI A TRAVERS LE SNDS

Formation élaborée conjointement par



HEALTH  
DATA HUB





# Sommaire

---

- 1. Introduction : la genèse du PMSI et l'évolution du financement**
- 2. L' alimentation des données du PMSI**

**Principaux concepts et exercices d'application sur :**

- 3. Le PMSI MCO**
- 4. Les Actes et Consultations Externes**
- 5. Le PMSI SSR**
- 6. Le PMSI HAD**
- 7. Le PMSI PSY**

# Introduction

- **La Genèse du PMSI**
- **Les modes de Financements (Nomenclatures CIM 10, CCAM et T2A)**
- **La Réforme**

# La genèse du PMSI – Histoire aux Etats-Unis

- **Yale, 1975 : Partant d'une base de données réelles, l'équipe de Robert Fetter construit 467 groupes iso-ressources de patients. Ce sont les Diagnosis Related Groups (DRG), définis par :**
  - \* les caractéristiques démographiques du patient,
  - \* sa pathologie et ses comorbidités,
  - \* les soins délivrés.
- **New-Jersey, 1980 : 1ère utilisation dans quelques hôpitaux avec financement à partir de l'éventail des cas traités (case-mix).**
- **1982 : Medicare, système fédéral, adopte ce système pour financer les soins de ses allocataires.**

# La genèse du PMSI – Histoire en France

Deux décisions sont prises en 1983 :

- Financement par une dotation globale, déterminée pour chaque établissement annuellement;
- Modulation de cette dotation par des indicateurs médicaux recueillis pour chaque patient traité, en s'inspirant de la méthode DRG de Robert FETTER.

On doit donc « médicaliser » les informations : c'est le « Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information »

## Le PMSI

qui deviendra

« Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information »

## Phase expérimentale :

- Création d'une Mission PMSI au sein de la Direction des Hôpitaux
- Formation de référents régionaux
- Arrêté du 14 février 1985 : Application de la réforme de 1983 portant sur la gestion et le financement des établissements ; première mention des GHM et des coûts par pathologie.
- Arrêté du 3 octobre 1985 et Circulaire du 4 octobre 1985 : Création du traitement automatisé d'informations nominatives pour déterminer des GHM ; création des Médecins DIM ; définition du contenu des RSS.

# La genèse du PMSI – Histoire en France PMSI-MCO 1983 à 1991

- Circulaire du 5 août 1986 : Première classification des GHM (V0) ; premier progiciel « Groupeur » pour une analyse locale de l'activité.
- 1988 : Constitution d'une base expérimentale 1983-1988, à partir des données médicales recueillies dans certains hôpitaux (Grenoble, Niort, etc.)
- Circulaire du 24 juillet 1989 : Généralisation du PMSI à tous les établissements publics ; transmission des données aux autorités sanitaires pour moduler la dotation globale ; première diffusion du logiciel « Groupeur » pour analyser l'activité ; organisation pratique des Départements d'Information Médicale (DIM).
- Nombreux travaux à partir de cette base (Groupe Image, CRG, CGS)

# La genèse du PMSI – Histoire en France PMSI-MCO 1983 à 1991

- Loi de 1991 – 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 ... »
- Mise en place progressive de Départements d'Information Médicale (DIM), de Médecins DIM et de Techniciens (TIM)

# La genèse du PMSI – Histoire en France 1992 à 2004

- 1992 : Parution du premier manuel d'utilisation des GHM
- Le PMSI-MCO se met peu à peu en place
- Construction des PMSI-SSR et PMSI-HAD
- Élaboration laborieuse du PMSI en Psychiatrie, le RIM-P (Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie)
- Les données deviennent de plus en plus riches, mais la classification des GHM se complexifie passant de 471 GHM en 1990 à 701 en 2004.
- Certains cliniciens s'emparent du PMSI pour leurs travaux, suivis plus tard par les épidémiologistes.

- Le PMSI devient obligatoire :
- MCO Établissements publics 1994
- Établissements privés 1996
- SSR Établissements publics 1998
- Établissements privés 2003
- HAD 2005
- RIMP - Psychiatrie 2006

# La genèse du PMSI – Histoire en France

**L'exhaustivité et la fiabilité des données augmentent d'année en année  
Les études épidémiologiques deviennent possibles**

- MCO                    1997
- SSR                    2008
- HAD                    2005
- RIM-P                 2011

# La genèse du PMSI – Activité recueillie dans chaque PMSI

	<b>Nombre de patients</b>	<b>Nombre de séjours / journées / Actes</b>	<b>Nombre de Finess PMSI</b>
<b>MCO</b>	12,4 millions	18,9 M de séjours (hospitalisation complète + ambulatoire, hors séances)	1 894
<b>SSR</b>	1 million	32,8 M de journées hospitalisation à temps complet	1 625
<b>HAD</b>	128 000	5,9 M de journées	285
<b>Psy (hospitalisation)</b>	419 000	19,1 M de journées en hospitalisation à temps complet	561
<b>Psy (hors hospitalisation, établissements sous DAF)</b>	2,1 M	21,3 M d'actes	

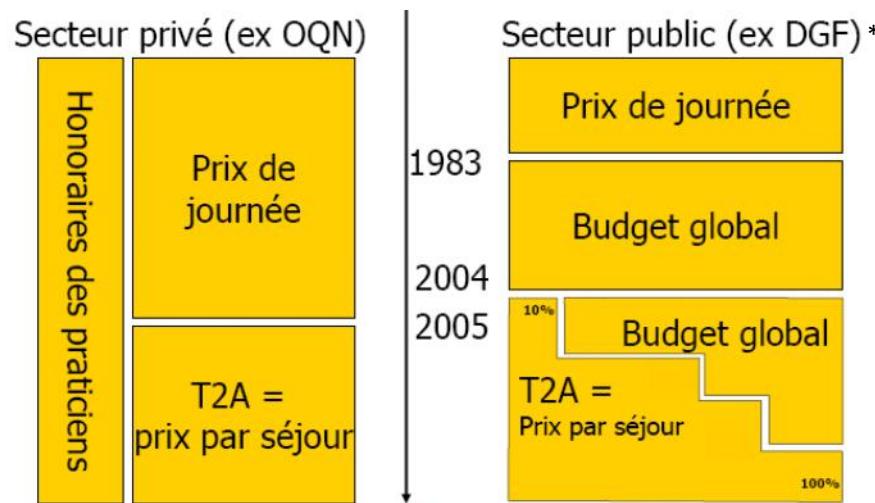
\* source: [Chiffres-clés ATIH 2019](#)

# Introduction

- **La Genèse du PMSI**
- **Les modes de Financements (Nomenclatures CIM 10, CCAM et T2A)**
- **La Réforme**

# La tarification à l'activité (T2A) – MCO/HAD

- Depuis 2004, nouveau mode de financement des établissements de santé.
- Créée dans le cadre du plan ‘Hôpital 2007’.
- Repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources évaluées.
- Remplace un double système de financement qui distinguait les établissements selon qu'ils soient publics ou privés
- Vise davantage de souplesse pour adapter les ressources aux évolutions de l'offre aux soins.



\*le secteur public renvoie aux établissements publics ainsi qu'aux ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif)

## Financements directement liés à l'activité

### SEJOURS

GHS , aménagements et suppléments : EXH, EXB =

Extrêmes

GHT (HAD)

Suppléments :

REA, REP, STF, SRC (SROS réanimation)

NN3, NN2, NN1 (Néonatalogie)

SRA, SSC (Médecine à soins particulièrement coûteux)

### AUTRES PRISES EN CHARGE

Actes externes / Consultations

Forfaits :

SE=sécurité et environnement hospitalier

FFM = soins externes

ATU = urgences

PO = prélèvement d'organes

D = dialyse

IVG

### MEDICAMENTS, DMI

(payés en sus sur liste)

## Autres financements (dotation)

### Prestations d'hospitalisation

Missions d'Intérêt général et  
d'Aide à la Contractualisation  
**(MIGAC)**

### FORFAITS ANNUELS

FAU = urgences

FAG = transplantations et greffes

CPO = prélèvements d'organes

# Introduction

- **La Genèse du PMSI**
- **Les modes de Financements (Nomenclatures CIM 10, CCAM et T2A)**
- **La Réforme**

# La réforme de la T2A – Plan santé 2022

## – Plan santé 2022

- Inclus dans le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2019
- Révision du financement des hôpitaux avec objectif de diminuer la part de la tarification à l'activité et prendre en compte la pertinence des soins en incluant une dimension qualité.
- Dès 2019 concernera les pathologies chroniques telles que le diabète et l'insuffisance rénale chronique (élargissement envisagé pour d'autres pathologies)
- Instauration d'un forfait qui globalise la prise en charge de chaque patient
- Rémunération au parcours
- Mieux soigner les patients à un moindre coût

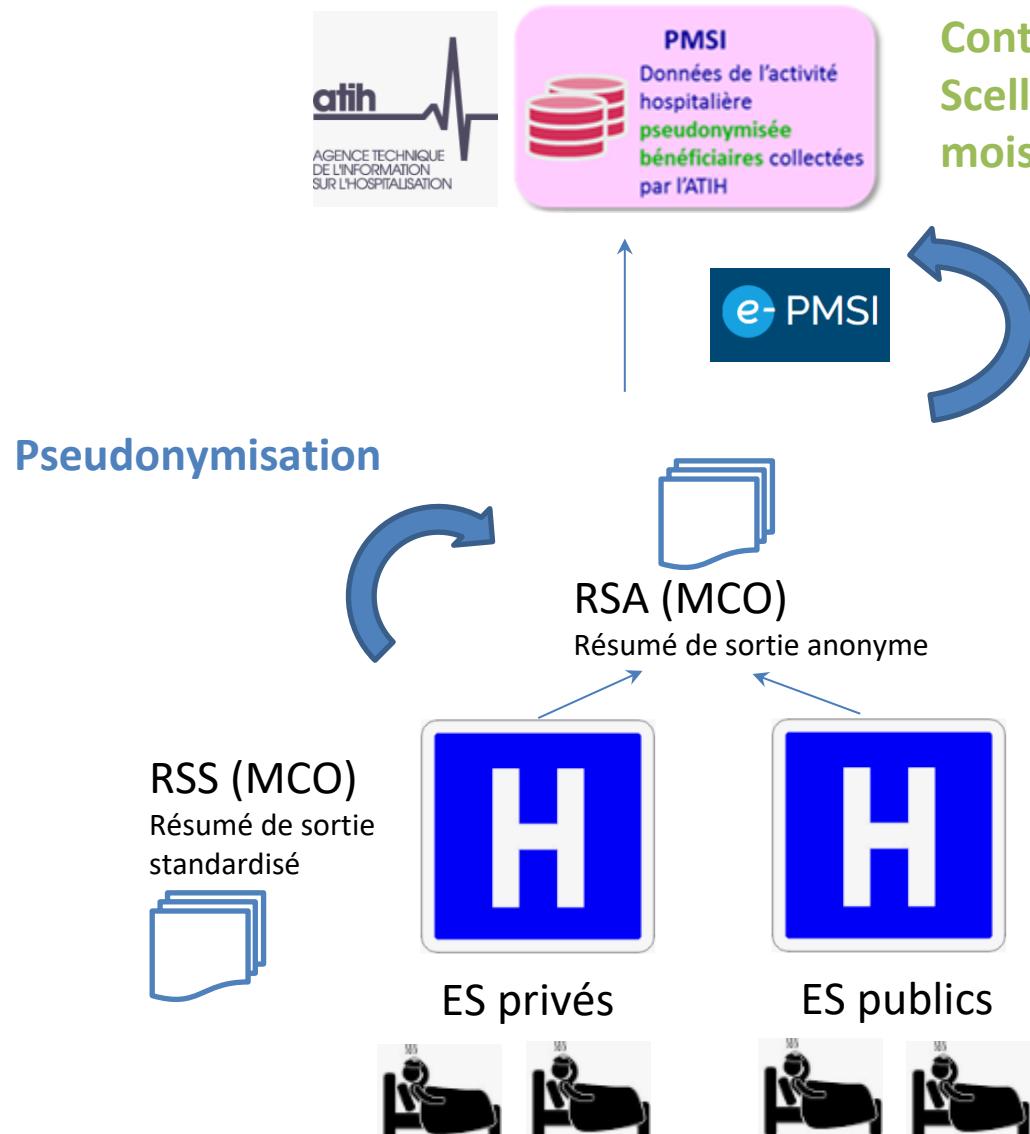
## – 2024 « Sortir de la T2A »?

Réflexion sur un nouveau modèle de financement (Part de financement sur objectifs de santé publique etc....)

# L'alimentation des données du PMSI

- Schéma d'alimentation des données du PMSI (de l'établissement à l'entrepôt ATIH)
- Intégration des tables du PMSI dans le SNDS
- Rappels : historiques, conditions d'accès et profils

# Schéma d'alimentation des données du PMSI



Contrôles qualité des bases

Scellement de la base année N au mois d'Avril N+1

Validation conjointe par les établissements et les ARS

ES publics et privés mais pas d'arrêté de versement pour les privés (activité ne conditionne pas le paiement)



Arrêté versement ES publics

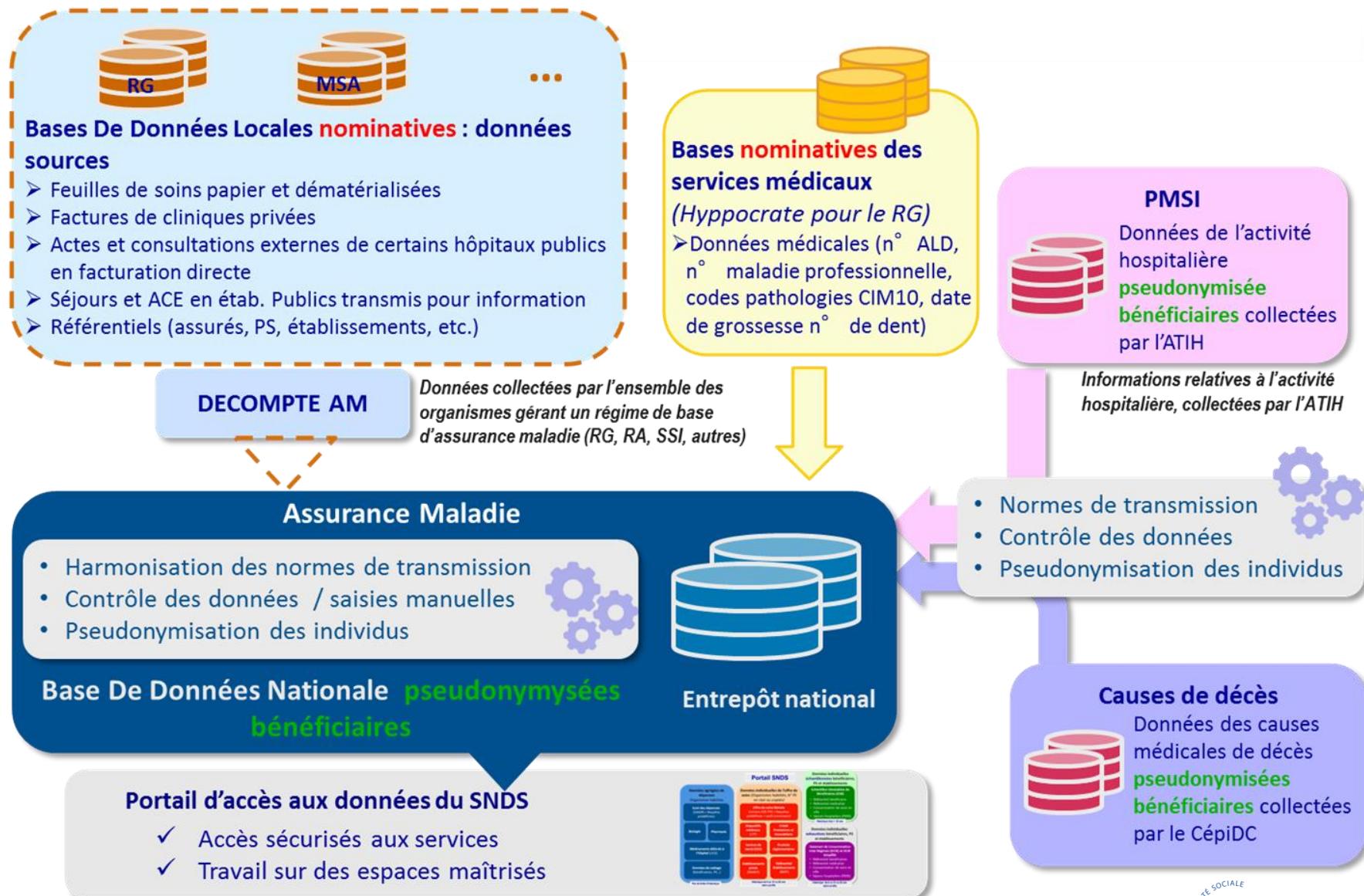
Validation ES/ARS du Mois M, le 15 du mois M+2

Pour les ES publics, la transmission ePMSI conditionne le paiement.  
Délais potentiellement plus longs pour les privés (ne conditionne pas le paiement)

# L'alimentation des données du PMSI

- Schéma d'alimentation des données du PMSI (de l'établissement à l'entrepôt ATIH)
- **Intégration des tables du PMSI dans le SNDS**
- Rappels : historiques, conditions d'accès et profils

# Intégration des données du PMSI dans le SNDS



## La pseudonymisation des identifiants bénéficiaires

### Pseudonyme



Identifier de bénéficiaire ayant subi une **pseudonymisation** afin d'empêcher la possibilité d'**identification directe** de l'individu



Règles strictes concernant la **gestion des pseudonymes du bénéficiaire**



**Changement de pseudonymisation** des identifiants bénéficiaires

tous les **2 ans** environ

**Consignes de base à suivre impérativement** afin de :

- Faciliter** les futurs traitements de migration
- Réussir la migration** de vos tables



## 5 Consignes à respecter



**1** Ne pas renommer les identifiants bénéficiaires (NIR\_ANO\_17 pour bases PMSI)

**La concaténation des variables**

**BEN\_NIR\_PSA||BEN\_RNG\_GEM**  
doit être renommée en **BEN\_NIR\_TOT**

**3** Eviter de créer des champs composites

**4** Respecter les règles de nommage SAS

- Ne pas mettre de caractères spéciaux et espaces dans vos noms de répertoires, tables ou variables car le traitement de pseudonymisation ne les détecte pas. (NB : le underscore « \_ » est toléré)
- Ne pas commencer un nom de variable par un chiffre

**5** Supprimer régulièrement les tables non utilisées

# L'alimentation des données du PMSI

- Schéma d'alimentation des données du PMSI (de l'établissement à l'entrepôt ATIH)
- Intégration des tables du PMSI dans le SNDS
- Rappels : historiques, conditions d'accès et profils

# Historique et périodicité d'alimentation du PMSI



**Historique du PMSI = 6,10 ou 20 ans max selon organisme depuis année 2005**

**Chargement du PMSI = annuel + infra annuel pour MCO, HAD, SSR et PSY depuis 2017**

## Historisation des fichiers

- PMSI MCO annuel définitif et infra annuel temporaire**
- PMSI HAD annuel et infra annuel**
- PMSI SSR annuel (et infra annuel depuis 2017)**
- PMSI PSY annuel (et infra annuel depuis 2017)**

The screenshot shows a SAP BusinessObjects InfoView interface. The left pane displays a tree view of document categories: 'Tout' (All), 'Mes favoris' (Favorites), 'Boîte de réception' (Inbox), 'Dossiers publics' (Public Folders), 'SNIRAM' (with sub-folders like 'Documentation SNIRAM', 'Actualités SNIRAM', 'DCIR', 'Documentation', 'Echantillon Généraliste Bénéficiaires', 'Formation', 'Manuels utilisateurs', and 'Offre de service'), and 'PMSI' (with sub-folders like 'Ateliers PMSI', 'PMSI - HAD', 'PMSI - MCO', 'PMSI - PSY', 'PMSI - SSR', and 'Supports de présentation du PMSI'). The right pane is a table titled 'Titre' (Title) with several rows of documents, each with a checkbox and a date or status indicator.

Titre
Ateliers PMSI
PMSI - HAD
PMSI - MCO
PMSI - PSY
PMSI - SSR
Supports de présentation du PMSI T2A du 3 et 4 juillet 2012
0. Communiqué PMSI mensuel MCO 2016 Maj le 26/10/2016
0. Communiqué sur la présence de doublons dans le PMSI MCO annu Publie le 24/11/2016
0. PMSI - communiqué rang de naissance et rang de bénéficiaire
0.Liste des tables du PMSI annuel 2005 à 2016

table	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
T_MCOxxA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T_MCOxxB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T_MCOxxBPHN							X				
T_MCOxxBPHNA							X	X	X	X	X
T_MCOxxBPHNC							X	X	X	X	X
T_MCOxxBPHNP							X	X	X	X	X
T_MCOxxC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T_MCOxxCES										v	

mensuel 2013	mensuel 2014	mensuel 2015	mensuel 2016
X	X	X	X
X	X	X	X
X	X	X	X
X	X	X	X

## Tables MCO annuelles

Aucune restriction géographique

Source des données = établissements via ATIH

- **Table annuelle définitive :**

- est une base scellée en avril de l'année suivante par l'ATIH
- est disponible courant juillet de l'année suivante dans le SNIIRAM/SNDS
- contient des tables supplémentaires par rapport aux tables mensuelles
- Avant 2018**, chaque séjour de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP), de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (APHM) et des Hospices Civils de Lyon (HCL) figure en double :
  - sous le FINESS juridique
  - et sous le FINESS géographique.

## Tables MCO infra-annuelles

- **Tables « infra annuelles » de données cumulatives, non exhaustives et non définitives**

Les variables d'identification des séjours et des Actes et Consultations Externes (ACE) sont regénérées à chaque transmission (chaque mois) de données à la CNAM.

Les tables infra-annuelles ne sont pas fournies pour les utilisateurs accédant au SNDS sur projet et travaillant sur une extraction de données DCIR-PMSI (uniquement PMSI annuel)

# Conditions d'accès : Les identifiants potentiels dans le PMSI

## ■ Dans le PMSI, présence de 2 catégories d'identifiants potentiels (rendant la ré identification possible) :

- 1 Le code postal (depuis 2020) et le code géographique de résidence du bénéficiaire
- 2 La date exacte des soins (date entrée/sortie séjour)

(il existe 3 autres identifiants potentiels SNDS non présents dans le PMSI : Année et mois de naissance du bénéf / Date exacte de décès / Commune du décès)

Tables PMSI MCO

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
Identifiant potentiel	Commune de résidence du bénéficiaire	BDI_COD	Code géographique de résidence	T_MCOxxB	A partir de 2005
				T_MCOxxFA	A partir de 2020
				T_MCOxxFASTC	A partir de 2009
	Date de soins	COD_POST	Code postal de	T_MCOxxB	A partir de 2020
				T_MCOxxFASTC,	A partir de 2020
				T_MCOxxEA	
		DAT_HOS	Date	T_MCOxxSTC	A partir de 2012
			Date	T_MCOxxSTC	2012 et 2013
			Date d'entrée	T_MCOxxC et	A partir de 2009
			Date d'entrée	T_MCOxxC et	A partir de 2009
		EXE_SOI_DTF	Date de sortie	T_MCOxxC et	A partir de 2009
		NUM_DAT_AT	Numéro accident du	T_MCOxxC, T_MCOxxFA,	A partir de 2015
		SOR_DAT	Date de sortie	T_MCOxxC et	A partir de 2009
		DAT_DEB_FAC	Date début	T_MCOxxSTC	A partir de 2017
		DAT_DEB_FAC	Date début	T_MCOxxSTC	A partir de 2017
		DAT_PEC	Date de prise en	T_MCOxxSTC	A partir de 2017

Tables PMSI HAD

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
Identifiant potentiel	Commune de résidence du bénéficiaire	BDI_COD	Code géographique de résidence	T_HADxxB	A partir de 2009
			Code postal de résidence	T_HADxxB	A partir de 2020
				T_HADxxFA	A partir de 2020
	Date de soins	ENT_DAT	Date d'entrée	T_HADxxC	A partir de 2009
			Date d'entrée (format date)	T_HADxxC	A partir de 2009
			Date de sortie (format date)	T_HADxxC	A partir de 2009
		SOR_DAT	Date de sortie	T_HADxxC	A partir de 2009
			Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	T_HADxxC et T_HADxxFA	A partir de 2015
			Date début facturation	T_HADxxSTC	A partir de 2017
			Date début facturation	T_HADxxSTC	A partir de 2017
		DAT_PEC	Date de prise en charge	T_HADxxSTC	A partir de 2017

**Attention le profil donnant accès au seul identifiant potentiel « code géographique ou postal de résidence » ne permet pas de visualiser les données médicales en même temps (causes médicales de décès, codes ALD, codes CIM10, diagnostics PMSI, N° GHS) ; il est conseillé d'utiliser le profil qui a la date des soins en priorité.**

# Conditions d'accès : Les identifiants potentiels dans le PMSI

**Tables PMSI SSR**

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
Identifiant potentiel	Commune de résidence du bénéficiaire	BDI_COD	Code géographique de résidence	T_SSRxxB	A partir de 2005
				T_SSRxxFASTC	A partir de 2015
	Date de soins	COD_POST	Code postal de résidence	T_SSRxxB	A partir de 2020
				T_SSRxxFASTC, T_SSSRxxFA	A partir de 2020
	2	ENT_DAT	Date d'entrée	T_SSRxxC	A partir de 2009
				T_SSRxxCSTC	A partir de 2013
	EXE_SOI_DTD	Date d'entrée (format date)	T_SSRxxC	A partir de 2009	
				T_SSRxxCSTC	A partir de 2013
	EXE_SOI_DTF	Date de sortie (format date)	T_SSRxxC	A partir de 2009	
				T_SSRxxCSTC	A partir de 2013
	DAT_DEB_FAC	DAT_DEB_FAC	Date début facturation	T_SSRxxSTC	A partir de 2017
	DAT_FIN_FAC	DAT_FIN_FAC	Date début facturation	T_SSRxxSTC	A partir de 2017
	DAT_PEC	DAT_PEC	Date de prise en charge	T_SSRxxSTC	A partir de 2017
	SOR_DAT	SOR_DAT	Date de sortie	T_SSRxxC	A partir de 2009
	NUM_DAT_AT	NUM_DAT_AT	Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	T_SSRxxC T_SSRxxFA et T_SSRxxFAST	A partir de 2015

**Tables PMSI PSY**

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
sensible	Commune de résidence du bénéficiaire	BDI_COD	Code géographique de résidence	T_RIPxxR3A et T_RIPxxRSA	A partir de 2007
				T_RIPxxR3S	A partir de 2020
	Date de soins	COD_POST	Code postal de résidence	T_RIPxxR3A, T_RIPxxFA	A partir de 2020
	2	ENT_DAT	Date d'entrée	T_RIPxxC	A partir de 2009
				T_RIPxxC	A partir de 2009
	EXE_SOI_DTD	EXE_SOI_DTF	Date d'entrée (format date)	T_RIPxxC	A partir de 2009
				T_RIPxxC	A partir de 2009
	DAT_DEB_FAC	DAT_FIN_FAC	Date de sortie (format date)	T_RIPxxC	A partir de 2009
				T_RIPxxC	A partir de 2009
	DAT_PEC	DAT_PEC	Date début facturation	T_RIPxxSTC	A partir de 2017
	SOR_DAT	SOR_DAT	Date début facturation	T_RIPxxSTC	A partir de 2017
	NUM_DAT_AT	NUM_DAT_AT	Date de prise en charge	T_RIPxxSTC	A partir de 2017
			Date de sortie	T_RIPxxC	A partir de 2009
			Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	T_RIPxxC et T_RIPxxFA	A partir de 2015

# Conditions d'accès : Les données médicales dans le PMSI

## Tables PMSI MCO

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
Identifiant potentiel médicale		ASS_DGN	Diagnostics associés	T_MCOxxD	A partir de 2005
		DGN_PAL	Diagnostic principal	T_MCOxxB T_MCOxxUM	A partir de 2005 A partir de 2008
		DGN_REL	Diagnostic relié	T_MCOxxB T_MCOxxUM	A partir de 2005 A partir de 2008
		ETE_GHS_NUM	Numéro de GHS (format numérique)	T_MCOxxB et T_MCOxxFB T_MCOxxVALO T_MCOxxGV<an> T_MCOxxZ	A partir de 2005 A partir de 2011 A partir de 2016 A partir de 2011
		GHS_HS_INNOV	GHS si non prise en compte de l'innovation	T_MCOxxB	A partir de 2015
		GHS_NUM .....	Numéro de GHS	T_MCOxxB et T_MCOxxFB T_MCOxxVALO T_MCOxxGV<An>	A partir de 2005 A partir de 2011 A partir de 2016
		GHS_SUP_COD	Code du supplément (n° GHS)	T_MCOxxZ	A partir de 2011
		GRC_GHM	GHM calculé par la clinique	T_MCOxxB	A partir de 2005
		GRG_GHM	GHM calculé par le GENRSA	T_MCOxxB	A partir de 2005
		ORP_COD	Code ORPHA	T_MCOxxORP	A partir de 2013

# Conditions d'accès : Les données médicales dans le PMSI

## Tables PMSI HAD

Type	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
médicale	DGN_ASS	Diagnostic associé	T_HADOxxD	A partir de 2010	
	DGN_ASS_MPP	Diagnostic lié au MPP	T_HADxxDMPP	2012, 2014 à maintenant	
	DGN_ASS_MPA	Diagnostic lié au MPA	T_HADxxDMPA	2012, 2014 à maintenant	
	DGN_PAL	Diagnostic principal	T_HADxxB	2005 à 2011, 2014 à maintenant	
	DGN_PAL1 à DGN_PAL7	Diagnostic associé 1 à 7	T_HADxxB	2007 à 2009	
	ETA_GRP_GHPC	Groupage établissement : N° du GHPC	T_HADxxB	2005 à 2009	
	ETE_GHS_NUM	Numéro de GHT (format numérique)	T_HADxxGRP et T_HADxxGRE T_HADxxFB	A partir de 2005 A partir de 2010	
	GHT_NUM	Numéro de GHT	T_HADxxGRP et T_HADxxGRE T_HADxxFB	A partir de 2005 A partir de 2010	
	GRE_GRP_GHPC	N° de GHS	T_HADxxGRE	A partir de 2010	
	PAP_GRP_GHPC	Groupage PAPRICA : N° du GHPC	T_HADxxGRP	A partir de 2005	

## Tables PMSI PSY

Type de données	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS	Années concernées (= xx)
médicale	ASS_DGN	Diagnostic associé	T_RIPxxR3AD et T_RIPxxRSAD	A partir de 2007	
	DGN_PAL	Diagnostic principal	T_RIPxxR3A et T_RIPxxRSA	A partir de 2007	
	ETE_GHS_NUM	N° de GHS (format numérique)	T_RIPxxFB	A partir de 2010	
	GHS_NUM	N° de GHS	T_RIPxxFB	A partir de 2010	

# Conditions d'accès : Les données médicales dans le PMSI

## Tables PMSI SSR

Type	Catégorie de données sensibles	Variable	Libellé Variable	Table SAS
médicale	ASS_DGN_1 à ASS_DGN_5	Diagnostic associé n°1 à 5	T_SSRxxB	
	ASS_DGN_6 à ASS_DGN_20	Diagnostic associé n°6 à 20	T_SSRxxB	
	DGN_COD	DAS	T_SSRxxD	
	ETE_GHS_NUM	N° GHS (format numérique)	T_SSRxxFB	
	ETL_AFF	Affectation étiologique	T_SSRxxB	
	FP_PEC	Finalité principale de prise en charge	T_SSRxxB	
	GHJ_COD	Code GMD	T_SSRxxGHJ	
	GHS_NUM	N° GHS	T_SSRxxFB	
	GME	GME	T_SSRxxGME	
	GME_COD	GME	T_SSRxxGME	
	GMT_NUM	N° GMT	T_SSR7xxB et T_SSRxxGME	
	GRC_GHJ	GHJ de l'établissement	T_SSRxxB	
	GRC_GME	GME - Groupage Etablissement	T_SSRxxB	
	GRG_GHJ	GHJ du GENRHA	T_SSRxxB	
	GRG_GME	GME - Groupage GENRHA	T_SSRxxB	
	MOR_PRP	Manifestation morbide principale	T_SSRxxB	

# Dans le concret : les tables PMSI du portail SNDS

## Tables PMSI MCO annuelles

ORAVUE (prefixées T\_MCO) =  
Séjours et diagnostics hospitaliers

	T_MCO20A
	T_MCO20B
	T_MCO20C
	T_MCO20CSTC
	T_MCO20D
	T_MCO20DIALP
	T_MCO20DMIP
	T_MCO20E
	T_MCO20FA
	T_MCO20FASTC
	T_MCO20FB
	T_MCO20FBSTC
	T_MCO20FC
	T_MCO20FCSTC
...	

...

Et tables infrannuelles  
MCO/HAS/SSR/PSY

## Tables PMSI HAD annuelles

ORAVUE (prefixées T\_HAD) =  
Hospitalisation à domicile

	T_HAD20A
	T_HAD20B
	T_HAD20C
	T_HAD20D
	T_HAD20DMPA
	T_HAD20DMPP
	T_HAD20E
	T_HAD20EHPA
	T_HAD20FA
	T_HAD20FB
	T_HAD20FC
...	

...

	T_MCO21_10A
	T_MCO21_10B
	T_MCO21_10C
	T_MCO21_10CSTC
	T_MCO21_10D
	T_MCO21_10DIALP
	T_MCO21_10DMIP
	T_MCO21_10E
	T_MCO21_10FA
	T_MCO21_10FASTC
	T_MCO21_10FB
	T_MCO21_10FBSTC
...	

...

## Tables PMSI PSY annuelles

ORAVUE (prefixées T\_RIP) =  
Séjours psychiatriques

	T_RIP20C
	T_RIP20CCAM
	T_RIP20CSTC
	T_RIP20E
	T_RIP20FA
	T_RIP20FB
	T_RIP20FC
	T_RIP20FH
	T_RIP20FI
	T_RIP20FL
	T_RIP20FM
	T_RIP20FP
	T_RIP20R3A
	T_RIP20R3AD
...	

...

## Tables PMSI SSR annuelles

ORAVUE (prefixées T\_SSR) = Soins  
de Suite et de Réadaptation

	T_SSR20B
	T_SSR20C
	T_SSR20CCAM
	T_SSR20CSARR
	T_SSR20CSTC
	T_SSR20D
	T_SSR20DIALP
	T_SSR20E
	T_SSR20FA
	T_SSR20FASTC
	T_SSR20FB
	T_SSR20FBSTC
	T_SSR20FC
	T_SSR20FCSTC
...	

...

Attention : N° d'envoi et  
pas n° de mois

# Dans le concret : les tables PMSI du portail SNDS

## ■ Documentation dans le portail SNIIRAM/PMSI

iel | Liste de documents | Ouvrir | Envoyer à |

Nouveau | Ajouter | Organiser | Actions

SNIIRAM

- \_Documentation SNIIF
- + Actualités SNIIRAM
- + Cartographie
- + DCIR-DCIR Simplif
- + Documentation
- + EGB
- + Formation
- + Manuels utilisateur
- Offre de service
- PMSI
  - Ateliers PMSI
  - PMSI - HAD
  - PMSI - MCO
  - PMSI - PSY
  - PMSI - SSR

Titre	Dernier
0. Formats MCO 2018 infraannuel complet MAJ 13/12/2018	
1. Formats MCO 2017 annuel complet MAJ 25/06/2018	
2. Formats MCO 2017 infraannuel complet MAJ 18/12/17	
3. Communiqué suppression doublons dans PMSI MCO Publié le 8 décembre 2016	
4. Table et variable MCO mensuel maj 05/09/2016	
5. Tables et variables MCO 2015 maj 05/09/2016	
6. Tables et variables MCO 2012 mis à jour le 30 septembre 2015	
7. Tables et variables MCO mensuel 2015 maj du 28 déc 2015 suite renommage variables -	

Tableau Excel décrivant les tables, les formats de variables, ....tous PMSI

# Dans le concret : les tables PMSI du portail SNDS

## ■ Liste des tables, champs, création / Formats des variables, descriptions...

### Liste des tables

Onglet	Table correspondante	Description
A	T_MCOaaA	Acte CCAM
B	T_MCOaaB	Description du Séjour
C	T_MCOaaC	NIR patient et Dates de soin
D	T_MCOaaD	Diagnostic associé
E	T_MCOaaE	Etablissement
UM	T_MCOaaUM	Unité médicale
GV2017	T_MCOaaGV2017	Table de passage en version de GHM à partir de mars de l'année
GV2018	T_MCOaaGV2018	Table de passage en version de GHM à partir de mars de l'année suivante
UPGV	T_MCOaaUPGV	Types d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides
LEG	T_MCOaaLEG	Fichier donnant toutes les erreurs détectées par la fonction groupage
STC	T_MCOaaSTC	Prise en charge
VALO	T_MCOaaVALO	Valorisation des séjours
DMIP	T_MCOaaDMIP	Fich comp dm en sus
DIALP	T_MCOaaDIALP	Fich comp dialyse péritonéale en sus
IVG	T_MCOaa_nnIVG	Fich comp IVG
MED	T_MCOaaMED	Fich comp medicament en sus
MEDATU	T_MCOaaMEDATU	Fich comp médicament soumis à autorisation temporaire d'utilisation
MEDTHROMBO	T_MCOaaMEDTHROMBO	Fich comp Méd. thrombolytiques pour le traitement des AVC ischémiques
PIE	T_MCOaaPIE	Fich comp prestation inter établissement
PORG	T_MCOaaPORG	Fich comp prélèvement d'organe
Z	T_MCOaaZ	Fich comp radiothérapie
VALOACE	T_MCOaaVALOACE	Valorisation des actes et consultations externes
CSTC	T_MCOaaCSTC	ACE NIR/date
FASTC	T_MCOaaFASTC	ACE Entete facture
FBSTC	T_MCOaaFBSTC	ACE Prestation
FCSTC	T_MCOaaFCSTC	ACE Honoraire
FHSTC	T_MCOaaFHSTC	ACE medicament en sus
FLSTC	T_MCOaaFLSTC	ACE biologie NABM
FMSTC	T_MCOaaFMSTC	ACE actes CCAM
FPSTC	T_MCOaaFPSTC	ACE DM1 en sus
FA	T_MCOaaFA	OQN Entete facture
FB	T_MCOaaFB	OQN Prestation
FC	T_MCOaaFC	OQN Honoraire
FI	T_MCOaaFI	OQN Interruption séjour
FL	T_MCOaaFL	OQN biologie NABM
FH	T_MCOaaFH	OQN medicament en sus
FM	T_MCOaaFM	OQN actes CCAM
FD	T_MCOaaFD	OQN DM1 en sus

I Liste\_tables Liste\_variables Liste\_Doublons\_Etab\_Géo A B C D E UM DMIP STC VA

Table A : Table des actes

Nom variable	Libellé	Type	Longueur
STA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI	char	9
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA	char	3
RSA_NUM	N° d'index du RSA	char	10
ENT_DAT_DEL	Délai depuis la date d'entrée	num	3
CDC_ACT	Code CCAM	char	7
EXT_PMSI	Extension PMSI	char	3
PHA_ACT	Phase	char	1
ACV_ACT	Activité	char	1
DOC_ACT	Extension documentaire	char	1
MOD_ACT	Modificateurs	char	4
REM_EXP_ACT	Remboursement exceptionnel	char	1
ANP_ACT	Association non prévue	char	1
VBR_EXE_ACT	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour	num	2
cmp_dat	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du	char	1



# Nomenclatures et classifications dans le PMSI

# Classifications et nomenclatures utilisées dans le PMSI

## ■ Une classification internationale CIM-10 pour les diagnostics

- Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes – 10<sup>ème</sup> révision V0 : 1893
- Cim-10 version française
- Cim-11 : à venir

## Différentes nomenclatures nationales tous PMSI

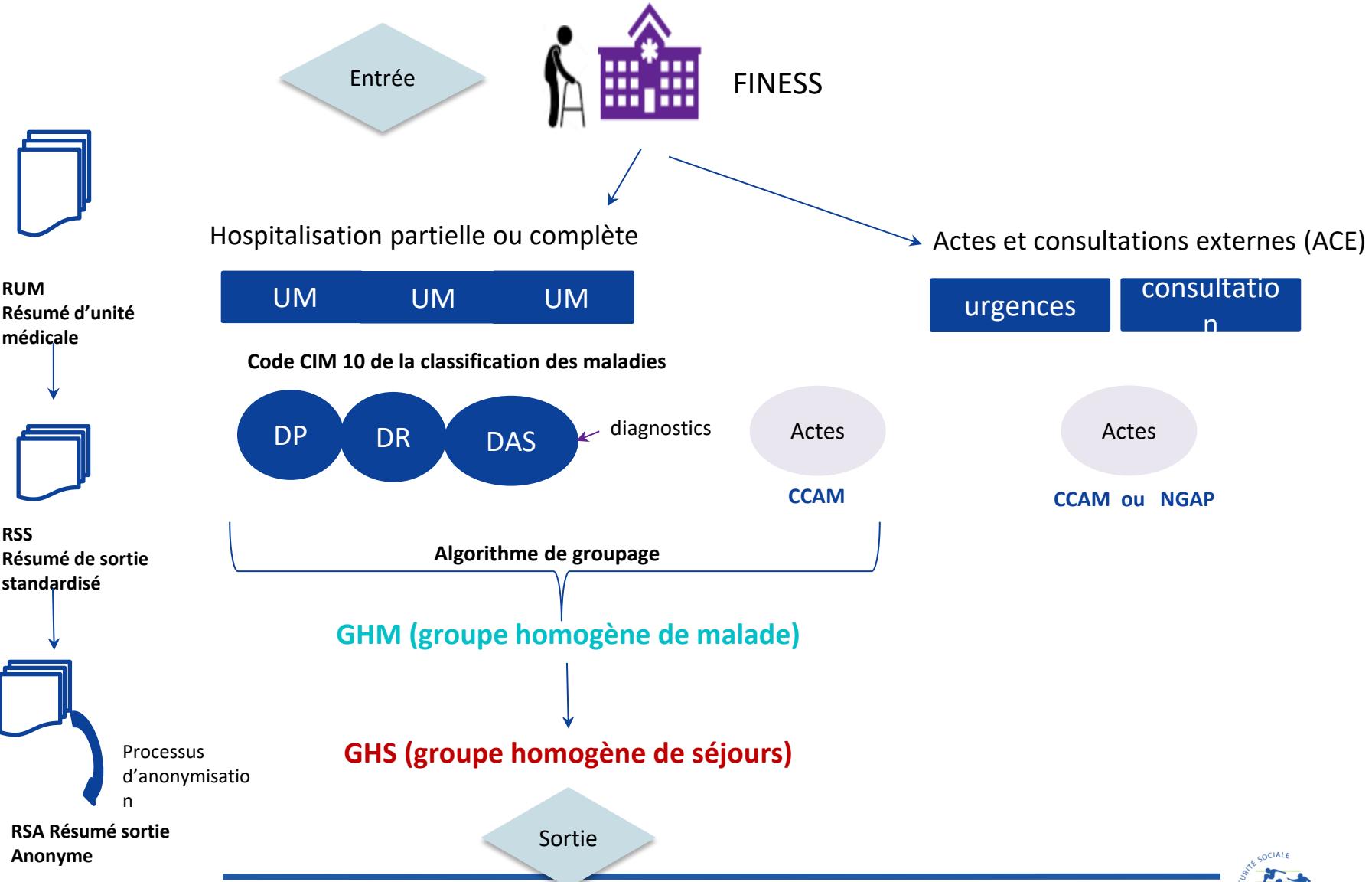
(y compris le RIM-P pour la CCAM à partir de 2017)

- **NGAP : nature de prestation codée en B2 et non en PS5 (C, B, AMI, ...)**
- **CCAM : actes techniques médicaux et dentaires**
  - « Classification commune des actes médicaux »
  - V0 : janvier 2002
  - À partir de 2017 pour le RIM-P
- **UCD et LPP : médicaments coûteux et dispositifs médicaux**
- **CSARR : actes de rééducation et réadaptation (PMSI SSR uniquement)**
- **EDGARX : actes en ambulatoire en psychiatrie (RIM-P uniquement)**

# PMSI MCO : principaux concepts et exercices

# Schéma simplifié des concepts

Chaque concept fera l'objet d'une présentation spécifique



## Définition

Le **Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)** recense l'ensemble des établissements de santé.

A chaque établissement et à chaque entité juridique est attribué un numéro FINESS à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro du département d'implantation

Pour tous les départements d'Outre-Mer, les deux premiers caractères sont 97 et le quatrième caractère précise dans ce cas, le département : 1 = Guadeloupe, 2 = Martinique, 3 = Guyane et 4 = Réunion. Pour Saint-Pierre-et-Miquelon, les deux premiers caractères sont 97 et le quatrième caractère est le 5. Pour Mayotte, les deux premiers caractères sont 98.

**Dans le PMSI, l'entité qui fait référence diffère selon le cas :**

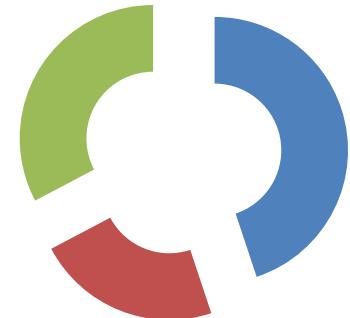
- Secteur public (ex DGF) : entité **juridique** (paiement déclenché sur le juridique)
- Secteur privé (ex OQN) + ESPIC : entité **géographique** (T2A pour chaque établissement)

## Les catégories d'établissements

Il existe 2 grandes catégories d'établissements

### ✓ Public (ex-DGF : Dotation Globale de Financement)

- Les centres hospitaliers universitaires/régionaux (CHU/CHR)
- Les centres Hospitaliers (CH) classés en 3 catégories suivant leur taille. Les ex-hôpitaux locaux (HL) en font partie.
- Les établissements Privés participant au service public hospitalier (ESPIC : établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement PSPH) : les centres de lutte contre le cancer (CLCC) en font partie.



- Secteur public
- Secteur privé non lucratif
- Secteur privé à but lucratif

Source DREES les établissements de santé 2018

### ✓ Privé (ex-OQN : Objectif Quantifié National)

- Etablissements Privés ne participant pas au service public (à but lucratif)

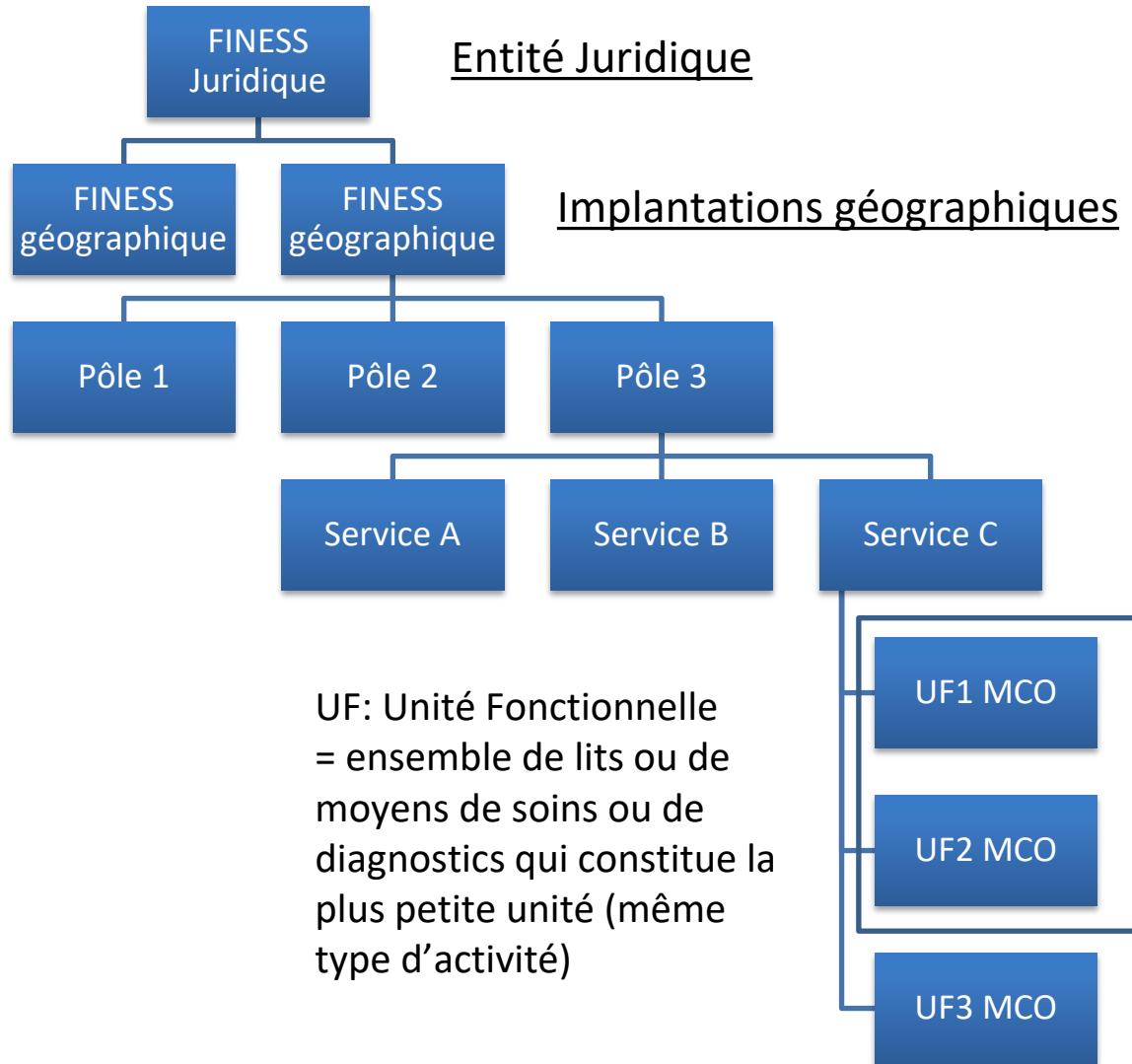
## Les activités de soins

Ce sont les ARS qui autorisent les activités de soins pour 5 ans. Le renouvellement se fait après analyse des besoins du territoire.

- chirurgie (ambulatoire/hospitalisation complète)
  - médecine (ambulatoire/hospitalisation complète)
  - obstétrique
  - SSR
  - psychiatrie
  - HAD
  - dialyse
  - réanimation
  - cancérologie
  - EML (équipement et matériel lourd)
- Etc.

Attention, le codage d'une activité spécifique non autorisée n'a pas forcément d'impact sur la T2A. Un établissement peut donc se faire payer pour une activité spécifique qu'il n'a pas le droit d'exercer. L'assurance maladie peut toutefois réaliser des contrôles a posteriori.

# Notions de structure, découpage des établissements



Attention, l'ARS n'autorise pas un nombre de lits mais une activité, l'établissement est libre de structurer son activité.



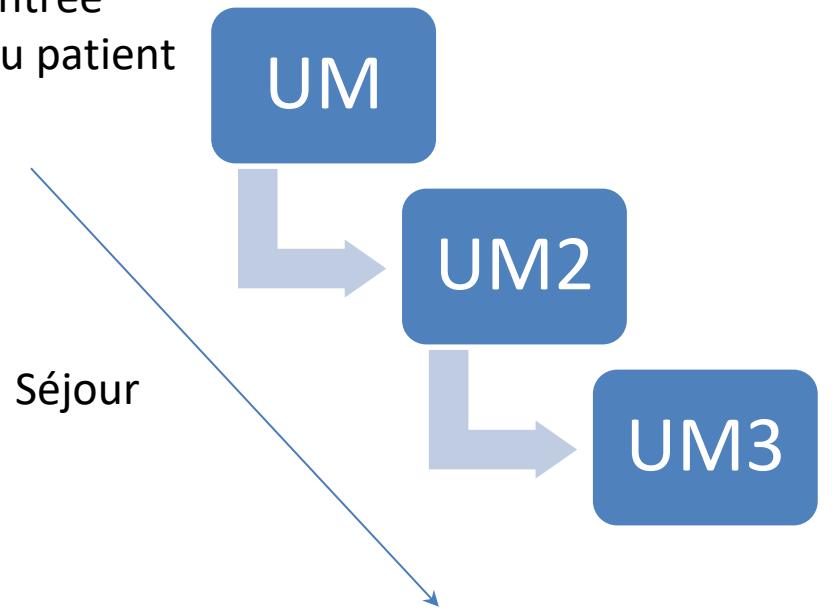
**Unité médicale (UM)**  
**Elle est caractérisée par l'autorisation d'activité**

Créée pour le PMSI, elle reprend la notion d'activité médicale homogène avec possibilité d'identification des moyens et d'affection des charges.

**Depuis 2020, n°UM séquentiel/ anonymisé pour distinguer plusieurs UM de même type au sein d'un même ES.**

# Les RUM et les Unités médicales

Entrée  
du patient



RUM : Résumé d'Unité Médicale  
A chaque RUM correspond un ou plusieurs diagnostics.

## Quelques exemples UF et leur correspondance en UM

CodeUF actuel	Code UM	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SA
01	01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01	01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02	02A	Soins intensifs en cardiologie = USIC	HC	Médecine
02	02B	Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néonatalogie)	HC	Médecine
03	03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03	03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
04	04	Néonatalogie sans SI	HC	Médecine
05	05	Soins intensifs en néonatalogie	HC	Médecine
06	06	Réanimation néonatale	HC	Médecine

## Hospitalisation (séjours)

Par **hospitalisation**, on entend :

- l'hospitalisation complète, dont l'hospitalisation de semaine, ou hospitalisation avec hébergement ;
- l'hospitalisation à temps partiel, dont l'hospitalisation de jour et de nuit (date d'entrée = date de sortie), l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire, les séances ou l'hospitalisation sans hébergement.

## Séances

Au sens du PMSI, **une séance** est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : épuration extrarénale, chimiothérapie pour tumeur, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine.

## Actes et consultations externes

**Les actes et consultations externes (ACE)** sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et non lucratifs.

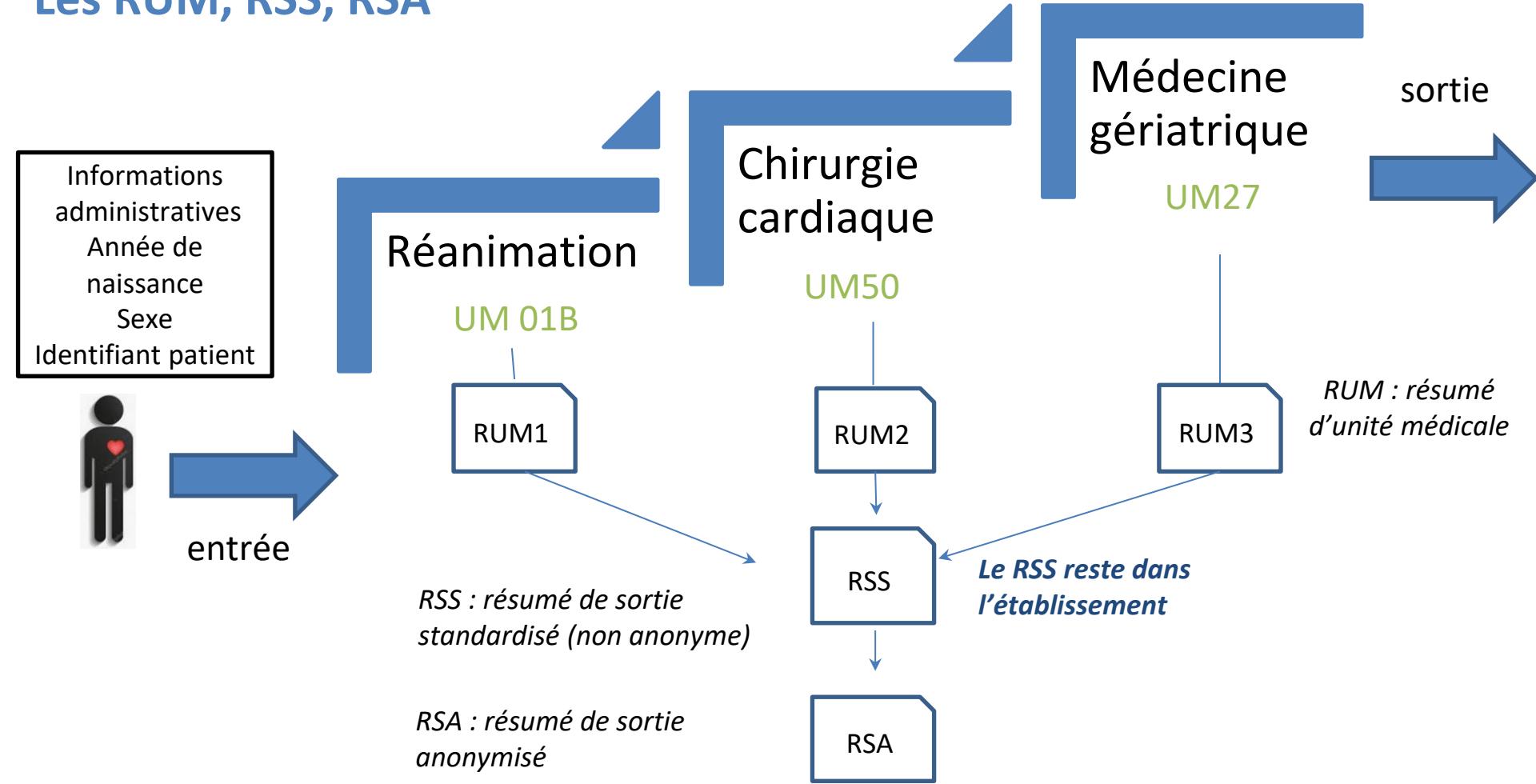
On entendra sous le terme « Actes et consultations externes » non seulement **les actes et consultations réalisées dans le cadre de l'activité externe de l'établissement de santé mais également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation.**

Les ACE ne concernent que les *ES publics et ESPIC* puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l'activité externe relève du champ libéral.

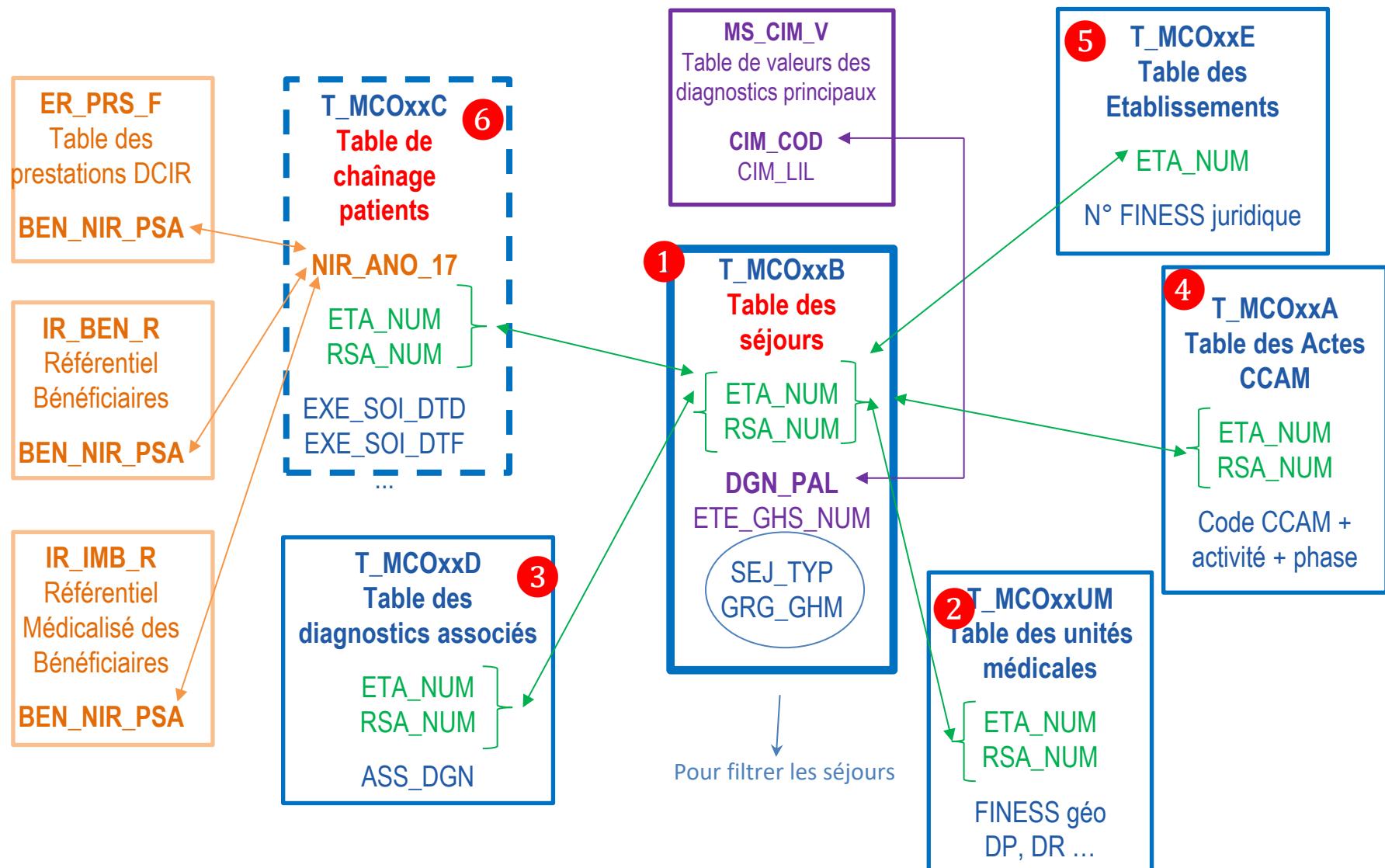
Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville.

# Les RUM, RSS, RSA

## Les RUM, RSS, RSA



# PMSI MCO : structuration des tables dans le SNDS (modèle en étoile)



1 6 : 1 ligne/séjour

2 3 4 : ≥ 1 ligne/séjour

# Les tables PMSI MCO : Les tables complémentaires

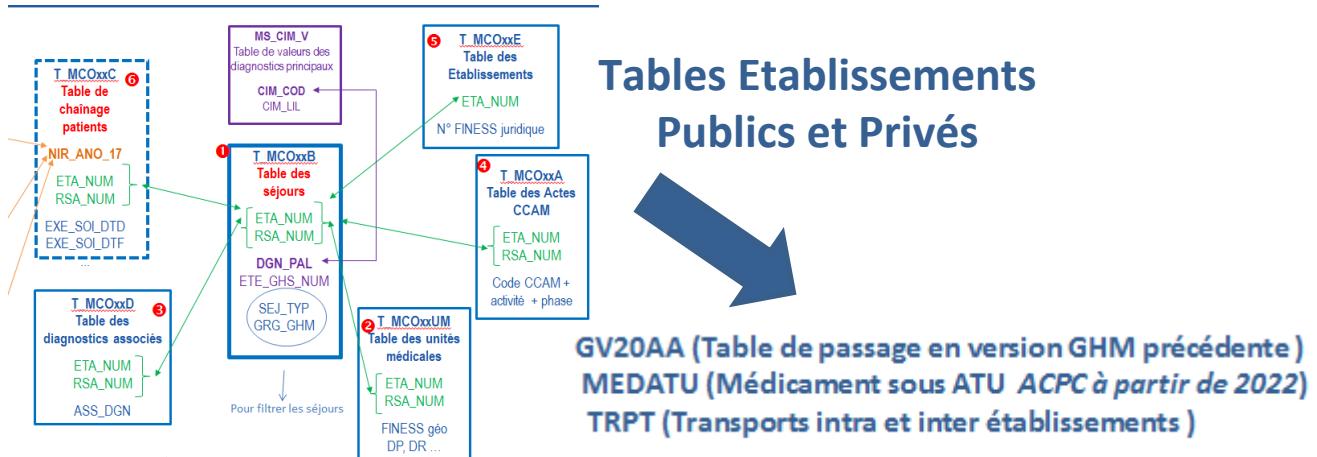
Variables de jointure:  
ETA\_NUM  
RSA\_NUM

Nom des tables :  
« T\_MCO16 » + lettre(s)

↑  
Données MCO en 2016

Tables Etablissements  
Publics uniquement

STC (prise en charge)  
VALO (Valorisation des séjours des étbs publics >2011)  
Fichcomp: Produits et Prestations valorisées en plus du séjour  
MED (Médicaments Onéreux en Sus)  
DMIP (Dispositifs Médicaux Implantables)  
IVG (IVG)  
DIALP (Dialyse péritonale en sus)  
MEDTHROMBO (Méd. thrombolytiques pour les AVC ischémiques)  
PIE (Prestations Inter établissement)  
PORG (Prélèvement d'organe)  
Z (radiothérapies)...



Tables Etablissements  
Privés uniquement

FA (prise en charge du séjour)  
FB (valorisation des prestations Hospitalières)  
FC (valorisation des honoraires)  
FH (Médicaments Onéreux en Sus)  
FP (Dispositifs Médicaux Implantables)  
FI (interruption de séjour)  
FM (Actes CCAM plus détaillés mais sans valo)  
FL (Actes biologie NABM)  
FP (DMI en sus)

Un séjour est identifié par :

- le numéro Finess de transmission PMSI de l'établissement : **ETA\_NUM**,
- le numéro du Résumé de Sortie Anonymisé du séjour : **RSA\_NUM**

Pour une année de soins donnée, ces 2 variables servent de critères de jointure entre toutes les tables de séjours.

Tables de séjours d'une **année AA** = séjours qui se sont terminés au cours de cette année.

Exemple : T\_MCO16C → séjours terminés en **2016**

Un séjour identifié avec un RSA\_NUM = X en juillet sera identifié avec un RSA\_NUM = Y dans la base d'août. A chaque transmission, les établissements renvoient à l'ATIH l'ensemble des séjours et ACE terminés depuis le début de l'année, le contenu des séjours peut donc être modifié entre 2 envois.

## La table : commune aux établissements publics et privés

Nom variable	Libellé
ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA
RSA_NUM	N° d'index du RSA
TAR_SEQ_NUM	Numéro séquentiel de tarifs
GRG_VER	Groupage établissement obtenu par GENRSA
GRG_GHM	GHM calculé par le GENRSA
GRG_RET	Code retour obtenu par le GENRSA
NBR_RUM	Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)
DGN_PAL	Diagnostic principal
AGE_ANN	Age en années
AGE_JOU	Age en jours
COD_SEX	Sexe
ENT_MOD	Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO
ENT_PRV	Provenance
SOR_MOD	Mode de sortie du champ PMSI-MCO
SOR_DES	Destination
SEJ_TYP	Type de séjour
SEJ_NBJ	Durée totale du séjour dans le champ du PMSI (vide si séances)
BDI_COD	Code géographique de résidence
POI_NAI	Poids d'entrée (en grammes)
AGE_GES	Age gestationnel
DEL_REG_ENT	Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée
NBR_SEA	Nombre de séances
GHS_NUM	Numéro de GHS (du GHM GENRSA)
BEH_NBJ	Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute
BEB_SEJ	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
EXB_NBJ	Nb journées EXB
UHCD_TOP	Top UHCD
TOP_GHS_MIN_SUS	Top GHS minoré
SEJ_COD_CONF	Confirmation du codage du séjour

Variables de jointure :  
ETA\_NUM ; RSA\_NUM

C'est la table principale, elle contient l'essentiel de l'information médicale, des informations permettant la valorisation du séjour et quelques informations sur le patient

Variables utilisées pour filtrer les séjours

La table des valeurs des diagnostics principaux  
MS\_CIM\_V est stockée dans ORAVAL : la variable CIM\_LIL donne le libellé du code du diagnostic CIM\_COD (= DGN\_PAL dans T\_MCOAAB)

La table T\_MCOAAB contient une ligne par séjour identifié par le couple ETA\_NUM || RSA\_NUM

# 1 Les bases PMSI MCO : la table B (T\_MCOAAB) : table des séjours

## Variables sur les bénéficiaires

Nom variable	Libellé
ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
RSA_NUM	N° d'index du RSA
COD_SEX	Sexe
AGE_ANN	Age en années
AGE_JOU	Age en jours
BDI_COD	Code géographique de résidence
COD_POST	Code postal
POI_NAI	Poids d'entrée (en grammes)
AGE_GES	Age gestationnel
SOR_MOI	Mois de sortie
SOR_ANN	Année de sortie

### Informations relatives à l'identité du patient

- L'âge est indiqué en jours pour les patients âgés de moins d'un an, en années pour les autres, seule une des deux variables **AGE\_ANN** et **AGE\_JOU** peut être renseignée à la fois.
- Le poids d'entrée en grammes dans l'unité médicale **POI\_NAI** est indiqué pour les enfants de moins de 29 jours.
- L'âge gestationnel **AGE\_GES** est indiqué en nombre de semaines révolues depuis l'aménorrhée.
- Le code géographique de résidence **BDI\_COD** correspond généralement au code postal. Depuis 2020 le code postal **COD\_POST** est également disponible.
- L'année de sortie est toujours l'année de la base

## Variables sur les bénéficiaires

Le code géographique PMSI est constitué du code postal le plus souvent ou d'un regroupement de codes postaux au regard des contraintes CNIL.

### Exemple

Code géographique PMSI		
2014	Code postal 2014	Total
50C01	50750	7754
	50860	1400
<b>Total 50C01</b>		<b>9154</b>

Depuis 2020, ajout du  
code postal  
(sans regroupement)

Le code avec un « C » en troisième position indique un code géographique différent du code postal : dans le PMSI les deux codes postaux 50750 et 50860 sont agrégés.  
On ne peut donc distinguer l'activité des deux codes

# 1 Les bases PMSI MCO : la table B (T\_MCOAAB) : table des séjours

## Variables sur les mouvements

Variable	Libellé de la variable
ENT_MOD	Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO
SOR_MOD	Mode de sortie du champ PMSI-MCO
ENT_PRV	Provenance
SOR DES	Destination
SEJ_TYP	Type de séjour
SEJ_NBJ	Durée totale du séjour dans le champ du PMSI (vide si séances)
NBR_SEA	Nombre de séances

**Le mode d'entrée et de sortie (ENT\_MOD et SOR\_MOD) permet de savoir si le patient vient de son domicile et s'il y retourne ou s'il est transféré ou provient d'un autre établissement.**

**ENT\_PROV et SOR\_DES permettent de connaître le type d'établissement d'entrée ou de sortie**

**La durée d'un séjour MCO (SEJ\_NBJ) est exprimée en nombre de nuitées.**

- Attention à NBR\_SEA**, il est recommandé aux établissements de saisir une seule séance par séjour, mais on retrouve encore des séances regroupées sur un seul séjour

## Les mouvements

## Mode d'entrée

0 - Transfert pour ou après  
réalisation d'un acte

6 – Mutation

7 – Transfert

8 – Domicile

N- Naissance dans  
l'établissement (à compter  
de 2019)

*Les prestations inter  
établissements*

*Le patient vient de la  
même entité  
géographique*

*Le patient vient d'une  
autre entité géographique*

## Mode de sortie

0 - Transfert pour ou après  
réalisation d'un acte

6 – Mutation

7 – Transfert

8 – Domicile

9- Décès

## Les mouvements

## Provenance (si le mode d'entrée le nécessite)

1 - de court séjour (MCO)
2 - de soins de suite et de réadaptation (SSR)
3 - de long séjour (SLD)
4 - de psychiatrie (PSY)
5 - avec passage par les urgences <b>de l'établissement (fin à partir de Mars 2023)</b>
6 - à partir d'une hospitalisation à domicile (HAD)
7 - à partir d'une structure d'hébergement médico-sociale
R - En provenance d'une unité de réanimation
U – avec passage par les urgences <b>d'un autre établissement</b> (depuis 2022 –fin à partir de Mars 2023)

## Passages aux urgences suivis d'une hospitalisation ?

- Avant mars 2023 : *Provenance* = 5 Passage dans la structure d'accueil des urgences de la même entité géographique
- À partir de mars 2023 : nouvelle variable *Passage par une structure des urgences*
  - 5 = Passage par une structure des urgences de la même entité géographique (y compris l'UHCD)
  - U = Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique (y compris UHCD)
  - V = Passage par une structure des urgences d'une autre entité géographique et de celle de l'entité géographique de l'établissement (UHCD comprises) → patients passés par 2 services d'urgences

## Les mouvements

### Destination (si le mode de sortie le nécessite)

- 1 - vers court séjour (MCO)
- 2 - vers soins de suite et de réadaptation (SSR)
- 3 - vers long séjour (SLD)
- 4 - vers psychiatrie (PSY)
- 6 - vers une hospitalisation à domicile (HAD)
- 7 - vers une structure d'hébergement médico-sociale

## Les prestations inter-établissements : variable SEJ\_TYP

Etablissement demandeur : A



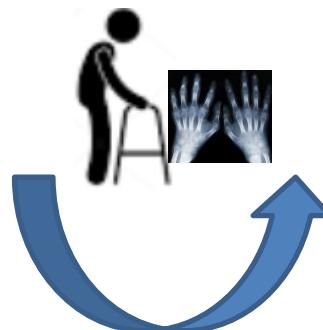
Etablissement prestataire : B



La prestation est réalisée par un établissement prestataire receveur sous Forme PIE-Séjours (< 48h) ou d'actes externes PIE-externe

Pas de plateau technique

- produit un séjour unique
- enregistre le code Z75.80
- décrit les actes réalisés par l'établissement prestataire receveur



- produit un séjour avec mode d'entrée et sortie = 0 de 0 ou 1 journée
- ne facture pas à l'AM : factAM = 0 et motif non fact = 5

**La prestation est facturée par l'établissement demandeur et non par l'établissement prestataire ! or l'établissement demandeur n'a pas réalisé les actes; Il faut donc supprimer les séjours correspondant à l'établissement prestataire pour ne pas compter des doublons**

**On distingue les PIE dans l'établissement prestataire par le type de séjours SEJ\_TYP = B**

## Les filtres sur les séjours

### nettoyer la table des séjours en appliquant les filtres suivants à toutes les requêtes :

- Exclusion des FINESS géographiques APHP/APHM/HCL pour éviter les doublons (avant 2018) :

ETA\_NUM not in ('130780521', '130783236', '130783293', '130784234', '130804297', '600100101', '750041543', '750100018', '750100042', '750100075', '750100083', '750100091', '750100109', '750100125', '750100166', '750100208', '750100216', '750100232', '750100273', '750100299', '750801441', '750803447', '750803454', '910100015', '910100023', '920100013', '920100021', '920100039', '920100047', '920100054', '920100062', '930100011', '930100037', '930100045', '940100027', '940100035', '940100043', '940100050', '940100068', '950100016', '690783154', '690784137', '690784152', '690784178', '690787478', '830100558')

Car chaque séjour de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP), de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (APHM) et des Hospices Civils de Lyon (HCL) figure une seconde fois : sous le FINESS géographique et le FINESS juridique jusqu'en 2018. Rappel : ETA\_NUM est le n° FINESS de l'entité juridique pour le public et géographique pour le privé

- Exclusion des séjours en erreur : GRG\_GHM not like '90%'

Il est d'usage d'enlever ces séjours dits « en erreur » car ce sont :

- soit des séjours qui contiennent des informations manquantes (diagnostics, âge, date de sortie, etc.) qui ne permettent pas de grouper le séjour (algorithme de groupage) et de lui attribuer un tarif
- soit ce sont de « faux » séjours générés automatiquement pour des besoins de facturation (dialyse, activité externe, etc...) des Etab privés.

- Exclusion de la dialyse, l'activité externe des médecins salariés ou des FFM, ATU, SE : TYP\_GEN\_RSA <> 0

Ces lignes sont à enlever car il ne s'agit pas de « vrais » séjours. Il s'agit de prestations d'hospitalisation que l'on retrouve dans d'autres fichiers. Un numéro de RSA est généré automatiquement pour la facturation. Cela ne concerne que les Etab privés.

De manière générale ces lignes génèrent des « faux » GHM qui commence par 90.

#### Exclusion des prestations inter établissements :

- Solution 1 : (ENT\_MOD <> '0' and SOR\_MOD <> '0')
- Solution 2 : (SEJ\_TYP <> 'B' or SEJ\_TYP is null)

Attention aux prestations inter établissements (17.336 en 2010) : au cours d'un séjour un patient peut être transféré temporairement (<2jours) dans un autre établissement « receveur » pour avoir une prestation que l'établissement « demandeur » (où il est hospitalisé) ne peut réaliser. Dans ce cas, un second séjour avec le Finess de l'établissement exécutant (SEJ\_TYP='B') est créé. La même prestation figure dans les RSA des 2 établissements.

- Exclusion des clés de chainage incorrectes (à partir de la table T\_MCOAAC) : à mettre si chaînage de patients mais pas si comptage de séjours : (NIR\_RET = '0' and NAI\_RET = '0' and SEX\_RET = '0' and SEJ\_RET = '0' and FHO\_RET = '0' and PMS\_RET = '0' and DAT\_RET = '0' and COH\_SEX\_RET='0' and COH\_NAI\_RET='0')

## Exercice 0 : Préambule nettoyage des bases

Supprimer les séjours en erreurs (GHM commençant par 90), les Prestations inter-établissements (Type de séjour = B) et les doublons APHP/APHM/HCL pour les séjours MCO 2016

## Exercice 1 : séjour avec entrée par les Urgences

Supprimer les séjours en erreurs et les Prestations inter-établissements puis calculer le nombre de séjours MCO avec entrée par les urgences de l'établissement dans l'Indre et Loire en 2016 (Public et Privé)

## Les diagnostics

**Diagnostic principal « DP » (depuis 2011) : 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.**

**Diagnostic relié « DR » : facultatif, seulement quand le DP est un code Z (pas une maladie mais un code type « soins palliatifs », « surveillance », « bilan » etc.). Le DR est dans ce cas la maladie qui explique le DP.**

**Diagnostics associés significatifs « DAS ou DA »: autres diagnostics pris en charge pendant le séjour = comorbidité (NB : conditionne le groupage en GHM, donc le GHS)**

## La classification internationale des maladies CIM 10

Dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements hospitaliers français, la CIM10 est utilisée pour le codage des **diagnostics** et des **motifs de recours aux services de santé**.



- Origine : Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Première version en 1893, Version 10 en 1994
- Version 11 en cours



- Depuis 2015, la **référence nationale** est la « **CIM-10 FR à usage PMSI** » pour laquelle l'ATIH publie une version annuelle, avec des extensions nationales

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

## La classification internationale des maladies CIM 10

<a href="#">A00-B99</a>	Chapitre I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
<a href="#">C00-D48</a>	Chapitre II Tumeurs
<a href="#">D50-D89</a>	Chapitre III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
<a href="#">E00-E90</a>	Chapitre IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
<a href="#">F00-F99</a>	Chapitre V Troubles mentaux et du comportement
<a href="#">G00-G99</a>	Chapitre VI Maladies du système nerveux
<a href="#">H00-H59</a>	Chapitre VII Maladies de l'oeil et de ses annexes
<a href="#">H60-H95</a>	Chapitre VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
<a href="#">I00-I99</a>	Chapitre IX Maladies de l'appareil circulatoire
<a href="#">J00-J99</a>	Chapitre X Maladies de l'appareil respiratoire
<a href="#">K00-K93</a>	Chapitre XI Maladies de l'appareil digestif
<a href="#">L00-L99</a>	Chapitre XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
<a href="#">M00-M99</a>	Chapitre XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
<a href="#">N00-N99</a>	Chapitre XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
<a href="#">O00-O99</a>	Chapitre XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
<a href="#">P00-P96</a>	Chapitre XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
<a href="#">Q00-Q99</a>	Chapitre XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
<a href="#">R00-R99</a>	Chapitre XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
<a href="#">S00-T98</a>	Chapitre XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
<a href="#">V01-Y98</a>	Chapitre XX Causes externes de morbidité et de mortalité
<a href="#">Z00-Z99</a>	Chapitre XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Fonctionne en chapitre :  
21 chapitres

**Le codage est toujours a posteriori**

## Exemple de diagnostics en CIM 10

Monsieur X vient pour prise en charge initiale d'un cancer de la prostate

*DP = C61 - Tumeur maligne de la prostate*

Monsieur X 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 X 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 X revient pour une appendicite

*DP = K35.9 - Appendicite aiguë, sans précision*

*DAS = C61 - Tumeur maligne de la prostate*



## Les variables sur les diagnostics

Variable	Libellé de la variable
DGN_PAL	Diagnostic principal (DP)
DGN_REL	Diagnostic relié (DR)
NBR_DGN	Nombre de diagnostics associés significatifs
SEQ_RUM	N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP
NBR_RUM	Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)

Le diagnostic principal **DGN\_PAL** est renseigné à l'aide des codes CIM-10 (déclinaison française).

**Attention, dans les bases les extensions sont collées au code : K35.9 devient K359**

- Attention un code à 3 (ou 4) caractères peut regrouper plusieurs codes à 5 voire 6 caractères => sélection à faire avec `substr(DGN_PAL,1,x)` pour ne pas « louper » les codes étendus (plus précis)
- Il est possible d'identifier l'Unité médicale qui a fourni le DP à partir de la variable **SEQ\_RUM** de la table T\_MCOAAB et de la variable **UM\_ORD\_RUM** de la table T\_MCOAAUM (table des RUM)
- Le diagnostic relié **DGN\_REL** n'est pas obligatoire (présent dans 25 % des séjours/séances) et doit être renseigné quand le DP commence par Z

## Le groupage de l'activité : algorithme

Pour pouvoir financer l'activité, il faut pouvoir regrouper l'activité.

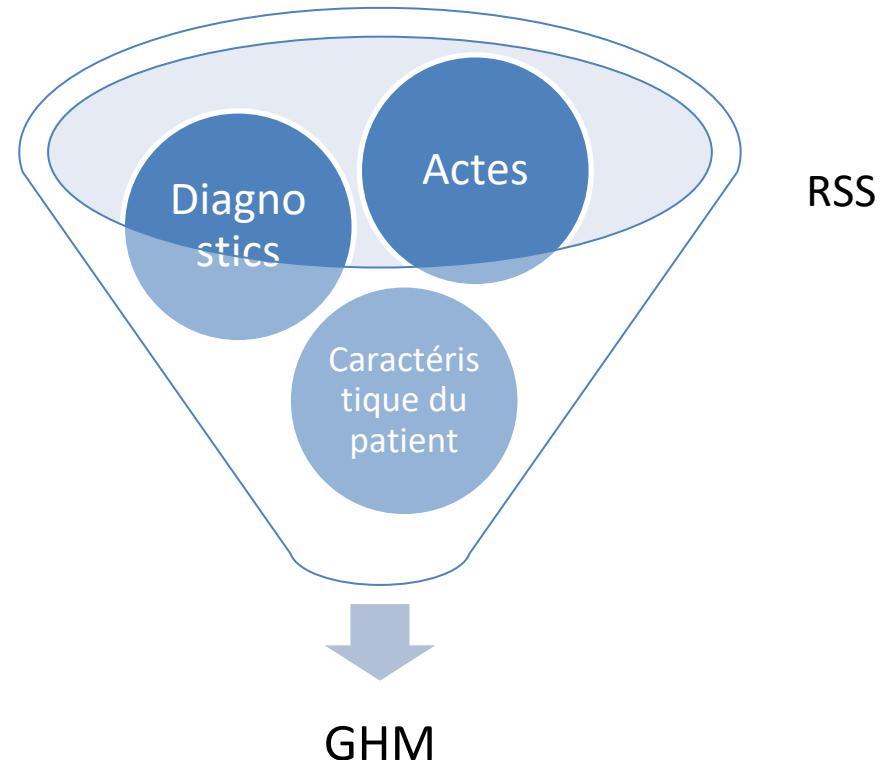
### Les GHM : Groupes Homogène de Malades

Le GHM est la catégorie élémentaire de la classification médico-économique propre au PMSI MCO.

La classification des GHM se fait selon un algorithme (arbre de décision). Elle permet un classement exhaustif et exclusif : tout séjour aboutit dans l'un des groupes de la classification et dans un seul qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le *résumé de sortie standardisé (RSS)*.

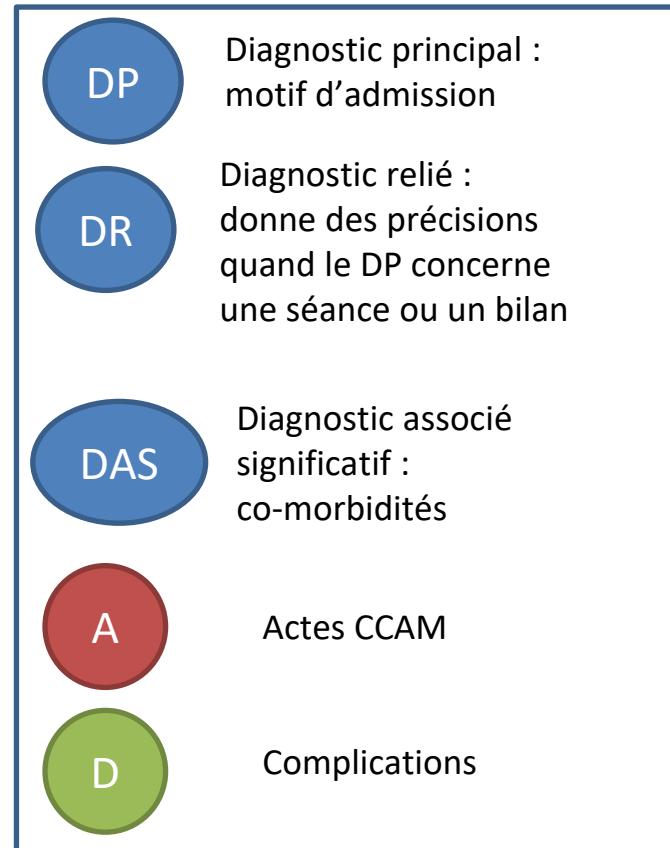
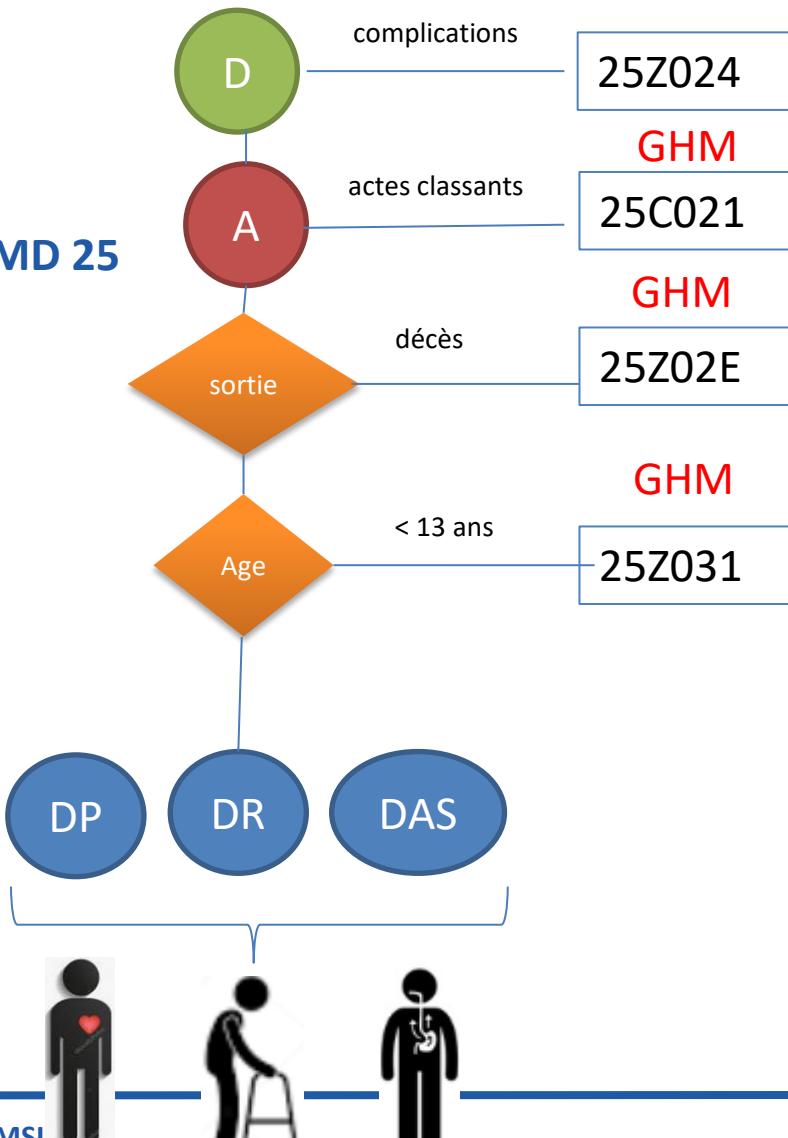
On compte 2 639 GHM en V2022.

L'ensemble des GHM constitue le Case Mix d'un établissement (éventail de cas traités)



## Le groupage de l'activité : algorithme

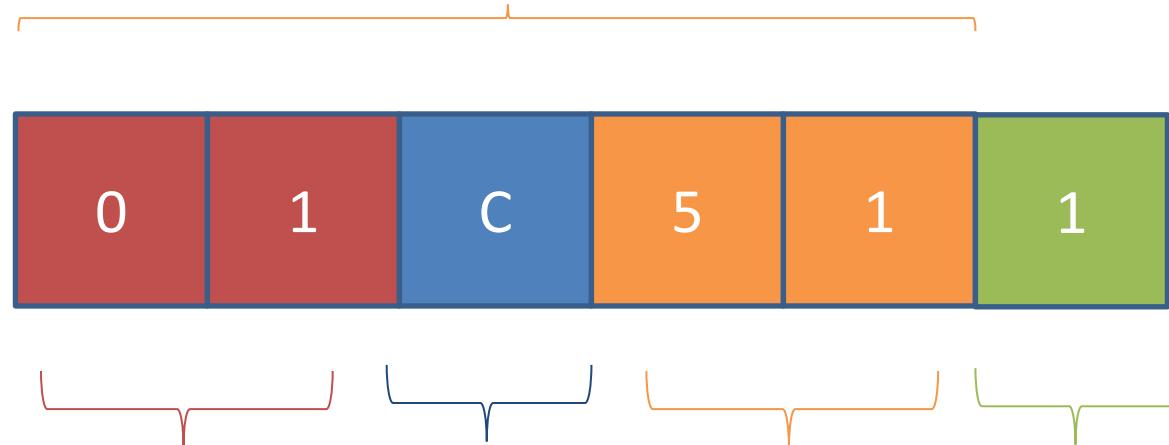
Arbre de  
décision :  
Exemple CMD 25



## Le GHM : groupe homogène de malades

La construction d'un GHM :

## Racine du GHM



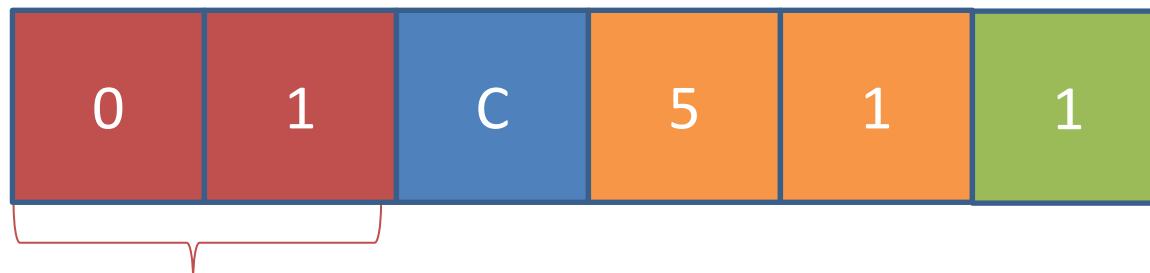
Les 2iers caractères représentent la CMD : catégorie majeure de diagnostic

Caractérisation du GHM, chirurgicaux, médecine, etc.

Les 4ème et 5ème caractères sont sans réelle signification : c'est un compteur pour différencier les GHM. Aucun intérêt en terme d'analyse

Le dernier caractère indique la sévérité du séjour ou sa durée

## Le GHM : groupe homogène de malades



Les deux premiers caractères indiquent la CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic ; ils donnent des informations sur les affections

CMD 01 : Affections du système nerveux

CMD 02 : Affections de l'œil

CMD 03 : Affection des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents

CMD 04 : Affections de l'appareil respiratoire

CMD 05 : Affections de l'appareil circulatoire

CMD 06 : Affections du tube digestif

CMD 07 : Affections du système hépatobiliaire et du pancréas

CMD 08 : Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique

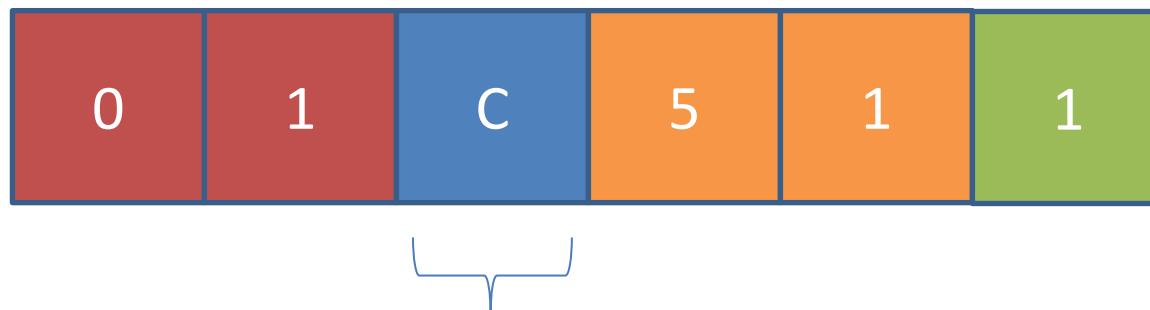
....

CMD28 : séances

CMD 90 : erreur

## Le GHM : groupe homogène de malades

La construction d'un GHM :



Le 3ième caractère permet de caractériser le séjour

**C** = le GHM est le résultat du groupage d'un RSS qui comprend au moins un acte CCAM classant opératoire. Ces GHM en C sont appelés GHM Chirurgicaux.

**K** = le GHM est le résultat du groupage d'un RSS qui comprend au moins un acte classant non opératoire et donc pas d'acte classant opératoire (sinon ce serait un GHM en C)

**M** = le GHM est le résultat du groupage d'un RSS sans acte classant. Ces GHM sont appelés par abus de langage GHM Médicaux, car ce sont essentiellement les GHM des activités de médecine, mais ils peuvent résulter du groupage d'un RSS avec des actes CCAM, du moment qu'ils ne sont pas classants

**Z** = le GHM est dit indifférencié.

## Le GHM : groupe homogène de malades



Le dernier caractère indique la sévérité du séjour ou sa durée

**1, 2, 3 ou 4.** ce sont les niveaux de sévérité croissants. Tous les GHM n'ont pas forcément les 4 niveaux de sévérité.

**A, B, C et D** : ce sont les niveaux de sévérité dans les 2 CMD de maternité, les CMD 14 et 15

**T** : GHM dit de Très courte durée. La très courte durée peut être 0 nuit, i.e. le patient est entré et sorti le même jour, mais aussi de 0, 1 ou 2 nuitées, donc un patient resté au plus 3 jours. Ces GHM concernent surtout les GHM Médicaux.

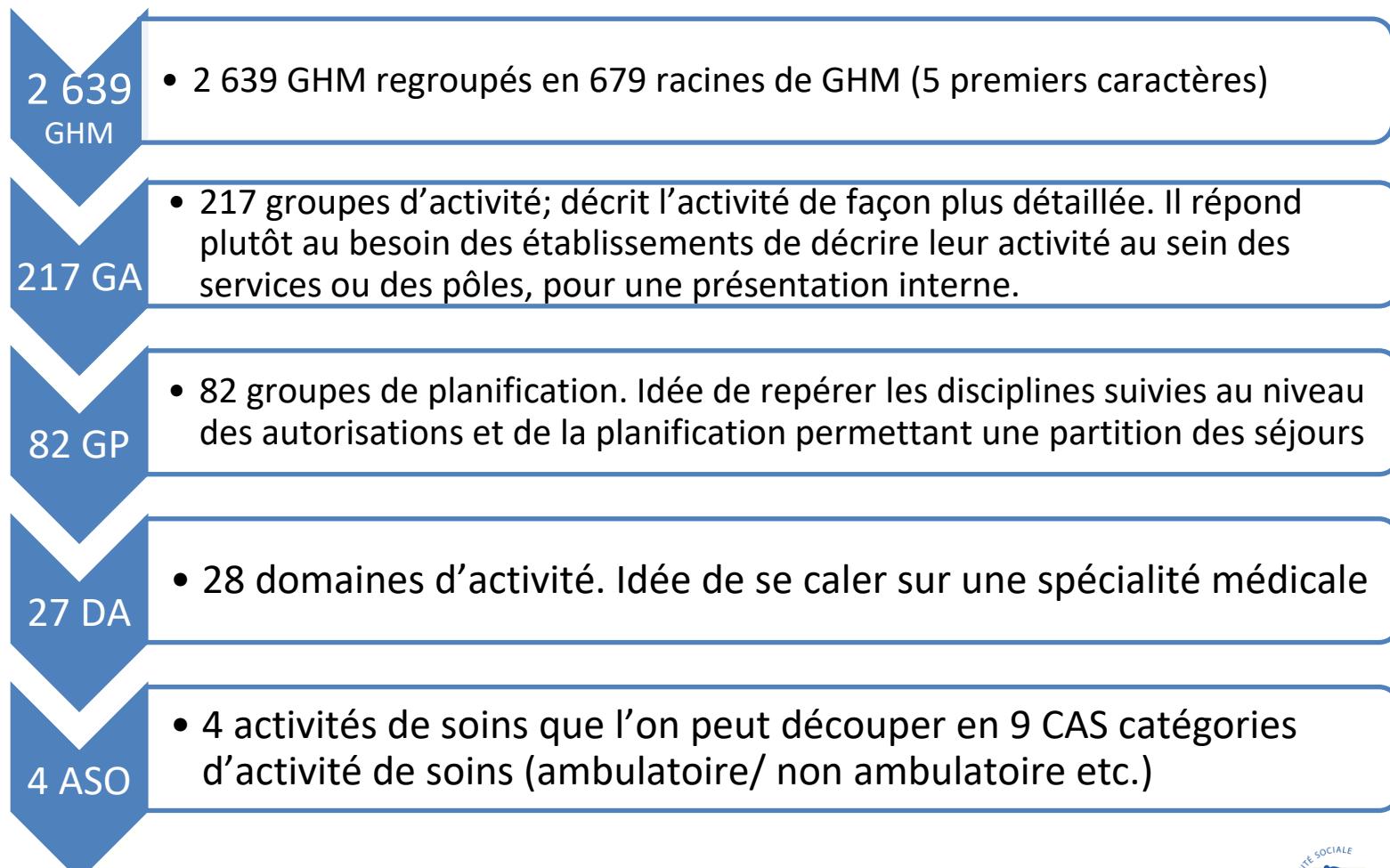
**J** : GHM en ambulatoire pour les séjours relevant d'une autorisation d'ambulatoire. **Attention :** tout séjour de 0 nuit n'est pas un séjour ambulatoire du seul fait que le patient soit entré et sorti le même jour.

**E** : GHM avec Décès **Attention : tous les séjours avec décès n'ont pas un GHM en E !!**

**Z** : GHM non concerné par un niveau de sévérité ou des questions de courte durée

ATIH = il existe des regroupements des GHM - cf. ANNEXE

Pour pouvoir travailler sur l'activité d'un établissement, il faut la regrouper.  
Plusieurs regroupements pour répondre aux besoins de chacun



## Exercice 2 : Séjours de chirurgie ambulatoire selon la Catégorie d'Activité et de Soins

Sélectionner les séjours sans acte classant avec nuitée de 2016 selon la définition ci-dessous, en ne conservant que les variables : Etablissement, Numéro de RSA, Diagnostic Principal, Diagnostic Relié, durée de séjour.

*Définition des 8 catégories d'activité de soins :*

- 1- *Séjours sans acte classant et sans nuitée (GHM en M et Z, hors CMD 14, 15 90 et 28, durée 0 nuit)*
- 2- *Séjours sans acte classant et avec au moins une nuitée (GHM en M et Z, hors CMD 14,15, 90 et 28, durée d'au moins 1 jour)*
- 3- *Chirurgie ambulatoire (GHM en C, hors CMD 14, 15, 90 et 28, durée 0 nuit)*
- 4- *Chirurgie non ambulatoire (GHM en C, hors CMD 14, 15, 90 et 28, durée d'au moins 1 nuit)*
- 5- *Obstétrique – mère (CMD 14)*
- 6- *Obstétrique – enfant (CMD 15)*
- 7- *Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques) (GHM en K)*
- 8- *Séances (CMD 28),*
- 9 *Séjours en erreur (CMD 90).*

Dénombrer le nombre de séjours sur l'Indre et Loire 37 et le Loiret 45 (département de l'établissement);

Sélectionner les séjours de 2016 sans acte classant sans nuitée en repartant de la requête précédente et faire le même calcul

## La tarification en Groupe Homogène de Séjours (GHS)

### Tarification GHM ↗ GHS

Dans le cadre de la T2A, le groupe homogène de séjours (GHS) correspond au tarif du groupe homogène de malades (GHM). Pour un grand nombre de GHM, 1 seul GHS correspond.

Dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant, pour une même prise en charge – pour un même GHM –, de niveaux d'équipement différents, par exemple), comme pour les soins palliatifs.

Depuis 2021 (instruction Gradation, en remplacement de la Circulaire Frontière), des GHS intermédiaires ont été créés pour un grand nombre de GHM, afin de justifier la facturation d'un GHS pour une activité de médecine sans nuitée.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres/article/modalites-de-facturation-des-activites-ambulatoires-hospitalieres>

Il y a un tarif public et un tarif privé (le tarif privé est toujours inférieur au public car les honoraires des libéraux ne sont pas compris dedans)

## La tarification en Groupe Homogène de Séjours (GHS)

Un arrêté tarifaire publié au JO détermine les tarifs chaque année

<https://www.ath.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
22	01C031	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	11	3 775,12	-	-	111,66
23	01C032	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-	19	6 703,22	-	-	92,27
24	01C033	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	-	64	12 095,80	-	-	71,58
25	01C034	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	12	124	16 391,47	-	409,11	303,66
65	01C041	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	12	13 081,55	-	-	137,05
26	01C041	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	-	12	5 919,66	-	-	137,05
66	01C042	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-	20	17 033,14	-	-	103,44
27	01C042	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	-	20	9 871,25	-	-	103,44
28	01C043	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	-	43	14 252,59	-	-	71,16
67	01C043	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	-	43	21 414,47	-	-	71,16
68	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	12	105	25 826,05	-	420,15	513,06
29	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	12	105	18 664,18	-	420,15	370,79
30	01C051	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 1	-	10	5 061,38	-	-	151,65
31	01C052	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 2	-	17	7 903,01	-	-	125,08
32	01C053	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 3	-	40	12 663,09	-	-	82,28
33	01C054	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques, niveau 4	14	84	16 283,24	-	268,16	384,09
34	01C061	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 1	-	8	5 177,07	-	-	145,22
35	01C062	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 2	-	15	7 076,55	-	-	130,26
36	01C063	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 3	-	33	10 377,01	-	-	106,95
37	01C064	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 4	7	74	14 762,20	-	1 461,73	413,15

## La tarification à l'Activité (T2A)

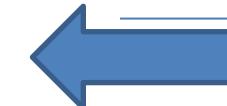
### EXH (EXtrême Haut) et EXB (EXtrême Bas).

Si un séjour n'atteint pas un nombre de jours minimal fixé par l'arrêté (lorsqu'il est fixé, tous les séjours n'ont pas de borne basse), l'établissement voit le tarif diminuer. Cette même logique s'applique aux séjours qui cette fois dépassent un nombre de jour maximal (borne haute), appelé EXH. Dans ce cas, chaque jour d'hospitalisation du patient au-delà du nombre de jours maximal fixé pour ce GHS sera payé via un montant fixe par jour supplémentaire (Tarif EXB, Tarif EXH)

N° GHS	N° GHM	Libellé du GHM	Borne basse	Borne haute	Tarif	Forfait EXB	Tarif EXB	Tarif EXH
22	010031	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	4	19	3 736,60 €	- €	322,59 €	115,67 €

Ici un séjour pour « craniotomies ... » de 2 jours (inférieur à la borne basse) est considéré comme EXB. Son tarif sera de  $3736,60 - [(4-2) \times 322,59] = 3091,42$

On soustrait 322,59 euros par jour (différentiel par rapport à la borne basse)



0 jour

3736,60 euros

4 jours

On ajoute 115,67 euros par jour (différentiel par rapport à la borne haute)



19 jours

## Les suppléments tarifaires

Certains séjours peuvent donner lieu à la facturation de suppléments journaliers. Leur facturation est conditionnée par la présence de certains actes, certaines unités médicales ou un indice de gravité spécifique (calculé à partir des constantes du patient notamment)

Variable	Libellé de la variable
NBR_SUP_REA	Nombre de suppléments pour REA (réanimation)
NBR_SUP_SOI	Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation
NBR_SUP_STF	Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)
NBR_SUP_SRC	Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)
NBR_SUP_NN1	Nombre de suppléments NN1
NBR_SUP_NN2	Nombre de suppléments NN2
NBR_SUP_NN3	Nombre de suppléments NN3
NBR_SUP_REP	Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)
CAI_SUP_NBR	Nombre de suppléments caisson hyperbare
SUP_HEM_HS	Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances
SUP_ENT_DPA	Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances
SUP_ENT_DPC	Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances
SUP_ENT_HEM	Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances
DLY_ACT	Forfait dialyse

## Les variables sur les GHS

TAR_SEQ_NUM	Numéro séquentiel de tarifs
GRC_VER	<i>Version de la classification utilisée par la clinique</i>
GRC_GHM	<i>GHM calculé par la clinique</i>
GRC_RET	<i>Code retour obtenu par la clinique</i>
GRG_VER	<i>Groupage GENRSA : Version de la classification</i>
GRG_GHM	GHM calculé par le GENRSA
GRG_RET	Code retour obtenu par GENRSA
GHS_NUM	Numéro de GHS (du GHM GENRSA)
BEH_NBJ	Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute
BEB_SEJ	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
EXB_NBJ	Nb journées EXB
SEJ_COD_CONF	Confirmation du codage du séjour

Attention, valeur multipliée par 10

Les variables commençant par GRG (groupage par GENRSA) correspondent au groupage officiel.

Les variables commençant par GRC correspondent au groupage établissement => ne pas les utiliser

GRG\_VER étant sur 2 caractères, il est impossible de connaître quelle est la version de classification

## 2 Les bases PMSI MCO : la table UM (T\_MCOAAUM) : table des UM

La table : commune établissements publics et privés

### La table UM (T\_MCOAAUM) : table des RUM

ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA
RSA_NUM	N° d'index du RSA
UM_ORD_NUM	N° séquentiel de RUM
ETA_NUM_GEO	Premier numéro FINESS géographique
DGN_PAL	DP
DGN_REL	DR
IGS2_COD	IGS2
AGE_GES	Age gestationnel du RUM
DGN_ASS_NBR	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)
ACT_RUM_NBR	Nombre de zones d'actes du RUM (NB-Act_R_1)
PAR_DUR_SEJ	Durée séjour partielle
AUT_TYP1_UM	Premier type d'autorisation d'UM
SUP_TYP1_NAT	Nature du supplément pour le premier type
SUP_TYP1_NBR	Nombre de supplément pour le premier type
AUT_TYP2_UM	Deuxième type d'autorisation d'UM
SUP_TYP2_NAT	Nature du supplément pour le deuxième type
SUP_TYP2_NBR	Nombre de supplément pour le deuxième type

Variables de jointure :  
ETA\_NUM ; RSA\_NUM

## 2 Les bases PMSI MCO : la table UM (T\_MCOAAUM) : table des UM

### Information sur le FINESS géographique de la Table UM

- La variable **ETA\_NUM\_GEO** figure dans la table UM du PMSI MCO. Cette variable **contient le numéro de FINESS géographique** où se situe l'Unité Médicale.
- Attention, la table UM contient une ligne par unité médicale fréquentée. Donc attention de ne pas générer des doublons si on la croise avec les séjours !

## 2 Les bases PMSI MCO : la table UM (T\_MCOAAUM) : table des UM

### Variables sur les unités médicales

Variable	Libellé de la variable	Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS	AUT_TYP1_UM	Premier type d'autorisation d'UM
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA	SUP_TYP1_NAT	Nature du supplément pour le 1er type
RSA_NUM	N° d'index du RSA	SUP_TYP1_NBR	Nombre de supplément pour le 1er type
DGN_PAL	DP	AUT_TYP2_UM	Deuxième type d'autorisation d'UM
DGN_REL	DR	SUP_TYP2_NAT	Nature du supplément pour le 2ème type
IGS2_COD	IGS2	SUP_TYP2_NBR	Nombre de supplément pour le 2ème type
DGN_ASS_NBR	Nombre de diagnostics associés du RUM	UM_ORD_UM	Numéro d'ordre de l'UM
ACT_RUM_NBR	Nombre de zones d'actes du RUM		
PAR_DUR_SEJ	Durée séjour partielle		

Pour chaque RUM, on a un DP et éventuellement un DR, la Fonction Groupage sélectionne le DP parmi les DP des différents RUM du séjour. Ces diagnostics ne sont plus dans la table D depuis 2010.

Dans SUP\_TYP1\_NAT et SUP\_TYP2\_NAT, on retrouve le nombre de suppléments de la table B, mais les suppléments de dialyse, de caisson hyperbare et de soins intensifs provenant d'unité médicale « réanimation » ne sont pas identifiés (=0)

## 2 Les bases PMSI MCO : la table UM (T\_MCOAAUM) : table des UM

### EXEMPLE

ETA_NUM	RSS_NUM	RSA_NUM	UM_ORD_NUM	ETA_NUM_GEO	DGN_PAL	DGN_REL	IGS2_COD
Numéro FINESS e-PMSI	Numéro de version du format du RSA	N° d'index du RSA	N° séquentiel de RUM	Premier numéro FINESS géographique	DP	DR	IGS2
750712184	226	0000434812		750100125	M840		37
750712184	226	0000434812		750100125	N990		57
750712184	226	0000434812		750100125	N990		39
750712184	226	0000434812		750100125	N990		000
750712184	226	0000434812		750100125	I501		46
750712184	226	0000434812		750100125	I500		000

APHP

APHP Pitie Salpêtrière

DP principal du séjour (1ère unité médicale) : "Fracture mal consolidée"

ACT_RUM_NE	PAR_DUR_S	AUT_TYP1	SUP_TYP1_N	SUP_TYP1_N	AUT_TYP2_UM	SUP_TYP2_N	SUP_TYP2_N	NUM_ANO_U	RUM_ORD_NUM
Nombre de zones d'actes du RUM	Durée séjour partielle	Premier type d'autorisation d'UM	Nature du supplément pour le	Nombre de supplément pour le	Deuxième type d'autorisation d'UM	Nature du supplément pour le	Nombre de supplément pour le	Numéro séquentiel de l'UM	Numéro séquentiel du RUM
	27 03	03AC		27				442	1
	2 01	01AC		2				827	2
	7 03	03AC		7				1045	3
	0 02	02AC		0				952	4
	8 01	01AC		8				530	5
	20 02	02AC		20				428	6

Surveillance continue

Réanimation

Soin intensif

10 suppléments en réanimation  
20 suppléments en soins intensifs  
34 suppléments de surveillance continue

Le même diagnostic associé peut être présent sur plusieurs RUM

Durée de séjour dans chaque unité médicale

### 3 Les bases PMSI MCO : la table D (T\_MCOAAD) : les diagnostics

La table : commune établissements publics et privés

#### La table D (T\_MCOAAD) : table des Diagnostics Associés (DA)

ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
RSA_NUM	N° d'index du RSA
DGN_ASS_NUM	Numero de diagnostic <del>par couple eta_num rsa_num</del>
ASS_DGN	Diagnostic associé

Variables de jointure :  
**ETA\_NUM ; RSA\_NUM**

La table D contient la liste des diagnostics associés (ASS\_DGN) enregistrés dans chaque UM du séjour. Les diagnostics des UM n'ayant pas fourni le DP du séjour (DP de la table B) ne sont présents que dans la table des UM.

## Exercice 3 : Cartographie des pathologies (ex : Parkinson)

**Algorithme de repérage des séjours MCO pour la maladie de Parkinson :**

**Séjours en MCO (DP ou DR) pour maladie de Parkinson ou démence de la maladie de Parkinson pour l'année 2016,**

**et/ou séjours en MCO pour l'année 2016 pour tout autre motif avec une maladie de Parkinson ou démence de la maladie de Parkinson comme complication ou morbidité associée (DP ou DR d'un des RUM ou DA).**

**Code CIM 10 utilisés :**

**G20 (Maladie de Parkinson)**

**F02.3 (Démence de la maladie de Parkinson)**

La table : commune établissements publics et privés

## La table A (T\_MCOAAA) : table des actes CCAM

ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA
RSA_NUM	N° d'index du RSA
ENT_DAT_DEL	Délai depuis la date d'entrée
CDC_ACT	Code CCAM
EXT_PMSI	Extension PMSI
PHA_ACT	Phase
ACV_ACT	Activité
DOC_ACT	Extension documentaire
MOD_ACT	Modificateurs
REM_EXP_ACT	Remboursement exceptionnel
ANP_ACT	Association non prévue
NBR_EXE_ACT	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour
CMP_DAT	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM

Variables de jointure :  
ETA\_NUM ; RSA\_NUM

Si un acte n'est pas classant (épisiotomie, imagerie...), son exhaustivité dans le recueil PMSI n'est pas toujours assurée.

## Le codage des prestations CCAM

### Honoraires : ce qui est en CCAM, ce qui reste en NGAP

- La CCAM concerne les **actes techniques** de tous les **médecins** (généralistes et spécialistes), y compris IRMN et scanners  
Ajout des actes techniques bucco-dentaires (hors ODF) des **chirurgiens-dentistes et stomatologues** suite à la mise en place de la CCAM dentaire depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014
- Ajout des actes des sages-femmes depuis mars 2016
- La NGAP reste temporairement applicable pour :
  - Les consultations et visites
  - Les actes des auxiliaires médicaux
  - Les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux (*pour les rhumatologues et la médecine physique et de réadaptation*)

Cf. chap ACE

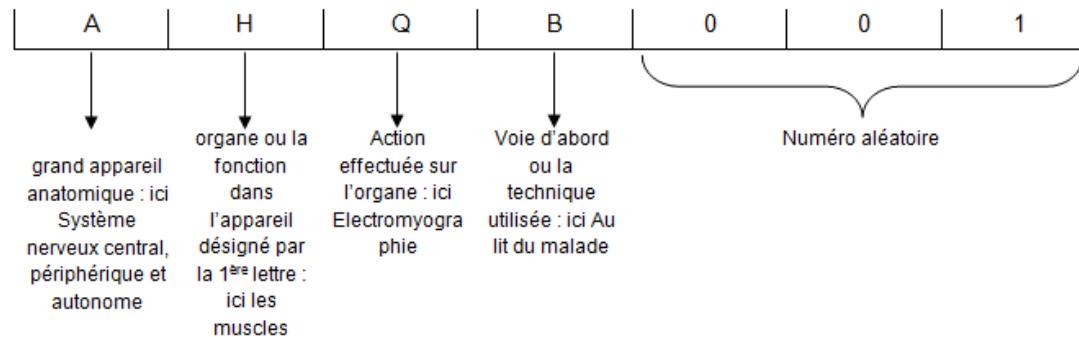
**Avant janvier 2015 : un seul tarif par acte quelque soit le secteur conventionnel**

## Le codage des prestations CCAM

**La CCAM est constituée des 5 éléments suivants :**

### 1) Le code affiné sur 7 caractères

AHQBO01 : Electromyographie au lit du malade



Ce code affiné CCAM peut représenter à lui seul :

- Un **acte CCAM isolé**, c'est-à-dire un acte réalisable de façon indépendante, et que l'on pourra associer à un ou plusieurs autres
- Une **procédure**, c'est-à-dire un regroupement sur 1 seul code de plusieurs actes CCAM (**1 code acte CCAM regroupant une association d'actes prévue, anticipée, car rencontrée très souvent**)
- Un **geste complémentaire** (les gestes complémentaires font l'objet d'un chapitre à part entière de la CCAM : le chapitre 18)
- Un **supplément** (les suppléments font l'objet d'un chapitre à part entière de la CCAM : le chapitre 19, codés en YYYY) qui ne peut être codé qu'avec un autre acte CCAM

## Le codage des prestations CCAM

- 2) L'activité : identifie les actions des differents intervenants pour un même acte
- 2) La phase : permet de repérer la phase de traitement d'un acte dont le libellé prévoit qu'il se déroule en plusieurs temps, permet ainsi de déclencher la facturation par phase
- 2) Les majorations liées aux codes modificateurs (4 au maximum)

Information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation et / ou la valorisation de l'acte. Créeée pour prendre en compte l'existant NGAP non transposable en CCAM : *urgence, âge du patient, majoration de radiologie....*

## Le codage des prestations CCAM

Code	Activité	Phase	Tarif (en euro)	Regroupement
MJMA006 [A, J, K, 7]	Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps  Phase 1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct Avec ou sans : réfection de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion]	1	1	167,27 ADC
	Modificateurs autorisés  anesthésie	4	1	65,24 ADA
	Suppléments autorisés  Phase 2 : transplant libre de tendon de la main  (GELE001)	1	2	203,46 ADC
	anesthésie	4	2	65,24 ADA

## Variables sur les éléments du codage CCAM

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS
RSS_NUM	Numéro de version du format du RSA
RSA_NUM	N° d'index du RSA
ENT_DAT_DEL	Délai depuis la date d'entrée
CDC_ACT	Code CCAM
ACV_ACT	Activité
PHA_ACT	Phase
MOD_ACT	Modificateurs
ANP_ACT	Association non prévue
REM_EXP_ACT	Remboursement exceptionnel
DOC_ACT	Extension documentaire
NBR_EXE_ACT	Nombre de réalisations de l'acte
cmp_dat	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM

Cette table contient les informations sur les actes CCAM réalisés au cours du séjour

Le codage d'un acte avec la CCAM associe obligatoirement les informations suivantes :

- le **code principal CDC\_ACT** (7 caract. alphanumériques) ;
- l'**activité** : toujours codée « 1 » au minimum mais, **pour un acte donné, la saisie de tous les codes d'activité est obligatoire**;
- la **phase** : presque toujours codée « 0 » (seul un petit nombre d'actes connaissent une réalisation en phases distinctes) ;
- le **nombre de réalisations de l'acte**. **Attention** cette variable peut-être mal renseignée ( ex : 2 appendicites)

Les autres informations :

date de réalisation (délai depuis l'entrée) permet de savoir la date de l'acte en l'additionnant à la date de début de séjour , extension documentaire, modificateur, remboursement exceptionnel, association d'actes sont facultatives.

**Attention :** Pour les séjours du public seuls des actes dits "classants" vers un GHM sont exhaustifs, les autres actes ne sont pas toujours renseignés. Si un acte n'est pas "classant" alors le fait qu'il soit codé ou non ne changera pas le niveau de valorisation du séjour (exemple des accouchements en commentaire).

De même, le codage d'une seule activité d'un acte permet d'être classé dans un GHM. Même si la saisie de l'ensemble des activités est obligatoire, certains établissements ne saisissent pas toutes les activités.

(Rappel sur la CCAM en annexe)

## 5 Les bases PMSI MCO : la table E (T\_MCOAAE) : les établissements

La table : commune établissements publics et privés

### La table E (T\_MCOAAE) : table des établissements

Nom_variable	Libellé	Type	Longueur
ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI	Char	9
ETB_EXE_FIN	Numéro FINESS sans clé	Char	8
SOC_RAI	Raison sociale	Char	80
REG_ETA	Région	Char	40
ANN_TRT	N° de la période (mois) PMSI transmise	Char	7
STA_ETA	Statut de l'établissement	Char	3
VAL_ETA	Validation des données	Char	20

Variable de jointure :  
ETA\_NUM

## 5 Les bases PMSI MCO : la table E (T\_MCOAAE) : les établissements

### Variables sur les établissements

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	N°FINESS
SOC_RAI	Raison sociale
REG_ETA	Région
ANN_TRT	N° ( mois ) : PMSI transmis
STA_ETA	Statut de l'établissement
VAL_ETA	Validation des données

Cette table contient 1 ligne par établissement La variable de jointure : ETA\_NUM.

Les données de l'APHP, APHM et HCL sont disponibles que sous le finesse juridique dans le PMSI EGB contrairement au PMSI «complet».

**ETA\_NUM** est le finesse de l'entité juridique pour le public et géographique pour le privé.

Les 2 premiers caractères de ETA\_NUM correspondent au numéro de département

Elle permet de distinguer les établissements selon leur statut selon leur mode de financement :

OQN : établissement privé à but lucratif ou non (Objectif Quantifié National avant T2A)

DGF : établissement public sous Dotation Globale (127 HL en 2010, 0 en 2016)

STC : établissement sans taux de Conversion (ESPIC, CHU, CH, HL)

**ANN\_TRT** contient le numéro de l'année et du dernier mois transmis, elle permet de savoir si la base contient l'activité jusqu'à la fin de l'année.

**VAL\_ETA** est toujours = à "VALIDE PAR LA REGION" .

## Exercice 4 : Acte CCAM

**Calculer le nombre d'Abdominoplasties par établissement dans le Cher 18 en 2016  
(Acte QBFA001)**

**On rajoutera la raison sociale de l'établissement;**

A partir du 1er janvier 2016, évolution des règles de production des séjours pour les établissements publics (préconisation)

- Avant 2016, le séjour d'un patient qui passait dans plusieurs sites géographiques d'une même entité juridique **dans un ES public** figurait dans le PMSI dans **un seul séjour (RSA)**. Alors que **pour les ES privés**, il y avait **autant de séjours que de sites géographiques**
- À partir janvier 2016, harmonisation public/privé : quel que soit le statut juridique de l'établissement, les passages successifs (date d'entrée du 2ème résumé = date de sortie du 1er résumé) d'un même patient dans des unités médicales situées sur des sites géographiques différents, relevant d'une même entité juridique, **peuvent donner lieu à la production (et facturation pour le champ MCO) d'autant de séjours que de passages successifs dans des entités géographiques différentes.**

## 6 Les bases PMSI MCO : la table C (T\_MCOAAC) : chaînage patient

La table : commune établissements publics et privés

### La table C (T\_MCOAAC) : table de chaînage

Nom variable	Libellé
ETA_NUM	Numéro FINESS e-PMSI
FOR_NUM	N° format
VID_HOSP_FOR	N° format VID-HOSP
SOR_MOI	Mois de sortie
SOR_ANN	Année de sortie
NIR_ANO_17	N° pseudonymisé
SEJ_NUM	N° de séjour
RSA_NUM	N° séquentiel dans fichier PMSI
ENT_DAT	date d'entrée
SOR_DAT	date de sortie
EXE_SOI_DTD	Date d'entrée (date)
EXE_SOI_DTF	Date de sortie (date)
NIR_ANO_MAM	N° anonyme mère-enfant
HOS_NN_MAM	Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère
HOS_PLO	Hospitalisation pour prélèvement d'organe

Variables de jointure :  
ETA\_NUM ; RSA\_NUM

## 6 Les bases PMSI MCO : la table C (T\_MCOAAC) : chaînage patient

### La variable de chainage des bénéficiaires

**La table T\_MCOAAC est la seule table de séjours qui contient l'identifiant du patient pour réaliser une jointure :**

**NIR\_ANO\_17 = BEN\_NIR\_PSA du DCIR**

(si extraction DCIR on parle du NUM\_ENQ )

(pour le PMSI de EGB on parle du BEN\_NIR\_IDT)

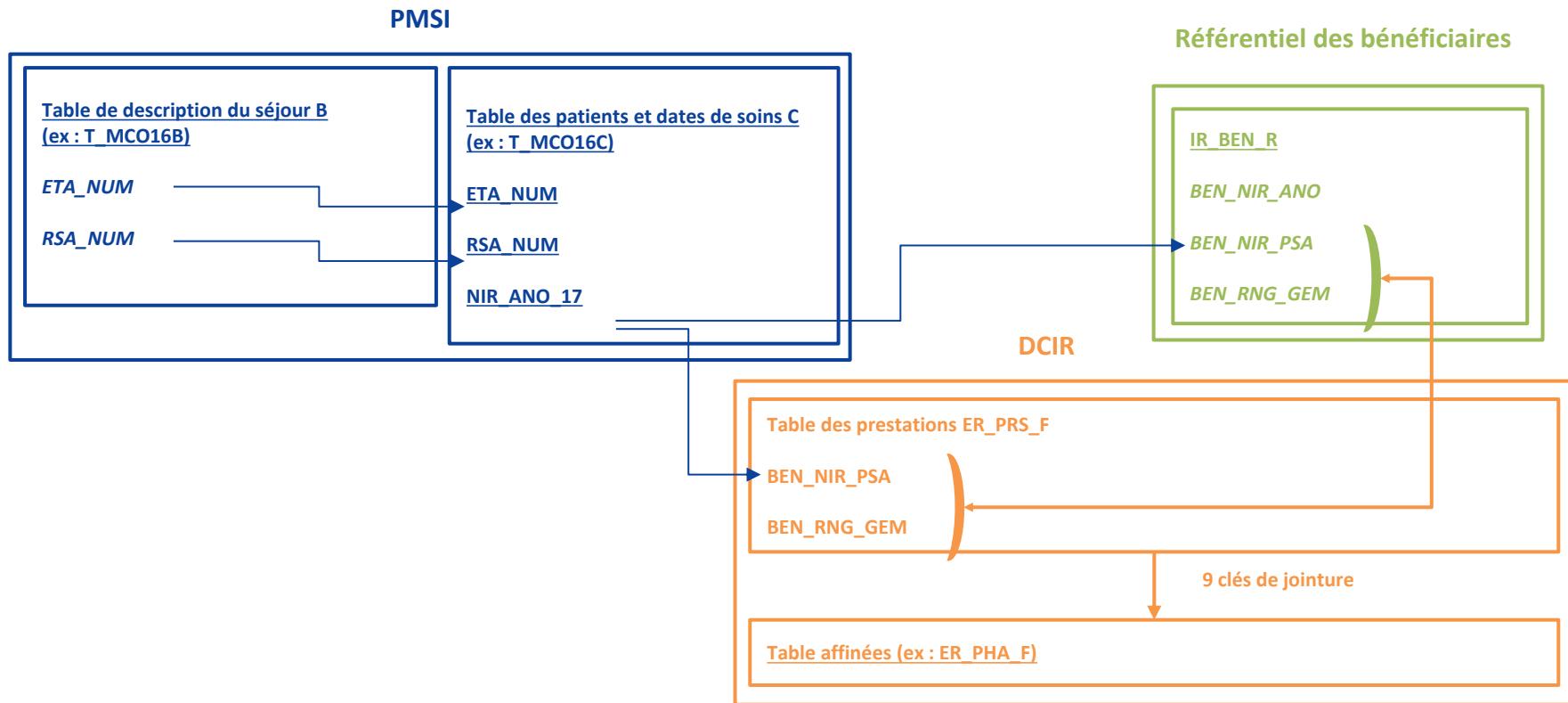
L'identifiant SNDS, « appelé pseudo-NIR », est composé de 3 éléments : **NIR de l'assuré ouvreur de droit || date de naissance du bénéficiaire || code sexe du bénéficiaire**

Le NIR\_ANO-17 n'est donc pas unique : un individu a plusieurs identifiant durant sa vie, autant que d'assurés :

- Lorsque l'individu est enfant, il peut être assuré par 1 ou 2 parents. L'individu peut donc avoir à ce moment de la vie, 1 ou 2 identifiants différents
- Lorsqu'il devient étudiant, il devient son propre assuré. Il a donc à ce moment de la vie un nouvel identifiant.
- Lorsque l'individu est adulte, il est la plupart du temps son propre assuré ; c'est le cas de tout travailleur salarié ou indépendant. Mais il peut également ne plus être son propre assuré (femme, homme au foyer par exemple), et être assuré par son conjoint. L'individu a alors un nouveau pseudo NIR.

**Le rang de naissance** permet de distinguer les naissances de même sexe. Une étude montre que contrairement à ce qu'on pourrait attendre sur le rang de naissance lors de la naissance de jumeaux (50 % à 1 et 50% à 2), on est quand même assez loin de ce résultat. Par conséquent, la fiabilité de cette information ne nous permet pas encore de l'utiliser. Il est conseillé en revanche, à défaut de faire la jointure avec le rang de naissance, de le ramener comme une variable pour départager après coup les NIR\_ANO\_17 correspondant à des naissances gémellaires de même sexe.

## Le chainage ville-hôpital : Les principales jointures entre les tables du PMSI MCO, le DCIR et le référentiel des bénéficiaires



## Les variables de contrôle code retour qualité de chaînage

### champ : public et privé

Variable	Libellé de la variable
NIR_RET	Code retour contrôle « n° sécurité sociale »
NAI_RET	Code retour contrôle « date de naissance »
SEX_RET	Code retour contrôle « sexe »
SEJ_RET	Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »
FHO_RET	Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »
PMS_RET	Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »
DAT_RET	Code retour contrôle « date de réf.» (date d'entrée)
COH_NAI_RET	Code retour contrôle cohérence date de naissance et
COH_SEX_RET	Code contrôle cohérence sexe

Les variables de contrôle permettent de déterminer si le Numéro du patient est correctement crypté : elles doivent pour cela être = à 0.

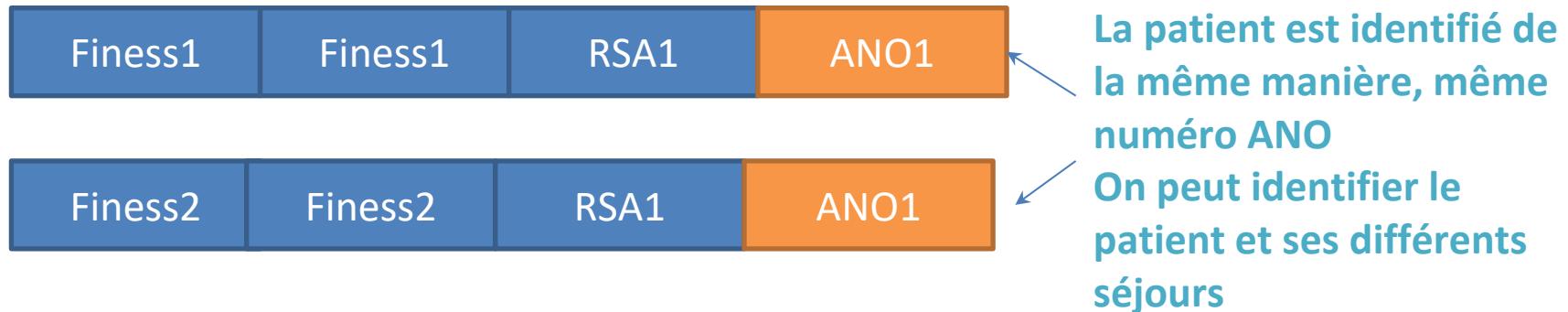
Même si les variables de contrôle sont = 0, le NIR peut être mal pseudonymisé : si l'une des informations servant à pseudonymiser est fausse (ou problème de logiciel dans l'établissement).

## 6 Les bases PMSI MCO : la table C (T\_MCOAAC) : chaînage patient

### La reconstitution du parcours hospitalier d'un patient

Si les fichiers d'activité sont différents selon les champs du PMSI (MCO, SSR, HAD, Psychiatrie), le fichier des identifiants patients est identique. L'identifiant patient est stable dans le temps, le type de prise en charge hospitalière et sur l'ensemble du territoire national.

Un séjour est identifié par le couple établissement et numéro de RSA



Il est donc possible de chainer les différentes hospitalisations d'un même patient, au niveau national, dans les différents champs de prise en charge (MCO, SSR, HAD, PSY)

## Les filtres sur les variables codes retours patients

Pour établir des statistiques sur les patients et pour chaîner sur les différents PMSI (plusieurs années et/ou entre les différents champs du PMSI)

*On applique le filtre suivant pour sélectionner uniquement les pseudonymes « avec chainage correct »*

```
Where (t1.COH_NAI_RET = '0'  
       AND t1.COH_SEX_RET = '0'  
       AND t1.FHO_RET = '0'  
       AND t1.NIR_RET = '0'  
       AND t1.NAI_RET = '0'  
       AND t1.SEX_RET = '0'  
       AND t1.DAT_RET = '0'  
       AND t1.SEJ_RET = '0'  
       AND t1.PMS_RET = '0')
```

## EXEMPLE

## La table T\_MCO10E

ETA_NUM	ETB_EXE_FIN	SOC_RAI	REG_ETA	ANN_TRT	STA_ETA	VAL_ETA
Numéro FINESS e-PMSI	N°FINESS sans clé	Raison sociale	Région	N° du trimestre PMSI transmis	Statut de l'établissement	Validation des données
750712184	75071218	AP-HP	ILE-DE-FRANCE	2020-12	DGF	VALIDE PAR LA REGION

## La table T\_MCO10C

ETA_NUM	RSA_NUM	ETA_NUM_RET	NIR_ANO_17	NIR_RET	NAI_RET	SEX_RET	SEJ_RET	FHO_RET	PMS_RET
Numéro FINESS e-PMSI	N° séquentiel dans fichier PMSI	Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	N° anonyme	Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	Code retour contrôle « date de naissance »	Code retour contrôle « sexe »	Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	Code retour « fusion ANO HOSP et HOSP PMSI »	Code retour « fusion ANO PMSI et fichier PMSI »
750712184	0000434812	0 Bl3rlSLqgepb_xxx	0	0	0	0	0	0	0

Les codes retour sont à 0, le pseudo NIR est théoriquement correct

DAT_RET	COH_NAI_RET	COH_SEX_RET	EXE_SOI_DTD	EXE_SOI_DTF	ENT_DAT	SOR_DAT	ID_MAM_ENF	HOS_NN_MAM	HOS_NNE_RET	SEJ_MER_RET
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	Code retour contrôle « date naissance »	Code retour contrôle « Cohérence sexe »	Date d'entrée (date)	Date de sortie (date)	Date d'entrée du séjour PMSI	Date de sortie du séjour PMSI	N° anonyme mère-enfant	Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »
0	0	0 03JUL2020:00:00:00	07SEP2020:00:00:00	030720220	07092020				0	

Le patient est resté au CHU entre le 3 juillet 2020 et le 07 septembre 2020

## Exercice 3 partie bis (avec nombre de patients)

Trouver toutes les personnes hospitalisées en MCO pour Parkinson pour l'année 2016 avec le même algorithme que précédemment

*Indication :*

*On repart des séjours identifiés à l'exercice 3 et on utilise le filtre avancé pour le chainage correct :*

```
t1.COH_NAI_RET = '0' AND t1.COH_SEX_RET = '0' AND t1.FHO_RET = '0' AND  
t1.NIR_RET = '0' AND t1.NAI_RET = '0' AND t1.SEX_RET = '0' AND t1.DAT_RET = '0'  
AND t1.SEJ_RET = '0' AND t1.PMS_RET = '0'
```

## Table **T\_MCOAA<sup>STC</sup>**

- Cette table **T\_MCOAA<sup>STC</sup>** contient autant de lignes que de séjours identifiés par le couple **ETA\_NUM || RSA\_NUM**
  - ES publics et ESPIC
  - Utilisable avant 2011 (sinon table VALO)
  - Informations de prise en charge déclarées par les établissements

# Les médicaments en SUS

**De manière globale, le cout des médicaments est couvert par le GHS.** Toutefois, lorsque le médicament est innovant et couteux, il peut faire l'objet d'un remboursement sur la liste en SUS (remboursement en plus du GHS).

→ Cela vise à favoriser l'accès aux traitements innovants et coûteux.

Un historique de la liste (actualisée chaque mois) est disponible sur le site de l'Atih.  
<https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus>

## Les conséquences:

On ne récupère pas les médicaments prescrits à l'hôpital qui sont inclus dans le forfait (exemple : insuline, antidouleurs...) sauf s'ils font l'objet d'une inscription sur la liste en SUS

Exemples :

Anticancéreux AVASTIN® MABTHERA ® HERCEPTIN ®

Traitements des maladies inflammatoires REMICADE ® TYSABRI ®

# Les médicaments en SUS : code UCD

**Le code UCD (unité commune de dispensation) correspond à la plus petit unité de dispensation (flacon, comprimé ..).**

Ils sont utilisés pour les médicaments délivrés à l'hôpital contrairement aux médicaments délivrés en ville qui utilisent le CIP (qui renvoie au conditionnement).

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
UCD 7	SPECIALITE	CODE_LES	INSCRIPTION UCD 13	DCI	LABO	LIB INDICATI	DATE DEBUT	DATE FIN	CLASS IND 1	CLASS IND 2	GENER		
9196246	ABELCET	I000001	oui	3400891962468	AMPHOTERICIN C.S.P.	Traitement c	01/03/2014		Anti infectie	Infection fongique			
9196246	ABELCET	I000002	oui	3400891962468	AMPHOTERICIN C.S.P.	Traitement c	01/03/2014		Anti infectie	Infection fongique			
9211371	ACLOTINE	I000003	oui	3400892113715	ANTITHROMBIN LFB BIOMEDI	Traitement c	01/03/2014		Facteur de c	Déficits congénitaux en antithrombine			
9211371	ACLOTINE	I000004	oui	3400892113715	ANTITHROMBIN LFB BIOMEDI	Traitement c	01/03/2014		Facteur de c	Déficits acquis en antithrombine			
9211388	ACLOTINE	I000003	oui	3400892113883	ANTITHROMBIN LFB BIOMEDI	Traitement c	01/03/2014		Facteur de c	Déficits congénitaux en antithrombine			
9211388	ACLOTINE	I000004	oui	3400892113883	ANTITHROMBIN LFB BIOMEDI	Traitement c	01/03/2014		Facteur de c	Déficits acquis en antithrombine			

# Médicaments sous ATU ou post-ATU

## ATU = Autorisation Temporaire d'Utilisation

2 types d'ATU :

- Les ATU dites « de cohorte » : sollicitées par des laboratoires
- Les ATU dites « nominatives » demandées par le médecin au bénéfice du patient

Les médicaments qui font l'objet d'une ATU ne sont disponibles que dans les établissements de santé au sein desquels ils sont, soit administrés aux patients hospitalisés, soit, dans certaines conditions, délivrés aux patients par les pharmacies hospitalières dûment autorisées (rétrocédés).

Financement des ATU :

- Jusqu'au 31 décembre 2016 : via les MERRI Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- A partir de 2017 :
  - ES publics : molécules déclarées via FICHCOMP : table T\_MCOxxMEDATU
  - ES privés: bordereaux S3404 (cf slide spécifique – factures des ES privés)

## Juillet 2021 : réforme des ATU → Accès Précoce et Accès Compassionnel (AP-AC)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisations-temporaires-d-utilisation-atu>

# Les médicaments en SUS

## Table MED

Table MED : Médicament en sus (fich comp)

Nom variable	Libellé	Type	Longueur	Remarques
ETA_NUM	N° FINESS e-PMSI	char	9	
ETA_NUM_ENT	N° FINESS du fichier d'entrée	char	9	Note 1
PRS_TYP	Type de prestation	char	2	
ANN	Année période	char	4	
MOI	N° période (mois)	char	2	
RSA_NUM	N° d'index du RSA	char	10	
NBR_SEJ	Nombre de séjours impliqués	num	6	
UCD_UCD_COD	Code UCD	char	13	A partir du 2015 transmise sur 13 caractères par ATIH avt générée par CNAMTS
ADM_NBR	Nombre administré éventuellement fractionnaire	num	10,3	
ADM_NBR_PRI	Prix d'achat multiplié par le nombre administré	num	10,3	
ADM_MOIS	Mois de la date d'administration	char	2	
DAT ADM ANN	Année de la date d'administration	char	4	
DELAII	Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	num	4	
INI_VAL_PRS	Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	char	1	
TOP_UCD_AUTO	Top transcodage UCD13 auto	char	1	1=oui, 2=non
COD_LES	Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	char	7	Obligatoire au 1er septembre (code_LES sur <a href="https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus">https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus</a> )

# Tables de valorisation des séjours en établissements publics et ESPIC

Table :  
**T\_MCOAAVALO**

Table de valorisation des séjours

Les séjours des établissements publics (STA\_ETA dans la table E = 'STC' ) sont valorisés via le PMSI : la valeur du séjour se trouve dans la table T\_MCOAAVALO du PMSI

- Seule exception : le centre médico chirurgical de WALLERSTEIN qui est en **facturation directe** et donc dans le flux assurance maladie. Les séjours figurent néanmoins dans la table T\_MCOAAVALO avec la variable FLAG\_FIDES = '1'.
- Montants en base de remboursement (BR) et en remboursé (AM)
- 144 variables dans la table dont 102 montants financiers
- Valorisation totale et détaillée : GHS, suppléments, médicaments en sus, DMI, médicaments sous ATU dialyse, prélèvements d'organe,.

# Tables de valorisation des séjours en établissements publics et ESPIC

Variable	Libellé
<b>ETA_NUM</b>	Numéro FINESS de l'établissement
<b>RSA_NUM</b>	Numéro séquentiel du rsa
<b>VALO</b>	=0 si le séjour n'est pas valorisé =1 si le séjour est valorisé =2 dans le cas d'un séjour non valorisé avec prélèvement d'organes. Dans ce cas, seuls les prélèvements d'organe sont valorisés pour le séjour. =3 si le séjour est en AME =4 si le séjour est en SU =5 si détenu
<b>GHS_NUM</b>	Numéro du GHS
<b>PONDER</b>	Nombre de séjours ou nombre de séances
<b>COEFTTRANS</b>	Coefficient de transition
<b>COEGEO</b>	Coefficient géographique
<b>TAUX2</b>	Taux de remboursement
<b>MNT_MAJO</b>	Montant majoration du parcours de soin
<b>MNT_TMF</b>	Ticket modérateur forfaitaire
<b>MNT_FJ2</b>	Montant du forfait journalier
<b>MNT_TOT_BR</b>	Valorisation totale BR du séjour. Hors AME , c'est la somme de : mnt_mon, mnt_dmi, mnt_med_atu, mnt_ghs_br, mnt_exinf_br, mnt_ghs50_br, mnt_exh_br, mnt_supphd_br, mnt_suppent1_br, mnt_suppent2_br, mnt_suppent3_br, mnt_dip_br, mnt_9610_br, mnt_9619_br, mnt_9620_br, mnt_9621_br, mnt_9622_br, mnt_9623_br, mnt_9625_br, mnt_9631_br, mnt_9632_br, mnt_9633_br, mnt_9615_br, mnt_rap_br, mnt_ant_br, mnt_rea_br, mnt_rep_br, mnt_si_br, mnt_sc_br, mnt_nn1_br, mnt_nn2_br, mnt_nn3_br, mnt_caisson_br, mnt_fj2, mnt_sdc_br, mnt_l04 et mnt_RAC si taux à 100%
<b>MNT_TOT_AM</b>	Valorisation totale AM du séjour. Hors AME c'est la somme de : mnt_mon, mnt_dmi, mnt_med_atu, mnt_ghs_am, mnt_exinf_am, mnt_ghs50_am, mnt_exh_am, mnt_supphd_am, mnt_suppent1_am, mnt_suppent2_am, mnt_suppent3_am, mnt_dip_am, mnt_po1_am, mnt_po2_am, mnt_po3_am, mnt_po4_am, mnt_po5_am, mnt_po6_am, mnt_po7_am, mnt_po8_am, mnt_po9_am, mnt_poa_am, mnt_9610_am, mnt_9619_am, mnt_9620_am, mnt_9621_am, mnt_9622_am, mnt_9623_am, mnt_9625_am, mnt_9631_am, mnt_9632_am, mnt_9633_am, mnt_9615_am, mnt_rap_am, mnt_ant_am, mnt_rea_am, mnt_rep_am, mnt_si_am, mnt_sc_am, mnt_nn1_am, mnt_nn2_am, mnt_nn3_am, mnt_caisson_am, mnt_ivg_am, mnt_sdc_am, mnt_l04_am
<b>MNT_RAC</b>	Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)
<b>FLAG_FIDES</b>	Indicateur FIDES GENRSA ; vaut 1 si le séjour est pris en charge dans le cadre de FIDES
<b>COEPRUD</b>	coefficient prudentiel
<b>COEFREP</b>	coefficient de reprise

2eme  
JOUR

# Exercice 5 : séjours non programmés

## Créer une table des séjours non programmés en Indre et Loire

### Définition des séjours non programmés :

[entrée par les urgences]

et/ou

[première unité médicale fait partie de la liste ci-dessous :

- 01A Réanimation adulte hors grands brûlés
- 01B Réanimation adulte grands brûlés
- 02A Soins intensifs en cardiologie = USIC
- 02B Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néonatalogie)
- 03A Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés
- 03B Soins surveillance continue adulte grands brûlés
- 04 Néonatalogie sans soins intensifs
- 05 Néonatalogie avec soins intensifs
- 06 Néonatalogie et réanimation périnatale
- 07A UHCD structures des urgences générales
- 07B UHCD structures des urgences pédiatriques
- 13A Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
- 13B Réanimation pédiatrique grands brûlés
- 14A Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés
- 14B Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés
- 18 Soins intensifs en unité neurovasculaire.]

Indication : on peut s'aider de la fonction ci-dessous :

`in('01','02','03','04','05','06','07','13','14','18')` ou se contenter des Unités médicales de réanimation commençant par 01 ou 13...

# La facturation dans les établissements privés

# La facturation en établissement privé



n° 12278\*01

identification de l'établissement dont n° FINESS

coefficient MCO :

## Le bénéficiaire des soins

nom et prénom(s)

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage ( facultatif et s'il y a lieu))

n° d'immatriculation et clé à défaut, date de naissance

code organisme de rattachement date début hospitalisation

entrée le à heures. sortie le à heures.

maladie

conditions de prise en charge  
code exonération

maternité date du début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP n° ou dat

### frais de structure et de soins (1)

période

du au

prix unitaire

quantité

coeff.

montant facturé

codes exo.

1

On y trouve les éléments relatifs au séjour  
(GHS)/prestation hospitalière

GHS/ATU,  
FFM

2

On y trouve les médicaments et LPP en SUS

3

### relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire

115

On y trouve les actes et  
honoraires

HHFA016,CS

## Bordereau S3404

T\_MCOxxFA  
Résumé factures

T\_MCOxxFB

Prestations Hospitalières

T\_MCOxxFH (medicament) /

T\_MCOxxFP(LPP)

T\_MCOxxFM (actes CCAM)

T\_MCOxxFC (honoraires)

# Tables de facturation en établissements privés

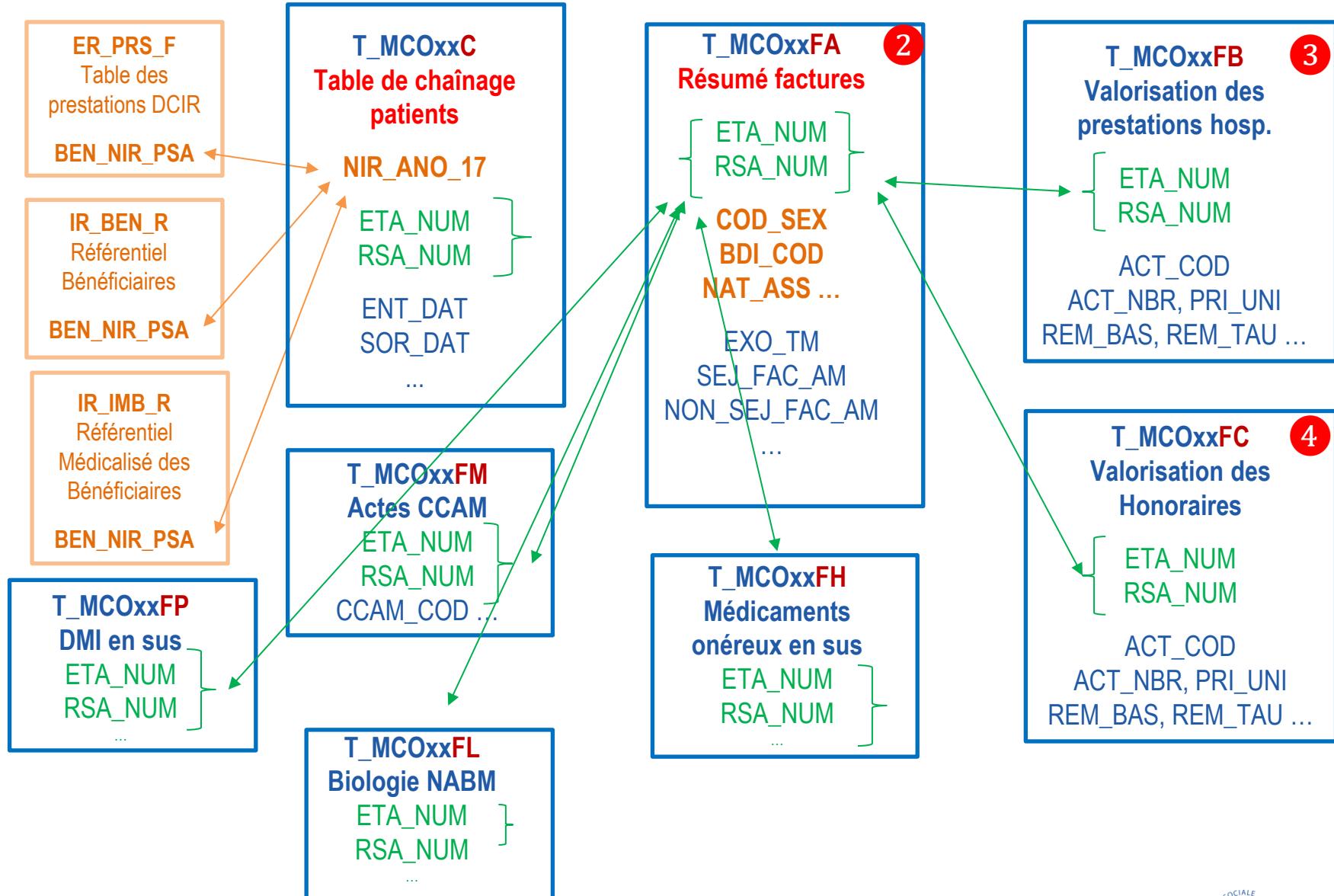
Nom des tables :  
**T\_MCOAAF +**

Les données de facturation proviennent du fichier ATIH des Résumés Standardisés de Factures Anonymes (RSFA)

- A      **table de prise en charge du séjour**
- B      **table de valorisation (facturation) des prestations hospitalières**
- C      **table de valorisation des honoraires**
- H      **table de facturation des médicaments onéreux en sus du GHS (codage UCD)**
- I      **table de facturation des prestations hospitalières pour interruption de séjour**
- M      **table de codage CCAM des actes techniques pratiqués**
- P      **table de facturation des dispositifs médicaux implantables (codage LPP)**
- L      **table de facturation des actes de biologie (NABM)**

- **Les séjours des établissements privés** (STA\_ETA dans la table E = 'OQN' ) sont **valorisés directement dans les tables de l'Assurance Maladie (DCIR)**. Le PMSI contient des tables de facturation des séjours privés mais il n'est pas certain qu'elles correspondent aux montants réellement facturés et remboursés par l'AM.

# Pas d'ACE pour les privés ! Mais on trouve les prestations hospitalières



# Tables de facturation en établissements privés

Nom des tables :  
**T\_MCOAAF +**

Les données de facturation proviennent du fichier ATIH des  
Résumés Standardisés de Factures Anonymes (RSFA)

## ■ Exemples d'utilisation

- Passage aux urgences sans hospitalisation
- MED de la liste en sus
- DMI de la liste en sus

# Les Actes et Consultations Externes des établissements ex-DGF

# Les Actes et Consultations Externes des établissements ex-DGF

## Les Actes et Consultations Externes (ACE) concernent uniquement les établissements ex-DGF

Passages aux urgences

Rdv chez un professionnel de santé pour un acte ou une consultation réalisée sans hospitalisation

Ils contiennent l'activité de médecins, infirmiers, kiné, biologistes, ...

Ils ne contiennent pas les actes faits en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation de jour

## Financement : Depuis 2005, valorisation de l'activité par code (lettre-clé), comme pour une activité libérale

## Champ : Tous régimes, contient aussi des factures non facturables à l'Assurance maladie

Il n'existe pas d'activité externe en établissement privé, elle est considérée comme du soin de ville libéral

# Tables des Actes et Consultations Externes en établissements publics

Nom des tables :  
« T\_MCOAA » +

↑  
Données MCO de l'année AA

Variables de jointure :  
ETA\_NUM  
SEQ\_NUM

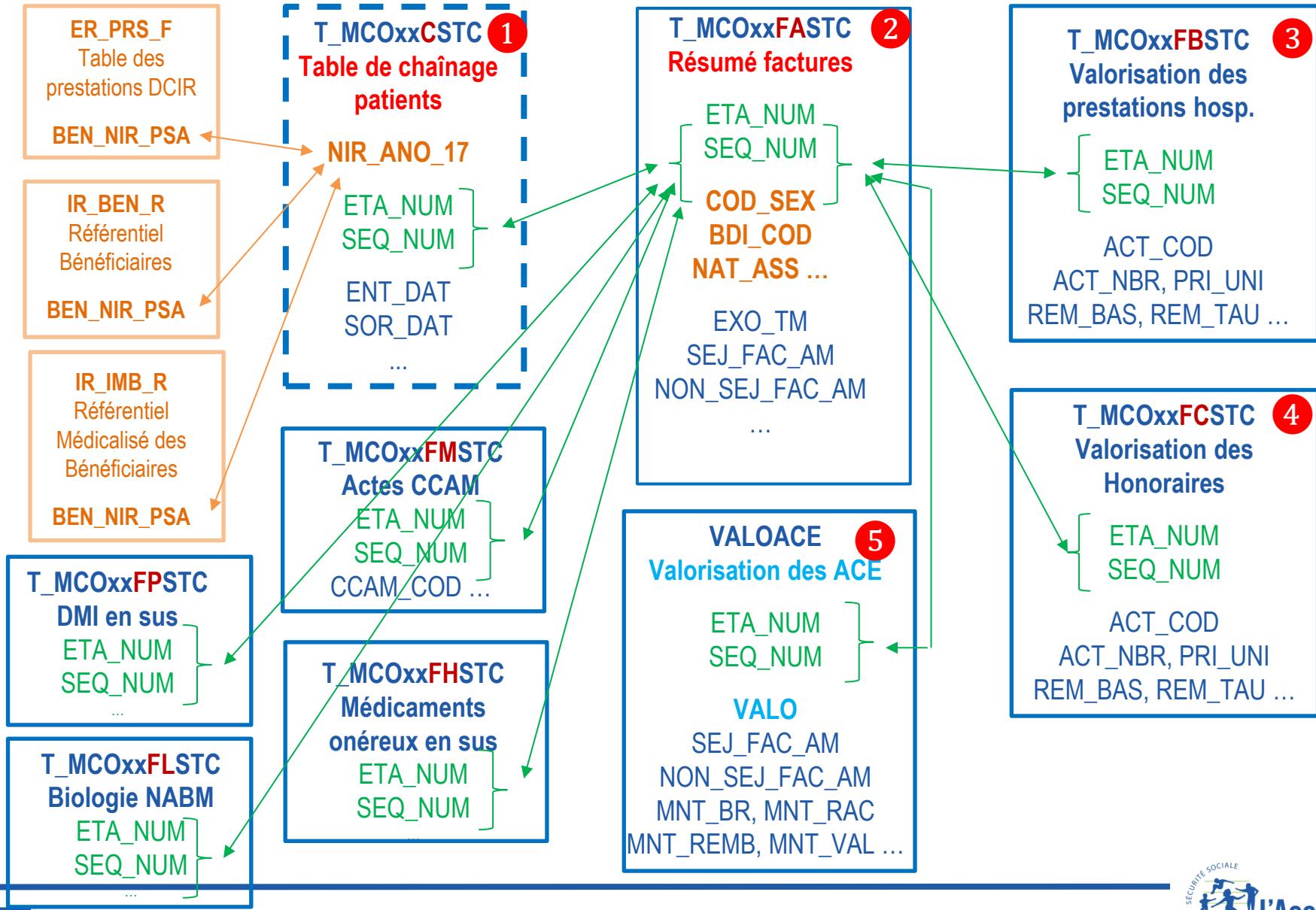
Tables de description  
et de facturation des  
soins externes

## Tables pour les établissements publics uniquement

- 1 CSTC (patients)
- 2 FASTC (résumé factures)
- 3 FBSTC (valorisation des prestations Hospitalières)
- 4 FCSTC (valorisation des honoraires)
- 5 VALOACE (valorisation des Actes et Consultations Externes)  
FMSTC (Actes CCAM plus détaillé mais sans valorisation)  
FHSTC (Médicaments Onéreux en Sus)  
FPSTC (DMI en sus)  
FLSTC (Biologie NABM) Cf. ANNEXE

NB : La notion de "séjour" dans la description des tables et des variables pour l'activité externe est un abus de langage lié au fait que le format de la table externe est identique aux tables de facturation des séjours en privé.

# ACE : structuration des tables dans le SNDS (modèle en étoile)



# Les Actes et Consultations Externes

1

## La table T\_MCO16CSTC (patients)

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	N° FINESS
SEQ_NUM	N° séquentiel
NIR_ANO_17	N° Anonyme du patient
SEJ_NUM	N° de séjour
ENT_DAT	Date d'entrée
SOR_DAT	Date de sortie
NIR_RET	Code retour contrôle « n° sécurité sociale
NAI_RET	Code retour contrôle « date de naissance
SEX_RET	Code retour contrôle « sexe »
IAS_RET	Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour
ENT_DAT_RET	Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée)
EXE_SOI_DTD	Date d'entrée en format date
EXE_SOI_DTF	Date de sortie en format date

Elle contient 1 ligne par "facture".

Variables de jointure : ETA\_NUM et SEQ\_NUM

Elle permet d'avoir les informations sur le patient

NIR\_ANO\_17 = Numéro du Patient avec la même pseudonymisation que DCIR

Date d'entrée et date de sortie (identifiants potentiels en JJMMMAAAA) en caractère ; UTILISER LES FORMATS DATES

Les variables de contrôles XXX\_RET permettent de déterminer si le Numéro du patient est correctement crypté elles doivent pour cela être = à 0.

# Les Actes et Consultations Externes

1

## Exemple : Table T\_MOCSTC

Le Patient n°Bv1KB8HFbdA-XXXXXX est passé dans l'Établissement 340011295 (LES HOPITAUX DU BASSIN DE THAU)

Le pseudo-nir n'est pas correct (tous les codes retour ne sont pas à 0) : le numéro de sécu contient des caractères non numérique et la date de naissance n'est pas de la bonne longueur..

4 passages en activité externe en 2020: Le 1er passage a été décomposé en 2 factures (même date)

ETA_NUM	SEQ_NUM	NIR_ANO_17	NIR_RET	NAI_RET	SEX_RET	IAS_RET	ENT_DAT_RET
N° FINESS	N° séquentiel	N° Anonyme du patient	Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	Code retour contrôle « date de naissance »	Code retour contrôle « sexe »	Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée)
340011295	00056338	Bv1KB8HFbdA-XXXXXX	3	1	0	0	0
340011295	00056339	Bv1KB8HFbdA-XXXXXX	3	1	0	0	0
340011295	00056340	Bv1KB8HFbdA-XXXXXX	3	1	0	0	0
340011295	00056341	Bv1KB8HFbdA-XXXXXX	3	1	0	0	0

EXE_SOI_DTD	EXE_SOI_DTF	RAC_MNT_PAT	RAC_MNT_PAT_RET	FAC_RAC_DT	FAC_RAC_DT_RET	VALID_FAC	VALID_FAC_RAC_RET
Date d'entrée	Date de sortie	Montant total du séjour facturé au patient	Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	Date de facturation patient	Code retour contrôle "Date de facturation patient"	Statut FT patient	Code retour contrôle " Statut FT patient "
04Jul2020 0:00:00	04Jul2020 0:00:00	50,42	0	20102020	0	1	Validé 0
04Jul2020 0:00:00	04Jul2020 0:00:00	0,00	0	00000000	0	9	Sans objet 0
06Jul2020 0:00:00	06Jul2020 0:00:00	120,92	0	20102020	0	3	Payé 0
07Jul2020 0:00:00	07Jul2020 0:00:00	90,42	0	20102020	0	1	Validé 0

# Les Actes et Consultations Externes

2

## La table T\_MCO16FASTC (prise en charge de l'ACE)

Elle contient 1 ligne par "facture". Variables de jointure : **ETA\_NUM** et **SEQ\_NUM**

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS
SEQ_NUM	N° séquentiel
SOR_ANN	Année de sortie
SOR_MOI	Mois de sortie
COD_SEX	Sexe
BDI_COD	Code géographique
COD_CIV	Code civilité
PS_IND	Indicateur du parcours de soins
OPE_NAT	Nature opération
NAT_ASS	Nature assurance
EXO_TM	Justification d'exonération du TM
NOE_RGM	Code Gd régime
SEJ_FAC_AM	Séjour facturable à l'assurance
NON_SEJ_FAC_AM	Motif de la non facturation à l'assurance maladie

Cette table permet d'avoir quelques informations supplémentaires sur le patient et les montants totaux des factures.

- Le sexe **COD\_SEX**
- Le code géographique **BDI\_COD** correspond généralement au code postal (= identifiant potentiel)
- Information sur l'assuré / ayant droit (**COD\_CIV**) , et le parcours de soin (**PS\_IND**)
- La nature d'assurance **NAT\_ASS** = le risque (maladie, maternité...)
- Le code grand régime d'affiliation du patient (**NOE\_RGM**) : 01=Régime Général
- Le motif d'exonération du ticket modérateur (**EXO\_TM**), si le patient est exonéré alors il est pris en charge à 100%, sinon ce sont les mêmes taux que pour les soins de ville.
- **SEJ\_FAC\_AM** (actes externes facturables à l'Assurance Maladie) est lié aux droits du patient (1=oui). S'il n'est pas facturable à l'AM, le motif se trouve dans **NON\_SEJ\_FAC\_AM**
- Pas d'info sur la variable OPE\_NAT, sauf que la modalité 1 correspond à paiement

Attention : les informations sur les patients sont déclaratives, des signalements sont faits par l'Atih, pour que l'établissement puisse corriger. Les modalités figurant dans la base peuvent ne pas figurer dans la nomenclature.

# Les Actes et Consultations Externes

2

## La table T\_MCO16FASTC (prise en charge de l'ACE)

### EXO\_TM

- 0 Pas d'exonération
- 1 Soins en rapport avec un K ou un KC = ou > 50 (NGAP), A compter du 1/1/2004, les actes en rapport avec un acte « K ou Z >= 50 » non présent sur la facture, ne sont plus exonérés.
- 2 Soins relatifs à un séjour > 30 jours (réservé à un établissement)
- 3 Soins particuliers exonérés ( traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants , soins en établissements des nourrissons dans les 30 premiers jours de vie, test de dépistage du virus HIV)
- 4 Soins relatifs aux affections liste, hors liste, ou multiples (ALD)
- 5 Assuré ou bénéficiaire exonéré (C.A.S) (régime exonérant)
- 6 Réservé SESAM-VITALE pour les régimes spéciaux SNCF
- 7 Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention
- 8 Réservé Régime Général
- 9 FSV ou FSI (ancien FNS)
- C Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil. La facture est exonérée.

### FAC\_SEJ\_AM

0 : non / 1 : oui / 2 : En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient / 3 : En attente de décision sur les droits du patient

### NON\_FAC\_AM

Motif de la non facturation à l'assurance maladie

(Si SEJ\_FAC\_AM=0)

- 1 Patient en AME
- 2 Patient sous convention internationale
- 3 Patient payant
- 4 Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
- 5 Patient hospitalisé dans un autre établissement
- 6 Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
- 9 Autres situations

### NOE\_RGM      « Code grand régime »

- 01 Régime général
- 02 Régime Agricole
- 03 Régime social des indépendants (RSI)
- 04 Régime spécial de sécurité sociale de la CPRP de la S.N.C.F.
- 05 Régime spécial de sécurité sociale des agents de la R.A.T.P.
- 06 Etablissement National des Invalides de la Marine (ENIM)
- 07 Régime spécial de sécurité sociale des Mineurs et Assimilés
- 08 Régime spécial de sécurité sociale des militaires de carrière
- 09 Régime spécial de sécurité sociale de la banque de France
- 10 Régime spécial de sécurité sociale des clercs et employés de notaires
- 12 Régime spécial d'assurance maladie -maternité de la chambre de commerce et d'industrie de Paris
- 14 Régime spécial de sécurité sociale de l'assemblée nationale
- 15 Régime spécial de sécurité sociale du sénat
- 16 Régime spécial de sécurité sociale du port autonome de Bordeaux
- 17 Régime spécial de sécurité sociale des français de l'étranger
- 90 Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses
- 91 M.G.E.N (Mutuelle Générale de l'Education Nationale)
- 92 M.G. (Mutuelle Générale)
- 93 M.G. P. (Mutuelle Générale de la Police)
- 94 M.F.P.S (Mutualité Fonction Publique Services)
- 95 M.N.H (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Professionnels de la Santé et du Social)
- 96 M.N.A.M (Mutuelle Nationale Aviation Marine)
- 99 Autres Mutuelles
- 88 Valeur inconnue

## 2 La table T\_MCO10FASTC (prise en charge de l'ACE)

Variable	Libellé de la variable
PH_BRM	Total Base Remboursement Prestation hospitalière
PH_AMO_MNR	Total remboursable AMO Prestation hospitalières
PH_MNT	Montant total facturé pour PH
HON_AM_MNR	Total honoraire remboursable AM
HON_MNT	Total honoraire Facturé
PH_OC_MNR	Total remboursable OC pour les PH
HON_OC_MNR	Total remboursable OC pour les honoraires
PAS_OC_MNT	Total participation assuré avant OC
TYP_ART	Type d'enregistrement
RSF_TYP	Type de format RSF (1 : ancien, 2 : nouveau)
NUM_FAC	N° Facture séquentiel

- **Les montants totaux des factures se décomposent en 2 types :**
  - Les prestations hospitalières (**PH\_**) sont :
    - Les forfaits de passage aux urgences : ATU
    - Les forfaits sécurité environnement : SE1 à SE4
    - Les forfaits techniques Scanner, IRMN et Tep
  - Les prestations des professionnels de santé (**HON\_**)
    - l'activité de médecins
    - des infirmiers, kiné, biologistes, ...
- **Les agrégats donnés dans cette table :**
  - La base de remboursement uniquement pour les PH
  - **ATTENTION** : le **total remboursable correspond en fait au montant "théoriquement" remboursé.**
  - OC = Organisme Complémentaire, les variables sur l'OC sont généralement = 0.

# Les Actes et Consultations Externes

## 3 La table T\_MCO10FBSTC (valorisation des prestations Hospitalières)

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS
SEQ_NUM	N° séquentiel
SOR_ANN	Année des soins
SOR_MOI	Mois des soins
PSH_MDT	Mode de traitement
PSH_DMT	Discipline de prestation (ex
EXO_TMR	Justification exo TM
EXE_SPE	Spécialité exécutant
ACT_COD	Code acte
ACT_NBR	Quantité
ACT_COE	Coefficient
ACT_DNB	Dénombrement
PRI_UNI	Prix Unitaire
REM_BAS	Montant Base remboursement
REM_TAU	Taux applicable à la prestation
AMO_MNR	Montant Remboursable par la caisse (AMO)
HON_MNT	Montant des honoraires (dépassement compris) ou
AMC_MNR	Montant remboursable par l'organisme complémentaire

- Elle contient 1 ligne par "prestation hospitalière". Variables de jointure : **ETA\_NUM** et **SEQ\_NUM**.
- Cette table contient le détail des **prestations hospitalières facturées**.
  - La prestation : **ACT\_COD** (ATU, FU1 à FU4, SE1 à ..., forfaits d'imagerie)
  - La quantité **ACT\_NBR** = le dénombrement **ACT\_DNB** normalement
  - Le coefficient **ACT\_COE** = 1 pour les Prestations Hospitalières
  - **REM\_TAU** pour les PH devrait toujours être = **100%** sauf pour les patients dont **SEJ\_FAC\_AM = 0** dans la table FASTC.
  - La **spécialité de l'exécutant** est déclarative et invérifiable (nous n'avons pas l'identifiant de PS)
- **ATTENTION** : le montant remboursable par la caisse **AMO\_MNR** correspond en fait au **montant "théoriquement" remboursé** par l'AM.
- **Il vaut mieux recalculer la base de remboursement = le montant des honoraires = ACT\_NBR \* PRI\_UNI et comparer à REM\_BAS et HON\_MNT** (pas de dépassement en public).

# Les Actes et Consultations Externes

## 4 La table T\_MCO10FCSTC (valorisation des honoraires)

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS
SEQ_NUM	N° séquentiel
SOR_ANN	Année des soins
SOR_MOI	Mois des soins
PSH_MDT	Mode de traitement
PSH_DMT	Discipline de prestation (ex
EXO_TM	Justification exo TM
EXE_SPE	Spécialité exécutant
ACT_COD	Code acte
ACT_NBR	Quantité
ACT_COE	Coefficient
ACT_DNB	Dénombrement
PRI_UNI	Prix Unitaire
REM_BAS	Montant Base remboursement
REM_TAU	Taux applicable à la prestation
AMO_MNR	Montant Remboursable par la caisse (AMO)
HON_MNT	Montant des honoraires (dépassement compris)
AMC_MNR	Montant remboursable par l'organisme complémentaire

- Elle contient 1 ligne par "Acte et Consultation Externe" (**Attention avant 2018 : doublons APHP, APHM et HCL**).
- Variables de jointure : **ETA\_NUM** et **SEQ\_NUM**.
- Elle contient le détail des prestations réalisées par les professionnels de santé:
  - La prestation est en lettre : **ACT\_COD** (C, B, ADI ...), la liste des prestations prises en charge dans le cadre de l'activité externe est définie. Elle est publiée sur le site de l'ATIH (cf. commentaire).
  - La quantité **ACT\_NBR** = le dénombrement **ACT\_DNB** normalement
  - Le coefficient **ACT\_COE** correspond aux coefficients de la NGAP
  - **REM\_TAU** correspond aux mêmes taux de remboursement que pour les soins de ville.
- **ATTENTION** : le montant remboursable par la caisse **AMO\_MNR** correspond en fait au **montant théoriquement remboursé** par l'AM.
- **Il vaut mieux recalculer la base de remboursement** = le montant des honoraires = **ACT\_NBR\*ACT\_COE\*PRI\_UNI** et **comparer à REM\_BAS et HON\_MNT**. Pour les actes CCAM le prix unitaire n'inclut pas les modificateurs, il peut donc y avoir une différence (il n'y a pas de dépassement en public).

## T\_MCO16VALOACE

- Cette table permet de valoriser les actes et consultations externes des établissements publics depuis 2013 (avant cette période il faut utiliser les montants tables **FBSTC** et **FCSTC**)
- Cette table contient une ligne par ACE valorisé ou non (voir variable VALO)
- Elle contient la valorisation totale ainsi le détail de valorisation par prestation : ATU, FFM, Dialyse, SE, FTN, NGAP, CCAM, DM Externe et le Reste A Charge (RAC) (avant remboursement complémentaire)
- FACTURES non valorisées (VALO = 0)

# Les Actes et Consultations Externes

5

## T\_MCO16VALOACE

Variable	Libellé
ETA_NUM	N° FINESS de l' établissement
SEQ_NUM	N° de facture séquentiel
VALO	0 : facture non valorisée 1 : facture valorisée 2 : facture partiellement valorisée 3 : prise en charge des patients détenus
FIDES	Variable « valorisée par FIDES » du RAFAEL-A
FIDES_OVALIDE	Indicateur (calculé par OVALIDE) servant à la valorisation FIDES : 0 : valorisé par OVALIDE 1 : valorisé par FIDES . : facture antérieure à la bascule FIDES
NBLIGNE	Nb de lignes de la facture
SEJ_FAC_AM	Variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » du RAFAEL-A
NON_SEJ_FAC_AM	Variable « Motif de non facturation à l'assurance maladie » du RAFAEL-A
PF18	Participation forfaitaire 18 euros déduite sur la facture : 1 : oui 2 : non

# Les Actes et Consultations Externes

5

## T\_MCO16VALOACE

Montants remboursables	
MNT_BR_ATU	Montant Base de Remboursement ATU
MNT_BR_FFM	Montant Base de Remboursement FFM
MNT_BR_DIA	Montant Base de Remboursement Alternative à la Dialyse en centre
MNT_BR_SE	Montant Base de Remboursement SE
MNT_BR_FTN	Montant Base de Remboursement FTN
MNT_BR_NGAP	Montant Base de Remboursement NGAP
MNT_BR_CCAM	Montant Base de Remboursement CCAM
MNT_BR_DM_EXT	Montant Base de Remboursement DM Externe
<b>MNT_BR</b>	<b>Montant Base de Remboursement Total</b>
<b>MNT_RAC</b>	<b>Montant Remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)</b>

Montants Remboursés
MNT_REMB_ATU
MNT_REMB_FFM
MNT_REMB_DIA
MNT_REMB_SE
MNT_REMB_FTN
MNT_REMB_NGAP
MNT_REMB_CCAM
MNT_REMB_DM_EXT
<b>MNT_REMB</b>

Montants AM effectivement valorisés par OVALIDE

MNT_VAL_ATU
MNT_VAL_FFM
MNT_VAL_DIA
MNT_VAL_SE
MNT_VAL_FTN
MNT_VAL_NGAP
MNT_VAL_CCAM
MNT_VAL_DM_EXT
<b>MNT_VAL</b>

Cette table rassemble les différents montants par catégorie de prestations

# Synthèse : Lien entre les Tables d'activité et de Facturation

# Lien entre les tables d'activité et de facturation

## Les Séjours

T\_MCOaaB

Séjours ES  
Publics et  
privés

Je retrouve les montants associés dans le  
PMSI dans ....

T\_MCOaaVALO

ES Publics  
et ESPIC

T\_MCOaaF(X)

ES Privés

Formation PMSI

C'est l'équivalent du bordereau S3404. La  
consultation externe d'un PS seul  
n'apparaît que  
dans DCIR

## Les Actes et Consultations Externes (ACE publics et ESPIC) ou prestations hospitalières (privés)

ES Privés

ER\_PRS\_F

FIDES  
Prest pour info  
Libéraux +  
ES privés

ES Publics et  
ESPIC

T\_MCOaaF(X)STC



\* Pas exhaustif

T\_MCOaaVALOACE

ES Publics  
et ESPIC

Les bases du DCIR contiennent  
l'exhaustivité des ACE et  
notamment la partie libérale  
absente du PMSI

# FOCUS sur les URGENCES

## Réforme du financement des urgences actés dans le PLFSS 2020 (article 36)

[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4306/notice\\_technique\\_complementaire\\_n\\_atih-150-4-2022\\_nouveautes\\_financement\\_2022\\_version\\_completee-hh.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4306/notice_technique_complementaire_n_atih-150-4-2022_nouveautes_financement_2022_version_completee-hh.pdf)

### Les passages aux urgences sans hospitalisation

#### AVANT 2022

Facturation d'un forfait :

**ATU Accueil et Traitement des Urgences**

Les codes se trouvent au niveau des tables :

ES publics : T\_MCOaaFBSTC

ES privés : T\_MCOaaFB ou côté DCIR

#### A PARTIR DE 2022

Facturation d'un forfait :

**ATU : Accueil et Traitement des Urgences**  
uniquement **pour la gynécologie**

Facturation de forfaits (selon l'âge)

- **FU1 Forfait Patient Urgence 1 - 0-15 ans**
- **FU2 Forfait Patient Urgence 2 – 16-44 ans**
- **FU3 Forfait Patient Urgence 3 – 45-74 ans**
- **FU4 Forfait Patient Urgence 4 – 75 ans et +**

Les codes se trouvent au niveau des tables :

- ES publics : T\_MCOaaFCSTC

- ES privés : T\_MCOaaFC ou côté DCIR

## Exercice 6 : passage aux urgences

**Calculer le nombre de passages aux urgences avec ou sans hospitalisation dans l'Indre et Loire en 2016 (Public et Privé) .**

**On peut repartir de l'exercice 1**

# Pour bien commencer sur le PMSI SSR

## Les principales notions

# Présentation PMSI SSR

- ✓ Recueil d'informations médicales synthétiques pour les hospitalisations réalisées dans des structures ayant une activité autorisée en **soins de suite ou de réadaptation**

Réforme des autorisations au 1<sup>er</sup> juin 2023 : SSR devient **SMR**  
**Soins Médicaux et de Réadaptation**

- ✓ Les structures SSR assurent les missions suivantes : :
  - **soins médicaux** : poursuite de soins après hospitalisation, équilibrage d'un traitement...
  - **rééducation et réadaptation** : pour un membre après chirurgie, rééducation nutritionnelle, adaptation d'une prothèse...
  - **prévention et éducation thérapeutique** : obésité, maladies chroniques
  - **accompagnement à la réinsertion** : sociale, familiale, scolaire ou professionnelle (retour du patient vers son lieu de vie ou de travail)
- ✓ Ce recueil concerne tout séjour d'hospitalisation, qu'il s'agisse **d'hospitalisation complète ou partielle, d'établissements de santé publics comme privés**

# Les structures SSR

Il existe des structures SSR pour adultes et des SSR pédiatriques (0-18 ans)

Les SSR dits **polyvalents** assurent une prise en charge globale du patient, autour d'une équipe pluri-disciplinaire afin d'assurer son retour à l'autonomie.

Les **SSR spécialisés** s'articulent autour de 9 prises en charge spécifiques

- appareil loco-moteur
- système nerveux
- cardio-vasculaire
- Respiratoires
- système digestif
- onco-hématologie
- Brûlés
- conduites addictives
- personnes âgées, polypathologiques

*A partir du 1<sup>er</sup> juin 2023 (réforme des autorisations), on parle dorénavant de mentions (ex : mention « conduites addictives »).*

# L'hospitalisation en SSR

Par hospitalisation on entend :

- l'hospitalisation complète** dont l'hospitalisation de semaine (hospitalisation avec hébergement) ;
- l'hospitalisation à temps partiel** (hospitalisation sans hébergement durée <12H) de jour ou de nuit (limitée à la période nocturne : exemple en psychiatrie),
- **les séances** (traitement et cures ambulatoires, acte thérapeutique habituellement répétitif et identique, sur un mode séquentiel)

## L'hospitalisation en SSR

Lors de l'hospitalisation complète la présence des patients est continue (hors permission).

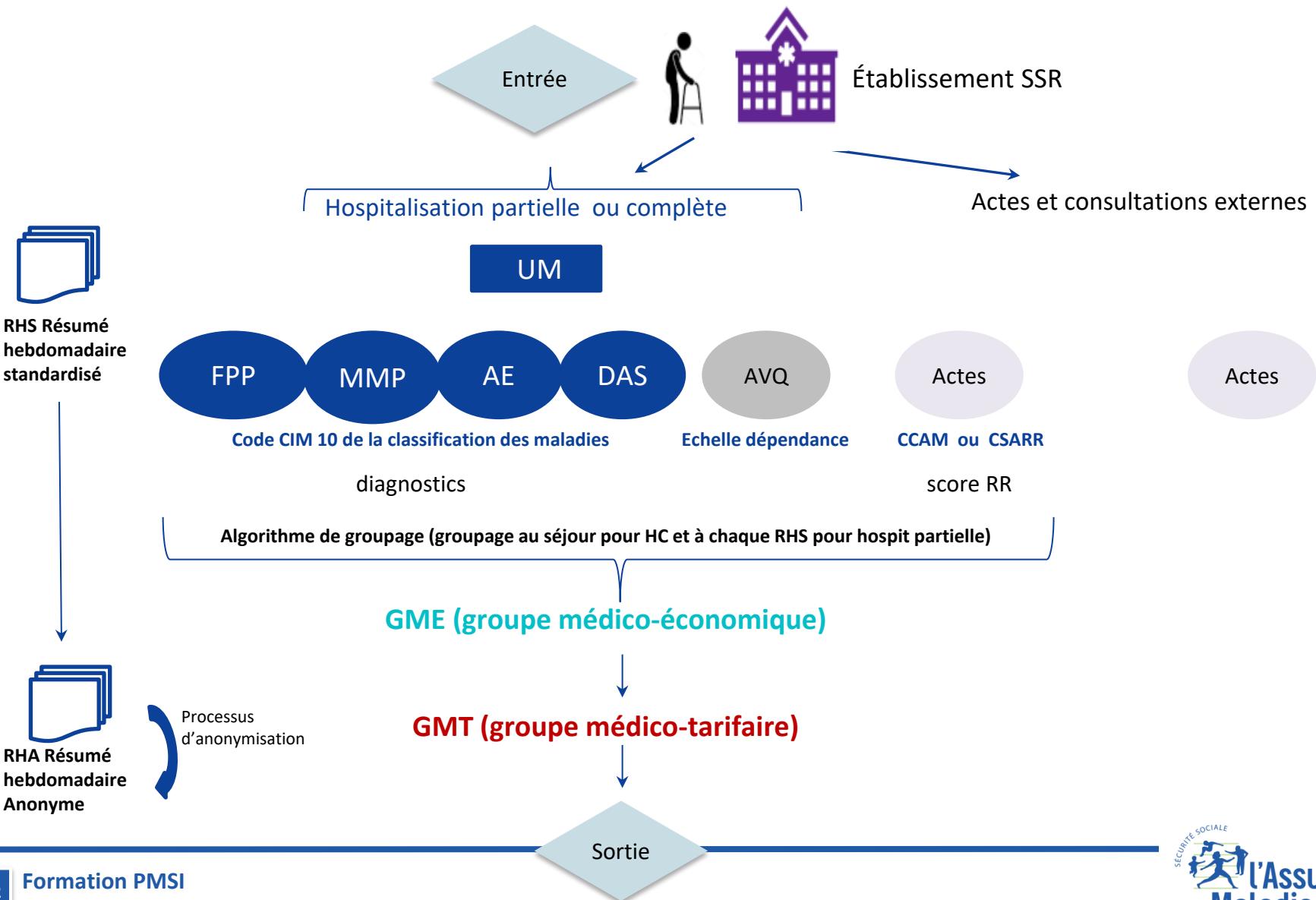
Dans le cadre de l'hospitalisation à temps partiel, les séjours peuvent correspondre à des présences discontinues.

Les prestations qui y sont dispensées **se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.**

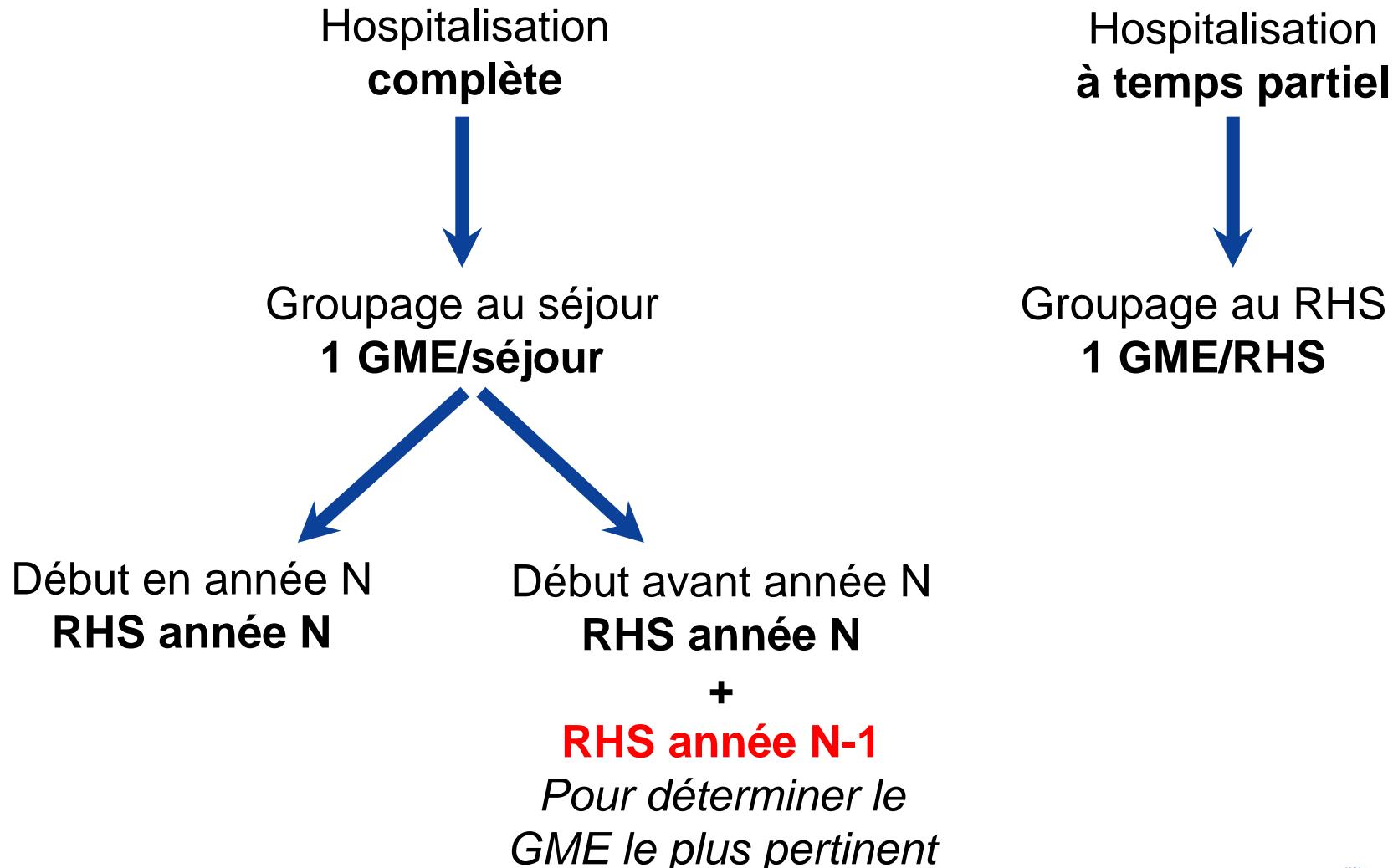
***Comme pour le MCO il existe également des Actes et Consultations Externes en SSR (même fonctionnement)***

# Schéma simplifié des concepts

Chaque concept fera l'objet d'une présentation spécifique



# La classification en SSR

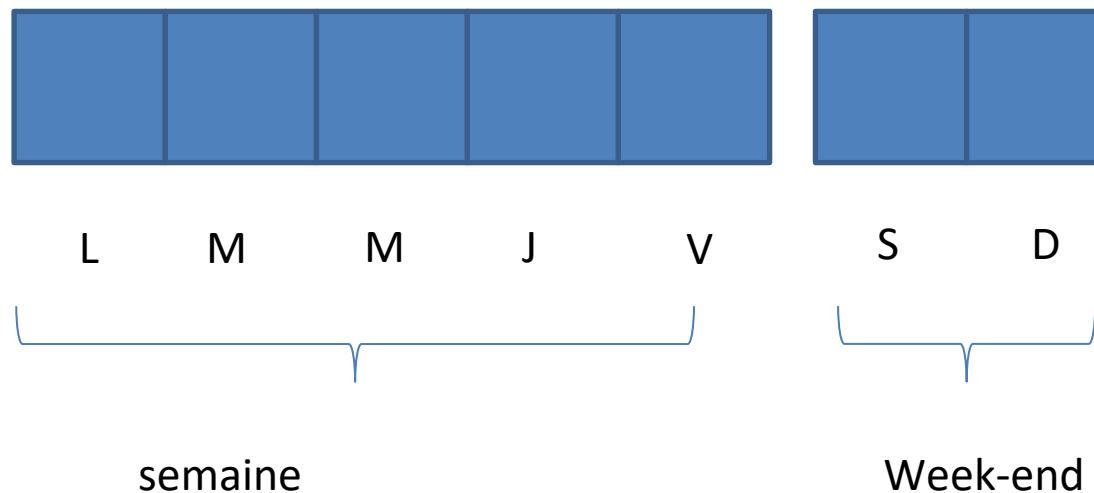


# Les grands principes du codage du PMSI SSR

L'unité de recueil à partir de laquelle on raisonne n'est plus le séjour hospitalier (comme en MCO) **mais la semaine calendaire d'hospitalisation**, soit du lundi au dimanche.

Les informations recueillies constituent les **Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS)**

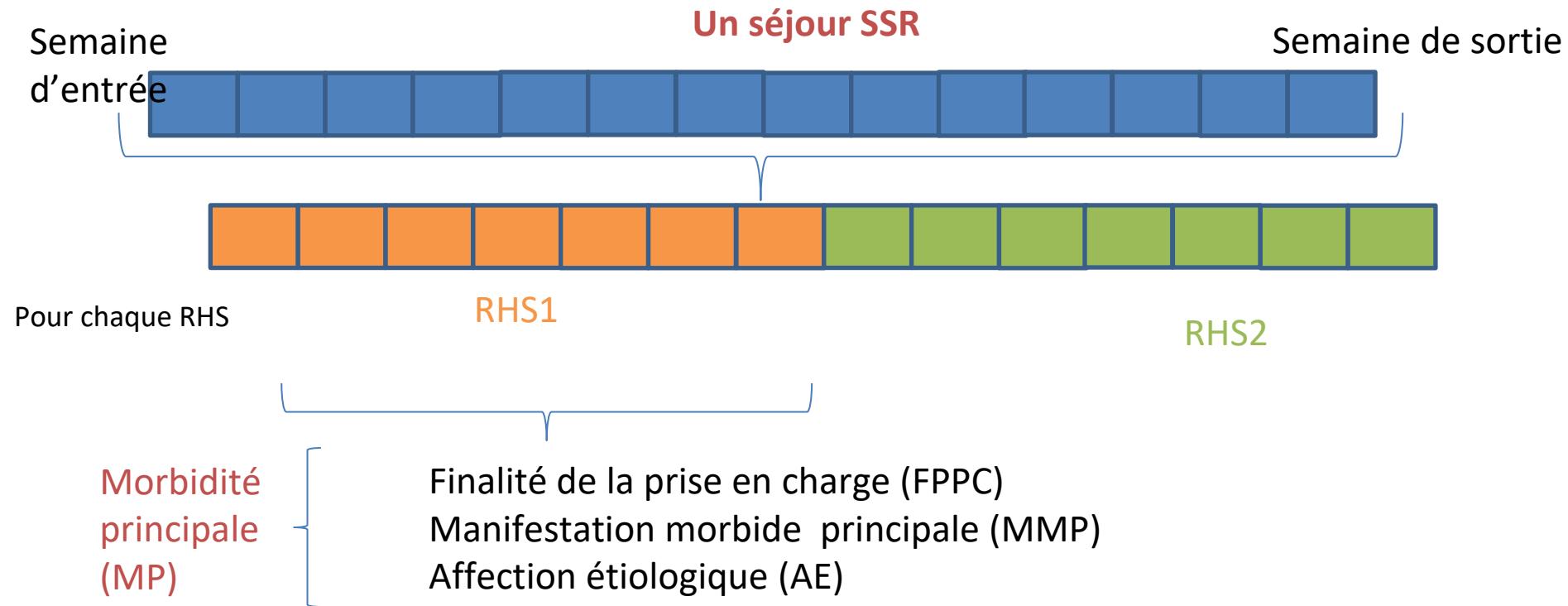
RHS1



# Les grands principes du codage du PMSI SSR

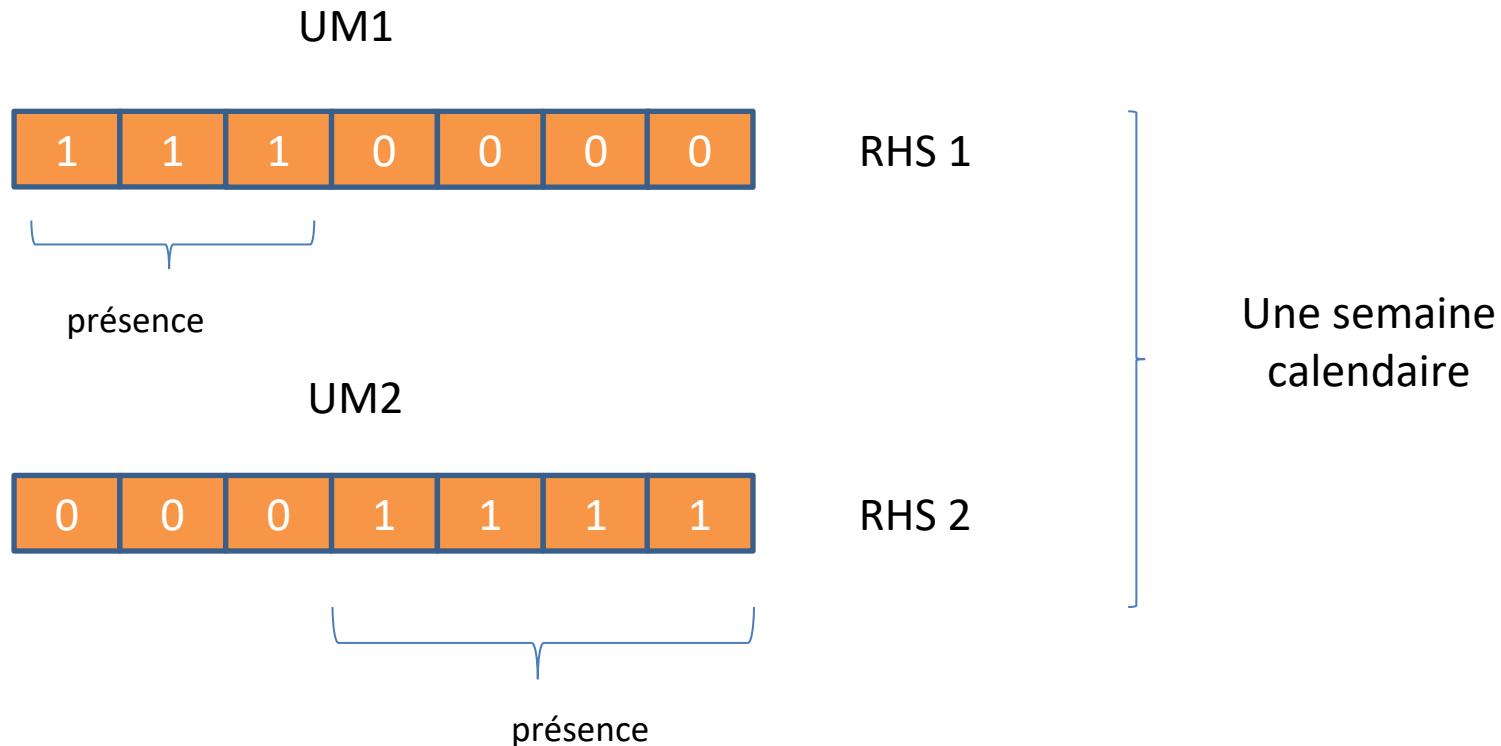
**Un séjour hospitalier en SSR est couvert par un ou plusieurs Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS).** Dans ces résumés, les jours de présence effective des malades sont indiqués pour chaque jour de la semaine.

La première semaine de chaque année de recueil PMSI contient le 4 janvier - exemple année 2022 : lundi 03/01/2022 - dimanche 01/01/2023)



# Les grands principes du codage du PMSI SSR

- Les unités médicales (= services) codent des RHS : 1 RHS par UM



# Les grands principes du codage du PMSI SSR

Chaque RHS contient :

- des infos administratives et de mouvements
- des diagnostics
- des actes médicaux (CCAM)
- une échelle de dépendance (AVQ)
- des actes de rééducation-réadaptation (actes CSARR)

Les RHS sont restitués dans le PMSI SSR sous forme de :

- RHA (RHS anonymisés),
- suites de RHA (séjours administratifs).

# La structuration des tables PMSI SSR dans le SNDS

Dans le SNDS, la table principale des RHA est T\_SSRA<année>B

On identifie un RHA par les clés de jointure suivantes :

ETA_NUM	N° FINESS d'inscription
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
RHS_NUM	Numéro séquentiel du RHS

On identifie un séjour par les clés de jointure suivantes :

ETA_NUM	N° FINESS d'inscription e-PMSI
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour

Celles-ci servent de clés de jointure selon les tables

# La structuration des tables PMSI SSR dans le SNDS

Jointure avec le RHA  
ETA\_NUM || RHA\_NUM || RHS\_NUM

Table Acte CCAM : T\_SSRAaCCAM

ETA_NUM	N° FINESS de l'établissement
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
RHS_NUM	Numéro séquentiel du RHS
CCAM_ACT	Code de l'acte CCAM

Table Acte CSARR : T\_SSRAaCSARR

ETA_NUM	N° FINESS de l'établissement
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
RHS_NUM	Numéro séquentiel du RHS
CSARR_COD	Code principal

Table DAS : T\_SSRAaD

ETA_NUM	N° FINESS de l'établissement
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
RHS_NUM	Numéro séquentiel du RHS
DGN_COD	DAS

Table RHA FIXE : T\_SSRAaB

ETA_NUM	N° FINESS d'inscription e-PMSI
GRG_GME	Groupage GME GENRHA
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
RHS_NUM	Numéro séquentiel du RHS
AGE ANN	Age
COD_SEX	Sexe
BDI_COD	Code géographique de résidence
MOI_ANN_SOR_SEJ	Mois/ Année de sortie du séjour
HOS_TYP_UM	Type d'hospitalisation UM
AUT_TYP_UM	Type d'autorisation d'UM
FP_PEC	Finalité principale de prise en charge
MOR_PRP	Manifestation morbide principale
ETL_AFF	Affection étiologique
NBR_DGN	Nombre de diagnostics associés dans ce RHS
NBR_CSARR	Nombre d'actes CSARR dans ce RHS
NBR_CCAM	Nombre d'actes CCAM dans ce RHS

Jointure avec le séjour  
ETA\_NUM || RHA\_NUM

Table GME : T\_SSRAaGME

ETA_NUM	N° FINESS de l'établissement
RHA_VER	N° version du format du RHA
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
NBR_JOU	Nombre de jours
GME_COD	Code GME

Table Chaînage : T\_SSRAaC

ETA_NUM	N° FINESS
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
NIR_ANO_17	N° anonyme
EXE_SOI_DTD	date d'entrée
EXE_SOI_DTF	date de sortie

Table Synthèse séjour : T\_SSRAaS

Nom variable	Libellé des zones
ETA_NUM	FINESS
RHA_NUM	N° Séquentiel du séjour
SUI_TYP	Type de suite
SEJ_NBJ	Durée du séjour
PRE_JOU_NBR	Nombre de journées de présence
ENT_MOD	Mode d'entrée
ENT_PRV	Provenance
SOR_MOD	Mode de sortie
SOR DES	Destination
ACT_TYP	Type d'hospitalisation
NBR_MUT	Nombre de mutations
NBR_RHA	Nombre de RHA
NBR_CM	Nombre de CM (nc)
NBR_GME	Nombre de GME (ng)

# PMSI SSR : Suppression des RHA et SSRHA en erreur

On élimine les erreurs de groupage des RHA et ou des séjours en appliquant le filtre sur la variable GRG\_GME de la table T\_SSR\_aaB ou GME\_COD de la table T\_SSR\_aaGME

*Exclusion des RHA en erreur (T\_SSR\_aaB)*

*GRG\_GME not like '90%'*

*OU*

*Exclusion des parties des séjours groupés en erreur (T\_SSR\_aaGME)*

*GME\_COD not like '90%'*

*Exclusion des RHA générés automatiquement (T\_SSR\_aaB)*

*TYP\_GEN\_RHA in ('0', '4')*

*Il s'agit de « faux » séjours générés automatiquement pour les besoins de facturation. Par principe , ils sont éliminés par la condition sur le GME.*

*Exclusion des RHA de l'année N-1 (T\_SSR\_aaB)*

*anRHS<sup>^</sup>=année*

## Un séjour est une somme de RHS

- **Un séjour ne peut correspondre qu'à un seul type d'hospitalisation :**

Il s'agit de la variable :

- HOS\_TYP\_UM** dans la table des RHA : T\_SSR<année>B
- et **ACT\_TYP** dans la table de synthèse des séjours T\_SSR<année>S
  - 1 : hospitalisation complète ou de semaine
  - 2 : hospitalisation partielle de jour
  - 3 : hospitalisation partielle de nuit
  - 4 : séances

Découpage du séjour en RHS :

- Un RHS ne peut concerner qu'une unité médicale (UM)
- Un RHS couvre exactement une semaine civile (lun-dim) mais pas nécessairement les jours de présence
- Les jours de présence sont notés
- Les permissions (pas plus de 48h) n'interrompent ni le séjour ni le RHS

# Les séjours et les RHS

## Les journées de présence :

Au niveau de la table des **RHA T\_SSRAaB**, deux variables permettent de déterminer les jours de présence au cours de la semaine calendaire :

- JP\_HWE : Jours de présence hors week-end sur 5 caractères**
- JP\_WE : Jours de présence en week-end sur 2 caractères**

Chaque jour de présence est indiqué par 1 (0 si absence)

Exemple présence le lundi mardi jeudi

**JP\_HWE : 11010**

**JP\_WE : 00**

La durée de séjour dans l'UM peut potentiellement s'obtenir au niveau de chaque RHA grâce aux variables (*séjours clos*) :

**RHS\_ANT\_SEJ\_ENT : Antériorité du RHS par rapport à l'entrée dans le séjour**  
**SEJ\_ANT : Antériorité du RHS par rapport à l'entrée dans l'UM**

En ajoutant 7 jours sauf si :

**DEB\_FIN** Semaine de fin de séjour SSR =1 (1: oui / 2 : non)

En tenant compte du dernier jour de présence

# Les séjours et les RHS

Un séjour = ETA\_NUM || RHA\_NUM

Il contient 5 RHA mais le séjour dure 4 semaines

		7 jours							RHS_ANT_SEJ_ENT	SEJ_ANT
UM1	RHA1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	RHA2	1	1	1	0	0	0	0	7	7
UM2	RHA3	0	0	0	1	0	1	1	7	0
	RHA4	1	1	0	0	1	1	1	14	4
	RHA5	1	1	1	1	1	1	1	21	11

Durée couverte = 21 + 7 = 28 jours

Nombre de journées de présence = 27

# Les séjours et les RHS

En pratique, pour calculer une durée ou le nombre de jours de présence d'un séjour, on privilégie plutôt les informations sur la table **T\_SSR<année>S** avec les variables :

**SEJ\_NBJ** : Durée du séjour → *vide pour un séjour non clos*

**PRE\_JOU\_NBR** : Nombre de journées de présence

en ne s'intéressant qu'aux séjours terminés dans l'année.

On pose une condition sur la variable

**SUI\_TYP Type de suite**

Modalité type de suite pour recueil année N

- 1 (clos)
- 2 (clos)
- 3 (non clos)
- 4 (non clos)
- 5 (non clos)

Date de début

- Année N
- Avant année N
- Année N
- Année N-1
- Avant année N-1

Date de fin

- Année N
- Année N
- 
- 
- 

**Donc les modalités 1 et 2 correspondent aux séjours terminés dans l'année**

## Exercice 7 : séjours hebdomadaires en hospitalisation complète et partielle

Pour l'établissement Maison de Réadapt. Fonct. Le Côteau (Finess=450002456)

**Calculer en 2016 par type d'hospitalisation Complète et à Temps partiel :**

a/Effectif moyen de RHA par séjours : moyenne sur l'ensemble des séjours (à partir du nombre de RHA renseigné dans les séjours)

(b/ le nombre moyen de journées de présence et la durée moyenne de séjour (DMS) : durée moyenne hospitalière pour un séjour calculée à partir du nombre de journées de présence des RHA correspondants pour les séjours terminés dans l'année

c/ Effectif moyen de RHA par séjour (séjours complets) : moyenne sur l'ensemble des séjours (à partir des séjours complets (i.e débutés et finis dans l'année)

## Exercice 7 : résultats attendus

Type d'hospitalisation	Effectif moyen de RHA par séjour	Nombre moyen de journées de présence	DMS (en journées, sur séjours complets ou finis dans la période)	Effectif moyen de RHA par séjour (séjours complets)
Hospitalisation complète	7,3	42,7	46,7	6,4
Hospitalisation à temps partiel	6,5	16,1	46,9	6,6

# Autorisations des unités médicales

Le type d'UM est codé sur 3 caractères :

- 1<sup>er</sup> caractère toujours égal à 5
- 2<sup>ème</sup> caractère selon la discipline
- 3<sup>ème</sup> caractère selon la catégorie d'âge des patients de l'unité :
  - A : Adulte > ou égal à 18 ans
  - J : Juvénile : de 6 à 17 ans
  - E : Enfant : âge < 6 ans
  - P : pédiatrie indifférenciée < 18 ans

L'information de l'UM est restituée dans la variable **AUT\_TYP\_UM**

50A - Soins polyvalents
50E - Soins polyvalents
50J - Soins polyvalents
51A - Affections de l'appareil locomoteur
51E - Affections de l'appareil locomoteur
51J - Affections de l'appareil locomoteur
52A - Affections du système nerveux
52E - Affections du système nerveux
52J - Affections du système nerveux
53A - Affections cardio vasculaires
53E - Affections cardio vasculaires
53J - Affections cardio vasculaires
54A - Affections respiratoires
54E - Affections respiratoires
54J - Affections respiratoires
55A - Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
55E - Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
55J - Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
56A - Affections onco hématologiques
56E - Affections onco hématologiques
56J - Affections onco hématologiques
57A - Affections des brûlés
57E - Affections des brûlés
57J - Affections des brûlés
58A - Affections liées aux conduites addictives
58J - Affections liées aux conduites addictives
59A - Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante

A partir de 2018 on identifie les types d'unités spécifiques (variable TYP\_US) :

- Unité de Soins Palliatifs : 08 .
- Unité Cognitivo-Comportementale : 09
- Unité EVC-EPR (Etat Végétatif Chronique - Etat Pauci Relationnel) 10

## Exercice 8 : type d'autorisation

Objectifs : déterminer le nombre de jours de présence par type d'hospitalisation et type d'autorisation (UM).

Reconstituer le Nb de jours de présence par entité géographique sur l'établissement précédent à partir des RHA en 2016.

Vous pouvez utiliser la fonction avancée :

```
input( substr(t1.JP_HWE,1,1),1.)+input( substr(t1.JP_HWE,2,1),1.)+input( substr(t1.JP_HWE,3,1),1.)+input( substr(t1.JP_HWE,4,1),1.)+input( substr(t1.JP_HWE,5,1),1.) +  
input( substr(t1.JP_WE,1,1),1.)+input( substr(t1.JP_WE,2,1),1.)
```

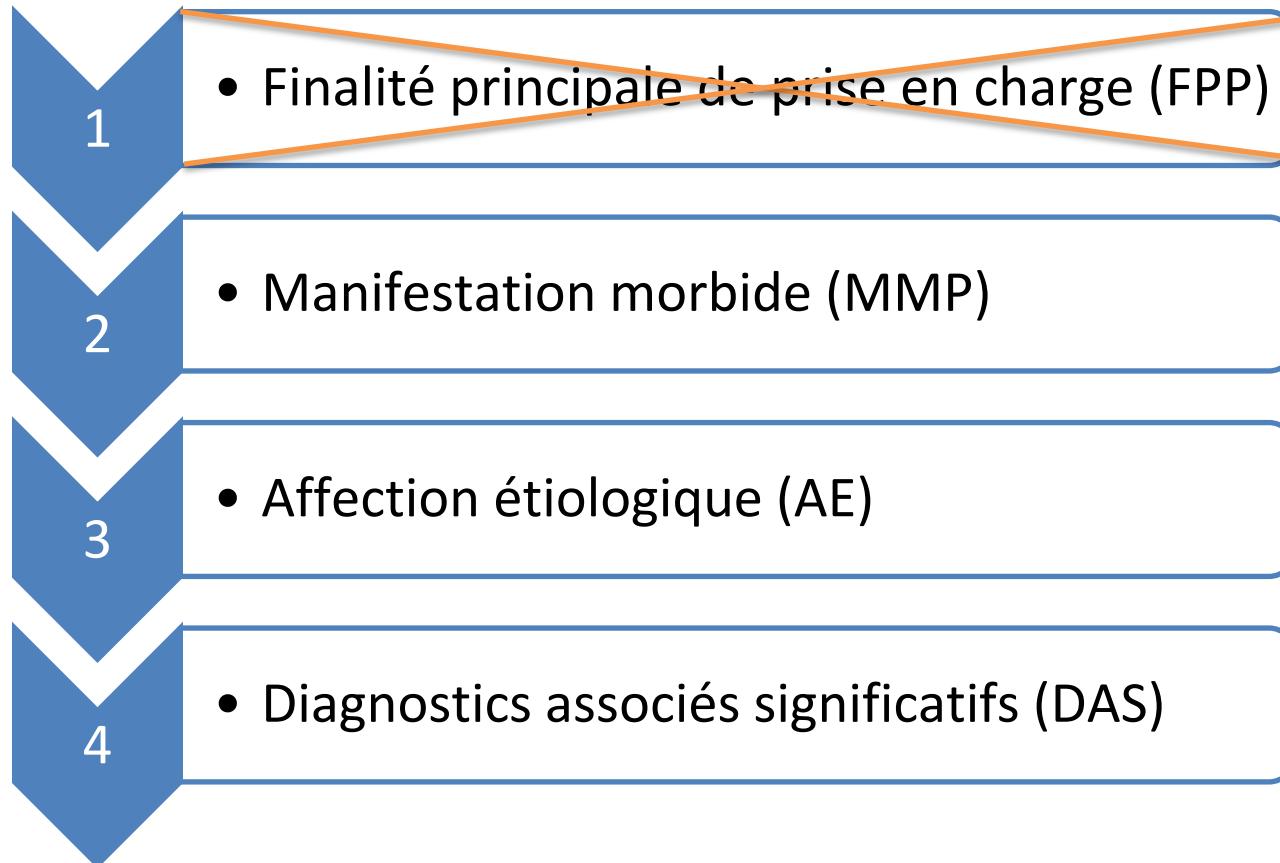
a/ En déduire le Nb de RHA et de jours de présence par séjour et vérifier à l'aide de la table synthèse

b/ Calculer la part de séjours avec plus de 90 jours de présence en 2016 pour les hospitalisations complètes

c/ Calculer le Nombre de journées par type d'autorisation et d'hospitalisation sur chaque entité géographique.

# Codage de la Morbidité

## Codage en 4 étapes :



1<sup>er</sup> mars 2023 :  
suppression du  
recueil de la FPP

Ce codage est effectué via la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10<sup>ème</sup> révision)

# Finalité Principale de Prise en Charge (FPP)

## Dans le SNDS variable FP\_PEC

Type de prise en charge (action) qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours de la semaine

- Déterminée de façon rétrospective au terme de la semaine
- En connaissance de l'ensemble des informations acquises au cours de cette période

Répond à la question : quelle sorte de soin ai-je pratiqué sur ce patient pendant cette semaine?

⇒ A ce stade, on ne code pas une pathologie, on utilise donc un code « Z » de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

**1<sup>er</sup> mars 2023 : suppression de la FPP**

# Finalité Principale de Prise en Charge (FPPC)

## 1. prise en charge thérapeutique (rééducation réadaptation) d'une affection :

Rééducation: Z50.-

Soins post-opératoires Sans Autre Indication (SAI) : Z48.9

Soins palliatifs : Z51.

## 2. Surveillance ou convalescence d'une affection connue

Convalescence : Z54.-

Examens de contrôle : Z08.-, Z09.-

Surveillance de stomies : Z43.-

## 3. Nouvelle affection mise en évidence et nécessitant une prise en charge spécifique pendant la semaine considérée

ZAIGU.- (supprimé en 2019)

## 4. Phase de suspicion de maladie :

Z03\_ : observation pour suspicion de...

## 5. Quand on ne sait pas :

Z519 : soin médical sans précision

1<sup>er</sup> mars 2023 : suppression de la FPP

# Manifestation Morbide Principale (MMP)

Dans le SNDS variable MOR\_PRP :

Problème de santé qui a motivé l'essentiel des soins au cours de la semaine

Répond à la question : quel problème ai-je pris en charge chez ce patient pendant cette semaine ?

Codage :

chapitres 1 à 19 de la CIM-10  
certains codes Z "état"

# Affection Etiologique(AE)

Dans le SNDS variable **ETL\_AFF**

Non obligatoire sauf dans certains cas

Etiologie ou diagnostic à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge dans le service

Répond à la question : quelle est l'affection-cause du problème pris en charge chez ce patient pendant cette semaine ?

Codage :

Chapitres 1 à 19 de la CIM-10

Pas de codes symptômes

Pas de codes Z

# Différences FPP/MMP/AE

**Exemple 1 : Rééducation d'une hémiplégie au stade spastique, due à un infarctus par embolie cérébrale**

Résultat :

**Finalité principale de prise en charge (FPP) Z50.1 Autres thérapies physiques,**

**Manifestation Morbide Principale (MMP) : G81.1 Hémiplégie spastique;**

**Affection Etiologique (AE) : I63.4 Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales;**

# Différences PPP/MMP/AE

## Exemple 2 : Soins après pneumonectomie

Un patient ayant subi une pneumonectomie pour cancer bronchique a bénéficié dans la première semaine de soins postopératoires (lutte contre la douleur...), puis d'une rééducation respiratoire les deux semaines suivantes.

Codage du premier RHS du séjour => Soins postchirurgicaux

FPP : soins postopératoires ; Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés

MMP : pneumonectomie; Z90.2 Absence acquise de poumon [partie de]

AE : cancer bronchique lobaire supérieur; C34.1 Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon

Codage des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> RHS du séjour => Rééducation

FPP: rééducation respiratoire; Z50.1 Autres thérapies physiques

MMP : pneumonectomie; Z90.2 Absence acquise de poumon [partie de]

AE : cancer bronchique lobaire supérieur; C34.1 Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon

Dans ce cas, seul la Finalité Principale de Prise en charge change au cours du séjour

## Exercice 9 : Prise en charge de l'AVC en Indre et Loire

Rechercher le nombre patients ayant séjourné dans un établissement SSR d'Indre et Loire pour AVC en 2016. On distingue les AVC hémorragiques des AVC ischémiques

Calculer la part de RHA produits par UM et le poids des UM dédiées pour ces patients en 2016

Indications :

- Le codage des AVC hémorragiques utilise les catégories suivantes :

- I60 Hémorragie sous arachnoïdienne; cette catégorie inclut la rupture d'anévrisme d'artère cérébrale;
- I61 Hémorragie intracérébrale ;
- I62 Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques; cette catégorie inclut l'hémorragie sous-durale et extradurale.

Le codage des AVC ischémiques ou AVC par infarctus cérébral —embolie, thrombose, bas débit sont codés avec la catégorie I63 Infarctus cérébral

Les UM dédiées sont les UM ayant des types d'autorisations :

Affections du système nerveux

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

On peut utiliser le filtre avancé :

```
t1.COH_NAI_RET = '0' AND t1.COH_SEX_RET = '0' AND t1.FHO_RET = '0' AND t1.NIR_RET = '0'  
AND t1.NAI_RET = '0'  
AND t1.SEX_RET = '0' AND t1.DAT_RET = '0' AND t1.SEJ_RET = '0' AND t1.PMS_RET = '0'
```

# Diagnostics associés significatifs(DAS)

Dans le SNDS variable DGN\_COD de la Table des Diagnostics associés  
T\_SSRAaD

- Codés à partir de la CIM 10
- Significatif : on s'en occupe pendant la semaine
- Peuvent intervenir dans le groupage (niveaux de sévérité) mais pas de manière systématique

# Codage spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR)

**CSARR = Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et de Réadaptation.**

**Les informations concernant les actes CSARR du RHA sont dans la table T\_SSRAaCSARR**

**CSARR = Nomenclature officielle avec laquelle il est demandé de coder, selon des règles précises, l'activité de rééducation et de réadaptation réalisée par les différents intervenants (médicaux ou non) de l'établissement chaque semaine.**

**Chaque année, une nouvelle version du CSARR qui ajoute et supprime des actes.**

<https://www.atih.sante.fr/les-versions-du-csarr>

# Les 12 chapitres du CSARR

<b>01</b>	<b>FONCTIONS CÉRÉBRALES</b>
<b>02</b>	<b>FONCTIONS SENSORIELLES ET DOULEUR</b>
<b>03</b>	<b>FONCTIONS DE LA VOIX ET DE LA PAROLE</b>
<b>04</b>	<b>FONCTIONS CARDIAQUES, VASCULAIRES ET RESPIRATOIRES</b>
<b>05</b>	<b>FONCTIONS DIGESTIVES ET NUTRITION</b>
<b>06</b>	<b>FONCTIONS GÉNITO-URINAIRES ET REPRODUCTIVES</b>
<b>07</b>	<b>FONCTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET LIÉES AU MOUVEMENT</b>
<b>08</b>	<b>FONCTIONS DE LA PEAU ET DES PHANÈRES</b>
<b>09</b>	<b>APPAREILLAGE</b>
<b>10</b>	<b>ÉDUCATION ET INFORMATION</b>
<b>11</b>	<b>ACTIVITÉ ET PARTICIPATION</b>
<b>12</b>	<b>GESTES COMPLÉMENTAIRES, MODULATEURS EXTENSIONS DOC.</b>

# 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 ELECTRORADIOLOGIE
  - 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 ⚠️ N'existe plus depuis 2018
  - EZ Réalisation fractionnée de l'acte
- Indicateur du nombre de patient : codage numérique dépendant de l'acte
- Gestes complémentaires
- Extension documentaire



# Exemples d'actes CSARR extrait classification

05	FONCTIONS DIGESTIVES ET NUTRITION	Gestes complémentaires	Modulateurs
05.01.03	<p><b>Actes d'évaluation</b> à visée de diagnostic et de synthèse des troubles de la nutrition</p> <p>Par régime standard, on entend : régime alimentaire établi pour une ou plusieurs affections sans personnalisation pour le patient ou régime préétabli dans l'établissement</p>		
HSQ+289	<p>Évaluation diététique initiale qualitative sans élaboration de stratégie diététique</p> <p>Avec ou sans : prescription de régime standard</p>		ZV
HSQ+014	<p>Évaluation diététique initiale qualitative et quantitative sans élaboration de stratégie diététique</p> <p>Avec ou sans : prescription de régime standard</p>		ZV
05.02.01	<p><b>Actes de prise en charge à visée thérapeutique</b> des troubles des fonctions digestives</p> <p>Les actes de rééducation de la déglutition incluent : la participation des infirmiers et diététiciens</p>		
HQR+293	<p>Séance de rééducation des troubles la déglutition</p> <p>À l'exclusion de : Séance de rééducation des troubles de la déglutition par rétrocontrôle [biofeedback] (HQR+062)</p>		EZ
HQR+062	Séance de rééducation des troubles de la déglutition par rétrocontrôle [biofeedback]		EZ
HSR+155	Séance individuelle de rééducation d'un trouble des fonctions de la sphère buccale et péri Buccale		EZ
HSR+122	Séance collective de rééducation d'un trouble des fonctions de la sphère buccale et péri Buccale		EZ

## Exercice 10 : Balnéothérapie

### Calculer :

*Calculer en 2016 le Nombre d'actes de balnéothérapie ainsi que le Nombre d'actes avec modulateur de lieu QM pour l'établissement Maison de Réadaptation fonctionnelle LE COTEAU (FINESS=450002456) (Cf Tableau [1.D.2.BALNEO] de E-Pmsi)*

### *Informations :*

Actes CSARR de balnéothérapie : PEQ+059, PER+118,PER+112,  
PER+056,DKR+254 ,DKR+182 ,DKR+016,DKR+194

### *filtre avancé :*

in ('PEQ+059', 'PER+118', 'PER+112', 'PER+056', 'DKR+254',  
'DKR+182','DKR+016','DKR+194')

.

## Exercice 10 : résultats attendus

Balnéothérapie	Effectif actes	CM la plus fréquente	% actes dans la CM la plus fréquente
Actes de balnéothérapie		<b>10 08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire</b>	100,0
Actes avec modulateur de lieu QM-Réalisation de l'acte en piscine ou en balnéothérapie	838	<b>08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire</b>	87,9
Total des actes de balnéothérapie	848	<b>08 Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire</b>	88,1

# Pondération des actes CSARR

**Pondération : nombre rattaché à chaque acte CSARR**

= mesure de l'intensité et des coûts de réalisations de chaque acte CSARR

- Intéressant pour comparer 2 actes CSARR
- Contribue au calcul du score Rééducation Réadaptation utilisé pour le groupage en GME (**score RR**)

# Actes CCAM

Les actes médicaux sont codés avec la **CCAM descriptive à usage PMSI, dite CCAM PMSI** (cf partie CCAM MCO)

**Le codage CCAM est important sur 3 points en PMSI SSR :**

- Certains actes ont une pondération associée, comme des actes CSARR, et contribuent ainsi au **score RR** car ils sont considérés comme des actes de RR. Il y a 55 actes
- Certains actes correspondent à une CoMorbidité Associé (CMA)  
A retenir : 1 acte CCAM SSR qui est CMA, groupe le séjour en niveau 2 systématiquement
- La typologie de codage CCAM renseigne sur la nature de la prise en charge.

# Actes CCAM

## Liste des codes de la CCAM considérés comme CMA en 2017

Codes	Libellés
EBLA003/0	POSE CATHÉ RELIÉ À 1VN PROF. MB SUP/COU TRANSCUT+DIFFUSEUR SSCUT.
EPLF002/0	POSE 1CATHÉ CTR TRANSCUT.
FELF004/0	TRANSFU. CG > 1/2MASSE SANG CHEZ ADULTE/À 40ML/KG CHEZ N-NÉ MOINS/24H
GLLD002/0	VENTIL. DISCONTINUE MASQUE/EMBOUT PR KINÉSITHÉRAPIE/24H
GLLD015/0	VENTIL. TRACH. +PEP < 6+FIO2 < 60%/24H
HFCB001/0	GASTROSTOMIE TRANSCUT. +GUID ENDOS.
HFCH001/0	GASTROSTOMIE TRANSCUT. +GUID ÉCHO +/-RADIO
HKD001/0	CHANGT 1SONDE GASTROSTOMIE V. EXT. SANS GUID
HKH001/0	CHANGT 1SONDE GASTR.STOM/GASTR.JÉJ.STOM V. EXT. GUID RADIO
HGCH001/0	JÉJ.STOM +GUID ÉCHO +/-RADIO
HMCH001/0	CHOLÉCYSTOSTOMIE TRANSCUT. +GUID ÉCHO +/-RADIO
HSLD002/0	ALIMT ENTÉR. SONDE >35CAL/KG/J/24H
HSLF001/0	ALIMT ENTÉR. +PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H
HSLF003/0	ALIMT PARENTÉRALE >35CAL/KG/J/24H
JAKD001/0	CHANGT 1SONDE NÉPHROSTOMIE/PYÉLOSTOMIE
JCKD001/0	CHANGT 1SONDE URÉT.STOM CUT.
JCLE001/0	POSE 1SONDE URÉTÉRALE THÉRAP. ENDOS. RÉTROGRADE
JDKD001/0	CHANGT 1SONDE CYSTOSTOMIE
JDLF001/0	POSE 1CATHÉ. INTRAVÉSICAL TRANSCUT. SUPRAPUBIENNE
PCLB002/0	SÉANCE BOTOX MUSC. TRANSCUT. SANS EMG DÉTECTION
PCLB003/0	SÉANCE BOTOX MUSC. TRANSCUT. + EMG DÉTECTION

# Score rééducation-réadaptation (Score RR)

- Le score des actes de rééducation-réadaptation (score RR) est calculé en additionnant les pondérations de chaque acte de rééducation-réadaptation codé (à partir du CSARR et de la CCAM) en tenant compte d'éventuels modulateurs associés à l'acte, puis en divisant le résultat obtenu par le nombre total de jours de présence en semaine (du lundi au vendredi) dans la période (séjour ou semaine : voir ci-dessous).
- Les pondérations des actes CSARR et CCAM sont disponibles dans l'annexe 8 du volume 1 du manuel de groupage des GME.
- Dans les situations où aucun jour de semaine n'est coché, les jours de week-end sont utilisés pour calculer ce score.
- Pour un séjour d'hospitalisation complète (HC), le score RR est calculé sur l'ensemble des RHS du séjour. On a donc un score RR par séjour, répété sur chaque RHA du séjour.  
**A partir de 2022 : calcul d'un score RR spécialisées**
- Pour un séjour d'hospitalisation à temps partiel (HP), le score RR est calculé indépendamment pour chaque RHS. Pour un séjour d'HP, il y aura donc autant de scores RR que de semaines dans le séjour.

# La dépendance du patient dans les prises en charge à temps complet

Relevée à chaque début de séquence de soins. Elle peut évoluer durant le séjour et donc changer d'un RHA à l'autre.

Par une grille des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) spécifique pour le PMSI  
Echelle de 1 (autonomie) à 4 (Assistance Totale).

## 4 variables de dépendance physique

Habillage HAB\_DEP

Déplacements locomotion DPL\_DEP

Alimentation ALI\_DEP

Continence CON\_DEP

**Dépendance forte si score supérieur à 12**

## 2 variables de dépendance cognitive

Comportement CPT\_DEP

Relation / communication REL\_DEP

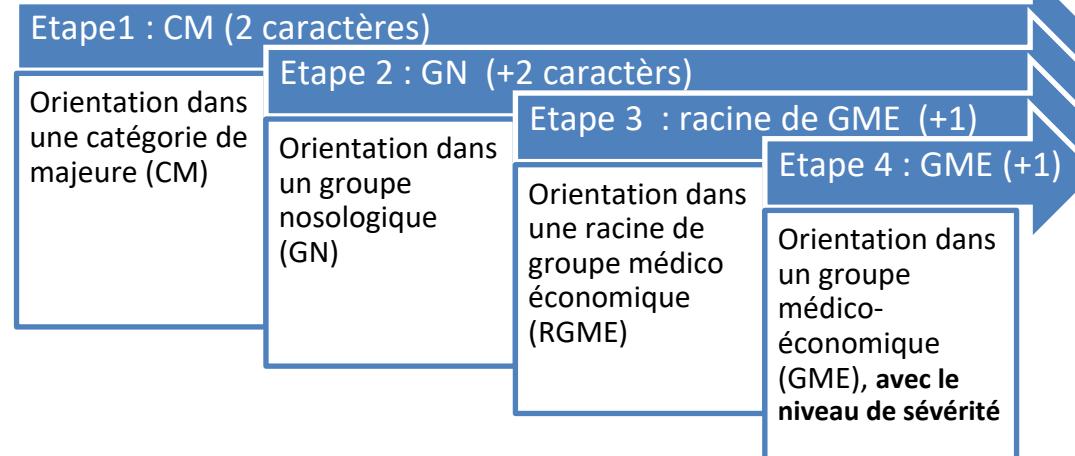
**Dépendance forte si score supérieur à 6**

# Principes de la classification en Groupes Médico Économiques (GME)

## Arbre de décision en 4 niveaux hiérarchiques :

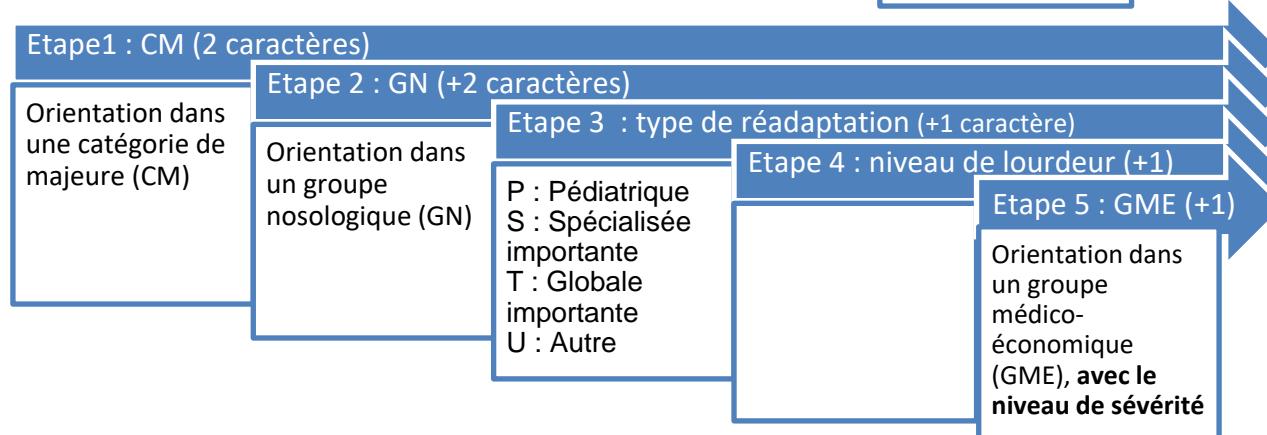
Avant le 1<sup>er</sup> mars 2022

1 GME = 6 caractères



A partir du 1<sup>er</sup> mars 2022

1 GME = 7 caractères



# Catégories Majeures (CM)

15 CM

## Correspondent le plus souvent à un appareil ou à une discipline

- 01 - Affections du système nerveux
- 02 - Affections de l'œil
- 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
- 04 - Affections de l'appareil respiratoire
- 05 - Affections de l'appareil circulatoire
- 06 - Affections des organes digestifs
- 08 - Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire
- 09 -Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- 10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- 11 - Affections de l'appareil génito-urinaire
- 16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire, et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus
- 18 - Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires
- 19 -Troubles mentaux et du comportement
- 23 -Autres motifs de recours aux services de santé
- 27 - Post transplantation d'organe

# Groupes Nosologiques (GN)

Correspondent à un regroupement d'affections au sein d'une catégorie majeure

De 1 à 23 Groupes Nosologiques par CM

23 GN pour la CM 08 *Affections de l'appareil locomoteur*

18 GN pour la CM 01 *Affections du système nerveux*

1 GN pour la CMD 02 *Affections oculaires*

97 GN  
en 2022

Exemple : Groupes Nosologiques de la CM 04

0403 Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire

0406 Insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives

0409 Asthmes

0412 Tuberculoses pulmonaires

0415 Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)

0418 Embolies pulmonaires

0424 Autres affections de l'appareil respiratoire

# Racines de GME (RGME)

255 Racines de Groupes Médico Economiques

1<sup>er</sup> mars 2022 :  
disparition de la  
notion de RGME

**Correspondent à la subdivision d'un GN prenant en compte d'autres variables parmi :**

- l'âge
- la dépendance physique
- la dépendance cognitive
- le score RR
- l'antériorité chirurgicale

**Les subdivisions en Racines de GME n'utilisent pas toujours les mêmes variables.**

**Pour une même variable, les valeurs retenues pour la segmentation en RGME dépendent des GN considérés.**

# Groupes Médico Économiques (GME)

1 319 Groupes Médico Economiques (en 2022)

**CMA: codes CIM-10 ou actes CCAM augmentant significativement la durée de séjour, déterminés par la méthode statistique des «effets isolés» et non exclus par les diagnostics classant le séjour dans le GN**

## Avant le 1<sup>er</sup> mars 2022 : subdivision des RGME en GME

- GME «zéro jour» hospitalisation à temps partiel hospitalisation complète avec date d'entrée identique à la date de sortie
- GME «niveau 1» : sans CMA
- GME «niveau 2» : avec CMA

## A partir du 1<sup>er</sup> mars 2022 : subdivision en GME

- GME 0 → en HP
- GME «niveau 1» (sans CMA) ou « niveau 2 » (avec CMA) → en HC

## Exercice 10 bis en démo : Balnéothérapie

### Calculer :

*A partir du calcul précédent, rechercher les Catégories Majeures les plus fréquentes pour ces actes  
(Cf Tableau [1.D.2.BALNEO] de E-Pmsi)*

# Tarification Groupe Médico Tarifaire (GMT)

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, pour chacun des GME, correspond un tarif dénommé «groupe médico-tarifaire» (GMT)

à l'exception de l'activité de soins palliatifs pour laquelle on a 1 GME ⇔ 3 GMT :

- GMT le plus élevé : si la prise en charge a lieu dans une unité de soins palliatifs ;
- Sinon, GMT moyen si la prise en charge a lieu dans un lit dédié aux soins palliatifs ;
- Sinon, GMT de base.

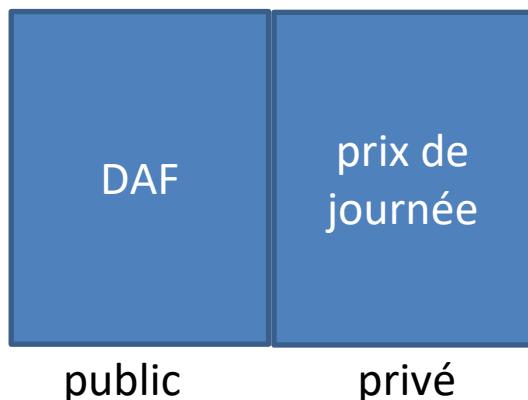
GMT	GME	Libellé	Tarif de la zone basse (TZB)	Supplément de la zone basse (SZB)	Tarif de la Zone Forfaitaire - Période 1 (TZF1)	Supplément de la Zone Haute (SZH)
1266	2303LA0	Soins palliatifs / HTP			140,90	
1267	2303TA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau A-1 : sans sévérité	223,49	223,49	223,49	223,49
1268	2303TA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau A-1 : sans sévérité	290,53	290,53	290,53	290,53
1269	2303TA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau A-1 : sans sévérité	335,23	335,23	335,23	335,23
1270	2303TB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	186,93	186,93	186,93	186,93
1271	2303TB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	243,00	243,00	243,00	243,00
1272	2303TB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	280,39	280,39	280,39	280,39
1273	2303TC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	229,45	229,45	229,45	229,45
1274	2303TC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	298,28	298,28	298,28	298,28
1275	2303TC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation globale Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	344,17	344,17	344,17	344,17
1276	2303UA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau A-1 : sans sévérité	165,49	165,49	165,49	165,49
1277	2303UA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau A-1 : sans sévérité	215,14	215,14	215,14	215,14
1278	2303UA1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau A-1 : sans sévérité	248,24	248,24	248,24	248,24
1279	2303UB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	180,54	180,54	180,54	180,54
1280	2303UB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	234,71	234,71	234,71	234,71
1281	2303UB1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau B-1 : phy[9-16] - sans sévérité	270,81	270,81	270,81	270,81
1282	2303UC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	199,32	199,32	199,32	199,32
1283	2303UC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	259,12	259,12	259,12	259,12
1284	2303UC1	Soins palliatifs / HC Réadaptation autre Niveau C-1 : cog[7-8] - sans sévérité	298,99	298,99	298,99	298,99

# Le financement en SSR

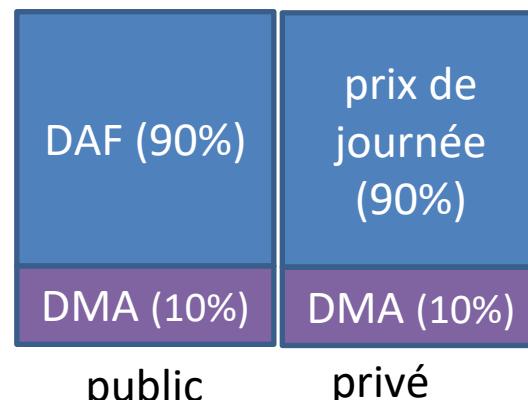
## La réforme du financement SSR

Introduction de la DMA dotation modulée à l'activité sur la base d'un recueil PMSI: données médicales et paramédicales CSARR.

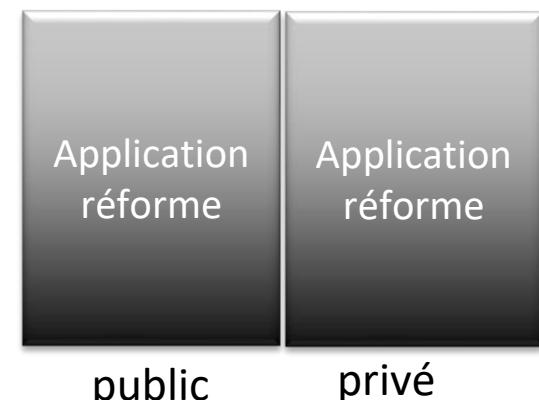
Depuis 2017, mise en place d'un modèle transitoire, dans l'attente du modèle cible (01/07/2023) :



**Avant 1<sup>er</sup> mai 2017**



**01/05/2017 – 30/06/2023**



**A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023**

3ème  
JOUR

## Exercice 11 guidé : Chainage entre le PMSI MCO et le SSR :

Rechercher les patients hospitalisés au 1er semestre 2016 (séjours terminés) en Indre et Loire ayant un GHM de Chirurgie de la CMD 05 avec un niveau de sévérité au moins égal à 3 et une dure de séjour supérieur à 3 jours et non décédés. On récupérera le département , l'âge et le sexe du patient le Diagnostic Principal et la date de sortie du dernier séjour connu en table finale.

A partir de ces informations, calculer le taux de patients ayant une hospitalisation en SSR dans le mois qui suit sa sortie de MCO et récupérer les Résumés Hebdomadaires de Séjour trier par patient , séjour et RHS

Indications : on appliquera les tests sur la qualité du chainage numéro patient MCO sur les variables suivantes :

NIR_RET	Code retour contrôle « n° sécurité sociale »
NAI_RET	Code retour contrôle « date de naissance »
SEX_RET	Code retour contrôle « sexe »
SEJ_RET	Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »
FHO_RET	Code retour « fusion ANO HOSP et HOSP PMSI »
PMS_RET	Code retour « fusion ANO PMSI et fichier PMSI »
DAT_RET	Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée)
COH_NAI_RET	Code retour contrôle « Cohérence date naissance »
COH_SEX_RET	Code retour contrôle « Cohérence sexe »

On peut utiliser le filtre avancé :

```
t1.COH_NAI_RET = '0' AND t1.COH_SEX_RET = '0' AND t1.FHO_RET = '0' AND t1.NIR_RET = '0' AND t1.NAI_RET = '0'  
AND t1.SEX_RET = '0' AND t1.DAT_RET = '0' AND t1.SEJ_RET = '0' AND t1.PMS_RET = '0'
```

Pour augmenter la date max d'un mois utiliser la fonction avancée pour calculer une variable date\_max\_1mois  
dhms(intnx("MONTH",datepart(date\_max),1,"SAMEDAY"),0,0,0) ↗ fonction SAS

Lui appliquer le format : DATETIME20.

# LE PMSI HAD

# L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

## Qu'est ce que l'HAD ?

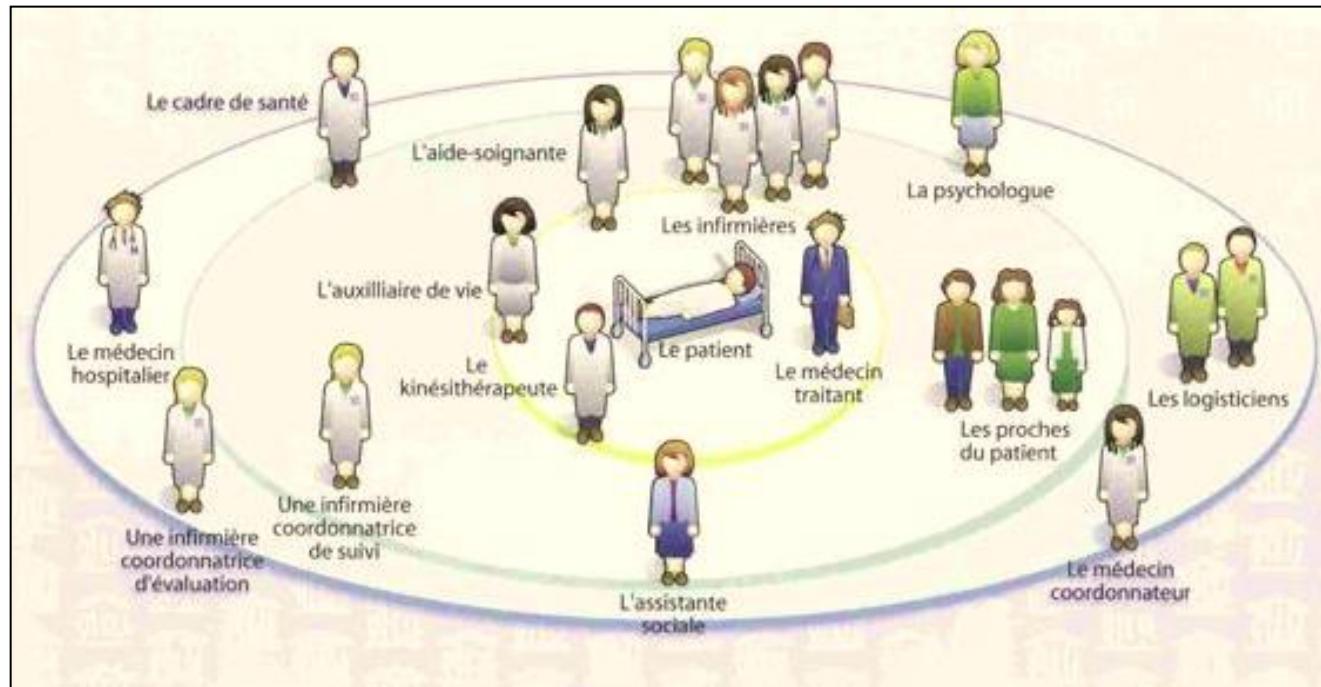
L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation complète.

Une structure d'HAD assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin d'une équipe pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD) disponible 24h/24. La coordination de la prise en charge incombe à la structure d'HAD.

# Les intervenants en HAD

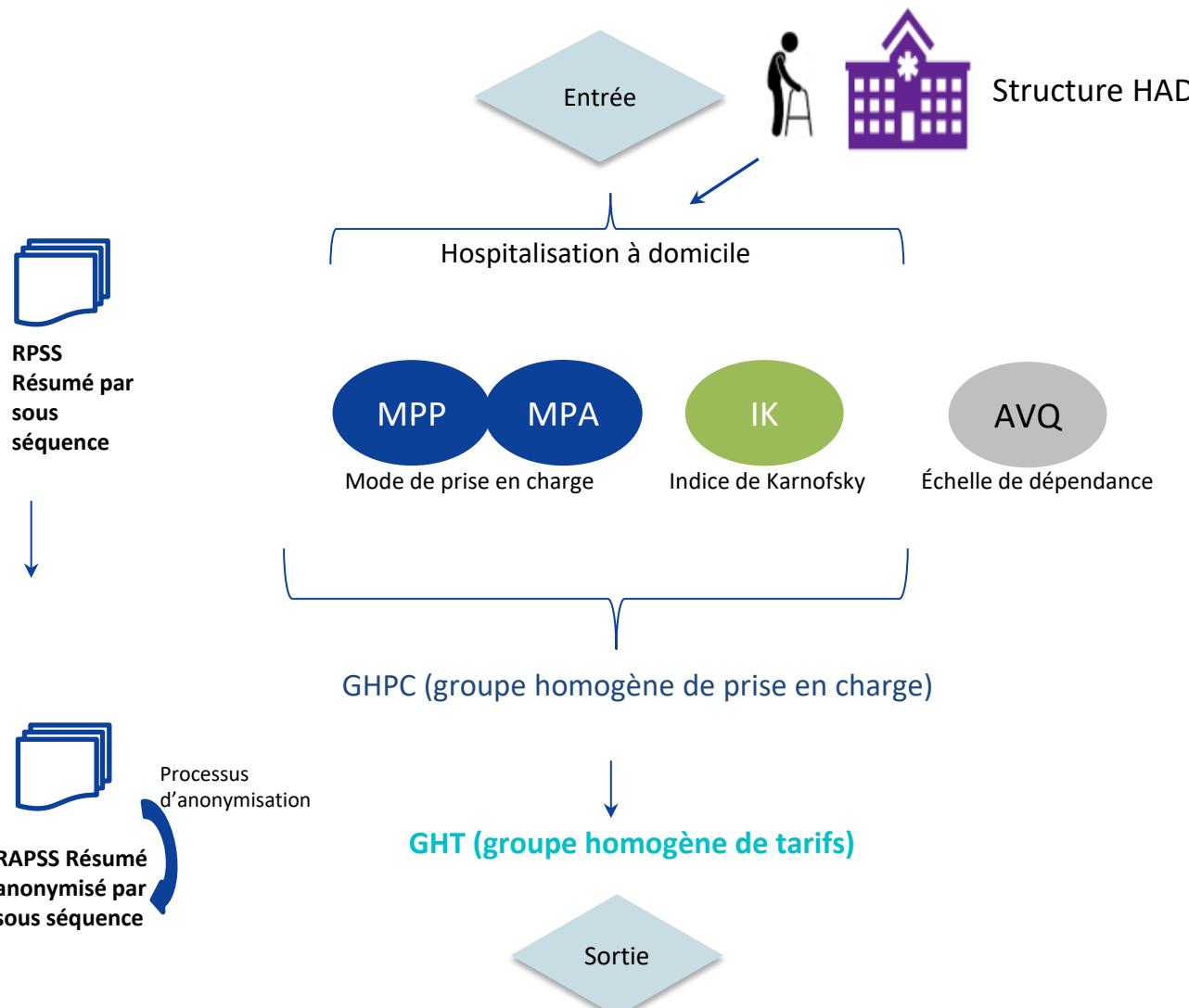
Les critères d'inclusion en HAD sont les mêmes que celle en hospitalisation complète. L'HAD présente donc les mêmes caractéristiques qu'une hospitalisation classique.

**Elle nécessite une coordination entre les différents intervenants.**



# Schéma simplifié des concepts

Chaque concept fera l'objet  
d'une présentation  
spécifique



# le RPSS : Résumé Par Sous-Séquence

Un séjour en HAD est fait d'une suite de séquences de soins, elles-mêmes décomposées en sous-séquences

✓ Notion de séquence :

Une séquence : une partie du séjour correspondant à une **combinaison stable** des trois variables qui définissent le groupage : Mode de prise en charge principal, Mode de prise en charge associé, indice de Karnosky

✓ Notion de sous séquence :

Découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement.

**Le découpage en sous-séquence est fait**

- Au gré de l'établissement
- Changement d'une variable hors MPP/MPS/IK (type de domicile, DP...)

Il est produit une facture par sous-séquence

Une sous-séquence ne peut inclure le dernier jour de février et le 1<sup>er</sup> mars (campagne tarifaire)

# L'hospitalisation à domicile

## Exemple

Date  
d'entrée

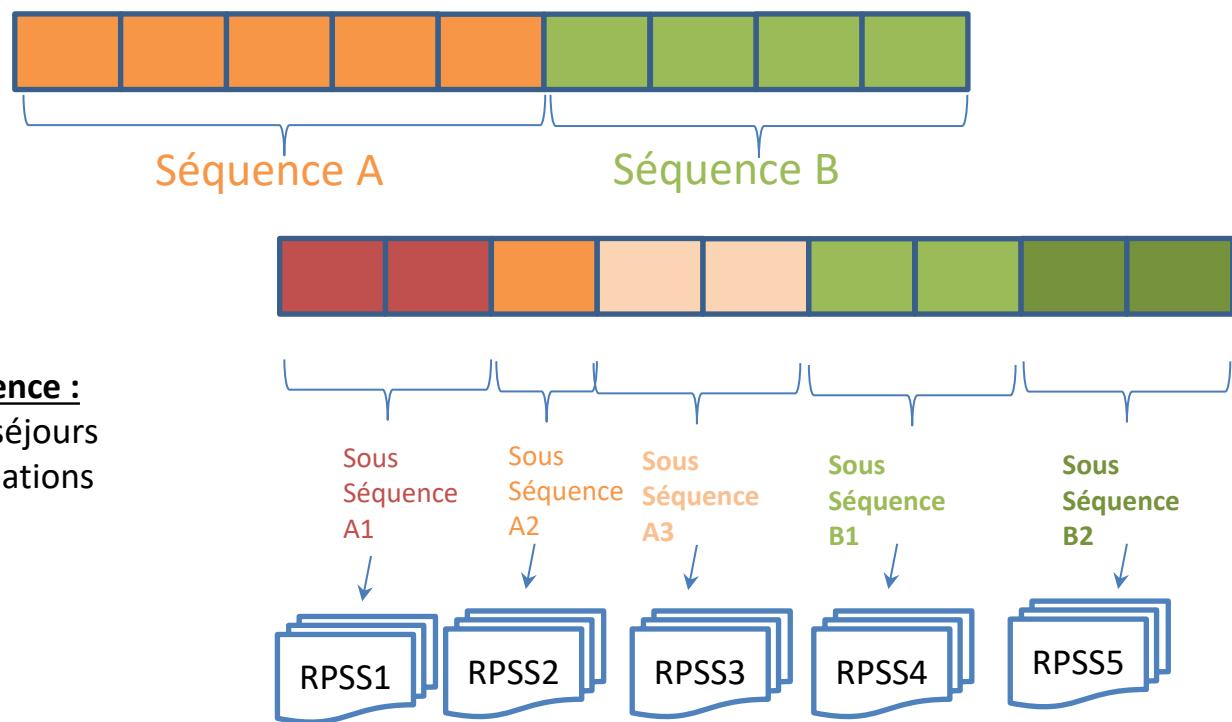


Date de  
sortie

## Séquence :

Déterminée par le mode de prise en charge principal, associé et l'indice de Karnofsky. Tout changement dans une de ces 3 variables, génère une nouvelle séquence

Un séjour



# La structuration des tables PMSI HAD dans le SNDS

Dans le SNDS, la table principale fixe des RAPSS est **T\_HAD<année>B**

On identifie un RAPSS par les clés de jointure suivantes :

**ETA\_NUM\_ePMSI** N° FINESS d'inscription e-PMSI

**RHAD\_NUM** N° Séquentiel du séjour

**SEQ\_NUM** N° de la séquence dans le séjour

**SSEQ\_NUM** N° de la sous-séquence

On identifie un séjour par les clés de jointure suivantes :

**ETA\_NUM\_ePMSI** N° FINESS d'inscription e-PMSI

**RHAD\_NUM** N° Séquentiel du séjour

Celles-ci servent de clés de jointure selon les tables

# La structuration des principales tables PMSI HAD dans le SNDS

Jointure avec le RAPSS  
 ETA\_NUM\_ePMSI || RHAD\_NUM ||  
 SEQ\_NUM || SSEQ\_NUM

Jointure avec le séjour  
 ETA\_NUM\_ePMSI || RHAD\_NUM

## Table Acte CCAM : T\_HADaaA

	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	N° de la sous-séquence
CCAM_COD	Code de l'acte sans extension PMSI

## Table des Diag liés au MPP : T\_HADaaDMPP

	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	N° de la sous-séquence
DGN_ASS_MPP	Diagnostic lié au MPP

## Table des GHT et des GHPC: T\_HADaaGRP

	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	N° de la sous-séquence
PAP_GRP_GHPC	n° du GHPC
GHT_NUM	n° du GHT
GHT_NBj	nombre de jours

## Table RAPSS FIXE : T\_HADaaB

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	Numéro de sous-séquence

AGE ANN	Age en années
AGE_JOU	Age en jours
COD_SEX	Sexe du patient
BDI_COD	Code géographique
PAT_TYP_DOM	Type de lieu de domicile du patient
PEC_PAL	Mode de prise en charge principal
PEC_ASS	Mode de prise en charge associé
DEP_COT	Cotation dépendance selon Karnofsky
AVQ_HAB	Cotation dépendance AVQ
NBR_ACT	Nombre d'actes
DGN_PAL	Diagnostic principal

## Table Chaînage : T\_HADaaC

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
NIR_ANO_17	N° anonyme
EXE_SOI_DTD	Date d'entrée (format date)
EXE_SOI_DTF	Date de sortie (format date)

## Table Synthèse séjour : T\_HADaaS

ETA_NUM_EPMSI	Numéro FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	Numéro séquentiel d'entrée
COD_SEX	Sexe du patient
SEJ_NBJ	Nombre de journées dans le séjour = durée sur séjours terminés (date de sortie-date d'entrée)
HAD_DUREE	Durée couverte par les séquences (tous séjours)
SEJ_FINI	Indicateur de séjour terminé
SOR_MOI	Mois de la date de sortie du séjour
SOR_ANN	Année de la date de sortie du séjour
ENT_MOD	Mode d'entrée
ENT_PRV	Provenance
SOR_MOD	Mode de sortie
SOR_des	Destination

# PMSI HAD : Suppression des séquences et sous séquences en erreur

- **On élimine les erreurs de groupage des séquences et sous séquences en appliquant le filtre sur la variable GHT\_NUM de la table T\_HADaaGRP**

*Exclusion des sous-séquences en erreur*

*GHT\_NUM not in ('99')*

# Type de lieu de domicile du patient

## ✓ Variable PAT\_TYP\_DOM :

Indique le lieu où est pris en charge le patient les modalités sont les suivantes :

- 1 : Domicile personnel
- 2 : Autre domicile
- 3 : EHPAD
- 4 : Patient hébergé en établissement médico-social hors EHPAD
- 5 : Patient hébergé en établissement social

Jusqu'en 2013 les modalités 4 et 5 étaient regroupées avec la 3.

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

Afin de repérer les journées de prises en charges conjointes avec un SSIAD ou un SPASAD :  
Création d'une nouvelle modalité «6» pour le Type de lieu de domicile, signifiant «domicile personnel du patient ou autre domicile avec intervention concomitante d'un SSIAD/SPASAD»

## ✓ Variable ETA\_NUM\_ESMS : donne le numéro FINESS de l'établissement

# Type de lieu de domicile du patient

## ✓ Variable ENT\_PRV : provenance du patient

Code 1: *En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)*,

Code 2: *En provenance de soins de suite et de réadaptation (SSR)*

Code 3: *En provenance de soins de longue durée*

Code 4 :*En provenance de psychiatrie*

Code 6: *En provenance d'hospitalisation à domicile (HAD)*

Les codes 1 à 4 ci-dessus sont utilisés en cas de mutation ou de transfert, que le patient ait bénéficié d'une hospitalisation à temps complet ou partiel

Code 7 : *En provenance d'une structure d'hébergement médico-sociale*

Code 8 : *Bénéficiait à domicile d'une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*

Code 9 : adressé par le médecin traitant

# Les modes de prise en charge principal et associé (MPP/MPA)

## ✓ Le mode de prise en charge principal

Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments.

**Mode de prise en charge principal MPP est évaluée au moins 1 fois/semaine**

## ✓ Le mode de prise en charge associé

Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA). S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal. Il peut être égal « 00 »

L'association MPP x MPA doit être autorisée.

**Mode de prise en charge associé MPA est évaluée au moins 1 fois/semaine**

# Les modes de prise en charge documentaire (MPD)

## ✓ Le mode prise en charge documentaire (MPD)

Si le patient a bénéficié de plus de deux modes de prise en charge, ceux qui ne sont pas retenus comme principal et associé peuvent être enregistrés comme **modes de prise en charge supplémentaires**. Il est possible de renseigner jusqu'à 5 modes de prise en charge documentaires.

**Les MPD sont de nature descriptive, ils n'interviennent pas dans la tarification.**

# Liste des MPP et MPA

## Mode de prise en charge principal (MPP)

- 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 2,15 3,15
- 19 – Surveillance de grossesse à risque
- 21 – Post partum pathologique
- 22 – Prise en charge du nouveau-né à risque
- 24 – Surveillance d'aplasie
- 29 – Sortie précoce de chirurgie

*Concernant le MPA , le code « 00 » correspond à l'absence de MPA.*

*Le code « 22 » ne peut être codé en MPA*

# L'hospitalisation à domicile

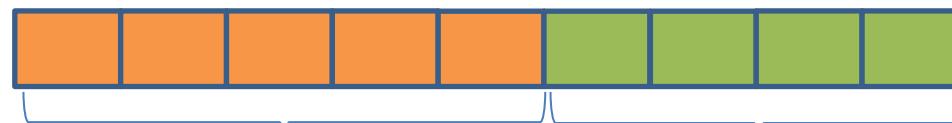
## Exemple

Date  
d'entrée



Date de  
sortie

Un séjour



Séquence A

Séquence B

Mode de prise en charge:  
**MPP 03 traitement  
intraveineux**

Mode de prise en charge:  
**MPP 09 Pansements  
complexes**

Mr X est traité par antibiothérapie pour une ostéite du sacrum ; l'antibiothérapie intraveineuse s'achève mais des soins cutanés se poursuivent en raison de l'escarre cutané localisé au talon.

# Codage des MPP et MPA en HAD : combinaisons autorisées

Les combinaisons MPP\*MPA peuvent être :

- Existantes
- Inattendues (erreur non bloquante)
- Non autorisées (erreur non bloquante)
- Erronées (erreur bloquante)
- Nécessitant une « confirmation de codage » (sinon, bloquantes)

# Les associations de MPP/MPA (2022)

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

\*\*

N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP

Association MPP x MPA existante n'engendrant aucun message d'alerte ; GHPC, GHT

Association MPP x MPA inattendue engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 530) ; GHPC\*, GHT

Association MPP x MPA non prévue ou non autorisée engendrant un message d'alerte (code retour erreur non bloquante n° 517) ; GHPC 9999, GHT

Association MPP x MPA erronée (erreur bloquante N° 025 ou 056) ; GHPC 9999, GHT 99

En l'absence de confirmation de codage, erreur bloquante ; GHPC 9999, GHT 99

# Les plages d'IK selon l'association MPP/MPA (2022)

MPP

	MPA																																					
	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21	22	24	25	29														
Non renseigné ou erroné**	Vide																																					
Assistance respiratoire	01	C	C																																			
Nutrition parentérale	02	C	C					>-40		>-40																												
Traitements intraveineux	03	>-60							>-40		>-40		>-30		>-30		>-40		>-40		>-50		>-50		>-50		>-50											
Sainspalliatif	04																																					
Chimiothérapie anticancéreuse	05	>-40	>-40																																			
Nutrition entérale	06	C				>-40			C																													
Prise en charge de la douleur	07	>-40	>-40																																			
Autres traitements	08	>-40				>-40																																
Panements complexes et/ou spéécifiques (stomies compliquées)	09																																					
Part traitement chirurgical	10	>-50																																				
Rééducation orthopédique	11	C				>-40																																
Rééducation neurale	12	C				>-40																																
Surveillance partchimiothérapie anticancéreuse	13	>-40				>-40																																
Saint de nursing lourds	14	C,<-50	<-50	<-50	<-50				<-50	<-50																												
Education du patient et/ou de son entourage	15	>-40				>-40																																
Surveillance de radiothérapie	17	C																																				
Transfusion sanquine	18																																					
Surveillance de grâzette à risque	19	>-60	>-40	>-40	>-50																																	
Parturient pathologique	21	>-60	>-40	>-50	>-50																																	
Prise en charge du nouveau-né à risque	22	100																																				
Surveillance d'apnée	24	>-40				>-40																																
Prise en charge psychologique maternale	25																																					
Sortie précoce de chirurgie	29																																					

**LEGENDE**

\*\* N'est pas renseigné (vide) ou non-conforme pour ce MP



Association MPP X MPA non autorisée ou erronée

# Les diagnostics

## ✓ DP (diagnostic principal) (variable DGN\_PAL dans le SNDS)

Pas tarifant comme pour le MCO. **Le codage de ce diagnostic est obligatoire.**

Le diagnostic principal (DP) est l'affection ou problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe.  
**un changement de DP n'impose pas forcément un changement de MPP.**

## ✓ DCMPP (Diagnostic Correspondant au Mode Prise en charge Principal )

Le(s) DCMPP identifie(nt) le(s) autre(s) affection(s) ou problème(s) de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD en lien avec le MPP mis en œuvre par l'équipe.

Il est souhaité qu'au moins un DCMPP soit renseigné, et il est possible d'enregistrer jusqu'à neuf DCMPP.

## ✓ DCMPA(Diagnostic Correspondant au Mode Prise en charge Associé)

Le(s) DCMPA identifie(nt) le(s) affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui justifie(nt) le MPA mis en œuvre par l'équipe.

Il est possible d'enregistrer jusqu'à neuf DCMPA. **La saisie d'au moins un DCMPA pour chaque MPA déclaré est obligatoire à compter du 1er mars 2014.**

Deux sousséquences d'une même séquence peuvent comporter des DCMPA différents.

## ✓ DA (Diagnostic Associé)

Les diagnostics associés (DA) comprennent les autres affections, problèmes de santé et autres facteurs (sociaux, familiaux...) pris en charge par l'équipe d'HAD mais qui ne sont pas directement liés aux modes de prise en charge principal et associé déclarés. En effet en cas de lien avec le MPP ou le MPA les diagnostics doivent être codés en DCMPP ou DCMPA. Il peut être enregistré jusqu'à 99 DA.

# L'hospitalisation à domicile

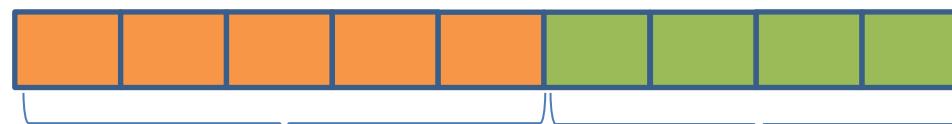
## Exemple

Date  
d'entrée



Date de  
sortie

Un séjour



Mr Y est hospitalisé à domicile en raison d'un suivi post AVC. Les soins s'achèvent mais des soins cutanés se poursuivent en raison de l'escarre cutané localisé au talon.

Séquence A

Mode de prise en charge:

MPP 12: rééducation neurologique

MPA 06 : nutrition entérale

DP : AVC (I60-I64)

DCMPP :

Hémiplégie (G81)

DCMPA :

Les fausses routes (R13)

Séquence B

Mode de prise en charge:

MPP 09 Pansements complexes

MPA absent

DP : L89.3 Ulcère de décubitus de stade IV.

## Exercice 12 : MPP et polyvalence

**Estimation de la polyvalence pour les établissements HAD du Calvados en 2016**

**Polyvalence : nombre de MPP différents ayant plus de 10 séquences dans l'année.**

**On rajoutera la raison sociale de l'établissement**

**Résultat attendu :**

<b>Polyvalence</b>		
<b>N° Finess</b>	<b>Raison sociale</b>	<b>Nb de MPP différents avec nb de séq.&gt;10</b>
<a href="#"><u>140000035</u></a>	CH DE LISIEUX	10
<a href="#"><u>140000084</u></a>	CH AUNAY S/ODON	4
<a href="#"><u>140000100</u></a>	CHU COTE DE NACRE CAEN	1
<a href="#"><u>140000118</u></a>	CH DE FALAISE	4
<a href="#"><u>140000159</u></a>	CH DE VIRE	9
<a href="#"><u>140002619</u></a>	HAD CROIX-ROUGE	9
<a href="#"><u>140016155</u></a>	HAD BAYEUX	7
<a href="#"><u>140026709</u></a>	POLYCLINIQUE DE DEAUVILLE-CRICQUEBOEUF	5

# Les diagnostics

## ✓ DP (diagnostic principal) (variable DGN\_PAL dans le SNDS)

Dans le SNDS, le Diagnostic Principal HAD se trouve dans la partie fixe des RAPSS (**T\_HADaaB**)

Pour les 3 autres types de diagnostics, on les retrouve dans 3 tables dédiées qu'on associe à la sous séquence avec la clé de jointure sur le RAPSS

**ETA\_NUM\_ePMSI** N° FINESS d'inscription e-PMSI

**RHAD\_NUM** N° Séquentiel du séjour

**SEQ\_NUM** N° de la séquence dans le séjour

**SSEQ\_NUM** N° de la sous-séquence

**T\_HADaaMPP** pour les DMPP

**T\_HADaaMPA** pour les DMPA

**T\_HADaaD** pour les DA

# L'état de santé et le niveau de dépendance du patient

## ✓ L'indice de Karnofsky (IK)

L'indice de Karnofsky (IK) est un indicateur synthétique d'état de santé global du patient, de l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert. Cet indicateur est apprécié par le soignant au moyen de la grille.

**L'IK doit être évalué au moins une fois par semaine.**

### Cotation :

- 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

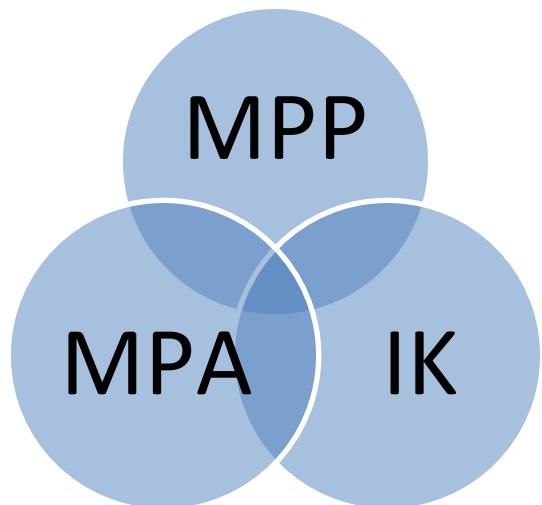
NB: par convention toujours à 100 pour les nouveau-nés.

C'est la variable DEP\_COT dans le SNDS

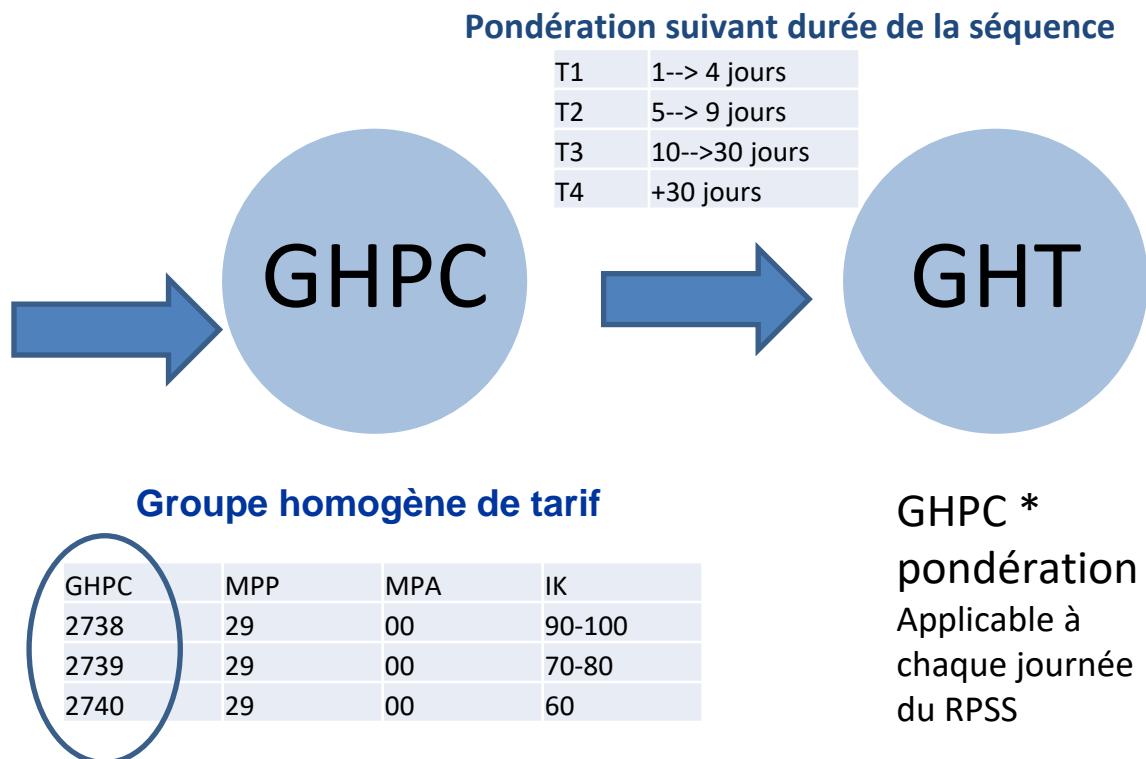
# la tarification en GHT (groupe homogène de tarif)

Le GHT fonctionne sur le principe du tarif « tout compris » qui vise à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés pour la prise en charge du patient. Tarif à la journée

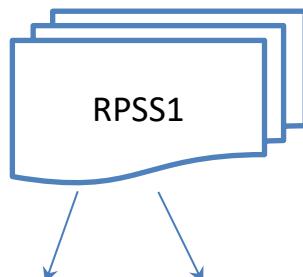
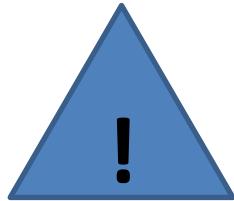
Prix de la journée déterminé par le **Groupe homogène de prise en charge (GHPC)** qui résulte du triplet {MPP;MPA;IK} : mode de prise en charge principal/mode de prise en charge associé/indice de dépendance (Karnofsky). Une pondération suivant la durée de la séquence permet d'obtenir le **GHT**



**Triplet {MPP;MPA;IK}**  
Mode de prise en charge principal,  
associé, indice Karnofsky



# Point de vigilance GHT



GHT 1      GHT 2

Table des GHT et des GHPC: T\_HADaaGRP

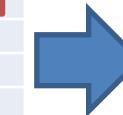
ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	N° de la sous-séquence
PAP_GRP_GHPC	n° du GHPC
GHT_NUM	n° du GHT
GHT_NBJ	nombre de jours

N lignes dans GHT  
(max 4 par RAPSS)

Table RAPSS FIXE : T\_HADaaB

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RHAD_NUM	N° séquentiel de séjour d'HAD
SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
SSEQ_NUM	Numéro de sous-séquence
AGE ANN	Age en années
AGE JOU	Age en jours
COD_SEX	Sexe du patient
BDI_COD	Code géographique
PAT_TYP_DOM	Type de lieu de domicile du patient
PEC_PAL	Mode de prise en charge principal
PEC_ASS	Mode de prise en charge associé
DEP_CO	Score de performance Karnofsky
AVQ_H	
NBR_AC	
DGN_P	

1 ligne par RAPSS



Les lignes de la table B vont être dupliquées en cas de jointure avec le table des GHT

# Extrait de l'arrêté tarifaire

Code	Tarif
1 GHT1	55,62
2 GHT2	72,02
3 GHT3	88,70
4 GHT4	105,16
5 GHT5	121,71
6 GHT6	138,15
7 GHT7	154,69
8 GHT8	171,18
9 GHT9	187,71
10 GHT10	204,28
11 GHT11	220,71
12 GHT12	237,26
13 GHT13	253,74
14 GHT14	270,27
15 GHT15	286,79
16 GHT16	303,24
17 GHT17	319,80
18 GHT18	336,28
19 GHT19	352,81
20 GHT20	369,33
21 GHT21	385,76
22 GHT22	402,38
23 GHT23	418,78
24 GHT24	435,48
25 GHT25	451,84
26 GHT26	468,49
27 GHT27	484,82
28 GHT28	501,25
29 GHT29	517,80
30 GHT30	534,33
31 GHT31	550,79

Disponible sur le site de l'ATIH :

<https://www.atih.sante.fr/les-arretes-prestations-et-tarifaires-mco>

## Les arrêtés "prestations" et tarifaires MCO

Trier par date d

01/03/2019

### Arrêtés prestations et tarifaires MCO 2019

Arrêté prestations 2019 Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de...

# L'état de santé et le niveau de dépendance du patient

## ✓ La cotation de la dépendance (AVQ)

La dépendance est évaluée selon cette grille au début du séjour puis uniquement si l'indice de Karnofsky (IK) se modifie.

L'évaluation des AVQ est déclenchée par la modification de l'IK. De ce fait, la cotation des AVQ a toujours une valeur unique au cours d'une même séquence, et pendant plusieurs séquences successives si le changement de séquence est dû à un changement de/des mode(s) de prise en charge sans modification de l'IK.

Il n'existe à ce jour aucune table de correspondance entre la cotation de l'IK et la cotation selon la grille des AVQ. **En aucun cas cette correspondance ne peut être recherchée pour un patient et une séquence de soins donnée.**

### Variables ou dimensions de dépendance (nombre d'actions évaluées)

PHYSIQUE	COGNITIVE
Habillement ou toilette	Comportement
Déplacements et locomotion	Relation et communication
Alimentation	
Continence	

## Exercice 13 : indice de Karnofsky

**Calcul de la Répartition en journée de présence de l'indice de Karnofsky en 2016 pour l'HAD KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES (Finess=180008278).**

**On éliminera les RAPSS en erreur. Il s'agit des RAPSS non groupés du fait d'une erreur bloquante (GHT=99) (information disponible dans la table T\_HAD16GRP)**

## Exercice 13 : résultats attendus

Indice de Karnofsky	Nombre de journées de présence	% des journées
IK 10%	17	0,2
IK 20%	539	6,0
IK 30%	2 016	22,3
IK 40%	4 115	45,4
IK 50%	1 358	15,0
IK 60%	727	8,0
IK 70%	282	3,1
Total	9 054	100,0

# **Pour bien commencer sur le PMSI PSY**

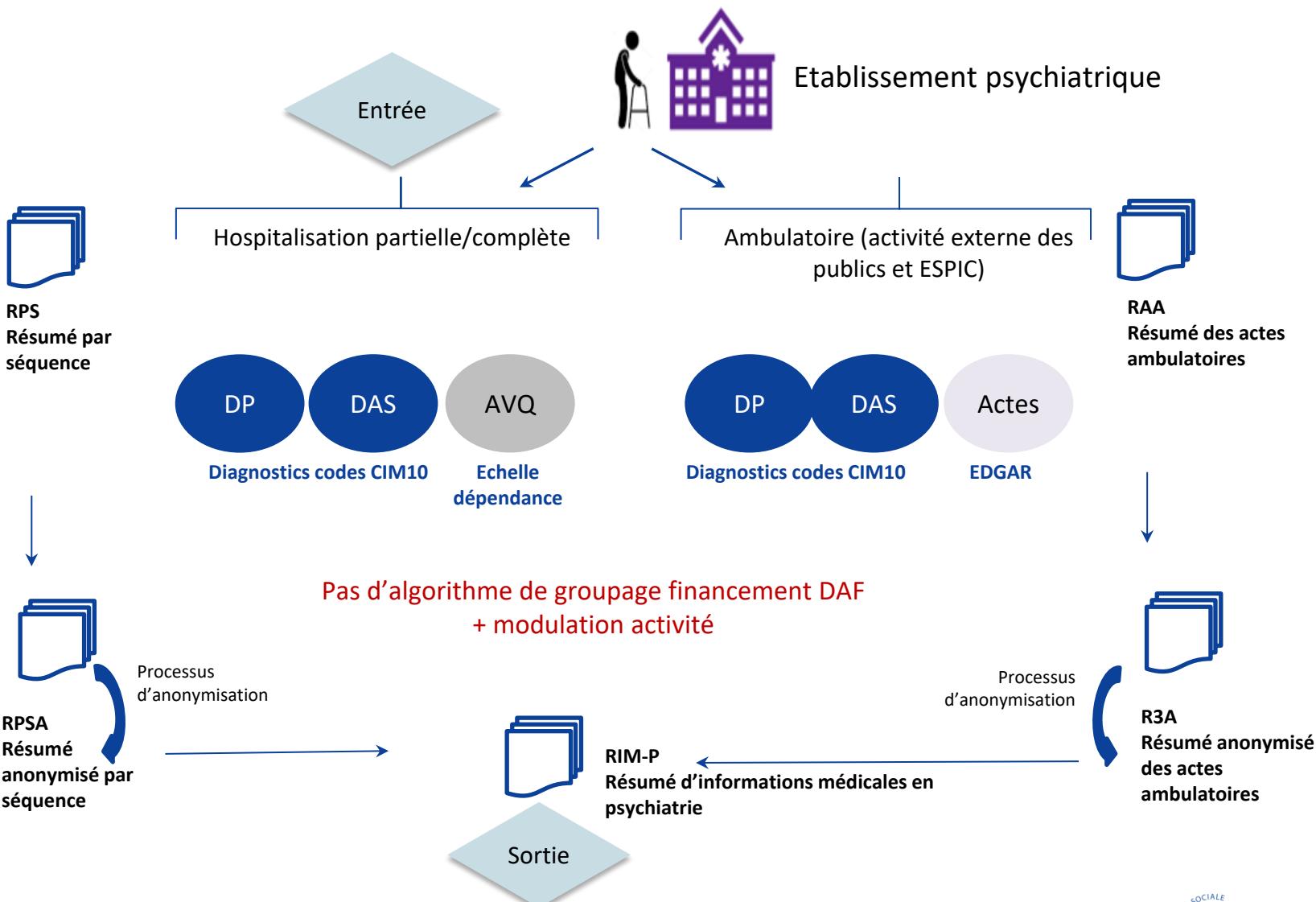
## **Les principales notions du RIM-P**

# Le PMSI PSY

- ✓ Après les PMSI MCO, HAD et SSR, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) a été instauré en 2006.
  
- ✓ **Pas de tarification à l'activité** et d'algorithme de groupage. Financement à la Dotation annuelle de Financement (DAF). Les ARS réfléchissent à un modèle de répartition entre établissements de l'enveloppe au plus juste (principe de péréquation financière).

# Schéma simplifié des concepts

Chaque concept fera l'objet  
d'une présentation  
spécifique

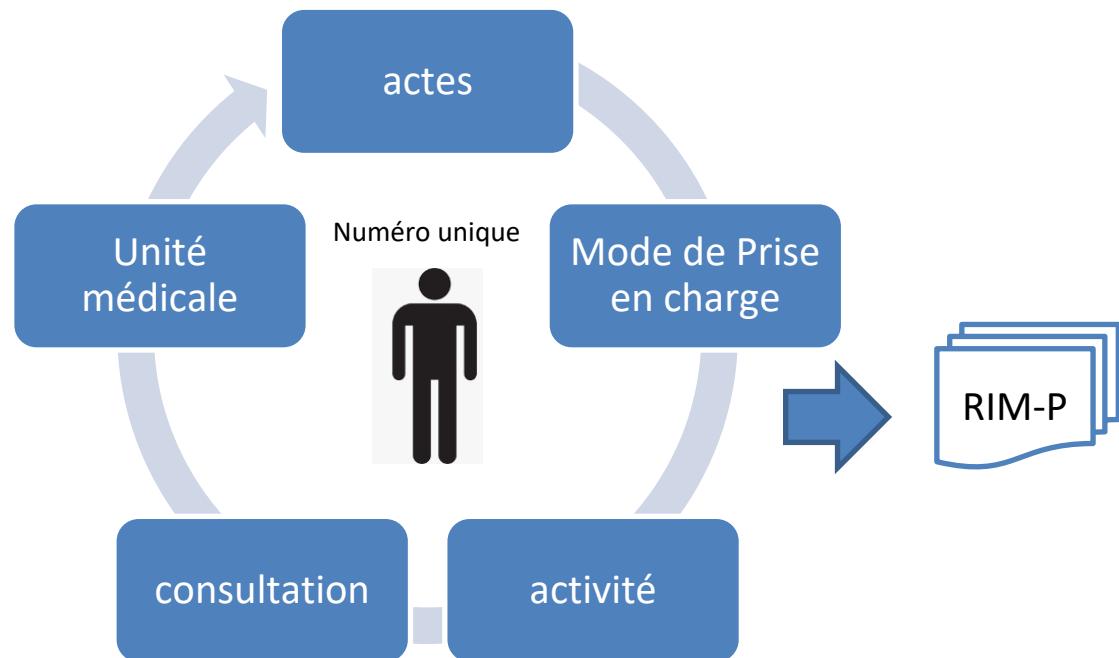


# Principe du RIM-P

LE RIM-P décrit toute l'activité réalisée en psychiatrie quelque soit le mode de prise en charge.

La logique de production du **Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P)** est de type événementiel centré sur chaque malade (numéro identifiant unique), auquel il est possible de rattacher des informations au fur et à mesure de leur survenue.

Par exemple : *une admission, un changement de forme d'activité ou d'unité médicale, un acte en ambulatoire, la limite trimestrielle*



## Périmètre :

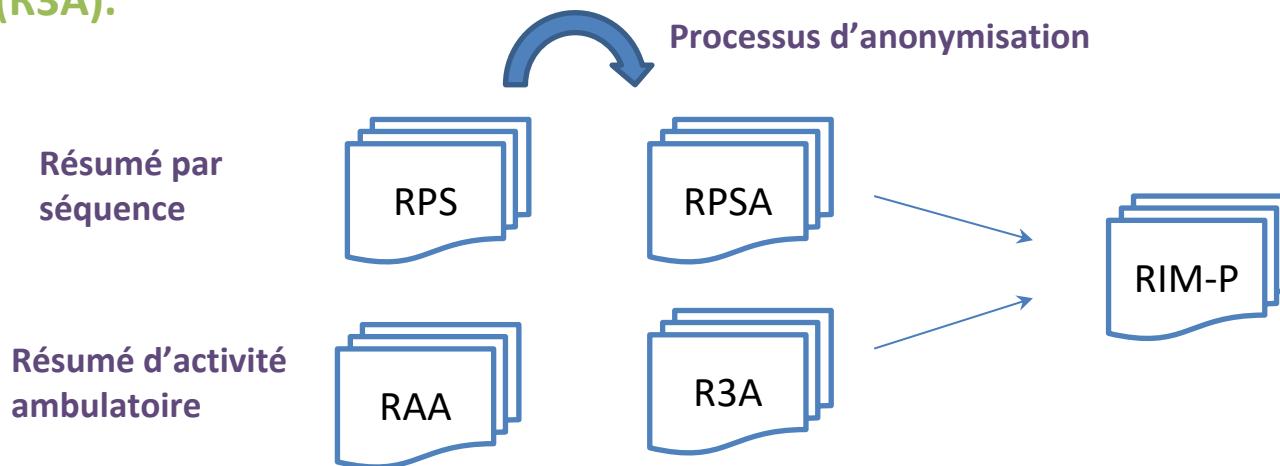
- ✓ Sont Inclus : établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie
- ✓ Sont exclus : Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), Centres de cures ambulatoires d'alcoologie, qui relèvent du champ médico-social.

# Le Recueil d'informations

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) a été instauré en 2006. Ce recueil comporte deux supports :

- ✓ **le résumé par séquence (RPS)**, pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement, commun à tous les établissements publics et privés ;
- ✓ **le résumé d'activité ambulatoire (RAA)** pour les consultations et soins externes (établissements publics).

L'anonymisation du RPS est à l'origine du résumé par séquence anonyme (RPSA) ; l'anonymisation du RAA est à l'origine du résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A).



# Le format de recueil

## ✓ Le Résumé Par séquence RPS (temps complet, temps partiel)

Le séjour comprend au moins une séquence, il peut couvrir plusieurs formes d'activité successives.

## ✓ Le Résumé Activité Ambulatoire RAA

inclus l'activité ambulatoire des praticiens hospitaliers ; exclut l'activité d'expertise

Dans établissements de santé visés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements ex OQN), les soins ambulatoires sont considérés comme une activité libérale et ne donnent pas lieu à la production de RAA.

# Structuration des tables dans le SNDS

## ✓ Résumé par Séquence Anonyme (temps complet, temps partiel)

Une table principale par séquence sous la forme :

T\_RIP<année>RSA : Partie fixe des RPSA

## ✓ Résumé Activité Ambulatoire RAA

Une table principale par acte sous la forme :

T\_RIP<année>R3A

## Exercice 14 : Application RPS et RAA

**Extraire :**

*La base des Résumés par séquence (RPS) des séjours PSY 2016 de l'établissement Georges Sand à Bourges (FINESS='180001158')*

*La base des Résumés d'Activité Ambulatoires (RAA) pour les consultations et soins externes 2016 du même établissement*

# La notion de séjour dans le RIM-P

**La clôture d'un séjour est commandée par :**

- ✓ la sortie de l'établissement ..., y compris une sortie temporaire ou une sortie sans autorisation ;
- ✓ un changement de nature de la prise en charge ;
- ✓ une mutation du patient dans une unité d'hospitalisation MCO, SSR, ... [du même établissement].

**D'autres circonstances n'engendrent pas la clôture du séjour :**

- ✓ une permission (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ;
- ✓ une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP) ;
- ✓ le changement d'année civile.

**Identification d'un séjour dans le SNDS :**

**Combinaison des variables ETA\_NUM\_EPMSI | | RIP\_NUM**

# La notion de séquence dans le RIM-P

**Une séquence** : Période du séjour avec prise en charge homogène en terme de forme d'activité

- avant 2023 : dans un trimestre donné
- à partir de 2023 : dans un mois donné

**Il y a création de séquence au sein d'un séjour : le jour de début de prise en charge à temps complet ou temps partiel**

La séquence se termine

- Si changement de période (trimestre avant 2023, mois à partir de 2023)
- Si changement d'unité médicale de même nature de prise en charge (facultatif)
- En cas de prise en charge combinée (associée ou parallèle)
- Si changement de mode légal de soins
- Si décision de programme de soins (remplace la sortie d'essai par la loi juillet 2011)

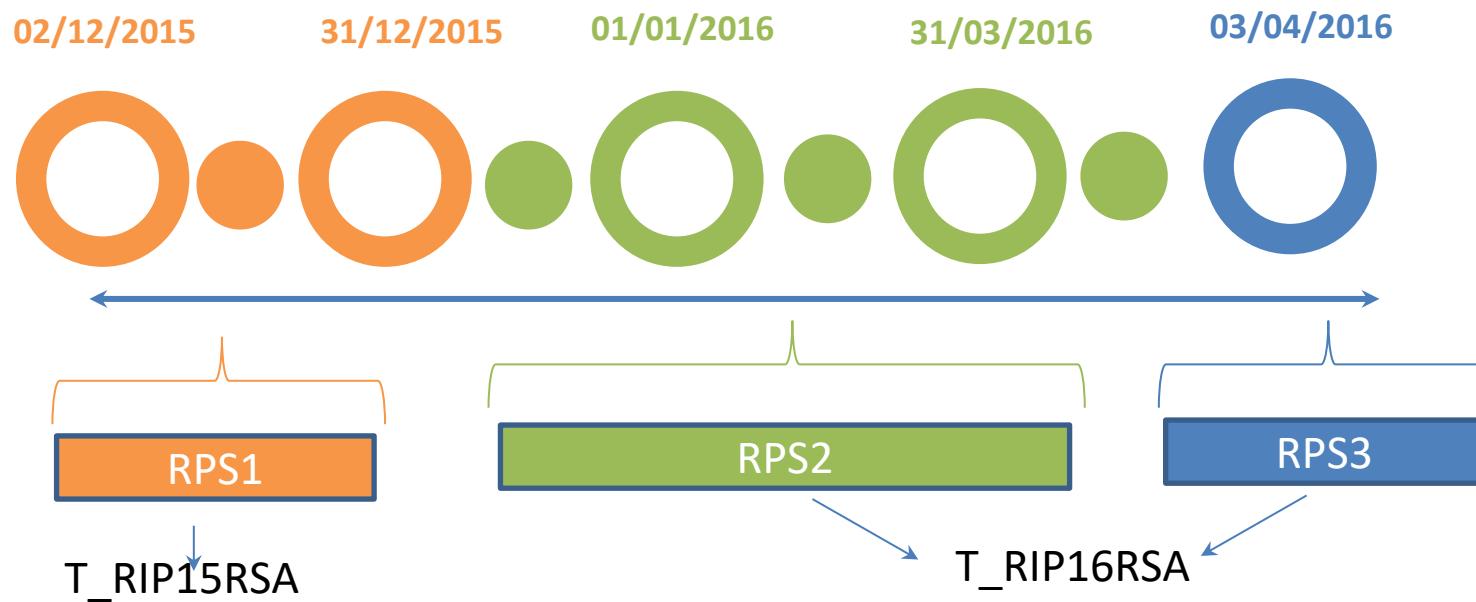
**Identification d'une séquence dans le SNDS :**

**Combinaison des variables ETA\_NUM\_EPMSI || RIP\_NUM || SEQ\_SEQ\_NUM**

# Exemple séjour séquence dans le RIM-P

Exemple : un séjour débutant le 2 décembre 2015 et se terminant le 3 avril 2016 va se retrouver sur un RPS du RIM-P 2015 (T\_RIP15RSA) et deux RPS du RIM-P 2016 (T\_RIP16RSA) avec :

- le même numéro d'établissement
- le même numéro de séjour
- la même date d'entrée
- des dates de sortie manquantes pour RPS1 et RPS2



# Les tables du PMSI PSY dans le SNDS

## Liste des tables

Onglet	Table correspondante	Description	Année de création	Année avant disparition	Champ	
					Séjour / ACE	Public / privé
R3A	T_RIPaa_nnRA	Résumé par acte ambulatoire anonymisé	2007		Externe	Public (et qq privé)
R3AD	T_RIPaa_nnR3AD	Diagnostic associé à l'acte	2007		Externe	Public (et qq privé)
RSA	T_RIPaa_nnRSA	Résumé par séquence	2007		Séjour	Public et Privé
CCAM	T_RIPaa_nnCCAM	Actes CCAM	2017		Séjour	Public et Privé
RSAD	T_RIPaa_nnRSAD	Diagnostic associé à la séquence	2007		Séjour	Public et Privé
C	T_RIPaa_nnC	chainage	2007		Séjour	Public et Privé
E	T_RIPaa_nnE	établissement	2007		Séjour	Public et Privé
S	T_RIPaa_nnS	Synthèse du Séjour de Résumé par séquence anonymisé	2015		Séjour	Public et Privé
STC	T_RIPaa_nnSTC	Prise en charge patient pour etb DG	2011		Séjour	Public
ISOCONT	T_RIPaa_nnISOCON	Fich Comp : Isolement et contention	2018		Séjour	Public
FA	T_RIPaa_nnFA	debut facture	2010		Séjour	Privé
FB	T_RIPaa_nnFB	prestation hospitalière	2010		Séjour	Privé
FC	T_RIPaa_nnFC	honoraire	2010		Séjour	Privé
FH	T_RIPaa_nnFH	medicament	2010		Séjour	Privé
FI	T_RIPaa_nnFI	interruption de sejour	2010		Séjour	Privé
FL	T_RIPaa_nnFL	actes de Biologie	2012		Séjour	Privé
FM	T_RIPaa_nnFM	ccam	2010		Séjour	Privé
FP	T_RIPaa_nnFP	prothese	2010		Séjour	Privé

# La structuration des principales tables PMSI PSY dans le SNDS

Jointure avec la séquence  
**ETA\_NUM\_ePMSI||RIP\_NUM||SEQ\_SEQ\_NUM**

**Table des DIAG : T\_RIPaaRSAD**

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RIP_NUM	N° séquentiel de séjour
SEQ_SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
ASS_DGN	Diagnostics et facteurs associés

**Table RPSA : T\_RIPaaRSA**

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RIP_NUM	N° séquentiel de séjour
SEQ_SEQ_NUM	N° de la séquence dans le séjour
AGE ANN	Age en années
AGE_JOU	Age en jours
COD_SEX	Sexe du patient
BDI_COD	Code géographique
THE_MS_IND	Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire
PRE_JOU_NBJ	Nombre de jours de présence
PRE_DEM_JOU_NBJ	Nombre de demi-journées de présence
THE_ISO_NBJ	Nombre de jours d'isolement thérapeutique
SCO_DEP_HAB	Score pour la dépendance pour l'habillage (AVQ)
SCO_DEP_DPL	Score pour la dépendance pour le déplacement/Locomotion (AVQ)
DGN_PAL	Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale
NBR_DGN	Nombre de diagnostics et facteurs associés
NBR_CCAM	Nombre d'actes CCAM
FOR_ACT	Forme d'activité
IPP_IRR_CRY	Cryptage irreversible de l'IPP

Jointure avec le séjour  
**ETA\_NUM\_ePMSI||RIP\_NUM**

**Table Chaînage : T\_RIPaaC**

ETA_NUM_ePMSI	N° FINESS e-PMSI
RIP_NUM	N° séquentiel de séjour
NIR_ANO_17	N° anonyme
EXE_SOI_DTD	Date d'entrée (format date)
EXE_SOI_DTF	Date de sortie (format date)

**Table Acte CCAM : T\_RIPaaCCAM**

ETA_NUM_EPMSI	N° FINESS e-PMSI
RIP_NUM	N° séquentiel de séjour
CDC_ACT	Code de l'acte sans extension PMSI

**Table Synthèse séjour : T\_RIPaaS**

ETA_NUM_EPMSI	Numéro FINESS e-PMSI
RIP_NUM	Numéro séquentiel d'entrée
COD_SEX	Sexe du patient
SEJ_NBJ	Nombre de journées dans le séjour = durée sur séjours terminés (date de sortie-date d'entrée)
SEJ_DUREE	Durée couverte par les séquences (tous séjours)
SEJ_FINI	Indicateur de séjour terminé
SOR_MOI	Mois de la date de sortie du séjour
SOR_ANN	Année de la date de sortie du séjour
ENT_MOD	Mode d'entrée
ENT_PRV	Provenance
SOR_MOD	Mode de sortie
SOR_des	Destination

On distingue deux natures de prise en charge pour les prises en charge hospitalières,

- ✓ Prise en charge à temps complet
- ✓ Prise en charge à temps partiel

Les natures de prise en charge s'obtiennent en regroupant les formes d'activités dans le RIM-P (cf diapo suivante)

**VARIABLE SNDS FOR\_ACT (forme d'activité)**

# La notion de forme d'activités dans le RIM-P

## ✓ Pour les prises en charge à temps complet :

- 01 hospitalisation à temps plein
- 02 séjour thérapeutique
- 03 hospitalisation à domicile
- 04 placement familial thérapeutique
- 05 appartement thérapeutique
- 06 centre de postcure psychiatrique
- 07 Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)

## ✓ Pour les prises en charge à temps partiel :

- 20- hospitalisation de jour
- 21- hospitalisation de nuit
- 22-CATTP et ateliers thérapeutique (*supprimé en 2012*)
- 23- Atelier thérapeutique (*crée en 2013*)

# Cas particulier des activités combinées

## ✓ Séquences parallèles et Associées :

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de formes d'activité combinées.

Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées **impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité.**

## ✓ Indicateur de séquence:

Les séquences sont liées entre elles :

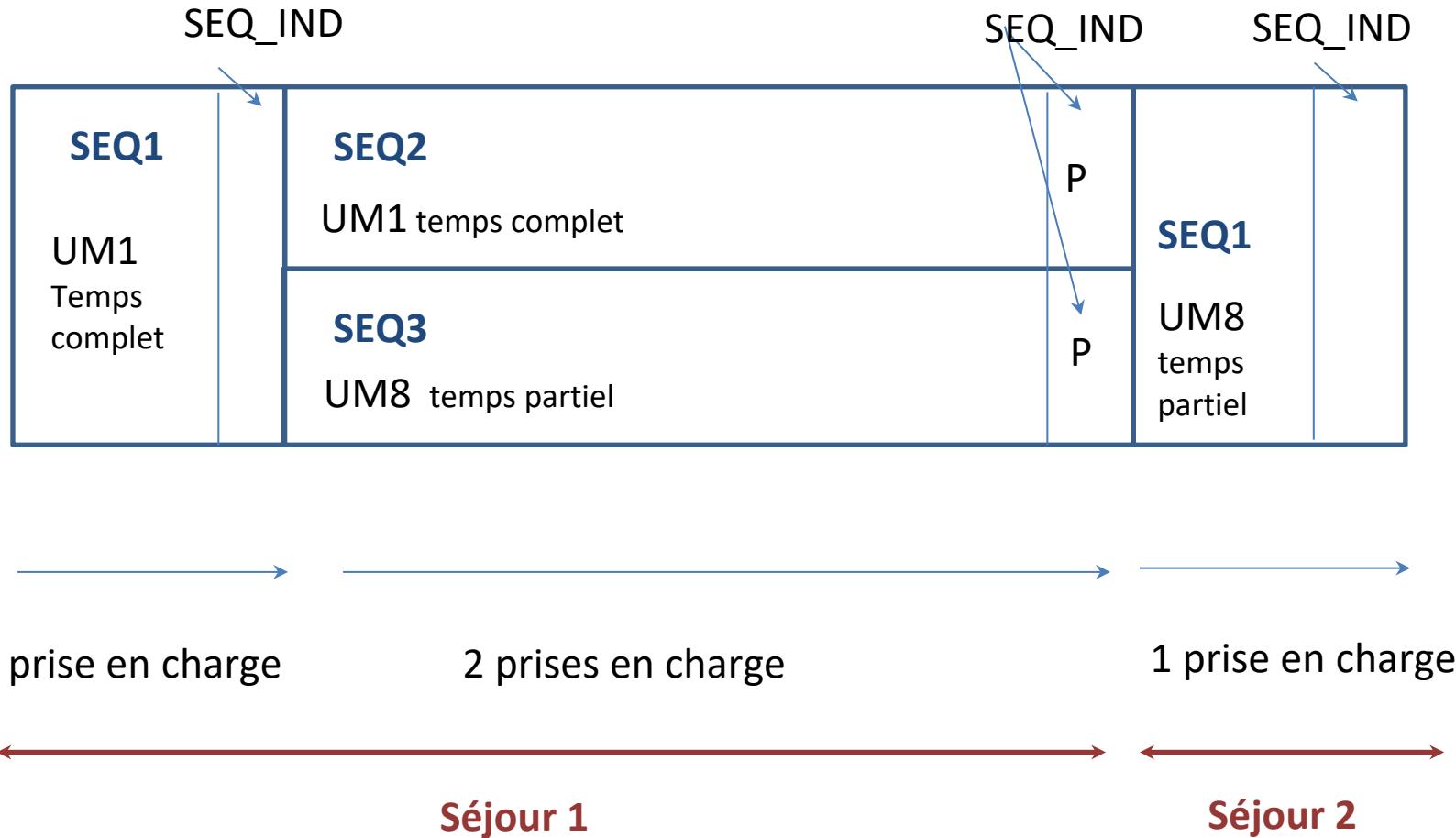
- indicateur de séquence **P (Parallèle)** si le patient débute un Temps Partiel alors qu'il est toujours en Temps Complet
- indicateur de séquence **A (Associé)** si le patient combine deux prises en charge à Temps Partiel

Cette information est identifiée sous la variable **SEQ\_IND** « Indicateur de séquence » ('E'-Sortie d'essai, 'P'-Activités parallèles, 'A'-Activités associées)

Normalement, l'indicateur de sortie d'essai (E) est supprimé depuis 2012. En général dans les calculs on supprime les séquences égales à 'E' car elles ne sont pas considérées comme des hospitalisations

# L'indicateur de séquence (suite) : Exemple

Passage d'une prise en charge à Temps Complet vers une prise en charge à Temps Partiel avec période d'adaptation : 3 périodes de soins 4 séquences, 2 séjours



## Exercice 15 : nombre de séquence de séjours à temps complet

*Calculer le Nb de séquences et de séjours en 2016 pour l'établissement Georges Sand à Bourges (FINESS='180001158') pour les séjours pris en charge à temps complet (ie au moins une séquence à temps complet)*

# Identification Permanente du Patient dans le RIM-P (IPP)

Dans le RIM-P, au sein d'un établissement donné, il existe un **identifiant permanent du patient (IPP)**.

L'IPP est valable à la fois pour les hospitalisations et pour l'activité ambulatoire.  
« C'est un numéro créé dans le système d'information de l'établissement, permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge. ... L'IPP est conservé, et utilisé à chaque nouvelle prise en charge du patient, indépendamment du numéro de séjour, quel qu'en soit le lieu au sein de l'entité juridique. Celle-ci doit se donner les moyens de s'assurer de la fiabilité de l'IPP. » (extrait du Guide méthodologique 2014 ).

Cette information se retrouve dans le SNDS sous la variable :  
**IPP\_IRR\_CRY « Cryptage irréversible de l'IPP »**

Dans les tables :

**T\_RIP<année>RSA des Résumés de Séquences Anonymes pour les hospitalisation à temps complet, temps partiel RSA**

**T\_RIP<année>R3A pour les Résumés Activité Ambulatoire RAA**

# Identification Permanente du Patient dans le RIM-P (IPP)

## Remarque importantes :

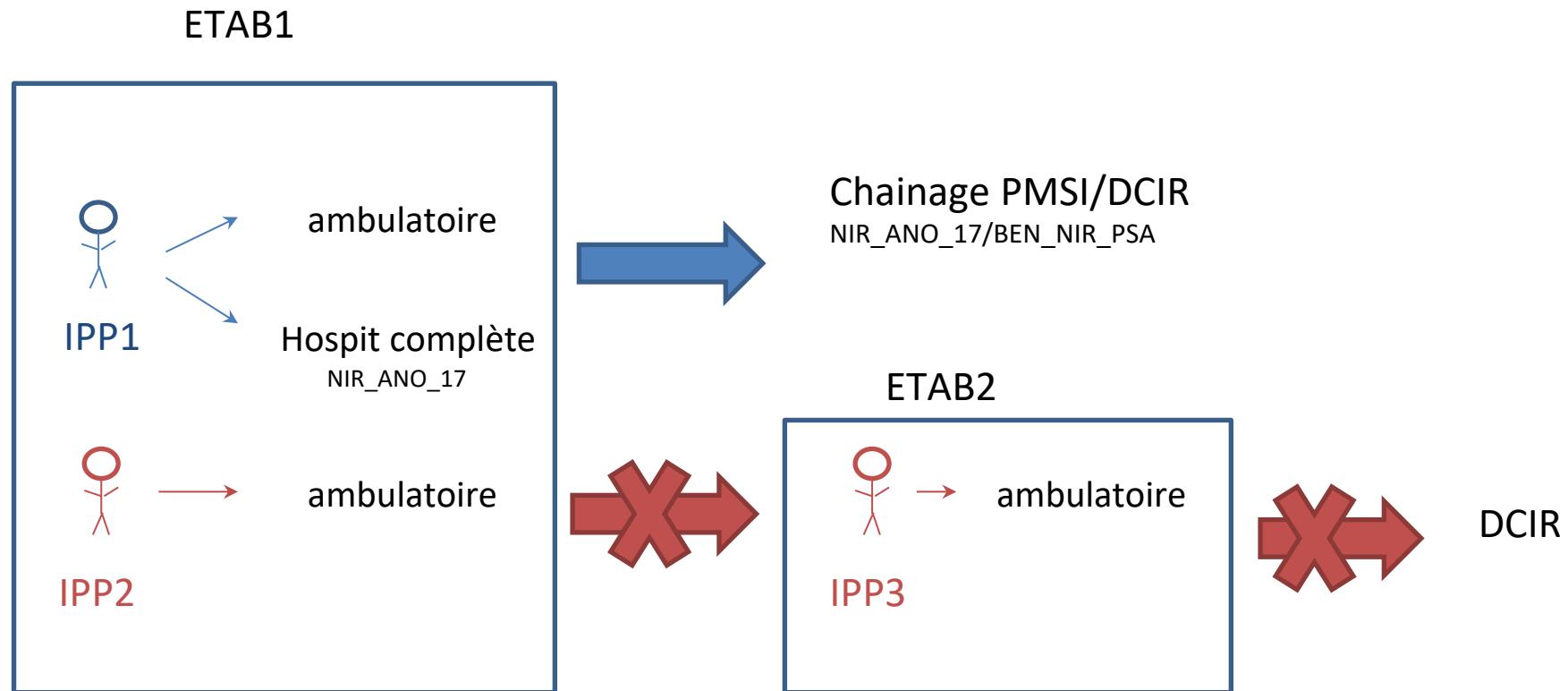
**La variable IPP\_IRR\_CRY est différente du NIR\_ANO\_17 (qui se trouve dans la table T\_RIP<année>C) : il est propre à chaque établissement .**

Le chainage avec les autres tables du SNDS est possible uniquement pour les patients hospitalisés à temps plein ou partiel, via le NIR\_ANO\_17.

Pour l'ambulatoire seul l'IPP existe pour le moment (pas de NIR\_ANO\_17 associé).

**Conséquence : on ne pourra chaîner un patient passé par une activité ambulatoire en psychiatrie avec le DCIR et/ou les autres tables du PMSI que s'il est passé par une hospitalisation à temps plein ou partiel, au sein du même établissement**

# Identification Permanent du Patient dans le RIM-P (IPP)



Dans le premier cas, on peut chainer le patient qui a eu des actes ambulatoires car il a eu une hospitalisation et de ce fait on récupère le NIR\_ANO\_17 .

**Dans le deuxième cas, il n'y a pas de chainage possible**

# Comment calculer un nombre de jours de présence ?

Deux variables à sommer :

**PRE\_JOU\_NBJ : Nombre de jours de présence**

**PRE\_DEM\_JOU\_NBJ : Nombre de demi-journées de présence**

$$\rightarrow \text{PRE\_JOU\_NBJ} + (\text{PRE\_SEM\_JOU\_NBJ} / 2)$$

A noter que pour les prises en charge en activité combinée les nombres de journées des deux séquences sont additionnés, bien qu'elles portent sur le même période

## Exercice 15 suite

**Reprendre la table précédente et ajouter le nombre de journées de présence et Nb de patients associés**

# La notion de mode légal de soins dans le RIM-P

**Il est recueilli lors des prises en charge à temps complet et à temps partiel et codé selon les modalités suivantes : VARIABLE MOD\_SOI**

1 - Soins psychiatriques libres

2 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (code supprimé en 2012)

3 - Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (article L. 3213-1 du code de la santé publique, CSP)

4 - Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (articles L. 3213-7 du CSP et 706-135 du code de procédure pénale)

5 - Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)

6 - Soins psychiatriques aux détenus (article D. 398 du code de procédure pénale)

7 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (2 certificats) ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (1 certificat) (code créé en 2012)

8 - Soins psychiatriques pour péril imminent (1 certificat, sans tiers) (code créé en 2012)

# Comment retrouver les isolements thérapeutiques?

## Isolement thérapeutique THE\_ISO\_NBJ dans T\_RIPaaRSA

Il convient de relever le nombre de jours calendaires où le patient a fait l'objet d'un isolement selon le protocole de surveillance de la Haute Autorité de santé (HAS)31, d'une **durée continue égale ou supérieure à 2 heures.**

Les dates et horaires d'isolement doivent être mentionnés dans le dossier médical du patient.

Pour déterminer si un patient a fait l'objet d'un isolement thérapeutique , on regarde si le nombre de jours d'isolement thérapeutique est supérieur ou égal à 1 (variable **THE\_ISO\_NBJ**)

# Comment retrouver les soins sans consentement?

## Les soins sans consentement

La contrainte aux soins constitue une exception psychiatrique, le consentement aux soins étant une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique.

*Dès lors que la conscience du trouble ou du besoin de soins peut être altérée, le « recours aux soins sans consentement en psychiatrie est indiqué quand il y a un trouble psychiatrique sévère, un danger pour la personne ou pour autrui et un besoin de traitement ... »*

Jusqu'à 2011 inclus, les soins sans consentement n'étaient autorisés que pour les patients hospitalisés à temps plein. A partir de 2012, ces mêmes soins sont possibles quelle que soit la modalité de prise en charge (hors placement familial thérapeutique), y compris en soins ambulatoire.

Mode légal de Soins MOD\_SOI compris entre 3 (2 avant 2012) à 8 et forme d'activité différente de 4.

## Exercice 16 : isolement thérapeutique

**Pour l'établissement Georges Sand à Bourges (FINESS='180001158') en 2016 :**

**Calculer le Nb de séjours et de journées de présence Nb de patients associés pour les séjours pris en charge à temps complet sans consentement.**

**Calculer le Nb de séjours et de journées en isolement thérapeutique**

# La dépendance du patient dans les prises en charge en temps plein

Relevée à chaque début de séquence de soins. Elle peut évoluer durant le séjour et donc changer d'une séquence à l'autre.

Par une grille des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) spécifique pour le PMSI  
Echelle de 1 (autonomie) à 4 (Assistance Totale).

## 4 variables de dépendance physique

Habillage **SCO\_DEP\_HAB**

Déplacements locomotion **SCO\_DEP\_DPL**

Alimentation **SCO\_DEP\_ALI**

Continence **SCO\_DEP\_CON**

**Dépendance forte si score supérieur à 12**

## 2 variables de dépendance relationnelle

Comportement **SCO\_DEP\_CPT**

Relation / communication **SCO\_DEP\_COM**

**Dépendance forte si score supérieur à 6**

## L'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

### Variable THE\_MS\_IND dans T\_RIPaaRSA

scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin

ou

rencontres hebdomadaires d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif

Renseigner l'indicateur par la lettre S

Pour les autres cas l'indicateur reste à blanc

# La sectorisation psychiatrique

## Unité médicale

ensemble individualisé de moyens matériels et humains.

une seule forme d'activité

nomenclature déterminée par l'Etablissement (fichier structure)

## Secteur variable SEC\_NUM dans T\_RIPaaRSA ou T\_RIPaaR3A

numéro alphanumérique à **5 caractères** du secteur dans lequel le malade est pris en charge: **format département\_lettre\_numéro**

- G** = secteur de psychiatrie générale
- I** = secteur de psychiatrie infanto-juvénile
- P** = secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Z** = dispositif intersectoriel formalisé
- UMD** = Unités Malades Difficiles inter-régionale code du département d'implantation suivi de D00

# Exemple de découpage

Format département(lettre)-numéro variable SEC\_NUM

## Psychiatrie générale : 7 secteurs

XXG01  
XXG02  
XXG03  
XXG04  
XXG06  
XXG07

## Autre département

YYG27

## Psychiatrie Infanto-juvénile : 2 secteurs

XXI01  
XXI02

## Structures intersectorielles formalisées ou non sectorisés

XXZ01 Addictologie  
XXZ02 Urgences  
XXZ03 Patients suivis au long cours  
XX Z04 Thérapies médiatisées.  
XXZ05 Psychiatrie légale et victimologie  
XXZ08 Thérapies spécialisées

## Unité Malade Difficile

XXD00

## Psychiatrie pénitentiaire

XXP01  
YYP02

# Quelques règles de cohérence des informations

## 1) L'hospitalisation dans une UMD est toujours à temps plein :

un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3e caractère « D » doit donc coexister avec une forme d'activité codée 01 ;

## 2) L'hospitalisation dans une UMD exclut les soins psychiatriques libres:

un code de numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel ayant pour 3e caractère « D » ne peut donc pas coexister avec un mode légal de soins codé « 1 »

## 3) Seuls des soins psychiatriques libres peuvent être dispensés dans le cadre d'un placement familial thérapeutique ;

un code de forme d'activité 04 doit donc coexister avec un mode légal de soins codé « 1 ».

# Le relevé d'actes ambulatoires RAA

**Il n'est pas actuellement possible de décrire les actes en utilisant la CCAM dans le recueil réglementaire**

**La nomenclature de facturation NGAP (CNPSY,AMI...) ne rentre pas dans ce recueil.**

**il s'agit de relever par patient et par jour, tous les actes en précisant pour chaque acte selon la grille EDGAR**

- la nature de l'acte
- le lieu de l'acte
- la date de l'acte
- le type du ou des intervenants
- le nombre d'intervenants

# Nature de l'acte selon la grille EDGAR (Variable ACT\_NAT)

Cinq modalités possibles E,D,G,A,R... 6 depuis 2022 !

EDGARX : Entretien/Démarche/Groupe/Accompagnement/Réunion/Téléexpertise

Entretien : acte fait en présence d'un seul patient, en présence d'un seul patient avec son entourage proche, ou en présence de l'entourage proche sans le patient

Démarche : action faite pour le patient, mais en l'absence du patient. Une démarche peut impliquer l'entourage proche et/ou d'autres professionnels. Une démarche peut être téléphonique

Groupe : Entretien mais avec plusieurs patients présents en même temps. Sont inclus les ateliers thérapeutiques groupaux faits en CMP ou CATTP, ou encore les psychothérapies familiales et de couple.

Accompagnement : Aide et Accompagnement du patient à faire quelque chose (exemple : visiter une maison de retraite, accompagner le patient faire ses courses...)

Réunion : Concertation entre au moins deux professionnels de santé qui ne traite que d'1 seul patient en l'absence du patient.

X : Téléexpertise psychiatrique

## Quelques exemples d'EDGAR

**CAS 1 :** « Mme X. se présente comme chaque mois pour son rendez-vous au CATTP et son injection mensuelle. Elle s'entretient avec son psychiatre pendant une demie-heure puis l'infirmière pratique l'injection retard . Mme X. et l'infirmière restent ensemble environ un quart d'heure dans la salle de soins. »

Dans le RAA



Date	Type d'acte	Lieu de l'acte	Total intervenants	Nature intervenants	Nb de patients	Heures	Minutes
08/10/00	E	CATTP	1	1M	1	00	30
08/10/00	E	CATTP	1	1 I	1	00	15

**CAS 2 :** « Madame Z , assistante sociale du service, se rend du CMP à la faculté des sciences pour rencontrer son homologue à propos de Monsieur L. né le 25 juillet 1975, afin de régulariser sa situation universitaire. Elle est seule pour ce travail, elle y consacre une heure trente, sur place avec son homologue. »

Dans le RAA



Date	Type d'acte	Lieu de l'acte	Total intervenants	Nature intervenants	Nb de patients	Heures	Minutes
26/09/00	D	CMP	1	1A	1	01	30

# Le lieu de l'intervention (Variable ACT\_LIEU)

Lieu	Code RIMP	Intitulé Fédération Française de Psychiatrie	Code FFP
Centre Médico Psychologique (CMP)	L01	soins en CMP ou unité de consultation du secteur	CO
Lieu de soins psychiatriques de l'établissement	L02	soins en unité de consultation du secteur hors CMP, CATTP et urgences	CO
Centre Médico Psycho Pédagogique, Etablissement social ou médico-social sans hébergement	L03	soins et interventions en établissement médico-éducatif	ME
		soins et interventions en établissement social ou médico-social	ME pour les enfants AA pour les adultes
Etablissement scolaire ou centre de formation	L04	soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	MS pour les enfants
		soins ambulatoires autres	AA pour les adultes
Protection maternelle Infantile	L05	soins et interventions en PMI	MI

# Le lieu de l'intervention (suite)

Lieu	Code RIMP	Intitulé Fédération Française de Psychiatrie	Code FFP
Etablissement pénitentiaire	L06	Soins ou interventions en centre pénitentiaire	COE
		Soins ou interventions Cellule, autre lieu	COA
Domicile du patient hors HAD ou substitut du domicile	L07	Incluant les visites à domicile pour des patients en HAD MCO ou HAD SSR  Comprend aussi le logement des parents, et des proches s'il s'agit du lieu de résidence habituelle du patient.	SD
Etablissement social ou médico-social avec hébergement Substitut du domicile	L08	soins et interventions en institutions substitutives au domicile	SI
Unité d'hospitalisation (MCO-SSR-USLD Long séjour)	L09	soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique Comprend aussi les lieux de consultation dont peut bénéficier le patient dans chacune de ces activités de soin.	SU
Unité d'accueil d'urgence (SAU, UP, UPATOU)	L10	soins et interventions en unité d'urgence, Comprend les lieux des unités d'accueil des urgences psychiatrie et la psychiatrie de liaison aux urgences MCO.	UR
CATTP	L11	Soins en centre thérapeutique à temps partiel	CA

# La structuration des principales tables PMSI PSY dans le SNDS

Jointure avec  
ETA\_NUM\_ePMSI || ORD\_NUM || SEJ\_IDT

**Table de l'activité externe (public)**  
**: T\_RIPaaR3A**

Nom variable	Libellé
ETA_NUM_EPMSI	N° FINESS e-PMSI
ORD_NUM	N°ordre
SEJ_IDT	Identifiant de séjour
IPP_IRR_CRY	Cryptage irreversible de l'IPP
AGE_ANN	Age du patient en années à la date de réalisation de l'acte
AGE_JOU	Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an
COD_SEX	Sexe du patient
BDI_COD	Code géographique de résidence
FOR_ACT	Forme d'activité
MOD_SOI	Mode légal de soins
RAL_ACT_MOI	Mois de la date de réalisation de l'acte
RAL_ACT_ANN	Année de la date de réalisation de l'acte
ACT_NAT	Nature de l'acte
ACT_LIEU	Lieu de l'acte
PRO_CAT	Catégorie professionnelle de l'intervenant
INT_NBR	Nombre d'intervenants
ACT_LIB_IND	Indicateur d'activité libérale
DGN_PAL	Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale
NBR_DGN	Nombre de diagnostics et facteurs associés

**Table des diag activité externe (public)**  
**: T\_RIPaaR3AD**

ETA_NUM_EPMSI	N° FINESS e-PMSI
ORD_NUM	N° d'ordre
SEJ_IDT	Identifiant de séjour
IPP_IRR_CRY	Cryptage irreversible de l'IPP
ASS_DGN	Diagnostics et facteurs associés

## Activité ambulatoire R3A

# Le relevé d'actes ambulatoires (limites)

## Les RAA

- ✓ **Exclus** : les patients hospitalisés à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise.
- ✓ **Inclus** : les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité :placement familial thérapeutique..

**Si le patient est pris en charge à temps partiel, les actes effectués en ambulatoire peuvent être comptabilisés s'ils n'ont pas lieu en même temps**

L'activité de psychiatrie de liaison et d'urgence est exclusivement décrite sous la forme d'un relevé d'actes

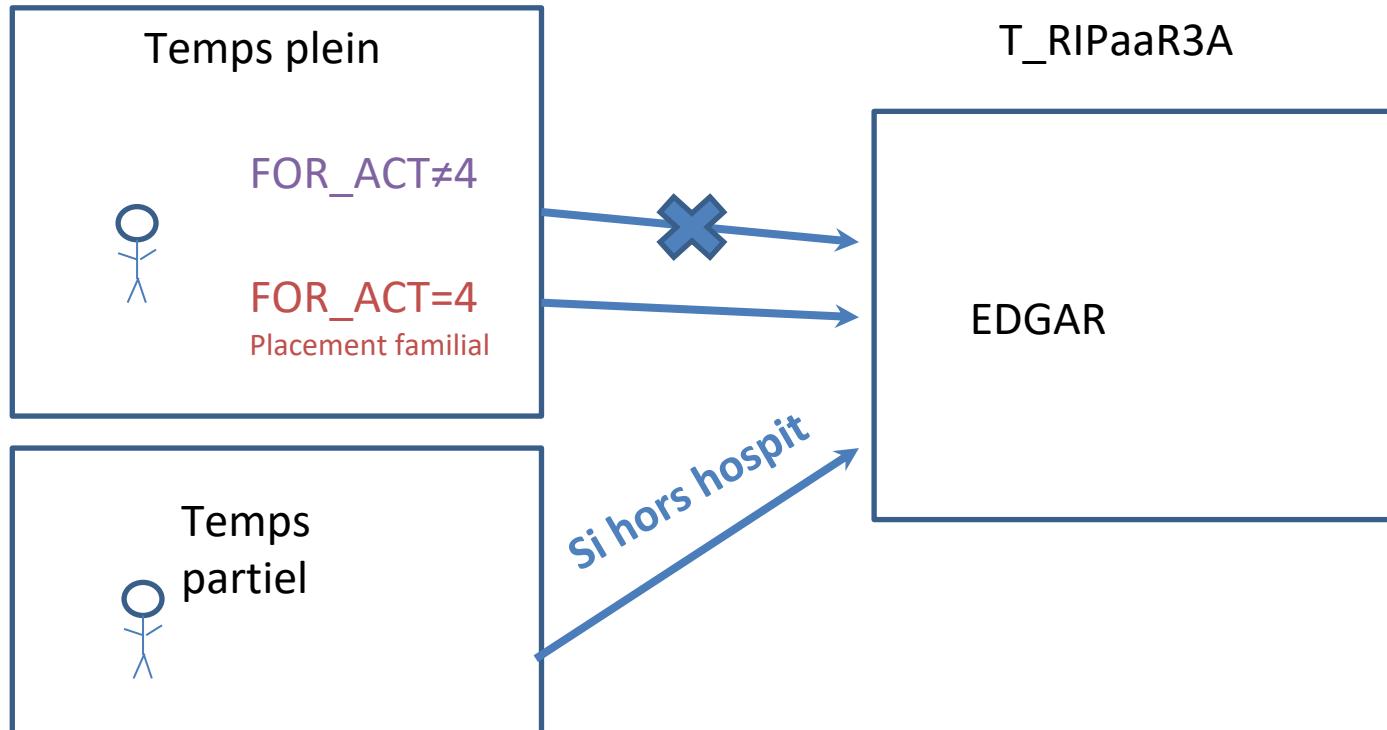
Y compris l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers

**Sont exclues du dispositif :**

- l'activité d'expertise (article D. 162-6 du CSS) ;
- les activités libérales réalisées dans les ES sous OQN
- les consultations de psychiatrie effectuées sur la voie publique au bénéfice des personnes sans domicile fixe.
- les actions pour la communauté

# Le relevé d'actes ambulatoires (limites)

T\_RIPaaRSA



# Catégorie professionnelle de l'intervenant (Variable PRO\_CAT)

**MIPARESXY** Pour chaque acte effectué pour un patient, il convient d'indiquer la catégorie professionnelle de l'intervenant en utilisant les codes suivants

Membres du corps médical	code M
Infirmiers et encadrement infirmier	code I
Psychologues	code P
Assistants sociaux	code A
Personnel de rééducation	code R
Personnel éducatif	code E
Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)	code S
Plusieurs catégories dont membres du corps médical	code X
Plusieurs catégories sans membres du corps médical	code Y

## Exercice 17 : prise en charge ambulatoire

Pour l'établissement Georges Sand à Bourges (FINESS='180001158') en 2016 :  
Calculer la répartition hommes/femmes des patients pris en charge en ambulatoire et la moyenne d'âge.

# Le financement en Psychiatrie

## Dotations annuelles – financement non lié à l'activité

La dotation annuelle de financement (DAF) est une enveloppe budgétaire globale attribuée par année civile.

Les établissements financés selon cette modalité, communément appelés « secteur DAF », appartiennent au secteur public ou sont des structures privées à but non lucratif.

Ces dotations sont régionales et réparties par chaque ARS pour les établissements.

## Financement à la journée pour l'activité des structures privées financées à l'activité.

Le financement est alloué à l'activité à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire. L'État fixe un taux d'évolution des tarifs par région et par champs.

**Chaque région détermine les tarifs des établissements dans le respect du taux d'évolution moyen régional.**

Cette modalité de financement concerne les établissements sous objectifs quantifiés nationaux (OQN) : les cliniques privées du secteur commercial et certains établissements privés à but non lucratif.

## Exercice bonus : chainage avec Le DCIR

### Exo chainage

# SYNTHESE SUR LES PMSI

# Tableau de synthèse sur les PMSI - Hospitalisation

HOSPITALISATION	MCO	SSR	HAD	PSY
<b>Mouvements</b>		Mode d'entrée / Provenance Mode de sortie / Destination		
<b>Diagnostics</b>		Diagnostics CIM-10		
<b>Actes médicaux</b>		Actes CCAM		
<b>Actes RR</b>	X	CSARR	X	X
<b>Classification</b>	GHM	GME	GHPC	X
<b>Tarif</b>	GHS	GMT	GHT	X
<b>Dépendance</b>		Grille AVQ (dépendance physique et cognitive) Indice de Karnofsky		
<b>Niveau de recueil (ligne table B)</b>	Séjour (RSA)	Semaine (RHA)	Sous-séquence (RAPSS)	Séquence (RPSA)
<b>Identification séjour</b>	ETA_NUM RSA_NUM	ETA_NUM RHA_NUM ( !!) ETA_NUM RHA_NUM ( !!) RHS_NUM	ETA_NUM_EPMSI RHAD_NUM SEQ_NUM	ETANUM_EPMSI_ RIP_NUM
<b>Identification semaine</b>			X	X
<b>Identification séquence</b>			ETA_NUM_EPMSI RHAD_NUM SEQ_NUM	ETANUM_EPMSI_ RIP_NUM SEQ_SEQ_NUM
<b>Identification sous-séquence</b>			ETA_NUM_EPMSI RHAD_NUM SEQ_NUM SSEQ_NUM	X

# Tableau de synthèse sur les PMSI - Hospitalisation

HOSPITALISATION N	MCO	SSR	HAD	PSY
Information patient au séjour	Table C NIR_ANO_17 Filtre sur les 9 codes retour de chainage			
Unités de mesure	Nb patients			
	Nb séjours	Nb séjours en HC	Nb séjours	Nb séjours
	Nb nuits	Nb journées (HC ou HP)	Nb journées	Nb journées
Périmètre annuel	Année civile	52 ou 53 semaines (quelques jours N-1 et/ou N+1)  Attention : semaine de l'année N-1 pour séjours HC commencés avant année N	Année civile	Année civile
Périmètre des séjours	Séjours terminés en année N	Séjours commencés et/ou terminés en année N		

# Tableau de synthèse sur les PMSI - Hospitalisation

ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES (publics et ESPIC)	MCO	SSR	HAD	PSY
Recueil	Factures STC			R3A
Périmètre année	Année civile			Année civile
Diagnostics				CIM-10
Actes	NGAP, CCAM			EDGARX
Identification patient	NIR_ANO_17			IPP_IRR_CRY

# ANNEXES

**La connexion au portail SNDS**

**La nomenclature CCAM et CIM 10**

**Les regroupements de GHM par l'ATIH**

**Exemples sur les tables ACE**

# LA CONNEXION AU PORTAIL SNDS

## La connexion au portail

# Conditions d'accès aux données du PMSI dans le portail SNDS

L'adresse de connexion au portail SNIIRAM / SNDS :

Par Intranet : <https://portail.sniiram.ramage>

Par Internet : <https://portail.sniiram.ameli.fr/>

La page d'authentification :

1/ Sélectionner votre organisme parmi la liste des partenaires :

The screenshot shows the SNDS login interface. At the top left is the SNDS logo. Below it is a teal header bar with the text "Connexion à mon espace". The main form area has a light gray background. It contains three input fields: a dropdown menu labeled "Partenaire" with "01 - REGIME GENERAL" selected, a text input field labeled "Identifiant" containing placeholder text "xxxxxx", and a password input field labeled "Mot de passe" containing placeholder text "\*\*\*\*\*". Below these fields is a green "Se connecter" button.

2/ Renseigner vos identifiant et mot de passe :

This screenshot shows the "Connexion à mon espace" page. A red box highlights the "Identifiant" field, which contains "xxxxxxxxxxxx" and the "Mot de passe" field, which contains "\*\*\*\*\*". Below these fields is another green "Se connecter" button. A red arrow points from the text "Cliquer sur « Se connecter »" to this button.

3/ Choisir sa région et son profil de connexion :

This screenshot shows the "Connexion à mon espace" page with several fields highlighted by a red box. The "Partenaire" dropdown is set to "01 - REGIME GENERAL". The "Région" dropdown is set to "99 - CAISSE NATIONALE". The "Profil" dropdown is set to "032". Below these dropdowns is a checkbox labeled "Accepter les conditions générales d'utilisation" with a checked mark. A red arrow points from the text "Cliquer sur « Se connecter »" to the green "Se connecter" button at the bottom right.

# Conditions d'accès aux données du PMSI dans le portail SNDS

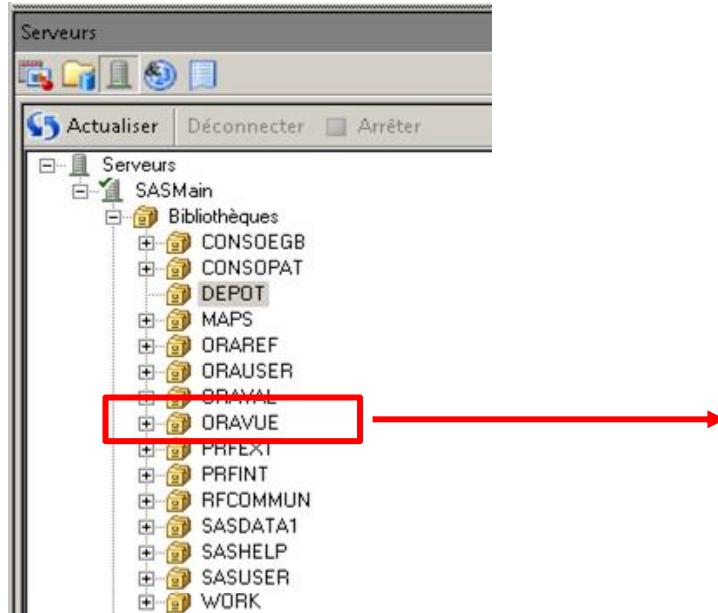
## Outils SAS : L'onglet « Statistiques »

- L'accès aux produits SAS se fait à partir de l'onglet « Statistiques » du portail SNIIRAM / SNDS.
- La fenêtre « Outil Applicatif » permet d'accéder à SAS Enterprise Guide et à Microsoft Office. Ces applications sont installées sur un serveur distant appelé CITRIX.



# Conditions d'accès aux données du PMSI dans le portail SNDS

Les tables du PMSI exhaustif se trouvent dans la bibliothèque « ORAVUE »



## Tables PMSI MCO annuelles

ORAVUE (préfixées T\_MCO) =  
Séjours et diagnostics hospitaliers

T_MCO16A
T_MCO16B
T_MCO16C
T_MCO16CSTC
T_MCO16D
T_MCO16DIALP
T_MCO16DMIP
T_MCO16E
T_MCO16FA
T_MCO16FASTC
T_MCO16FB
T_MCO16FBSTC

...

## Tables PMSI PSY annuelles

ORAVUE (préfixées T\_RIP) =  
Séjours psychiatriques

T_RIP16C
T_RIP16E
T_RIP16FA
T_RIP16FB
T_RIP16FC
T_RIP16FH
T_RIP16FI
T_RIP16FL
T_RIP16FM
T_RIP16FP
T_RIP16R3A

...

## Tables PMSI HAD annuelles

ORAVUE (préfixées T\_HAD) =  
Hospitalisation à domicile

T_HAD16A
T_HAD16B
T_HAD16C
T_HAD16D
T_HAD16DMPA
T_HAD16DMPP
T_HAD16E
T_HAD16EHPA
T_HAD16FA
T_HAD16FB

...

## Tables PMSI SSR annuelles

ORAVUE (préfixées T\_SSR) = Soins  
de Suite et de Réadaptation

T_SSR16B
T_SSR16C
T_SSR16CCAM
T_SSR16CMC
T_SSR16CSARR
T_SSR16CSTC
T_SSR16D
T_SSR16E
T_SSR16FA
T_SSR16FASTC
T_SSR16FB
T_SSR16FBSTC

Et tables PMSI MCO HAD PSY et SSR  
infra annuelles cumulées pour la dernière année

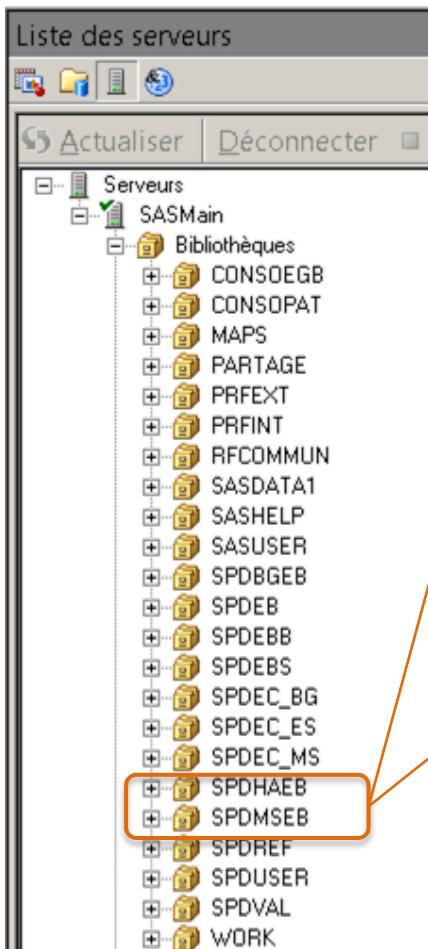
T_MCO16_11Z
T_MCO16_12A
T_MCO16_12B
T_MCO16_12C
T_MCO16_12CSTC
T_MCO16_12D

T_HAD16_11A
T_HAD16_11B
T_HAD16_11C
T_HAD16_11D
T_HAD16_11DMPA
T_HAD16_11DMPP

...

# Conditions d'accès aux données du PMSI de l'EGB dans le portail SNDS

Les tables du PMSI échantillonné de l'EGB se trouvent dans la bibliothèque «SPD»



**SPDMSEB = Séjours et diagnostics hospitaliers**

**Tables PMSI MCO annuelles de l'EGB**

**ORAVUE (préfixées T\_MCO) =  
Séjours et diagnostics hospitaliers**

Table
T_MCO05A
T_MCO05B
T_MCO05C
T_MCO05D
T_MCO05E
T_MCO05FA
T_MCO05FB
T_MCO05FC
T_MCO05FH
T_MCO05FI
T_MCO05FM
T_MCO05FP
T_MCO05GV10
T_MCO05GV9
T_MCO06A
...
T_MCO140RP
T_MCO14PIE
T_MCO14PORG
T_MCO14STC
T_MCO14UM
T_MCO14UPGV
T_MCO14VALO
T_MCO14VALOACE
T_MCO14Z

**SPDHAEB = Hospitalisation à domicile**

**Tables PMSI HAD annuelles de l'EGB**

**ORAVUE (préfixées T\_HAD) =  
Hospitalisation à domicile**

Table
T_HAD07B
T_HAD07C
T_HAD07E
T_HAD07GRE
T_HAD07GRP
T_HAD07STC
T_HAD08B
...
T_HAD14E
T_HAD14EHPA
T_HAD14FA
T_HAD14FB
T_HAD14FC
T_HAD14FH
T_HAD14FL
T_HAD14FM
T_HAD14GRE
T_HAD14GRP
T_HAD14LEG_1510
T_HAD14MED
T_HAD14MEDATU
T_HAD14STC

# Rappel : éviter les doublons avec le DCIR



Actes de ville (en cabinets ou établissements privés) :  sélectionnés

Séjours en établissements privés : sélectionnés

Activité des établissements publics : non sélectionnée car pas exhaustive

- ACE en facturation directe (**FIDES**)
- ACE et séjours transmis pour information (pas de facturation directe)

Séjours en établissements privés : non sélectionnés

Activité des établissements publics : sélectionné

- Activité ACE, exhaustifs (table valoACE) ; un top FIDES permet de déterminer les facturation directe ou pas.
- Les séjours en établissements publics : sélection

# LA NOMENCLATURE CCAM

## La nomenclature CCAM

Les actes CCAM sont regroupés en Chapitres

19 chapitres

- Chapitres 1 à 17 : 7192 actes rangés par grands appareils
- Chapitre 18 : anesthésies complémentaires et 143 gestes complémentaires
- Chapitre 19 : adaptations tarifaires
- Les chapitres 1 à 18 résultent d 'un travail commun état / assurance maladie, en collaboration avec les sociétés savantes

<i>n°§</i>	<i>Chapitres</i>
1	SYSTEME NERVEUX : CENTRAL, PERIPHERIQUE ET AUTONOME
2	OEIL ET ANNEXES
3	OREILLE
4	SYSTEME CIRCULATOIRE
5	SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE
6	SYSTEME RESPIRATOIRE
7	SYSTEME DIGESTIF
8	SYSTEME URINAIRE ET GENITAL
9	ACTES CONCERNANT LA PROCREATION, LA GROSSEUR ET LE NOUVEAU-NE
10	SYSTEME ENDOCRINE ET METABOLISME
11	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE
12	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET TRONC
13	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPERIEUR
14	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFÉRIEUR
15	SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE CORPS ENTIER
16	SYSTEME TEQUIMENTAIRE - GLANDE MAMMAIRE
17	ACTES SANS PRECISION TOPOGRAPHIQUE

## La nomenclature CCAM

Les actes CCAM sont codés avec les éléments suivants :

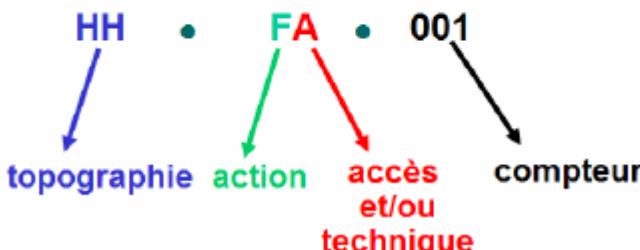
Suppléments et geste compl.

autorisés avec le code CCAM; ne peuvent pas être codés isolément (Chap 18 & 19)

Code acte  
CCAM ; peuvent être associés à d'autres

Activité découpe l'acte selon le PS intervenant (*chirurgien, anesthésiste...*)

**HHFA001** : *Appendicetomie, par abord de la fosse iliaque*



Modificateurs majorations autorisés avec le code CCAM  
*(Nourrisson, urgence...)*  
Ne peuvent pas être codés isolément (Chap 19)

		Activité	Phase	Remb. sous conditions	Accord préalable	Code Regroup.	Exo TM	Tarif	Code Regroup.	
									Exo TM	Regroup.
	CAJA002	Parage et/ou suture de plaie de l'auricule			1	0	25,94		1	ADC
		(ZZLP025)	Anesthésie complémentaire							
	CAMA008	Plastie unilatérale d'oreille décollée			1	0	103,51	RC	1	ADC
			anesthésie		4	0	59,27	RC	1	ADA
	QZRP003	Séance de photothérapie corporelle totale, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolet B [UVB]			1	0	19,20	RC	AP	1
										ATM

Regroupe les actes CCAM sous la nomenclature NGAP

Actes	Intitulés regroupement
Actes chirurgicaux	ADC Actes de chirurgie
Accouchements, césariennes...	ACO Actes d'obstétrique
Actes d'anesthésie réanimation	ADA Actes d'anesthésie
Actes de radiologie, scanner, IRM, Actes de radiologie vasculaire diagnostique, actes de médecine nucléaire diagnostique.	ADI Actes d'imagerie (hors échographie)
Actes d'échographie/ Doppler	ADE Actes d'échographie
Actes diagnostiques, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique	ATM Actes techniques médicaux (hors imagerie)

# La nomenclature CCAM

Les actes CCAM peuvent être associés à un ou plusieurs autres actes CCAM lorsqu'un code « association » n'a pas été initialement créé

Codes  
association  
non prévue  
fonctionne  
comme une  
minoration  
appliquée au  
tarif du 2eme  
acte.



## ASSOCIATION

### Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifié à taux plein, le second est tarifié à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifiés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),  
*Il ne faut pas indiquer de code association.*

- Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

ATIH = Les indices de coûts relatifs

## Les ICR : indices de cout relatif

Ils représentent le moyen visant à mesurer le niveau d'activité de certaines structures médico-techniques (bloc opératoire, imagerie médicale...).

A chaque acte CCAM est affecté un indice de cout, plus l'acte « est important » au sens mobilise beaucoup de moyen et plus son indice est élevé.

Il y a des ICR privé et public, en effet les honoraires des médecins libéraux ne sont pas compris dans les ICR privés.

	A	B	C	D
	code principal	phase	activite	icr privé V2-V26
1	AAFA001	0	1	503
2	AAFA002	0	1	232
3	AAFA003	0	1	579
4	AAFA004	0	1	673
5	AAFA005	0	1	260
6	AAFA006	0	1	340

+ CCAM descriptive :  
A partir de 2017 certains codes sont spécifiques PMSI (rajout d'une extension spécifique) pour décrire l'activité plus finement  
Cf. site ATIH

## LES REGROUPEMENTS DE GHM PAR L'ATIH

<https://www.atih.sante.fr/regroupement-ghm-en-2022>

## ATIH = Le regroupement des GHM en Domaine d'Activité (DA)

- Intérêt : lisibilité médicale
- Regroupement de GHM a posteriori pour présenter les analyses
- Assez proche des CMD

D01 - Digestif
D02 - Orthopédie traumatologie
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves
D04 - Rhumatologie
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
D09 - Pneumologie
D10 - ORL, Stomatologie
D11 - Ophtalmologie
D12 - Gynécologie - sein
D13 - Obstétrique
D14 - Nouveau-nés et période périnatale
D15 - Uro-néphrologie et génital
D16 - Hématologie
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)
D19 - Endocrinologie
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané
D21 - Brûlures
D22 - Psychiatrie
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs
D25 - Transplant. d'organes
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
D27 - Séances
D90 - Séjours en erreur

NB : les domaines d'activité ne recouvrent que partiellement la notion de service spécialisé (DA cardio ≠ activité des services de cardiologie d'un établissement)

## ATIH = Le regroupement des GHM en Groupe de Planification (GP)

Il s'agit ici de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification permettant une partition des séjours.

L'objectif est aussi de synthétiser l'activité d'un établissement sur une page, avec moins d'une centaine de lignes.

GP_CAS	libellé groupes de type planification
C01	Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée)
C02	Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie
C03	Neurostimulateurs
C04	Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens
C05	Chir. majeure sur le thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie
C06	Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum
C07	Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies
C08	Chir. hépato-biliaire et pancréatique
C09	Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule
C10	Arthrosopies, Biopsies ostéo-articulaires
C11	Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations
C12	Traumatismes multiples graves
C13	Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques
C14	Chirurgie vasculaire
C15	Chirurgie ORL stomato
C16	Chirurgie Ophtalmologique et greffe de cornée
C17	Chirurgie Gynécologique
C18	Chirurgie du sein
C19	Chirurgie Urologique

## ATIH = Le regroupement des GHM en Groupes d'Activité (GA)

Objectif décrit l'activité de façon plus détaillée. Il répond plutôt au besoin des établissements de décrire leur activité au sein des services ou des pôles.

GA	libellé Groupes d'Activité
G001	Chirurgies digestives hautes
G002	Chirurgie digestive majeure
G003	Appendicectomies
G004	Hernies
G005	Occlusions, sub-occlusions digestives
G006	Chirurgie mineure grêle/colon
G007	Chirurgies rectum/anus (hors résections)
G008	Autres chirurgies digestives
G009	Cholécystectomies
G010	Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires
G011	Prise en charge médicale des tumeurs malignes du tube digestif
G012	Ulcères, hémorragies digestives
G013	Suivi de greffes digestives
G014	Maladies inflammatoires de l'intestin
G015	Gastro-entérites et affections du tube digestif
G016	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif
G017	Autres affections digestives
G018	Hépatites, cirrhoses
G019	Affections hépatiques sévères et affections du pancréas
G020	Autres affections hépatiques, voies biliaires
G021	Symptômes digestifs

## ATIH = Le regroupement en ASO et CAS

### Classification des activités de soins :

Chirurgie ambulatoire
Chirurgie non ambulatoire
Obstétrique-enfant
Obstétrique-mère
Séances
Séjours sans acte classant d'au moins une nuit - médecine notamment
Séjours sans acte classant sans nuitée - médecine notamment
Séjours inclassables
Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)

### ASO activité de Soins :

M	médecine
C	Chirurgie
O	Obstétrique

### NB :

**Les codes ASO, ont été abandonnés en 2011 au profit des CAS mais L'ATIH fournit la correspondance.**

**Les classes CAS ne recouvrent pas totalement l'activité des services de chirurgie ou de médecine (il n'y a pas que des séjours chirurgicaux dans les services de chirurgie)**

# EXEMPLES SUR LES TABLES DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

1    2

## La table T\_MCO16CSTC et T\_MCO16FASTC

**Attention : les informations sur les patients sont déclaratives. Elles sont saisies par l'établissement et ne sont pas croisées avec les référentiels patients de l'AM :**

Si le format de la variable est incohérent, alors le code retour sera différent de 0 (RAS).

Pour pseudonymiser le patient, le numéro de SS, la date de naissance et le sexe sont nécessaires. Si l'une de ces variables est mal renseignée, alors le numéro du patient sera mal pseudonymisé mais les codes retour peuvent être à 0.

**Les autres variables déclaratives :**

Le code géographique

Le type d'exonération

Le régime

...

**Peuvent également être mal renseignés.**

**Les modalités figurant dans la base peuvent ne pas figurer dans la nomenclature, aucun rejet n'est fait si l'information ne correspond pas à l'une des modalités des nomenclatures. La CNAM ne produit pas ces bases, elle ne corrige donc pas ces problèmes.**

**Les montants qui figurent dans la table FASTC figurent également de façon détaillée dans les tables FBSTC et FCSTC. Il peut y avoir des incohérences entre les données agrégées et les données détaillées. Nous vous conseillons d'utiliser en priorité le montant figurant dans les tables des données détaillées (FBSTC et FCSTC) ci-après**

# Les Actes et Consultations Externes

2

## Exemple : Table T\_MCO16FASTC

Une femme de Six Fours les Plages qui est conjoint ou assimilé de l'assuré

Pas d'information sur

le parcours de soin

le régime = 99 (inconnu)

Nature d'opération = 1 correspond a priori à « paiement ». (Pas d'information trouvée sur les modalité de cette variable).

Risque : Maladie

Ne bénéficie pas d'une exonération particulière

La facture est facturable à l'Assurance Maladie

ETA_NUM FINESS	SEQ_NU M	SOR_ANN FINESS	SOR_MOI FINESS	COD_S EX	BDI_CO D	COD_CIV Code civilité géographique	PS_IND Indicateur du parcours de soins	OPE_NA T	NAT_A SS	EXO_TM Nature assuran ce d'exonéra tion du TM	NOE_R GM	SEJ_FA C_AM	NON_SEJ_FA C_AM	
060780988	00031403	2010	03	2	83140	2		1	10	0	99	1		
060780988	00042987	2010	04	2	83140	2		1	10	0	99	1		
060780988	00055853	2010	05	2	83140	2		1	10	0	99	1		
060780988	00055854	2010	05	2	83140	2		1	10	0	99	1		
060780988	00055855	2010	05	2	83140	2		1	10	0	99	1		
				Femme	code postal	Conjoint et assimilé de			Paiement	Maladie	Pas d'exonération	autre mutuelle	Oui	

# Les Actes et Consultations Externes

3

## Exemple : Table T\_MCO16FBSTC

ETA_NUM	SEQ_NUM	SOR_A NN	SOR_ MOI	PSH_MDT	PSH_DMT	EXO_TM	EXE_SPE		
Numéro FINESS	N° séquentiel	Année des soins	Mois des soins	Mode de traitement	Discipline de prestation (ex DMT)	Justification exo TM	Spécialité exécutant		
060780988	00055855	2016	05	07	000				
ACT_COD	ACT_NBR	ACT_COE	ACT_DNB	PRI_UNI	REM_BAS	REM_TAU	AMO_MNR		
Code acte	Quantité	Coefficient	Dénombrement	Prix Unitaire	Montant Base remboursement	Taux applicable à la prestation	Montant Remboursable par la caisse (AMO)	Montant des honoraires	Montant remboursable par l'organisme
ATU	1	1	1	25,28	25,28	100	25,28	25,28	0

une prestation hospitalière a été facturée en mai 2016,  
le mode de traitement correspond à soin externe (ce qui est normal). Il n'y a pas de discipline de prestation (000).  
La spécialité exécutant n'est pas renseignée (normal pour les PH), l'EXO\_TM n'est pas renseigné mais les ATU sont pris en charge à 100%.

La patiente est passée par les urgences car un forfait d'urgence (ATU) a été facturé.

Quantité = Dénombrement et coefficient = 1 (ok)

Les données de facturation semblent cohérentes

La base de remboursement SS = PRI\_UNI\*ACT\_NBR (= REM\_BAS, mais parfois le REM\_BAS est faux. Donc il vaut mieux comparer).

Le montant remboursé par l'AM = PRI\_UNI\*ACT\_NBR\*REM\_TAU/100 (= AMO\_MNR. Si on modifie la base de remboursement, il vaut mieux recalculer cette variable pour être cohérent avec la base de remboursement).

# Les Actes et Consultations Externes

4

## Exemple : Table T\_MCOFCSTC

On retrouve les honoraires de professionnels de Santé pour les 3 passages en externe.

Les 2 premiers passages correspondent à la réalisation d'actes d'imagerie (ADI)

Lors du 3ème passage, lors du passage aux urgences, la patiente a vu

- 1 chirurgien ( spé=04) pour une consultation de spécialiste (+ Majoration de CS)
- 1 ou plusieurs radiologues pour 3 actes d'imageries.

Quantité = Dénombrement et coefficient = 1

La base de remboursement SS = PRI\_UNI\*ACT\_NBR\*ACT\_COE est différente de REM\_BAS pour les actes CCAM. La base de remboursement n'est pas très supérieure à celle recalculée et est égale à HON\_MNT.

Le montant remboursé par l'AM = REM\_BAS\*REM\_TAU/100(= AMO\_MNR). Si on modifie la base de remboursement, il vaut mieux recalculer cette variable pour être cohérent avec la base de remboursement).

SOR_	PSH_M	PSH_E	EXO_T	EXE_SPE	ACT_COD	ACT_NBR	ACT_COE	ACT_DNB	PRI_UN	REM_BAS	REM_TAU	AMO_MNR	HON_MNT	AMC_MNR
MOI	DT	DMT	M					I						
Mois des soins	Mode de traitement	Discipline	Justification exécuteur	Spécialité exécutant	Code acte	Quantité	Coefficient	Dénomination	Prix Unitaire	Montant Base remboursement	Taux applicable à la prestation	Montant Remboursable	Montant honoraire la prestation par la caisse	Montant remboursable par l'OC
03	07			06	ADI	1	1	1	19,95	24,3	70	17,01	24,3	0
04	07			06	ADI	1	1	1	22,61	27,54	70	19,28	27,54	0
05	07			04	CS	1	1	1	23	23	70	16,1	23	0
05	07			04	MCS	1	1	1	3	3	70	2,1	3	0 Majoration de CS
05	07			06	ADI	1	1	1	19,95	43,36	70	30,35	43,36	0 Acte d'imagerie
05	07			06	ADI	1	1	1	2,66	3,24	70	2,27	3,24	0 Acte d'imagerie
05	07			06	ADI	1	1	1	22,61	27,54	70	19,28	27,54	0 Acte d'imagerie

Exemple de REM\_BAS complètement fausse :

SOR_	PSH_M	PSH_E	EXO_T	EXE_SPE	ACT_COD	ACT_NBR	ACT_COE	ACT_DNB	PRI_UN	REM_BAS	REM_TAU	AMO_MNR	HON_MNT	AMC_MNR
MOI	DT	DMT	M					I						
02	07	000		06	ADI	1	1	1	2,66	454 545,45	0	0	3,24	0
02	07	000		06	ADI	1	1	1	19,95	909 090,90	0	0	24,3	0

## 5 La table T\_MCO10FMSTC (Actes CCAM détaillés mais sans valorisation)

Variable	Libellé de la variable
ETA_NUM	Numéro FINESS
SEQ_NUM	N° séquentiel
SOR_ANN	Année de sortie
SOR_MOI	Mois de sortie
PSH_MDT	Mode de traitement
PSH_DMT	Discipline de prestation (ex
CCAM_COD	Code CCAM
ACV_ACT	Activité
PHA_ACT	Phase
MOD_ACT1	Modificateur 1
MOD_ACT2	Modificateur 2
MOD_ACT3	Modificateur 3
MOD_ACT4	Modificateur 4
ANP_ACT	Code association d'actes non
REM_EXP_ACT	Code remboursement sous
DOC_ACT	Extension documentaire
DENT_NUM_1	N° dent 1
(...)	
DENT_NUM_16	N° dent 16

# Les Actes et Consultations Externes

5

## Exemple : Table T\_MCOFMSTC

On retrouve les actes CCAM correspondant aux prestations de regroupement de la table FCSTC :

Il n'est pas possible de rattacher les quantités et les montants de la table FCSTC aux actes de cette table, il manque une clé de jointure.

Lors des 2 premiers passages, la patiente a eu des radio du genou ( code regpt : ADI)

Lors du 3ème passage, la patiente a eu 3 actes d'imageries ( code regpt : ADI) qui correspondent en réalité à 2 codes de radiologie + 1 supplément pour numérisation ( ce supplément n'existe plus aujourd'hui).

Normalement si les actes de radio ont été réalisés au même moment, ils ne devraient pas être associés.

Mais les radio ont probablement été réalisées à 2 moments distincts de la journée. Si l'établissement avait regroupé tous ces actes sur une même facture alors la variable ANP\_ACT de l'une des radio devrait être égale à 5 (Actes non réduits car réalisés au cours d'une même journée dans certains cas ).

Les Codes Modificateurs ont un impact sur la facturation : le modificateur F augmente le montant de l'acte de 19,06€ alors que le 17 mai 2010 n'était pas un jour férié.

SOR_	PSH_	PSH_	CCAM_COD	ACV	PHA	MOD_	MOD_	MOD_	MOD_A	ANP_ACT	REM_EXP_	DOC_ACT
MOI	MDT	DMT		_ACT	_ACT	ACT1	ACT2	ACT3	CT4		ACT	
Mois de sortie	Mode de	Discip	Code CCAM	Activité	Phase	Modificateur 1	Modificateur 2	Modificateur 3	Modificateur 4	Code association	Code rembourse	Extension documentaire
	de	line								d'actes non	ment sous	
	traiitem	de										
03	07	000	NFQK001	1	0	Z						Radiographie unilatérale du genou
04	07	000	NFQK003	1	0	Z						Radiographie du genou selon 3 ou
05	07	000	NFQK001	1	0	F	Z					Radiographie unilatérale du genou
05	07	000	YYYY030	1	0	Z				1		Suppl. pour réalisation d'un examen
05	07	000	NFQK003	1	0	Z				1		Radiographie du genou selon 3 ou

Il y a 2 ADI mais pas de variable de jointure pour associer à l'acte le montant situé dans FCSTC

le 17 mai n'était pas férié!! (la date de l'acte figure dans la table CSTC (patient))

# Les Actes et Consultations Externes

## Exemple de codage de la CN

Étude sur un cas particulier : la C N sur la base annuelle 2010

Consultations avec majoration de Nuit (22€ + 35€ = 57€) ou seulement majoration de Nuit (35€) ?

Quand le montant est à 35€, la prestation figurant avec est souvent une CS et non une C

A quoi correspondent les autres montants ?

Acte	Coefficient	Montant Remboursable	Montant payé	Qté d'actes	%
C N	1	57	57	1 065 091	75,9%
C N	1	62	62	51 927	3,7%
C N	1	35	35	48 434	3,5%
C N	1	47,15	47,15	47 167	3,4%
C N	1	59,2	59,2	24 346	1,7%
C N	1	52	52	18 128	1,3%
C N	1	25,15	25,15	16 597	1,2%
C N	1	0	57	15 459	1,1%
C N	1	40	40	14 809	1,1%
C N	1	61,4	61,4	9 933	0,7%
C N	1	22	22	9 287	0,7%
C N	1	64,2	64,2	8 340	0,6%
C N	1	55	55	7 572	0,5%
Autre	(...)	(...)	(...)	33 209	4,7%

- Source : PMSI MCO 2010