



Construction d'un référentiel statistique de coûts unitaires des prestations de santé en 2021 à partir de l'ESND

Financé par la DGOS – campagne PRME 2021



Rapport technique travaux projet MOVIE : Méthode et Outils de Valorisation en médico-économieE 9 Septembre 2025

Coordonné par Christel Castelli

Groupe de travail

N Costa, C Castelli, B Dervaux

C Castelli, A Coffy

J Bulsei

N Costa, M Mounié

V Georgescu

S Artemova, K Charriere, S David-Tchouda

S Loubière

J Margier, A Lhospital, H Serrier, M Viprey

A Pagès, J Bonastre

C Delettrez, B Dervaux

A Le Bras

AL Soilly, C Quantin

S Schirrbonnans, VP Riche

Comité scientifique du projet

ESPIC Clinique Beausoleil, Montpellier

CHU Nice

CHU Toulouse

CHU Montpellier

CHU Grenoble

APHM

HCL

IGR

CHU Lille

APHP – URC Eco

CHU Dijon

CHU Nantes





Table des matières

Table des matières.....	2
Acronymes.....	4
1. Présentation du projet MOVIE.....	6
1.1 Contexte et objectif	6
1.2 Périmètre et Perspective retenues.....	7
1.3 Prestations de soin et unités statistiques	7
1.4 Organisation du travail	8
1.5 Les résultats produits	10
1.6 La prise en compte des financements complémentaires	12
1.7 Recommandations d’usage des résultats	13
1.8 Discussion - Limites.....	14
1.9 Communication des résultats	15
2. Méthodologie générale applicable à toutes les prestations de soins.....	16
2.1 Revue de la littérature	16
2.2 Critères de jugement	16
2.3 Filtres communs à toutes les prestations de soins.....	16
3. Méthodologie spécifique de chaque prestation de soins	19
3.1 Les transports sanitaires	19
3.2 Les consultations médicales.....	20
3.2.1 Les consultations de médecine générale	20
3.2.2 Les autres spécialités médicales.....	23
3.3 Les soins dentaires	29
3.4 Les infirmiers, kinésithérapeute, podologue, sage-femme, orthopédistes, orthophonistes	33
3.4.1 Les soins infirmiers.....	33
3.4.2 Les autres professionnels de santé.....	36
3.5 Examens médicaux : imagerie et biologie.....	38
3.5.1 La biologie	38
3.5.2 L’imagerie	40
3.6 Les produits de santé.....	43
3.7 L’hôpital	49
3.7.1 Le passage aux urgences	49
3.7.2 L’hospitalisation complète	51
3.7.3 Les séances	56



3.8 Les indemnités journalières63

 3.8.1 Les arrêts maladie.....63

 3.8.2 Les pensions d’invalidité66

4. Annexes69

 4.1 Annexe 169

 4.2 Annexe 273

 4.3 Annexe 374

 4.4 Annexe 479

 4.5 Annexe 581



Acronymes

ACE : Actes et Consultations Externes

ALD : Affection de Longue Durée

AM : Assurance Maladie

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

DCIR : Datamart de Consommation Inter Régime

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ENC : Etude Nationale des Coûts

ESND : Echantillon du Système National des Données de santé

FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDH : Health Data Hub

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MG : Médecins généralistes

MIG : Missions d'Intérêt Général

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Praticiens

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRME : Programme de Recherche Médico-Economique

PS : Professionnels de Santé

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisé pour la Psychiatrie



ROSP : Revenu sur Objectif de Santé Publique

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNDS : Système National des Données de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VSL : Véhicules Sanitaires Légers



Terminologie

Dans ce rapport, nous avons distingué la notion d'unité de soins (telle qu'une prestation de soins en ville, un transport sanitaire, une délivrance ou un séjour hospitalier) de celle de ligne de facturation. L'unité de soins correspond à une visite au cabinet, à l'hôpital ou au domicile et à l'ensemble des lignes de facturation associées à une même clé d'identification, représentant le résumé d'une venue d'un professionnel de santé ou d'un patient. À l'inverse, une ligne peut ne constituer qu'un élément composant cette unité de soins. Elle correspond à une facturation individuelle (acte, forfait, supplément, etc.) intégrée à une prestation ou à un séjour. Ainsi, nous utiliserons le terme prestation pour faire référence à une unité de soins. Par exemple dans le cas de la consultation, cela comprend la consultation ainsi que les éventuels actes et suppléments associés.

Les versements de l'Assurance Maladie ne se limitent pas au remboursement des soins de santé. En effet, certains professionnels de santé perçoivent en plus de leurs honoraires basés sur l'activité une rémunération complémentaire et/ou bénéficient d'un allègement de leurs charges sociales pour la réalisation de leur activité. Ainsi, on distinguera la rémunération des prestations à l'acte et le financement complémentaire de leur activité sur objectif. Cette rémunération complémentaire se fait sous forme de forfait annuel ou dotation. Néanmoins, pour éviter toute ambiguïté liée à l'existence de forfait dans le cadre des honoraires (forfait technique d'imagerie, forfait sécurité environnement, etc), nous emploierons le terme financement complémentaire pour les rémunérations non liées aux actes.

1. Présentation du projet MOVIE

1.1 Contexte et objectif

Les résultats d'études d'efficience constituent un outil d'aide à la décision incontournable en matière d'adoption de stratégies de santé et in fine d'allocation des ressources en santé. La mesure de l'efficience des stratégies de santé nécessite l'estimation du coût et de l'utilité (et/ou efficacité) de l'objet évalué. Pour mesurer l'utilité des états de santé et réduire l'incertitude liée à cette mesure, la haute autorité de santé (HAS) recommande l'emploi systématique de l'outil EQ-5D-5L¹. Concernant la mesure des coûts, lorsqu'aucun référentiel validé n'est disponible, la valorisation monétaire des ressources nécessaires à la prise en charge des bénéficiaires dépend des hypothèses formulées par l'économiste. Ces hypothèses induisent une variabilité dans le résultat produit. En effet, si l'on prend le cas concret de la consultation de médecine générale, certains vont estimer l'ensemble des ressources consommées pour la réalisation d'une consultation (analyse de type micro ou gross costing), d'autres vont mobiliser les tarifs comme proxy du coût de production. Au-delà de ce choix de méthode, il existe également des disparités d'évaluation. Par exemple, pour estimer le tarif d'une prestation de médecine générale, il faut connaître ses modalités : le lieu (cabinet vs domicile), la temporalité (un jour férié, dimanche ...), le motif (en urgence...), les actes associés (nature et quantité), la population (pédiatrique, gériatrique), la complexité... Toutes ces modalités conditionnent la tarification, et sont inconnues ou incomplètes. Cette absence d'informations conduit les analystes, en l'absence de référentiel, à faire des hypothèses qui pourront varier d'un individu à l'autre.

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has



Ainsi, l'objectif de ce travail est de mettre à la disposition des chercheurs un référentiel statistique de coûts **unitaires** de différentes prestations de santé en France à partir des données de l'Assurance Maladie et notamment l'Echantillon du système national des données de santé (ESND).

1.2 Périmètre et Perspective retenues

La HAS recommande le point de vue de la collectivité dans l'analyse de référence¹. Cette perspective implique que les coûts de production soient mesurés et valorisés indépendamment de leur source de financement. A l'exception des hospitalisations pour lesquelles l'Etude Nationale des Coûts (ENC²) peut être interrogée, il est en pratique, complexe d'obtenir les coûts de production des unités de soins. Ainsi, en l'absence de données, il est communément admis de recourir aux tarifications en vigueur considérées alors comme un proxy du coût de production, même si cela est discutable particulièrement pour les actes de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Praticiens). Ces choix sont en cohérence avec les objectifs du décret du 28/12/16 relatif à la mise en œuvre du SNDS³.

Ainsi, le groupe MOVIE a fait le choix de travailler sur les données de l'Assurance Maladie. La perspective de la collectivité est exprimée au travers des montants présentés au remboursement. Les points de vue de l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et du bénéficiaire (reste à charge) sont estimés respectivement par les montants effectivement remboursés et non remboursés. En revanche, les autres payeurs n'entrant pas dans le système de santé ne sont pas considérés puisque le point de vue de la société n'est pas retenu dans ce projet. Ce sera particulièrement le cas des frais relatifs au handicap, mais aussi pour les aides professionnelles à domicile, qui peuvent être pris en charge partiellement ou totalement par un autre financeur tels que les mutuelles, la région, la caisse d'allocation familiale...

Le champ des dépenses est celui des dépenses présentées au remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dans le secteur ambulatoire ou hospitalier. Seules les dépenses individualisables (i.e. rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'«Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie» (ONDAM) ainsi que les prestations en espèces pour maternité et invalidité sont prises en compte. Concernant la sélection du profil bénéficiaire, il a été décidé de se restreindre au régime général (régime de protection majoritaire, incluant les indépendants) couvrant près de 90 % de la population française en 2021. Ce choix a été fait par souci de cohérence et d'homogénéité puisque toutes les variables ne sont pas renseignées de façon identique pour les différents régimes dans le SNDS.

1.3 Prestations de soin et unités statistiques

La liste des prestations de soins traitées dans le cadre du projet MOVIE est présentée dans le Tableau 1. En fonction des prestations de soins, l'unité d'analyse pouvait varier en fonction des problématiques de requêtage que nous avons rencontrées. La plupart des prestations étaient analysées par bénéficiaire, date de soin et nature de la prestation (en noir). Pour certaines prestations, il était pertinent d'y ajouter le prescripteur du soin, sa spécialité d'exercice pouvant donner des indications intéressantes (en orange). Enfin, le dernier cas est identifié en vert et concerne des postes avec unité très différente des autres, intégrant une dimension temporelle (jour, mois ou année).

² <https://www.atih.sante.fr/information-sur-les-coûts/etudes-nationales-de-coûts-presentation-et-recrutement>

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033702840>



1.4 Organisation du travail

La méthodologie retenue pour atteindre notre objectif est déclinée en plusieurs étapes identiques pour chaque catégorie de soins considérée (Figure 1).

Une première étape consiste à réaliser une revue exhaustive de la littérature visant d'une part à vérifier que le coût unitaire de la prestation de soins concerné n'a jamais été évalué en France, et, d'autre part à recenser les données macroéconomiques nationales disponibles (telles que le nombre de consultations de médecine générale, le volume annuel des dépenses de santé associé etc....).

Ces données macro-économiques permettront par la suite de vérifier la représentativité de nos résultats. L'analyse des règles de facturations est également un prérequis pour la bonne compréhension de la base de données initialement construite comme une base de liquidation et non comme une base de recherche épidémiologique ou économique.

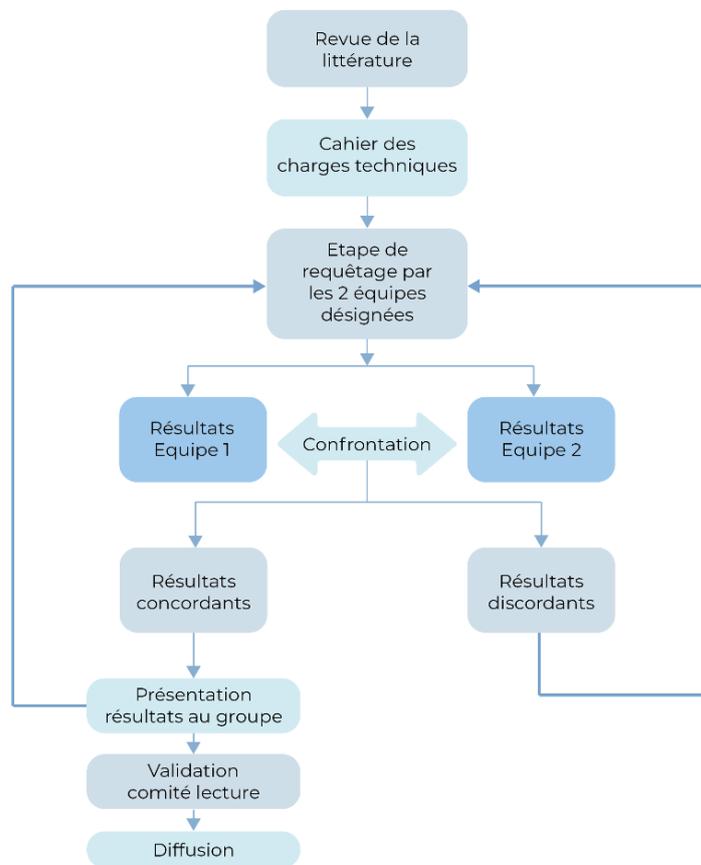
La seconde étape consiste à identifier les inducteurs de coûts de chaque prestation en santé.

La troisième étape consiste à procéder au requêtage des données réalisée indépendamment par deux équipes différentes. Le binôme procède à l'analyse en aveugle. Les résultats sont ensuite confrontés pour réaliser une validation croisée. Cette étape est itérative : le requêtage est repris tant que les résultats divergent. Cela permet notamment d'assurer une bonne qualité des estimations en évitant des possibles erreurs de codage, ou en étudiant l'impact de la non prise en compte de certains filtres ou de certaines corrections apportées par le programmeur. Cette étape est d'autant plus importante que l'analyse porte sur de larges échantillons susceptibles de contenir des cas particuliers voire des valeurs incohérentes. Le travail est ensuite présenté, discuté et validé au sein du groupe MOVIE au sein duquel deux membres sont désignés pour relire en détails et procéder à l'analyse critique de la prestation de soins étudiée.

Tableau 1 : Liste des prestations en santé étudiées et unités statistiques.

Catégories	Prestations	Unité
Soins ambulatoires médicaux	Médecin généraliste (MG)	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour une prestation de médecin pouvant contenir un ou plusieurs soins
	Médecin spécialiste (MS)	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour une prestation de médecin pouvant contenir un ou plusieurs soins
	Dentiste	Consommation d'un bénéficiaire sur une année donnée pour des soins dentaires
	Sage-femme (SF)	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour une prestation de SF pouvant contenir un ou plusieurs soins
	Séance : chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour la réalisation d'une séance pouvant contenir un ou plusieurs soins
Soins hospitaliers	Hospitalisation complète	Un séjour d'hospitalisation complète d'un bénéficiaire à une date donnée
	Passage aux urgences	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour un passage aux urgences pouvant contenir un ou plusieurs soins
Examens médicaux	Biologie	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné par prescripteur pour un ou plusieurs examens de biologies
	Imagerie médicale	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour un ou plusieurs examens d'imagerie
Autres soins de professionnels de santé	Masseur-kinésithérapeute	
	Orthophoniste	
	Orthoptiste	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour un ou plusieurs soins
	Pédicure-Podologue	
Transports	Infirmier	
	Transports sanitaires	Un trajet en transport sanitaire
Produits de santé	Audioprothèses	Consommation d'un bénéficiaire un jour donné pour une délivrance d'audioprothèse
	Délivrance en officine	Consommation en officine d'un bénéficiaire un jour donné et par prescripteur
	Optique	Consommation en optique d'un bénéficiaire un jour donné
Indemnités	Indemnité maladie	Indemnité journalière d'un bénéficiaire
	Invalidité	Indemnité mensuelle d'un bénéficiaire

Figure 1 : Processus méthodologique applicable à chaque type de prestations de soins



1.5 Les résultats produits

Les statistiques descriptives de chaque prestation de soins sont déclinées (i.e. min, P5, moyenne, médiane, écart type, P95, maximum, nombre total de prestations). Elles permettent de déduire les paramètres de la loi de distribution associées aux coûts. La loi Gamma étant souvent mobilisée dans ce cadre, les deux paramètres (i.e. forme/shape et échelle/scale) se déduisent facilement pour un tirage aléatoire selon cette distribution :

$$Shape = Mean^2/Var$$

$$Scale = Var/Mean$$

D'autres distributions peuvent également être pertinentes (log-normale), particulièrement adaptée en cas de forte variabilité des coûts de prise en charge (inverse gaussienne).

On note que les valeurs minimales et maximales n'ont pas été supprimées, même lorsqu'elles ne semblaient pas réalistes. En effet, selon la prestation de soins traitée, les outliers repérables se situaient à des quantiles variables. Une analyse de sensibilité a été réalisée pour s'assurer que la moyenne et la médiane étaient stables avec et sans ces valeurs. Les paramètres de dispersion eux sont impactés. Ainsi, à des fins d'homogénéité entre les différentes prestations et ne sachant pas repérer le seuil exact d'incohérence de ces valeurs extrêmes, nous avons choisi de ne pas supprimer les valeurs minimales ou maximales.

Les résultats sont également déclinés en fonction des **inducteurs de coûts identifiés**. Les inducteurs de coûts **communs** à toutes les prestations de soins (en dehors des hospitalisations et des séances) sont :

- La zone géographique (département de résidence du bénéficiaire⁴),
- Le taux de prise en charge de l'Assurance Maladie (**RGO_REM_TAU**) : 100% vs différent de 100%⁵.

Des inducteurs de coûts spécifiques de chaque prestation de soins sont ajoutés à chaque fois que cela est pertinent et sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Liste des inducteurs de coûts

Prestations	Inducteurs de coûts
Médecine générale (MG)	Type de CS*, âge
Médecin spécialiste (MS)	Type de CS, secteur d'activité**, spécialité médicale, âge
Dentiste	Catégorie d'acte, genre, âge, catégorie de PS***
Sage-femme (SF)	Genre, type d'acte, lieu de réalisation****, présence grossesse
Séance : chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...	Nature de la séance, secteur privé/public ou domicile, présence d'une molécule onéreuse en sus, localisation du cancer
Hospitalisation complète	Secteur privé/public, 3 ^{ème} caractère du GHM (ie spécialité), CMD, sous CMD, rGHM, GHM, Domaine d'activité, Groupe de planification, groupe d'activité
Passage aux urgences	Type de soins*****, âge, secteur privé/public
Biologie	Age, genre, spécialité du prescripteur, bénéficiaire avec cancer actif
Imagerie médicale	Nature (actes ou forfaits techniques), nature de l'acte (radiologie, échographie...), genre.
Masseur-kinésithérapeute	Genre, âge, lieu de réalisation
Orthophoniste	Genre, âge, lieu de réalisation
Orthoptiste	Genre, Age, lieu de réalisation
Pédicure-Podologue	Type de consultation, genre, lieu de réalisation
Infirmier	Soin lié à la dépendance, genre, lieu de réalisation, type d'acte (AMI,AIS...), niveau de prise en charge (légère, modérée, lourde).
Transports sanitaires	Type de transport
Audioprothèses	Age, genre, nombre d'oreilles appareillées
Délivrance en officine	Age, genre, spécialité du prescripteur
Optique	Age, genre
Indemnité maladie	Age, genre, type d'indemnité journalière*****, présence d'une ALD
Invalidité	Age, genre, catégorie d'invalidité

*CS avec ou sans actes, Téléconsultation ou visite à domicile ** libéral ou exercice hospitalier consultations externes ***orthodontie, chirurgien-dentiste... **** lieu de réalisation des soins à domicile ou au cabinet ***** CS médicale seule ou avec actes et/ou examens ***** normales, réduites, partielles.

⁴ Le département d'exécution des soins n'est pas retenu pour la présentation des résultats, car cette variable n'est pas toujours disponible selon la nature des prestations

⁵ Pour une prestation donnée, les éléments qui composent cette prestation ne sont pas toujours remboursés au même taux. Dans ce cas on considèrera que l'unité de soins est remboursée à moins de 100%.



1.6 La prise en compte des financements complémentaires

Les versements de l'Assurance Maladie ne se limitent pas au remboursement des soins de santé. En effet, certains professionnels de santé perçoivent une rémunération complémentaire ou bénéficient d'un allègement de leurs charges sociales pour la réalisation de leur activité médicale ou paramédicale. Pour certains professionnels de santé, ce financement peut aller jusqu'à 20% de leur rémunération. Ainsi pour se rapprocher au plus près du point de vue de la collectivité, nous avons choisi d'ajouter pour les professionnels de santé concernés un supplément lié à cette rémunération indirecte à partir des données macro-économiques publiées annuellement par l'Assurance Maladie. Les financements complémentaires considérés dans ce travail sont :

- La ROSP (Revenu sur Objectif de Santé Publique) : créée en 2011, elle contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. Les indicateurs ont été revus à plusieurs reprises depuis sa création. La ROSP est ouverte à tous les médecins libéraux dès lors qu'un indicateur spécifique existe pour leur spécialité. Elle regroupe entre 10 et 29 indicateurs en fonction de la patientèle concernée.
- Le forfait médecin traitant pour les patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD ; il est réservé aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM -CO). Il valorise le rôle de médecin traitant dans la coordination des soins et le suivi des bénéficiaires en matière de prévention (ex : suivi des vaccinations, actions de dépistage) et de prise en charge des affections intercurrentes.
- Le forfait permanence des soins : La permanence des soins est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).
- Le forfait structure : Divers éléments sont couverts dans ce forfait structure en 2021 tels que l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, la mise en place d'horaires sur les annuaires de santé, ou encore l'acquisition de logiciels pour la télétransmission et la télé-médecine.
- Le forfait annuel urgences est un forfait compensatoire permettant de garantir un service ouvert 7/7 jours et 24/24h indépendamment du volume d'activité.
- L'exonération des charges sociales : Afin d'inciter les médecins à adhérer au secteur conventionnel, un système de prise en charge partielle par l'Assurance Maladie de certaines cotisations sociales a été mis en place dans les années 60. D'abord réservé aux médecins, ce dispositif a été élargi à d'autres professionnels de santé pour atteindre désormais près de 2 Md€ de charges. Ce poste est intégré à l'ONDAM depuis 2006 et en représentait 1,2 % en 2008.

Dans le travail MOVIE, un supplément a été estimé pour les prestations de santé suivantes :

- Les consultations médicales (généralistes et spécialistes),
- Les passages aux urgences,
- Les soins infirmiers,
- Les soins des masseurs kinésithérapeutes,



- Les soins des sages-femmes,
- Les soins dentaires.

Pour les autres prestations, soit il n'y avait pas de financement complémentaire soit le supplément n'a pas été estimé en raison de l'absence d'information ou de son caractère négligeable.

Les résultats globaux des différentes prestations de soins intègrent ce supplément, contrairement aux résultats présentés par inducteur de coûts. Dans ces derniers cas, il revient à l'analyste d'y ajouter le supplément estimé dans le cadre des travaux MOVIE.

1.7 Recommandations d'usage des résultats

L'objectif de ce projet est de proposer une standardisation des coûts unitaires utilisés pour valoriser les différentes prestations de soins dans les analyses médico-économiques. Cette démarche vise à homogénéiser les pratiques et réduire l'incertitude dans l'estimation des coûts liée à l'hétérogénéité des méthodes de valorisation des coûts. Pour cela une estimation d'un proxy du coût de production des prestations de santé est proposée, basé sur les données de remboursements issues du SNDS complétées de données macro-économiques permettant si pertinent de considérer les rémunérations sur contrats et les prises en charges partielles des cotisations. Afin d'assurer la robustesse méthodologique et la comparabilité des résultats des études médico-économiques, des recommandations d'usage des travaux MOVIE sont donc de rigueur :

Recommandation 1 : Périmètre

Ce travail ne concerne pas les essais cliniques chaînés aux données du SNDS. Par définition, les études dont un appariement est possible pourront obtenir une estimation directe du coût du parcours de soins à partir de la base de données.

En revanche, le périmètre concerne toutes les autres études (liste non exhaustive) : les essais cliniques hospitaliers avec évaluation médico-économique avec un recueil ad hoc des éléments de coût, les modélisations médico-économiques, les analyses sur avis experts/méthode Delphi, les analyses d'impact budgétaires....

Recommandation 2 : La perspective

La perspective recommandée dans les analyses médico-économiques est la perspective collective. Ainsi, les résultats à privilégier sont les dépenses présentées au remboursement (ou facturées).

Recommandation 3 : Utilisation des données pour la valorisation du parcours de soins

Il faut distinguer plusieurs cas d'usage : les essais cliniques dont un échantillon de la population étudiée est analysé, et les études de simulation/modélisation :

- (i) Dans le cas des essais cliniques, il est recommandé d'utiliser les résultats globaux et de ne pas tenir compte des coûts estimés par inducteur. En effet, le même essai clinique peut conduire à des caractéristiques bénéficiaire différentes. Par exemple, on constate en pratique une surreprésentation des inclusions de l'établissement de santé promoteur de l'essai clinique. Si dans ce département la proportion de médecin exerçant en secteur 2 est plus importante on va induire artificiellement une surestimation du coût moyen de la



prise en charge réalisée dans ce département alors même que les quantités de soins consommées sont identiques. En reproduisant le même essai mais conduit par un autre établissement de santé, on estimerait des coûts différents. Ce phénomène peut se produire dans d'autres cas comme dans le cas de distributions d'âge différentes, des lieux de prise en charge (ville ou hôpital) différents etc... Ainsi, il est donc recommandé d'utiliser **les résultats globaux**.

- (ii) Il existe des exceptions à cette règle. Si l'essai clinique porte spécifiquement sur une population définie telle qu'une population pédiatrique ou au contraire gériatrique, il est recommandé d'utiliser **les coûts estimés selon l'inducteur de coûts** approprié (dans cet exemple l'âge).
- (iii) Dans le cas des études de simulation, il convient d'utiliser les coûts relatifs à la population étudiée. En cas d'efficacité clinique différente selon les caractéristiques des individus, il est pertinent d'utiliser les coûts associés à ces caractéristiques si cette caractéristique est un inducteur de coût. Dans le cas contraire il faudra utiliser le coût global.

Recommandation 4 : Utilisation du supplément correcteur pour la prise en compte du financement sur dotations

Pour être au plus proche du point de vue de la collectivité recommandée par la HAS, le groupe de travail a proposé une estimation :

- (i) De la distribution des coûts des différentes prestations en santé à partir des données du SNDS,
- (ii) D'un supplément relatif aux différents financements complémentaires de l'Assurance Maladie en lien avec l'activité des différents professionnels de santé (ROSP, exonération charges sociales ...). Ce supplément a été estimé à partir des données macro-économiques publiées annuellement par l'Assurance Maladie et ventilées sur le nombre d'unités de prestations de soins.

Ce supplément est directement intégré dans les résultats globaux présentés. En cas d'utilisation des résultats déclinés par inducteur de coûts, il faut ajouter ce supplément. Le groupe a fait le choix de séparer les résultats issus des données du SNDS et le supplément correcteur pour tenir compte des autres modalités de financement. Cette estimation est disponible dans une section à part lorsqu'éligible.

1.8 Discussion - Limites

La difficulté majeure de ce projet était de réussir à identifier une unité de soins. Nous avons été confrontés à de nombreuses difficultés liées aux facturations en série, pratiques de codage hétérogènes, de rattachement d'actes aux prestations principales.... Néanmoins, dans la quasi-totalité des cas, le groupe a réussi à isoler les unités statistiques.

Parmi les limites de ce travail, seules les prestations en santé présentes dans les données du SNDS ont été analysées. Cela correspond à toutes celles prises en charge au moins en partie par l'Assurance Maladie. Ainsi, les professionnels de santé tels que les ostéopathes n'ont pu être pris en compte dans ce travail. Par ailleurs, dans le champ des médicaments, tous les médicaments en vente libre ne sont pas mesurés dans ce travail. Egalement dans le cas des soins dentaires, il existe des soins particuliers non pris en charge par l'Assurance Maladie. Après 16 ans, les soins d'implantologie et orthodontie font



l'objet d'honoraires totalement libres et ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Les soins non remboursables se développent et sont très mal mesurés par la statistique publique en raison de leur non-inscription dans la CCAM. De la même façon, l'activité des pédicures-podologues n'est que partielle dans le SNDS puisque de nombreux actes relèvent des soins de confort non pris en charge et donc non enregistrés dans les bases de l'AM. Enfin, tout ce qui est mesuré par des dotations ARS de type MIG pour financer des **Missions d'Intérêt Général** telles que l'éducation thérapeutique ou le soutien psychologique intra-hospitalier ne figurent pas dans le SNDS et sont donc hors du périmètre de l'étude.

De plus, l'Assurance Maladie propose un échantillon du SNDS qui est représentatif de la population nationale, régionale et départementale des bénéficiaires sur les caractéristiques suivantes : âge, genre et grand régime. Il se peut que l'unité de prestations de soins ne soit pas représentative de l'ensemble des prestations. Pour évaluer cela, nous avons systématiquement confronté nos résultats, issus des 2% des bénéficiaires et extrapolé à 100%, aux résultats de dépenses et effectifs globaux, seuls chiffres publiés annuellement par les tutelles. On note que cette limite n'a que peu d'incidence puisque nous cherchons à homogénéiser nos pratiques et non à estimer de manière exacte le coût de production d'une prestation en santé.

Enfin, ce projet nécessite de prévoir une actualisation de nos résultats et d'évaluer la périodicité adéquate en fonction du rythme d'évolution des tarifications de ces unités de soins et de l'impact sur les résultats de coûts. Cela est d'autant plus important qu'il est complexe de maintenir des programmes réutilisables du fait de l'évolution de la codification de certains actes et de l'évolution continue de la base de données. Cela fait partie des perspectives de ce projet.

1.9 Communication des résultats

Le projet a été financé par l'appel d'offre PRME de la DGOS, ainsi l'ensemble des résultats produits par le groupe sera mis à disposition de la collectivité sur un site web dédié (www.projet-movie.fr). Chaque analyste en situation de devoir valoriser un parcours de soins pourra donc s'y référer. Chaque fois que les travaux MOVIE seront utilisés ils devront être cités de la façon suivante : « La valorisation des coûts a été faite à partir du référentiel de coûts unitaires MOVIE (PRME-21-0006) ».

Par ailleurs, un premier article a été publié dans le JGES :

Castelli, C., Mounié, M. et Costa, N. (2024). Le défi de la standardisation des coûts : construction d'un référentiel statistique de coûts unitaires des prestations en santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, N° 1(1), 58-72. <https://shs.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2024-1-page-58?lang=fr>.

Une communication orale des travaux a été réalisée lors du congrès Epiclin 2025 : <https://www.em-consulte.com/article/1740718/co3-2-standardisation-of-cost-a-french-reference-u>

Pour plus d'informations sur le projet MOVIE, vous pouvez accéder au protocole complet de recherche <https://projet-movie.fr/le-projet/>



2. Méthodologie générale applicable à toutes les prestations de soins

2.1 Revue de la littérature

Une revue exhaustive de la littérature sur le coût unitaire de la prestation de soins concerné est réalisée. La recherche est faite notamment dans la littérature grise qui permet d'avoir accès à plus d'indicateurs en la matière, notamment les communications de la cour des comptes ou de la DREES. Cette revue se fait selon les recommandations méthodologiques en vigueur. L'analyse des règles de facturations est également un prérequis pour la bonne compréhension de la base de données qui a été construite initialement comme une base de liquidation et non comme une base de recherche épidémiologique ou économique. Les résultats de cette revue de la littérature présentent les indicateurs suivants pour chaque prestation de soins :

1. Démographie des professionnels de santé concernés
2. Les dépenses globales pour la prestation de soin étudiée
3. L'historique de la tarification
4. Les inducteurs de coûts

2.2 Critères de jugement

L'unité d'analyse est la prestation de soins, différente du bénéficiaire des soins. Une variable permettant d'identifier une même prestation de soins de manière unique est créée pour chaque prestation en santé. Cette variable peut être différente selon les particularités des prestations de soins. Les variables évidentes et systématiques sont **BEN_NIR_PSA** | **BEN_RNG_GEM** ou **BEN_IDT_ANO**, pour l'identification du bénéficiaire des soins, **EXE_SOI_DTD** pour la date d'exécution des soins, et en fonction des cas le prescripteur ou l'exécutant des soins identifiables avec les variables **PFS_EXE_NUM** et/ou **PFS_PRE_NUM**.

Les quantités suivantes sont estimées pour chaque unité statistique :

- Montant présenté au remboursement défini par la variable **PRS_PAI_MNT**
- Montant effectivement remboursé pour la prestation de soins défini par la quantité **BSE_REM_MNT+CPL_REM_MNT**
- Le montant du reste à charge correspond à la différence entre le montant facturé et le montant remboursé

Nb : *Tous les compléments, majorations, franchises et autres suppléments sont retenus pour l'étude MOVIE afin d'identifier la dépense pour la collectivité. Cette information est disponible avec la variable **CPL_MAJ_TOP**. Il existe autant de lignes que de compléments. Les participations forfaitaires et franchises médicales sont dans la variable **CPL_REM_MNT**.*

2.3 Filtres communs à toutes les prestations de soins

- Année d'exécution des soins 2021 : ciblage avec la variable **EXE_SOI_DTD** entre 01/01/2021 et 31/12/2021 et **FLX_DIS_DTD** entre le 01/02/2021 et le 01/01/2023
- Il est convenu de ne travailler que sur le régime général dans un souci d'homogénéisation des résultats. En effet, certaines variables ne sont pas renseignées en fonction des régimes. Ainsi le régime d'affiliation « 01C » de la variable **ORG_AFF_BEN** de la table **ESND_ER_PRS_F** est sélectionné. Cela exclut les SLM (section locales mutualistes, c'est-à-dire les titulaires ou retraités



de la fonction publique d'état), sauf celles réintégréées au régime général comme la mutuelle générale. Concernant les tables du PMSI de l'activité externe, le régime d'affiliation est récupéré dans la table du référentiel des bénéficiaires (le régime présent dans les tables STC ne sont pas bons).

- L'étude porte sur les consommations de soins en France métropolitaine. En effet, la remontée des départements DOM-TOM n'est pas exhaustive sur la variable BEN_RES_DPT, les résultats étant présentés par département, il n'est pas possible de les considérer. Les départements concernés sont listés dans le Tableau 3.

Tableau 3- Liste des départements de résidence non considérés

097	AUTRES D.O.M
098	T.O.M.
971	D.O.M. GUADELOUPE
972	D.O.M. MARTINIQUE
973	D.O.M. GUYANE
974	D.O.M. REUNION
975	SAINT PIERRE ET MIQUELON
976	D.O.M. MAYOTTE
977	SAINT-BARTHELEMY
978	SAINT-MARTIN
979	D.O.M. INDETERMINE
991	PAYS ETRANGERS (EUROPE)
992	RESIDENTS HORS EUROPE

- Lorsque BEN_RES_DPT est non renseigné (000, 099 ou 999), l'information est récupérée dans la variable ORG_AFF_BEN selon la description dans la fiche rédigée par le DREES⁶.
- Tous les actes et prestations faisant mention du COVID dans le libellé ont été supprimés.
- Concernant les régularisations, nous avons procédé à la réalisation de la somme des dépenses et régularisations par clé (cf. section plus bas pour la définition de la clé) et fait les correctifs suivants :
 - Suppression des cas de montants totaux remboursés négatifs
 - Suppression des cas de montants totaux facturés inférieurs aux montants remboursés
 - Suppression des prestations dont le montant total facturé est nul
- Les filtres habituels recommandés par la CNAM sont appliqués :
 - DPN_QLF<> 71 pour supprimer les éléments envoyés pour information
 - Identification des erreurs sur les années de naissance et le genre du bénéficiaire :
 - Suppression des cas 002<=BEN_AMA_COD<=110 OR 1000<=BEN_AMA_COD<=1023) ou manquant

⁶ [Localisation géographique des bénéficiaires | Documentation du SNDS & SNDS OMOP \(health-data-hub.fr\)](#)



- Suppression des cas où **BEN_SEX_COD** in (0,9)
- Suppression des cas où **BEN_NAI_ANN** in ('0001', '0000', '0')
- Sélection des NIR non fictifs ou provisoires **BEN_CDI_NIR=00**
- Lorsque le **PFS_EXE_NUM** est manquant, les différentes valeurs de codage sont uniformisées :

```
case when t1.pfs_exe_num="00000000" then "99999999" else
t1.pfs_exe_num end
```
- Les prestations qualifiées comme non rattachables, non individualisables à un bénéficiaire (cf. Tableau 40 Annexe 1) sont supprimées.
- Le traitement des données du DCIR a nécessité la suppression de l'activité de l'hospitalisation privé. Il n'y a pas de solution parfaite pour réaliser cet exercice, les solutions proposées par le HDH et divers forums ont été testés mais sont insuffisantes. Pour le projet, nous proposons de récupérer les dates d'hospitalisation des établissements privés dans les tables du **PMSI** et de supprimer toutes les prestations réalisées dans ces dates dans la table des prestations **ER_PRS_F**.

CAS PARTICULIERS des DONNEES PMSI :

- Les numéros du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) en double (juridique et géographique, pour les séjours en MCO et actes et consultations externes) ont été supprimés :

```
proc sql;
create table XXXX as select * from XXXX
where 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') ;
quit;
```

- Les GHM en erreur pour les séjours en MCO sont supprimés car ils ne sont pas valorisés : **GRG_GHM** not like '90%', **GRG_GME** not like '90%
- Les codes en erreur pour le chaînage des séjours en MCO et actes et consultations externes sont repérables comme suit :
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 +/- NIR_ANO_17 in ('xxxxxxxxxxxxxxxx', 'XXXXXXXXXXXXXXXX')
- Les prestations inter-établissements pour les champs MCO (**ENT_MOD** <> '0' and **SOR_MOD** <> '0') ont été supprimées



- Les ACE (Actes et Consultations Externes) valorisés via FIDES se trouvent à la fois dans le PMSI et dans le DCIR. Pour éviter les double-comptes, on privilégie le PMSI. Pour exclure les lignes ACE dans DCIR, nous avons utilisé la variable `er_ete_f.ETE_IND_TAA` (exclusion des lignes ayant la valeur 1). Cette variable est mal nommée mais elle donne une indication concernant FIDES et non la T2A. Pour supprimer les ACE de la table des prestations DCIR, nous avons suivi les recommandations du HDH⁷.
- Concernant l'activité externe, la date d'exécution des soins à conserver est la date `EXE_SOI_DTD` présente dans les tables `FBSTC` et `FCSTC`. Les dates `EXE_SOI_DTD` ou `ENT_DAT` présentes dans la table CSTC ne sont pas des dates d'exécution des soins.

3. Méthodologie spécifique de chaque prestation de soins

3.1 Les transports sanitaires

Périmètre :

Tous les transports sanitaires primaires réalisés en 2021 sont considérés. Les transports secondaires, correspondant aux transports effectués inter-établissements, sont à charge de l'établissement demandeur et ne sont pas considérés dans cette étude.

Unité d'analyse :

Un transport est identifié par un bénéficiaire, une date et un exécutant. Il est retrouvé avec les variables `BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/PFS_EXE_NUM`.

Choix méthodologiques :

- Sélection des codes de prestations de référence relatifs aux transports (`PRS_NAT_REF` compris entre 4203 et 4234).
- Le département de départ du trajet n'est disponible que pour les ambulances (AMB) et les Véhicules Sanitaires Légers (VSL). Il n'est pas renseigné pour les taxis, transports personnels et les transports autres, qui sont les plus nombreux en volume. Ainsi, nous considérerons uniquement le département de résidence du bénéficiaire.
- Certaines prestations ont un code prestation (`PRS_NAT_REF`) propre alors qu'elles ne peuvent être facturées seules. Il s'agit des compléments. C'est le cas pour les codes prestations 4203, 4225 et 4226. Ainsi, les lignes relatives aux suppléments facturés seuls ont été supprimées (c'est-à-dire sans acte de base associé).
- Suppression des transports en SMUR qui sont financés en dotation et non par unité de transport (certains sont présents dans le SNDS).

⁷https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/etablissements_sante.html#les-etablissements-publics



- Le supplément TMR (Transport Mobilité réduite), comme son nom l'indique est un supplément et ne peut être facturé sans acte de base. Mais il est codé comme un acte de base (**CPL_MAJ_TOP=0**). Il faut malgré tout le rattacher à un « vrai » acte de base. Les suppléments se rattachent à l'acte de base par la variable **BSE_PRS_NAT** mais ici, cela n'est pas possible car le forfait est lui-même considéré comme un acte de base. Ainsi, nous avons choisi de modifier la variable **CPL_MAJ_TOP** (codage 2 au lieu de 0) et de sommer l'ensemble des suppléments et de les répartir au prorata sur le nombre de trajets réalisés le même jour/exécutant/bénéficiaire. Dans le cas où plusieurs trajets en ambulances sont réalisés le même jour au même taux de remboursement avec des franchises/suppléments, la somme est réalisée et le coût unitaire est déduit.
- Il est possible d'avoir au cours de la même journée pour un même exécutant et même bénéficiaire des trajets de différentes natures (VSL et AMB). Dans ce cas nous avons ajouté le **PRS_NAT_REF** dans la clé afin de distinguer les trajets et les coûts. Dans le cas où un supplément TMR se surajoute à ce cas précis, il n'est pas possible de rattacher le supplément à l'un ou l'autre des trajets. En théorie, il serait réparti au prorata sur le cout total du trajet par clé, mais nous n'avons pas ce cas pour 2021.
- Il est possible d'avoir la même journée pour le même exécutant et même bénéficiaire des trajets de même nature avec des taux de remboursements différents. Dans ce cas, les trajets considérés sont classés dans la catégorie taux inférieurs à 100%.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, nous avons considéré pour les transports sanitaires les inducteurs suivants :

- Type de transport : Ambulance (**PRS_NAT_REF= 4206, 4212, 4221**), Taxi (**PRS_NAT_REF= 4210, 4214, 4217, 4218, 4220, 4229**), Véhicule Sanitaire Leger (**PRS_NAT_REF=4213**), Véhicule Personnel (**PRS_NAT_REF=4215**), Autres modes de transports (**PRS_NAT_REF=4219**).

3.2 Les consultations médicales

3.2.1 Les consultations de médecine générale

Périmètre :

Toutes les prestations de santé réalisées par les médecins généralistes libéraux en 2021 sont considérées à l'exception des consultations réalisées dans le cadre des ACE à l'hôpital.

Unité d'analyse :

Une prestation de médecine générale est identifiée par un bénéficiaire, une date, un exécutant et retrouvée avec les variables : **BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/PFS_EXE_NUM**.

Choix méthodologiques :

- Sélection de l'activité du professionnel exécutant : **PSE_SPE_COD = 1, 22, 23** (01 : médecine générale, 22 : spécialiste en médecine générale avec diplôme, 23 : spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre).



- Suppression des professionnels de santé (PS) salariés d'un établissement de santé et PS fictifs correspondant à la sélection de PSE_STJ_COD=51 (exercice libéral).
- Suppression de l'activité d'hospitalisation privée dans le DCIR. La table des ACE du PMSI a été délibérément écartée, car elle ne couvre pas ou très rarement l'activité de médecine générale.
- Suppression des lignes PRS_NAT_REF non pertinentes pour la médecine générale ou l'étude (Tableau 4).

Tableau 4 : Liste des prestations hors périmètre

PRS_NAT_REF	PRS_NAT_LIB
1062	CDE CONGE PARENTAL
1123	SUITE D'EXAMEN DE SANTE
1910	PLAN PERSONNALISE DE SANTE
1912	HONORAIRES NON VENTILABLES INDIVIDUALISES
1929	ACTE DE VACCINATION COVID 19
1930	ACTE D'INJECTION DU VACCIN COVID19
1981	FORFAIT IVG HONORAIRES DE VILLE
2414	CONSULTATION IVG
3329	FORFAIT MEDICAMENT IVG VILLE
3150	INDEMNITE INFLATION
3313	PHARMACIE 65%
3364	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE
3365	HONORAIRE DISPENSATION EN LIEN AVEC AGE
3366	HONORAIRE DE DISPENSATION MEDICAMENTS SPECIFIQUES
3386	HONO DISP 7
3390	HONO DISP GC 7
4316	FRAIS EXPERTISE AMIABLE

Nb : Le forfait fausse couche précoce⁸ contient une consultation, la délivrance de deux boîtes de médicaments ainsi que les honoraires de dispensation (+/- échographie). Ce forfait est conservé dans notre analyse. Le forfait IVG médicamenteuse se décompose en : consultation du recueil de consentement + coût des médicaments (délivrés par MG ou pharmacie) + coût de deux consultations + consultation de contrôle. La problématique est que la quantité associée au forfait est noté 1 (pour un forfait) alors qu'il comprend 2 consultations +/- le médicament. Le tout est facturé le même jour. Il peut être également découpé si plusieurs professionnels de santé interviennent⁹, il est donc facturable en une fois ou plusieurs fois. Il est donc difficile dans ce cas de figure de raisonner en unité (ie. consultation médicale). Cette problématique est peu fréquente dans la base, c'est pourquoi nous proposons de

⁸ <https://www.ameli.fr/herault/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/prises-en-charge-des-fausses-couches-precoces-en-ville>

⁹ <https://www.ameli.fr/herault/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/ivg-medicamenteuse>



supprimer les lignes correspondant au forfait IVG médicamenteuse dans le cadre de la consultation de médecine générale.

- Suppression des prestations composées uniquement de facturation de compléments (CPL_MAJ_TOP=2) pour une même clé.
- Suppression des lignes dont l'acte de base (CPL_MAJ_TOP=0 ou 1) est : « Forfait sécurité dermatologique » et « prise en charge exceptionnelle dépassement honoraire Tiers payant » (PRS_NAT_REF 1175 et 2159), conformément aux recommandations de la CNAM (erreurs de remontées d'information).

Pour un même jour, même bénéficiaire, même exécutant il peut y avoir plusieurs prestations en santé (i.e. actes, consultations, visites, téléconsultations, Tableau 5). Il est néanmoins compliqué de séparer les venues d'une même journée. L'ajout du PRS_NAT_REF dans la clé primaire ne suffit pas puisque deux prestations de même nature peuvent être réalisées au cours d'une même journée. Pour les cas où la prestation de nature différente intervient dans la journée, la difficulté est de rattacher les compléments et les actes aux prestations de base. Les suppléments (majoration, franchise, etc..) ainsi que les actes associés à une consultation (échographie ou autre acte CCAM) sont considérés en suppléments et sont répartis au prorata sur toutes les prestations de base. Par exemple, un supplément pour un acte de 20 euros a été réparti en deux s'il y a deux consultations déclarées le même jour et le même bénéficiaire. Dans le cas où seuls des actes sont facturés lors d'une venue, il s'agit bien d'actes réalisés au cours d'une consultation. Néanmoins, la facturation de ces actes ne donne pas droit à la facturation d'une consultation. Il existe des exceptions à cette règle, notifiées en Annexe 2.

Tableau 5 – Liste des actions en fonction des cas observés

CAS TROUVES DANS LE SNDS	ACTION
Seuls des actes sont facturés lors d'une venue	Modifier la quantité pour ne considérer qu'une seule venue (même si plusieurs actes sont réalisés)
Une consultation ou visite à domicile est associée à un ou plusieurs actes	Réaffecter le coût des actes en supplément au prorata du nombre de consultations ou visites de base
Actes et téléconsultations déclarés le même jour	Il ne peut y avoir des actes réalisés en téléconsultations ; ces cas marginaux ont été supprimés

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux consultations de médecine générale ont été considérés:

- Le type de prestations réalisées : consultations au cabinet avec ou sans actes, visites à domicile avec ou sans actes, téléconsultations, actes ;
- L'âge des bénéficiaires, selon la classification (0-6/6-16/17-79/+80) qui ouvre droit à une majoration spécifique.



3.2.2 Les autres spécialités médicales

Périmètre :

Toutes les consultations et activités médicales (hors médecine générale) réalisées en 2021 sont considérées. Les activités réalisées dans le cadre des urgences et des hospitalisations (publiques et privés) ne sont pas incluses et feront l'objet d'un traitement distinct.

Unité d'analyse :

Dans le cadre de l'activité libérale, l'unité d'analyse est une prestation médicale (hors médecine générale) par bénéficiaire, date d'exécution des soins, exécutant identifiée avec les variables suivantes: **BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/PFS_EXE_NUM**

Dans le cadre de l'activité externe des hôpitaux, l'unité d'analyse est une prestation médicale par bénéficiaire, numéro de séquence, numéro d'établissement et la date d'exécution des soins identifiée avec les variables : **NIR_ANO_17/SEQ_NUM/ETA_NUM/EXE_SOI_DTD**.

Choix méthodologiques spécifiques à la question de l'activité médicale réalisée en libéral (table du DCIR) :

- Suppressions des spécialités non concernées (traitées dans un autre groupe de travail) : **PSE_SPE_COD** (Tableau 6).

Tableau 6 : Spécialités exclues

01 : MEDECINE GENERALE	18 : STOMATOLOGIE
22: SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE AVEC DIPLOME	36: CHIRURGIE DENTAIRE (SPECIALISTE O.D.F.)
23: SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE RECONNUE PAR L'ORDRE	37 : ANATOMIE – CYTOLOGIE - PATHOLOGIQUE
38 : DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECIN	72 : MEDECINE NUCLEAIRE
74,76 : RADIOTHERAPIE	80 : SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE
82 : MEDECINE LEGALE ET EXPERTISES MEDICALES	83 : MEDECINE D'URGENCE

- Suppression des activités non médicales c'est à dire **PSE_ACT_NAT**= 0.
- Suppression des PS salariés d'un établissement de santé et des PS fictifs, c'est-à-dire **PSE_STJ_COD**=51, (PS exercice libéral) ou 55 (PRATICIENS A TEMPS PLEIN HOSPITALIER POUR L'ACTIVITE LIBERALE) ou non renseignés (90,98 : inconnu ou sans objet)
- Suppression des urgences privées et des ACE de la table des prestations.
- Suppression des hospitalisations privées.
- Les spécialités ont été regroupées comme indiqué dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Regroupement de spécialités

REGROUPEMENT PROPOSE	PFS_SPE_LIB	PSE_SPE_COD
ALLERGOLOGIE	ALLERGOLOGIE	85
MEDECINE VASCULAIRE	MEDECINE VASCULAIRE	84
MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	81
GENETIQUE MEDICALE	GENETIQUE MEDICALE	78
ONCOLOGIE MEDICALE	ONCOLOGIE MEDICALE	73
HEMATOLOGIE	HEMATOLOGIE	71
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	42
CHIRURGIE	CHIRURGIE ORALE	69
	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	49
	CHIRURGIE VASCULAIRE	48
	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE	47
	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	46
	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	45
	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	44
	CHIRURGIE INFANTILE	43
	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	41
	CHIRURGIE UROLOGIQUE	16
	NEUROCHIRURGIE	10
	CHIRURGIE GENERALE	4
NEPHROLOGIE	NEPHROLOGIE	35
GERIATRIE	GERIATRIE	34
PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	75
	PSYCHIATRIE GENERALE	33
	NEUROPSYCHIATRIE	17
NEUROLOGIE	NEUROLOGIE	32
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	31
OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGIE	15
RHUMATOLOGIE	RHUMATOLOGIE	14
PNEUMOLOGIE	PNEUMOLOGIE	13
PEDIATRIE	PEDIATRIE	12
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	11
MEDECINE INTERNE	MEDECINE INTERNE	9
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	8
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE	79
	OBSTETRIQUE	77



	GYNECOLOGIE MEDICALE	70
	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	7
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	5
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	3
ANESTHESIE REANIMATION	REANIMATION INTENSIVE MEDICALE	20
	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	2

- Suppression des prestations composées uniquement de facturation de compléments (CPL_MAJ_TOP=2) pour une même clé.
- Suppression des lignes dont l'acte de base (CPL_MAJ_TOP=0 ou 1) est : « Forfait sécurité dermatologique » et « prise en charge exceptionnelle dépassement honoraire Tiers payant » (PRS_NAT_REF 1175 et 2159), conformément aux recommandations CNAM (erreurs de remontées d'information).
- Suppression des prestations incluant un PRS_NAT_REF non pertinents pour l'étude (Tableau 8).

Tableau 8 : Prestations non pertinentes

BSE_PRS_NAT	Libellé
1100	PROTOCOLE MURAIN - BILAN VISUEL
1122	EXAMEN SPECIAL (PROTOCOLE)
1929	ACTE DE VACCINATION COVID 19
1930	ACTE D'INJECTION DU VACCIN COVID19
1981	FORFAIT IVG HONORAIRES DE VILLE
3329	FORFAIT MEDICAMENT IVG VILLE
4316	FRAIS EXPERTISE AMIABLE

Suppression des lignes incluant les PRS_NAT_REF suivants car non pertinents pour l'étude (Tableau 9).



Tableau 9 : Prestations non pertinentes

Libellé
COURONNE TRANSITOIRE RAC 0
COURONNE TRANSITOIRE RAC MODERE
FORFAIT PROTHESE DENTAIRE ADJOINTE
FORFAIT PROTHESE DENTAIRE CONJOINTE
INLAY CORE RAC 0
INLAY CORE RAC MODERE
INLAY ONLAY RAC MODERE
INLAY CORE TARIF LIBRE
MONTURE ADULTE DE CLASSE B
PROTHESE AMOVIBLE E TRANSITION RAC 0
PROTHESE AMOVIBLE RAC 0
PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE
PROTHESE DENTAIRE PROVISoire, COURONNE TRANSITOIRE TARIF LIBRE
PROTHESE FIXE CERAMIQUE PROTHESE FIXE CERAMIQUE TARIF LIBRE
PROTHESE FIXE RAC 0
PROTHESE FIXE RAC MODERE
VERRE DE CLASSE A MULTIFOCAL OU PROGRESSIF COMPLEXE
VERRE DE CLASSE B MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE
VERRE DE CLASSE B NEUTRE OU UNIFOCAL SPHERIQUE SIMPLE
VERRE DE CLASSE B UNIFOCAL SPHERO CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE
VIDEOCAPSULE

- Création de catégories à partir de l'acte de base : T pour téléconsultation, C pour consultation, V pour visite et A pour actes.
- Conduites à tenir en fonction des cas trouvés (Tableau 10).

Tableau 10 – Liste des actions en fonction des cas observés

COMBINAISON	LIBELLE	ACTION	COMMENTAIRE
A	Consultation + Acte	Mettre quantité =1	Tous les actes sur 1 venue
ACT	Consultation associée à un Acte + TC	Supprimer	Affectation des suppléments complexe
AT	TC + Acte	Supprimer	Hypothèse de 2 venues + Affectation des suppléments complexe
AV	Visite + Acte	Quantité de visites	Hypothèse d'1 venue
C	Consultation(s) sans actes	Quantité de C	
CT	Consultation + TC	Supprimer	Affectation des suppléments complexe
CV	Consultation + Visite	Supprimer	Affectation des suppléments complexe
T	TC	Quantité de T	
V	Visite	Quantité de V	

Choix méthodologiques spécifiques à la question de l'activité médicale réalisée en ACE (table PMSI) :

- Seuls les ACE valorisés *ie* repérables par la variable VALO=1 dans la table ValoACE ont été considérés.
- Les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé. Ils comprennent 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 (forfaits matériels, forfaits sécurité environnement et autres forfaits liées à l'activité médicale). Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville mais son organisation peut varier. L'hôpital a recours au plateau technique mais aussi à différents professionnels de santé non médicaux, à des fins d'optimisation alors que l'organisation en ville a un accès au plateau technique plus limité et commence à peine à déléguer certaines responsabilités aux PS non médicaux. Ainsi, à des fins de comparaisons et pour valoriser uniquement le coût d'une consultation de spécialiste, les lignes/frais liés aux spécialités décrites dans le Tableau 11 sont supprimées.

Tableau 11 : spécialités non retenues

PSE_SPE_COD	LIBELLÉ
6	RADIODIAGNOSTIC
30	LABORATOIRE
37	ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE
38	DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECIN
39	LABORATOIRE POLYVALENT
40	LABORATOIRE ANATOMO-PATHOLOGISTE
50	PHARMACIE D'OFFICINE
52	PHARMACIE HOSPITALIERE
80	SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE
82	MEDECINE LEGALE ET EXPERTISE MEDICALES

- L'ensemble des dispositifs médicaux facturés en sus de la consultation (Tableau 12) a été supprimé afin de distinguer le coût de la consultation et le coût des DM « coûteux » associés.

Tableau 12 : Prestations non retenues

ACT_COD	LIBELLÉ
CMO	PROTHESE FIXE METALLIQUE RAC 0
CT0	COURONNE TRANSITOIRE RAC 0
IC0	INLAY CORE RAC 0
IC1	INLAY CORE RAC MODERE
PA0	PROTHESE AMOVIBLE RAC 0
PA1	PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE
PDT	PROTHESE DENTAIRE PROVISOIRE COURONNE TRANSITOIRE TARIF LIBRE
PF1	PROTHESE FIXE RAC MODERE
PH8	PHARMACIE HOSPITALIERE EN SUS DU GHS
PII	IMPLANT INTERNE (CHAP 1 et 2 et 3)



PME	IMPLANT MU PAR ELECTRICITE (CHAP 4)
PTO	PROTHESE AMOVIBLE DE TRANSITION RAC 0

- Suppression des prestations (i.e ensemble de lignes) avec au moins un forfait urgence valorisé (**ACT_COD=ATU** ou **PRS_NAT=2238**) puisque les urgences sont traitées à part et le contenu d'un passage aux urgences est différent d'une consultation de spécialiste programmée.
- Suppression des prestations avec au moins une prestation dans la liste de spécialités (Tableau 13) car traitées à part.

Tableau 13 : Spécialités non retenues

SPE_NUM	LIBELLÉ
18	STOMATOLOGIE
19, 53, 54	CHIRURGIE DENTAIRE
36	CHIRURGIE DENTAIRE (SPECIALISTE ODF)
72	MEDECINE NUCLEAIRE
74, 76	RADIOTHERAPIE
83	MEDECINE D'URGENCE

- Suppression des prestations dont le motif est un acte de dialyse (**ACT_COD=D16**), car les dialyses sont traitées dans le travail sur les séances.
- Suppression des prestations composées uniquement de prestations non médicales.
- Suppression des forfaits hospitaliers lorsqu'ils sont facturés seuls (forfait sécurité environnement par exemple).
- Suppression de la spécialité médecine générale (traitée dans une autre section) sauf si elle est associée à une autre spécialité. Il est connu dans les tables hospitalières que les internes sont codés en médecin généraliste. Nous posons l'hypothèse ainsi que la prestation est associée à l'autre spécialité.
- Suppression des prestations (minoritaires) avec deux spécialités médicales sur la même facture car il est difficile d'affecter les actes et suppléments à la bonne spécialité.
- La dépense liée à la prestation est estimée selon les recommandations CNAM/ATIH : **ACT_NBR*ACT_COE*PRI_UNI*REM_TAU/100**
- Les prestations comprenant des téléconsultations associées à des actes ou des consultations associées à des téléconsultations sont supprimés.



Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux consultations de spécialistes ont été considérés :

- Le type de prestations réalisées : consultations au cabinet avec ou sans actes, visite à domicile avec ou sans acte, téléconsultations,
- Le lieu de réalisation de la CS (ACE ou en ville),
- L'âge des bénéficiaires : 0-6 /7-16/17-79/80+,
- La spécialité du médecin.

3.3 Les soins dentaires

Périmètre :

L'ensemble des soins dentaires réalisés par les chirurgiens-dentistes, les chirurgiens-dentistes en orthodontie et les stomatologues en 2021 en libéral.

Unité d'analyse :

Dans les données de soins dentaires, plusieurs actes réalisés à des dates différentes peuvent être facturés en une seule fois. Cela implique que dans la base de données, la date d'exécution des soins renseignée est en réalité une date de facturation regroupant l'ensemble des actes réalisés sur plusieurs venues. Par exemple, un même bénéficiaire fait l'objet pour la seule journée du 9 février 2021, de la facturation de plus de 50 actes différents (radiologies, couronnes, inlay-core, forfaits prothétiques, etc.), dont certains relèvent clairement de soins étalés sur plusieurs semaines. Ainsi, la date d'exécution des soins ne peut être utilisée pour identifier une venue ou un soin en général. Plusieurs options s'offraient à nous pour étudier cette prestation de soins :

- Supprimer les consommations de soins d'une date donnée dès que celles-ci est supérieure à un montant : l'éventail des montants est tel que nous n'avons a priori pas d'information fiable nous permettant de fixer un tel seuil. Cette option n'a pas été retenue.
- Créer des épisodes regroupant plusieurs soins par trimestre ou intervalle de temps fixe : nous n'avons pas retenu cette option car un intervalle temporel est peu informatif.
- Utiliser les dates indiquées comme étant des épisodes : cela génère une variabilité importante dans l'estimation de la moyenne et l'écart type car certains soins eux sont uniques sur une date donnée.
- Supprimer les facturations sur un jour donné dont la quantité d'actes dépassent un certain seuil. Là aussi, aucune donnée ne nous a permis de fixer un seuil.

Face à ces difficultés, et étant donné que l'approche par "venue" n'était pas fiable, nous avons choisi de faire une estimation annuelle des dépenses par bénéficiaire et par nature de soins. Cette estimation est fidèle au parcours réel. Cette dépense annuelle pourra être au besoin reventilée en fonction de l'horizon temporel de l'étude nécessitant la valorisation d'un parcours de soins. Cette information apporte un plus aux regards des informations publiées par la DREES qui n'exploitent que les dépenses au niveau macro-économique et non au niveau individuel selon les inducteurs de coûts. La



cartographie des dépenses ne distingue pas les dépenses selon les types de soins et inducteurs de coûts.

Choix méthodologiques :

- Les soins dentaires en France sont assurés par plusieurs types de professionnels de santé, on distingue : les chirurgiens-dentistes, non-médecins, qui assurent la majorité des soins courants ; les chirurgiens-dentistes en orthodontie qui sont des chirurgiens-dentistes spécialistes ; les stomatologues, médecins spécialistes, qui réalisent des actes chirurgicaux complexes. Cette diversité justifie l'utilisation conjointe des variables **PSE_SPE_COD** (spécialité médicale – pour les médecins) et **PSE_ACT_NAT** (nature d'activité – pour les non médecins) pour identifier les professionnels concernés. Ainsi, l'analyse a porté sur les actes des professionnels identifiés dans le Tableau 14.

Tableau 14 : Sélection des professionnels de santé concernés

PSE_SPE_COD	LIBELLE
18	Stomatologues
36	Chirurgiens-dentistes spécialisés en orthopédie dento-faciale
PSE_ACT_NAT	
19	Chirurgie dentaire
53	Orthopédie dento-faciale
54	Médecine bucco-dentaire

- Très peu d'activités et d'actes externes (ACE) sont retrouvés dans le DCIR, nous avons choisi de supprimer cette activité.
- Les actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation (secteur privé) ont été supprimés.
- Les actes de vaccination COVID 19 ont été supprimés.
- Les actes ont été identifiés à partir de la table de codage de la Classification Commune des Actes Médicaux (ESND_ER_CAM_F), qui fournit des informations détaillées sur les actes techniques médicaux et paramédicaux réalisés en soins de ville. Pour créer les catégories d'actes, il a été nécessaire d'importer le référentiel des actes techniques de la CCAM, permettant ainsi l'importation des libellés et des catégories d'actes. Les catégories d'actes définies par l'Assurance Maladie sont les suivantes :
 - Soins conservateurs (Détartrage et polissage des dents, Restauration d'une dent d'un secteur prémolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire, ...)
 - Prothèses (Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge, Adjonction ou changement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible, ...)
 - Imagerie (Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës, Radiographie panoramique dento-maxillaire, ...)
 - Chirurgie dentaire (Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie, Évacuation d'un abcès parodontal, ...)



- Actes techniques (Frottis et/ou prélèvement intrabuccal, Hémostase gingivo-alvéolaire secondaire à une avulsion dentaire, ...)

Il convient de souligner que, bien que certaines catégories d'actes soient souvent réalisées conjointement (par exemple, un soin conservateur accompagné d'un acte d'imagerie), elles sont traitées séparément dans cette classification. En effet, en raison des problématiques de facturation, il est impossible de déterminer avec certitude l'acte auquel elle est liée.

La classification de la CCAM sépare la catégorie chirurgie dentaire en deux catégories : les catégories « actes de chirurgie » et « chirurgie dentaire ». Il a été décidé de les regrouper car ce niveau de granularité n'a pas été jugé pertinent dans le cadre du projet MOVIE. De même la catégorie « Actes techniques » regroupe les catégories « actes techniques médicaux diagnostiques » et « actes techniques médicaux thérapeutiques ».

Pour les prestations de soins qui ne sont pas des actes (telles que les consultations, les forfaits ou les actes de prévention), les catégories ont été déduites individuellement. Par exemple, le « Forfait Prothèse Dentaire Conjointe », n'est pas un acte au sens strict, il n'apparaît pas dans le référentiel CCAM, et il n'a donc pas de catégorie attribuée. Toutefois, son coût doit être pris en compte pour le calcul du coût total annuel des prothèses, et il a donc été inclus dans la catégorie « Prothèses ». La liste des prestations pour lesquelles aucune catégorisation n'était retrouvée dans le référentiel CCAM sans acte est fournie dans le Tableau 15 ci-dessous avec leur catégorie de rattachement déduite du libellé. Les actes de chirurgie CCAM sans libellé ont été supprimés, car ils ne pouvaient être affectés à une catégorie et représentaient un pourcentage très faible des actes chirurgicaux. De plus, ils concernaient principalement des régularisations. Certains épisodes ont également été éliminés lorsqu'ils ne pouvaient être associés à aucune catégorie, comme c'est le cas par exemple pour « les frais d'expertise amiable ».

Tableau 15 : Regroupement et catégorisation des PRS_NAT_REF

CATEGORIES	PRS_NAT_REF	PRS_NAT_LIB
Consultations	1111	Consultation Cotée C
	9421	Prévention Bucco-Dentaire : Consultation
	1112	Consultation Cotée Cs
	1103	Avis Ponctuel De Consultant
	1434	Prévention Bucco-Dentaire : Consultation - Mater
	1211	Visite Cotée V
	1105	Consultation Complexe
	1438	Bucco Dent. Consultation Complexe Maternité
	1101	Avis Ponctuel De Consultant PUPH
	1191	Téléconsultation Toutes Spécialités
	1215	Avis Ponctuel De Consultant Médecin (Visite)
1212	Visite Cotée Vs	
Imagerie	1331	Actes de radiologie
	1439	Bucco dent. consultation et radio panoramique maternité
	9422	Prévention bucco-dentaire : radio deux clichés
	1435	Prévention bucco-dentaire : radio deux clichés-mater

	9423	Prévention bucco-dentaire : radio quatre clichés
	1436	Prévention bucco-dentaire : radio quatre clichés-mater
Orthodontie	1424	Traitements D Orthodontie Pratiques Par Le Chirurgien-Dentiste
	5204	Forfait Orthodontie
	1422	Traitements D Orthodontie Pratiques Par Le Médecin
	5206	Forfait Orthodontique (C2s Hors Panier De Soins)
	Prothèses	5203
5201		Forfait Prothèse Dentaire Adjointe
5202		Forfait Réparation Prothèse Adjointe
1477		Réparation Sur Prothèse, A Partir Du 01/04/2019 (En Date De Soins) , Réparation Prothèse Tarif Libre
1475		Prothèse Dentaire Provisoire, A Partir Du 01/04/2019 (En Date De Soins) Couronne Transitoire Tarif Libre
1476		Prothèse Fixe Céramique, A Partir Du 01/04/2019 (En Date De Soins), Prothèse Fixe Céramique Tarif Libre
Suppression	1321	Acte De Chirurgie CCAM
	4381	Actes Non Nomenclature
	1352	Actes Techniques Médicaux (Hors Imagerie) CCAM
	1465	Implantologie - CCAM
	1472	Parodontologie
	1470	Endodontie
	1453	Prophylaxie Bucco-Dentaire CCAM
	1196	Forfait Innovation Système De Sante
	1121	Honoraire De Surveillance
	1426	Pec Exceptionnelle Dépassement Dentaire
	4316	Frais Expertise Amiable
	1312	Actes De Spécialité En K

- Lorsqu'un supplément pouvait être attaché à plusieurs actes éligibles, le coût du supplément a été réparti entre les actes correspondants.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux soins dentaires ont été considérés :

- La catégorie d'acte (actes techniques, chirurgie, consultation, imagerie, prothèses, soins conservateurs, traitement d'orthodontie)
- Le genre
- La catégorie de professionnel
- La classe d'âge (0-11/12-17/18-69/70+).



3.4 Les infirmiers, kinésithérapeute, podologue, sage-femme, orthopédistes, orthophonistes

3.4.1 Les soins infirmiers

Périmètre :

L'ensemble des prestations réalisées par les infirmiers libéraux à domicile ou en cabinet en 2021 est considéré. Les activités exercées dans le cadre salarié sont exclues.

Unité d'analyse :

Les infirmiers libéraux en France exercent une activité diversifiée, incluant des actes techniques, des soins relationnels ainsi qu'un rôle de coordination de soins. La tarification des actes infirmiers libéraux est régie par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Il existe des spécificités dans la facturation des soins infirmiers à domicile. En effet, ils peuvent facturer des soins en série (facturation en une fois de plusieurs prestations au domicile d'un bénéficiaire pour des soins récurrents), ce qui pose un problème d'identification des prestations. Le forfait dépendance, destiné à couvrir les soins quotidiens pour les bénéficiaires en perte d'autonomie, ne peut être facturé qu'une seule fois par jour, indépendamment du nombre de prestations effectuées par les infirmières même s'il ne s'agit pas de la même infirmière sur la même journée. Ces spécificités ont conduit à faire des choix dans la façon d'analyser le coût de la prestation pour soins infirmiers. La question s'est posée de définir la clé pour identifier une prestation pour soins infirmiers. Deux choix se présentaient :

- Identifier une clé à la prestation de soin infirmier :

Pour remonter à l'unité facturée, il est recommandé de prendre en compte les variables de jointure nécessaires pour la table de facturation : **FLX_DIS_DTD/FLX_TRT_DTD/FLX_EMT_TYP/FLX_EMT_NUM/FLX_EMT_ORD/ORG_CLE_NUM**. En ajoutant les variables spécifiques du bénéficiaire, l'exécutant et la date des soins, nous obtenons une clé d'identification d'une prestation à 10 variables : **BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/PFS_EXE_CRY/FLX_DIS_DTD/FLX_TRT_DTD/FLX_EMT_TYP/FLX_EMT_NUM/FLX_EMT_ORD/ORG_CLE_NUM**.

Un exemple, illustre le type de cas obtenu (Tableau 16). La clé à 10 variables regroupe quatre prestations à domicile associés à des actes techniques. Chaque prestation comprend la facturation d'un acte infirmier (AMI), d'une majoration pour acte unique et d'une indemnité forfaitaire de déplacement. Cette clé ne permet donc pas d'identifier une prestation à domicile et ne peut donc être utilisée.

- Identifier une clé à la journée, quel que soit le nombre d'exécutants :

Nous obtenons une clé d'identification à 3 variables : **BEN_NIR_PSA/ BEN_RNG_GEM/ EXE_SOI_DTD**.

Tableau 16 : Exemple de facturation en série.

CLÉ	PFS_EXE_CRY	BSE_PRS_NAT	CPL_PRS_NAT	PRS_PAI_MNT
clé à 10 variables (BEN_NIR_PSA/ BEN_RNG_GEM/ EXE_SOI_DTD/ PFS_EXE_CRY/ FLX_DIS_DTD/ FLX_TRT_DTD/ FLX_EMT_TYP/ FLX_EMT_NUM/ FLX_EMT_ORD/ ORG_CLE_NUM)	exécutant 1	0	1842--indemnités forfaitaires déplacement des auxil. médicaux et assimilés	2.50
	exécutant 1	0	3116--majoration pour acte unique	1.35
	exécutant 1	0	3116--majoration pour acte unique	1.35
	exécutant 1	3111	0	3.78
	exécutant 1	0	1842--indemnités forfaitaires déplacement des auxil. médicaux et assimilés	2.50
	exécutant 1	3111	3111--actes en ami	12.93
	exécutant 1	0	1842--indemnités forfaitaires déplacement des auxil. médicaux et assimilés	2.50
	exécutant 1	3111	0	3.78
	exécutant 1	0	3116--majoration pour acte unique	1.35
	exécutant 1	3111	0	3.78
	exécutant 1	0	1842--indemnités forfaitaires déplacement des auxil. médicaux et assimilés	2.50
	exécutant 1	0	3116--majoration pour acte unique	1.35

Conclusion unité d'analyse :

Nous avons testé les deux approches et il est apparu plus robuste de retenir la seconde approche, c'est-à-dire une clé à la journée, associée à d'autres filtres, pour identifier au mieux le nombre de prestations et le coût par prestation. Ce coût journalier est ensuite divisé par le nombre de prestations (i.e. somme de la quantité d'indemnités de déplacements, codées PRS_NAT_REF=1842 et 1848) pour obtenir un montant moyen par prestation.

Choix méthodologiques :

- Le forfait dépendance, destiné à couvrir les soins quotidiens pour les bénéficiaires en perte d'autonomie, ne peut être facturé qu'une seule fois par jour, indépendamment du nombre de prestations effectuées par les infirmières même s'il ne s'agit pas de la même infirmière sur la même journée. Le Tableau 17 illustre le cas où deux infirmières différentes interviennent la même journée, un seul forfait dépendance sera facturé pour la journée. Les infirmières devront alors s'organiser en interne pour partager ce forfait. Dans le cas où deux forfaits sont facturés sur la même journée et le même exécutant (Tableau 18), nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une facturation en série. Au regard des différentes problématiques liées à la facturation des prestations en série et aux forfaits dépendance, on proposera des résultats de coût des prestations liés à un forfait dépendance et des coûts pour les autres types de prestations.



Tableau 17 : Une seule facturation du forfait dépendance par jour (cas majoritaire) pour 2 exécutants différents

CLÉ	PFS_EXE_CRY	BSE_PRS_NAT	CPL_PRS_NAT	PRS_PAI_MNT
BEN_NIR_PSA, BEN_RNG_GE M EXE_SOI_DTD	executant 1	3108--soins infirmiers externalisés (pec légère)	0	13.00
	executant 1	1848--indemnités forfait. Déplacement infirmiers	0	2.50
	executant 1	0	3117	5.00
	executant 2	0	3117	5.00
	executant 2	1848--indemnités forfait. Déplacement infirmiers	0	2.50

pec : prise en charge

Tableau 18 : Une double facturation du forfait dépendance le même jour pour le même exécutant

CLÉ	PFS_EXE_CRY	BSE_PRS_NAT	CPL_PRS_NAT	PRS_PAI_MNT
BEN_NIR_PSA, BEN_RNG_GEM, EXE_SOI_DTD	executant 1	3108--soins infirmiers externalisés (pec légère)	0	13.00
	executant 1	1848--indemnités forfait. Déplacement infirmiers	0	2.50
	executant 1	3108--soins infirmiers externalisés (pec légère)	0	13.00
	executant 1	1848--indemnités forfait. Déplacement infirmiers	0	2.50

pec: prise en charge

- Les actes réalisés par des infirmiers ont été identifiés grâce à la variable **PSE_ACT_NAT** qui renseigne la nature de l'activité du professionnel exécutant (24 pour l'infirmier et 86 pour l'infirmier en pratique avancée).
- Seuls les professionnels exécutants dont le numéro professionnel (**PFS_EXE_CRY**) était renseigné ont été conservés. Ainsi, tous les professionnels fictifs et les professionnels exerçant à titre salarié ont été supprimés.
- Certaines prestations ont un code de prestation (**PRS_NAT_REF**) propre alors qu'elles ne peuvent être facturées seules. Il s'agit de compléments/majorations. Nous avons corrigé la variable **CPL_MAJ_TOP** pour qu'elle prenne la valeur 2 en présence du code prestation 1848 (indemnités forfaitaires de déplacement infirmiers). Nous avons également remplacé la quantité d'actes par 0 lorsque le code de prestation était 1848, 3109 (majoration infirmier enfant), 3116 (majoration pour acte unique) ou 3117 (majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier).
- Séparation des prestations selon dépendance/ non dépendance : Les prestations liées à un forfait dépendance ont été traités séparément des autres types de prestations.
- Pour identifier le champ de la dépendance, nous avons sélectionné : les forfaits dépendance (**PRS_NAT_REF** = 3106, 3107, 3108) , les bilans de soins infirmiers (**PRS_NAT_REF** = 3115), les soins infirmiers externalisés (**PRS_NAT_REF**=3120), les majorations de coordination et d'environnement du soin infirmier (**PRS_NAT_REF** = 3117) et les indemnités forfaitaires de



déplacement des infirmiers et des auxiliaires médicaux et assimilés (PRS_NAT_REF=1848, 1842) réalisés au cours d'une journée ayant un forfait dépendance facturé.

- Suppression des journées avec plus d'un forfait dépendance facturé puisque chaque journée ne doit comporter qu'un seul forfait dépendance.
- Suppression des journées avec plus de quatre indemnités forfaitaires de déplacement infirmiers puisque la réglementation fixe une limite de quatre indemnités forfaitaires de déplacement par jour pour les soins infirmiers.
- Les actes/compléments/majorations associés au champ hors dépendance étaient obtenus après la suppression de : toutes les clés à quatre variables (BEN_NIR_PSA, BEN_RNG_GEM, EXE_SOI_DTD, PRS_NAT_REF) déjà présentes dans le champ de la dépendance, des indemnités forfaitaires de déplacement des infirmiers (PRS_NAT_REF=1848), des indemnités de vacation en cas de déplacement d'un infirmier ou d'un médecin dans le cadre de la vaccination pour le COVID 19 (PRS_NAT_REF = 1962, 3144, 1929, 1930), de l'indemnisation des infirmiers vacataires (PRS_NAT_REF = 3118), des préparations magistrales (PRS_NAT_REF = 3326).

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux soins infirmiers ont été considérés : Type de soins (dépendance, hors dépendance), genre, lieu d'exécution (domicile ou cabinet).

- Pour les soins liés à la dépendance : type de forfait (PEC lourde, modérée, légère).
- Pour les soins non liés à la dépendance : type d'acte principal (AIS seul, AMI seul).

3.4.2 Les autres professionnels de santé

Périmètre :

Toutes les prestations réalisées par les sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues, orthophonistes à domicile ou en cabinet en 2021 sont considérés. Toutes les activités salariées sont exclues.

Unité d'analyse :

Quel que soit le professionnel de santé, les « journées » étaient identifiées via la clé à quatre variables : BEN_NIR_PSA, BEN_RNG_GEM, EXE_SOI_DTD et PFS_EXE_CRY.

Nous avons d'abord regroupé les consultations réalisées par un même bénéficiaire auprès d'un même professionnel au cours d'une même journée, en nous appuyant sur la clé suivante : BEN_NIR_PSA / BEN_RNG_GEM / EXE_SOI_DTD / PFS_EXE_CRY. Ensuite, nous avons estimé le coût par prestation en divisant le montant total facturé sur la journée et par un professionnel à un bénéficiaire par le nombre d'indemnités de déplacement associé à cette journée. Si aucun déplacement n'était facturé, nous avons remplacé ce nombre par 1.



Choix méthodologiques :

Communs à tous les professionnels de santé :

- Les actes réalisés par les différents professionnels de santé ont été identifiés grâce à la variable **PSE_ACT_NAT** qui renseigne la nature de l'activité du professionnel exécutant. Elle prend la valeur 21 pour la sage-femme, 26 pour le masseur-kinésithérapeute, 28 pour l'orthophoniste, 29 pour l'orthoptiste et 27 pour le pédicure-podologue.
- Seuls les professionnels exécutant une activité libérale ont été considérés dans l'analyse (**PSE_STJ_COD** =51).
- Seuls les professionnels dont le numéro professionnel (**PFS_EXE_CRY**) était renseigné ont été conservés. Ainsi, tous les professionnels fictifs et les professionnels exerçant à titre salarié ont été supprimés.
- Plusieurs actes de base ou compléments d'acte peuvent être associés à une même journée et à un même professionnel sans avoir le même lieu d'exécution (**EXE_LIE_COD**) référencé. Dans ce cas, l'analyse par lieu de prise en charge ne présente pas ces cas (sans les supprimer de la base de données).

Spécifiques des sages-femmes :

Le forfait pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse se compose d'une échographie pré-IVG, d'une consultation du recueil de consentement, d'un forfait lié à la délivrance du médicament et de la consultation de contrôle. Comme nous l'avons vu pour la problématique des médecins généralistes, la quantité associée au forfait est notée 1 (pour un forfait). Or, il peut être facturable en une fois ou plusieurs fois pour un même professionnel et « partagé » entre plusieurs professionnels. Le texte de loi associé est présenté en Annexe 4. Il est donc difficile d'isoler précisément le coût d'une venue liée à une IVG médicamenteuse réalisée en ville par une sage-femme. Afin d'assurer la cohérence de l'analyse, nous avons choisi d'exclure toutes les consultations liées à une IVG médicamenteuse. Pour ce faire, nous avons identifié l'ensemble des actes associés à une IVG (consultation IVG : 2414 ou 2426, forfait IVG : 1981, forfait médicament IVG en ville : 3329, échographie pré-IVG : 2428)

Spécifiques des masseurs-kinésithérapeutes :

- La nomenclature en vigueur en 2021 ne permettait pas d'identifier avec certitude la nature des actes réalisés par les professionnels. Par exemple, le coefficient 10 attaché à l'acte AMK pouvait aussi bien correspondre à (1) une prise en charge kinésithérapique respiratoire du bénéficiaire atteint de mucoviscidose, (2) un bilan musculaire pour deux membres ou (3) une rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires. L'analyse présentée ne rentrera donc pas dans ce niveau de détails.
- Des suppléments sont possibles tels que les suppléments de balnéothérapie en bassin, pour bandage multicouche pour un ou deux membres. Pour tous les suppléments côtés en acte de base



(avec PRS_NAT_NBR=1 et CPL_MAJ_TOP<2), nous avons remplacé la quantité d'actes (PRS_ACT_NBR) par 0.

- Les bilans diagnostics effectués par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement. Il est facturable dès la première prestation, quel que soit le nombre de prestations prescrites ou facturées. Il est cumulable à taux plein avec la cotation de la rééducation et ne nécessite pas de prescription spécifique autre que celle de la rééducation¹⁰. Alors que ce bilan s'applique pour un nombre de prestations précis qui évolue en même temps que la prise en charge du bénéficiaire, nous avons fait le choix de le considérer comme un acte indépendant (sans le rapporter à l'ensemble des prestations associées) puisque les coefficients 10.7/10.8 associés aux lettres clés n'étaient pas spécifiques aux bilans en 2021.

Spécifiques des pédicures-podologues :

- L'analyse des données de l'ESND repose sur les soins présentés au remboursement, en particulier pour les bénéficiaires diabétiques, conformément aux réformes en vigueur en 2021. Elle ne reflète donc qu'une partie de l'activité des pédicures-podologues, dont de nombreux actes relèvent des soins de confort non pris en charge et donc non enregistrés dans les bases de l'AM.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux autres professionnels de santé ont été considérés :

- Pour les sages-femmes : genre¹¹, type d'actes (aucun, acte SF, acte CCAM, Echographie, Actes SF+ Actes CCAM, Actes SF+ actes CCAM+Echographie), lieu d'activité, grossesse, lieu d'activité (cabinet ou domicile).
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes : genre, âge, lieu d'exécution des soins.
- Pour les orthoptistes : genre, âge, lieu d'exécution des soins.
- Pour les pédicures-podologues : type de consultation (pour actes de pédicure-podologue/ pour conception et fabrication de semelle orthopédique), genre, lieu d'exécution des soins.
- Pour les orthophonistes : genre, âge, lieu d'exécution des soins.

3.5 Examens médicaux : imagerie et biologie

3.5.1 La biologie

Périmètre :

Tous les examens de biologies médicales (hors d'anatomopathologie) ainsi que l'activité des biologistes libéraux et l'activité externe des hôpitaux hors urgence et hospitalisation réalisées en 2021 sont considérés.

¹⁰ Ordre des médecins. <https://sarthe.ordremk.fr/files/2019/10/NGAP-version-du-1er-septembre-2019.pdf>

¹¹ Les hommes peuvent consulter une sage-femme pour des motifs spécifiques, il ne s'agit pas d'une erreur.



Unité d'analyse :

Plusieurs cas peuvent être rencontrés :

- Plusieurs prestations pour une même ordonnance (actes de biologie + prélèvement + forfait(s)).
- Plusieurs ordonnances par jour pour un bénéficiaire :
 - Au même moment => 1 prélèvement.
 - A différents moments de la journée => 1 prélèvement par ordonnance.
- Plusieurs prescripteurs par jour pour un bénéficiaire.

Une prestation de biologie par bénéficiaire par jour et par prescripteur (**BEN_IDT_ANO / EXE_SOI_DTD / PFS_PRE_NUM**) est retenue.

Choix méthodologiques :

- Identification des codes de prestations de référence relatives à la biologie : **PRS_NAT_REF** 3211, 3221, 3222, 3223, 3225. Nous avons fait le choix de requêter à partir des codes actes de biologie médicale et non du professionnel exécutant. En effet, certains médecins ou pharmaciens biologistes peuvent être prescripteurs d'actes ou réaliser eux-mêmes des actes (exemple : vaccination), nous voulions donc éviter de capter ces actes qui pourraient ne pas être directement liés à des analyses de biologie médicale.
- Suppression des actes COVID via la table affinée (**BIO_PRS_IDE** 5271, 9006, 4719, 4720, 4721, 4722, 4274, 9007 et RGO_REM_TAU = 100). Le choix de la suppression des actes de diagnostic du COVID est justifié par l'année d'analyse. En effet, en 2021 le nombre de tests était très important (réalisé obligatoirement pour voyager dans certains pays et avant la réalisation de procédures chirurgicales). Le nombre de tests COVID n'était donc pas comparable à celui des années suivantes où il a décliné.
- Suppression des actes d'anatomopathologie codés selon le référentiel de la biologie médicale via la table affinée (**BIO_PRS_IDE** 0004, 0005, 0006, 0007, 0008, 0012, 0013, 0026, 0027, 0028, 0029, 0030, 0031, 0032, 0014, 0015, 0016, 0017, 0018, 0023, 0024, 0025, 0021, 0022). Nous avons supprimé les actes d'anatomopathologie car ces actes codés selon le référentiel de la biologie médicale sont très minoritaires par rapport à ceux codés selon la CCAM (réalisés dans des laboratoires d'anatomopathologie) et donc peu représentatifs.
- Les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé. Cette activité concerne uniquement les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), c'est à dire les établissements ex-DG (dotation globale). Nous avons identifié les actes de biologie réalisés dans le cadre de l'activité externe via la variable **ACT_COD** (B, KB, PB, TB, MAJDLDF, MAJDLN) à partir des informations des tables du PMSI (en excluant les analyses biologiques réalisées lors d'un passage aux Urgences).



Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, voici la liste des inducteurs spécifiques à la biologie ont été considérés:

- L'âge : Nouveau-né/Nourrisson/Enfant 2-11/Adolescent 12-17/Jeune adulte 18-24/Adulte 25-34/Adulte 35-44/Adulte 45-54/Adulte 55-69/Sénior 70+,
- Le genre,
- La spécialité de prescripteur,
- Le cancer actif (oui/non).

En premier lieu, les variables démographiques (âge et genre) ont été sélectionnées car de nombreuses dépenses de santé augmentent avec l'âge et peuvent varier selon le genre, notamment en raison des différences de prévalence des pathologies. Il était aussi attendu que la spécialité médicale de certains prescripteurs ainsi que la présence d'une pathologie cancéreuse soient associées avec des prescriptions d'analyses de biologie médicale plus fréquentes et/ou plus coûteuses^{12,13}.

3.5.2 L'imagerie

Périmètre :

Toutes les prestations d'imagerie réalisées en 2021 ont été prises en compte (activité libérale, clinique privée et consultation externe à l'hôpital public). Le périmètre est restreint à l'imagerie médicale diagnostique et exclut les actes de radiologie interventionnelle et per-opératoire.

Unité d'analyse :

On distingue le cas des forfaits techniques (IRM, Scanner et Scintigraphie) et des actes.

En ce qui concerne les forfaits techniques, l'unité est le forfait identifié par le bénéficiaire et la date de soin (**BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD**). Dans l'absolu plusieurs forfaits techniques pourraient être facturés le même jour mais cela correspond plutôt à une régularisation de l'Assurance Maladie qui paie le même jour plusieurs forfaits techniques des actes réalisés à des dates différentes. Lorsque plusieurs FT étaient facturés le même jour un coût moyen d'un forfait a été déduit en déduisant la dépense par le nombre de forfaits facturés.

En ce qui concerne les actes, l'unité d'analyse retenue est la visite du bénéficiaire. Si un bénéficiaire effectue plusieurs examens sous une même clé, les coûts associés à ces examens sont additionnés afin de mieux refléter le coût total associé à cette prise en charge (**BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD**).

Choix méthodologiques :

- L'acte d'imagerie est financé en deux parties : la prestation (le ou les acte(s)) et le forfait technique pour les actes concernés (IRM, Scanner, Scintigraphie). Il a été décidé de séparer le coût du forfait technique du coût des actes pour plusieurs raisons : le forfait technique, conçu pour que les

¹² rapport « Points de repère Ameli, secteur de la biologie médicale en 2016 »

¹³ Biol'AM, Ameli : Actes de biologie médicale par type de prescripteur - 2012 à 2023



établissements amortissent leur matériel, est remboursé à 100% contrairement aux actes qui ne le sont pas toujours. De plus, la date de facturation des forfaits n'est pas toujours la date de réalisation de l'acte d'imagerie associé, ce qui rend complexe l'association des forfaits aux actes, d'autant plus dans le cas de multiples actes la même journée. Enfin, les forfaits techniques ne concernent que trois types d'imagerie. Pour toutes ces raisons il est apparu pertinent d'estimer un coût de forfait technique indépendamment du reste.

- Les coûts des forfaits diffèrent selon qu'ils s'agissent d'une IRM, d'un scanner et d'une scintigraphie. Or dans le SNDS ils sont regroupés dans une seule catégorie ne permettant pas de les distinguer sur leurs seuls libellés (Forfait technique IRM-Scanners). Pour résoudre ce problème, chaque forfait a été associé à un acte spécifique (IRM ou scanner) en se basant sur l'identifiant du bénéficiaire et sa date du soin. Afin de garantir la précision de cette correspondance, seuls les bénéficiaires ayant subi un seul type d'acte (IRM ou scanner un jour donné) ont été pris en compte pour cette jointure. Les forfaits ont donc été estimés sur une sous population d'individus ayant réalisé un seul type d'acte et pour lesquels la date de facturation d'un forfait technique correspondait à la date de réalisation de l'acte.
- L'analyse se focalisait sur l'imagerie médicale diagnostique. Les actes de radiologie interventionnelle ou per-opératoire n'ont pas été traités. Pour supprimer tout acte/supplément de radiologie interventionnelle ou per-opératoire, nous avons fait un tri à partir du libellé des actes. Le Tableau 19 présente la liste complète des actes non considérés.

Tableau 19 : Liste des actes interventionnels ou per-opératoires exclus de l'analyse

LIBELLÉ
Cholangiographie et/ou pancreaticographie [wirsungographie] peropératoires
Détection peropératoire de lésion après injection de produit radio-isotopique
Détection radio-isotopique préopératoire de lésion par injection transcutanée intratumorale ou peritumorale, avec détection radio-isotopique peropératoires
Echographie peropératoires
Echographie-doppler peropératoire du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie œsophagienne, pour contrôle de la correction chirurgicale d'une cardiopathie congénitale ou d'une valvopathie [valvulopathie]
Echographie-doppler peropératoires du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie œsophagienne, pour surveillance de défaillance cardiocirculatoire à l'issue d'une CEC
Echographie-doppler pour repérage préopératoire de pédicule vasculaire d'un lambeau de réparation
Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau *, réalisée en salle d'imagerie
Radiographie de contrôle de pièce opératoire d'exérèse mammaire
Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire
Supplément pour radiographie per opératoire au cours d'un acte de chirurgie orthopédique ou traumatologique

- Certains actes nécessitent l'utilisation d'un produit de contraste, souvent onéreux et facturé en sus de l'acte et du forfait associé. Les produits de contraste sont délivrés en officine sur ordonnance en amont de la réalisation de l'acte. Il est donc complexe voire impossible de



rattacher un produit de contraste à un acte. Il conviendra alors d'ajouter le coût du produit de contraste individuel au coût moyen de l'acte d'imagerie estimé dans ce travail. De plus, il faut noter que la réforme de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023, modifiant le circuit de distribution des produits de contraste, modifie également le coût de l'IRM ou du scanner puisqu'il intègre désormais le coût moyen du « produit de contraste ».

Choix méthodologiques spécifiques concernant les forfaits techniques :

- Identification des codes de prestations de référence relatives à l'imagerie : le forfait technique normal IRM-Scanners (PRS_NAT_REF = 2351), le forfait technique réduit IRM-Scanner (PRS_NAT_REF= 2352) et le forfait technique tomographie (PRS_NAT_REF= 2354) ont été sélectionnés.
- Spécificité des forfaits : les forfaits bénéficient d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (forfait établissement), garantissant ainsi un reste à charge nul pour les bénéficiaires. Les rares cas où le reste à charge n'était pas nul, ont été supprimés, car ils résultaient généralement de régularisations « mal prises en compte » (ex : patients bénéficiant de l'AME qui n'avaient pas été identifiés, malgré les filtres recommandés).

Choix méthodologiques spécifiques concernant les actes d'imagerie :

- Les actes ont été identifiés à partir de la table des données de codage de la Classification Commune Des Actes Médicaux (ESND_ER_CAM_F) qui contient l'information précise des actes techniques médicaux et paramédicaux dispensés en soins de ville. Cette table a été associée au référentiel des actes techniques de la CCAM. La variable « CODE_REGROUPEMENT » a permis de sélectionner les prestations d'imagerie (ADE, ADI pour échographie et imagerie respectivement). Cette table des actes CCAM, mise à jour annuellement, est disponible sur le site AMELI¹⁴ et doit être importée sur la plateforme SNDS.
- Il est à noter que certains codes de prestations (actes de radiologie, prévention bucco-dentaire et acte d'échographie) contenaient des actes qui n'étaient pas répertoriés dans la table ESND_ER_CAM_F. Ces actes, en faible proportion (1.6%), ne pouvant pas être identifiés, n'ont pu être décrits.
- Prise en compte des suppléments :
Les actes codés « YYYY*** » correspondaient à des suppléments d'acte (suppléments pour archivage numérique d'une mammographie, supplément pour injection de produit de contraste radiologique pour arthrographie, etc.) ou suppléments de guidages (guidage échographie, guidage radiologique, guidage remnographie, guidage scanographie). En pratique, ces suppléments ont été identifiés et rattachés aux actes possibles en fonction du libellé de l'acte (par exemple, les guidages échographiques ne seront rattachés qu'aux libellés d'échographie). En cas de plusieurs actes de rattachement possibles, le coût a été divisé par le nombre d'actes et imputé aux différents actes possibles (clé unique).

¹⁴ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/actes-techniques-ccam>



Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques à l'imagerie ont été considérés:

Pour les forfaits :

- La nature spécifique du forfait (normal, réduit, tomographique),
- Le genre

Pour les actes :

- La catégorie d'acte (actes techniques, échographie, IRM, radiographie, scanographie, scintigraphie, dentaire, autre),
- Le genre

3.6 Les produits de santé

Périmètre :

Tous les produits de santé délivrés en officine, chez l'opticien et l'audioprothésiste en 2021 sont considérés. Les produits de santé délivrés par d'autres fournisseurs ne sont pas retenus dans ce projet.

Unité d'analyse :

L'unité d'analyse retenue pour la catégorie officine est la délivrance de produits de santé pour un bénéficiaire, date, prescripteur. Elle est identifiée par les variables **BEN_NIR_PSA /BEN_RNG_GEM /EXE_SOI_DTD /PFS_PRE_NUM** ou **PSP_PPS_NUM**. Le numéro du prescripteur est récupéré dans les variables **PSP_PPS_NUM** ou **PFS_PRE_NUM** en fonction de la nature d'activité du prescripteur (salarié ou libéral).

Concernant l'audioprothèse et l'optique, l'unité d'analyse retenue est la délivrance de produits de santé pour un bénéficiaire, une date et un fournisseur (opticien ou audioprothésiste). Cela est identifié par les variables **BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/PSE_ACT_NAT**

Choix méthodologiques :

- La location de matériel est exclue (**ER_TIP_F** différent de 3). Nous considérons uniquement les achats et les autres frais liés aux achats (frais de livraison éventuels etc...). En effet, certains produits de santé sont en location, courte ou longue durée. Dans le premier cas, la facturation se fait en une seule fois, dans le second, la location se fait à la semaine et la facturation généralement au mois (mais pas systématiquement).

Choix méthodologiques spécifiques aux délivrances en officine :

- L'activité des fournisseurs suivants a été identifiée via la variable : **PSE_ACT_NAT** = (50, 51), correspondant aux pharmacies d'officine et mutualiste.
- Les délivrances incluant au moins une des prestations présentes dans le Tableau 20 ont été supprimées.



Tableau 20 : Prestations non considérées dans les délivrances d’officine

PRS_NAT_REF	LIBELLÉ
1930	ACTE D’INJECTION DU VACCIN COVID19
1962	VACATION MEDECIN VACCINATION COVID 19
3317	PHARMACIE HOSPITALIERE A 100%
3318	PHARMACIE HOSPITALIERE A 65%
3319	PHARMACIE HOSPITALIERE
3330	ECART INDEMNISABLE RETROCESSION
3351	MEDICAMENT AVEC UNE AUTORISATION TEMPORAIRE D'UT
3352	PREPARATION MAGISTRALE HOSPITALIRE
3353	PREPARATION HOSPITALIERE
3354	MEDICAMENT AVEC AUTORISATION D'IMPORTATION
3355	MARGE FORFAITAIRE (MEDICAMENTS HOSPITALIERS)
3356	PHARMACIE HOSPITALIERE DEROGATOIRE
3403	REMUNERATION PHARMACIEN COVID 19
3531	OPTIQUE MEDICALE PROPREMENT DIT
3586	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO
3587	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO
3588	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE
3589	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE
3595	PROTHESES AUDITIVES - PILES
9999	VALEUR INCONNUE

En effet, en ce qui concerne l’optique et les audioprothèses, nous souhaitons être représentatifs de ce service. Un achat d’optique ou de prothèses en officine correspond à des produits très particuliers différents de ceux vendus chez les opticiens et audioprothésistes. Nous avons donc fait le choix d’exclure ces délivrances (minoritaires).

- Lorsque deux spécialités étaient affectées à un même numéro de prescripteur, la délivrance a été supprimée. Ce cas ne devrait théoriquement pas arriver puisqu’un numéro de prescripteur devrait correspondre à une unique spécialité médicale.
- Un regroupement des spécialités médicales du prescripteur est présenté dans le Tableau 21.

Tableau 21 : Regroupement des spécialités médicales considéré

REGROUPEMENT PROPOSE	PFS_SPE_LIB	PSP_SPE_COD
ALLERGOLOGIE	ALLERGOLOGIE	85
MEDECINE VASCULAIRE	MEDECINE VASCULAIRE	84
MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	81
GENETIQUE MEDICALE	GENETIQUE MEDICALE	78
ONCOLOGIE MEDICALE	ONCOLOGIE MEDICALE	73
HEMATOLOGIE	HEMATOLOGIE	71

ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	42
CHIRURGIE	CHIRURGIE ORALE	69
	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	49
	CHIRURGIE VASCULAIRE	48
	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	47
	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	46
	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	45
	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	44
	CHIRURGIE INFANTILE	43
	CHIRURGIE DENTAIRE	(19,53,54)
	CHIRURGIE DENTAIRE (SPECIALISTE O.D.F.)	36
	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	41
	CHIRURGIE UROLOGIQUE	16
	NEUROCHIRURGIE	10
	CHIRURGIE GENERALE	4
	STOMATOLOGIE	18
NEPHROLOGIE	NEPHROLOGIE	35
GERIATRIE	GERIATRIE	34
PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	75
	PSYCHIATRIE GENERALE	33
	NEUROPSYCHIATRIE	17
NEUROLOGIE	NEUROLOGIE	32
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	31
OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGIE	15
RHUMATOLOGIE	RHUMATOLOGIE	14
PNEUMOLOGIE	PNEUMOLOGIE	13
PEDIATRIE	PEDIATRIE	12
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	11
MEDECINE INTERNE	MEDECINE INTERNE	9
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	8
GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE	79
	OBSTETRIQUE	77
	GYNECOLOGIE MEDICALE	70
	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	7
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	5
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	3
ANESTHESIE REANIMATION	REANIMATION INTENSIVE MEDICALE	20

	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE	2
AUTRES	ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE	37
	DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECIN	38
	SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	80
	INCONNU	0,99
MEDECINE GENERALE	MEDECINE D'URGENCE	83
	MEDECINE GENERALE	1
	SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE AVEC DIPLOME	22
	SPECIALITE EN MED. GENERALE RECONNUE PAR L'ORDRE	23
IMAGERIE & MEDECINE NUCLEAIRE	MEDECINE NUCLEAIRE	72
	RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	6
RADIOTHERAPIE & ONCOLOGIE	RADIOTHERAPIE	76
	ONCOLOGIE MEDICALE	73
	ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE	74
INFIRMIER	INFIRMIER	24
	INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	86
ORTHOPTISTE	ORTHOPTISTE	29
MASSEUR - KINESITHEPEUTE	MASSEUR - KINESITHEPEUTE	26
PEDICURE-PODOLOGUE	PEDICURE-PODOLOGUE	27
PHARMACIE D'OFFICINE	PHARMACIE D'OFFICINE	50
	PHARMACIE MUTUALISTE	51

Les spécialités ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE, DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECIN, SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE n'ont pas été jugées exploitables en vue de l'utilisation ultérieure des résultats et sont donc considérées avec les spécialités inconnues (non renseignées).

Choix méthodologiques spécifiques aux délivrances d'optique/audioprothèses/autres prothèses

- Les fournisseurs de prothèses hors audioprothèses sont définis dans le Tableau 22.

Tableau 22 : Fournisseurs prothèses

PFS_ACT_NAT	ACT_NAT_LIB
63	FOURNISSEUR (ORTHESES)
66	FOURNISSEUR (PROTHESES OCULAIRES ET FACIALES)
67	FOURNISSEUR (PODO-ORTHESES)
68	FOURNISSEUR (ORTHO-PROTHESES)

Ces fournisseurs délivrent des dispositifs médicaux très différents (allant des pansements aux fauteuils roulants). Une première analyse a été réalisée et le montant moyen montre un écart type très important du fait de l'hétérogénéité des produits vendus. Ainsi, ce résultat serait

difficilement exploitable dans nos études. En conséquence, nous avons retiré ces fournisseurs de l'étude MOVIE pour cette prestation de soins.

- Concernant les appareils auditifs, plusieurs établissements peuvent en délivrer, les pharmacies ainsi que les fournisseurs indiqués dans le Tableau 23.

Tableau 23 : Fournisseurs audioprothèses

PFS_ACT_NAT	ACT_NAT_LIB
60	FOURNISSEUR (SOCIETE)
61	FOURNISSEUR (ARTISAN)
62	FOURNISSEUR (ASSOCIATION)
65	FOURNISSEUR (AUDIOPROTHESES)
64	FOURNISSEUR (OPTIQUE MEDICALE)

Néanmoins, les appareils auditifs vendus en pharmacie ne sont généralement pas des prothèses auditives, mais plutôt des assistants d'écoute. Un assistant d'écoute, également appelé amplificateur d'écoute, est un appareil électronique destiné à amplifier les sons environnants. Contrairement aux appareils auditifs, les assistants d'écoute ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils sont disponibles en pharmacie ou parapharmacie, sans ordonnance. Nous faisons le choix de ne pas les explorer dans l'étude, puisque nous souhaitons être représentatifs du coût des prothèses auditives. Certains opticiens et associations vendent également des prothèses auditives. Bien que la tarification et la complexité des modèles puissent varier selon ces fournisseurs, il s'agit de véritables prothèses auditives, justifiant leur inclusion dans l'analyse.

- Toutes les délivrances contenant au moins une prestation dans la liste du Tableau 24 ont été sélectionnées.

Tableau 24 : Sélection des prestations pour la délivrance de prothèses auditives

BSE_PRS_NAT	BSE_PRS_LIB
3586	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE GAUCHE
3587	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE DROITE
3588	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE GAUCHE
3589	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE DROITE
3549	PROCESSEUR POUR IMPLANT OSTE-INTEGRE

- Lorsque qu'une clé (i.e. la facturation ou la délivrance) comprenait un des codes indiqués dans le Tableau 25, la délivrance était supprimée.

Tableau 25 : Codes de prestations exclus du périmètre

BSE_PRS_NAT	LIBELLÉ
3311	PHARMACIE 100%
3503	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE
3506	MONTURE ADULTE DE CLASSE A



3508	VERRE DE CLASSE A, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF COMPLEXE
3510	VERRE DE CLASSE A, NEUTRE OU UNIFOCAL SIMPLE
3511	APPAREILS D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE, OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE
3519	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE
3520	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE SIMPLE
3521	ORTHESES (PETIT APPAREILLAGE) (CHAP. 1)
3559	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE SIMPLE
3563	MONTURE ADULTE DE CLASSE B
3566	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE COMPLEXE
4381	ACTES NON NOMENCLATURE
4382	PHARMACIE NON REMBOURSABLE
9999	VALEUR INCONNUE

Dans le cas où l'établissement vend de à la fois l'optique et de l'audioprothèse, il n'est pas possible d'affecter certains suppléments de manière fiable à la vente d'optique ou d'audioprothèses. Etant donné que les situations où un achat d'optique et d'audioprothèse a lieu le même jour pour le même bénéficiaire et auprès du même fournisseur sont très minoritaires, nous avons décidé de les exclure de l'analyse.

- Lorsque deux prothèses auditives sont facturées pour la même oreille et la même date/bénéficiaire/fournisseur, la délivrance est supprimée. L'hypothèse est qu'il y a une facturation le même jour de plusieurs prothèses auditives ou une anomalie sur ces cas (marginiaux).
- Concernant l'optique, la quasi-totalité des produits d'optique médicale sur prescription sont délivrés par les fournisseurs indiqués dans le Tableau 26.

Tableau 26 : Fournisseurs d'optique médicale

PFS_ACT_NAT	ACT_NAT_LIB
65	FOURNISSEUR (AUDIOPROTHESES)
64	FOURNISSEUR (OPTIQUE MEDICALE)

- Les délivrances ne contenant pas les prestations indiquées dans le Tableau 27 ont été sélectionnées.

Tableau 27 : Sélection des délivrances en fonction des prestations

BSE_PRS_NAT	LIBELLÉ
3511	APPAREILS D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE, OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE
3512	AUTRES MATERIELS POUR TRAITEMENTS A DOMICILE (CHAP. 1)
3514	MATERIELS ET APPAREILS POUR TRAITEMENTS DIVERS (CHAP. 3)
3521	ORTHESES (PETIT APPAREILLAGE) (CHAP. 1)

3541	APPAREILS ELECTRONIQUES DE SURDITE (CHAP 3.)
3543	PROTHESES OCULAIRES ET FACIALES (CHAP. 5)
3545	ORTHOPROTHESES (CHAP 7.)
3549	PROCESSEUR POUR IMPLANT OSTE-INTEGRE
3550	PROTHESE AUDITIVE SUIVI
3561	VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES
3586	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE GAUCHE
3587	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE DROITE
3588	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE GAUCHE
3589	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE DROITE
3590	PROTHESES AUDITIVES - ACCESSOIRES
3595	PROTHESES AUDITIVES - PILES

- Les délivrances contenant les prestations indiquées dans le Tableau 28 ont été supprimées.

Tableau 28 : Exclusion des délivrances en fonction des prestations

BSE_PRS_NAT	LIBELLÉ
3516	NUTRIMENTS POUR INTOLERANTS AU GLUTEN (CHAP. 3)
4381	ACTES NON NOMENCLATURE
4382	PHARMACIE NON REMBOURSABLE
9999	VALEUR INCONNUE

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux produits de santé ont été considérés:

- L'âge,
- Le genre,
- L'optique/audioprothèse/produits santé délivrés en officine,
- Pour les audioprothèses, le nombre d'oreilles appareillées,
- Pour les officines, la spécialité du prescripteur.

3.7 L'hôpital

3.7.1 Le passage aux urgences

Périmètre :

Tous les passages aux urgences (secteur public ou privé) réalisés en 2021 sont considérés.

Unité d'analyse :

Le passage aux urgences pour un bénéficiaire identifié par la date et le lieu de soins pour le secteur public (tables PMSI) est repéré par les variables : **NIR_ANO_17/SEQ_NUM/ETA_NUM/EXE_SOI_DTD**.



Dans le secteur privé, le passage aux urgences est valorisé à partir des tables du DCIR pour un bénéficiaire et une date de soins (**BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD**). Le problème de cette clé est qu'elle sélectionne aussi les éventuelles consommations de soins à la sortie/avant les urgences. Le numéro FINESS dans la table des prestations (**ESND_ER_PRS_F**) n'est pas renseigné de manière fiable et exhaustive et ne peut être utilisé dans la clé. Ainsi, certaines prestations qui ne sont pas associées aux urgences comme la délivrance de médicaments ou les transports sanitaires ont été supprimées. En conséquence, le passage aux urgences dans le secteur privé peut être légèrement surestimé du fait de cette difficulté.

Le choix des prestations à supprimer du passage aux urgences dans le secteur privé s'est porté sur :

- Les visites à domicile,
- Les frais de séjour (GHS ou majoration PMSI). Ces frais de séjour sont présents pour les bénéficiaires en SSR ou psychiatrie nécessitant un passage aux urgences et revenant ensuite en hospitalisation,
- Les transports par analogie à ce que nous avons dans les tables ACE (les transports éventuels pour l'activité urgence publique ne sont pas renseignés dans les tables ACE),
- Téléconsultation : bien qu'une téléconsultation puisse être réalisée dans le cadre 'urgent', nous faisons le choix de les supprimer dans le DCIR, car nous ne pouvons pas faire la distinction entre une téléconsultation de l'activité des urgences et téléconsultation auprès d'un médecin qui oriente vers les urgences.

L'Annexe 3 présente une synthèse des références conservées et supprimées dans le cadre de cette étude.

Choix méthodologiques spécifiques pour les ACE :

- Sélection des ACE valorisés, repérables par la variable « **VALO=1** » dans la table **ValoACE**.
- Sélection des passages aux urgences en considérant les passages contenant au moins un code prestation « ATU » (**ACT_COD= « ATU »**), correspondant au forfait urgence.
- La dépense liée au passage est estimée selon les recommandations CNAM/ATIH : **ACT_NBR*ACT_COE*PRI_UNI*REM_TAU/100**

Choix méthodologiques spécifiques pour les urgences privées :

- Sélection des passages avec au moins un forfait ATU (ie. **PRS_NAT_REF=2238**).
- Suppression des ACE présents dans les tables du DCIR.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux passages aux urgences ont été considérés:



- Le statut des établissements : privé/public,
- L'identification des différentes catégories de prestation lors d'un passage : forfait ATU seul, CS seule, CS+acte médical,
- La classe d'âge des bénéficiaires : 0-6 ans /7-16 ans/17-79ans /80 ans et plus.

3.7.2 L'hospitalisation complète

Périmètre :

Tous les séjours d'hospitalisation complète réalisés en MCO en 2021 dans le secteur public et privé ont été considérés dans l'analyse. Pour chaque séjour, ces coûts intègrent tous les frais de séjour (dépense de base), ainsi que tous les suppléments associés (molécule onéreuse, supplément réanimation, soins intensifs, dialyse etc...). Ceci exclut les hospitalisations partielles définies comme « *un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins de un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge* »¹⁵.

Unité d'analyse :

La clé unique d'identification des lignes regroupant un unique séjour hospitalier dans le secteur public et privé était **NIR_ANO_17, EXE_SOI_DTD, EXE_SOI_DTF**.

Choix méthodologiques :

Les séjours suivants ont été exclus :

- Séjours dont le 6^{ème} caractère du GHM était J ou T (correspond aux GHM ambulatoires ou de très courte durée),
- Séjours dont la durée était égale à 0 (hospitalisation de jour),
- Séjours non valorisés (**VALO** <>1).

Le statut de l'établissement a été repéré avec la variable « STA_ETA » qui prend la valeur « DGF » et « STC » pour les établissements publics ou ESPIC et « OQN » pour les établissements privés. La durée du séjour a été extraite de la table **ESND_T_MCO21B**, variable **SEJ_NBJ**.

Séjours dans le secteur public :

Les tables du PMSI sont à privilégier pour l'évaluation du coût des séjours en établissements publics¹⁶. Les variables « **MNT_TOT_AM** » (montant total du séjour remboursé par l'AMO)¹⁷ et **MNT_RAC**

¹⁵ Les dossiers de la DREES, n°111 – juillet 2023 : *Les établissements de santé en 2021 (page 37)*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-en-2021>

¹⁶ https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/etablissements_sante.html#les-etablissements-publics

¹⁷ https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/valorisation_mco.html#dans-le-snds



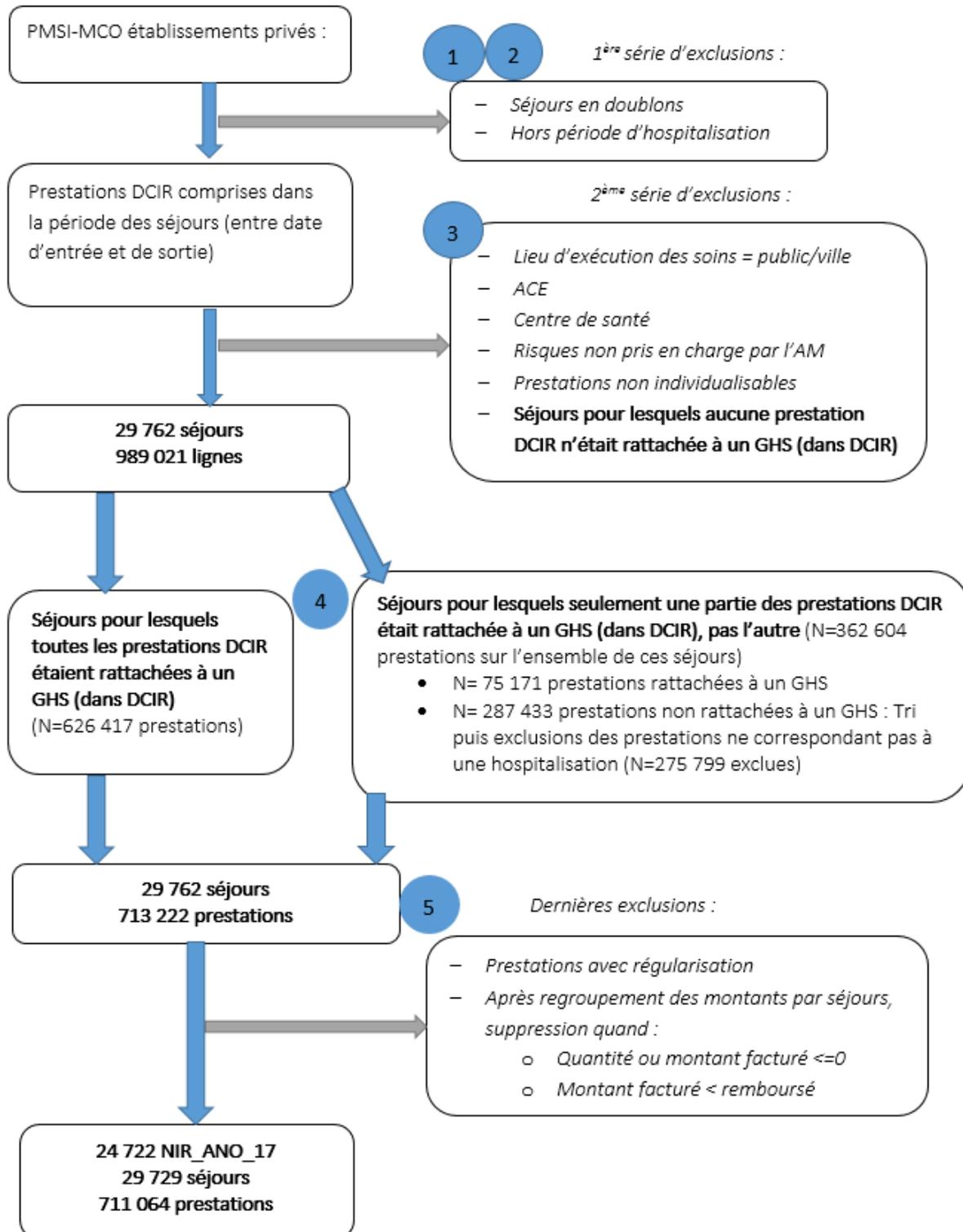
(montant resté à charge) de la table **ESND_T_MCO21VALO** ont été utilisées pour les analyses. La durée du séjour a été extraite de la table **ESND_T_MCO21B**, variable **SEJ_NBJ**.

Séjours dans le secteur privé :

Contrairement au secteur public, le coût des séjours en établissements privés n'est pas disponible dans les tables du PMSI, mais dans les tables du DCIR¹⁸. En effet, les séjours du privé (GHS, suppléments...) sont facturés individuellement à l'Assurance Maladie, ainsi que les actes et honoraires (facturés à part du GHS). Afin d'estimer les coûts des séjours en établissement privé à partir de DCIR, nous avons procédé en 5 étapes (Figure 2).

¹⁸ https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/fiche_etab_prives.html

Figure 2 : Sélection et valorisation des séjours en établissement privé





1 Avant de faire le lien entre la table des séjours du PMSI et les bases du DCIR, nous avons exclu de la base PMSI, 62 séjours en établissement privé qui avaient pour le même identifiant (variable NIR_ANO_17), deux séjours réalisés à des dates identiques. Etant donné que nous faisons le lien entre les bases PMSI et DCIR sur l'identifiant du bénéficiaire et les dates, le même montant DCIR aurait été affecté aux deux séjours, ce qui aurait faussé les résultats. Les séjours du privé exclus sont décrits dans le Tableau 43 en annexe 5. La majorité des séjours en doublons ayant été exclus étaient des séjours d'obstétrique.

2 Pour chaque séjour en établissement privé identifié dans les données du PMSI, nous avons extrait dans les bases du DCIR toutes les prestations comprises entre la date d'entrée et de sortie. A cette étape, 1 831 séjours n'avaient aucune prestation dans la même période dans les bases du DCIR, soit 5,7% des séjours. Ces séjours sont inexploitable car nous n'avons pas les coûts associés. Nous les avons exclus. Les diagnostics principaux de ces séjours sont décrits dans Tableau 44 en annexe 5. Un pourcentage de 88,7% des séjours sans prestations dans DCIR avait un diagnostic principal en Z380 (Enfant unique, né à l'hôpital).

3 Nous avons ensuite exclu :

- Les prestations dont le lieu d'exécution était un établissement public, un cabinet libéral en ville ou un centre de santé¹⁹ ;
- Les prestations correspondant à des actes en consultation externe (ACE)¹⁴ ;
- Les prestations associées à des risques non pris en charge par l'Assurance Maladie (Maladie, maternité, AT/MP, décès et invalidité sont les 5 risques pris en charge par l'Assurance Maladie. Si les caisses ont effectué des remboursements pour d'autres risques, ceux-ci ne sont pas censés être pris en charge) ;
- Les séjours pour lesquels aucune prestation composant ce séjour n'était rattachée à un GHS (ETE_GHS_NUM) renseigné dans la table du DCIR

4 Si toutes les prestations associées à un séjour étaient rattachées à un GHS dans la variable ETE_GHS_NUM (DCIR), nous avons conservé le séjour pour les analyses. En revanche, si une partie seulement des prestations du séjour était rattachée à un GHS mais pas l'autre, ce qui peut s'expliquer par le fait que le DCIR regroupe l'ensemble des prestations présentées au remboursement pour chaque bénéficiaire (et donc pas uniquement les prestations associées au séjour en établissement privé), nous avons procédé à un tri en deux étapes :

- Nous avons conservé les prestations pour lesquelles nous avons eu au moins une fois un GHS associé dans le DCIR, sur toute la base DCIR ;
- Nous avons ensuite procédé à un tri des autres prestations et exclu celles qui ne nous semblaient pas être en lien avec une hospitalisation (Tableau 46 en Annexe 5).

¹⁹ https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/etablissements_sante.html#les-etablissements-publics



5

Enfin, ont été exclus, les prestations avec régularisations ainsi que les séjours avec un montant total facturé négatif ou nul ou montant total facturé inférieur au montant remboursé.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

- Type d'établissement : privé/public-ESPIC,
- GHM : 2 593 en 2021,

Et selon différents regroupements de GHM créés par l'ATIH²⁰ :

- Spécialité, identifiée par le 3ème caractère du GHM : GHM chirurgicaux (C), GHM interventionnels (K), GHM Médicaux (M), GHM indifférencié (Z),
- Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) : 28 CMD correspondant le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire, etc.) ; elles sont subdivisées en racines de GHM,
- Sous-CMD,
- Racine du Groupe Homogène de Malades (rGHM): 611 racines, 5 premiers caractères du GHM, Regroupent un même type de prise en charge, défini par les diagnostics et les actes classant réalisés au cours du séjour hospitalier mais sans prise en compte du niveau de sévérité et de la nature du séjour.

Les regroupements de GHM créés par l'ATIH (depuis 2009)²¹ : Cette nomenclature regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). La mise à jour de la nomenclature est annuelle et mise à disposition en même temps que les nouvelles versions des GHM.

- Domaine d'Activité : 29 DA pour classer les racines de GHM par spécialité, ils sont transversaux à la répartition en M, C, O. (Exemple : D01 = Digestif, D02 = Orthopédie traumatologie ...)
- Groupe type Planification : 82 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 une soixantaine de lignes. Découpage des DA selon la répartition Médecine Chirurgie et endoscopies,
- Groupe d'Activité : 216 GA. 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, pour une présentation interne.

Il a été décidé que la distinction habituelle des résultats selon le département et le taux de prise en charge n'était pas pertinente dans le cas des hospitalisations complètes, notamment en raison de la multiplicité des résultats.

²⁰ ATIH : <https://www.atih.sante.fr/regroupement-ghm-en-2021-0>

²¹ <https://www.atih.sante.fr/regroupement-ghm-en-2021-0>



3.7.3 Les séances

Périmètre :

Dans le cadre hospitalier, une « séance » désigne une venue programmée de courte durée (inférieure à 24 heures) pour la réalisation d'un acte ou d'un traitement spécifique, sans hébergement de nuit. Le périmètre de l'analyse couvre l'ensemble des séances réalisées en 2021 dans un établissement de santé (privé ou public), relevant d'une « venue pour séance » de moins de 24 heures ainsi que les séances à domicile selon les cas. Les séances considérées pour ce travail sont : la chimiothérapie qu'elle soit liée à une affection tumorale (cancer) ou non tumorale, la radiothérapie, la curiethérapie, la dialyse, la transfusion, l'aphérèse, et l'oxygénothérapie hyperbare.

Unité d'analyse :

L'identification des lignes correspondant à une seule prestation en séance a été établie à partir des clés suivantes :

- NIR_ANO_17/EXE_SOI_DTD pour les tables du PMSI
- NIR_ANO_17/EXE_SOI_DTD/ EXE_SOI_DTF pour les tables du PMSI privées chaînées à la table de prestation ER_PRS_F
- BEN_NIR_PSA/BEN_RNG_GEM/EXE_SOI_DTD/ EXE_SOI_DTF pour les autres

Choix méthodologiques :

Requêtes spécifiques au secteur public (tables du PMSI) :

- Seules les séances avec un nombre de jours égal à 0 (SEJ_NBJ=0) sont conservées, sauf pour les dialyses dont les multiples séances peuvent être facturées comme un seul séjour.
- La variable « nombre de séances » doit ainsi être égale à 1 (NBR_SEA = 1) afin de garantir l'analyse de prestations unitaires. Une exception a toutefois été faite pour les séances de dialyse : bien que très marginales, certaines lignes présentaient une valeur de cette variable supérieure à 1 (3 cas sur 154k) ou égale à 0 (8 cas sur 154). Afin d'éviter toute ambiguïté dans l'interprétation des données, ces lignes ont été exclues de l'analyse.
- Suppression des séjours non valorisés (table ESND_T_MCO21_VALO) pour le secteur public.

Les codes GHM identifiés pour sélectionner les séances dans les tables du PMSI sont indiqués dans le Tableau 29.

Tableau 29 : Sélection des séances dans le secteur public

Type de séances	Codes GHM
Chimiothérapie pour tumeur	28Z07Z
Thérapie pour une affection non tumorale	28Z17Z
Radiothérapie	28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z23Z, 28Z24Z 28Z25Z
Curiethérapie	28Z10Z
Dialyse	28Z01Z, 28Z02Z, 28Z03Z [Entrainement] 28Z04Z [Hémodialyse]
Transfusion	28Z14Z
Aphérèse	28Z16Z
Oxygénothérapie hyperbare	28Z15Z

- L'identification des séances a été réalisée à partir des codes GHM, et non à partir des codes diagnostics. Ce choix méthodologique s'est avéré plus pertinent, dans la mesure où le GHM détermine le tarif du séjour via le GHS. Cette approche a été confortée par l'observation des diagnostics de séances (DP, DR selon la classification CIM-10) non associés à des séjours pour séance. C'était notamment le cas pour les séances de dialyse : on retrouvait pour le code diagnostic « Z49 - Surveillance d'une dialyse » des GHM associés à une hospitalisation complète (et pas uniquement à une séance de dialyse). Nous retrouvions aussi cette situation pour les séances de radiothérapie (codes « Z5101 ») qui étaient associées à des séjours d'une durée supérieure à un jour.

Requêtes spécifiques au secteur privé (table **ESND ER PRS F**) :

Les dates des séances ont été identifiées dans les tables du PMSI (secteur privé) puis appariées avec la table des prestations de soins de ville (**ER_PRS_F**) grâce à la jointure entre l'identifiant du bénéficiaire et la date d'exécution des soins (**NIR_ANO_17, EXE_SOI_DTD**). Comme cela a été réalisé pour les passages aux urgences, il a été nécessaire de sélectionner l'ensemble des prestations en rapport avec le séjour « séance » pour la date concernée. Notamment, ont été exclus les IJ, les soins infirmiers, les actes de biologie, les médicaments ou les équipements médicaux (déjà compris dans le tarif du GHS, ou sans rapport avec la séance), les transports... Par ailleurs, toutes les prestations y compris la séance dès lors qu'un autre GHS était retrouvé le même jour, ont été supprimées. En effet, ces prestations pouvaient être associées au séjour hospitalier et non à la séance. De même, si des soins intensifs, réanimation, soins critiques étaient présents ou en cas de présence de prestation d'une durée de séjour strictement supérieur à 0 jour, nous avons supprimé toutes les lignes associées à cet identifiant. Seuls les bénéficiaires/dates de soin associés à un code prestation (**PRS_NAT_CB2**) « GHS » ont été conservés. Cela signifie que si des prestations ont lieu le même jour qu'un séjour identifié pour le même bénéficiaire mais qu'il n'y a pas de notion de séjour indiqué dans le libellé de la prestation (ie « GHS ») ce jour-là, l'ensemble est supprimé. Le résumé de la liste des prestations conservées est présenté dans le Tableau 30.

Tableau 30 : Liste des prestations conservées pour les séances du secteur privé

PRS_NAT_CB2*	LIBELLE
GHS	FRAIS D'HEBERGEMENT ET ENVIRONNEMENT EN GHS
ATM	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (hors IMAGERIE) CCAM
K	ACTES DE SPECIALITE EN K
PH8	PHARMACIE HOSPITALIERE EN SUS DU GHS
CS	CONSULTATION COTEE CS
ADI	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
G	CONSULTATION MEDECINE GENERALE
ADE	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
CNP	CONSULTATION COTEE CNP
APC	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT
MCS	MAJORATION DE COORDINATION SPECIALISTES
C	CONSULTATION COTEE C
GS	CONSULTATION SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
FTN	FORFAIT TECHNIQUE NORMAL IRMN -SCANNERS
FTR	FORFAIT TECHNIQUE REDUIT IRMN -SCANNERS
ADC	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
FJA/FJR/FRL	FORFAIT JOURNALIER DE SORTIE
CSC	CONSULTATION SPECIFIQUE CARDIOLOGIE
ADA	ACTE D'ANESTHESIE CCAM
MAU	MAJORATION POUR ACTE UNIQUE
APY	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
PMS	MAJORATION PMSI
MTX	MAJORATION CONSULTATION TRES COMPLEXE
U03	CONSULTATION CCMU 3
APU	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PUPH
TSM	TELESURVEILLANCE : MEDECIN TELESURVEILLANT
MCG	MAJORATION DE COORDINATION DES GENERALISTES
FR2	FORFAIT TECHNIQUE TARIF REDUIT N°2
<i>Manquant**</i>	CONSULTATION DES SPECIALISTES COTEE C2
CCE	CONSULTATION TRES COMPLEXE ENFANT
SE1	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 1
SE2	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 2
SE3	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 3

* Cette liste n'est pas exhaustive en soi, car elle correspond aux séances retrouvées sur l'ESND, soit un échantillon de 2/100 de la population Française et sur une unique année. ** Le PRS_NAT_REF=1117 correspond à la consultation des spécialistes cotée C2 mais n'a pas de codification dans la variable prs_nat_cb2.

Requêtes spécifiques de la dialyse :

- Pour un nombre non négligeable de séances, un séjour de plusieurs jours comprenant plusieurs séances est codé. Dans cette situation, les coûts unitaires ont été déduits à partir du nombre de séances dans le séjour.



Le secteur public :

- Dans de rares cas, des séjours intégraient des molécules onéreuses ou ATU (16 séjours) ou une codification d'actes donnant droit à facturation du supplément « GHS 9615 » (variable : MNT_9615_AM) ou « actes aphérèse sanguines en séances » (25 séjours). Il s'agit du seul cas de double GHS conservé.

Le secteur privé :

- Les séances de dialyses du secteur privé pouvaient être enregistrées avec une date de début et fin différente (facturation en série). Dans cet intervalle de temps, seuls les dates avec un GHS stipulé ont été conservées. De plus, les clés avec un GHS d'une durée de plus de 0 jour ont été exclues. Contrairement au secteur public, les doubles GHS n'ont pas été exclus dans cette situation car en cas de codification d'actes parmi la liste indiquée Tableau 31, un second GHS était ajouté pour se rapprocher du coût réel du soin²². Ainsi la présence de double GHS est possible avec rajout d'un GHS de dialyse ou forfait « D11 ». En revanche, lorsqu'un des GHS a une valeur dépassant celle du GHS de dialyse ou du forfait « D11 », cela signifie qu'il est lié à un second séjour hors dialyse et ne doit donc pas être comptabilisé dans cette situation (Tableau 32). Il est donc supprimé. Compte-tenu de ces précédents éléments, la valeur de 600€ a été retenue comme seuil (valeur supérieure au maximum pour une séance de dialyse classique).

Tableau 31 : Actes permettant la facturation d'une séance de dialyse en hospitalisation en sus d'un GHS

CODE CCAM	LIBELLE DE L'ACTE
JVJF003-00	Séance d'épuration extrarénale par hémoperfusion
JVJF004-00	Séance d'épuration extrarénale par hémodialyse pour insuffisance rénale chronique
JVJF008-00	Séance d'épuration extrarénale par hémodiafiltration, hémofiltration ou biofiltration sans acétate pour insuffisance rénale chronique
JVRP007-00	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
JVRP008-00	Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire
JVRP004-00	Séance d'entraînement à l'hémodialyse

Tableau 32 : Liste des GHS excluant le paiement des actes de dialyse en sus

GHM	LIBELLÉ DU GHM	GHS
28Z01Z	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	9602
28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	9603
28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances	9604
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	9605 9617
11K02J	Insuffisance rénale, avec dialyse, en ambulatoire	4277

²² Article 5 .alinéa 4 :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/JORFTEXT000030280539/JORFSCTA000030280561/
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000030281246

- Le résumé de la liste des prestations conservées in fine est présenté dans le Tableau 33.

Tableau 33 : Liste des prestations conservées pour les séances de dialyse du secteur privé

Prestation
Acte d'anesthésie CCAM
Acte de chirurgie CCAM
Acte d'échographie CCAM
Acte d'imagerie (hors échographie) CCAM
Avis ponctuel de consultant
Avis ponctuel de consultant PUPH
Actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM
Consultation cotée C
Consultation cotée CNP
Consultation cotée CS
Dialyse tierce personne
Forfait d'entrée
Forfait journalier de sortie
Forfait technique normal IRMN- SCANNERS
Forfait technique réduit IRMN- SCANNERS
Consultation Médecine générale
Frais d'hébergement et environnement en GHS
Pharmacie Hospitalière en sus du GHS
Majoration PMSI
Forfait environnement hospitalier 2
Visite médecine générale
Visite spécialiste médecine générale

- Dans certains rares cas, le nombre de séances retrouvées dans le PMSI sur une période (facturation en série) n'était pas cohérent avec le nombre retrouvé dans les tables du DCIR. Nous avons fait le choix de les exclure.

Les autres cas : centres de dialyses (hors établissement de santé) et domicile

- Dans ce cas, aucun GHS n'est produit. La sélection a été réalisée sur la table des prestations **ER_PRS_F** à partir de la liste indiquée dans le Tableau 34.



Tableau 34 : Extrait du journal officiel du 18 avril 2024, annexe III concernant le tarif de dialyse en unité de dialyse médicalisée, à domicile ou en autodialyse

Code prestation	Libellé	Tarifs
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	308,12
D12	Forfait d'autodialyse simple	293,99
D13	Forfait d'autodialyse assistée	300,90
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile	262,58
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	850,49
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	662,18
D20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	514,72
D21	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	482,61
D22	Forfait de dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	343,33
D23	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	269,34
D24	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	645,58

- Les mêmes règles utilisées auparavant ont été appliquées (régularisation, sélection de la clé bénéficiaire/Jour, etc.). Nous avons parfois constaté que des prestations « D » étaient associées à des coûts bien plus élevés que les tarifs en vigueur alors même que la quantité était définie à 1. Ces cas étaient associés à un forfait « DTP (Dialyse tierce personne) » dont la quantité est supérieure à 1 sur la même clé de jointure. En effet, quel que soit le type de dialyse à domicile, une indemnité dite « de tierce personne » est versée pour chaque séance au bénéficiaire, afin de compenser l'assistance d'un proche ce qui explique cette différence de coût. Dans ce cas précis, le nombre de séances de dialyses retenu sur l'intervalle de temps considéré (date_debut/date_fin) est la quantité associée au DTP. Le résumé de la liste des prestations conservées in fine est présenté dans le Tableau 35.

Tableau 35 : Liste des prestations conservées pour les séances de dialyse hors établissements de santé (centres et domicile)

Prestation
Acte d'anesthésie CCAM
Acte de chirurgie CCAM
Acte d'échographie CCAM
Acte d'imagerie (hors échographie) CCAM
Soins infirmiers externalisés
Avis ponctuel de consultant
Actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM
Soins infirmiers externalisés (PEC lourde)
Consultation cotée C
Consultation cotée CNP
Consultation cotée CS
Consultation spécifique cardiologie
Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée



Forfait d'autodialyse simple
Forfait d'autodialyse assistée
Forfait d'hémodialyse à domicile
Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)
Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire
Forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
Dialyse tierce personne
Forfait technique normal IRMN- SCANNERS
Forfait technique réduit IRMN- SCANNERS
Consultation Médecine générale
Consultation spécialiste médecine générale
Matériels et appareils de contention et de maintien (Chap. 2)
Majoration pour acte unique
Majoration forfaitaire transitoire
Téléconsultation toutes spécialités
Téléconsultation généraliste
Visite médecine générale
Visite spécialiste médecine générale

- Nous avons constaté un nombre de consultations très important notamment de néphrologues. Cet état de fait dans les structures privées a notamment été relevé dans le dernier rapport de la cour des comptes sur la dialyse²³. Nous avons choisi de conserver ces consultations car elles sont représentatives d'une pratique répandue. Il en va de même pour les soins infirmiers externalisés souvent associés à de la cotation de perfusions / prélèvement.

Requêtes spécifiques de la radiothérapie :

- Après discussion avec l'INCA, nous avons appris que l'activité de radiothérapie réalisée dans le secteur privé n'est pas fiable dans le SNDS. En effet, dans le secteur privé le financement des cliniciens se fait à la dose et non à la séance. De fait, le nombre de séances réalisées est inconnu. De plus, du fait de la problématique des facturations en série possible, on ne peut déduire ce nombre de séances à partir de la date des soins. Ainsi, elles sont exclues de notre analyse.

²³ Rapport « L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des bénéficiaires, Cour des Comptes, 2020



Les inducteurs de coûts spécifique :

- Les types de séances : Chimiothérapie pour une affection tumorale (cancer), thérapie pour une affection non tumorale (appelée dans le PMSI : Chimiothérapie pour une affection non tumorale), radiothérapie, curiethérapie, dialyse (hémodialyse versus dialyse péritonéale ainsi que le type de séance entraînement vs dialyse), transfusion, aphérèse, oxygénothérapie hyperbare,
- La nature du centre de soins : établissement hospitalier public, établissement hospitalier privé, autre (uniquement pour les dialyses),
- Présence ou non d'au moins un médicament remboursé en plus du tarif du GHS (médicament pris en charge sus de GHS (dit molécule onéreuse) ou médicament en Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU)) (pour les séances de chimiothérapie et de thérapie pour une affection non tumorale),
- Principales localisations de cancer à partir de la Cartographie des pathologies (pour les séances de chimiothérapie et la radiothérapie) : Sein, Colon, Prostate, Poumon, Autre cancer (les résultats des bénéficiaires retrouvés avec deux cancers ou plus ne sont pas présentés).

Il a été décidé que l'âge et le département n'étaient pas retenus comme inducteurs de coûts dans le cas des séances. Les séances sont valorisées en grande majorité par des GHM/GHS uniques par type de séance. Ainsi, l'âge et la zone géographique n'influencent pas la valorisation totale étant donné que les GHM de séances ne prennent pas en compte l'indicateur de sévérité (i.e. durée séjour, comorbidité & complication qui pourrait être influencé par l'âge). Il est toutefois possible que certains actes particuliers entraînent une valorisation complémentaire mais cela est à la marge. Enfin, étant donné que la grande majorité des séances est remboursée à 100%, on ne retrouve pas la problématique de dépassement d'honoraires et de répartition secteur 1 ou 2 de façon hétérogène sur le territoire.

3.8 Les indemnités journalières

3.8.1 Les arrêts maladie

Périmètre :

Les indemnités journalières (IJ) versées par l'Assurance Maladie Obligatoire en 2021 aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption de travail pendant une durée temporaire pour le motif maladie ont été considérées dans l'analyse. Les arrêts dans les catégories de risque « AT/MP » et « maternité » ne sont pas retenus dans le travail MOVIE.

Unité d'analyse :

Le raisonnement a été fait par jour d'arrêt maladie (par IJ) d'un bénéficiaire et non par arrêt, conformément au besoin formulé dans les évaluations médico-économiques.

Choix méthodologiques :

- Identification des codes de prestations concernant les catégories d'IJ de risque maladie dans le dictionnaire des variables (variable PRS_NAT_REF, voir colonne 1, Tableau 36).



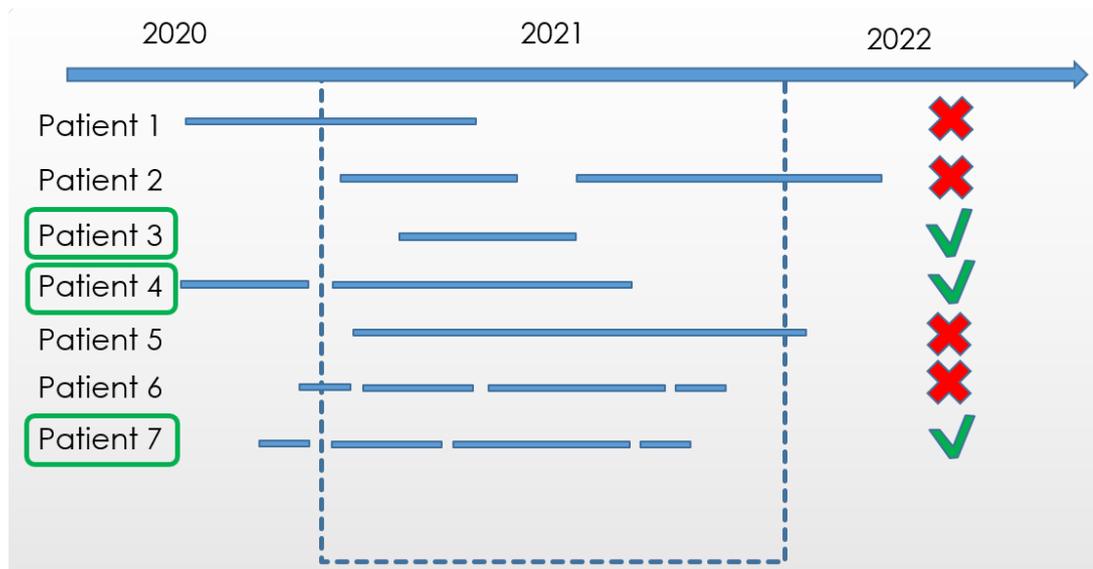
- Pour faciliter le travail d'identification des IJ dans le SNDS et sa compréhension, deux grands groupes ont été créés en fonction de la nature de prestation (**PRS_NAT_REF**): Groupe de prestations 1 et groupe de prestations 2 (cf. Tableau 36). Un groupe de prestation est une façon de sous catégoriser les IJ pour notre travail. Le groupe de prestation 1 est une présentation détaillée des résultats et le groupe de prestations 2 permet de regrouper les résultats en 2 types d'IJ (vs en 6 dans le groupe 1).

Tableau 36 : Définition des groupes de prestations 1 et 2 et leurs caractéristiques en fonction de PRS_NAT_REF

PRS_NAT_REF	Nom de la prestation	Groupe de prestations 1	Groupe de prestations 2
6111	IJ Normales -3 Mois	IJ normales	IJ normales
6112	IJ Normales +3 Mois	IJ normales	IJ normales
6113	IJ Réduites -3mois	IJ réduites	IJ normales
6114	IJ Réduites +3mois	IJ réduites	IJ normales
6117	IJ Partielle, Perte De Salaire -3mois	IJ partielles	IJ partielles
6118	IJ Partielle, Perte De Salaire +3mois	IJ partielles	IJ partielles
6131	IJ Normales Pour Cure Thermale	IJ normales pour cure thermale	IJ normales
6133	IJ Réduites Pour Cure Thermale	IJ réduites pour cure thermale	IJ normales
6134	IJ Maladie PAMC* moins de 3 mois	IJ maladie PAMC	IJ normales
6135	IJ Maladie PAMC* plus de 3 mois	IJ maladie PAMC	IJ normales

* PAMC : Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés

- Traitement des lignes de régularisation des IJ (quantités et/ou montants négatifs) par nature de prestation et par bénéficiaire en plusieurs étapes :
 - a. Calcul du nombre total de jours (**PRS_ACT_NBR**) et du montant total remboursé (**BSE_REM_MNT + CPL_REM_MNT**) d'IJ sur l'année 2021, par bénéficiaire et par nature de prestation (**BEN_IDT_ANO/PRS_NAT_REF**). Dans le cas des IJ versées au titre de la maladie, le complément de remboursement **CPL_REM_MNT** est toujours nul donc le montant total remboursé est égal à la base de remboursement **BSE_REM_MNT**.
 - b. Sélection des lignes d'indemnités journalières de la catégorie de risque avec une nature d'assurance « maladie » (**RGO_ASU_NAT = 10**).
 - c. Suppression des bénéficiaires **BEN_IDT_ANO** ayant des IJ qui débutent avant le 01/01/2021 ou terminent après le 31/12/2021 (year (**EXE_SOI_DTD**) < 2021 ou year (**EXE_SOI_DTF**) > 2021) à cause des possibles régularisations sur une autre année qui ne seraient pas prises en compte dans le calcul et qui pourraient affecter le montant final.



- d. Suppression des lignes dont le montant remboursé ou le nombre de jours est négatif ou nul (une ligne correspond à une nature de prestations par bénéficiaire et par an `PRS_NAT_REF/BEN_IDT_ANO`).
- La prestation IJ d'un bénéficiaire donné se fait dans le cadre d'une ALD si la variable `EXO_MTF` de la table `ESND_ER_PRS_F` vaut 41, 42, 43, 44, 45 ou 46 sur au moins une ligne d'IJ.

Les inducteurs de coûts spécifiques :

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, des inducteurs spécifiques aux IJ ont été considérés:

- Groupe de prestations 1 avec le type d'IJ suivant : IJ normales, IJ réduites, IJ partielles, IJ normales pour cure thermique, IJ réduites pour cure thermales et IJ maladie PAMC (voir tableau 4)
- Groupe de prestations 2 : recodage type IJ par taux d'indemnité (normale/partielle) (voir tableau 4)
- Présence d'une ALD/absence d'une ALD
- Genre
- Tranche d'âge (≤ 24 , 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, ≥ 65)

L'ensemble de ces caractéristiques pourraient se traduire par des différences de salaire, donc des différences entre montants d'IJ.

3.8.2 Les pensions d'invalidité

Périmètre :

La pension d'invalidité correspond à une prestation versée aux assurés en 2021 dont la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers (66%) à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle est considérée pour l'analyse.

Unité d'analyse :

Les statistiques finales du rapport portent sur les montants mensuels perçus pour un bénéficiaire donné après traitement des régularisations.

Choix méthodologiques :

- Au régime général, il existe trois catégories d'invalidité, déterminées par la capacité de l'assuré à exercer une activité professionnelle. La catégorie 1 comprend les invalides capables d'exercer une activité professionnelle réduite ; la catégorie 2 regroupe les invalides absolument incapables d'exercer une activité rémunérée et la catégorie 3 comprend les invalides absolument incapables d'exercer une activité rémunérée et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Les montants des pensions d'invalidité dépendent de la catégorie et des revenus d'activités antérieurs. Dans la table affinée du SNDS qui recense les invalidités (**ESND_ER_INV_F**) on note également les catégories 0 (pensions liquidées par forçage) et la 5 (pensions de conjoint survivant). La catégorie 0 semble correspondre à une régularisation. Elle a été versée ponctuellement aux bénéficiaires de catégories 1, 2 et 3. En ce qui concerne la catégorie 5, il existe dans certains régimes, des pensions d'invalidité de veufs ou de veuves, dont le conjoint survivant peut bénéficier sous condition. C'est le cas au régime général, si le conjoint de la personne décédée qui était titulaire d'une pension d'invalidité est lui-même invalide et âgé de moins de 55 ans²⁴. Devant leur faible nombre d'occurrences (Tableau 37) et par souci de simplification, les catégories 0 et 5 n'ont pas été conservées dans les résultats finaux.

Tableau 37 : Nombre de versements en 2021 selon la catégorie de pension

Catégorie de pension d'invalidité	Nombre de versements en 2021, N (%)
0 : Pensions liquidées par forçage	15 (<0,1%)
1 : Pensions de première catégorie	51 285 (26,8%)
2 : Pensions de deuxième catégorie	133 370 (69,6%)
3 : Pensions de troisième catégorie	6 689 (3,5%)
5 : Pensions de conjoint survivant	207 (0,1%)
Total	191 566 (100%)

- Le classement dans une catégorie n'est pas définitif. Si l'état de santé du bénéficiaire s'aggrave ou s'améliore et qu'il justifie son placement dans une autre catégorie d'invalidité, le montant de la pension peut être revu. Le changement peut être fait à la demande du bénéficiaire ou des différentes caisses d'Assurances Maladie. Le changement de catégorie le plus fréquent en 2021

²⁴ DREES. (2021). *Fiche 23 : Les pensions d'invalidité*

était le passage de la catégorie 1 à 2 pour 1,2% des bénéficiaires. Devant le faible nombre de changements de catégorie et pour faciliter l'analyse, nous avons choisi de ne garder que les bénéficiaires de catégorie 1, 2 et 3 sans changement de catégorie en 2021 (Tableau 38). Ces derniers représentaient 98,4% de la totalité des bénéficiaires de pension d'invalidité en 2021.

Tableau 38 : Effectifs bénéficiaires selon la catégorie de pension

Catégorie du bénéficiaire en 2021	Nombre de bénéficiaires	% bénéficiaires	% cumulé de bénéficiaires
2 : incapable de travailler	11 298	68,9%	68,9%
1 : capable de travailler	4 544	27,7%	96,5%
3 : incapable de travailler et besoin d'assistance	299	1,8%	98,4%

- Les régularisations désignent les ajustements effectués par l'Assurance Maladie sur les sommes versées aux bénéficiaires, afin de corriger les erreurs et de garantir le versement des montants exacts dus. Ces ajustements consistent soit à demander le remboursement d'un trop-perçu (en cas d'erreur ou de modification de la situation du bénéficiaire non signalée), soit à verser un complément lorsque le bénéficiaire a reçu une somme inférieure à celle due. Il est donc important de prendre en compte ces régularisations pour calculer au plus juste les montants de pension d'invalidité, notamment en considérant les éventuels montants négatifs qu'elles peuvent engendrer. Pour prendre en compte cela il faut procéder en deux étapes : (i) calcul du montant perçu par mois pour chaque bénéficiaire en faisant la somme des versements perçus un même mois sans tenir compte de la catégorie d'invalidité associée à la prestation car la catégorie peut changer en cours d'année pour un bénéficiaire donné. En effet, bien que les pensions d'invalidité soient versées de façon mensuelle, nous avons constaté qu'il pouvait y avoir plusieurs versements par mois dans certains cas (notamment pour la pension d'invalidité de catégorie 3 pour laquelle une majoration pour assistance d'une tierce personne est généralement versée à part). (ii) Suppression des bénéficiaires dont le montant annuel est négatif ou nul.
- Trois natures de prestation étaient associées aux versements des pensions d'invalidité dans notre requête initiale (Tableau 39). La nature de prestation 7113 était présente uniquement chez les bénéficiaires de catégorie 3 alors que les deux autres pouvaient être associées aux trois catégories. Nous avons choisi de ne pas présenter les résultats par nature de prestation car ce sont des composantes du montant total perçu par le bénéficiaire. Nous avons préféré présenter les résultats par catégorie d'invalidité.

Tableau 39 : Natures de prestation associées aux versements de pension d'invalidité en 2021 dans la table des prestations (variable PRS_NAT_REF du SNDS)

PRS_NAT_REF	Libellé de la prestation
7111	pension invalidité avantages de base
7112	pension invalidité allocations supplémentaires
7113	pension invalidité majorations pour assistance d'une tierce personne



Les inducteurs de coûts spécifiques:

Outre les inducteurs de coût communs à toutes les prestations de soins, les pensions d'invalidité ont été décrites selon les sous-groupes suivants :

- Catégorie d'invalidité (1, 2, 3),
- Genre,
- Classe d'âge (≤ 24 , 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, ≥ 65)

Ces caractéristiques sont susceptibles d'entraîner des différences de salaire, et donc des écarts dans les montants de pension.



4. Annexes

4.1 Annexe 1

Tableau 40 : Identification des PRS_NAT_REF non attribuable à un bénéficiaire

PRS_NAT_REF	LIBELLÉ
1128	Différentiel médecin traitant/médecin référent
1130	Forfait Médecin Traitant
1138	Rémunération supplémentaire CAPI
1139	Rémunération des adhérents au CAPI
1142	Rémunération adhésion Sophia (soins de ville)
1143	Rémunération renouvellement Sophia (soins de ville)
1145	Rémunération objectif - Médecin
1146	Rémunération objectif Médecin complément
1147	Contestation Forfait Médecin Traitant
1150	Rémunération Praticiens territoriaux de médecine générale
1155	Rémunération CAS Cotisations sociales
1156	Contestation CAS Cotisations sociales
1160	Investissement activité saisonnière
1161	Complément activité saisonnière
1162	Rémunération des Praticiens Territoriaux de Médecine Ambulatoire
1168	Consultation Contraception/Prévention
1169	Rémunération pour certificat de décès
1177	Aide financière maternité paternité adoption
1523	Permanence rémunération demi-journée chirurgiens-dentistes
1601	Contrat Pratique Versement Uniquement
1602	Forfait Contrat de Bonnes Pratiques
1603	Forfait Contrat de Bonnes Pratiques CP1
1604	Forfait Contrat de Bonnes Pratiques CP2
1605	Forfait Contrat de Bonnes Pratiques CP3
1606	Forfait Contrat de Bonnes Pratiques CPL
1607	Forfait Contrat de Santé Publique Infirmier
1608	Forfait Contrat de Santé Publique Biologistes
1609	Contrat de bonnes pratiques en zone rural
1610	Rémunération contrat d'accès aux soins dentaires
1611	Contrat de bonnes pratiques en zone montagne
1612	Contrat de bonnes pratiques en zone urbaine
1613	Contrat de bonnes pratiques en zone franche urbaine
1614	Contrat de bonnes pratiques transporteurs (2006)
1615	Contrat de bonnes pratiques transporteurs (2007)
1616	Contrat de bonnes pratiques transporteurs (2008)
1617	Redevance chef de clinique
1618	Complément de rémunération chef de clinique
1619	Contrat Santé Solidarité
1621	Contrat d'amélioration de l'organisation des soins - transports



1622	Contrat d'amélioration de l'organisation des soins – pharmacie / LPP
1623	Reversement contrat d'amélioration de l'organisation des soins transports
1624	Reversement contrat d'amélioration de l'organisation des soins Pharmacie/LPP
1625	Pénalités contrat d'amélioration de l'organisation des soins transports
1626	Pénalités contrat d'amélioration de l'organisation des soins Pharmacie/LPP
1627	Option démographie chirurgiens-dentistes
1628	Forfait adhérent option démographie-groupe physique
1629	Forfait adhérent option démographie-pôle santé
1630	aide activité option démographie-groupe physique
1631	Forfait adhérent option démographie-pôle santé
1632	Aide à l'activité-option SST
1633	Frais de déplacement SST
1634	Contestation aide forfaitaire option démographie dans un groupe physique
1635	Contestation aide forfaitaire option démographie dans un pôle santé
1636	Contestation aide activité option démographie dans un groupe
1637	Contestation aide activité option démographie dans un pôle santé
1638	Contestation aide activité option santé solidarité territoriale
1639	Contestation frais déplacement option santé solidarité territoriale
1640	Forfait aide à l'installation du médecin -CAIM
1641	Majoration aide à l'installation du médecin - CAIM
1642	Majoration pour exercice partiel en hôpital de proximité - CAIM
1707	Centre de santé infirmier optant forfait début
1708	Centre de santé infirmier optant forfait fin
1711	Forfait médecin référent début de contrat
1712	Forfait médecin référent fin de contrat
1713	Forfait médecin référent informatisé
1715	Forfait mensuel coordonnateur
1716	Forfait mensuel participation
1717	Forfait mensuel soins
1718	Forfait d'adhésion à une zone déficitaire
1814	Frais de déplacement vacation
1907	Rémunération de Soins de Proximité
1915	Forfait d'astreinte professionnel de santé sur le risque
1916	Rémunération pour garde Ets prive
1917	Rémunération pour astreinte Ets privés
1920	Contrat démographique sages-femmes
1924	Rémunération vaccin grippe A médecin
1925	Rémunération vaccin grippe A par médecin retraité et salarié hors obligations
1990	Régulation régionale
1991	Rémunération régulation
1992	Permanence Rémunération de nuit
1993	Permanence Rémunération milieu de nuit
1994	Permanence Rémunération dimanche et férié
1995	Permanence Rémunération total
1996	Permanence rémunération samedi matin



1997	Permanence rémunération samedi après midi
1998	Astreinte de jour correspondant SAMU
1999	Astreinte de nuit correspondant SAMU
2120	Reversement du coefficient prudentiel
2160	MIGAC SSR
2161	Forfait Mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation (MIGAC) ODMCO
2162	Forfait haute technicité
2170	FIR établissements privés - extension 2013
2172	Reversement coefficient prudentiel Régularisation annuelle pour Migrants
2173	Reversement coefficient prudentiel PSY
2175	Reversement coefficient prudentiel PSY Migrants
2176	Reversement coefficient prudentiel SSR
2178	Reversement coefficient prudentiel SSR Migrants
2184	Coordination prélèvement d'organes
2239	Forfait annuel d'urgence
2260	Forfait Hôpital proximité complémentaire
2263	Forfait IFAQ
2264	Forfait IFAQ SSR
2265	Dotation modulée à l'activité
2342	Forfait pour garde de début de nuit en établissement privé
2343	Forfait pour garde de nuit ou samedi après-midi en établissement privé
2344	Forfait de garde de nuit et férié en établissement privé
2345	Forfait pour astreinte de nuit en établissement privé
2346	Forfait pour astreinte de nuit ou samedi après-midi en établissement privé
2347	Forfait d'astreinte de nuit et férié en établissement privé
2411	Intervention IVG
2412	Anesthésie générale
2413	Investigations biologiques
2415	Médicaments: Mifeygine
2416	Médicaments: Prostaglandines
2417	Vérification biologique
2418	Vérification échographique
2419	Forfait intervention ambulatoire
2420	Forfait intervention durée < ou = 12 H privé médic
2421	Intervention + Anesthésie d'une durée < ou = 12 heures
2422	Forfait pour IVG médicamenteuse
2423	Forfait intervention avec nuitée
2424	Intervention + Anesthésie d'une durée comprise entre 12 et 24 heures
2425	Forfait IVG pour 24h supplémentaires - Secteur Privé/Secteur Public
2426	Consultation IVG spécialiste
2428	Echographie pré-IVG instrumentale
2501	Forfait FIR PDESSE publique
2502	Forfait FIR centre dépistage anonyme et gratuit
2503	Forfait FIR centre périnataux de proximité
2504	Forfait FIR éducation thérapeutique



3110	Contrat démographiques infirmiers
3118	Rémunération vaccin grippe A par infirmiers libéraux
3119	Rémunération vaccin grippe A par infirmiers retraités/salariés hors obligations
3126	Contrat démographique masseurs-kinésithérapeutes
3139	Contrat démographique orthophonistes
3300	Rémunération ROSP AOD
3301	Contestation ROSP AOD
3361	Garde pharmacie de nuit
3362	Garde pharmacie de jour férié
3363	Garde pharmacie de dimanche
3375	Rémunération pharmacien pour vaccination grip/H1N1
3378	Contestation ROSP transmission RPPS
3391	Rémunération Initiale sur objectif – Pharmacien
3392	Rémunération Complément sur objectif - Pharmacien
3393	Rémunération des pharmaciens pour l'accompagnement AVK
3394	Contestation Rémunération des pharmaciens pour l'accompagnement AVK
3395	Plan personnalisé de santé Pharmacie
3396	Rémunération des pharmaciens pour l'accompagnement ASTHME
3397	Contestation concernant la rémunération des pharmaciens pour l'accompagnement ASTHME
3398	ROSP transmission RPPS
4207	Forfait Transport d'urgence Expérimentation CPAM Aude
4208	Forfait Transport d'urgence Expérimentation Bouche du Rhône
4209	Complément transport d'urgence
4222	Indemnité de garde ambulancière
4223	Part association transporteur
4224	Pratique de géolocalisation par dispositif embarqué
4227	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
4228	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins complément
4374	Mécanisme de compensation aux centres de santé
4379	Avance rémunération spécifique centres de santé
4380	Solde rémunération spécifique centres de santé
4391	Responsabilité Civile Professionnelle
4411	Aide sociale
4412	Dispensaires antituberculeux
4413	Dispensaires antivénéériens
4414	Hygiène mentale
4415	Etablissements de lutte contre la tuberculose
4416	Protection maternelle et infantile
4417	Autres participations forfaitaires non individualisées
4419	Autres dépenses non individualisées



4.2 Annexe 2

Extrait de la NGAP 18/08/2023 :

« Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même prestation, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP. »

Source : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000034951115/

1. *Le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues;*
2. *Le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un bénéficiaire pour la première fois dans un établissement de soins, avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du bénéficiaire;*
3. *Le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les bénéficiaires hospitalisés, C × 0,80 ou CS × 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;*
4. *Le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur deux sites par méthode biphotonique avec ceux de la consultation, pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;*
5. *Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.*
6. *Le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants:*
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct*
 - QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, par abord direct*
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière*
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe*
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe*
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale*
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre*
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire*
 - JHHA001 : Biopsie du pénis*
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve**Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 %.*



4.3 Annexe 3

Tableau 41 : Références supprimées pour déterminer les passages aux urgences secteur privé

PRS_NAT_REF	PRS_NAT_LIB	MOTIF
1209	VISITE SPECIALISTE MEDECINE GENERALE	domicile
1210	VISITE MEDECINE GENERALE	domicile
1211	VISITE COTEE V	domicile
1214	VISITE LONGUE ET COMPLEXE	domicile
1224	MD (CRITERES MEDICAUX)	déplacement
1848	INDEMNITES FORFAITAIRES DEPLACEMENT INFIRMIERS	déplacement
1929	ACTE DE VACCINATION COVID 19	Hors champ
1930	ACTE D'INJECTION DU VACCIN COVID19	Hors champ
2104	SUPPLEMENT TRANSPORT PROVISOIRE (PSY/SSR)	A supprimer par analogie ace
2133	DIALYSE TIERCE PERSONNE	domicile
2135	FORFAIT D AUTODIALYSE ASSISTEE	domicile
2136	FORFAIT D'HEMODIALYSE A DOMICILE	domicile
2211	FRAIS DE SEJOUR	supprimer lié à un séjour parallèle psy ou ssr
2212	MAJORATION PMSI	supprimer lié à un séjour parallèle psy ou ssr
2336	FORFAIT POUR CONSULTATION EN CENTRE MEDICO-PSYCHO PEDAGOGIQUE	A supprimer
2381	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND, 1 INTERVENANT 3 à 4H	A supprimer
2383	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 3 à 4H	A supprimer
2387	FORFAIT PSYCHIATRIE SEANCE IND. 2 INTERVENANTS 6 à 8H	A supprimer
3106	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC LOURDE)	domicile
3107	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC INTERMEDIAIRE)	domicile
3108	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC LEGERE)	domicile
3115	BILAN DE SOINS INFIRMIERS	domicile
3120	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES	domicile
3121	ACTES AMC	A supprimer
3122	ACTES EN AMK	A supprimer
3125	ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE	A supprimer
3132	ACTES DES ORTHOPHONISTES	A supprimer
3133	ACTES DES ORTHOPTISTES	A supprimer
3144	VACATION HORS MEDECINS VACCI COVID19	Hors champ
3308	CODE TRACEUR TELECONSULTATION	rémunération à l'assistance de TC en pharmacie
3309	CODE TRACEUR ACCOMPAGNEMENT	à supprimer, supplément facturable par les pharmacie pour l'accompagnement maladies chroniques
3311	PHARMACIE 100%	officine
3312	PHARMACIE PH4	officine



3313	PHARMACIE 65%	officine
3314	HORMONE DE CROISSANCE	officine
3315	MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX	officine
3316	MEDICAMENTS D EXCEPTION	supprimer non délivrés à l'hopital
3322	MAJORATION POUR ACHAT HORS HEURES OUVRABLES	officine
3326	PREPARATION MAGISTRALE REMBOURSABLE	officine
3331	VACCIN ANTI-GRIPPE	officine
3341	PHARMACIE 15%	officine
3354	MEDICAMENT AVEC AUTORISATION D'IMPORTATION	officine
3360	VACCINATION GRIPPE PHARMACIEN	officine
3364	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	officine
3365	HONORAIRE DISPENSATION EN LIEN AVEC AGE	officine
3366	HONORAIRE DE DISPENSATION MEDICAMENTS SPECIFIQUES	officine
3369	CODE TRACEUR DISPENSATION ADAPTEE	officine
3380	HONO DISP COMP	officine
3383	HONO DISP 1	officine
3384	HONO DISP 2	officine
3385	HONO DISP 4	officine
3386	HONO DISP 7	officine
3390	HONO DISP GC 7	officine
3501	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE TRES COMPLEXE	A supprimer
3502	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE SIMPLE	A supprimer
3503	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE	A supprimer
3504	VERRE DE CLASSE B, NEUTRE OU UNIFOCAL SPHERIQUE SIMPLE	A supprimer
3506	MONTURE ADULTE DE CLASSE A	A supprimer
3508	VERRE DE CLASSE A, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF COMPLEXE	A supprimer
3509	VERRE DE CLASSE A, UNIFOCAL COMPLEXE	A supprimer
3510	VERRE DE CLASSE A, NEUTRE OU UNIFOCAL SIMPLE	A supprimer
3511	APPAREILS D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE, OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE	A supprimer
3512	AUTRES MATERIELS POUR TRAITEMENTS A DOMICILE (CHAP. 1)	A supprimer
3513	MATERIELS ET APPAREILS DE CONTENTION ET DE MAINTIEN (CHAP. 2)	A supprimer
3514	MATERIELS ET APPAREILS POUR TRAITEMENTS DIVERS (CHAP. 3)	A supprimer
3515	ARTICLES DE PANSEMENTS (CHAP. 4)	A supprimer
3518	APPAREIL GENERATEUR D'AEROSOL	A supprimer
3519	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE	A supprimer



3520	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE SIMPLE	A supprimer
3521	ORTHESES (PETIT APPAREILLAGE) (CHAP. 1)	A supprimer
3522	DIVERS ORTHESES	A supprimer
3531	OPTIQUE MEDICALE PROPREMENT DIT	A supprimer
3559	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE SIMPLE	A supprimer
3561	VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES	supprimer par analogie ace
3563	MONTURE ADULTE DE CLASSE B	A supprimer
3564	MONTURE ENFANT DE CLASSE B	A supprimer
3565	OPTIQUE - ADAPTATION VERRE DE CLASSE A	A supprimer
3575	COMPLEMENT AT 150% LPP	A supprimer
3586	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE GAUCHE	A supprimer
3587	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE DROITE	A supprimer
3595	PROTHESES AUDITIVES - PILES	A supprimer
3596	DELIVRANCE DE MASQUE	A supprimer
4206	PRESTATION FIN DE GARDE AMBULANCE	supprimer par analogie ace
4212	AMBULANCES AGREEES	supprimer par analogie ace
4213	VEHICULES SANITAIRES LEGERS (VSL)	supprimer par analogie ace
4214	TAXIS	supprimer par analogie ace
4215	VEHICULES PERSONNELS	supprimer par analogie ace
4218	Taxi tarif C	supprimer par analogie ace
4220	Taxi tarif D	supprimer par analogie ace
4221	AMBULANCE AGREEE DE GARDE	supprimer par analogie ace
4382	PHARMACIE NON REMBOURSABLE	officine
6011	CARENCE -	Hors champ
6111	IJ NORMALES -3 MOIS	Hors champ
6112	IJ NORMALES +3MOIS	Hors champ
6115	IJ MAJOREES -3MOIS	Hors champ
6117	IJ PARTIELLE, PERTE DE SALAIRE -3MOIS	Hors champ
6118	IJ PARTIELLE, PERTE DE SALAIRE +3MOIS	Hors champ
6121	IJ PRENATALES	Hors champ
6122	IJ POSTNATALES	Hors champ
6134	IJ MALADIE PAMC MOINS DE 3 MOIS	Hors champ
6212	IJ CONGE MATERNITE AU PERE	Hors champ
6215	IJ CONGE POSTNATAL PAMC	Hors champ
7111	PENSION INVALIDITE AVANTAGES DE BASE	Hors champ
7112	PENSION INVALIDITE ALLOCATIONS SUPPLEMENTAIRES	Hors champ
8111	RENTES DE VICTIME	Hors champ
8118	MAJORATION FAUTE INEXCUSABLE RENTE VICTIME	Hors champ
9434	ACTE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	A supprimer
1174	TELESURVEILLANCE : MEDECIN TELESURVEILLANT	A supprimer
1191	TELECONSULTATION TOUTES SPECIALITES	A supprimer
1192	TELECONSULTATION GENERALISTE	A supprimer

Tableau 42 : Références conservées pour déterminer les passages aux urgences secteur privé

PRS_NAT_REF	PRS_NAT_LIB
1098	CONSULTATION CCMU 3
1099	CONSULTATION CCMU 4 ET 5
1101	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PUPH
1102	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
1103	AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT DU MEDECIN
1104	CONSULTATION OBLIGATOIRE ENFANT
1106	MAJORATION CONSULTATION COMPLEXE
1108	MAJORATION CONSULTATION TRES COMPLEXE
1109	CONSULTATION SPECIALISTE MEDECINE GENERALE
1110	CONSULTATION MEDECINE GENERALE
1111	CONSULTATION COTEE C
1112	CONSULTATION COTEE CS
1113	CONSULTATION COTEE CNP
1114	CONSULTATION SPECIFIQUE CARDIOLOGIE
1116	MAJORATION FORFAITAIRE TRANSITOIRE
1117	CONSULTATION DES SPECIALISTES COTEE C2
1121	HONORAIRE DE SURVEILLANCE
1125	MAJORATION DE COORDINATION DES GENERALISTES
1126	MAJORATION DE COORDINATION SPECIALISTES
1312	ACTES DE SPECIALITE EN K
1321	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
1323	ACTE D'ANESTHESIE CCAM
1324	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
1351	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
1352	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (hors IMAGERIE) CCAM
1401	PROTHESE FIXE RAC 0
1402	PROTHESE FIXE RAC MODERE
1407	COURONNE TRANSITOIRE RAC MODERE
1410	INLAY ONLAY RAC MOERE
1412	PROTHESE AMOVIBLE RAC MODERE
1415	PROTHESE FIXE METALLIQUE RAC 0
1416	COURONNE TRANSITOIRE RAC 0
1417	COURONNE ZIRCON RAC 0
1418	INLAY CORE RAC 0
1420	PROTHESE AMOVIBLE DE TRANSITION RAC 0
1424	TRAITEMENTS D ORTHODONTIE PRATIQUES PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE (ET ETO POUR LA CRPCEN)
1451	SOINS DENTAIRES
1453	PROPHYLAXIE BUCCO DENTAIRE CCAM
1465	IMPLANTOLOGIE - CCAM
1470	ENDODONTIE
1471	INLAY-ONLAY, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) INLAY-ONLAY TARIF LIBRE



1472	PARODONTOLOGIE
1476	PROTHESE FIXE CERAMIQUE, A partir du 01/04/2019 (en date de soins) PROTHESE FIXE CERAMIQUE TARIF LIBRE
1903	MAJORATION ENFANT GENERALISTE
1904	MAJORATION ENFANT PEDIATRE
1905	NOUVEAU FORFAIT ENFANT
1906	NOUVEAU FORFAIT PEDIATRIQUE
1911	ACTES DES SAGES-FEMMES
1918	MAJORATION D'URGENCE
1933	MAJORATION CONSULTATION REGULEE DE NUIT
1935	MAJORATION CONSULTATION REGULEE DIMANCHE, JOURS FERIES ET ASSIMILES
1936	MAJORATION VISITE REGULEE DE NUIT
1937	MAJORATION VISITE REGULEE MILIEU DE NUIT
1938	MAJORATION VISITE REGULEE DE DIMANCHE, JOURS FERIES ET ASSIMILES
1943	MAJORATION URGENCE MT
1944	MAJORATION CORRESPONDANT URGENCE
2132	FORFAIT D'HEMODIALYSE EN UNITE DE DIALYSE MEDICALISEE
2155	FORFAIT ENVIRONNEMENT HOSPITALIER 1
2222	SUPPLEMENT POUR SURVEILLANCE DU MALADE
2231	FORFAIT PHARMACEUTIQUE
2238	FORFAIT D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES
2281	FORFAIT BÉNÉFICIAIRE URGENCE
2338	FORFAIT PETIT MATERIEL
2339	AUTRES FORFAITS DIVERS (Y COMPRIS NUTRITION ENTERALE A DOMICILE)
2351	FORFAIT TECHNIQUE NORMAL IRMN -SCANNERS
2352	FORFAIT TECHNIQUE REDUIT IRMN -SCANNERS
2391	FORFAIT TECHNIQUE TARIF REDUIT N°2
2392	FORFAIT TECHNIQUE TARIF REDUIT N°3
3111	ACTES EN AMI
3112	ACTES INFIRMIERS DE SOINS
3134	ACTE DE PEDICURE-PODOLOGUE (DIABETIQUE)
3211	ACTES DE BIOLOGIE
3221	PRELEVEMENT
3222	PRELEVEMENT SANGUIN PAR UN DIRECTEUR DE LABORATOIRE
3223	PRELEVEMENT
3225	PRELEVEMENT PAR PONCTION VEINEUSE DIRECTE POUR UN MEDECIN BIOLOGISTE
3355	MARGE FORFAITAIRE (MEDICAMENTS HOSPITALIERS)
4381	ACTES NON NOMENCLATURE
5201	FORFAIT PROTHESE DENTAIRE ADJOINTE
5203	FORFAIT PROTHESE DENTAIRE CONJOINTE
5204	FORFAIT ORTHODONTIE
9421	PREVENTION BUCCO-DENTAIRE: CONSULTATION
9422	PREVENTION BUCCO-DENTAIRE: RADIO DEUX CLICHES
9999	VALEUR INCONNUE



4.4 Annexe 4

« Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

[Article 4. Modifié par Arrêté du 1er mars 2024 - art. 7](#)

Les prix limites des soins et la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse réalisés par un médecin ou une sage-femme dans les conditions prévues au [deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique](#) sont les suivants :

- a) Investigations préalables à l'intervention par méthode échographique : 35,65 euros ;
- b) Investigations préalables à l'intervention par méthode biologique : 69,12 euros ;
- c) Consultation comportant le recueil de consentement : 26,5 euros ;
- d) Forfait lié à la délivrance de médicaments et incluant le prix TTC des médicaments mentionnés aux articles 4,5 et 6.

Ce forfait prévoit la prise initiale, pendant la consultation d'interruption de grossesse, de Mifégyne 200 mg comprimé ou de Mifégyne 600 mg comprimé ou de Miffée 200 mg comprimé, conformément aux posologies précisées dans l'AMM, et associée, le cas échéant, à une injection d'anticorps anti-D, ainsi que la prise secondaire, en présence ou en dehors de la présence du médecin ou de la sage-femme et suivant les posologies et associations précisées dans l'AMM, de Gymiso 200 microgrammes comprimé ou Misoone 400 microgrammes comprimé.

Le montant du forfait se compose :

- d'un sous-forfait consultation d'un montant identique de 74 euros en métropole et dans les départements et régions d'outre-mer ;

et d'un sous-forfait médicaments comme suit :

Pour les médicaments délivrés pour une IVG pratiquée avant la sixième semaine de grossesse, le sous-forfait médicaments se compose d'un montant de 83,57 euros en métropole, de 105,63 euros à La Réunion, de 111,98 euros en Guyane, de 110,56 euros en Martinique et en Guadeloupe et de 113,66 euros à Mayotte ;

Pour les médicaments délivrés pour une IVG pratiquée à partir de la sixième semaine de grossesse et jusqu'à la fin de la septième semaine de grossesse, le sous-forfait médicaments se compose d'un montant de 96,53 euros en métropole, de 122,01 euros à La Réunion, de 129,36 euros en Guyane, de 127,72 euros en Martinique et en Guadeloupe et de 131,29 euros à Mayotte ;

- e) Investigations ultérieures à l'intervention par méthode biologique : 17,28 euros ;

- f) Consultation de contrôle : 26,5 euros ;

- g) Réalisation d'une échographie de contrôle ultérieure à l'intervention : 30,24 euros.

Les tarifs prévus aux c, d, f et g font l'objet d'un forfait versé en une seule fois au médecin ou à la sage-femme ayant effectué une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. En cas de réalisation d'une échographie de contrôle au cours de la consultation de contrôle, les tarifs prévus aux f et g ne peuvent être cumulés.

Dans le cadre d'une téléconsultation, le montant du forfait correspondant lié à la délivrance de médicaments à facturer par le médecin ou la sage-femme réalisant l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse se compose uniquement du sous-forfait consultation. Le pharmacien facture de son côté aux organismes d'Assurance Maladie les spécialités pharmaceutiques délivrées à la bénéficiaire sur la base du montant du sous-forfait médicaments mentionné au d auquel s'ajoute un montant fixe de 4 euros d'honoraire pour cette dispensation particulière applicable en métropole et dans les départements et régions d'outre-mer, en transmettant la prescription et la facture d'achat des médicaments.



Le tableau annexé regroupe les prix publics toutes taxes comprises des médicaments délivrés pour une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, le montant du sous forfait médicament facturable par le médecin, la sage-femme ou le pharmacien qui diffère selon la nature de la consultation et la semaine de grossesse de la bénéficiaire et le montant fixe de l'honoraire de dispensation facturable par le pharmacien associé le cas échéant. »



4.5 Annexe 5

Tableau 43 : Diagnostics principaux des séjours en doublon exclus

Diagnostic principal	Libellé CIM-10	N	%
J353	Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes	2	3.2
P015	Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple	2	3.2
P036	Fœtus et nouveau-né affectés par des contractions anormales de l'utérus	1	1.6
P050	Faible poids pour l'âge gestationnel	2	3.2
P059	Croissance lente du fœtus, sans précision	2	3.2
P071	Autres poids faibles à la naissance	5	8.0
P073	Autres enfants nés avant terme	12	19.3
P220	Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né	2	3.2
P228	Autres détresses respiratoires du nouveau-né	4	6.4
P921	Régurgitation et mérycisme du nouveau-né	1	1.6
Z273	Nécessité d'une vaccination contre diphtérie-tétanos-coqueluche et poliomyélite [DTCoq+polio]	2	3.2
Z383	Jumeaux, nés à l'hôpital	24	38.7
Z411	Autres opérations plastiques pour raisons esthétiques	1	1.6
Z4588	Ajustement et entretien d'autres prothèses internes	1	1.6
Z637	Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer	1	1.6

Tableau 44: Diagnostics principaux des séjours n'ayant aucune prestation associée dans DCIR

Diagnostic principal	Libellé CIM-10	N	%
Z380	Enfant unique, né à l'hôpital	1624	88.6
Z411	Autres opérations plastiques pour raisons esthétiques	69	3.7
Z381	Enfant unique, né hors d'un hôpital	9	0.4
Z383	Jumeaux, nés à l'hôpital	8	0.4
O800	Accouchement (unique) spontané par présentation du sommet	4	0.2
P011	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des	4	0.2
P034	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par	4	0.2
P201	Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le	4	0.2
J353	Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes	3	0.1
M171	Autres gonarthroses primaires	3	0.1
M4806	Rétrécissement du canal médullaire - Région lombaire	3	0.1
M511	Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux	3	0.1
M751	Syndrome de la coiffe des rotateurs	3	0.1
Z04801	Examen et mise en observation pour polysomnographie	3	0.1
Z762	Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et	3	0.1
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	2	0.1
C61	Tumeur maligne de la prostate	2	0.1
E6605	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse	2	0.1
J342	Déviations de la cloison (nasale)	2	0.1
K072	Anomalies de rapport entre les arcades dentaires	2	0.1
N40	Hyperplasie de la prostate	2	0.1



P038	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres complications précisées	2	0.1
C444	Tumeur maligne de la peau du cuir chevelu et du cou	1	0.0
C501	Tumeur maligne de la partie centrale du sein	1	0.0
C73	Tumeur maligne de la thyroïde	1	0.0
D110	Tumeur bénigne de la glande parotide	1	0.0
D171	Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané du	1	0.0
E6606	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse	1	0.0
F640	Transsexualisme	1	0.0
G540	Affections du plexus brachial	1	0.0
G562	Lésion du nerf cubital	1	0.0
H500	Strabisme convergent concomitant	1	0.0
I21000	Infarctus du myocarde, prise en charge initiale, infarctus de 24	1	0.0
I21400	Infarctus sous-endocardique, prise en charge initiale, infarctus de	1	0.0
I442	Bloc auriculoventriculaire complet	1	0.0
I480	Fibrillation auriculaire paroxystique	1	0.0
K010	Dents incluses	1	0.0
K011	Dents enclavées	1	0.0
K352	Appendicite aigüe avec péritonite généralisée	1	0.0
K358	Appendicites aigües, autres et non précisées	1	0.0
K402	Hernie inguinale bilatérale, (sans occlusion ni gangrène)	1	0.0
K500	Maladie de Crohn de l'intestin grêle	1	0.0
K528	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses précisées	1	0.0
K566	Occlusions intestinales, autres et sans précision	1	0.0
K658	Autres péritonites	1	0.0
K800	Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë	1	0.0
K802	Calcul de la vésicule biliaire (sans cholécystite)	1	0.0
K850	Pancréatite aiguë idiopathique	1	0.0
K851	Pancréatite aiguë d'origine biliaire	1	0.0
K858	Autres pancréatites aiguës	1	0.0
L021	Abcès cutané, furoncle et anthrax du cou	1	0.0
L022	Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc	1	0.0
L893	Zone de pression et ulcère de décubitus de stade VI	1	0.0
M160	Coxarthrose primaire, bilatérale	1	0.0
M161	Autres coxarthroses primaires	1	0.0
M170	Gonarthrose primaire, bilatérale	1	0.0
M201	Hallux valgus (acquis)	1	0.0
M2351	Instabilité chronique du genou - LCAE	1	0.0
M5456	Lombalgie basse - Région lombaire	1	0.0
N133	Hydronéphroses, autres et sans précision	1	0.0
N135	Coudure et rétrécissement urétéral, sans hydronéphrose	1	0.0
N300	Cystite aiguë	1	0.0
N421	Congestion et hémorragie prostatiques	1	0.0
N62	Hypertrophie mammaire	1	0.0
N995	Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire	1	0.0
O001	Grossesse tubaire	1	0.0
O421	Rupture prématurée des membranes, avec début du travail au-	1	0.0
O750	Épuisement maternel au cours du travail et de l'accouchement	1	0.0
P008	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles	1	0.0
P015	Fœtus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple	1	0.0



P017	Fœtus et nouveau-né affectés par une présentation anormale	1	0.0
P026	Fœtus et nouveau-né affectés par des affections du cordon	1	0.0
P033	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par extracteur	1	0.0
P071	Autres poids faibles à la naissance	1	0.0
P081	Autres enfants gros pour l'âge gestationnel	1	0.0
P210	Asphyxie obstétricale grave	1	0.0
P211	Asphyxie obstétricale légère ou modérée	1	0.0
P599	Ictère néonatal, sans précision	1	0.0
P818	Autres troubles précisés de la régulation thermique du nouveau-né	1	0.0
R290	Tétanie	1	0.0
R33	Rétention d'urine	1	0.0
R5218	Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées	1	0.0
S5250	Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius	1	0.0
S835	Entorse et foulure des ligaments croisés du genou (antérieur)	1	0.0
T874	Infection d'un moignon d'amputation	1	0.0
U0710	COVID-19, FORME RESPIRATOIRE, VIRUS IDENTIFIE	1	0.0
Z04802	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire	1	0.0
Z4580	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire	1	0.0
Z4584	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système	1	0.0
Z470	Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre	1	0.0
Z502	Sevrage d'alcool	1	0.0
Z515	Soins palliatifs	1	0.0

Tableau 45: Description des séjours du privé non valorisables dans DCIR

DP	Libellé CIM-10	N	%
Z380	Enfant unique, né à l'hôpital	2179	84.7
Z411	Autres opérations plastiques pour raisons esthétiques	139	5.4
Z381	Enfant unique, né hors d'un hôpital	12	0.4
C61	Tumeur maligne de la prostate	10	0.3
Z383	Jumeaux, nés à l'hôpital	10	0.3
P201	Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois pendant le travail et l'accouchement	8	0.3
M751	Syndrome de la coiffe des rotateurs	7	0.2
P034	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par césarienne	7	0.2
P011	Fœtus et nouveau-né affectés par la rupture prématurée des membranes	6	0.2
O800	Accouchement (unique) spontané par présentation du sommet	5	0.1
U0710	COVID-19, FORME RESPIRATOIRE, VIRUS IDENTIFIE	5	0.1
J353	Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes	4	0.1
K358	Appendicites aiguës, autres et non précisées	4	0.1
M4806	Rétrécissement du canal médullaire - Région lombaire	4	0.1
P038	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres complications précisées du travail et de l'accouchement	4	0.1
R5218	Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées	4	0.1
M171	Autres gonarthroses primaires	3	0.1
M2351	Instabilité chronique du genou - LCAE	3	0.1

M511	Atteintes d'un disque lombaire et d'autres disques intervertébraux avec radiculopathie	3	0.1
P026	Foetus et nouveau-né affectés par des affections du cordon ombilical, autres et sans précision	3	0.1
P599	Ictère néonatal, sans précision	3	0.1
Z04801	Examen et mise en observation pour polysomnographie	3	0.1
Z502	Sevrage d'alcool	3	0.1
Z515	Soins palliatifs	3	0.1
Z762	Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé	3	0.1
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	2	0.0
D414	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la vessie	2	0.0
E6605	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 35 kg/m ² et inférieur à 40 kg/m ²	2	0.0
E6606	Obésité due à un excès calorique de l'adulte avec indice de masse corporelle [IMC] égal ou supérieur à 40 kg/m ² et inférieur à 50 kg/m ²	2	0.0
J342	Déviations de la cloison (nasale)	2	0.0
K072	Anomalies de rapport entre les arcades dentaires	2	0.0
M161	Autres coxarthroses primaires	2	0.0
N40	Hyperplasie de la prostate	2	0.0
O750	Épuisement maternel au cours du travail et de l'accouchement	2	0.0
P015	Foetus et nouveau-né affectés par une grossesse multiple	2	0.0
P017	Foetus et nouveau-né affectés par une présentation anormale avant le travail	2	0.0
P298	Autres affections cardio-vasculaires survenant pendant la période périnatale	2	0.0
P818	Autres troubles précisés de la régulation thermique du nouveau-né	2	0.0
C341	Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon	1	0.0
C444	Tumeur maligne de la peau du cuir chevelu et du cou	1	0.0
C501	Tumeur maligne de la partie centrale du sein	1	0.0
C73	Tumeur maligne de la thyroïde	1	0.0
D110	Tumeur bénigne de la glande parotide	1	0.0
D171	Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané du tronc	1	0.0
D172	Tumeur lipomateuse bénigne de la peau et du tissu sous-cutané des membres	1	0.0
D508	Autres anémies par carence en fer	1	0.0
F01220	Démence vasculaire souscorticale légère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires	1	0.0
F640	Transsexualisme	1	0.0
G118	Autres ataxies héréditaires	1	0.0
G540	Affections du plexus brachial	1	0.0
G553	Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'autres dorsopathies (M45-M46, M48.-, M53-M54)	1	0.0
G562	Lésion du nerf cubital	1	0.0
G811	Hémiplégie spastique	1	0.0
H500	Strabisme convergent concomitant	1	0.0



I21000	Infarctus du myocarde , prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	1	0.0
I21400	Infarctus sous-endocardique , prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	1	0.0
I251	Cardiopathie artérioscléreuse	1	0.0
I442	Bloc auriculoventriculaire complet	1	0.0
I480	Fibrillation auriculaire paroxystique	1	0.0
I5009	Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée	1	0.0
J36	Angine phlegmoneuse	1	0.0
J440	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures	1	0.0
J9600	Insuffisance respiratoire aiguë de type I [hypoxique]	1	0.0
K010	Dents incluses	1	0.0
K011	Dents enclavées	1	0.0
K352	Appendicite aiguë avec péritonite généralisée	1	0.0
K402	Hernie inguinale bilatérale, (sans occlusion ni gangrène)	1	0.0
K429	Hernie ombilicale, (sans occlusion ni gangrène)	1	0.0
K500	Maladie de Crohn de l'intestin grêle	1	0.0
K528	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses précisées	1	0.0
K566	Occlusions intestinales, autres et sans précision	1	0.0
K601	Fissure anale chronique	1	0.0
K610	Abcès anal	1	0.0
K658	Autres péritonites	1	0.0
K800	Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë	1	0.0
K802	Calcul de la vésicule biliaire (sans cholécystite)	1	0.0
K850	Pancréatite aiguë idiopathique	1	0.0
K851	Pancréatite aiguë d'origine biliaire	1	0.0
K858	Autres pancréatites aiguës	1	0.0
L021	Abcès cutané, furoncle et anthrax du cou	1	0.0
L022	Abcès cutané, furoncle et anthrax du tronc	1	0.0
L030	Phlegmon des doigts et des orteils	1	0.0
L050	Sinus pilonidal avec abcès	1	0.0
L893	Zone de pression et ulcère de décubitus de stade VI	1	0.0
M160	Coxarthrose primaire, bilatérale	1	0.0
M170	Gonarthrose primaire, bilatérale	1	0.0
M1907	Arthrose primaire d'autres articulations - Articulations de la cheville et du pied	1	0.0
M201	Hallux valgus (acquis)	1	0.0
M2117	Déformation en varus, non classée ailleurs - Cheville et pied	1	0.0
M2147	Pied plat (pes planus) (acquis) - Cheville et pied	1	0.0
M2427	Lésion ligamentaire - Articulations de la cheville et du pied	1	0.0
M501	Atteinte d'un disque cervical avec radiculopathie	1	0.0
M5456	Lombalgie basse - Région lombaire	1	0.0
M674	Kyste (articulaire)	1	0.0
M841	Fracture non consolidée [pseudarthrose]	1	0.0



M898	Autres maladies osseuses précisées	1	0.0
N111	Pyélonéphrite obstructive (chronique)	1	0.0
N133	Hydronéphroses, autres et sans précision	1	0.0
N135	Coudure et rétrécissement urétéral, sans hydronéphrose	1	0.0
N200	Calcul du rein	1	0.0
N202	Calcul du rein avec calcul de l'uretère	1	0.0
N300	Cystite aiguë	1	0.0
N421	Congestion et hémorragie prostatiques	1	0.0
N62	Hypertrophie mammaire	1	0.0
N995	Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire	1	0.0
O001	Grossesse tubaire	1	0.0
O13	Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]	1	0.0
O141	Prééclampsie sévère	1	0.0
O218	Autres vomissements compliquant la grossesse	1	0.0
O421	Rupture prématurée des membranes, avec début du travail au-delà des 24 heures	1	0.0
O470	Faux travail avant 37 semaines entières de gestation [Menace d'accouchement prématuré]	1	0.0
O601	Travail prématuré spontané avec accouchement prématuré	1	0.0
O631	Prolongation de la deuxième période [expulsion]	1	0.0
O680	Travail et accouchement compliqués d'une anomalie du rythme cardiaque du fœtus	1	0.0
P008	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles	1	0.0
P032	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par forceps	1	0.0
P033	Fœtus et nouveau-né affectés par un accouchement par extracteur pneumatique [ventouse]	1	0.0
P041	Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	1	0.0
P050	Faible poids pour l'âge gestationnel	1	0.0
P071	Autres poids faibles à la naissance	1	0.0
P073	Autres enfants nés avant terme	1	0.0
P080	Enfant exceptionnellement gros	1	0.0
P081	Autres enfants gros pour l'âge gestationnel	1	0.0
P134	Fracture de la clavicule due à un traumatisme obstétrical	1	0.0
P200	Hypoxie intra-utérine constatée pour la première fois avant le début du travail	1	0.0
P210	Asphyxie obstétricale grave	1	0.0
P211	Asphyxie obstétricale légère ou modérée	1	0.0
P282	Crises de cyanose du nouveau-né	1	0.0
P288	Autres affections respiratoires précisées chez le nouveau-né	1	0.0
P819	Trouble de la régulation thermique du nouveau-né, sans précision	1	0.0
Q531	Cryptorchidie unilatérale	1	0.0
Q838	Autres malformations congénitales du sein	1	0.0
R290	Tétanie	1	0.0
R33	Rétention d'urine	1	0.0
R410	Désorientation, sans précision	1	0.0



R600	Oedème localisé	1	0.0
S5250	Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius	1	0.0
S835	Entorse et foulure des ligaments croisés du genou (antérieur) (postérieur)	1	0.0
T8138	Désunions d'une plaie opératoire non classées ailleurs, autres et non précisées	1	0.0
T874	Infection d'un moignon d'amputation	1	0.0
U0714	COVID-19, AUTRES FORMES CLINIQUES, VIRUS IDENTIFIE	1	0.0
Z04802	Examen et mise en observation pour bilan préopératoire	1	0.0
Z4180	Intervention de confort	1	0.0
Z4580	Ajustement et entretien d'une prothèse interne urinaire	1	0.0
Z4584	Ajustement et entretien d'une prothèse interne du système nerveux central	1	0.0
Z470	Soins de contrôle impliquant l'enlèvement d'une plaque et autre prothèse interne (orthopédique) de fixation	1	0.0
Z488	Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés	1	0.0
Z511	Séance de chimiothérapie pour tumeur	1	0.0

Tableau 46: Prestations DCIR exclues de la valorisation des séjours du privé (et motif d'exclusion)

PRS_NAT_REF	Libellé	Motif
1211	VISITE COTEE V	Domicile
1214	VISITE LONGUE ET COMPLEXE	Domicile
1811	IK PLAINE	Domicile
1821	ID PARIS LYON MARSEILLE, +100.000 HA, -100.000 HA	Déplacement
1842	INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ASSIMILES	Déplacement domicile
1848	INDEMNITES FORFAITAIRES DEPLACEMENT INFIRMIERS	Déplacement
1849	INDEMNITE FORFAITAIRE DEPLACEMENT MK PERS. AGEE	Déplacement
1936	MAJORATION VISITE REGULEE DE NUIT	Hors hospit
1937	MAJORATION VISITE REGULEE MILIEU DE NUIT	Hors hospit
1938	MAJORATION VISITE REGULEE DE DIMANCHE, JOURS FERIES ET	Hors hospit
1943	MAJORATION URGENCE MT	Hors hospit
2104	SUPPLEMENT TRANSPORT PROVISIOIRE (PSY/SSR)	Transport
2105	SUPPLEMENT TRANSPORT DEFINITIF (PSY/SSR)	Transport
2106	TRANSPORT DEFINITIF DIALYSE	Transport
2107	TRANSPORT SEANCE DIALYSE	Transport
2138	FORFAIT DE DIALYSE PERITONEALE CONTINUE AMBULATOIRE	Ambulatoire
3106	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC LOURDE)	Domicile
3107	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC INTERMEDIAIRE)	Domicile
3108	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES (PEC LEGERE)	Domicile
3120	SOINS INFIRMIERS EXTERNALISES	Domicile
3128	RETOUR A DOMICILE POST CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	Domicile
3311	PHARMACIE 100%	officine
3312	PHARMACIE PH4	officine
3313	PHARMACIE 65%	officine
3315	MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX	officine
3317	PHARMACIE HOSPITALIERE A 100%	Hors hospit



3322	MAJORATION POUR ACHAT HORS HEURES OUVRABLES	officine
3325	MAJORATION PHARMACIE DES ILES	officine
3326	PREPARATION MAGISTRALE REMBOURSABLE	officine
3331	VACCIN ANTI-GRIPPE	officine
3341	PHARMACIE 15%	officine
3356	PHARMACIE HOSPITALIERE DEROGATOIRE	officine
3360	VACCINATION GRIPPE PHARMACIEN	officine
3364	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	officine
3365	HONORAIRE DISPENSATION EN LIEN AVEC AGE	officine
3366	HONORAIRE DE DISPENSATION MEDICAMENTS SPECIFIQUES	officine
3369	CODE TRACEUR DISPENSATION ADAPTEE	officine
3380	HONO DISP COMP	officine
3383	HONO DISP 1	officine
3384	HONO DISP 2	officine
3385	HONO DISP 4	officine
3386	HONO DISP 7	officine
3389	HONO DISP GC 4	officine
3390	HONO DISP GC 7	officine
3403	REMUNERATION PHARMACIEN COVID 19	officine
3500	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE COMPLEXE	Hors hospit
3501	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE TRES COMPLEXE	Hors hospit
3502	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE SIMPLE	Hors hospit
3503	VERRE DE CLASSE B, UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE	Hors hospit
3504	VERRE DE CLASSE B, NEUTRE OU UNIFOCAL SPHERIQUE SIMPLE	Hors hospit
3506	MONTURE ADULTE DE CLASSE A	Hors hospit
3508	VERRE DE CLASSE A, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF COMPLEXE	Hors hospit
3509	VERRE DE CLASSE A, UNIFOCAL COMPLEXE	Hors hospit
3510	VERRE DE CLASSE A, NEUTRE OU UNIFOCAL SIMPLE	Hors hospit
3511	APPAREILS D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE, OXYGENOTHERAPIE A	Hors hospit
3512	AUTRES MATERIELS POUR TRAITEMENTS A DOMICILE (CHAP. 1)	Hors hospit
3513	MATERIELS ET APPAREILS DE CONTENTION ET DE MAINTIEN	Hors hospit
3514	MATERIELS ET APPAREILS POUR TRAITEMENTS DIVERS (CHAP. 3)	Hors hospit
3515	ARTICLES DE PANSEMENTS (CHAP. 4)	Hors hospit
3518	APPAREIL GENERATEUR D'AEROSOL	Hors hospit
3519	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE NEGATIVE SIMPLE	Hors hospit
3520	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE A SPHERE POSITIVE SIMPLE	Hors hospit
3521	ORTHESES (PETIT APPAREILLAGE) (CHAP. 1)	Hors hospit
3522	DIVERS ORTHESES	Hors hospit
3542	PROTHESES EXTERNES NON ORTHOPEDIQUES (CHAP. 4)	Hors hospit
3544	CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES (CHAP. 6)	Hors hospit
3545	ORTHOPROTHESES (CHAP 7.)	Hors hospit
3549	PROCESSEUR POUR IMPLANT OSTE-INTEGRE	Hors hospit
3559	VERRE DE CLASSE B, MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE	Hors hospit



3561	VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES	Transport
3563	MONTURE ADULTE DE CLASSE B	Hors hospit
3564	MONTURE ENFANT DE CLASSE B	Hors hospit
3570	OPTIQUE - AUTRE SUPPLEMENT	Hors hospit
3575	COMPLEMENT AT 150% LPP	Hors hospit
3586	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE	Hors hospit
3587	PROTHESE AUDITIVE PANIER 1 - RESTE A CHARGE ZERO - OREILLE	Hors hospit
3588	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE	Hors hospit
3589	PROTHESE AUDITIVE PANIER 2 - AVEC RESTE A CHARGE - OREILLE	Hors hospit
3593	TELESURVEILLANCE : FOURNISSEUR DE LA SOLUTION	Hors hospit
3595	PROTHESES AUDITIVES - PILES	Hors hospit
3596	DELIVRANCE DE MASQUE	officine
4206	PRESTATION FIN DE GARDE AMBULANCE	Transport
4212	AMBULANCES AGREEES	Transport
4213	VEHICULES SANITAIRES LEGERS (VSL)	Transport
4214	TAXIS	Transport
4215	VEHICULES PERSONNELS	Transport
4218	Taxi tarif C	Transport
4219	AUTRES MODES DE TRANSPORT	Transport
4220	Taxi tarif D	Transport
4221	AMBULANCE AGREEE DE GARDE	Transport
4321	FRAIS FUNERAIRES	Hors hospit
4382	PHARMACIE NON REMBOURSABLE	Officine
4511	CAPITAL DECES	Hors hospit
6011	CARENCE -	Hors hospit
6111	IJ NORMALES -3 MOIS	Hors hospit
6112	IJ NORMALES +3MOIS	Hors hospit
6115	IJ MAJOREES -3MOIS	Hors hospit
6116	IJ MAJOREES +3MOIS	Hors hospit
6117	IJ PARTIELLE, PERTE DE SALAIRE -3MOIS	Hors hospit
6118	IJ PARTIELLE, PERTE DE SALAIRE +3MOIS	Hors hospit
6121	IJ PRENATALES	Hors hospit
6122	IJ POSTNATALES	Hors hospit
6124	IJ CONGE SUPPLEMENTAIRE PREMA	Hors hospit
6127	FORFAIT GROSSESSE TAUX REDUIT TI	Hors hospit
6214	IJ CONGE SUPPLEMENTAIRE MATERNITE PAMC	Hors hospit
6215	IJ CONGE POSTNATAL PAMC	Hors hospit
6221	ALLOCATION REPOS MATERNEL NORMAL	Hors hospit
6231	IJ CONGE PRENATAL PAMC	Hors hospit
6233	IJ CONGE PATHOLOGIQUE PAMC	Hors hospit
7111	PENSION INVALIDITE AVANTAGES DE BASE	Hors hospit
7112	PENSION INVALIDITE ALLOCATIONS SUPPLEMENTAIRES	Hors hospit
7113	PENSION INVALIDITE MAJORATIONS POUR ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE	Hors hospit
8111	RENTES DE VICTIME	Hors hospit
8112	MAJORATIONS POUR ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE	Hors hospit
8118	MAJORATION FAUTE INEXCUSABLE RENTE VICTIME	Hors hospit
9202	SEANCE DE SUIVI	Hors hospit
9803	CODES MIS A LA DISPOSITION DE LA SNCF	Hors hospit

