



INITIATION AU PMSI (COURT SEJOUR)

RAPPORT PRISMA (FEVRIER 2005)

Haytham ELGHAZEL

Le Système d'information Hospitalier SIH

Pour un établissement de soins hospitaliers, le système d'information correspond à la façon dont il reçoit, traite et stocke l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation et l'analyse de son activité.

Le SIH est le véritable système nerveux de la structure de soins, il est indispensable, l'hôpital générant et détenant des informations complexes, lourdes à gérer et coûteuses à exploiter. De nombreuses structures pratiquent encore le stockage de ces informations par recours au dossier papier, avec tous ses inconvénients.

Ce dossier papier présente en effet les désagréments suivants :

- il est volumineux et lourd,
- il court le risque de se déchirer ou de se perdre,
- le transport d'un service à l'autre peut être lent,
- le dossier papier ne se partage pas (un seul consultant à la fois),
- le dossier papier peut être pillé.

Le SIH idéal offrirait les avantages d'une compression du volume d'informations, avec une diminution du coût de stockage. La duplication d'une partie des informations pourrait être réalisée de façon instantanée. Ces informations seraient consultables simultanément (notion de partage de l'information).

Une diminution du temps de collecte et de rangement de l'information serait apportée par l'utilisation d'un support autre que le support papier. Enfin la réutilisation des données à d'autres fins que le dossier patient serait possible par l'ouverture de nouvelles lignes de communication.

Le SIH doit répondre à des besoins et des objectifs hétéroclites.

Cet état de fait est dû à la segmentation du monde médical (autant de parcelles que de spécialités avec des besoins spécifiques) et à une opposition possible entre les applications verticales, horizontales, transversales du monde hospitalier.

Le SIH joue également un rôle dans l'intégration au monde extérieur :

- par constitution de réseaux inter-hospitaliers,
- avec la communication aux Systèmes d'assurances sociales,
- par l'établissement de Systèmes de santé (Health Information System),
- par la tenue de registres épidémiologiques,
- par la connexion à des réseaux universitaires et de recherches via l'Internet.

Le **Système d'Information Hospitalier (SIH)** peut être assimilé au système nerveux de la structure de soins : il utilise tout un environnement matériel et logiciel gérant les informations utiles à l'établissement de soins. Le SIH est nécessaire parce que l'hôpital est un énorme générateur et détenteur d'informations, ces informations sont de plus en plus complexes, la gestion de cette information est particulièrement lourde, son exploitation devient de plus en plus onéreuse.

Le SIH recouvre plusieurs domaines d'applications, une vision administrative ou **système d'information administratif (SIA)**, une vision médicale ou **système d'information médical (SIM)**.

Dans le domaine hospitalier, le système d'information administratif (SIA) est une modélisation de type entreprise ou managériale.

Les fonctionnalités du SIA s'attachent :

- à la bureautique administrative,
- à la comptabilité (budget, comptabilité analytique, facturation),
- à la gestion de personnel et du stock.

Le SIM hospitalier s'attache aux fonctions obligatoires, souhaitées ou souhaitables :

- la bureautique médicale (lettre de correspondants, compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu exploratoire, compte-rendu opératoire).
- la gestion des examens de laboratoire (demande d'examen, récupération des résultats).
- la gestion de l'imagerie médicale.
- la gestion du dossier médical, serveur d'identité permanente patient (détection d'erreurs d'orthographe), dossier médical intégré (SIHI), dossier médical minimum commun,
- la gestion de l'indexation par rapport au codage patient, gestion des nomenclatures, codage interne au service, codage imposé dans le cadre du PMSI, production de Résumé d'Unité Médicale RUM), fonction groupage PMSI, production de Résumé de Sortie Standardisé (RSS) et de résumé de Sortie Anonyme (RSA).
- l'aide au diagnostic.
- l'aide à la thérapeutique (ordonnance, protocole).
- la gestion des alertes (examen, incompatibilité médicamenteuse).
- le planning de rendez-vous, d'occupation des locaux.
- la gestion du stock pharmaceutique et des implants.
- les statistiques, recherches, supports à l'enseignement

Le SIA et le SIM représentent deux perceptions de représentations parfois antagonistes du passage d'un patient au sein d'un hôpital. Une perception strictement administrative/hôtelière aurait pour unité de référence le séjour du patient. Dans une vision médicalisée, pour les médecins l'unité de référence serait le patient, pour les prestataires d'actes l'unité de référence serait le diagnostic ou l'acte.

C'est dans cet objectif d'apport de données médicales à un système administratif que le PMSI a été réalisé.

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information PMSI

Le **Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)** relève d'une démarche du ministère de la Santé en date du mois de Juin 1982. Le PMSI ayant pour objet d'introduire une dimension médicale dans l'information collectée sur l'activité hospitalière et de permettre d'obtenir de meilleures descriptions et mesures de cette activité. Chaque champ de l'activité

hospitalière doit pouvoir être mesuré selon une classification commune à tous les établissements, à partir de références nationales. La circulaire du 7/12/1994, a cadré l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires, permettant une réduction des inégalités entre les établissements, grâce à une meilleure connaissance du volume et de la nature de leur activité médicale. Cette décision de réformer les modalités d'allocation budgétaire par le biais du PMSI entraînera une modulation progressive des budgets.

Le PMSI a été mis en application dans le court séjour hospitalier, courant 1995, son application au moyen séjour hospitalier est programmée en 1998 pour l'ensemble des établissements de Soins de Suite ou de Réadaptation. C'est pour cela qu'à partir de 1996 la part la plus importante du budget de l'hôpital (80%) devient indépendante de ses charges (salariales à 70%), mais dépendante de son volume d'activité. Ainsi, un hôpital (et chacun de ses acteurs) aura intérêt à une bonne gestion, pour dégager des gains de productivité, jusqu'à se situer au niveau optimal (qualité/coût/prix) → La recette étant garantie pour une activité donnée, le surplus de l'écart recettes/coûts (s'il y en a), pourrait servir aux investissements, à l'embauche, etc.

L'arrêté de 22 juillet 1996 rend le PMSI obligatoire pour les établissements de santé privés.

L'objet du PMSI est la description de la consommation des ressources et non l'évaluation de la qualité des soins, il s'intéresse à ce qui est effectivement réalisé et non à ce qui devrait être fait.

Malgré ces réserves, le PMSI peut jouer un rôle incitatif à l'évaluation de la qualité des soins, par la révélation de standards de prise en charge, par la fourniture de signaux de qualité des soins. Pour le court séjour, il s'agira par exemple de constats de durées d'hospitalisation ou de pratiques médicales atypiques. En moyen séjour, la notion de journée pondérée, assimilable à une photographie du patient à différents moments de sa prise en charge, fournira également de tels signaux.

Le PMSI, outil médico-économique de gestion interne pourra fournir des données utiles à l'analyse des pratiques des différents professionnels des établissements hospitaliers (médecins, soignants et gestionnaires). Egalement outil de gestion externe, il permettra d'allouer les budgets de façon plus équitable, en prenant en compte le niveau d'activité et les services rendus à la population.

« Le PMSI a pour but l'introduction d'une dimension médicale dans l'information collectée sur l'activité hospitalière, afin d'obtenir de meilleures descriptions et mesures de cette activité ».

La médicalisation de l'information hospitalière ne doit cependant pas se réduire à des objectifs uniquement économiques. Des objectifs médicaux sont à envisager, ils concernent une gestion optimisée des dossiers médicaux et soignants, une aide à la recherche clinique et à l'optimisation des stratégies de diagnostics et de soins, une promotion de la recherche épidémiologique, une évaluation de la qualité des soins et de l'activité médicale. Le PMSI doit donc être considéré comme un outil médico-économique, les objectifs économiques et médicaux étant intimement liés.

Objectifs économiques du PMSI

Ces objectifs sont multiples et s'attachent à classer dans un GHM chaque patient hospitalisé en **MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)**, à construire un **Indice Synthétique d'Activité (ISA)**, à fournir un critère d'évaluation du coût des soins au niveau national.

Les mesures de l'activité de chaque hôpital sur la base de données médicale permettront de déterminer un budget théorique pour chaque établissement, avec un ajustement progressif du budget historique (lié à l'application du taux directeur) au niveau du budget théorique. Le calcul d'un coût moyen par GHM permettra d'établir **l'Echelle Nationale de Coût « ENC »** par GHM.

Objectifs médicaux du PMSI

Ils concernent :

- la recherche de l'amélioration de la qualité des soins,
- une gestion optimisée des dossiers médicaux et soignants,
- une aide à la recherche clinique,
- une optimisation des stratégies de diagnostic et de soins,
- une promotion de la recherche épidémiologique,
- une évaluation de la qualité des soins et de l'activité médicale.

Seul système susceptible de produire de l'information médicalisée, standardisée, validée et opposable, le PMSI peut également devenir l'outil de mesure et de rémunération commun de l'activité hospitalière de soins. Constituant la référence descriptive de l'activité médicale hospitalière et du niveau de consommation de ressources, il jouera un rôle indispensable pour améliorer l'équité et l'efficacité de la répartition des ressources.

Le PMSI peut également représenter le point de départ d'un système d'information adapté au suivi des pathologies et de leur prise en charge.

A partir des informations transmises aux DRASS, sous forme de fichiers semestriels de Résumé Standard d'Activité (RSA), le calcul du total des points pour chaque établissement sera réalisé, en pondérant chaque séjour en fonction du GHM dans lequel il est classé, au moyen de l'échelle nationale des coûts.

La somme des dépenses sera ensuite rapprochée de la somme des points d'activité produits par les établissements de la région, afin d'arrêter en francs, la valeur régionale du point d'activité. De cette façon sera calculée une dotation théorique Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour chaque établissement, avec constatation éventuelle d'écarts entre la **dotation réelle** MCO de chaque établissement et la **dotation théorique**. L'objectif sera alors de réduire ces écarts. Les **DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)** et les **DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales)** procéderont à des ajustements progressifs, en prenant en compte pour ces corrections des charges spécifiques qui incombent aux établissements du fait de leur mission propre, ainsi que des orientations du **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)**.

Ces ajustements se réaliseront sur une base de concertation et de négociations menées entre les services de la tutelle et les établissements, portant notamment sur les écarts relevés et la capacité des établissements de les réduire et de les maîtriser. Chaque base budgétaire totale, augmentée ou diminuée des correctifs, se verra ensuite appliquer les modalités habituelles de fixation des budgets.

En cas d'écarts importants entre la dotation historique et la dotation théorique calculée d'un établissement, les correctifs pourront être intégrés dans un contrat pluriannuel négocié entre l'établissement et la tutelle.

Les Groupes Homogènes de Malades GHM

Un GHM est un profil de séjour de patient basé sur les données administratives et sur les diagnostics et les actes

Le GHM tente de préciser la notion de "produit" à l'hôpital. Le groupe homogène de malades est en effet un "panier de soins" correspondant à un type de patient donné défini par le clinicien.

GHM = produit homogène à la fois du point de vue de la consommation de ressources et de la signification médicale.

L'objet modélisé n'est ni le malade, ni la pathologie, mais l'épisode de soins correspondant à son passage dans l'établissement

La procédure qui mène à un GHM

Le premier niveau de classement utilisé en court séjour repose sur les **Catégories Majeures de Diagnostic (CMD)**.

Lors de chaque séjour dans une unité de soins MCO, un **Résumé d'Unité Médicale (RUM)** sera établi pour chaque patient. Il sera délivré autant de RUM que de services différents fréquentés par un patient au cours d'un même séjour hospitalier.

A la fin du séjour, l'ensemble des RUM sera transmis au **Département d'Information Médicale (DIM)**, où s'effectuera un classement chronologique des différents RUM relatifs à un même séjour.

Le DIM produira un **Résumé de Sortie Standardisé (RSS)** pour chaque patient, il effectuera le groupage des RSS en GHM, enfin il transformera chaque RSS en **Résumé de Sortie Anonyme (RSA)**.

Ces RSA seront ensuite transmis à la DRASS pour traitement et étude comptable. La dernière étape de ce parcours amènera les RSA à l'**Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)**.

Chaque établissement soumis à la dotation globale est tenu de transmettre trois mois au plus tard (au 31 mars et 30 septembre), à la D.R.A.S.S le fichier de R.S.A des séjours qui se sont

achevés au cours du semestre et le résultat du contrôle de qualité interne qu'il a effectué sur les fichiers RSA transmis 3 mois auparavant (au plus tard au 30 juin et 31 décembre).

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre d'un protocole national standardisé, défini par la Direction des hôpitaux en collaboration avec les représentants des médecins de DIM. C'est un contrôle de qualité de la saisie des informations dans chaque hôpital pour s'assurer de la fiabilité des RSA adressés, afin de prévenir des malfaçons éventuelles ou des fraudes intentionnelles.

Le mois suivant la réception, la D.R.A.S.S transmet ces informations à la **CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie)** et à la caisse pivot d'assurance maladie dont dépend l'établissement.

La détermination de pondérations économiques standardisées par groupe de prestations hospitalières, par les **Indices de Coût Relatif (ICR)**, entre autres outils, aboutira, par synthèse, à la construction d'un **Indice Synthétique d'Activité (ISA)**.

Unité médicale	DIM	DRASS	ARH
RUM (1) de Mr X	Production du RSS de Mr X, de Mme Y, de Mme Z	Calcul de la valeur régionale du point d'activité	Planification et carte sanitaire
RUM (2) de Mr X	Classement des RSS en GHM	Calcul des budgets théoriques	Répartition des dotations
RUM de Mme Y	Anonymisation des RSS en RSA	Duplication vers la CRAM, la caisse pivot	Délivrance d'autorisations, d'agrément et de contrats
RUM de Mme Z	Transmission des RSA à la DRASS	Transmission à l'ARH	Transmission des résultats régionaux à la Direction des Hôpitaux

Le Résumé de Sortie Standardisé RSS

Tout séjour hospitalier, effectué dans la partie court séjour d'un établissement, fait l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé « RSS » constitué d'un ou plusieurs Résumé(s) d'Unité Médicale RUM.

Dans les établissements publics et privés **participant au service public hospitalier (PSPH)**, une unité médicale correspond à une unité fonctionnelle ou à un groupe d'unités fonctionnelles, quelle que soit sa dénomination (service, département, fédération).

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une unité médicale « cas d'un séjour mono-unité », le RSS équivaut strictement au RUM produit par le médecin responsable du malade pendant ce séjour. Le RSS ne comporte qu'un enregistrement.

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales « cas d'un séjour multi-unité », le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par les médecins responsables du malade dans les différentes unités fréquentées au cours du séjour, ordonnés chronologiquement par le médecin responsable du DIM avant groupage. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM qui possèdent tous le même numéro de RSS.

Le Résumé d'Unité Médicale RUM

Le RUM (voir Annexe Résumé d'Unité Médicale) contient un nombre limité d'informations qui doivent être systématiquement renseignées. Ces informations sont d'ordre administratif et médical.

❖ Éléments médico administratifs

- Numéro FINESS, numéro de l'établissement dans lequel a séjourné le patient.
- Numéro RSS, numéro attribué à partir du numéro d'hospitalisation, la correspondance entre ces deux numéros est secrète.
- Date de naissance complète
- Sexe du patient
- Code postal du lieu de résidence du patient

❖ Mouvement

- Numéro d'unité médicale qui héberge le patient
- Date et mode d'entrée dans l'unité
- Date et mode de sortie
 - Type de mutation ou de transfert, en cas de réponse "mutation" ou "transfert" dans le mode d'entrée et/ou de sortie
- Hospitalisation au cours des 30 jours précédant la date d'entrée dans l'établissement
 - Nombre de séances, présence répétitive dans l'établissement pour moins de 24 heures (exemples : cure de chimiothérapie en ambulatoire).
 - Poids de naissance, pour les nouveau-nés.

❖ Diagnostics (CIM 10)

- Diagnostic principal: diagnostic qui selon le médecin responsable a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.
- Diagnostics associés, affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement.

❖ Actes (CCAM)

- Actes médicaux : au moins ceux en rapport avec le diagnostic principal

❖ IGS2

- Indice de gravité simplifié pour les séjours en réanimation, surveillance continue, soins intensifs IGS II (voir Annexe L'indice de gravité simplifié).
- ...

Pour que les informations médico-administratives contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées.

Les nomenclatures utilisées pour coder les RUM sont :

- pour le codage des diagnostics, la **Classification Internationale des Maladies « CIM »**.
- pour le codage des actes, la **Classification Commune des Actes Médicaux « CCAM »**. (depuis le 1er janvier 2002, les établissements peuvent utiliser ce système de codage pour décrire les données du PMSI) ; la CCAM doit remplacer le **Catalogue des Actes Médicaux « CdAM »** (qui était utilisé depuis 1985) et elle est obligatoire dès que la mission T2A est appliquée.

Les diagnostics (voir Annexe Les Diagnostics et les actes) contenus dans le RUM sont codés à l'aide de la Classification Internationale des Maladies. Sa 10ème révision (CIM-10) a été publiée par l'**Organisation Mondiale de la santé « OMS »** en 1993, mais elle n'a été utilisée, dans le cadre du PMSI qu'à partir de janvier 1996. Par rapport à la CIM-9, utilisée avant 1996, la CIM-10 présente de nouveaux chapitres et un nouveau système de codage :

La CIM-10 est organisée en 21 chapitres (au lieu de 17 pour la CIM-9) couvrant l'éventail complet des états morbides classés par organe ou appareil fonctionnel.

La CIM-10 se différencie de la CIM-9 par son nouveau système de codage qui n'est plus numérique mais alphanumérique et sa plus grande précision.

Afin de permettre une description plus précise de certains types de patients, les codes de la CIM-10 sont enrichis d'extensions élaborées d'abord par le **PERNNS (Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé)** de 1996 à 2002 puis par l'**ATIH (Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation)** à partir de janvier 2003.

L'utilisation de la CIM-10 pour coder les diagnostics dans les RSS était facultative à partir du 1er juillet 1995 mais elle est devenue obligatoire :

- à partir du 1er janvier 1996 pour les établissements hospitaliers participant à l'Etude nationale de coûts.
- à partir du 1er janvier 1997 pour les autres établissements hospitaliers.

Les actes contenus dans le RUM sont codés à l'aide du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM). Publié pour la première fois en 1985, le CdAM a été élaboré par des comités d'experts médicaux coordonnés par la Direction des Hôpitaux. Il répond à deux objectifs :

- identifier les actes réalisés pendant le séjour du patient ;

- mesurer la consommation de ressources humaines et matérielles pour réaliser cet acte, au moyen d'un Indice de Coût Relatif (ICR) composé de trois sous-indices, un Indice d'Activité Médicale (IAM), un Indice d'Activité Soignante (IAS) et un Indice de Consommation des Ressources Matérielles (ICRM).

Le CdAM est structuré en cinq champs correspondant chacun à un domaine de l'activité médico-technique et repéré par une lettre de l'alphabet grec :

- **Champ Alpha** : actes diagnostiques et thérapeutiques
- **Champ Bêta** : actes d'anesthésiologie
- **Champ Gamma** : actes d'imagerie médicale
- **Champ Mû** : actes de radiothérapie
- **Champ Oméga** : actes de réanimation

Le CdAM (7000 codes environ) contient une énumération exhaustive des actes médicaux pratiqués en milieu hospitalier. Pour chaque acte, sont précisés sur une même ligne :

- **le code de l'acte**, composé de quatre caractères, une lettre et trois chiffres
- **le libellé de l'acte**
- **l'ICR** - Indice de Coût Relatif - composé de trois chiffres
- le cas échéant, **la lettre "Y"** qui indique le caractère classant de l'acte dans la classification des GHM : en effet un acte est dit classant s'il est repéré dans le CdAM par la lettre Y. Il est classant car marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources. Sa mention sur le RUM est indispensable car elle influe sur l'affectation du séjour dans le GHM adéquat au moment du groupage.

Classification en Groupes Homogènes de Malades (GHM)

Tout Résumé de Sortie Standardisé est classé dans un Groupe Homogène de Malades. La classification française en Groupes Homogènes de malades «GHM» est, à l'origine, une adaptation de la classification américaine des **Diagnosis Related Groups** «**DRGs**» élaborée initialement par l'équipe du Professeur Robert Fetter (Université de Yale, Etats-Unis), et qui permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour (fortement corrélée au coût du séjour).

La classification des DRGs, conçue initialement comme outil d'analyse de l'activité, a été utilisée dès 1983 par l'administration américaine pour procéder au paiement forfaitaire des séjours hospitaliers des personnes âgées et handicapées, prises en charge par le programme fédéral Medicare.

Dans le secteur public hospitalier français, la classification en GHM est d'abord utilisée des fins différentes : jusqu'en 2004, pour chaque établissement, il s'agissait de comparer la dotation budgétaire calculée à partir des outils du PMSI (GHM pondérés économiquement au moyen de l'échelle nationale de coûts) et la dotation budgétaire réelle obtenue pour la même activité dans le cadre de l'enveloppe globale. Le système peut également être utilisé en gestion interne. A partir de 2004, le budget global est remplacé par la **Tarification à l'activité**

(T2A), et le GHM permet d'obtenir un **GHS (Groupe Homogène de Séjours)** exprimé en euros (voir Annexe La Tarification à l'Activité T2A et les GHS).

Dérivée de la classification des DRGs, la classification française est construite selon un arbre de décision qui oriente chaque séjour vers le GHM adéquat.

Note: la classification en GHM permet un classement exhaustif et unique : tout séjour est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul. Dans le cadre de la T2A, la grande majorité des GHM n'ont qu'un seul GHS ; néanmoins, quand l'information déterminante d'un tarif n'est pas recueillie dans le RSS, il peut y avoir plusieurs GHS (rarement plus de deux) pour un GHM.



DU RSS au GHM : fonction de groupage et algorithme de décision

A partir des variables médico-administratives contenues dans le RSS, chaque séjour va aboutir dans l'un des groupes de la classification. Le classement des RSS en GHM s'opère selon l'arbre de décision suivant :

1. Le premier test effectué sur le RSS lors du groupage concerne la durée de séjour et la mention de séance(s).

Les séjours de moins de 2 jours (anciennement moins de 24 heures) : séances, décès précoce, transfert précoce, pathologies traitées en moins de 2 jours sont classés dans la Catégorie Majeure n°24 (CM24 : séances et séjours de moins de 2 jours), spécificité française absente de la classification américaine qui ne prend pas en compte les séjours de moins de 48 heures (soit les séances, les décès immédiats, les transferts immédiats, les affections traitées en moins de 48 heures). Il est prévu d'orienter les groupes de séances dans une catégorie majeure spécifique dans une prochaine version des GHM.

2. En l'absence d'un séjour inférieur à 2 jours et de séance(s), un traitement algorithmique de toutes les données du RSS est effectué pour sélectionner les cas qui seront orientés dans une catégorie majeure dite « transversale » parce que le **Diagnostic Principal (DP)** n'est pas la donnée la plus déterminante pour les catégories suivantes :

- CMD 25 : Maladies dues à une infection par VIH
- CMD 26 : Traumatismes multiples graves
- CM27 : Transplantation d'organes.

3. Pour les RSA qui n'ont pas été orientés dans les catégories 24 à 27, le diagnostic principal (DP) est testé.

Les séjours de plus de un jour sont classés dans l'une des 23 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD01 à CMD23), en fonction du diagnostic principal contenu dans le RSS.

- Dans le cas d'un séjour mono-unité, le diagnostic principal contenu dans le RUM devient celui du RSS.
 - Dans le cas d'un séjour multi-unité, le diagnostic principal est obtenu par l'algorithme présenté dans l'Annexe « Choix du DP du RSS dans un RSS multiRUM ».
4. Le test suivant est relatif à la présence d'un acte opératoire classant dans le RSS.

Un acte classant est repéré dans le CdAM par la lettre Y.

- si le RSS mentionne au moins un acte classant opératoire, le séjour est classé dans un **GHM « chirurgical »**.
 - si le RSS ne mentionne pas d'acte classant opératoire, le séjour est classé dans un **GHM « médical »**. Les groupes médicaux ne contiennent donc pas uniquement des RSS sans acte. Ils peuvent même contenir des RSS avec des actes opératoires qui ne sont pas classants.
5. D'autres variables interviennent par la suite pour orienter le séjour vers un seul GHM :

- **les complications et/ou morbidités associées (CMA) :**

La liste des CMA a été initialement constituée par l'équipe du Pr Fetter en recensant les **Diagnostics Associés « DA »** dont la présence, toutes choses égales par ailleurs, **augmente la durée de séjour d'au moins 24 heures dans au moins 75% des cas.**

Notice : Dans le cas d'un séjour multi-unité, le diagnostic associé « DA » correspond aux diagnostics principaux des RUM non retenus comme DP ou aux diagnostics associés enregistrés sur les différents RUM décrivant le séjour. Il peut être une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son traitement.

Selon que le RSS mentionne ou non une CMA, il est orienté dans un GHM avec complication ou sans complication, à condition que cette segmentation existe pour le GHM considéré, ce qui n'est pas toujours le cas.

Dans les versions 0, 1, 2 de la classification des GHM et dans sa version 2.3 (version mixte CIM9 - CIM10), la liste des CMA est unique. Toute entité figurant dans cette liste est considérée comme une complication significative en termes de durée de séjour, donc de consommation de ressources, quel que soit le diagnostic principal. Seules les CMD 14 (grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum) et 15 (nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale) font exception en possédant des listes propres de complications.

Afin de permettre une meilleure prise en compte des complications, donc de la gravité des cas, la notion de CMA a évolué :

○ d'une part, des listes d'exclusions ont été élaborées. Une liste d'exclusions est définie par rapport à un diagnostic principal. Elle énumère les affections qui, associées à ce DP, ne sont pas considérées comme des complications significatives.

Par exemple, les hémorragies digestives appartiennent à la liste des CMA, y compris avec un diagnostic principal d'ulcère gastro-duodéal hémorragique. Avec les listes d'exclusions, les hémorragies digestives resteront des CMA, mais pas avec un diagnostic principal d'ulcère gastro-duodéal hémorragique.

○ d'autre part, la détermination de "comorbidités majeures", c'est-à-dire de complications particulièrement sévères, permet de repérer les cas les plus graves.

- **l'âge**

La classification en GHM présente deux types de limite d'âge :

○ **69/70 ans**, limite d'âge la plus fréquemment testée qui a été intégrée pour pallier l'éventuelle insuffisance du codage des comorbidités, mais ce n'est pas la seule raison. En effet, les patients de plus de 69 ans ont plus fréquemment plusieurs pathologies dont chacune ne correspond pas au critère CMA, mais dont l'ensemble a un effet assez proche ; l'âge remplace des combinaisons trop nombreuses pour pouvoir être listées ;

○ une limite d'âge propre à chaque GHM (par exemple 36 ans pour le diabète...), résultat de l'analyse statistique et donc corrélée à la consommation de ressources.

6. Au cours de la procédure de groupage, certains RSS peuvent être affectés dans la Catégorie Majeure n°90 (CM 90 : erreurs et autres séjours inclassables) qui comprend quatre groupes, dont :

- **trois groupes d'erreurs :**

○ erreurs sur données non médicales, contenues dans le RSS.
○ diagnostic invalide comme diagnostic principal car il n'existe pas dans la CIM ou, s'il existe, il ne peut être proposé comme DP.
○ autres données médicales non valides, comme un RSS sans DP.

- un groupe contenant des RSS erronés mais également des séjours inclassables, bien que médicalement cohérents. Dans ce dernier cas, le classement dans le groupe relatif aux actes sans relation avec le diagnostic principal qui peut désigner :

○ un patient inclassable qui présente plusieurs affections de nature différente, concernant des appareils anatomiques distincts, et dont la prise en charge s'est faite dans la même unité médicale.

○ un défaut d'actualisation de la classification en GHM par rapport à l'évolution des pratiques médicales.

○ un taux particulièrement élevé de RSA groupé dans ce groupe peut être un signe d'erreurs de codage ou de hiérarchisation.

Notice :

Les numéros de GHM de la version 9 de la classification comportent six caractères au lieu de trois dans les versions antérieures.

Les deux premiers sont numériques et indiquent le numéro de la CMD. Le troisième est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification selon les conventions suivantes :

C : groupe chirurgical avec acte classant opératoire

K : groupe avec acte classant non opératoire

M : groupe « médical » sans acte classant

Z : groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire

H : groupe de la CM 90 hors groupe « Actes sans relation avec le diagnostic principal »

Le quatrième et le cinquième caractère sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer les numéros qui ont la même combinaison des trois premiers caractères.

Le sixième caractère est alphabétique et indique le niveau de sévérité selon les conventions suivantes :

V : sans CMA

W : avec CMA

S : avec CMAS

Z : non segmenté

E : avec décès

A, B, C, D avec niveau croissant de sévérité (par exemple dans la CMD 15).

Par exemple :

L'ancien GHM 003 « Craniotomies, âge inférieur à 18 ans » de la CMD 01 devient 01C02Z ("01" : CMD 01 ; C : GHM chirurgical ; 02 car il existe d'autres GHM chirurgicaux dans la CMD 01 ; Z car ce GHM n'est pas segmenté « avec ou sans CMA »); le GHM portant le numéro 15Z05D appartient à la CMD 15, il est indifférencié (Z) et il a le plus haut niveau de sévérité (D); en effet, il s'agit du groupe antérieurement numéroté 875, des « Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur ».

Groupage automatisé

Le classement des séjours en GHM est réalisé de façon automatique par un logiciel situé au DIM. Développé initialement par l'équipe du Pr Fetter, ce logiciel a d'abord été adapté aux particularités de la classification française en GHM par le **CNEH (Centre National de l'Equipement Hospitalier)**. Ainsi a été créé le premier "logiciel groupeur".

A partir de 1989 et de la circulaire relative à l'informatisation des hôpitaux publics qui visait à "stimuler le marché de l'informatique hospitalière", de nombreuses sociétés de service informatique ont développé des logiciels groupeurs concurrents.

Pour éviter des différences de classification qui empêcheraient toute comparaison d'activité entre les établissements, la Direction des Hôpitaux a décidé en 1990 de mettre à la disposition

des sociétés informatiques-développeurs de groupeurs le module informatique indispensable au groupage. Celui-ci est composé :

- **des tables de classification en GHM**, qui comportent la logique du groupage des RSS en GHM selon un arbre de décision.
- **de la Fonction Groupage**, qui gère les tables et assure en amont la sélection du diagnostic principal en cas de RSS multi-unité.

Selon qu'elles induisent de simples modifications de l'algorithme de décision ou des modifications plus profondes, par exemple de format des données ou de séquençement des tests, les évolutions de la classification impliquent soit une simple mise à jour des tables, soit une modification de la fonction groupage en plus.

La traduction informatique de ces différentes mises à jour est dorénavant exprimée lors de l'actualisation de la classification des GHM par deux chiffres, sous la forme : version A.B, où A désigne la version de la fonction groupage utilisée et B la version de la classification et donc des tables.

La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières. Après publication en 1986 de la Version 0 (jointe à la circulaire relative à la diffusion de la classification des GHM), qui était adaptée de la classification des DRGs américaine, la classification en GHM a connu des actualisations successives, induisant une mise à jour des tables de classification et de la fonction groupage.

A partir de 1992, l'actualisation de la classification des GHM est confiée au **PERNNS (Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé)** qui, avec l'appui du **CTIP (Centre de Traitement de l'Information du PMSI)** pour la partie informatique, réalise une mise à jour régulière de la classification des GHM et du CdAM jusqu'en 2003. C'est ensuite l'ATIH qui assure ces travaux.

En 2004, la liste des GHM contient 703 Groupes Homogènes de Malades.

Les établissements hospitaliers sont invités à utiliser les dernières versions actualisées de ces outils qui intègrent les évolutions techniques les plus récentes et, en affinant le codage, favorisent l'affectation du RSS dans le GHM adéquat.

Confidentialité

Les données médicales recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel.

La mise en place du PMSI a nécessité l'institution de DIM dans tous les hôpitaux. Un médecin est placé à la tête du DIM et est chargé de garantir le secret médical jusqu'à ce que les informations aient été rendues anonymes.

Le code de santé publique définit dans son article L.710.5 le rôle du DIM. Dans le cadre de la généralisation du dispositif de mesure des coûts hospitaliers, le DIM va organiser le recueil des RSS dans l'hôpital, en assurer le contrôle de qualité puis classer chaque séjour dans un GHM Le DIM est aussi concerné par tous les domaines pour lesquels les services de soins

peuvent recevoir l'aide de spécialiste en santé publique. Un double contrôle de qualité est organisé, par le médecin du DIM, Il est effectué par la recodification par le DIM de **100 dossiers tirés au sort** grâce à un tirage stratifié (la stratification n'existe plus si l'établissement compte plus de 100 unités médicales) effectué par l'un des utilitaires de GENRSA sur le fichier de RSA. Les résultats du contrôle sont envoyés à la DRASS sous la forme d'un fichier contenant, pour les 100 RSS contrôlés, le GHM initial (dans lequel il était affecté avant le contrôle) et le GHM final (après contrôle). Il doivent parvenir au plus tard le 30 juin et le 31 décembre de l'année N.

Le contrôle interne est complété par un contrôle externe réalisé une fois par an à l'initiative de la DRASS. Il est effectué par des médecins inspecteurs de santé publique et/ou par des médecins des organismes d'assurance maladie. Il concerne 20 séjours tirés au sort par la DRASS parmi les 100 séjours ayant fait l'objet du contrôle interne. Il porte sur le respect du protocole national et sur la qualité du recodage effectué par le médecin du DIM.

Un organe technique de concertation réunissant, sous l'égide du médecin inspecteur régional, des médecins inspecteurs des DDASS et des DRASS, des médecins conseils des organismes locaux d'assurance maladie et des médecins de DIM, est créé dans chaque région. Ce **Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM)** est chargé de veiller à la validité de l'information médicale produite et peut être consulté sur les utilisations qui en sont faites.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)**.

Production des Résumés de Sortie Anonymes (RSA)

La transmission d'informations médicales à la direction de l'établissement, ou à l'extérieur de celui-ci, s'opère sur la base de données agrégées ou de Résumés de Sortie Anonymes (RSA) obtenus par transformation des RSS.

La production des RSA est automatisée. A partir du fichier de RSS groupés, le médecin responsable du DIM utilise le logiciel **GENRSA (Générateur de RSA)**, propriété de l'Etat, pour produire le fichier de RSA. A la différence du RSS, le RSA constitue toujours un enregistrement unique par séjour. Des informations sont supprimées, d'autres sont ajoutées.

Conservation des RSS

« Dans chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale sauvegarde le fichier de RSS groupés qui est à l'origine du fichier de RSA et assure la conservation de la copie produite... » (Source : arrêté du 20 septembre 1994)

« La durée minimale de conservation des fichiers semestriels de RSS groupés est de quatre ans » et elle ne peut, en principe, excéder cinq ans (Source : arrêté du 20 septembre 1994).

A partir de 2004, dans le cadre de la T2A, les rythmes et le calendrier des remontées des données sont modifiés. Le transfert de données se fait par l'intermédiaire d'une plateforme **e-PMSI** dont le fonctionnement est décrit sur le site de l'ATIH.

La plateforme e-PMSI est conçue pour moderniser la transmission des fichiers PMSI des établissements vers les organismes de tutelles, et héberger les applications telles que MAHOS (MCO public, MCO privé, SSR) et DATIM qui fonctionnent jusqu'à présent en local au niveau des organismes de tutelles (ARH, DRASS et CRAM selon les régions).

L'échelle Nationale de Coût ENC

Cette échelle permet d'attribuer à chaque GHM des points ISA (Indice Synthétique d'Activité).

Ces points ISA servent à ajuster l'allocation budgétaire des hôpitaux en fonction :

- du G.H.M.
- du type et de la taille de l'établissement.
- du coût complet du séjour.

$$\text{Nombre de points I.S.A affectés au G.H.M } i = \frac{\text{Coût moyen du G.H.M } i}{\text{Coût moyen du G.H.M 540}} \times 100$$

Le passage du coût en nombre de points ISA s'effectue en référence du coût moyen du GHM 540, accouchement par voie basse sans complication, qui reçoit un poids de 1000 points ISA. Le choix de ce GHM résulte de 4 critères : il est le GHM d'hospitalisation complète le plus fréquent, sa durée de séjour est relativement stable et standardisée, la distribution des coûts constatés est particulièrement homogène, et enfin il fait référence à une prise en charge dont les composantes sont stables dans le temps et relativement bien standardisées.

Les informations sont transmises par les établissements hospitaliers à la DRASS, laquelle est chargée d'effectuer ce calcul à partir du logiciel **M.A.HOS (Mesure de l'Activité HOSPitalière)**.

Outre que le contrôle de qualité sur les RSS, la DRASS a la possibilité d'effectuer des contrôles et des redressements sur l'exhaustivité des RSS. Ces redressements peuvent aboutir à une modification des points ISA. En effet, MAHOS apprécie si les erreurs de classement contenues dans le fichier de RSA transmis conduisent à une sur ou sous évaluation significative et redresse si besoin le nombre de points ISA correspondants.

La procédure de calcul des points ISA redressés dépend du facteur de redressement qui est calculé à partir des fichiers de contrôle de qualité envoyés à l'ARH selon la formule suivante :

md = Moyenne des différences des points ISA entre les GHM avant et après contrôle.

ed = Ecart-Type des différences des points ISA entre les GHM avant et après contrôle.

Seuil = $1.98 * ed / (\text{Racine } (n-1))$.

Si md est > Seuil ou < à (-Seuil)

F = md - Seuil ou F = md + Seuil en fonction des cas.

Nombre de points ISA « redressés »

ISA Redressé = ISA Total - (F * NBRSA) où NBRSA est le nombre de RSA transmis hors erreur.

Puis est calculé **un poids ISA moyen par séjour** pour l'ensemble des établissements de la région en divisant le nombre de points ISA par le nombre de RSA enregistrés dans la région.

Après rapprochement des données PMSI et administratives, MAHOS évalue le nombre de **séjours manquants** dans chaque établissement. Ces séjours sont valorisés au coût du séjour moyen régional en points ISA et intégrés dans la base régionale de RSA pour le calcul de la valeur régionale du point d'activité. Ils ne sont pas valorisés au niveau des établissements afin de les inciter à augmenter l'exhaustivité de leur production.

La valeur du point ISA régionale se calcule de la façon suivante :

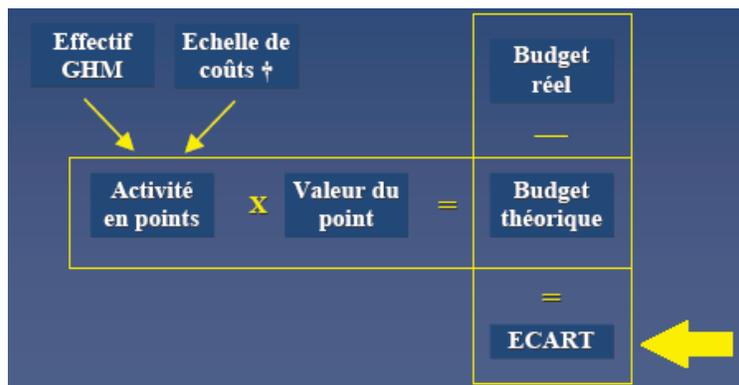
L'activité externe est valorisée grâce aux lettres clés de la **Nomenclature Générale des Actes Professionnels « NGAP »**, et MAHOS affecte un nombre de points ISA à chaque lettre clé, ce qui permet de valoriser l'activité externe des établissements régionaux.

En rapportant le **nombre total de points ISA de la région au budget MCO régional** (somme des budgets des établissements), **MAHOS calcule la valeur en francs du point ISA régional.**

$$\text{Valeur du point I.S.A.} = \frac{\text{Dotation globale attribuée à la région } i \text{ par les pouvoirs publics pour la région } i}{\text{Nombre de points I.S.A. pour l'ensemble des hôpitaux de la région } i}$$

La DRASS peut alors calculer la valeur de la dotation théorique pour chaque hôpital au regard de son activité MCO :

$$\text{Dotation théorique de l'hôpital } i \text{ pour la région } j = \text{Nombre de points I.S.A. total de l'hôpital } i \times (\text{valeur du point I.S.A. pour la région } j)$$



La dotation théorique et la dotation réelle peuvent être comparées afin de montrer d'éventuelles sur ou sous-dotations.

Si un écart est observé entre la dotation théorique et la dotation réelle, la DRASS est en mesure d'ajuster en tenant compte des marges d'incertitude (à l'intérieur de laquelle les écarts de dotation n'entraînent pas de correction), du taux directeur d'évolution de l'enveloppe budgétaire de l'année N (afin d'actualiser la dotation calculée après simulation pour l'année N-1) et du taux maximum d'évolution de cette enveloppe.

Le PMSI et le secteur privé

L'arrêté du 22 juillet 1996 relatif au traitement et au recueil des données d'activité médicale définit les modalités de production du PMSI dans les établissements de court séjour privés.

La production du PMSI dans les Etablissements d'Hospitalisation Privés répond à la nécessité de disposer d'informations médicalisées susceptibles de permettre :

- L'analyse médico-économique de l'activité de soins développée.
- L'élaboration d'un dispositif de financement adapté à l'activité médicale réellement développée et à la charge en soins.

Le but de la mise en place du PMSI dans les établissements privés est d'aboutir à une tarification fondée sur les GHM.

Les établissements de santé visés à l'aide L 710-16-2 du Code de la Santé Publique doivent produire des informations en conformité avec l'arrêté ministériel du 22 Juillet 1996 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale.

Le recueil de l'information médicalisée (RSS transmis sous la forme de RSAC) se fait en application de l'arrêté ministériel du 22 juillet 1996 : les RSS comportent une donnée supplémentaire par rapport au secteur public : le numéro de sécurité sociale. A partir des fichiers de RSS, le médecin responsable de l'information médicale va constituer un fichier de **Résumés de Sortie Anonymes chaînables « RSAC »**. Pour chaque période trimestrielle, l'établissement transmet les fichiers de RSAC à la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés « CNAMTS »** en une ou plusieurs fois, mais le dernier envoi doit intervenir au plus tard deux mois après la fin du trimestre considéré. Dans les mois suivants la réception, la CNAMTS transmet ces informations aux autres caisses nationales et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'état assure la diffusion à chaque DRASS et à chaque ARH, et la CNAMTS à la CRAM (caisse régionale d'assurance maladie).

Le contrôle de qualité externe est effectué par les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils de la Caisse d'assurance maladie tous les trois mois.

Le recueil de l'information financière (Résumé Standardisé de Facturation « RSF » transmis sous la forme de RSFAC) se fait dans le cadre de l'article 26 du Contrat Type, annexé au Contrat National Tripartite de l'Hospitalisation Privée : dans le cadre d'un séjour dans un établissement privé à but lucratif, le RSF est produit par extraction de la facture émise à l'encontre de l'Assurance maladie (bordereau 615). Il désigne les dépenses afférentes à ce séjour qui correspondent au fonctionnement de la clinique (et aux honoraires médicaux depuis le 1er juillet 1994) et sont remboursables par l'Assurance maladie en tout ou parties. Le bordereau 615 comporte deux parties : la partie « haute » est vouée à la facturation de la prestation de la clinique seule, et la partie « basse » dédiée à la facturation des prestations « honoraires » des médecins et autres praticiens libéraux professionnels de santé.

Génération des RSFAC

Elle se fait en plusieurs étapes guidées par un même objectif :

« Le Générateur de RSFA doit produire des résumés de facturation conformes à ce que la clinique facture, dans un format et des codes d'actes reconnus nationalement ».

1. La clinique facture les prestations "hospitalisation" sur le bordereau normalisé 615, qu'elle transmet à l'Assurance maladie le plus souvent par échange de données informatisé (EDI).

2. Le RSF est un produit dérivé du bordereau 615 pour permettre un recueil et une transmission des données de facturation des cliniques plus adaptés aux contraintes du PMSI (anonymat et format moins lourd à gérer). Le RSF reprend la totalité des données de facturation portées sur le bordereau 615, qu'il s'agisse des frais de séjour ou des honoraires médicaux. Ce fichier doit correspondre à la structure suivante :

- Enregistrement entête de fichier 1 fois
- Enregistrement facture 1 par facture (1 par séjour)
- Enregistrement frais de séjour 1 par ligne séjour (de 1 à n par séjour)
- Enregistrement honoraires 1 par ligne honoraire (de 1 à n par séjour)

RSF – Enregistrement frais de séjour

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Rang du bénéficiaire
Mode de traitement
Discipline médico tarifaire
Date de début des soins
Date de fin des soins
Code acte
Quantité d'actes
Coefficient de l'acte
Prix unitaire
Base de remboursement
Taux de participation de la caisse
Montant remboursable par la caisse
Montant facturé

RSF - Enregistrement honoraires

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Rang du bénéficiaire
Mode de traitement
Discipline médico tarifaire
Date de l'acte
Filler
Code acte
Quantité d'actes
Coefficient de l'acte
Prix unitaire
Base de remboursement
Taux de participation de la caisse
Montant remboursable par la caisse
Montant facturé

RSF - Enregistrement entête de fichier

Numéro FINESS de la clinique
Numéro de lot
Statut juridique de l'établissement
Mode de fixation des tarifs
Date de début de période
Date de fin de période
Nombre d'enregistrements
Nombre de RSS
Premier numéro de RSS
Dernier numéro de RSS
Dernier envoi du trimestre

RSF - Enregistrement facture

Type d'enregistrement
Numéro FINESS de la clinique
Numéro de RSS
Numéro d'assuré social
Code de prise en charge
Rang du bénéficiaire
Grand régime
Nature d'assurance
Date de naissance
Date d'entrée
Date de sortie
Total base de remboursement
Total montant de la facture
Total remboursable par la caisse
Total honoraires facturés
Total honoraires remboursables par la caisse
Code régularisation

3. Le RSFA est la version anonyme du RSF. Elle est notamment dépouillée du numéro de RSS qu'ils avaient en commun, et qui permettait notamment de faire le lien entre RSS/GHM et facturation. Ce lien doit être maintenu, mais ne pas entacher l'anonymat dû aux données.

4. Le contrôle des données élémentaires du RSFA s'effectue sur les codes utilisés, les prix unitaires et la cohérence interne de certains éléments du RSF.

5. Le calcul de la clef de chaînage du RSFA se fait, comme pour les RSA (voir Annexe Chaînage, transmission et conservation des fichiers), pendant la transmission de ces données aux centres informatiques de recueil.

Les informations médicales (RSS) et financières (RSF) d'un même séjour de malade sont regroupées, anonymisées et transmises sous forme d'un couple RSAC-RSFAc, au moyen d'un logiciel de groupage, de Contrôle, d'anonymisation et de chaînage fourni par la CNAMTS « **GENIAC** ». En effet GENIAC, une coproduction Etat-Assurance maladie, est le pendant de GenRSA, il est mis gratuitement à la disposition des établissements concernés et il est en même temps :

- un générateur de RSA (identique au GenRSA utilisé dans le secteur public) qui anonymise les RSS groupés.
- un groupeur, propriété de l'Etat, identique à celui utilisé dans le secteur public, qui permet de contrôler le groupeur local.
- un générateur de clef de chaînage et de séjour (avec notamment l'utilisation d'une fonction de hachage).
- un logiciel intégrant un générateur de RSFAc, qui a en charge la production et le contrôle des RSFAc.
- un logiciel de télétransmissions protégées de RSAC et de RSFAc aux centres de télétransmission.

La transmission des fichiers de couples RSAC-RSFAc se fait vers la CNAMTS, site national de traitement, pour intégration dans une base nationale de données.

La validation externe par le médecin valideur ne porte que sur la partie médicalisée de l'information: le RSS.

Le champ du recueil d'informations concerne l'activité développée dans le cadre de :

- l'hospitalisation complète de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique).
- l'activité donnant lieu à un Forfait d'Activité Non Programmée.
- des séances (dialyse ...).
- des structures autorisées de soins, alternatives à l'hospitalisation : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel en médecine, chimiothérapie ambulatoire.

La totalité de cette activité doit faire l'objet d'une saisie d'informations médicales, y compris celle ne donnant pas lieu à prise en charge par un régime d'Assurance Maladie, en totalité ou en partie. C'est le cas notamment pour :

- les nouveau-nés dits « non hospitalisés ».
- les malades résidant à l'étranger, non assurés en France et ne bénéficiant pas d'une prise en charge par une caisse française dans le cadre d'une convention internationale.
- les bénéficiaires d'actes non pris en charge (chirurgie esthétique par exemple).

Dans ces cas, le RSS est associé à un RSF = 0,

Les RSFA sont produites sous deux formats : un format détaillant toutes les rubriques du bordereau 615 (RSFA.dat), un deuxième agrégeant les rubriques du bordereau 615 sous forme de compteurs (FACT.dat).

Fichier de RSFA (RSFA.DAT)

Pour les RSF-A (correspond à la partie haute du bordereau 615):

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1-10
Type d'enregistrement (A)	11
N° FINESS	12-20
Code de prise en charge	21
Total Base de remboursement	22-29
Total montant de la facture	30-37
Total remboursable par la caisse	38-45
Total honoraires facturés	46-53
Total honoraires remboursables	54-61

Pour les RSF-B (ou C) correspondant à la partie basse du bordereau 615:

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1-10
Type d'enregistrement (B ou C)	11
N° FINESS	12-20
Mode de traitement	21-22
Discipline médico-tarifaire	23-25
Code acte	26-30
Quantité d'actes	31-33
Coefficient de l'acte	34-39
Prix unitaire	40-46
Taux de participation de la caisse	47-49
Base de remboursement	50-57

Exemple :

```
0000000001A93030002510008281100082811000667770005137500041100
0000000001B93030002523137FA2 001000100003817108000038171
0000000001B93030002523137FE 001003750000112008000042000
0000000001B93030002523137PMS 001000100000264010000002640
0000000001C93030002523137KCC 001000750000137008000010275
0000000001C93030002523137KCC 001003000000137008000041100
```

Fichier de facture (FACT.DAT) - Fichier ASCII délimité par ‘ ; ’

Format du fichier :

N° FINESS
N° séquentiel (permettant la jointure avec les RSA)
N° d'erreur du contrôle facture (cf plus bas)
Code de Prise en charge
Code Géographique de résidence
Résultat du groupage (version de groupage / CMD / GHM / Code retour)
Durée de séjour
Nombre de séances
Compteur 1 : Base de remboursement
Compteur 1 : Montant remboursé
Compteur 1 : Montant facturé
....
Compteur 15 : Base de remboursement
Compteur 15 : Montant remboursé
Compteur 15 : Montant facturé

Les compteurs sont les suivants dans l'ordre :

1	Hébergement
2	Accueil
3	Pharmacie coûteuse
4	Autres prestations d'hébergement
5	Environnement technique
6	Produits sanguins
7	Prothèses
8	Autres consommations
9	Actes en K et KC
10	Actes en Z
11	Autres honoraires des praticiens
12	Analyses biologiques
13	Frais de transport
14	Autres prestations
15	Prestations non reconnues

Exemple :

Astuces

CASE-MIX

Expression américaine qui décrit les différentes pathologies présentes à un moment donné dans un établissement hospitalier donné. La traduction littérale est : mélange (mix) de cas (case). Le case-mix est un indicateur d'activité médicalisé qui peut être défini comme une méthode de classification des séjours des malades en fonction des moyens requis pour leur prise en charge.

Le plus connu des case-mix est le DRG et GHM.

Différence entre le PMSI MCO et le PMSI SSR

Le PMSI MCO résume l'ensemble du séjour en un seul RSS

En PMSI SSR, c'est chaque semaine d'hospitalisation qui fait l'objet d'un résumé qu'on appelle alors un RHS (résumé Hebdomadaire de Sortie)

Une consultation ne fait pas l'objet d'un RSS.

Un malade est transféré de l'hôpital central à l'hôpital de Brabois, combien fait-on de RSS?

1 RSS, on considère qu'il est resté dans le même établissement

Un malade est transféré de l'hôpital de Metz à l'hôpital de Brabois, combien fait-on de RSS?

2 RSS

Quelle est la particularité des informations médicales retrouvées dans le RUM et dans le RSS ?

Elles sont codées.

Qu'est que le groupage ?

C'est l'action de classer un RSS dans un GHM. Il est réalisé à partir fichier brut des RSS par un logiciel appelé le Groupeur délivré par le ministère.

Quelles sont les principales variables qui influencent le groupage ?

La durée de séjour < 24 h, la présence d'un acte classant qui oriente vers un GHM de type chirurgical, le Diagnostic principal, la présence de comorbidité, l'âge du patient...et des cas particulier (infection VIH, polytraumatismes, greffes).

Qu'est ce qu'un établissement surdoté ?

Un établissement qui a un budget réel supérieur à son budget théorique.

CCAM/CCAPS

Le CCAM constitue la première étape dans l'édification de la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS) qui vise à la codification de l'ensemble des pratiques médicales et paramédicales. La CCAPS est mis en place dans le but de construire un seul outil de codage pour les diverses finalités : description, groupage, tarification. En effet, les actes des médecins rééducateurs fonctionnels liés aux actes paramédicaux de rééducation

ne sont pas inclus dans la CCAM et devraient l'être dans le cadre d'une Classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS), de même que les actes de biologie.

Il est indispensable de noter que la CCAM (8000 actes médicaux) est en remplacement du CdAM et de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels). Elle évoluera vers la CCAPS.

IGS II

Le recueil de l'indice de gravité simplifié (IGS II) est obligatoire dans les établissements de santé de soins de courte durée publics et participant au service public hospitalier à partir du 1er janvier 1997 ainsi que dans les établissements de santé de soins de courte durée privés conventionnés depuis le 22 juillet 1996.

Le PMSI a pour vocation de décrire au plan médico-économique les séjours des patients hospitalisés, dans le but d'expliquer la consommation de ressources. Certains séjours sont cependant actuellement mal décrits par le système. Ceci est particulièrement vrai pour les malades de réanimation, qui ont le plus souvent un parcours hospitalier complexe. Le diagnostic principal de ces multiséjours est souvent une affection classée dans un GHM dont la valorisation représente mal la consommation de ressources. Ceci a été confirmé par des études entreprises avec le groupe IMAGE par la SRLF, en collaboration avec la SFAR. Ces études ont montré que la classification actuelle des séjours de réanimation pouvait entraîner une sous-dotation des établissements hospitaliers qui disposent de lits de réanimation. La mission PMSI, en concertation avec le PERNNS, la SRLF et la SFAR, a décidé d'inclure à partir de janvier 1997 un indice de gravité, l'IGS II, dans les RUM correspondant aux séjours de réanimation. Ceci permettra de définir un certain nombre de GHM décrivant mieux la consommation de ressources.

BAQIMEHP

Bureau de l'Assurance Qualité et de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée.

Le BAQIMEHP a pour objet de contribuer et de participer à l'élaboration et au développement :

- d'une politique commune d'évaluation de la qualité des soins et des activités des établissements hospitaliers privés.
- d'une information médico-économique propre à l'Hospitalisation Privée, en concourant notamment à l'élaboration des programmes de médicalisation des systèmes d'information.
- et d'émettre toute proposition utile à la défense des établissements hospitaliers privés en ces domaines, tant auprès des pouvoirs publics que des organismes ou institutions privés et publics.

Le BAQIMEHP prend également en charge l'information et la formation des professionnels de l'Hospitalisation Privée et assure le suivi des établissements dans les domaines suivants :

- sur les conditions et conséquences de l'application des modes d'accréditation proposés ou mis en œuvre par les pouvoirs publics et les démarches qualités.
- pour l'application des systèmes d'information médicale et économique proposés ou mis en œuvre par la profession et par les pouvoirs publics.
- et, enfin, dans tous les domaines demandant une expertise méthodologique.

ADIMEHP

L'Association pour le Développement de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée a été conçue en 1993 conjointement par la FIEHP (Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée) et l'UHP (Union Hospitalière Privée). Elle a pour objet de permettre l'élaboration du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, de favoriser la mise en oeuvre de tout système d'information et d'évaluer tout nouveau système de tarification et de comptabilité.

Lieu de l'appropriation collective des données médico-économiques, l'ADIMEHP a activement participé depuis 1993 à l'encadrement des travaux préparatoires à la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Elle a ainsi piloté les diverses expérimentations PMSI privé, et également assuré le suivi technique des négociations avec les tutelles.

Suite à la publication de l'arrêté du 22 juillet 1996, l'ADIMEHP a poursuivi son action en assurant la formation au PMSI des personnels des établissements.

Évolution du budget hospitalier

1600 - Saint Vincent de Paul
1673 - Colbert : règlement qui assure aux marins invalides,
gîte et couvert à vie dans les hôpitaux de Rochefort et Toulon
1945 - Ordonnance de De Gaulle créant la Sécurité Sociale.

1

1950

**Les débuts de la Sécurité sociale
et le plein emploi des "trente glorieuses"
... le budget est fonction des journées effectuées.**

Basé sur la confiance
(on ne reste pas hospitalisé par plaisir)
et la pénurie de lits
(les médecins n'ont pas intérêt à garder)

Économie dite "de production" : la demande dépasse l'offre.

1950/80

**Construction de lits d'hôpitaux, de clinique
L'offre dépasse les besoins et favorise la demande**

L'évolution des techniques médicales (ORL, digestif ...)
entraîne l'allongement des séjours pour remplir à tout prix.
Le paiement au nombre de journées est remis en cause

Économie dite "d'état-providence"

1980/90

**La crise économique et ses répercussions
sur les recettes de l'assurance maladie,
conduisent au "Budget global"**

Les moyens sont alloués en fonction de l'effectif estimé/lits

Passage en économie dite "administrative"

1990 / 2010 ?

Budget en fonction de l'activité

La DRASS alloue les ressources sur présentation
des "factures" des soins donnés, les GHM

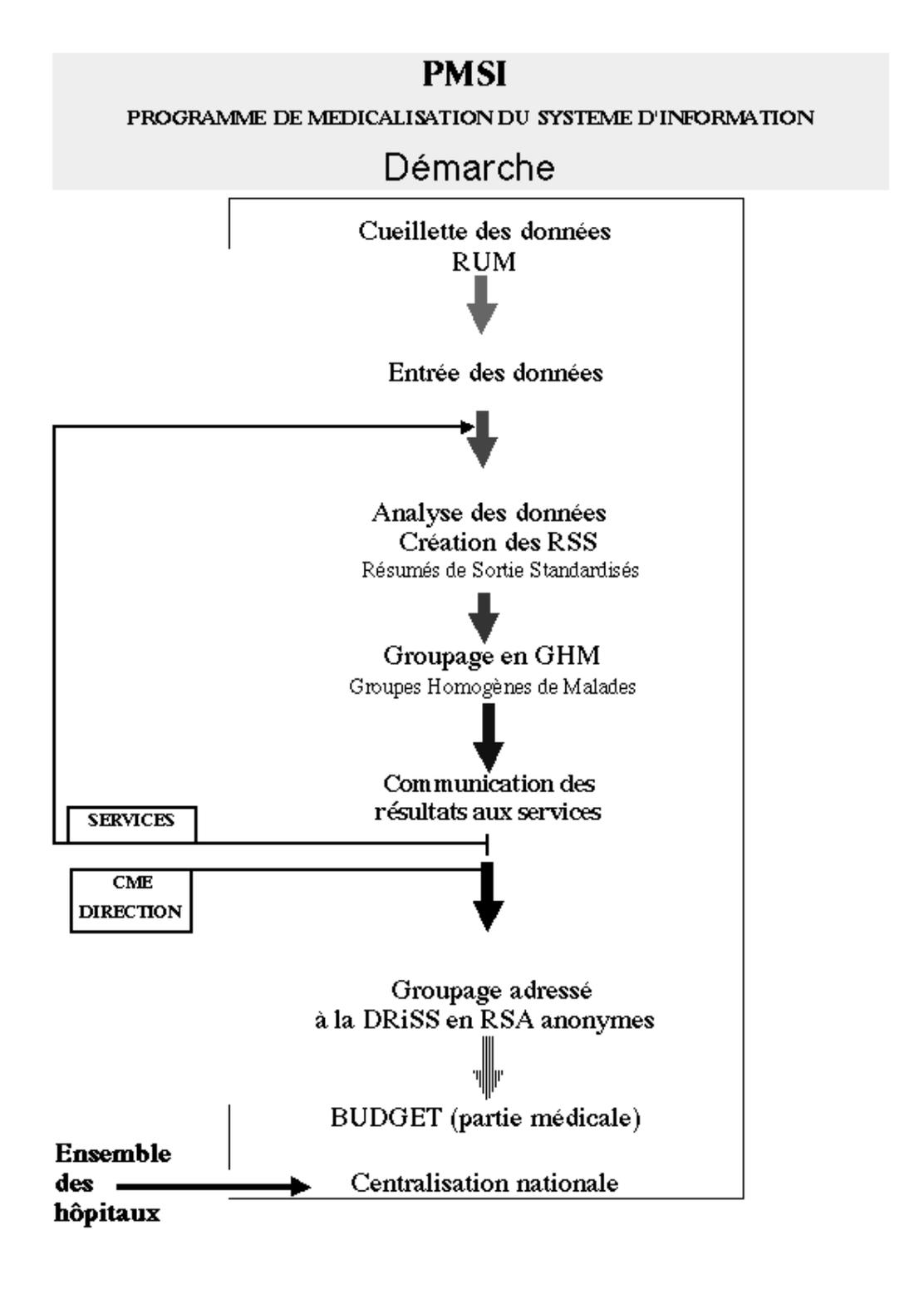
Les moyens sont alloués en fonction de l'activité

Passage en économie dite "de marché"

2010 : Dr. Zoukri, 2010, 2010 - CX - 2010 et

2010 ... devis préalable et deuxième avis avant soins ?

Le PMSI et la démarche suivie (1)



Le PMSI et la démarche suivie (2)

PROGRAMME DE MEDICALISATION DU SYSTEME D'INFORMATION

P. M. S. I

De quoi s'agit-il ?

Recueil dans le Service du Résumé d'Unité Médicale (RUM)
concernant le diagnostic, les actes effectués, la durée du séjour...
des hospitalisés en court séjour (MCO).



Entrée des RUM dans l'ordinateur + codes se référant à la
Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM)



Traitement des données par l'ordinateur,
qui crée des Résumés Standardisés de Sortie
sous la forme d'une chaîne de caractères (chiffres et lettres).



Regroupement des Résumés de Sortie, codés,
par Groupes Homogènes de Malad(i)es (GHM)



Communication des résultats aux services.
Statistique ou nominatifs.



Groupage sous forme de Résumés de séjour
anonymes (RSA) adressés sur disquette à la DRISS
(Direction Régionale et Interdépartementale Santé et Solidarité)

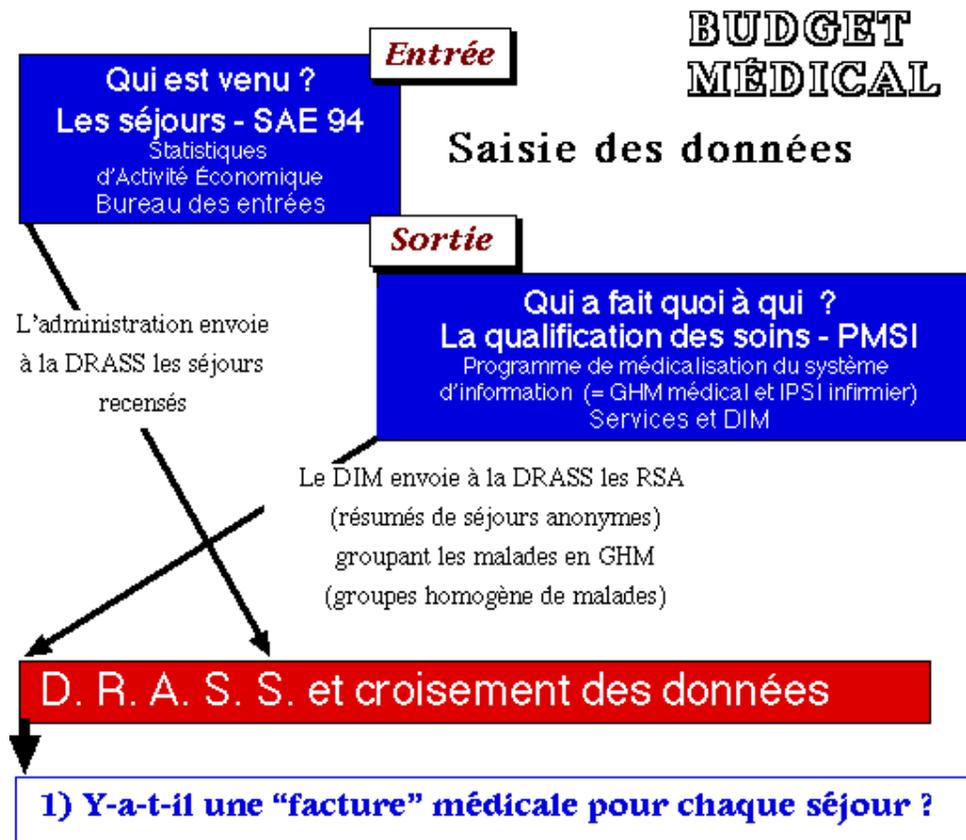


Calcul de la partie médicale du budget de l'hôpital

Il s'agit donc d'informations :

- données par les médecins,
- à but essentiellement économique,
- qui serviront à l'adéquation des moyens à la mission.

Le PMSI et le calcul du budget Médical



Principe : toute facture non présentée ne sera pas honorée.

**Les RSA manquants de l'année n-1
ne sont pas pris en compte pour
calculer le budget n + 1.**

n = l'année en cours

$$\frac{\text{RSA}}{\text{SAE}} = \text{Taux d'exhaustivité}$$

*Pourcentage des RSA fournis
par rapport aux séjours
enregistrés au bureau des entrées*

réf 9401 - 31 Juin 94 - vol 01
32a - CE - 10/04/94

2) Calcul des points GHM de la Région

Principe :

À chaque GHM est attribué un nombre de points
(échelle nationale établie par consensus d'expert)

Échelle de coûts		exemple : échelle provisoire 94
POINTS	GHM	Description
17.542	GHM 151	Transplantation cardiaque
11.272	GHM 152	Remplacement valvulaire, circulation extra-corp, cathétérisme ou coronaro)
9.522	GHM 156	Autres interv. cardio-thoraciques ou vasculaires avec circulat. extra-corporelle
9.519	GHM 663	Brûlures étendues
9.111	GHM 153	Remplac. valvulaire, circulat. extra-corp., sans cathétérisme ni coronaro.
9.101	GHM 154	Pontages aorto-coronariens avec cathétérisme ou coronarographie
7.225	GHM 267	Interventions majeures sur le foie, le pancréas ou les veines porte ou cave
7.159	GHM 429	Transplantation rénale
1.000	GHM 540	Accouchement par voie basse sans complication
196	GHM 682	Radiothérapie
196	GHM 680	Épuration extra-rénale
192	GHM 684	Autres séances sans acte opératoire
159	GHM 814	Grossesses path., accou., affect. du post-partum : ambu. sans acte opératoire
148	GMH 683	Autres séances avec acte opératoire

La DRASS compte les points de chaque hôpital
et fait la somme des points de l'ensemble des hôpitaux

**Total des points = somme des points issus des GHM.
+ points des GHM manquants,
estimés d'après les SAE du bureau des entrées
et considérés en points comme correspondant à la
valeur moyenne des GHM de la région.**

3) Calcul de la valeur monétaire du point régional

Le budget global attribuée annuellement par l'État à la DRISS pour ses hôpitaux est divisée par le nombre total des points GHM de la Région...

$$\text{Valeur en francs du point régional} = \frac{\text{Enveloppe budgétaire}}{(\text{Nombre de points GHM} + \text{GHM manquants})}$$

4) Calcul de la partie "activité médicale" du budget

Le nombre de points de chaque hôpital est multiplié par la valeur en francs du point régional... pour déterminer le budget médical de l'hôpital

➡ Le budget de chaque hôpital est établi en fonction des points GHM des RSA... **effectivement adressés**.

Si l'hôpital a oublié des GHM ,
la partie de son budget calculée
sur l'activité médicale va se trouver diminuée.
Les autres parties du budget (structures...) sont reconduites.

Prévision :

*Comme à l'intérieur de chaque hôpital le service qui aura produit tous ses RUM, ne voudra pas être pénalisé, parce qu'un autre service aura été désinvolte dans la production des RUM...
...cela conduit à terme au Budget de Service*

PMSI: analyse critique

1. Apports de l'utilisation des GHMs
 - permettent d'expliquer une partie de la variance des ressources utilisées (30-40%).
 - permettent de définir des pratiques moyennes.
 - permettent de calculer des écarts par rapport à des pratiques moyennes et d'effectuer des comparaisons.
2. Limites
 - ne permettent pas de départager une bonne d'une mauvaise pratique.
 - ne concernent qu'une partie de l'activité : pas de comparaisons possibles de prises en charge alternatives.
 - ne permettent pas de régler les problèmes d'accès au soin et d'évaluation des besoins.
 - ne donnent pas d'indication sur la qualité des soins
3. Conséquences Positives : Le PMSI est une base objective permettant de réfléchir à :
 - réduction de la durée des séjours.
 - réduction du nombre de lits.
 - augmentation de la productivité hospitalière.
4. Conséquences Négatives :
 - détournement de la pratique des soins (vers les GHMs rentables).
 - redistribution de l'activité
 - risque de détérioration de la qualité des soins en l'absence d'évaluation concomitante de cette qualité.



ANNEXES

Résumé d'unité Médicale (RUM)

Intitulé	Position	Taille	Remarque ou renvoi
Numéro FINESS	1-9	9	FINESS
Version du format du RUM	10-12	3	006
Identifiant du RSS	13-19	7	numéro de RSS
Chaînage des séjours		??	
Date de naissance		8	date de naissance
Sexe		1	
Numéro de l'unité médicale		4	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	codage du mode d'entrée
Provenance (si mode d'entrée est mutation ou transfert)		1	codage de la provenance
Date de sortie de l'unité médicale		8	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	codage du mode de sortie
Destination (si mode de sortie est mutation ou transfert)		1	codage de la destination
Code postal de résidence		5	codage du code postal
Poids à la naissance (en grammes)		4	poids de naissance
Nombre de séances		2	
Nombre de diagnostics associés nécessaires à la classification (nDAS) dans ce RUM		2	nDAS
Nombre de diagnostics associés à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	nDAD
Nombre d'actes (nA) dans ce RUM		2	nA
Diagnostic principal (DP)		8	CIM10 - DP
Diagnostic relié (DR)		8	CIM10 - DR
IGS 2		3	
Zone réservée		??	
DAS n° 1		8	CIM10 - nDAS
.....		* 8	CIM10 - nDAS
DAS n° nDAS		8	CIM10 - nDAS
DAD n° 1		8	CIM10 - nDAD
.....		* 8	CIM10 - nDAD
DAD n° nDAD		8	CIM10 - nDAD
Acte n° 1		??	CCAPS - nA
.....		* ??	CCAPS - nA
Acte n° nA		??	CCAPS - nA

Numéro FINESS

Le numéro FINESS identifie l'entité juridique.

Format 005

Tous les fichiers de données relatifs au PMSI comportent un identifiant de format, qui se trouve en positions 10-11-12 de tous les enregistrements. Le premier digit désigne le type d'enregistrement (ici 0 signifie RUM), les deux derniers indiquent le numéro de version (ici 05).

Dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité), tous les RUM doivent comporter le même identifiant de format.

Le format de RUM 005 est utilisable à compter du 1er janvier 2000.

Numéro de RSS

On doit attribuer un numéro distinct par séjour-patient :

- au sein d'un même fichier de RSS, les RUM de deux patients distincts doivent comporter deux numéros de RSS distincts
- les RUM d'un même patient pour des séjours distincts doivent comporter deux numéros de RSS distincts

En revanche, dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité) les différents RUM constitutifs du RSS doivent comporter le même identifiant.

Date de naissance

Pour les enfants de moins de 29 jours, la date de naissance complète permet de calculer l'âge en jours à l'entrée, cette information étant utilisée dans l'algorithme de groupage. Pour tous les patients, c'est l'âge et non la date de naissance qui est communiqué dans le RSA.

La date de naissance, dans le RUM, doit respecter le format JJMMAAAA

Date JJMMAAAA

Les dates doivent être indiquées avec un format JJMMAAAA, c'est-à-dire dans l'ordre français (jour-mois-année) sur deux digits pour le jour, sur deux digits pour le mois, et sur quatre digits pour l'année. Ainsi par exemple, le **8 février 1999** se code : **08021999**

Codage du mode d'entrée

Le mode d'entrée dans l'unité médicale se code comme suit :

- 6 : mutation

La mutation signifie la provenance d'une autre unité médicale de la même entité juridique.

- 7 : transfert normal

Le transfert normal signifie la provenance d'une autre entité juridique pour une hospitalisation à part entière, à distinguer du cas de la prestation réalisée pour le compte de l'établissement d'origine, codé 0.

- 8 : domicile

Le patient vient de chez lui.

- 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Ce type particulier de transfert est réservé à deux cas :

- un établissement « prestataire » reçoit un patient pour une durée de moins de 48 heures dans le seul but de réaliser un acte que l'établissement d'origine ne peut pas réaliser lui-même. Cette « prestation » donnera d'ailleurs lieu à une facturation à l'établissement d'origine.

- un établissement « donneur d'ordre » récupère un patient qu'il avait transféré pour la réalisation d'un acte qu'il ne pouvait réaliser lui-même. Il s'agit donc de la fin de la prestation.

Codage de la provenance

Ce champ n'est à coder qu'en cas de mutation, transfert normal ou transfert provisoire avant ou après réalisation d'un acte comme mode d'entrée (codes 6, 7 et 0). Il se code comme suit :

- 1 : d'une unité de soins de courte durée
- 2 : d'une unité de soins de suite et de réadaptation
- 3 : d'une unité de soins de longue durée
- 4 : de psychiatrie

Codage du mode de sortie

Le mode d'entrée dans l'unité médicale se code comme suit :

- 6 : mutation

La mutation signifie le départ vers une autre unité médicale de la même entité juridique.

- 7 : transfert normal

Le transfert normal signifie le départ vers une autre entité juridique, à distinguer du cas d'un retour à l'établissement d'origine après la réalisation d'une prestation, codé 0.

- 8 : domicile

Le patient rentre chez lui.

- 9 : décès

Le patient est décédé dans l'unité médicale.

- 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Ce type particulier de transfert est réservé à deux cas :

- un établissement « prestataire » retourne le patient dans son établissement d'origine après l'avoir accueilli pour une durée de moins de 48 heures dans le seul but de réaliser un acte qui ne pouvait pas être réalisé sur place. Il facture d'ailleurs cette « prestation » à l'établissement d'origine.

- un établissement « donneur d'ordre » envoie un patient dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte qu'il ne peut réaliser lui-même.

Codage de la destination

Ce champ n'est à coder qu'en cas de mutation, transfert normal ou transfert avant ou après réalisation d'un acte comme mode de sortie (codes 6, 7 et 0). Il se code comme suit :

- 1 : vers une unité de soins de courte durée
- 2 : vers une unité de soins de suite et de réadaptation
- 3 : vers une unité de soins de longue durée
- 4 : en psychiatrie

Codage du code postal de résidence

S'il réside en France, le lieu de résidence du patient est codé par son code postal. Celui-ci est transformé par GENRSA en un code géographique selon un système de codage national tel que le niveau de découpage géographique représente au moins 1000 habitants.

On code 00999 pour indiquer un code postal inconnu. Si ce champ n'est pas rempli, la fonction groupage rejette le RUM.

Codage du pays de résidence

Dans le cas d'un patient résidant hors de France, on ne précise pas le code postal, mais le pays de résidence. On utilise pour cela le code INSEE à 3 positions, précédé de 99. Avec ce système de codage, par exemple, l'Italie est codée 99127.

On code 99999 pour indiquer un pays inconnu. Si ce champ n'est pas rempli, la fonction groupage rejette le RUM.

Un fichier téléchargeable de la table INSEE des pays sera bientôt disponible.

Poids de naissance

Cette information ne doit être donnée que dans le cas des nouveau-nés. Elle concerne tous les nouveau-nés, qu'ils soient ou non connus du système de gestion administrative des patients. Le poids est exprimé en grammes.

Dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité), le poids est donné sur le premier RUM de la série, produit par l'unité médicale où a lieu l'arrivée initiale du nouveau-né : unité médicale d'accouchement en cas de naissance à l'hôpital, première unité médicale d'hospitalisation en cas d'entrée directe ou de transfert d'un autre établissement.

Nombre de diagnostics associés nécessaires à la classification, dits significatifs (nDAS)

À partir du 1er janvier 2000, la fonction groupage distingue dans le RUM deux types de diagnostics associés : ceux qui sont mentionnés pour intervenir dans le groupage, et ceux qui sont mentionnés uniquement pour des besoins documentaires.

La première catégorie concerne donc les diagnostics nécessaires à la classification, dits significatifs (DAS), dont le nombre est limité à un maximum de 15.

Le format du RUM est à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable de diagnostics associés. Il est donc nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments dans chacun des champs répétitifs.

C'est à cela que sert le champ nDAS pour ce qui concerne les DAS : il peut contenir toute valeur numérique de 0 à 15, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de champs DAS renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nDAS. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, il ne doit y avoir aucun DAS d'indiqué, et le premier champ après la zone réservée correspondra au premier DAD.

Nombre de diagnostics associés à visée documentaire (nDAD)

À partir du 1er janvier 2000, la fonction groupage distingue dans le RUM deux types de diagnostics associés : ceux qui sont mentionnés pour intervenir dans le groupage, et ceux qui sont mentionnés uniquement pour des besoins documentaires.

La seconde catégorie concerne donc les diagnostics à visée documentaire (DAD), dont le nombre n'est pas limité (maximum : 99).

Le format du RUM est à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable de diagnostics associés. Il est donc nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments dans chacun des champs répétitifs.

C'est à cela que sert le champ nDAD pour ce qui concerne les DAD : il peut contenir toute valeur numérique de 0 à 99, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de champs DAD renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nDAD. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, il ne doit y avoir aucun DAD

d'indiqué, et le premier champ après le dernier DAS, s'il en existe, ou après la zone réservée s'il n'y a pas de DAS, correspondra au premier acte.

Nombre d'actes (nA)

Le format du RUM est à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable d'actes. Il est donc nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments dans chacun des champs répétitifs.

C'est à cela que sert le champ nA pour ce qui concerne les actes : il peut contenir toute valeur numérique de 0 à 99, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de champs Actes renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nA. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, il ne doit y avoir aucun acte d'indiqué, et l'enregistrement se terminera après la mention du dernier DAD, s'il en existe, ou après celle du dernier DAS s'il n'y a pas de DAD, ou après la zone réservée s'il n'y a ni DAS ni DAD.

Codage des diagnostics

Pour coder chaque diagnostic (DP, DR, DAS, DAD) on dispose de huit digits : six premiers digits pour le code CIM10 avec les extensions du PERNNS, deux digits suivants pour les éventuels compléments des sociétés savantes.

La fonction groupage ne tient compte que des six premiers digits, et dans le RSA les diagnostics seront reportés sur six positions uniquement.

Codage des actes

Pour coder chaque acte on dispose de quatre digits, pour le code CdAM.

Choix du DP du RSS dans un RSS multiRUM

Phase 1

La Fonction Groupage FG repère les RUM qui comportent au moins un acte non mineur effectué au bloc opératoire (informations obtenues dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM)

Trois cas peuvent se présenter :

- Un seul RUM comporte un tel acte : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.
- Aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM restent en lice pour la deuxième phase.
- Deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls les RUM comportant un tel acte restent en lice pour la deuxième phase.

Phase 2

Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux dont le DP n'a pas un « code en Z », c'est-à-dire dont le code CIM-10 ne débute pas par la lettre Z.

Trois cas peuvent se présenter :

- Un seul RUM répond à cette condition (tous les autres ont un code en Z sauf lui) : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique. La recherche prend fin.
- Deux ou plusieurs RUM répondent à cette condition : seuls ces derniers restent en lice pour la troisième phase.
- Aucun RUM ne répond à cette condition (tous les RUM ont pour DP un code Z) : tous les RUM restent en lice pour la troisième phase.

Phase 3

Parmi les RUM restés en lice, la FG retient celui ou ceux dont la durée de séjour partielle est la plus longue.

Il faut donc calculer la durée de séjour partielle de chaque RUM, c'est-à-dire le nombre de journées écoulées entre la date d'entrée et la date de sortie du RUM considéré (cette opération est précédée, le cas échéant, par la fusion des RUM consécutifs dont le code d'unité médicale est identique. Il s'agit d'une opération arithmétique simple, qui ne doit faire l'objet d'aucune correction (en particulier aucune règle de facturation telle que la journée supplémentaire en cas de décès, ou le seuil de 1 journée). Le résultat peut donc être égal à 0.

Deux cas peuvent se présenter :

- Un RUM a une durée de séjour plus longue que toutes les autres : dans ce cas, c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.
- Deux RUM ou plus sont ex aequo pour la durée de séjour partielle la plus longue : seuls ces RUM ex aequo restent en lice pour la quatrième phase.

Phase 4

Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux qui comportent un acte opératoire mineur, information obtenue dans les tables, en analysant un par un chacun des actes de chaque RUM.

Trois cas peuvent se présenter :

- Un seul RUM répond à cette condition : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique. La recherche prend fin.
- Deux RUM ou plus comportent un tel acte : seuls ces derniers restent en lice pour la cinquième phase.
- Aucun RUM ne comporte un tel acte : tous les RUM passent à la cinquième phase.

Phase 5

Parmi les RUM restés en lice, la FG repère ceux qui comportent un diagnostic relié (DR) renseigné.

Trois cas peuvent se présenter :

- un seul RUM répond à cette condition : dans ce cas, ce RUM comporte le DP unique ; la recherche prend fin.
- deux RUM ou plus répondent à cette condition : seuls ces derniers restent en lice pour la sixième phase.
- aucun RUM ne répond à cette condition (tous les RUM ont un DR non renseigné) : tous les RUM restent en lice pour la sixième phase.

Phase 6

Parmi les RUM restés en lice, la FG retient le dernier par ordre chronologique : c'est lui qui contient le DP unique. La recherche prend fin.

L'Indice De Gravité Simplifié (IGS II)

Le recueil de l'indice de gravité simplifié (IGS II) est obligatoire dans les établissements de santé de soins de courte durée publics et participant au service public hospitalier à partir du 1^{er} janvier 1997 ainsi que dans les établissements de santé de soins de courte durée privés conventionnés depuis le 22 juillet 1996.

Le PMSI a pour vocation de décrire au plan médico-économique les séjours des patients hospitalisés, dans le but d'expliquer la consommation de ressources. Certains séjours sont cependant actuellement mal décrits par le système. Ceci est particulièrement vrai pour les malades de réanimation, qui ont le plus souvent un parcours hospitalier complexe. Le diagnostic principal de ces multiséjours est souvent une affection classée dans un GHM dont la valorisation représente mal la consommation de ressources. Ceci a été confirmé par des études entreprises avec le groupe IMAGE par la SRLF, en collaboration avec la SFAR. Ces études ont montré que la classification actuelle des séjours de réanimation pouvait entraîner une sous-dotation des établissements hospitaliers qui disposent de lits de réanimation. La mission PMSI, en concertation avec le PERNS, la SRLF et la SFAR, a décidé d'inclure à partir de janvier 1997 un indice de gravité, l'IGS II, dans les RUM correspondant aux séjours de réanimation. Ceci permettra de définir un certain nombre de GHM décrivant mieux la consommation de ressources.

En effet, les réanimateurs ont mis au point depuis de nombreuses années des scores destinés à mesurer la gravité, jugée sur la probabilité de mortalité hospitalière. Ces scores évaluent bien le risque de mortalité en réanimation et sont corrélés à la charge en soins. Dérivé du système APACHE, l'indice de gravité simplifié (IGS) est utilisé en France et dans de nombreux services de réanimation à travers le monde. La dernière génération, d'indices de gravité fait appel à une méthodologie statistique plus efficace, la régression logistique multiple, et permet d'obtenir pour chaque malade une probabilité de mortalité hospitalière et pour un groupe de malades une mortalité attendue. La dernière version de l'IGS, l'IGS II, a été validée par une étude internationale regroupant des pays européens et nord-américains. Ses performances ont fait l'objet de nombreuses publications dans la littérature internationale, Il a l'avantage d'être simple d'emploi et d'être entièrement du domaine public, contrairement au seul autre système de performance égale, l'APACHE III, dont les équations permettant de calculer la probabilité de mortalité ne sont pas publiées. L'IGS II permet de classer correctement de vastes populations de malades, de case-mix très divers, mais, comme tous les indices de gravité, il peut être moins performant dans certains diagnostics.

Le recueil de l'IGS II doit être effectué pour les patients faisant l'objet de soins de réanimation. Les arrêtés du 18 juin 1996 et du 22 juillet 1996 mentionnent également les patients faisant l'objet de soins intensifs ou de surveillance continue. Dans l'esprit des rédacteurs, il s'agit d'offrir au praticien qui prend en charge les patients bénéficiant de ce type de soins, la possibilité du recueil de cette information, si il le juge pertinent compte tenu du profil des patients et des variables nécessaires pour calculer le score de l'IGS II.

Cette information vise en effet à une meilleure description des patients. Toutefois, le praticien responsable d'une unité médicale peut juger que cette information n'est pas pertinente du fait des patients accueillis dans son unité (c'est le cas dans certaines unités de soins intensifs cardiologiques par exemple). En particulier, il n'est pas envisageable, pour renseigner la variable IGS II, d'imposer au praticien de pratiquer des examens complémentaires uniquement dans cet objectif.

Il est par contre nécessaire que l'IGS II soit recueilli pour l'ensemble des patients faisant l'objet de soins de réanimation, afin de disposer d'une base de données fiables permettant de faire évoluer la classification des groupes homogènes de malades dès l'année 1998.

L'IGS II s'applique uniquement aux patients adultes, l'âge adulte retenu par les sociétés savantes concernées est de 15 ans et 3 mois.

Si les systèmes d'information ne permettent pas de disposer facilement de cette information, un patient pourra être considéré comme adulte quand il a plus de 15 ans.

L'introduction d'un indicateur du même type pour caractériser les séjours correspondants en néonatalogie et en pédiatrie fera l'objet de prochains travaux.

Ce score, variant de 0 à 194, est calculé à partir de 17 variables sur la base des plus mauvaises valeurs des variables qui le composent. Pour des raisons de fiabilité, ce score est établi en tenant compte uniquement des anomalies observées dans le service dans les 24 heures qui suivent l'admission.

Les définitions des variables et le mode de calcul de l'IGS II, sont répertoriés dans le Guide des outils d'évaluation en réanimation 1995, Société de Réanimation de Langue Française, édition Arnette Blackwell (1) et sont reprises dans l'Additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI (BO n°96-13bis).

Les Variables :

Age

Age du patient en années selon le dernier anniversaire.

Fréquence cardiaque

Prendre la valeur la plus défavorable qu'il s'agisse de tachycardie ou de bradycardie. Si le rythme a varié de l'arrêt cardiaque (11 points) à la tachycardie (7 points), compter 11 points.

Pression artérielle systolique

Utiliser la même méthode que pour le rythme cardiaque. Si la pression a varié de 60 à 195 mmHg, compter 13 points.

Température centrale

Tenir compte de la température la plus élevée en centigrade ou Fahrenheit.

PaO₂/FiO₂

Si le malade est ventilé ou sous CPAP, prendre la valeur la plus basse du rapport. Compter 0 point à l'item si le patient n'est ni ventilé ni sous CPAP.

Débit urinaire

Si le patient reste moins de 24 heures, faire le calcul pour 24 heures : par exemple un litre en 8 heures équivaut à 3 litres par 24 heures.

Urée sanguine

Prendre la valeur la plus élevée en mmol/l ou g/l.

Globules blancs

Prendre la plus mauvaise valeur (haute ou basse) selon l'échelle de score.

Kaliémie

Prendre la plus mauvaise valeur (haute ou basse) en mEq/l selon l'échelle de score.

Natrémie

Prendre la plus mauvaise valeur (haute ou basse) en mEq/l selon l'échelle de score.

Bicarbonatémie

Prendre la valeur la plus basse en mEq/l.

Bilirubine

Prendre la valeur la plus haute en limol/l ou iig/l (uniquement chez les patients ictériques).

Score de Glasgow

Prendre la valeur la plus basse des 24 premières heures. Si le patient est sédaté, prendre le score estimé avant la sédation par interrogatoire du médecin ou analyse de l'observation.

Type d'admission

Malade chirurgical

- Malade opéré dans la semaine qui précède ou suit l'admission en réanimation.
- Malade chirurgical non programmé: malade ajouté à la liste du programme opératoire dans les 24 heures qui précèdent l'intervention.
- Malade chirurgical programmé : malade dont l'intervention était prévue au moins 24 heures à l'avance.

Malade médical

- Malade non opéré dans la semaine qui précède ou suit l'admission en réanimation. Les malades de traumatologie non opérés sont considérés comme médicaux.

Sida

Malade HIV positif avec des complications cliniques telles qu'une pneumonie à Pneumocystis, un sarcome de Kaposi, un lymphome, une tuberculose, une infection à toxoplasme.

Maladie hématologique maligne

Lymphome, leucémie aiguë, myélome multiple.

Cancer prouvé par chirurgie, scanner ou autre méthode d'imagerie.

Note :

Si le malade reste moins de 24 heures

- noter les valeurs les plus défavorables de chaque élément;
- calculer la diurèse des 24 heures en fonction de la diurèse observée.

En cas d'arrêt cardiaque

- compter un rythme cardiaque à 0 (11 points), une pression systolique nulle (13 points), un score de Glasgow inférieur à 6 (26 points).

Diagnostic principal Pourquoi a-t-on réalisé cette hospitalisation?

Le diagnostic principal selon la Direction des Hôpitaux est défini par le médecin responsable du patient, à l'issue du séjour hospitalier, est le diagnostic qui a mobilisé au cours du séjour, l'essentiel de l'effort médical et soignant." Il s'agit donc d'un diagnostic rétrospectif.

Par exemple

- Un patient est hospitalisé pour une phlébite. Cette phlébite se complique d'une embolie pulmonaire nécessitant des soins importants. Le diagnostic principal est embolie pulmonaire et non phlébite.
- Un diabétique est hospitalisé pour la prise en charge d'une rétinopathie en rapport avec son diabète. Le diagnostic principal est rétinopathie diabétique et non diabète.

Diagnostic relié

La version 6 de la classification propose un **diagnostic relié (DR)** au DP ce qui permet d'effectuer un test supplémentaire pour l'orientation dans un GHM. On est désormais autorisé à porter en diagnostic relié tout diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique essentiellement lorsque le diagnostic principal n'est pas en lui-même une affection. Le plus souvent, le DR correspondra à la maladie causale et dans la quasi-totalité des cas, il s'agira d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée. La création de cet item répond au besoin de préciser le diagnostic principal lorsque ce dernier n'est pas évocateur de la pathologie prise en charge.

Le diagnostic relié n'est le plus souvent pas nécessaire. Il sert donc à expliciter un diagnostic principal imprécis par lui-même. Par exemple, si un malade est hospitalisé pour une chimiothérapie d'un cancer bronchique, le diagnostic principal sera chimiothérapie pour affection maligne (Code Z51.1) cela ne renseigne pas sur le type d'affection maligne pour laquelle est effectuée cette chimiothérapie. Il est alors impératif de renseigner le diagnostic relié (ici cancer bronchique).

Diagnostic Associé Quel est le contexte médical ?

Diagnostics (comorbidités ou complications) qui seront mentionnés sur le RSS lorsque ils ont une influence sur la prise en charge du malade lors de son séjour hospitalier.

Il existe initialement environ 2.000 diagnostics appartenant aux CMA « complications et comorbidités associées », diagnostics dits classants car susceptibles de modifier le classement GHM. Cette liste est restructurée régulièrement. Notion de CMA et de CMAS ajoutée récemment.

Une définition des diagnostics associés qui n'apporte aucune limitation au recueil de cette information puisqu'ils peuvent être « *une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son traitement* »

L'analyse des DA sur les bases de données a montré que cette définition est probablement à l'origine d'une grande disparité du nombre de DA par RSA (des seuls « diagnostics classants », à la totalité des diagnostics, symptômes et autres motifs de recours du dossier médical informatisé). Cet état de fait présente deux types d'inconvénients :

- l'impossibilité de connaître l'étendue des diagnostics « manquants » alors qu'ils pourraient expliquer un effort de soins ou une consommation de ressources (qu'il s'agisse d'une mesure des coûts ou des durées de séjour) d'une part.
- l'impossibilité de repérer, parmi les diagnostics « présents », ceux qui n'ont eu aucune conséquence médico-économique sur le séjour d'autre part.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de réaliser des analyses destinées à valoriser les GHM en points ISA ou de faire évoluer la classification des GHM, ou encore de tenter de comprendre quelles sont les autres pathologies prises en charge au cours du séjour, le manque de précision dans la définition des diagnostics associés du résumé de sortie du PMSI est devenu pénalisant.

Afin de pallier cette insuffisance, tout en permettant au résumé de sortie du PMSI de conserver son intérêt comme support d'information exploitable à des fins autres que celles de l'allocation de ressources, les diagnostics associés sont désormais déclinés en deux catégories : les diagnostics associés nécessaires au classement du séjour dits « diagnostics associés significatifs » (**DAS**) et les diagnostics associés à visée documentaire (**DAD**). Il s'agit, en fait, de ne plus rendre étrangère *la notion de pathologie* « active », « significative » ou « modifiant la prise en charge » à la définition des diagnostics associés significatifs, et de permettre le recueil des autres diagnostics associés dans une zone dite « documentaire ».

Si l'on devait ne donner qu'une définition synthétique de ces deux catégories de diagnostics associés, on pourrait dire que les **DAS** qualifient **le séjour** du patient et que les **DAD** ne qualifient que **le patient**. La seule définition qu'il convient de bien cerner est celle des **DAS**, puisque tous les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours ne correspondant pas à cette définition, seront des **DAD**.

Les diagnostics associés nécessaires à la classification, dits diagnostics associés significatifs (DAS) sont en fait les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins ou de la consommation de ressources.

Est considérée comme significative toute morbidité associée ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour, dans le cadre d'une :

- affection nouvelle ;
- évolution d'une affection connue ;
- décompensation d'une altération organique connue ;
- affection aiguë intercurrente ;
- affection chronique en cours de traitement.

Ne doivent pas être retenues comme significatives les affections ne répondant pas aux critères du DAS comme par exemple les antécédents guéris ou les maladies stabilisées ne justifiant d'aucune prise en charge, mais également les symptômes ou les résultats anormaux d'examen appartenant à une maladie codée par ailleurs.

Par ailleurs, les données à visée documentaire (DAD) n'interviennent en aucune manière sur le groupage, et sont tout simplement ignorées par la FG,

Les diagnostics associés significatifs, limités à 15 par RUM, sont les problèmes médicaux réellement pris en charge pendant le séjour et non pas tous les problèmes dont souffre le patient. Par exemple, un malade souffrant d'une entérite régionale (maladie de Crohn) hospitalisé moins de 24 heures pour une intervention sur un panaris, l'entérite régionale ne

sera pas notée en diagnostic associé significatif par contre elle pourra figurer dans les données associées documentaires.

Une autre définition des DAS est l'ensemble des diagnostics non retenus comme DP unique ou DR.

Actes classants La prise en charge a-t-elle nécessité des structures lourdes (bloc opératoire...)?

Il existe environ 4.000 actes dit « actes classants » susceptibles de modifier le classement GHM (version 1992) d'un séjour hospitalier. Ces actes correspondent à des actes lourds « marqueurs » d'une certaine prise en charge. Ils correspondent pour la plupart à des actes chirurgicaux diagnostiques et thérapeutiques et à certains actes de radiologie interventionnelle.

On peut trouver aussi la notion d'actes « mineurs » ou mieux reclassants du groupe 901 qui comporte les actes sans relation avec le diagnostic principal. Les actes concernés sont indiqués par le signe "o" dans l'annexe 9 du même volume 1 (annexe CdAM-GHM pour la version 5.6, annexes CdAM-GHM et CCAM-GHM pour la version 6.7)

Prestation interétablissement

Définition

On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :

- un patient est momentanément transféré d'un établissement demandeur [A] vers un établissement prestataire [B] pour y réaliser un acte qui sera facturé à [A] ;
- le séjour du patient en [B] dure moins de 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée hors de [A]).

Dans ces conditions, le séjour en [A] n'est pas clos administrativement, il est *suspendu*. En d'autres termes, la réalisation de l'acte en [B] intervient sans interruption administrative du séjour en [A].

Objectif du dispositif

Il est triple :

- faire en sorte que les séjours au cours desquels un acte est réalisé à l'extérieur mais financièrement supporté par l'établissement demandeur [A] soient justement renseignés sur le plan médical et correctement classés si l'acte concerné est classant.
- éclairer les services de tutelle, qui pourraient s'étonner de voir figurer sur les RSA produits par [A] des actes que cet établissement n'est pas autorisé à réaliser (équipements ou activités soumis à autorisation), ou pour lesquels il n'est pas équipé ; telle est la fonction principale du code de la Classification internationale des maladies CIM étendu pour la circonstance : Z75.80 Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte.
- permettre à l'établissement prestataire [B] de faire valoir, dans la base régionale du PMSI, l'activité technique qu'il a réalisée au bénéfice de malades hospitalisés en son sein, alors même que la logique financière ne l'autorise pas à produire de résumé de séjour pour une activité qui lui est payée par ailleurs par un autre établissement.

Description du dispositif

L'établissement demandeur [A]

Il fait figurer dans le RUM :

- le code de l'acte effectué en [B], dont il assume la charge financière.
- et le code Z75.80 en position de diagnostic associé significatif pour signaler qu'un acte a été réalisé à l'extérieur de l'établissement.

Il est recommandé de ne produire qu'un seul RUM englobant la période de suspension du séjour.

Toutefois, l'établissement [A] peut être amené à réaliser 2 RUM (pré- et post-prestation), soit en raison de contraintes liées à son système d'information, soit en raison du retour du patient

dans une unité médicale (UM) différente de celle dont il était parti. Dans ce cas, les deux RUM doivent comporter le même numéro de RSS. Les modes de sortie et d'entrée encadrant la suspension de séjour doivent être codés « 0 ». En d'autres termes : le mode de sortie du premier RUM (début de la suspension du séjour, départ vers [B]) doit être codé « 0 » (départ par transfert provisoire pour réalisation d'un acte), et le mode d'entrée du second RUM (fin de suspension de séjour, retour de [B]) doit être également codé « 0 » (retour de transfert provisoire pour réalisation d'un acte).

Les dates de départ vers [B] et de retour de [B] correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'une seule journée.

Si les 2 RUM pré- et post-prestation concernent la même UM, ils sont considérés par l'algorithme de détermination du diagnostic principal du RSS comme un RUM unique, avec durée de séjour cumulée.

L'établissement prestataire [B]

Si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation : l'établissement prestataire [B] produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont portés à « 0 » (*Transfert provisoire pour réalisation d'un acte*).

Les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'une seule journée.

Si le patient n'est pas hospitalisé, aucun RSS ne doit être produit par l'établissement prestataire [B], à l'exception du cas de la radiothérapie ambulatoire pour les établissements soumis au recueil du PMSI.

Note : si la durée d'hospitalisation en [B] est de plus de 2 journées civiles (plus d'une nuitée hors de [A]), le régime de suspension de séjour et les consignes rappelées ci-dessus ne peuvent pas s'appliquer. La situation est celle d'hospitalisations administrativement distinctes rejoignant le cas général, avec leurs RSS respectifs également distincts.

Chaînage, transmission et conservation des fichiers

Les établissements de santé transmettent les fichiers de données (résumés de sortie anonymes (RSA) et fichiers de facturation), ainsi que les fichiers de chaînage, à l'agence régionale de l'hospitalisation dont ils dépendent, conformément à l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé et aux articles L. 6113-8 et R. 710-5-10 du code de la santé publique.

Cette transmission s'effectue par support magnétique ou par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'État.

La périodicité de transmission est fixée par arrêté.

1. Principes du chaînage anonyme

Depuis 2001, une nouvelle procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en oeuvre. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même patient. Afin de permettre les opérations de chaînage et de garantir une totale confidentialité des données, différents fichiers informatiques sont produits et différentes actions logicielles sont exercées.

Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même patient (quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé d'une part, mais aussi MCO ou soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou même psychiatrie à l'avenir).

Sur une période donnée, les différents épisodes d'hospitalisation d'un même patient peuvent ainsi être identifiés et liés entre eux.

Le numéro anonyme de patient

Il est créé en deux temps un numéro à la fois anonyme et caractéristique du patient.

Il est créé en deux temps :

1) Un *numéro anonyme premier* est créé, à l'échelon de l'hôpital, à partir de variables identifiantes, par un procédé sécurisé dénommé *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN). Les variables identifiantes utilisées pour construire le numéro anonyme sont:

- Le numéro d'assuré social (ouvrant droit).
- La date de naissance.
- Le sexe.

2) Un *numéro anonyme second* est créé, au niveau de l'agence régionale de l'hospitalisation, par l'application une seconde fois de FOIN. C'est ce numéro anonyme second qui est utilisable au plan national.

Il est anonyme car :

- il est impossible de retrouver l'identité d'un patient à partir de ce numéro (non réversibilité du cryptage).
- à partir des données nominatives de deux personnes, qui seraient approchantes, on n'obtient pas de numéros anonymes similaires.

Il est caractéristique d'un individu car :

- à partir des mêmes données d'identité on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité).
- la probabilité d'obtenir le même numéro à partir de données nominatives différentes est faible.

À noter, toutefois, que les jumeaux de même sexe ayant le même ouvrant droit ne peuvent être distingués.

Il est donc possible d'identifier par ce numéro anonyme les différentes hospitalisations d'un même malade, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, sans connaître l'identité de ce patient. C'est cette opération qui est dénommée « chaînage anonyme ».

Liaison entre le numéro anonyme et les données médicales et de facturation

Le *numéro anonyme premier* est inséré dans un fichier (chainage.dat) qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation.

Le numéro anonyme y est associé à un numéro séquentiel (ou numéro d'index) qui est un numéro de rang également présent dans les enregistrements correspondants des fichiers de données (RSA, RSFA et Fact.dat). C'est ainsi qu'est formée la liaison virtuelle et indirecte entre le numéro anonyme et les données.

Lors de la création du *numéro anonyme second*, un nouveau numéro séquentiel est créé car les enregistrements de données sont rangés dans un ordre différent. Ce réarrangement assure l'absence de liaison entre le numéro anonyme final et les données d'amont.

2. Données et fichiers produits pour le chaînage

Dans les établissements publics et dans les établissements privés à but non lucratif

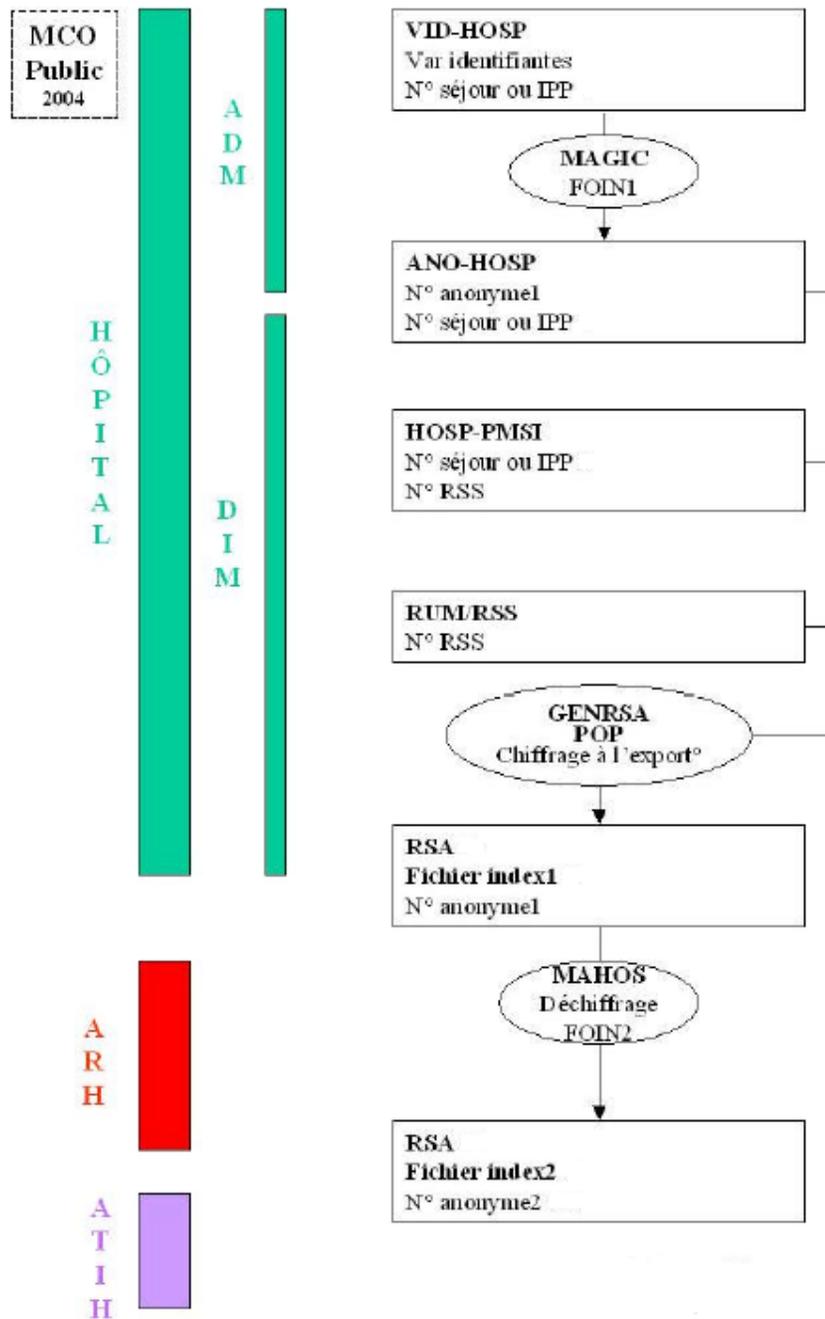
À **titre transitoire** jusqu'au 1^{er} janvier 2006, date à partir de laquelle ces établissements devront produire des résumés de facturation, la procédure d'anonymisation et de chaînage est inchangée.

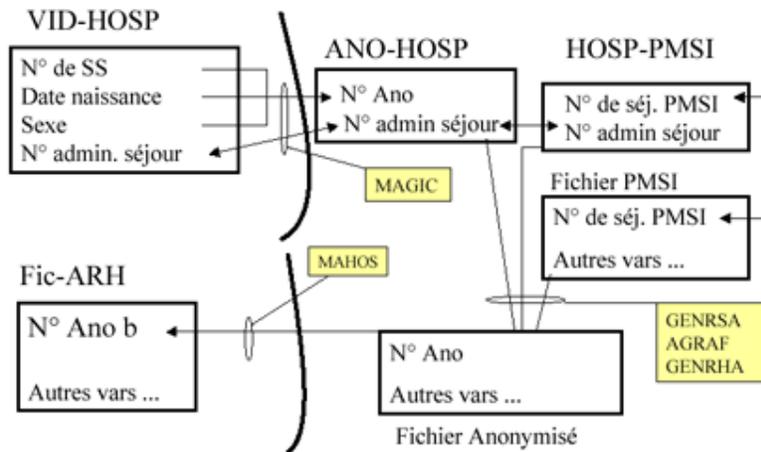
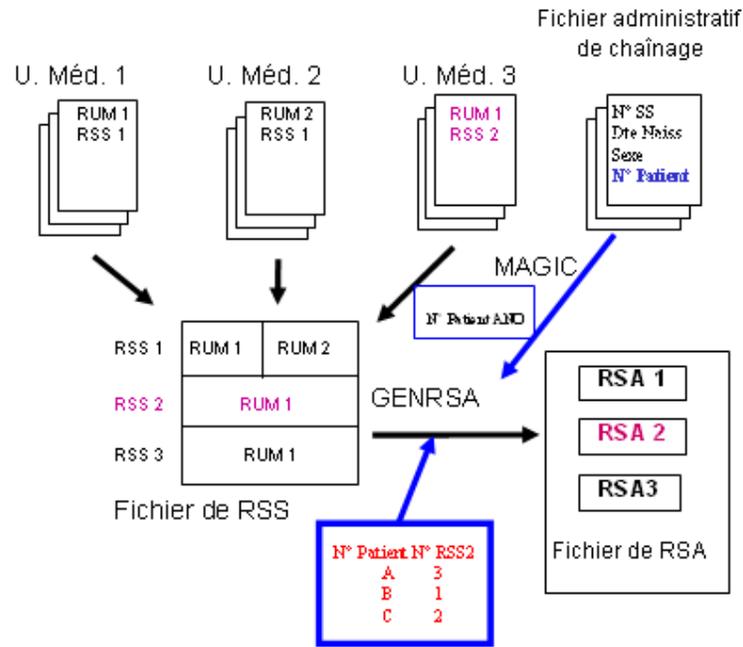
La création du *numéro anonyme premier* et la production des fichiers de données exportables se font actuellement en deux étapes.

La **première étape** est réalisée par les services administratifs de l'établissement : un fichier «VID-HOSP» est préparé, contenant les variables identifiantes des personnes ainsi que, dans le même enregistrement, l'identifiant de séjour hospitalier. Ce dernier est le plus souvent le numéro d'hospitalisation ; il peut être également l'*identifiant permanent du patient* (IPP).

Le fichier VID-HOSP est soumis à l'action du logiciel MAGIC fourni par les services de l'État et intégrant le module FOIN. Cette action produit en sortie un fichier « ANO-HOSP » qui réunit dans chaque enregistrement le *numéro anonyme premier* ainsi créé et l'identifiant de séjour hospitalier. Ce fichier est transmis par les services administratifs au service ou au département de l'information médicale.

La **deuxième étape** est réalisée au sein de ce dernier. Elle passe par l'utilisation du logiciel POP-MCO qui inclut le programme GENRSA. Ce logiciel traite les fichiers en entrée que sont : le fichier ANO-HOSP, le fichier de RSS, et le fichier HOSP-PMSI qui est le nom de la table de correspondance entre l'identifiant de séjour hospitalier et le numéro de RSS. Les fichiers de données produits sont des fichiers exportables chiffrés : fichier de RSA, et fichier de chaînage qui contient le *numéro anonyme premier* et un numéro de rang (numéro séquentiel) dans le fichier de RSA.





Remarques :

Les formats informatiques des fichiers sont consultables sur le site Internet de l'ATIH. Concernant certains champs à renseigner pour le fichier VID-HOSP :

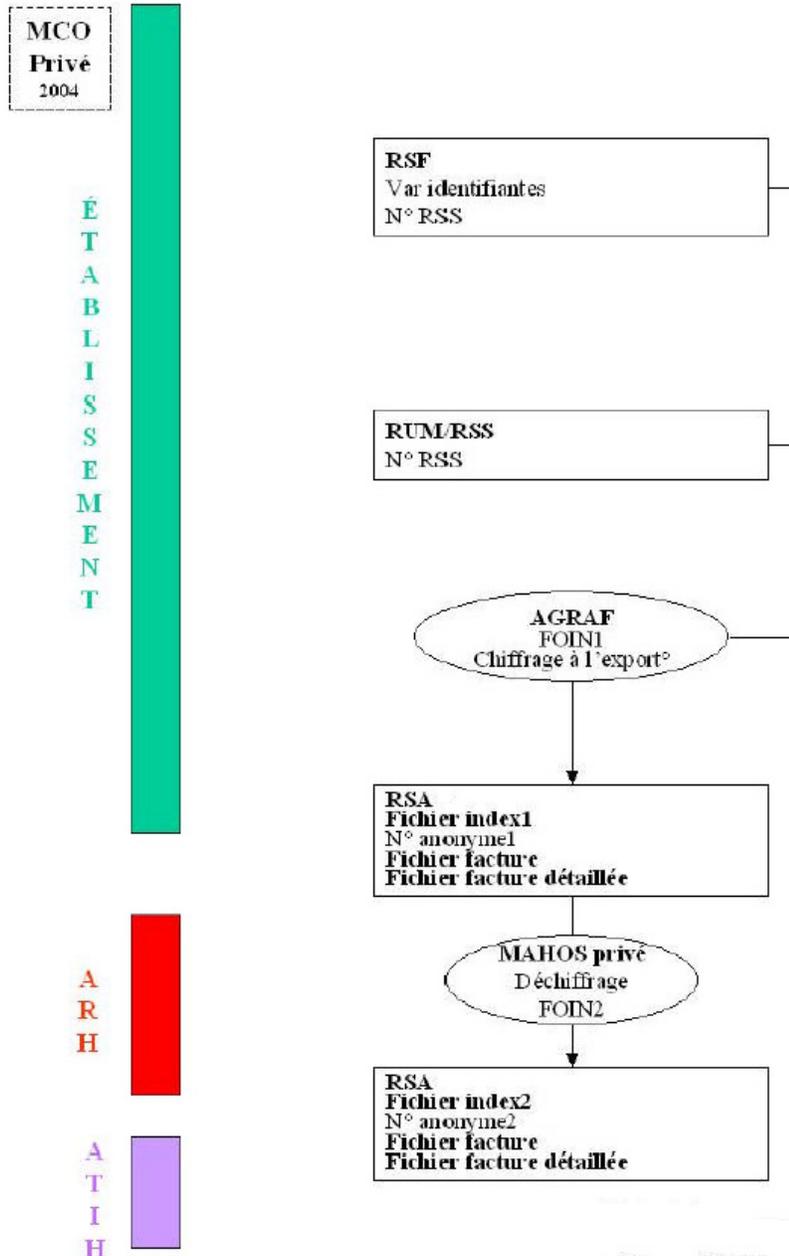
- en cas d'information indisponible, le champ concerné doit être rempli par une chaîne de caractères composée uniquement de « X » (soit : XXXXXXXXXXXXXXXX) ; ces cas ne peuvent répondre qu'à des situations exceptionnelles : anonymat légalement admis, malade dans le coma et informations inaccessibles...
- il peut être difficile d'obtenir un numéro d'hospitalisation (unique) pour identifier le séjour hospitalier (établissement multisite, radiothérapie sans hospitalisation, nouveau-né sans numéro propre...). Dans ces cas, tout autre numéro administratif d'identification de séjour ou passage peut être utilisé, à la condition absolue d'être également utilisé dans le fichier HOSP-PMSI.

Dans les établissements privés

La procédure y est plus directe car les variables identifiantes manquant au RSS (qui ne contient, de celles-ci, que le sexe) se trouvent dans le résumé standardisé de facturation (RSF).

Les fichiers de RSF et de RSS sont soumis au logiciel AGRAF qui intègre également la *fonction d'occultation des informations nominatives* (FOIN). Il assure alors la production des fichiers anonymes exportables chiffrés que sont les fichiers de RSA, de facturation (RSFA.dat, FACT.dat), et de chaînage (chaînage.dat).

Ce dernier, comme pour le secteur public, contient le *numéro anonyme premier* et un numéro de rang dans le fichier de RSA et dans les fichiers de facturation.



3. Conclusion

L'innovation apportée par le chaînage des RSA permet de faciliter le repérage des éventuels effets pervers induits par une tarification au GHM (« saucissonnage » des séjours). Mais surtout, il ouvre des perspectives intéressantes pour une meilleure connaissance des maladies chroniques qui représentent une part croissante de l'activité hospitalière.

Typologie des GHM selon l'approche OAP « Outil d'Analyse PMSI »

La classification OAP a été élaborée sous couvert du COTRIM Ile de France, dans un objectif d'aide à l'utilisation du PMSI, à des fins de planification dans le champ du court séjour.

Cet outil permet une analyse du casemix des établissements sur un mode synthétique ou plus détaillé en fonction des besoins.

La classification OAP consiste en :

- une caractérisation de chaque GHM selon trois critères :
 - recours ou non au bloc opératoire (chirurgical / médical),
 - lourdeur de la prise en charge selon deux niveaux (a > b), critère permettant d'identifier les séjours qui mobilisent un plateau médico-technique spécialisé ou qui nécessitent le recours à une expertise professionnelle particulière
- un regroupement de GHM en deux niveaux emboîtés :
 - 1. pôle d'activité correspondant aux disciplines médico-chirurgicales,
 - 2. lignes de produits précisant, au sein de chaque pôle, la nature de l'activité médicale.

Caractère médical ou chirurgical

Un GHM a été considéré comme chirurgical si l'algorithme de la classification pointant sur ce GHM rendait nécessaire l'existence d'un acte classant dans le RSS. Cette définition est conforme à ce qui est proposé dans l'Echelle Nationale de Coûts. Cette règle comporte une exception : le GHM 584 " Greffes de moelle " a été classé dans le groupe médical.

Lourdeur de GHM

Cet indicateur est construit sur la base des GHM décrits dans la classification PMSI. La qualité de la segmentation des GHM est variable en fonction des disciplines ce qui induit des niveaux de sensibilité et de spécificité différents pour l'indicateur de lourdeur. Dans ce contexte, les comparaisons menées sur la base de ce critère n'ont de sens que si elles sont réalisées pour chaque pôle d'activité, en distinguant les prises en charge chirurgicales et médicales.

Un GHM a été considéré comme lourd si les prises en charge qu'il décrivait nécessitaient le recours soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier.

Les GHM caractérisés par la présence de Complications ou Morbidité Associées Sévères ont été classés dans le groupe des prises en charge lourdes.

Aucune des prises en charge de moins de 24 heures n'a été considérée comme lourde.

Détermination des lignes de produits

Les lignes de produits ont été définies par le regroupement de GHM autour d'axes « métier ». Ces axes caractérisent des gammes de compétences et de moyens techniques communs à plusieurs GHM.

Dans ce mode de construction, chaque GHM a été affecté à une ligne de produits et à une seule. Coexistent au sein d'une même ligne de produits des GHM médicaux et

chirurgicaux, de lourdeur différente, décrivant des hospitalisations complètes et partielles. Ces GHM peuvent être issus de CMD différentes.

Les lignes de produits proposent une description transversale des prises en charge en caractérisant des filières de soins intra-hospitalières : 165 lignes de produits ont ainsi été définies.

Les prises en charge ambulatoires ont été associées à des lignes de produits « significatives » lorsque les GHM considérés le permettaient : Par exemple, une ligne de produit " Chirurgies rectum/anus " a été créée qui regroupe les résections rectales (GHM 211, 212), les autres interventions sur le rectum (GHM 231, 232), les interventions sur la région anale et périanale (GHM 374), les interventions sur le rectum et l'anus en ambulatoire (GHM 767).

Dans les autres cas, les GHM ont été regroupés dans une ligne de produits générique dénommée " Groupe ambulatoire " : c'est le cas du GHM 707 " Affections du tube digestif : ambulatoire avec autre acte opératoire ".

Les GHM de séances (numérotés de 680 à 684) ont été à l'origine de la constitution de trois lignes de produits spécifiques : " Séances : dialyse ", " Séances : Chimio/Rx ", " Séances autres ".

Les prises en charge pour tumeurs ont fait l'objet d'une tentative de caractérisation : lorsque cette pathologie était bien individualisée dans un ou plusieurs GHM spécifiques, une ligne de produits a été créée, dont le libellé réfère à une pathologie cancéreuse. Par exemple, les mastectomies totales ou subtotaux pour tumeurs malignes (GHM 368, 369, 370, 371) et les tumeurs malignes des seins non opérées (GHM 388, 389) ont été regroupées dans une ligne de produits « Tumeur maligne (seins) ».

Toutefois l'activité de cancérologie, dans son ensemble, ne peut pas être analysée au travers de ces seules lignes de produit puisque certaines pathologies cancéreuses ne sont pas groupées dans des GHM spécifiques de ce domaine. L'expérience montre cependant que l'existence de telles lignes de produit est intéressante, en particulier pour la lisibilité des rapports d'activité service réalisés par les DIM. Le principe des lignes de produits étiquetées « cancer » est donc maintenu même si elles ne rendent compte que partiellement de l'ensemble de cette activité. : Par exemple, le GHM 504 « Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies » a été groupé dans la ligne de produits « Chirurgies pelviennes majeures (gynéco) », non spécifique d'une prise en charge tumorale.

Caractérisation des pôles d'activité

Les lignes de produits ont été regroupées en 25 rubriques.

Vingt et une rubriques se réfèrent à des pôles d'activité au sens de spécialités d'organe. Elles regroupent les prises en charge, en hospitalisation complète ou partielle, des séjours médicaux et chirurgicaux relevant de ces disciplines.

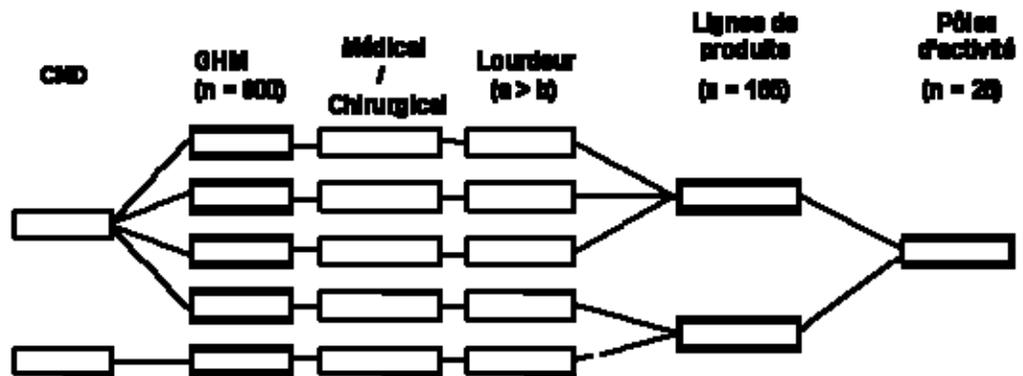
Les décès et transferts immédiats ont été isolés.

Le pôle d'activité " AX - Autres prises en charge " est constituée de lignes de produits non spécifiques d'une spécialité d'organe. On y trouve par exemple les " Iatrogénicité et intoxications médicamenteuses " ou les " Autres séances ".

Chaque ligne de produits appartient à un pôle d'activité et un seul, à l'exception de la ligne de produits " Groupe ambulatoire ", dont l'affection dans un pôle dépend de la nature du GHM.

Méthodologie de construction

La figure décrit les différentes phases de l'élaboration de l'outil.



La Tarification à l'Activité T2A et les GHS

Introduction

La T2A constitue le futur outil de financement commun aux établissements de santé publics et privés.

Destinée à remplacer le système de la dotation globale de financement pour les établissements publics de santé et PSPH.

En vue de financer l'établissement à partir de la valorisation de son activité réelle dans le champs MCO, en s'appuyant sur l'échelle nationale.

De 1984 à 2004 : le financement par le budget global.

Cette dotation évolue annuellement par application d'un « taux directeur » fixé par les pouvoirs publics:

- $DG\ n = DG\ n-1 + x\%$
- Donc dépenses autorisées pour n = dépenses de n-1 + x%

Le budget global : intérêts et limites

- Un outil de maîtrise des dépenses hospitalières efficace...
- ...mais aveugle : il ne tient pas compte de l'évolution différenciée de l'activité des EPS depuis 1983.

La 1ère adaptation du BG : les «marges de manoeuvre» (1991).

Objectif : limiter, au niveau régional, l'effet uniforme du taux directeur

- Adapter les dotations annuelles aux situations particulières des EPS.
- Permettre un début de contractualisation.
- Assurer un financement ciblé de certaines mesures nationales (Mesures FPH - SIDA - Urgences...).

La 2ème adaptation du BG : L'introduction du PMSI (1996).

Objectifs, en maintenant une maîtrise nationale :

- Reconstituer un lien adapté entre activité et financement (activités médicales pondérées).
- Lutter contre les inégalités inter et intra régionales.
- Renforcer la contractualisation.

Intérêts - limites

Un outil pertinent pour la description et la quantification de l'activité hospitalière

Un modèle de répartition des enveloppes:

- Rigoureux.
- Relativement objectif.
- Assez transparent.

Une régulation très progressive : réduction des inégalités en 13 ans...

... mais pourtant délicate, dans un contexte :

- De tensions budgétaires (mesures nationales insuffisamment financées).
- De raréfaction des moyens humain.

Pas de fongibilité public/privé.

La Tarification à l'Activité T2A

La T2A : Objectifs

Confirmer et renforcer le rôle de l'activité dans le niveau de financement des établissements de santé.

Mettre en place une régulation commune entre les secteurs public et privé

1. ASSURER UN FINANCEMENT PLUS EQUITABLE --> tarifs nationaux.

- Persistance d'importantes inégalités de dotation entre les régions, entre les établissements.

Valeur du point ISA Bretagne 2002 1.952 €.

Valeur du point ISA National 2002 2.148 €.

Valeur du point ISA Ile de France 2002 2.375 €.

Valeur du point ISA AP-HP 2002 2.528 €.

- Pour un accouchement, les établissements bretons disposent de 1 952 € alors qu'en moyenne les établissements français disposent pour la même prise en charge de 2 148 € soit un écart de 9%.

2. ASSURER UN FINANCEMENT PLUS DYNAMIQUE.

- Les limites du système actuel : les structures dynamiques désavantagées.
- La nécessité de trouver de nouvelles modalités d'accompagnement du développement de l'offre de soins.
- La réponse proposée par la T2A : un financement qui suit le volume d'activité réalisé.
 - un séjour supplémentaire = une recette
 - le financement des médicaments et dispositifs coûteux.

3. ASSURER UN FINANCEMENT SPECIFIQUE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL ET DE CERTAINES SPECIALITES MEDICALES.

- La reconnaissance de l'effort fourni par chaque établissement dans la conduite des missions d'intérêt général.
- La nécessité de soustraire certaines spécialités de la tarification à l'activité.
- La réponse proposée par la T2A : des modes de tarification adaptés pour :
 - L'enseignement, la recherche et l'innovation.
 - Les séjours extrêmes et la réanimation.
 - Les urgences et les prélèvements d'organes.
 - La situation géographique.

4. RESPONSABILISER LES ACTEURS HOSPITALIERS

- La T2A offre un avantage financier immédiat aux établissements les plus efficaces.
- Les établissements disposent, désormais, de la capacité à dégager leurs propres marges de manoeuvre.
- Le développement des outils de pilotage médicoéconomiques
 - La comptabilité analytique.
 - Les systèmes d'information médicale.

La T2A : Champs d'application

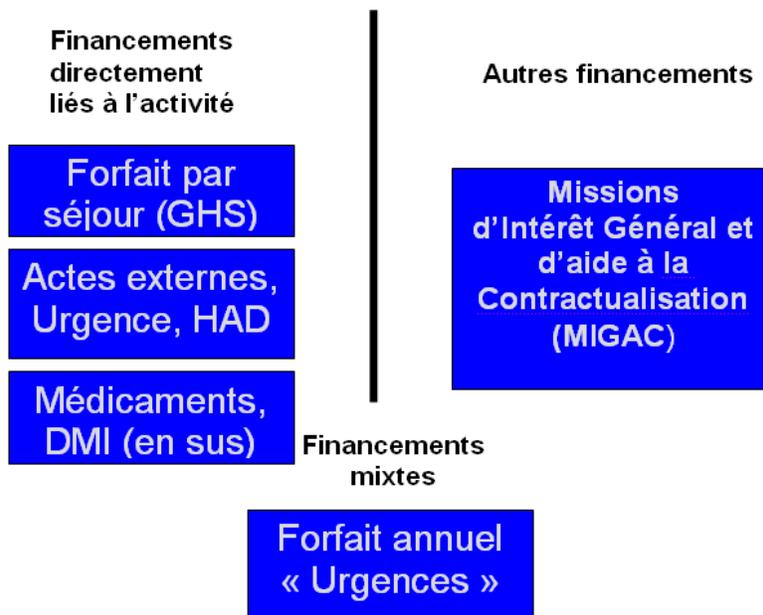
Ets concernés : tous les ets publics et privés titulaires d'autorisations de MCO.

- ets exclus : hôpitaux locaux - ets en conversion d'activité.

Activités concernées : uniquement celles de MCO qq soit le support de ces activités (hospitalisation complète ou de jour et actes externes).

- Autres activités : maintien d'un financement globalisé.

La T2A : 5 modes de financement T2A



La réforme de la Tarification À l'Activité (T2A) met en oeuvre **cinq grandes modalités de financement**:

Trois modalités générales de financement directement lié à l'activité réalisée :

- Le paiement d'un tarif par séjour (« *Groupes Homogènes de Séjours* ») (GHS) et suppléments) des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement ;
- Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et actes externes (hospitalisation publique), d'urgence, de prélèvements d'organes (PO), ainsi que l'hospitalisation à domicile (*activités non décrites par les GHS*) ;
- Le paiement de *certaines consommables en sus des tarifs* de prestation (certains médicaments et dispositifs médicaux (DM)) ;

Une modalité particulière de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée :

- Le versement d'un forfait annuel pour financer les coûts fixes d'une activité (urgences et coordination des prélèvements d'organes) ;

Une modalité de financement non fondée sur une tarification à l'activité, mais sur des dotations :

- Le versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les modalités de financement liées à l'activité

- Les tarifs par séjour.
- Les financements mixtes.
- Les suppléments pharmaceutiques.

Les tarifs par séjour : principes

La T2A est fondée sur le PMSI

- un séjour = un RSS = un GHM
C'est le GHM qui détermine la rémunération de l'êts au travers d'un GHS:
- GHM = GHS dans le quasi totalité des cas
- les GHS spécifiques concernent :
 - La dialyse (11 forfaits en préparation)
 - Les IVG (5 tarifs en préparation)
 - Les soins palliatifs pour la part activités de soins (2 GHS)

Un arrêté fixera les activités pouvant faire l'objet d'une facturation d'un GHS (présenté ci-dessous).

- sinon: actes externes.

Le montant du GHS pourra être majoré d'un coefficient « correcteur »

Les tarifs intègrent les frais de structure.

Les tarifs par séjour : particularités

Les séjours extrêmes: il s'agit des séjours dont la durée est < ou > à un seuil.

- Si séjour plus long : facturation en + du GHS de chacune des journées au delà de la borne.
- Si séjour plus court : minoration du tarif GHS de 0,5.

La « réanimation » (réa, SI ou SC) « autorisée » : en + du GHS, facturation d'un supplément journalier.

- pour bénéficier du supplément de réanimation, nécessité d'actes marqueurs dans le séjour.
- A défaut = supplément de SI.

Les suppléments pharmaceutiques : Les médicaments et dispositifs médicaux

Par principe, sont inclus dans les GHS.

Exception : les médicaments onéreux (cancérologie?) qui ont un fort impact sur le coût des GHM et les DMI coûteux (cardiologie?).

Pour ceux-ci, inscrits sur une liste fixée par arrêté : facturation en + du GHS.

Les modalités ne relevant pas d'une tarification à l'activité : les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

MIGAC : 2 objectifs

- Financer les activités qui n'ont pas vocation à être soumises à une tarification variable: les Missions d'Intérêt Général (MIG).
- Identifier les ressources accompagnant la contractualisation avec l'ARH (AC).

Les MIGAC : 3 composantes

- Enseignement, recherche, innovation, recours.
- Les autres Missions d'Intérêt Général.
- L'aide à la contractualisation.

Arrête : Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité

Art. 1.

Les tarifs de référence nationaux des forfaits couvrant les prestations d'hospitalisation déterminés dans les conditions définies à l'article 2, sur la base desquels est valorisée l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 18 décembre 2003 susvisée prise en compte pour le calcul du montant des dotations régionales et du montant des dépenses autorisées des établissements susmentionnés pour 2004, sont fixés en annexe 1.

Pour les établissements implantés dans les zones géographiques définies en annexe 2, les tarifs nationaux de référence sont affectés d'un coefficient géographique, dont la valeur est fixée dans la même annexe, pour tenir compte de facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations.

Art. 2.

1. Les prestations de séjour et de soins avec ou sans hébergement sont couvertes par des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes homogènes de séjours » (GHS). Ils sont pris en compte pour chaque séjour et établis à partir d'une classification de séjours pour lesquels des moyens techniques, matériels et humains comparables ont été mis oeuvre pour la prise en charge du patient. Cette classification est celle établie en application de l'article R. 710-5-2 du code de la santé publique.

Un seul GHS est pris en compte par séjour.

Toutefois, lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient sont couvertes par un GHS autre qu'un des GHS figurant aux I des listes 1 (GHS incluant la valorisation de la séance de dialyse) et 2 (GHS incluant la valorisation de la radiothérapie) de l'annexe 3, la réalisation d'un des actes figurant aux II de ces mêmes listes (Actes permettant la valorisation d'une séance de dialyse en hospitalisation, Actes permettant la valorisation d'une séance de radiothérapie) donne lieu à prise en compte d'un GHS supplémentaire couvrant les prestations afférentes à ces actes.

Le séjour du nouveau-né en service d'obstétrique donne lieu à prise en compte d'un GHS en complément du GHS couvrant la prestation de séjour et de soins de la mère.

Lorsque la durée du séjour du patient est inférieure à la borne basse de la durée de séjour fixée en annexe 1 pour un GHS, le forfait pris en compte est égal à 50 % du tarif de ce GHS, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

Lorsque la durée du séjour du patient est supérieure à la borne haute fixée en annexe 1 pour un GHS, un supplément journalier, dénommé « extrême haut » (EXH), dont le tarif est fixé au I de l'annexe 1, est pris en compte en plus du GHS pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de la borne haute.

Les journées d'hospitalisation en unité de réanimation ne sont pas prises en compte dans la durée du séjour pour l'application du supplément journalier « EXH ». Elles sont prises en

compte en sus du GHS et, le cas échéant, du EXH dans les conditions définies aux alinéas suivants, à l'exception des GHS pour lesquels le tarif couvre la prise en charge de la réanimation et dont la liste est fixée en annexe 4.

Dès lors que le patient est présent plus de 24 heures, puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure dans une unité de réanimation, qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 5 (Actes marqueurs de suppléance vitale pour lesquels une occurrence suffit) ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe (Liste des actes marqueurs de suppléance vitale pour lesquels il faut au moins trois occurrences) y ont été effectués, un supplément journalier spécifique, dénommé « réanimation » (REA), dont le tarif est fixé au II de l'annexe 1, est pris en compte en sus du GHS et, le cas échéant, du EXH.

Lorsque le patient est présent moins de 24 heures dans une unité de réanimation et qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 5 ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectués, le supplément REA est pris en compte pour une journée.

Pour les patients de moins de 16 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte. Le séjour de soins palliatifs correspondants au « groupe homogène de malades » (GHM) 23Z02Z ne donnent lieu à prise en compte d'un GHS n° 7957 que lorsqu'ils ont lieu dans une unité de soins palliatifs ou des lits dédiés à cette activité reconnus par contrat entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.

2. Les prestations de soins dispensés dans les unités d'accueil et de traitement des urgences autorisées, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge du patient sont couvertes par un forfait annuel, dénommé « forfait annuel urgence » (FAU), et par un forfait au passage dénommé « forfait d'accueil et de traitement des urgences » (ATU), dont les tarifs sont fixés aux III et IV de l'annexe 1. Le tarif du FAU varie en fonction de l'activité du service d'urgence. L'ATU est pris en compte dès lors que des soins sont dispensés au patient sauf dans le cas où le patient est hospitalisé au sein d'une unité de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement. Des actes pris en charge dans les conditions prises en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale peuvent être pris en compte en sus de l'ATU.

3. La mise à disposition des moyens humains nécessaires à la coordination des prélèvements d'organes ou de tissus est couverte par un forfait annuel dénommé « forfait de coordination des prélèvements d'organes » (CPO), dont le tarif, qui varie en fonction des missions et de l'activité de l'établissement, est fixé au V de l'annexe 1. Ce forfait annuel est pris en compte dès lors que l'établissement est titulaire d'une autorisation de prélèvement d'organes ou de tissus.

4. Dans les services de consultations externes, les actes effectués sont pris en compte dans les conditions prises en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Art. 3.

Les données relatives à la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations figurant respectivement en annexes 6 et 7 sont transmises sur support électronique

à l'agence régionale de l'hospitalisation avant le dernier jour du mois suivant la fin de chaque trimestre.

Art. 4.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et de la protection sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.



GLOSSAIRE

ADIMEHP	Association pour le Développement de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée.
ARH	l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
BAQIMEHP	Bureau de l'Assurance Qualité et de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée.
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux.
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux.
CCAPS	Classification Commune des Actes des Professionnels de santé.
CIM	Classification Internationale des Maladies.
CIM 10	Classification Internationale des Maladies, 10ème révision.
CM	Catégorie Majeure.
CMA	Complications et Morbidités Associées.
CMAS	Complications et Morbidités Associées Sévères.
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic.
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
CNEH	Centre National de l'Équipement Hospitalier.
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
COTRIM	Comité Technique Régional de l'Information Médicale.
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
CTIP	Centre de Traitement de l'Information du PMSI.
DA	Diagnostic Associé.
DAD	Diagnostic associé documentaire.
DAS	Diagnostic associé significatif.
DIM	Département d'Information Médicale.
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DP	Diagnostic Principal.
DR	Diagnostic relié.
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRG	Diagnosis Related Groups.
ENC	l'Echelle Nationale de Coût.
FG	Fonction Groupage.
GENRSA	Générateur de RSA.
GHM	Groupe Homogène de Malades.
GHS	Groupe Homogène de Séjours.
ICR	Indice de Coût Relatif.
IGSII	Indice de Gravité Simplifié II.
ISA	Indice Synthétique d'Activité.
M.A.HOS	Mesure de l'Activité HOSPitalière.
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PERNNS	Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé.
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier.
RSA	Résumé de Sortie Anonyme.
RSF	Résumé Standardisé de Facturation.
RSS	Résumé de Sortie Standardisé.
RUM	Résumé d'Unité Médicale.
T2A	Tarifcation à l'Activité.

SIH	Systeme d'Information Hospitalier.
SIA	Systeme d'Information Administratif.
SIM	Systeme d'Information Médical.
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
UM	Unité médicale.