Historique, évolutions et méthodologie

Service

Service Réponse aux demandes externes

en HAD

Résumé

*Historique*

L’activité de l’Hospitalisation A Domicile (HAD) est collectée depuis le 1er janvier 2005 suite au décret du 31 décembre 2004. Ce recueil s’articule autour de trois indicateurs portant sur la prise en charge du patient et son état de dépendance :

* Mode de prise en charge principal (MPP),
* Mode de prise en charge associé (MPA),
* Indice de Karnofsky.

Un séjour est découpé en séquences médicales, elles-mêmes découpées en sous-séquences de facturation. Le changement de séquence dépend de l’une au moins des trois variables citées ci-dessus.

L’HAD est soumis à la T2A depuis le 1er janvier 2005 dans les établissements publics et depuis le 1er mars 2005 pour les privés. La facturation est faite sur la base de la journée d’hospitalisation. Le groupage des informations du recueil dans les résumés par sous-séquences (RPSS) permet de classer les journées de chaque séquence dans des Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC) qui donnent, avec les pondérations associées à la durée de la séquence, des Groupes Homogènes de Tarif (GHT).

Les fichiers de RPSS ont été transmis trimestriellement jusqu’au premier trimestre 2007 inclus et, à partir du 1er avril 2007, mensuellement via la plateforme e-pmsi.

*Evolutions*

De 2005 à 2014, il y a eu cinq périodes au niveau des évolutions du recueil :



*Méthodologie*

Le traitement de données des bases HAD nécessite de connaître les singularités du recueil pour être manipulées correctement, notamment pour le calcul de la durée d’un séjour terminé.

Contenu

[**1.** **Historique et évolutions** 2](#_Toc403029051)

[**1.1** **Les débuts du PMSI HAD** 2](#_Toc403029052)

[**1.2** **Le groupage et la T2A** 2](#_Toc403029053)

[**1.3** **Périodicité des transmissions** 2](#_Toc403029054)

[**1.4** **Liste des fichiers** 3](#_Toc403029055)

[**1.5** **Evolutions** 3](#_Toc403029056)

[**1.5.1** **Les RAPSS** 4](#_Toc403029057)

[**1.5.1.1** **En 2007** 4](#_Toc403029058)

[**1.5.1.2** **En 2010** 5](#_Toc403029059)

[**1.5.1.3** **En 2012** 6](#_Toc403029060)

[**1.5.1.4** **En 2013** 8](#_Toc403029061)

[**1.5.1.5** **En 2014** 8](#_Toc403029062)

[**1.5.2** **Les nouveautés de la fonction groupage** 9](#_Toc403029063)

[**1.5.2.1** **En 2012** 9](#_Toc403029064)

[**1.5.2.2** **En 2013** 11](#_Toc403029065)

[**1.5.2.3** **En 2014** 11](#_Toc403029066)

[**1.5.3** **Les nouveaux contrôles de la fonction groupage** 11](#_Toc403029068)

[**1.5.3.1** **En 2010** 12](#_Toc403029069)

[**1.5.3.2** **En 2012** 16](#_Toc403029070)

[**1.5.3.3** **En 2013** 17](#_Toc403029071)

[**1.5.3.4** **En 2014** 18](#_Toc403029072)

[**2.** **Aide à l’exploitation des données PMSI HAD** 18](#_Toc403029073)

[**2.1** **Comment est calculé l’âge du patient en HAD ?** 18](#_Toc403029074)

[**2.2** **Comment déterminer si un séjour est terminé ?** 18](#_Toc403029075)

[**2.3** **Comment sélectionner un séjour complet dans l’année ?** 19](#_Toc403029076)

[**2.4** **Comment calculer la durée d’un séjour terminé ?** 19](#_Toc403029077)

[**2.5** **Comment sélectionner les patients avec un chaînage correct ?** 20](#_Toc403029078)

[**2.6** **Que donne la fonction groupage avec un MPA à vide avant 2010 ?** 21](#_Toc403029079)

[**2.7** **Comment déterminer le mode de recueil en 2012 et 2013 ?** 21](#_Toc403029080)

[**2.8** **Le DP existe-t-il toujours en 2012 et 2013 ?** 22](#_Toc403029081)

1. **Historique et évolutions**
	1. **Les débuts du PMSI HAD**

Au cours de l’année 2004, un recueil d’informations médicalisé systématique a été défini, fondé sur les résultats d’une étude conduite par l’Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé, utilisant l’enquête nationale HAD réalisée au cours de l’année 1999. Ce recueil s’applique à tous les établissements de santé, publics comme privés, ayant une autorisation pour l’activité d’hospitalisation à domicile, à compter du 1er janvier 2005 (arrêté du 31 décembre 2004, auquel le guide méthodologique de production des résumés par sous-séquence est annexé).

* 1. **Le groupage et la T2A**

Les spécificités de ce recueil d’information, par comparaison à ceux réalisés dans les autres champs de l’hospitalisation, concernent, d’une part, la nature de certaines informations collectées : mode de prise en charge, principal et associé, indice d’état général du patient (Karnofsky). Ces variables définissent la classification en Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). D’autre part, un certain degré de souplesse est laissé aux établissements quant au rythme de production des résumés PMSI pour l’HAD. En effet, ceux-ci ne se font pas nécessairement par séjour ou semaine calendaire, mais par sous-séquence de soins : au cours d’une hospitalisation à domicile, chaque séquence médicale de soins est définie tant que dure une combinaison des trois variables classantes mentionnées ci-dessus, les établissements ayant la liberté de constituer un ou plusieurs Résumés Par Sous-Séquence (RPSS) pour couvrir la durée de chaque séquence de soins. Ceci permet de fixer un rythme de production des RPSS adapté à l’organisation de chaque établissement.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Tarification A l’Activité (T2A), le modèle tarifaire, issu de la classification en GHPC, s’applique à la journée. Il a été mis en place au 1er janvier 2005 pour les établissements Ex-DGF et au 1er mars 2005 pour les Ex-OQN. Le modèle utilise les échelles de pondération associées au mode de prise en charge principal, au mode de prise en charge associé et à l’indice d’état général, qui pondèrent un tarif de base. En fonction du résultat de la pondération, ainsi que d’un schéma de dégressivité liée à la durée de la séquence de soins, un des 31 Groupes Homogènes de Tarif (GHT) est obtenu.

* 1. **Périodicité des transmissions**

Avant leur transmission aux services de tutelle des établissements de santé (ARS), les RPSS sont anonymisés en Résumés Anonymes Par Sous-Séquence (RAPSS) au moyen d’un logiciel gratuit, développé, maintenu et diffusé par l’ATIH, [PAPRICA](http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement#P). Outre les RAPSS, PAPRICA produit, dès le 1er janvier 2005, un fichier comportant pour chaque séjour en HAD une correspondance avec une clé unique par malade nommé « fichier de chaînage ou ANO ». Ceci a pour but de pouvoir rassembler les informations de RAPSS de chaque malade y compris pour le cas de séjours répartis sur plusieurs périodes de transmission. Conformément à la [circulaire 106 du 22/02/2001](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-13/a0130896.htm), chaque clé est issue du cryptage irréversible d’informations d’assurance maladie des malades. Elle est générée par le logiciel MAGIC maintenu et diffusé par l’ATIH.

Les fichiers sont ensuite télétransmis, trimestriellement jusqu’au premier trimestre 2007 inclus puis mensuellement selon la [circulaire de la DHOS du 15 décembre 2006,](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_532t.pdf) par internet sécurisé, au moyen de la plateforme de services e-PMSI, l’utilitaire e-POP vérifiant, au départ des établissements, l’exactitude du format des fichiers transmis ; e-POP et e-PMSI sont développés et maintenus par l’ATIH. En retour de la transmission par les établissements, un ensemble de tableaux (dénommés « MAHOS » pour « mesure de l'activité hospitalière ») leur est proposé. Ces tableaux présentent une synthèse de l’activité, issue de l’analyse automatique des fichiers transmis.

* 1. **Liste des fichiers**

Le tableau ci-dessous liste les différents fichiers existants en HAD depuis sa création:



Remarque : Le fichier CTL est remplacé par le fichier LEG au 1er janvier 2010.

* 1. **Evolutions**

Le tableau ci-dessous illustre, selon l’année et le secteur, les évolutions au niveau du format du fichier RAPSS, de la version de groupage et de la classification utilisés pour le codage des actes :



\*L’enregistrement des actes n’a débuté que le 1er mars 2010.

* + 1. **Les RAPSS**
			1. **En 2007**

Le format du fichier RAPSS H21 en vigueur de 2005 à 2006 devient H22 en 2007 suite à l’introduction de quelques variables :

* 5 modes de prise en charge documentaires. Les valeurs possibles sont les mêmes que les modes de prise en charge principaux et associés (01 à 15, 17 à 22, 24 à 25) avec 3 modalités supplémentaires :
	+ 26 : Traitement intraveineux, un seul passage quotidien,
	+ 27 : Education du patient et/ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans,
	+ 28 : Prise en charge psychologique et/ou sociale chez les patients de 18 ans ou moins.
* 7 diagnostics associés,
* Le type de lieu de domicile pour les cas où la personne réside dans un EHPAD (Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Cette variable a 3 valeurs possibles :
	+ 1 : Domicile personnel du patient
	+ 2 : Autre domicile
	+ 3 : Patient hébergé en EHPAD
* Finess EHPAD : dans le cas où le patient est hébergé en EHPAD, le Finess de cet établissement est renseigné dans ce champ.

Attention : Il est noté « EHPA » dans le Guide méthodologique et les notices mais l’élargissement de l’activité HAD n’intervient qu’auprès des EHPAD qui sont des structures médico-sociales et non auprès des EHPA.

Les RAPSS produits au titre d’interventions de l’HAD dans les EHPAD dont les modes de prise ne sont pas conformes à la liste figurant dans l’arrêté du 16 mars 2007 modifié par l’arrêté du 25 avril 2007 et par l’arrêté du 24 mars 2009. Dans ce cas le groupage du RPSS aboutit à une erreur bloquante et donc à de la non valorisation :

* Modes de prise en charge principaux : n° 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18, 24
* Modes de prise en charge associés : n° 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 14, 18, 24

Pour plus d’informations : <http://www.atih.sante.fr/?id=0004E00012FF>

* + - 1. **En 2010**

Le format du fichier RAPSS H22 en vigueur de 2007 à 2009 devient H23 pour les Ex-DGF et H24 pour les Ex-OQN en 2010 suite à l’introduction de quelques variables et au changement de longueur pour d’autres. La base diffusée contenant les données des Ex-DGF et Ex-OQN est sous le format H24.

**Les variables créées en H23 et H24 :**

* Mois et année de la fin de séquence,
* Mois et année de la fin de séjour,
* Nombre de diagnostics associés. Les 7 diagnostics associés introduits dans la partie fixe sont supprimés et sont insérés dans la partie variable qui se lit au moyen de cette nouvelle variable. L’établissement peut renseigner jusqu’à 99 diagnostics associés,
* Nombre d’actes CCAM. Une partie variable pour l’enregistrement des actes CCAM est introduite. Cette partie se lit grâce au nombre d’actes CCAM qui peut aller jusqu’à 999 et contient :
	+ La date de réalisation
	+ Le code de l’acte
	+ Sa phase
	+ Son activité
	+ L’extension documentaire qui lui est associée
	+ Le nombre de réalisation
* Indicateur de dernière sous-séquence du séjour. Elle vaut 1 pour « oui » et 2 pour « non » et est renseignée par l’établissement.

**Les variables créées en H24 uniquement :**

* Numéro séquentiel de facture,
* Séjour facturable à l’Assurance Maladie (1 vaut « oui »),
* Motif de la non facturation à l’Assurance Maladie.

Ces variables sont en lien avec les informations contenues dans les RSFA. Elles sont mises à vide pour les établissements Ex-DGF dans la base diffusée.

**Les variables dont la longueur est modifiée :**

* Nombre de journées dans le séjour passe de 3 caractères à 4,
* Nombre de journées dans la séquence passe de 3 caractères à 4,
* Nombre de journées dans la sous-séquence passe de 3 caractères à 4,
* Numéro de séquence passe de 2 à 4 caractères,
* Numéro de sous-séquence passe de 3 à 4 caractères,
* Nombre de jours entre le début de la séquence et l’entrée dans le séjour passe de 3 à 4 caractères,
* Nombre de jours entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence passe de 3 à 4 caractères.

De plus, 6 libellés de mode de prise en charge (MP) évoluent (en gras dans le tableau ci-dessous).

Ci-dessous, la liste complète des libellés pour 2009 et 2010. Les MPC 26, 27 et 28 ne sont autorisés que pour les modes de prise en charge documentaires.



Le terme d’associations MPP \* MPA « inhabituelles » apparaît pour parler d’associations autorisées mais jugées inattendues (codes retour 530).

* + - 1. **En 2012**

Le format du fichier RAPSS H23 en vigueur de 2010 à 2011 pour les Ex-DGF devient H25 et, réciproquement, H24 devient H26 pour les Ex-OQN en 2012 suite à l’introduction de quelques variables.

**Les variables créées en H25 et H26 :**

* Filler qui correspond à un emplacement vide,
* Confirmation de codage : elle doit être renseignée sur chacune des sous-séquences de la séquence en cas de MPP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 seul ou en cas de MPP et de MPA identiques pour les MP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17
* Nombre de diagnostics correspondant au MPP allant de 1 à 9,
* Nombre de diagnostics correspondant au MPA allant de 0 à 9.

Ces 2 dernières variables permettent de lire la partie variable introduite en 2012 où sont enregistrés les diagnostics correspondant au MPP et ceux au MPA.

**Création de deux modes de recueil des diagnostics :**

En 2012, les établissements ne sont pas obligés de renseigner ces diagnostics correspondant au MPP et au MPA et peuvent garder l’ancien mode de recueil. Deux modes de recueil se distinguent :

* Le mode de recueil 1 correspondant au format **sans** les diagnostics correspondant au MPP ou au MPA,
* Le mode de recueil 2 correspondant au format **avec** les diagnostics correspondant au MPP ou au MPA.

**Modification du calcul de l’âge :**

**A partir du 01/01/2012,** le calcul de l’âge est modifié. En effet, il n’est plus déterminé par rapport à la date de début de séjour mais selon la date de début de sous-séquence.

**Modification de la signification du type de domicile « 3 » :**

**A partir des données M9**, la variable « Type de domicile » à 3 peut signifier deux types d’hébergement :

* ES : Etablissement social dont les EHPA
* EMS : Etablissement médico-social incluant les EHPAD.

Il n’y a pas de restriction au niveau des associations MPP \* MPA pour les ES et pour les EMS qui ne sont pas EHPAD. La fonction groupage n’applique aucun contrôle bloquant.

La fonction groupage n’étant pas impactée, il n’y aura pas de modifications jusqu’à M2 2013 inclus. Pour déterminer si le patient est hébergé dans un ES/EMS autre que EHPAD de M9 2012 à M2 2013, il faut posséder la liste des finess EHPAD et, par déduction, sélectionner les Finess restants qui sont considérés ES/EMS.

Une convention est signée entre l’établissement ES/EMS et l’établissement HAD comme pour les EHPAD. Le fichier de convention EHPAD tel qu’il existe avant M9 2012 devient le fichier des conventions des ESMS à partir de cette date. Toutes les conventions signées entre l’établissement HAD et les ESMS y sont enregistrées. Si le type de domicile est égal à 3 et qu’il y a une convention associée alors le traitement au niveau de l’établissement est réalisé sans erreur bloquante qu’il s’agisse d’un EHPAD ou d’un ES/EMS. Il est vérifié que les journées renseignées rentrent bien dans le cadre des dates de validité de la convention.

La variable «  code forfait de soins » peut prendre 3 valeurs :

* 0 : EHPA sans forfait de soins + Etablissement social (tarif de base)
* 1 : EHPAD avec forfait de soins (-13% sur le tarif)
* 2 : Etablissement médico-social (-13% sur le tarif)



* + - 1. **En 2013**

Le format du fichier RAPSS pour les Ex-DGF reste H25 et H26 pour les Ex-OQN en 2013.

**Ajout de modalité au type de domicile :**

La modalité 3 du type de domicile contient :

* de M9 2012 à M2 2013 les établissements sociaux dont les EHPA (ES) et les établissements médico-sociaux (EMS) ainsi que les EHPAD,
* à partir de M3 2013, deux nouvelles modalités pour permettre de différencier les types d’établissement. La variable contient donc 5 modalités :
	+ Code 1 : Domicile personnel du patient
	+ Code 2 : Autre domicile
	+ **Code 3 : Patient hébergé en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**
	+ **Code 4 : Patient hébergé en établissement médico-social hors EHPAD**
	+ **Code 5 : Patient hébergé en établissement social**

A noter également que la variable « Numéro FINESS de l’ES/EMS, s’il y a lieu » devra être renseignée. Lorsque l’ES/MS ne dispose pas de numéro FINESS, un identifiant provisoire devra alors être saisi; cet identifiant devra être délivré par l’ARS et inscrit dans la convention signée entre l’HAD et l’ES/EMS.

Pour mémoire, dans le cadre du recueil d'information, un changement de type de lieu de domicile impose un changement de sous-séquence. Au 1er mars, il convient donc de recoder la modalité correspondant au « Type du lieu de domicile du patient » selon la nouvelle modalité (3, 4 ou 5) appropriée.

**Ajout de 2 nouveaux codes retour dans le fichier de chaînage ANO contrôlant la cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A:**

* Code retour contrôle « Cohérence date naissance »,
* Code retour contrôle « Cohérence sexe ».
	+ - 1. **En 2014**

Le format du fichier RAPSS H26 en vigueur en 2013 pour les Ex-DGF devient H27 et, réciproquement, H26 devient H28 pour les Ex-OQN en 2014 suite à une modification du format.

**La variable créée en H27 et H28 :**

* Diagnostic principal : Le champ pour le DP enlevé en 2012/2013 est réintégré en 2014. En 2012 et 2013 il était inclus dans les Diagnostics liés au MPP et correspondait au 1er DCMPP.

**Modification des règles pour les modes de recueil :**

La démarche initiée en 2013 de médicalisation du recueil d’information PMSI HAD est poursuivie en 2014: une meilleure description des diagnostics du patient est attendue.

Le mode de recueil n°1 des diagnostics est abandonné au profit du **mode de recueil n°2** qui devient **obligatoire**.

A compter du 1er mars 2014, il convient de coder les variables diagnostiques suivantes:

* le diagnostic principal (affection qui mobilise l’essentiel des soins); la saisie de cette donnée est obligatoire;
* le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge principal (DCMPP): il s’agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prise en charge; à partir du 1er mars 2014, l’absence de DCMPP donnera lieu à une alerte non bloquante de la fonction groupage; il est possible de coder jusqu’à 9 DCMPP;
* le/les diagnostic(s) correspondant au mode de prise en charge associé (DCMPA): il s’agit du ou des diagnostic(s) qui justifie(nt) ce mode de prise en charge; lorsqu’un mode de prise en charge associé est déclaré, la saisie d’au moins un DCMPA est obligatoire en 2014: l’absence d’un DCMPA alors qu’un MPA est décrit sur la séquence donnera lieu à une erreur bloquante de la fonction groupage HAD ; il est possible de coder jusqu’à 9 DCMPA;
* le/les autres diagnostics associés: il s’agit des 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.
	+ 1. **Les nouveautés de la fonction groupage**
			1. **En 2012**

Les modifications détaillées ci-dessous, sont issues des travaux du comité technique HAD mis en place fin 2010. Elles permettent de mettre en conformité la fonction groupage HAD avec le Guide méthodologique de production des recueils d’informations standardisés de l’HAD et de mieux décrire les patients et la réalité de leurs prises en charge en augmentant les possibilités d’associations des modes de prise en charge et des intervalles d’indice de Karnofsky (IK). Au final en 2012, la liste des GHPC comprend environ 2 500 GHPC au lieu des 1 800 auparavant.

1. **Mise en conformité de la fonction groupage (FG) avec le Guide méthodologique de production des recueils d’informations standardisés de l’HAD pour les MPP :**
* **01 Assistance respiratoire,**
* **02 Nutrition parentérale,**
* **06 Nutrition entérale,**
* **11 Rééducation orthopédique,**
* **12 Rééducation neurologique,**
* **14 Soins de nursing lourds,**
* **17 Surveillance de radiothérapie et cas particuliers.**

Le Guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile a toujours mentionné que ces modes de prise en charge (MP) décrits comme principaux (MPP) devaient être obligatoirement associés. Leur codage isolé pourra cependant être accepté si l’utilisation du MPP seul dans la séquence est confirmée via la zone de confirmation de codage qui devra être renseignée et égale à 1 sur chacune des sous-séquences de la séquence concernée.

En cas de confirmation, et seulement dans ce cas, la fonction groupage valorisera la séquence a minima sur la même base qu’actuellement ; si la confirmation de codage d’un MPP isolé (parmi 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17) n’est pas faite, la FG groupera la séquence avec une erreur bloquante (GHPC 9999) et cette erreur ne sera pas valorisée (GHT 99).

Cas particuliers :

− pour les interruptions médicales temporaires de prise en charge survenant pendant une séquence, la même règle sera appliquée : confirmation de codage ;

− en cas de M[[1]](#footnote-1)PP et de MPA identiques :

* MPP 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 : le MPP sera considéré comme isolé et une confirmation de codage sera aussi exigée ; en cas de non confirmation de codage, la FG groupera la séquence avec une erreur bloquante non valorisée,
* autres MPP que 01, 02, 06, 11, 12, 14, 17 : la FG groupera la séquence comme actuellement, avec une erreur non bloquante, valorisée a minima (valorisation sur la base du MP et de l’IK seuls ne tenant pas compte du MPA redondant).
1. **Symétrisation et élargissement de la liste des GHPC correspondant aux associations MPP X MPA « asymétriques » ; nouvelles associations MPP X MPA et cas particuliers**

Depuis la première FG HAD, certaines associations de MP sont autorisées alors que leur symétrique ne l’est pas. Pour permettre de décrire la réalité des prises en charge des patients en HAD, la liste des GHPC est élargie aux associations MPP X MPA jusqu’alors« non symétriques », pour autant qu’elles ne concernent pas des associations de MP devenues non autorisées à partir du 1er mars 2010 et que les MP soient renseignés selon les modalités prévues (MPP : modalités 01 à 24, MPA : modalités 00 à 21 ou 24 à 25). Par exemple, la découverte d’une tumeur au cours de la grossesse est un évènement rare mais possible (cf. cancer du sein pris en charge par chimiothérapie anticancéreuse durant la grossesse).

Jusqu’à fin février 2012, la classification des GHPC prévoyait seulement l’association 05 (Chimiothérapie anticancéreuse) X 19 (Surveillance de grossesse à risque) pour décrire cette prise en charge en HAD. La nouvelle classification des GHPC comprend l’association symétrique 19 X 05, les associations 19 X 24 (Surveillance d’aplasie) et 24 X 19 ou 19 x 13 (Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse) et 13 x 19 étant antérieurement non permises.

La création de nouveaux GHPC s’accompagnera des mêmes règles de valorisation dans les GHT existants grâce aux pondérations existantes pour chaque MPP, MPA et IK.

Cas particulier des associations interdites depuis le 1er mars 2010 :

* les associations 03 X 04, 04 X 03, 04 X 15, 04 X 25, 05 X 13, 05 X 24, 13 X 24, 24 X 13 n’ont pas l’association symétrique autorisée. En conformité avec le Guide méthodologique, elles seront groupées avec une erreur bloquante par la FG (GHPC 9999) et ne seront plus valorisées (GHT 99) ;
* les associations 02 X 04, 03 X 05, 24 X 03 ont l’association symétrique autorisée : elles seront autorisées et groupées comme leur symétrique par la FG.
1. **Élargissement des intervalles d’IK autorisés : mise en cohérence des intervalles d’IK des associations MPP X MPA « symétriques » et prise en compte de la grande dépendance des patients**

Pour les associations « symétriques », les intervalles d’IK les plus larges, au regard des bornes existant actuellement ont été gardées. Par exemple, si l’association A (MPP) X B (MPA) a un intervalle d’IK autorisés [40% - 100%] et si l’association B (MPP) X A (MPA) a un intervalle d’IK autorisés [20% - 80%], alors l’intervalle d’IK autorisés est élargi de [20% - 100%] pour les deux associations.

Pour les patients très dépendants, les séquences de séjours décrites avec des valeurs d’IK inférieures aux limites jusque-là prévues par le modèle sont désormais autorisées et valorisées pour les principales associations MPP X MPA où sont décrits ce type de patients :

* 09 (Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)) X 00 (pas de mode de prise en charge associé),
* 14 (Soins de nursing lourds) X 12 (Rééducation neurologique),
* 14 (Soins de nursing lourds) X 25 (Prise en charge psychologique ou sociale).

Pour ces patients, les intervalles d’IK couvrent désormais la plage [10% - 50%], au lieu jusqu’ici de la plage [40% - 50%].

* + - 1. **En 2013**

Les travaux de 2012 sur la mise en conformité de la fonction groupage et du Guide méthodologique, ont permis de «symétriser» les associations MPP X MPA asymétriques en élargissant leurs intervalles d’IK (cf. point 3 de la notice technique ATIH CIM-MF 1234-4-2011 du 28 décembre 2011).

Certaines associations de modes de prise en charge gardaient cependant des IK non superposables et sont corrigées en 2013 : en pratique, les associations concernées sont les suivantes:

* Associations 05 X 03 et 03 X 05 : IK 10 à 100%
* Associations 14 X 13 et 13 X 14 : IK 10 à 50%
* Associations 15 X 14 et 14 X 15 : IK 10 à 50%
* Associations 19 X 14 et 14 X 19 : IK 10 à 50%
* Associations 21 X 14 et 14 X 21 : IK 10 à 50%
* Associations 24 X 14 et 14 X 24 : IK 10 à 50%

Le guide, en particulier l’appendice C des combinaisons (MPP X MPA X IK) et l’appendice F (en particulier les tableaux croisés) tiennent compte des nouvelles plages d’IK des associations de modes de prise en charge décrites ci-dessus et des douze nouveaux GHPC qui en résultent.

* + - 1. **En 2014**

Aucune modification n’est apportée en 2014 sur la fonction groupage.

* + 1. **Les nouveaux contrôles de la fonction groupage**

Trois versions de la fonction groupage (FG) existent en HAD :

* Version 2.2 de 2005 à février 2010,
* Version 3.4 de mars 2010 à février 2011,
* Version 4.5 de mars 2011 à février 2012,
* Version 4.6 de mars 2012 à février 2013,
* Version 5.6 de mars 2013 à février 2014.

Les deux parties suivantes développent les nouveautés et modifications appliquées entre chaque changement, c’est-à-dire en mars 2010, mars 2012, mars 2013, etc...

* + - 1. **En 2010**

De nouveaux contrôles bloquants, aboutissant à un GHPC 9999 et un GHT 99, sont introduits dans PAPRICA afin de garantir une meilleure constance de l’information contenue dans les RAPSS. Ces évolutions concernent notamment la cohérence d’enchainements de dates.

1. **Garantir la constance de certaines variables du RAPSS**
* Au sein du même *séjour*, la constance des informations suivantes sera analysée : IPP, date de naissance, sexe, date d'entrée, mode d'entrée, provenance, date de sortie, mode de sortie et destination,
* Au sein d'une même *séquence*, la constance des informations suivantes sera analysée : date de début de séquence, date de fin de séquence, MPP, MPA, IK, AVQ, et DP.

S'agissant des informations relatives à la date de sortie, mode de sortie, destination et date de fin de séquence, une tolérance de remplissage sera admise : elles pourront ne pas être renseignées pour les RPSS intermédiaires.

En revanche :

* la date de fin de séquence est requise pour le dernier RPSS d'une séquence ;
* la saisie de la date de sortie, du mode de sortie et de la destination est obligatoire pour le dernier RPSS du séjour.
* Lorsque ces informations figurent également sur les autres RPSS, elles doivent respecter les règles de stabilité énoncées ci-dessus.
1. **Garantir la cohérence de l'enchaînement des dates**

La cohérence de l'enchaînement des dates dont la production est décrite dans le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile sera analysée :

* Date de début de la séquence : il s'agit de la date du premier jour de la séquence observée. Si la séquence est la première du séjour, la date de son début est celle de l’admission.
* Date de fin de la séquence : il s'agit de la date du dernier jour de la séquence observée. Si la séquence est la dernière du séjour, sa date de fin est celle de la sortie d'HAD. S’il s’agit d’une séquence intermédiaire, elle est égale à la date de début de la séquence suivante moins 1 jour.
* Date de début de la sous-séquence : il s'agit de la date du premier jour de la sous-séquence. Si la sous-séquence est la première de la séquence, sa date de début est celle du début de la séquence.
* Date de fin de la sous-séquence : il s'agit de la date du dernier jour de la sous-séquence. Si la sous-séquence est la dernière de la séquence, sa date de fin est celle de la fin de la séquence.
1. **Liste des contrôles tels qu’ils sont indiqués dans le manuel de la FG PAPRICA:**

Contrôle de stabilité des informations au sein d’un séjour

Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables au cours d’un séjour le sont effectivement. Si elles ne le sont pas, elles donnent lieu à une erreur bloquante et la journée n’est pas valorisée (GHPC 9999 et GHT 99).

Pour chaque séjour, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de séquence et n° de sous-séquence les plus élevés du séjour).

S600 : IPP différent de la référence

S601 : Date de naissance différente de la référence

S602 : Sexe différent de la référence

S603 : Date d'entrée du séjour différente de la référence

S604 : Mode d'entrée/provenance différent de la référence

S605 : Date de sortie du séjour différente de la référence

S606 : Mode de sortie/destination différent de la référence

Contrôle de stabilité des informations au sein de la même séquence

Il s’agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long de la séquence le sont effectivement. Si elles ne le sont pas, elles donnent lieu à une erreur bloquante et la journée n’est pas valorisée (GHPC 9999 et GHT 99).

Pour chaque séquence, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de sous-séquence le plus élevé de la séquence).

S650 : Date de début de séquence différente de la référence

S651 : Date de fin de séquence différente de la référence

S652 : MPP différent de la référence

S653 : MPA différent de la référence

S654 : IK différent de la référence

S655 : AVQ différentes de la référence

S656 : DP différent de la référence

Contrôle de cohérence des enchaînements

On vérifie le bon enchaînement des numéros ainsi que des dates de début et de fin (des séquences et des sous-séquences). Dans le cas contraire, celà donne lieu à une erreur bloquante et la journée n’est pas valorisée (GHPC 9999 et GHT 99).

E700 : Incohérence dans la numérotation du n° de séquence

E701 : Problème d'enchaînement de la date de début de séquence avec la date de fin de la séquence précédente

E702 : Date de début de la première séquence différente de la date d'entrée du séjour

E703 : Date de fin de la dernière séquence différente de la date de sortie du séjour

E704 : Date de fin de la dernière sous-séquence du séjour différente de la date de fin séquence et/ou différente de la date de sortie du séjour

E705 : Incohérence dans la numérotation du n° de sous-séquence

E706 : Problème d'enchaînement de la date de début de sous-séquence avec la date de fin de la sous-séquence précédente

E707 : Date de début de la première sous-séquence différente de la date de début de la séquence

E708 : Date de fin de la dernière sous-séquence de la séquence différente de la date de fin de la séquence

Autres contrôles

Si ces contrôles identifient une erreur, celà donne lieu à une erreur bloquante et la journée n’est pas valorisée (GHPC 9999 et GHT 99sauf **ceux en gras**).

R800 : Clé d'identification de la sous-séquence non unique

R801 : « Dernière sous-séquence du séjour » positionnée à « oui » pour une sous-séquence intermédiaire

R802 : Mode de sortie/destination non renseigné pour la dernière sous-séquence du séjour

**R803 : Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission**

**R804 : Date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission**

**R805 : Dernière sous-séquence du séjour" positionnée à "non" alors que date de fin de sous-séquence = date de sortie**

**Nouveaux** contrôles **bloquants** (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables

**N° FINESS EHPA**

029 : N° FINESS EHPA non présent dans le fichier de convention "HAD-EHPA"

La FG HAD signale un RPSS avec type de domicile 3 et un N°FINESS EHPA n'étant pas mentionné dans le fichier de convention "HAD-EHPA".

**MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL**

030 : Mode de prise en charge principal non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un mode de prise en charge principal non autorisé en EHPA.

**MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE**

031 : Mode de prise en charge associé non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un mode de prise en charge associé non autorisé en EHPA (si celui-ci est renseigné).

**FICHIER DE CONVENTION HAD-EHPA**

032 : Non renseigné ou introuvable

**CONVENTION HAD-EHPA**

033 : Format incorrect

034 : Période avec date au format incorrect, non renseignée ou incohérente

035 : Code forfait soins n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

036 : Périodes de convention non disjointes

**DATE DE FIN DE SEQUENCE**

047 : format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950)

**TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT**

066 : Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

**MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE DOCUMENTAIRE**

068 : Mode de prise en charge associé documentaire inconnu

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge documentaire n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (tout en étant différent de la chaîne " ").

Voici la liste des codes autorisés pour le mode de prise en charge associé documentaire :

* 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25 : si non renseigné, mettre 2 espaces, pour plus d’informations, veuillez-vous référer à l’annexe E du guide méthodologique disponible sur le site de l’ATIH à l’adresse suivante : http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=902;
* 26 à 28 : pour plus d’informations, veuillez-vous référer au document « Modification du format des RPSS en 2007 » sur le site de l’ATIH à l’adresse suivante : http://www.atih.sante.fr/?id=0001400011FF.

070 : Nombre de diagnostics associés absents

071 : Nombre de diagnostics associes non numérique

072 : Nombre d'actes CCAM absent

073 : Nombre d'actes CCAM non numérique

075 : Diagnostic associé : n'appartient pas à la CIM (ou n'est pas renseigné)

**ACTE CCAM**

079 : N'existe pas dans le catalogue de référence (ou n'est pas renseigné)

081: Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent

082: Nombre d'occurrence d'acte CCAM non numérique ou égal à zéro

083: Date de début de sous séquence incompatible avec utilisation d’un acte CCAM

084: Date de fin de sous séquence incompatible avec utilisation d’un acte CCAM

085: Date de réalisation de l’acte CCAM incohérente

086: Numéro de séquence dans le séjour complet absent ou non numérique ou égal à zéro

087: Numéro de sous séquence absent ou non numérique ou égal à zéro

088: Indicateur de dernière sous séquence du séjour absent ou erroné

089: Indicateur de dernière sous séquence incohérent avec les dates de sortie du séjour, de fin de séquence et de fin de sous séquence

091: Date de fin de sous séquence non gérée par les tables binaires

093: Numéro d'entrée absent ou non numérique

094: Numéro de facture absent ou non numérique

095: Code de séjour facturable a l'assurance maladie : n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

096: Code du motif de la non facturation a l'assurance maladie : incohérent ou n'appartient pas a la liste des valeurs autorisées.

**Nouveaux** contrôles **non bloquants** (GHPC 9999 et GHT calculé) sur les modalités des variables

**NUMERO FINESS EHPA**

529 : Existence de journées de prise en charge en dehors des dates de validité de la convention HAD-EHPA

**ASSOCIATION MPP x MPA**

530 : Combinaison mode de prise en charge principal/mode de prise en charge associé inhabituelle

Contrôles **non bloquants devenant bloquants** en 2010 (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables

**NUMÉRO FINESS ENTITÉ JURIDIQUE**

040 : format incorrect (ou non renseigné)

**NUMÉRO FINESS CODE GÉOGRAPHIQUE**

041 : format incorrect (ou non renseigné)

**CODE SEXE**

042 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**MODE D'ENTRÉE**

043 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**PROVENANCE**

044 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**DATE DE SORTIE (si renseignée)**

045 : format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950)

046 : antérieure à la date de fin de séquence

**MODE DE SORTIE (si renseigné)**

050 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées

**DESTINATION (si renseignée)**

051 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

053 : n’appartient pas la CIM (ou non renseigné)

**MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ**

056 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - HABILLAGE OU TOILETTE**

060 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION**

061 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - ALIMENTATION**

062 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - CONTINENCE**

063 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - COMPORTEMENT**

064 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**AVQ - RELATION ET COMMUNICATION**

065 : n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

* + - 1. **En 2012**

Suite à l’introduction des diagnostics liés au MPP et MPA, de nouveaux contrôles sont créés.

**Nouveaux** contrôles **bloquants** (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables

**NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPP**

**100** : absent, non numérique ou égal à zéro : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro.

**NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPA**

**101** : absent ou non numérique : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques.

**DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPP**

**102** : n’appartient pas à la CIM-10 ou n’est pas renseigné : un RPSS dont le code d’un des diagnostics associés au MPP n’appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

**DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA**

**103** : n’appartient pas à la CIM-10 ou n’est pas renseigné : un RPSS dont le code d’un des diagnostics associés au MPA n’appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

**CODE DE CONFIRMATION DE CODAGE INCONNU**

**104** : un RPSS dont le code de confirmation de codage est différent de 1 ou de blanc. La valeur1 signifie que le codage est confirmé. La valeur « blanc » signifie que le codage n’a pas à être confirmé.

**CONFIRMATION DE CODAGE REQUISE MAIS ABSENTE**

**105** : un RPSS dont la confirmation de codage n’a pas été effectuée (valeur égale à blanc), alors qu’elle doit l’être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à1.

**CONFIRMATION DE CODAGE NON REQUISE MAIS PRESENTE**

**106** : un RPSS dont la confirmation de codage a été effectuée (valeur égale à 1), alors qu’elle ne doit pas l’être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à blanc.

**Nouveaux** contrôles **non bloquants** (GHPC 9999 et GHT calculé) sur les modalités des variables

**MPA RENSEIGNE AVEC AUCUN DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA NI DA**

**531** : un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu’aucun diagnostic associé au MPA ni DA n’est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA et/ou au moins un DA dans le cas où le MPA est renseigné.

* + - 1. **En 2013**

Suite à l’élargissement de l’activité HAD dans les ES/EMS des libellés de codes ont été modifiés.

**Modification de libellé de** contrôles **bloquants** (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables

**N° FINESS ES/EMS**

029 : Non présent dans le fichier de convention HAD-ESMS

**MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL**

030 : Mode de prise en charge principal en EHPAD n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE**

031 : Mode de prise en charge associé en EHPAD n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)

**FICHIER DE CONVENTION HAD-ESEMS**

032 : Non renseigné ou introuvable

**CONVENTION HAD-ESEMS**

033 : Format incorrect

034 : Période avec date au format incorrect, non renseignée ou incohérente

036 : Périodes de convention non disjointes

*Code supprimé : 035 : Code forfait soins n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n’est pas renseigné)*

**Modification de libellé de** contrôles **non bloquants** (GHPC 9999 et GHT calculé) sur les modalités des variables

**NUMERO FINESS ESEMS**

529 : Existence de journées de prise en charge en dehors des dates de validité de la convention HAD-ESEMS

**TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT**

**066**: Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n’appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

Voici la liste des codes autorisés pour le type de domicile :

* 1 : domicile du patient
* 2 : autre type de domicile
* 3 : patient hébergé en EHPAD
* 4 : EMS hors EHPAD
* 5 : ES

**Nouveaux** contrôles **bloquants** (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables :

**ACTE CCAM**

080: Extension documentaire d’acte CCAM erronée

**PERIODE DU RPSS**

107: Période du RPSS en dehors de la période de convention HAD-ESMS

La FG HAD signale un RPSS dont le type de lieu de domicile est 3 (EHPAD), 4 (EMS hors EHPAD) ou 5 (ES), mais dont la période définie par [date d’entrée de la sous-séquence, date de sortie de la sous-séquence] est en dehors de la période de convention déclarée dans le fichier de convention HAD-ESMS.

**Nouveaux** contrôles **non** **bloquants** (GHPC 9999 et GHT calculé) sur les modalités des variables :

**EXTENSION DOCUMENTAIRE**

532: Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente.

La FG HAD signale un RPSS dont l’extension documentaire d’au moins un acte CCAM d’anesthésie (code activité = ‘4’) n’est pas renseignée.

* + - 1. **En 2014**

Suite au retour du champ DP et à l’obligation du codage de DCMPA lorsqu’il y a un MPA, deux nouveaux contrôles sont mis en place.

**Nouveaux** contrôles **bloquants** (GHPC 9999 et GHT 99) sur les modalités des variables :

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

053: N’est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n’est pas renseigné

**MPA ET DA ASSOCIE**

108: MPA renseigne avec aucun diagnostic associe au MPA

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu’aucun diagnostic associé au MPA n’est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA dans le cas où le MPA est renseigné.

1. **Aide à l’exploitation des données PMSI HAD**
	1. **Comment est calculé l’âge du patient en HAD ?**

Jusqu’à 2011 inclus, l’âge, en années et en jours, est calculé par PAPRICA à partir de la date d’entrée du séjour. L’âge reste donc constant tout au long du séjour. A partir du 1er janvier 2012, il est calculé par rapport à la date de début de la sous-séquence et évolue donc au cours du séjour.

* 1. **Comment déterminer si un séjour est terminé ?**

Un indicateur est disponible dans la base de RAPSS afin de déterminer si la séquence est la dernière séquence du séjour, c’est-à-dire, si la date de la fin de séquence est égale à la date de sortie du séjour. Cette variable, calculée par PAPRICA, vaut 1 pour « oui » et 2 pour « non ». Si le séjour est terminé, c’est-à-dire qu’une date de sortie est inscrite, alors PAPRICA peut calculer le « nombre de journée dans le séjour ».

En sélectionnant uniquement la dernière sous-séquence du séjour et en ne prenant que celle où le « nombre de journées dans le séjour » est renseigné, l’étude de l’« indicateur de dernière séquence du séjour » fournit les résultats suivants :

* pour 2007: 91,3 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2008: 92,1 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2009: 97,6 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2010: 98,3 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2011: 99,1 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2012: 99,1 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)
* pour 2013: 99,5 % des séjours ont bien l'indicateur à 1 (date fin séquence = date fin séjour)

Le constat sur les 6 dernières années permet de considérer cet indicateur comme fiable en particulier sur les 2 dernières années.

**Afin de déterminer si un séjour est terminé, il suffit donc de sélectionner les séjours où la dernière sous-séquence du séjour a un « indicateur de dernière séquence du séjour » égal à 1.**

* 1. **Comment sélectionner un séjour complet dans l’année ?**

Un séjour complet en HAD est un séjour ayant commencé et terminé dans l’année. Le caractère « terminé » d’un séjour est expliqué au « b. Comment déterminer si un séjour est terminé ? ».

Pour déterminer si le séjour a commencé dans l’année, deux conditions sont combinées. Il faut que :

* Le « numéro de la séquence » et le « numéro de la sous-séquence » soient à 1. Les établissements pouvant réinitialiser ces deux numérotations chaque année, même pour les séquences à cheval sur deux années, cette condition seule ne permet pas de conclure que la séquence est la première de l’année.
* Les variables « Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour » et « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence » de la première sous-séquence du séjour dans l’année soient toutes les deux égales à 0.
	1. **Comment calculer la durée d’un séjour terminé ?**

Pour la définition d’un séjour terminé, il suffit de se reporter au « b. Comment déterminer si un séjour est terminé ? ».

La durée d’un séjour terminé est :

1. La somme des variables « Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour », « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence » et « Nombre de journées dans la sous-séquence » de **la dernière sous-séquence enregistrée** pour la clé [Finess \* « numéro séquentiel de séjour »]. Elle doit être, en théorie, égale au « Nombre de journées dans le séjour » dans le cas d’un séjour terminé.
2. Il est possible de rattraper quelques séjours dont la somme décrite au 1) n’est pas vérifiée par la variable « Nombre de jours dans le séjour » et dont la différence des deux valeurs soit uniquement de 1 journée, en faveur du « Nombre de journées dans le séjour ». Parmi les séjours avec une différence, 67,6% ont une différence de 1 journée en 2011. En effet, il se peut que la date de fin de la dernière sous-séquence enregistrée par l’établissement ait un jour tronqué. En cas de transfert ou mutation en mode de sortie d’un séjour en HAD, le dernier jour de la dernière sous-séquence du séjour n’est pas facturé. En 2011, 100% des séjours avec une différence à 1 ont soit un mode de sortie « transfert » (99,5%) ou « Mutation » (0,5%). Cette opération est produite par le logiciel de l’ATIH et, en aucun cas, ne doit être réalisée par le logiciel de saisie de l’établissement. Si celui-ci a mis en place le retrait automatique de la dernière journée de la dernière sous-séquence, la date de celle-ci se retrouve diminuée d’un jour et ne peut donc être égale à la date de sortie qui est correcte. Les conséquences sont donc que le « nombre de journées dans le séjour », variable calculée à partir de la date de sortie du séjour, est correcte mais que le « nombre de journées dans la sous-séquence » au dernier enregistrement est diminué de une journée par rapport à la date réelle de fin.

Par conséquent, les séjours dont le « nombre de journées dans la séjour » est supérieur de 1 journée à la somme des 3 variables décrite en 1) et dont le mode de sortie est 6 « Mutation » ou 7 « transfert », sont bien des séjours terminés dont le « nombre de journées dans le séjour » est correct.

1. Pour les cas où la condition 1) ne se vérifie pas alors que le « nombre de journées dans le séjour » est renseigné et que la différence est soit différente de 1 (0,3% des séjours en 2011) soit égale à 1 avec un mode de sortie autre que transfert et mutation, il faut utiliser les valeurs calculées avec les dates de l’année étudiée, c’est-à-dire sommer le « nombre de journées dans la sous-séquence » de chaque sous-séquence enregistrée pour une même clé [Finess \* « numéro séquentiel de séjour »]. Ainsi, seules les journées de prise en charge de l’année étudiée sont prises en compte. Pour un séjour ayant commencé lors d’une année antérieure, le temps d’hospitalisation avant le 1er janvier de l’année étudiée est perdu. L’égalité ne se vérifiant pas entre la somme des « nombres de journées dans la sous-séquence » de chaque sous-séquence et la somme vu au 1), il est préférable de ne pas utiliser les variables « Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour » et « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence ».

**En résumé, la durée du séjour, définie par la clé [Finess \* « numéro séquentiel de séjour »] est :**

* « Nombre de journées dans le séjour » à la dernière sous-séquence si :

∑ (« Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour », « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence », « Nombre de journées dans la sous-séquence ») **=** « Nombre de journées dans le séjour »

OU

« Nombre de journées dans le séjour » **-** ∑ (« Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour », « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence », « Nombre de journées dans la sous-séquence ») **= 1** **ET** mode de sortie **=** 6 ou 7

* ∑ (« Nombre de journées dans la sous-séquence ») des sous-séquences enregistrées dans l’année si :

∑ (« Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d’entrée du séjour », « Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence », « Nombre de journées dans la sous-séquence ») **≠** « Nombre de journées dans le séjour » dont la différence est **> 1 ET** mode de sortie **≠** 6 et 7

* 1. **Comment sélectionner les patients avec un chaînage correct ?**

Si l’objectif est d’obtenir un nombre de patients, il faut bien sélectionner les clés de chaînage avec les codes retour à 0. **Jusqu’en 2012 inclus**, il existe 7 codes retours. **A partir de 2013**, deux codes sont ajoutés : un contrôle sur la cohérence sur la date de naissance et le sexe. Le nombre de codes retour s’élève donc à 9.

* 1er Code retour : contrôle « n° sécurité sociale »
* 2ème Code retour : contrôle « date de naissance »
* 3ème Code retour : contrôle « sexe »
* 4ème Code retour : contrôle « n° d’identification administratif de séjour »
* 5ème Code retour : « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »
* 6ème Code retour : « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »
* 7ème Code retour : contrôle « date de référence »
* 8ème Code retour : contrôle « Cohérence date naissance »
* 9ème code retour : contrôle « Cohérence sexe »

Le 7ème code retour « contrôle date de référence» » correspond à la variable « numéro de séjour » qui est le marqueur numérique du début de séjour. Cette variable est utile lors d’études sur le parcours de soins des patients puisqu’elle permet d’ordonner chronologiquement les séjours. Si vous utilisez cette variable, il faut que le 7ème code retour soit à 0.

Attention : En 2010, les 5 et 6ème codes retour sont à blanc pour les établissements privés. Cette information manquante signifie qu’il n’y a pas eu de problèmes. Il faut donc remplacer le caractère vide par 0.

* 1. **Que donne la fonction groupage avec un MPA à vide avant 2010 ?**

Avant le 1er mars 2010, le mode de prise en charge associé pouvait rester à vide dans la base sans générer d’erreur bloquante. Pour la création du GHPC et du GHT, la fonction groupage considérait le MPA vide comme un MPA 00 (Pas de protocole associé). Si l’association du MPP avec le MPA « 00 » était prévue alors la fonction groupage ne générait pas d’erreur et le GHPC et le GHT étaient calculés normalement.

A partir de mars 2010, un MPA vide donne lieu à une erreur bloquante générant un GHPC 9999 et un GHT 99 ne permettant pas la facturation des journées de la séquence associé à ce MPA, et n’est donc pas considéré dans la FG comme un MPA « 00 ». Le MPA « 00 » n’est accepté que pour certaines associations.

* 1. **Comment déterminer le mode de recueil en 2012 et 2013 ?**

Les établissements, en 2012 et 2013, ne sont pas obligés de renseigner les diagnostics liés au MPP et au MPA et peuvent garder l’ancien mode de recueil, soit un DP et éventuellement des DA. Deux modes de recueil se distinguent :

* Le mode de recueil 1 correspondant au format **sans** les diagnostics reliés au MPP ou au MPA, avec un DP et éventuellement des DA ;
* Le mode de recueil 2 correspondant au format **avec** les diagnostics reliés au MPP ou au MPA, avec les DCMPP et les DCMPA

Le mode de recueil n°1 correspond aux séquences avec un diagnostic principal et aucun DCMPA :

* « nombre de diagnostics MPP » = 1 ET « nombre de diagnostics MPA » = 0.

Le mode de recueil n°2 correspond aux séquences avec au moins un DCMPP et de 0 à 9 DCMPA :

* « nombre de diagnostics MPP » = 1 ET « nombre de diagnostics MPA » de 1 à 9,
* « nombre de diagnostics MPP » > 1 quel que soit le « nombre de diagnostics MPA ».



* 1. **Le DP existe-t-il toujours en 2012 et 2013 ?**

En 2012 et 2013, l’établissement a encore le choix entre deux modes de recueil des diagnostics. Le recueil n°1 est inchangé ; seul un diagnostic est renseigné en tant que diagnostic principal, celui ayant mobilisé l’essentiel des soins. S’il est non renseigné, le RAPSS est groupé en erreur bloquante (GHPC 9999 et GHT 99). Le deuxième mode de recueil permet d’enregistrer jusqu’à neuf diagnostics justifiant le mode de prise en charge principal.

La notion de DP existe toujours dans le mode de recueil n°2 et correspond au 1er DCMPP renseigné.

1. **\* Arrêté du 24 mars 2009** **publié au JORF le 16 mai 2009** modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l’admission en HAD d’un ou plusieurs résidents d’établissement d’hébergement pour personnes âgées en vertu de l’article R. 6121-4 du CSP

**\*\* Arrêté tarifaire (article 4)** précisantle taux de la minoration mentionnée au dernier alinéa du 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale est fixé pour 2012 à 13 % (Les forfaits correspondant aux prestations d‘HAD font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L. 313-3 du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale) [↑](#footnote-ref-1)