

Dénombrement des actes CCAM de la base nationale MCO 2022

L'ATIH a publié à cet été, comme chaque année à la même période, des exports de la base nationale MCO de l'année précédente, donc de 2022, sous le vocable générique de "Contenu des bases PMSI MCO 2022", via un fichier excel (lien en Source).

Ce fichier comprend 20 feuilles (+ 2 feuilles de présentation) correspondant chacune à une thématique.

Certaines fournissent des informations très agrégées au niveau de la base nationale toute entière (exemples : les modes entrée et sortie sur la base nationale, le nombre national de prises en charge RAAC, ...), mais 4 d'entre elles d'elles intéresseront les professionnels du PMSI :

- # le dénombrement des actes CCAM
- # le dénombrement des diagnostics DP, DR et DAS
- # le dénombrement des GHS et GHM V2022

Regardons ici le dénombrement des actes CCAM 2022 en commençant par quelques observations :

Chaque acte CCAM est identifié via 3 variables : son code avec son extension PMSI, sa phase et son activité.

Attention donc si vous matchez ce dénombrement avec un case-mix CCAM à bien produire un case-mix CCAM avec ces 3 variables identifiantes.

Pour un séjour donné, les actes CCAM entendus comme le triplet (code, phase, activité) sont dédoublonnés.

Là aussi donc, attention à faire de même avant match avec un case-mix CCAM d'un établissement.

Un même séjour est compté autant de fois qu'il a de triplets CCAM différents

Le dénombrement 2022 comprend 13 377 triplets correspondant à 8 102 actes CCAM différents

Pour une utilisation pratique pour les professionnels, nous sommes partis de ce dénombrement que nous avons croisé avec d'autres référentiels PMSI pour produit un **excel, librement téléchargeable**, avec les 7 variables suivantes :

```
# cam_pmsi_code = le code CCAM sur 7 positions
# ccam_pmsi_libelle
# ccam_pmsi_extension
# phase_ccam
# activite_ccam
# denombrement_ccam (= nombre de séjours du dénombrement avec l'acte CCAM de la
ligne. Les situations avec un nombre <= 10 ont été mises à vides)
# is_denombrement (variable logique calculée qui indique si l'acte CCAM est
représenté ou pas dans le dénombrement)
```

Ce dénombrement est inclus dans le package refpmsi sous l'intitulé « denombrement_mco_diagnostic »

Téléchargement Excel [denombrement_mco_2022_ccam](#)

Source : Contenu des bases PMSI MCO 2022 (ATIH)

Copyright © Lespmsi.com – 

Dénombrement des diagnostics de la base nationale MCO 2022

L'ATIH a publié a cet été , comme chaque année à la même période, des exports de la base nationale MCO de l'année précédente, donc de 2022, sous le vocable générique de "Contenu des bases PMSI MCO 2022", via un fichier excel (lien en Source).

Ce fichier comprend 20 feuilles (+ 2 feuilles de présentation) correspondant chacune à une thématique.

Certaines fournissent des informations très agrégées au niveau de la base nationale toute entière (exemples : les modes entrée et sortie sur la base nationale, le nombre national de prises en charge RAAC, ...), mais 4 d'entre elles d'elles intéresseront les professionnels du PMSI :

le dénombrement des diagnostics DP, DR et DAS

le dénombrement des GHS et GHM V2022

le dénombrement des actes CCAM

Regardons ici le dénombrement des diagnostics 2022 en commençant par quelques observations :

Pour chaque codage CIM rencontré (en position DP, DR ou DAS), après dédoublement par séjour, 1 séjour est compté. Cela signifie qu'un même séjour sera compté autant de fois qu'il contient de codage CIM différents.

En 2022, on avait 42 886 codes dans la CIM-10 à usage PMSI, dont 40 408 codables dans au moins 1 des 3 positions possibles (variable tmco de la nomenclature CIM différente de 3)

Le dénombrement comprend 20 652 codages. Cela signifie donc qu'à peu près 50% des codes CIM-10 n'ont pas été codés une seule fois en 2022.

Pour une utilisation pratique pour les professionnels, nous sommes partis de ce dénombrement que nous avons croisé avec d'autres référentiels PMSI (libellés CIM, **CMA MCO 2023**) pour produire un **excel, librement téléchargeable**, avec les 5 variables suivantes :

cim_code

cim_libelle

denombrement_diagnostic (= nombre de séjours du dénombrement avec le code CIM de la ligne. Les situations avec un nombre <= 10 ont été mises à vides)

is_denombrement (variable logique calculée qui indique si le diagnostic est représenté ou pas dans le dénombrement)

cim_cma_mco (**CMA V2023**)

Ce dénombrement est inclus dans le package refpmsi sous l'intitulé « denombrement_mco_diagnostic »

Téléchargement Excel denombrement_mco_2022_diagnostic

Source : Contenu des bases PMSI MCO 2022 (ATIH)

Copyright © Lespmsi.com – 

Dénombrement des GHM et GHS de la base nationale MCO 2022

L'ATIH a publié à cet été , comme chaque année à la même période, des exports de la base nationale MCO de l'année précédente, donc de 2022, sous le vocable générique de "Contenu des bases PMSI MCO 2022", via un fichier excel (lien en Source).

Ce fichier comprend 20 feuilles (+ 2 feuilles de présentation) correspondant chacune à une thématique.

Certaines fournissent des informations très agrégées au niveau de la base nationale toute entière (exemples : les modes entrée et sortie sur la base nationale, le nombre national de prises en charge RAAC, ...), mais 4 d'entre elles d'elles intéresseront les professionnels du PMSI :

- # le dénombrement des GHS V2022
- # le dénombrement des GHM V2022
- # le dénombrement des diagnostics DP, DR et DAS
- # le dénombrement des actes CCAM

Regardons ici les dénombrements des GHS et GHM V2022 en commençant par quelques observations :

Toute l'activité 2022 a été groupée en V2022 (donc y compris à priori les rsa des mois de janvier et février 2022, groupés nativement en V2021)

A chaque GHS est associé le nombre de séjours ou séances présents dans la base nationale. Quand ce nombre est inférieur à 10, seule cette information est codée.

3 526 GHS représentés (dont les 4 forfaits Dialyse en D et les 7 forfaits Innovation en I)

En année PMSI 2022, il y a eu 5 671 couples (ghs,ghm). On voit donc qu'il y a de nombreux couples (ghs, ghm) qui n'ont donc jamais été représentés en 2022.

2 605 GHM représentés pour 2 629 GHM possibles en 2022. La différence s'explique par des GHM non représentés par au moins 1 séjour en 2022 (exemple : le GHM 02C124 comme on peut le voir sur ScanSanté pour ce GHM en 2022).

Pour une utilisation pratique pour les professionnels, à partir de ces 2 dénombrements, en les enrichissant et les croisant avec d'autres référentiels, nous avons produit un **excel, librement téléchargeable**, avec 2 feuilles :

la **feuille "denombrement_ghs"** qui présente tous les couples (ghs, ghm) avec 8 variables :

ghs (code GHS)

ghm (code GHM)

ghm_libelle

ghs_bb (bb = borne basse)

ghs_bh (bh = borne haute)

ghs_tarif (de 2022 donc)

denombrement_ghs (les situations avec un nombre <= 10 ont été mises à vides)

is_denombrement (variable logique calculée qui indique si le couple (ghs, ghm) est représenté ou pas dans le dénombrement)

la **feuille "denombrement_ghm"** qui présente la liste de tous les GHM 2022 avec 4 variables :

ghm

ghm_libelle

denombrement_ghm (les situations avec un nombre <= 10 ont été mises à vides)

is_denombrement (variable logique calculée qui indique si le GHM est représenté ou pas dans le dénombrement)

Nous voyons au moins 2 intérêts pratiques à intégrer ces dénombrements dans les analyses PMSI MCO :

En rapprochant ces dénombrements avec un case mix (ghs, ghm), repérage des couples peu représentés nationalement

Pour une racine donnée, calcul de la proportion nationale des séjours en niveau 1, 2, 3 et 4 et comparaison de ces proportions avec la répartition de ces séjours au sein d'un établissement (exemple : sous ou sur-représentation des niveaux 3 et 4).

Ces 2 dénombrements sont inclus dans le package refpmsi de référentiels PMSI sous les intitulés denombrement_mco_ghs et denombrement_mco_ghm

Téléchargement Excel denombrement_mco_2022_ghs_ghm

Source : Contenu des bases PMSI MCO 2022 (ATIH)

Copyright © Lespmsi.com – 

#38 Analyses du codage de la dépendance physique maximale par séjour en HC

Une des principales évolutions de la nouvelle classification GME entrée en vigueur au 28 février 2022 pour l'hospitalisation complète a été la prise en compte de la dépendance physique maximale atteinte par le séjour dans au moins un RHS (en remplacement de la dépendance physique d'entrée) pour classer de très nombreux séjours dans un des 3 groupes de lourdeur (GL) possibles : A, B ou C.

Dépendance maximale d'un séjour = maximum des dépendances maximales de tous les rhs du séjour.

Les 3 autres variables possiblement considérées pour classer en GL : l'âge en entrée de séjour, la dépendance cognitive maximale du séjour et le caractère post-chirurgical du séjour.

Un an et demi après l'introduction de cette nouvelle règle, nous avons assez de recul pour identifier des requêtes pertinentes pour analyser le codage de la

dépendance physique maximale par séjour. Nous en proposons 5.

Quelques constats et considérations préalables concernant la prise en compte de la dépendance physique maximale dans la classification des séjours HC en GME dans la version actuelle des GME (V2023) :

Pour les GME concernés par une classification via la dépendance physique maximale du séjour, la prise en compte de cette variable se fait via des plages de valeurs : [4-8], [9-12], [13-16], [9-16]

Sur 1 144 GME d'HC (575 en niveau 1 et 569 en niveau 2), 680 GME prennent en compte la dépendance physique maximale dans la classification en GL, soit exclusivement (264 GME) soit en alternance avec une ou plusieurs autres variables, soit associés avec une autre variable (généralement l'âge).

Exemple de GL classé exclusivement sur la dépendance physique maximale du séjour : séjour de polyneuropathies classé en dans le GL 0121UC sur la seule dépendance physique maximale du séjour ≥ 13

Contre-exemple classique : le GR 0125S de maladies d'Alzheimer et démences apparentées qui accepte les GL B et C et qui classe en GL C sur un âge ≤ 70 ans ou sur une dépendance cognitive maximale séjour d'au moins 7, sans tenir compte de la dépendance physique maximale séjour

Autre contre-exemple : le GR 0412U de tuberculoses pulmonaires qui n'accepte que le GL A

Quel que soit le périmètre d'analyse considéré (une année, un mois, tout l'établissement, une ou plusieurs UM, une ou plusieurs prises en charge, ...), il convient de toujours considérer les seuls séjours terminés car jusqu'au dernier RHS d'un séjour, la dépendance maximale du séjour peut changer évidemment

Nous pensons qu'il convient d'exclure du périmètre d'analyse les séjours d'un seul RHS pour lesquels dépendance physique maximale, dépendance physique d'entrée et dépendance physique de sortie sont identiques.

Intéressant de distinguer séjours > 3 RHS versus séjours ≤ 3 RHS

Traduit en GMT, toutes choses étant égales par ailleurs, il n'y a pas automaticité d'un gain de recettes d'activité entre les niveaux A, B ou C, même

si c'est souvent le cas.

Un contre-exemple : un séjour d'arthrose du genou avec implant articulaire classé en GR 0841S et en sévérité 1 de 10 journées de présence sera valorisé (en ex-DGF) 4 330,66 € brut (hors coefficient) en GL A (10 JP est dans la zone forfaitaire 1 du GME 0841SA1) alors que ce même séjour sera valorisé 3 064,70 € en GL B car alors le séjour classé dans le GME 0841SB1 a son début de zone forfaitaire à 15 JP et $3\ 064,70\ € = TZB (306,47\ €) + 9 \times SZB (306,47\ €)$.

La pédiatrie (0-3 ans et 4 -2 ans) a des règles spécifiques de classification en GL basées sur la variable âge qui, à elle-seule, force le niveau de lourdeur à B ou C.

Discutons maintenant quelques requêtes possibles d'analyses du codage de la dépendance physique maximale :

1ere requête : **“Séjours avec dépendance physique maximale du séjour atteinte en entrée”** où “atteinte en entrée” = “atteinte au moins en entrée” (et donc possiblement dans d'autres RHS que le RHS d'entrée).

Intérêt : une proportion importante peut être un marqueur de bonne prise en considération, dès l'entrée, de la “vraie” lourdeur de dépendance physique.

Voir aussi sa requête complémentaire “Séjours avec dépendance physique maximale atteinte après le RHS d'entrée”

2eme requête : **“Séjours avec dépendance physique maximale du séjour atteinte en sortie”**

Intéressant de coupler avec le mode de sortie. De tels séjours avec un mode de sortie domicile (8) interrogent

3eme requête : **“Séjours avec toutes les dépendances physiques des RHS = dépendance physique maximale du séjour hors EVC-EPR”**

Variation : “hors dépendance physique = 16”

Intérêt : possiblement, codage de la dépendance physique reproduit automatiquement sans contrôle

4eme requête : **“Séjours d'au moins 4 RHS avec dépendance physique maximale du**

séjour atteinte sur un seul RHS avec une valeur 9 ou 13”

On peut penser que demain ces séjours feront l’objet de contrôles car ce sont des situations où la classification dans un GME généralement mieux valorisé en recette d’activité peut s’être faite sur ce seul codage de dépendance physique maximale, avec donc un risque de surcodage.

Nous sommes d’avis de contrôler régulièrement la pertinence et la traçabilité de ces codages de dépendance physique (tous ou par sondage selon les volumes de séjours concernés).

5eme requête : **“Séjours avec écart entre dépendance physique maximale du séjour et dépendance minimale du séjour supérieur à un seuil”**

Ce seuil dépend évidemment des prises en charge. Un seuil de 8 nous semble un bon compromis dans une première approche, pour minimiser les faux positifs.

Une telle variation de dépendance physique au sein d’un séjour peut traduire une absence de codage intra-séjour (exemple : entrée à 10, 2eme semaine à 12, puis codage à 4 et sortie à 7).

Pour aller plus loin :

Code R pour produire des requêtes dépendance maximale séjour en toute autonomie

Ces requêtes sont accessibles dans PMSISoft SMR en accès Standard gratuit pour le comptage avec filtrage de périmètre et en accès Professionnel pour l’accès aux RHS et séjours concernés

Chemin : Requêtes SMR > Liste requêtes SMR

Demande d’un accès PMSISoft SMR Standard pour votre établissement

Copyright © Lespmsi.com – 

Urgences pédiatriques : nouveau forfait FU0 et suppléments PE1 et PE2 à partir du 1er mars 2023

Pour une meilleure prise en compte des activités de pédiatrie aux urgences :

Le forfait « âge urgences » FU1 est subdivisé en 2 FU :

Création du forfait FU0 pour la tranche d'âge 0 – moins de 3 mois

Ajustement de la tranche d'âge de l'ancien FU1 à la tranche 3 mois à 16 ans

Création de deux suppléments pédiatriques PE1 (Supplément prise en charge pédiatrique) et PE2 (Supplément prise en charge pédiatrique +) :

Associés aux passages ayant donné lieu à la facturation d'un FU0 ou d'un FU1

Basés chacun sur une liste de diagnostics présents dans les RPU (voir liste 1 et 2 de l'annexe 8 de l'arrêté – lien en Source)

Un seul de ces deux suppléments peut être facturé pour un même passage

Ces suppléments sont compatibles avec le SUM (Supplément d'Urgences Mode d'arrivée) et les SU2 ou SU3

Mise en oeuvre à partir du 1er mars 2023.

Ces forfaits FU0, FU1 et suppléments PE1 et PE2 sont déclarés dans les RSF-ACE C (codes NGAP)

Source : Arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale