

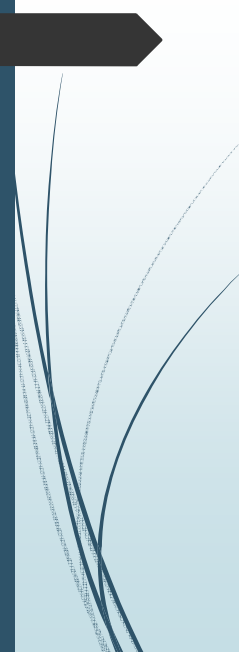
FINANCEMENT DES HOPITAUX MEDICO - ECONOMIE A L'HOPITAL

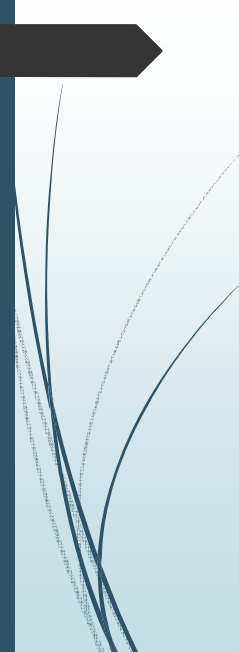
le **PMSI** (programme de médicalisation
des systèmes d'information) **en pratique**

Séminaire interrégional DES de pharmacie
jeudi 29 août 2019

PLAN

- RUM → recueil
- Groupage, fonction groupage, algorithme
- GHM – CMD – indicateurs
- T2A – GHS – tarifs → financement
- Exemples

- 
- Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : [articles L. 6113-7](#) et [L. 6113-8](#) du code de la santé publique.
 - À cette fin ils doivent « **mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge** » : c'est la définition même du **programme de médicalisation des systèmes d'information** (PMSI).

- 
- Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement des **Résumés de Sortie Standardisés** (RSS) en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : **les Groupes Homogènes de Malades** (GHM).
 - Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :
 - ✓ pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité : T2A)
 - ✓ et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

- Tout séjour hospitalier dans le secteur MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un **résumé de sortie standardisé** (RSS), constitué d'un ou plusieurs **résumés d'unité médicale** (RUM).
- Le RUM contient un nombre limité de rubriques. Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical. Elles sont répertoriées dans un [arrêté du 22 février 2008](#) modifié. Leur définition et les consignes pour leur recueil sont données dans le [Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie](#).

➤ **Quand produire un RUM (résumé d'unité médicale)?**

- ✓ lors de l'admission dans une unité médicale d'hospitalisation complète, de semaine, à temps partiel (HdJ, ACA, séances),
- ✓ le décès donne toujours lieu à la production d'un RUM, quel que soit le temps écoulé depuis l'admission
- ✓ lors de l'hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sous certaines conditions
- ✓ l'IVG y compris l'interruption médicamenteuse
- ✓ Le nouveau-né même si sa présence ne donne pas lieu à l'ouverture d'un dossier administratif
- ✓ Enfant né sans vie (« mort-né ») à partir de vingt-deux semaines révolues d'aménorrhée ou d'un poids d'au moins cinq-cents grammes
- ✓ Sujet décédé admis pour prélèvements d'organes

Le résumé d'unité médicale

➤ 2 types d'informations sont à recueillir :

✓ administratives : n° de dossier, n° de RSS, date de naissance, sexe, n° de l'UM, code postal du lieu de résidence, FINESS de l'établissement, dates et modes d'entrée et de sortie, nombre de séances.

En outre, la production par les établissements du fichier d'UM avec leur type d'autorisation est obligatoire afin que la fonction groupage calcule correctement les suppléments liés aux différents types d'autorisation ou de contractualisation avec l'ARS (fichier commun de structure)

✓ médicales : DP (diagnostic principal), DR (diagnostic relié), DAS (diagnostics associés significatifs), actes médicaux, poids à l'entrée dans l'UM pour les nouveaux nés, âge gestationnel et date des dernières règles, IGS (indice de gravité simplifié), n° d'innovation.

➤ Pour que les informations contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures imposées.

✓ Le codage des informations administratives (sexe, modes d'entrée et de sortie, etc.) emploie des nomenclatures succinctes présentées dans le chapitre I du [Guide méthodologique](#).

✓ Les diagnostics sont codés avec la dixième révision de la [Classification Internationale des Maladies](#) (CIM-10)

✓ Les actes sont codés avec la [Classification Commune des Actes Médicaux](#) (CCAM)

- ✓ le diagnostic principal (DP) est le diagnostic déterminé à la sortie de l'unité médicale, il est le problème de santé qui a motivé l'admission.

⇒ 3 situations cliniques définies dans le guide de production

- diagnostic
- traitement
- surveillance

- ✓ le diagnostic relié (DR) permet d'éclairer le contexte pathologique, lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 (« codes Z » : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé)
- ✓ un ou des diagnostics associés éventuels (DAS) : affections, symptômes et autres motifs de recours aux soins significatifs d'un effort de soins ou de consommations de ressources; c'est à dire toute pathologie associée, ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour, qu'il s'agisse d'une affection nouvelle, d'une évolution d'affection connue, d'une affection chronique en cours de traitement.
- ✓ les actes classants opératoires (chirurgicaux), non opératoires (interventionnels) ou techniques (endoscopies, actes de radiologie...)

Classification des groupes homogènes de malades (GHM)

- Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* (DRGs) développée dans les années 1970 par Robert Fetter à l'université de Yale. Elle permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.
- L'homogénéité — la cohérence des GHM — est médicale et économique :
 - ✓ médicale, car dès son premier niveau (« catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel ou motif d'hospitalisation)
 - ✓ économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

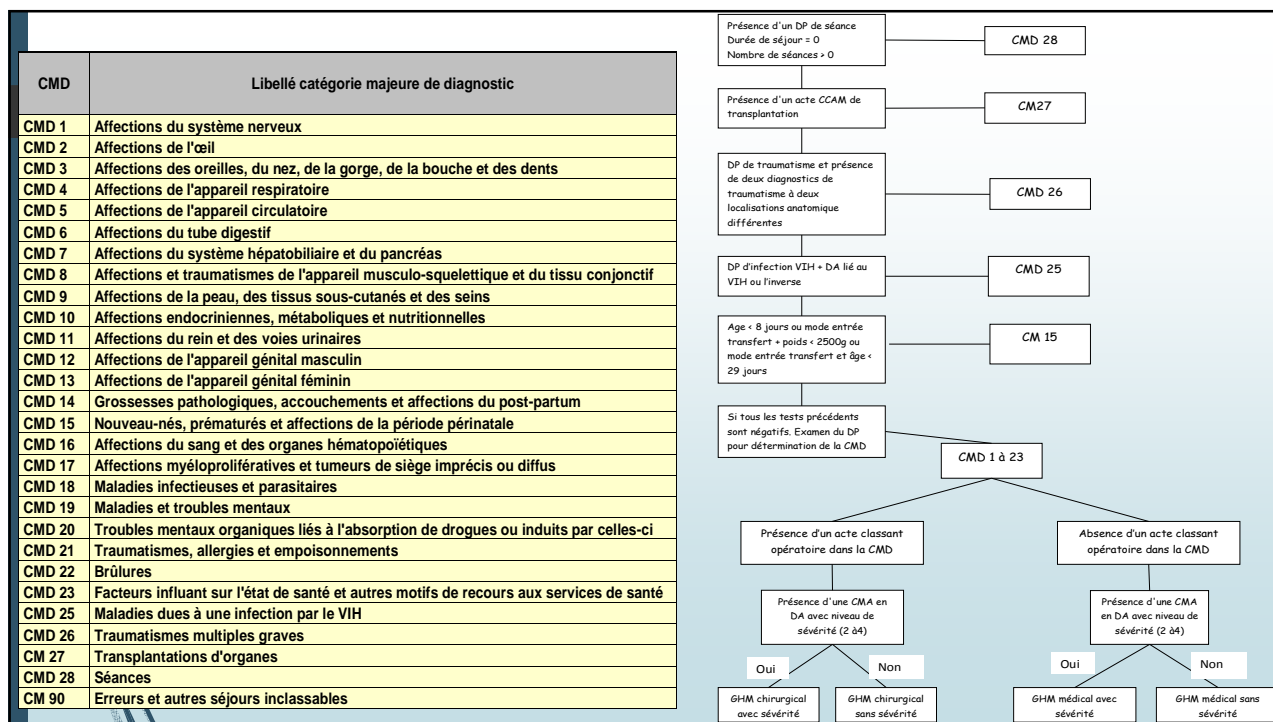
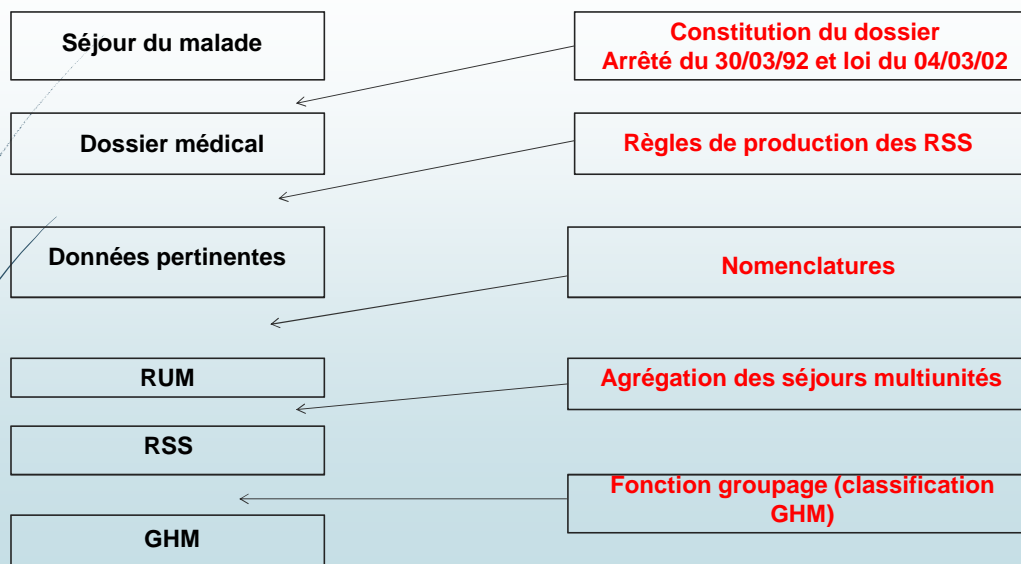
On ne confondra pas le groupe homogène de malades (GHM) avec le groupe homogène de séjours (GHS). Un GHM correspond à un ou plusieurs GHS. Celui-ci introduit une notion tarifaire en rapport avec l'utilisation du PMSI pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité).

Classification des groupes homogènes de malades (GHM)

- ✓ le RSS (*résumé de sortie standardisée*) est constitué de l'ensemble des RUM relatifs au même séjour d'un patient :
 - le patient n'a fréquenté qu'une seule unité médicale (séjour mono-unité) et le RSS équivaut au RUM (« *RSS monoRUM* »).
 - le patient a fréquenté plusieurs unités médicales (séjour multiunité) et le RSS est constitué par la suite des RUM résultant des séjours dans les différentes unités (« *RSS multiRUM* »).
- ✓ Le classement de chaque séjour dans un GHM est fait de façon automatique, à partir des informations médicales et administratives contenues dans le RSS, par un « logiciel groupeur » fourni par le ministère de la santé (tests prédéterminés). L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification.

- L'algorithme de classification des GHM utilise des listes de diagnostics, d'actes et un arbre de décision :
 - ✓ Les diagnostics peuvent être affectés de caractéristiques qui traduisent leur appartenance à des groupes particuliers influençant le classement dans un GHM, par exemple celui des complications ou morbidités associées
 - ✓ Aux actes classants est affecté un nombre variable de caractéristiques. Par exemple il existe une liste qui correspond aux craniotomies, une autre aux appendicectomies, etc...
 - ✓ L'arbre de décision décrit quant à lui l'ensemble des tests faits sur les informations du RSS pour les classer dans un GHM. Ces fonctions permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, la catégorie du DP, si un acte a telle ou telle caractéristique, si l'un des diagnostics associés fait partie d'une liste de complications ou non...
- Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostics (CMD) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement (sauf CM27 : acte de transplantation, CM15 : âge ou poids et CM90 « erreurs »).

Du séjour au GHM



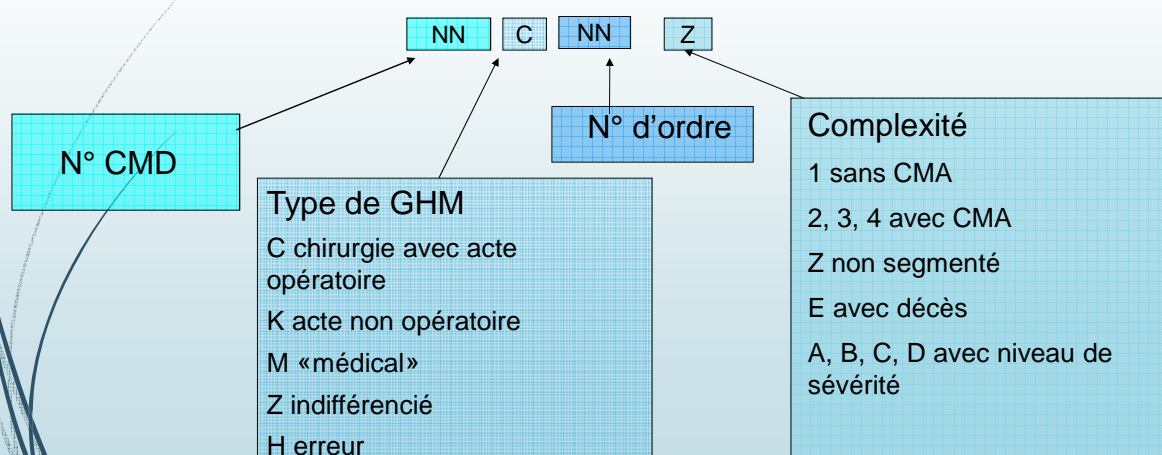
Historique et caractéristiques des GHM

- ✓ Les versions antérieures à la mise en place de la T2A sont les versions 0 à 8 (1986-2003)
 - ✓ Pour la version 9 de la classification, c'est clairement la perspective de la tarification à l'activité (T2A) qui a donné l'orientation des travaux menés. Depuis la version 9 de la classification, la numérotation des GHM retenue utilise six caractères
 - ✓ La version 10 a représenté la deuxième étape de l'adaptation à la T2A. Elle avait pour objectif de répondre à un certain nombre de demandes en provenance des fédérations de l'hospitalisation ou de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS) et de la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé ; par exemples, amélioration de la description de la CM24 (séances et HdJ), de la cancérologie, identification des activités impliquant des dispositifs médicaux implantables et des médicaments coûteux, étude de modes de tarification spécifiques...
- La version 10 de la classification des GHM, applicable au 15 mars 2006 a connu deux révisions.
- ✓ Actuellement nous en sommes à la 11° version

Structure du numéro de GHM

16

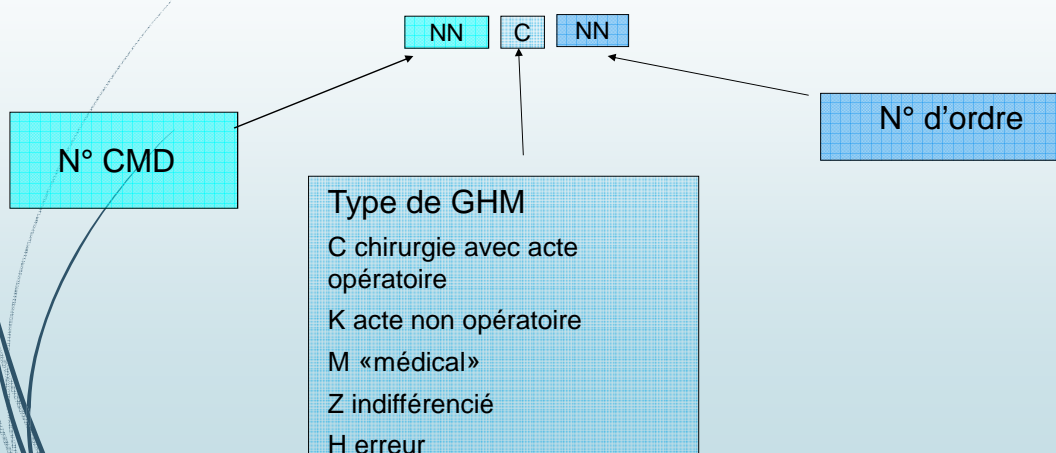
05C16Z, 08M071, 15Z05D



Structure de la racine

17

06C08 Appendicectomies compliquées



La version 11 des GHM

- La version 11a de la classification des GHM est la troisième étape de l'adaptation à la tarification à l'activité (T2A). Elle avait deux objectifs principaux
 - ✓ La révision des GHM médicaux, c'est à dire «sans acte classant» (soit en segmentant des GHM pour individualiser des affections sévères, soit en modifiant l'orientation de certains diagnostics dans d'autres GHM voire une autres CMD pour améliorer la cohérence médico-économique des groupes)
 - ✓ La création de niveaux de sévérité pour chaque racine de GHM (des analyses ont montré que deux niveaux classant (CMA et CMAS) étaient insuffisant puisqu'ils regroupaient des séjours de grande variabilité médicoéconomique dans des même GHM payés à la moyenne T2A)
- Les versions 11a, b et c de la classification des GHM ont apporté de nouvelles racines de GHM, notamment par la révision des groupes médicaux et la description de nouvelles activités. Elle introduit également de nouveaux GHM correspondant soit à des niveaux de sévérité ou de complexité, soit à des modes de prise en charge (ambulatoire ou de très courte durée), soit à des situations particulières (décès ou non éligibilité aux niveaux de sévérité).

Les modifications importantes de la version 11a découlent de la volonté d'augmenter le nombre de niveaux de sévérité :

- Refonte de la liste des CMA et des listes d'exclusion : l'objectif est de répondre à la création de 4 niveaux suffisamment différents entre eux.
- Nouvelle définition du DP : c'est l'affection qui a motivé le séjour dans l'unité médicale. Les complications ne peuvent donc plus être le DP.
- Suppression de la CM24 (séjours de moins de deux jours) avec création de GHM d'activité ambulatoire et de très courte durée dans les différentes CMD (dernier caractère du GHM : J ou T)
- Utilisation du DR pour le groupage du séjour (V11a) : DP particuliers, codés avec les catégories Z08 « Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » et Z09 « Examen de contrôle après traitement d'affections autres que les tumeurs malignes », la fonction groupage oriente le séjour dans la CMD du DR quand il existe

- CMD 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » : membre supérieur et membre inférieur, fractures, entorses et luxations. Segmentation des arthroscopies.

- CMD 14 « grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum » et CM 15 « Nouveaux nés, prématurés et affections de la période périnatale ». Révision des racines et des niveaux de sévérité pour la CMD 14 et refonte du périmètre, des racines et des niveaux pour la CM 15.

- Modifications de la CIM-10 (chaque année) : intégration des dernières mises à jour de l'OMS et créations d'extensions nationales françaises

- Confirmation de codage pour les séjours courts sans décès ni transfert dans des racines particulièrement coûteuses

- Nouveaux contrôles bloquants de la fonction groupage notamment sur les CMD 14 et 15 : incohérences existant entre les informations sur l'âge, le sexe, le poids de naissance de l'enfant, l'âge gestationnel, diagnostics dans RSS de l'enfant ou de la mère...
- Hiérarchisation en V11d des GHM dans la CMD 09 « Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins » et dans la CMD 28 « séances » (DP de motif de séances + nombre de séances non nul)
- Création, suppressions et segmentation de GHM d'ambulatoire ou de courte durée (chaque année)

Les nouveautés de la V11e

- Mise à jour de la liste des CMA : par exemple 227 codes CIM-10 sont ajoutés à la liste de CMA et sont reclassés du niveau 1 en un niveau supérieur, 208 codes dont l'effet CMA a disparu ont été déclassés en niveau 1
- Amélioration de l'homogénéité des GHM : créations de 18 racines de chirurgie ambulatoire + reclassement des actes pour 19 racines, la racine 05K13 « Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses » a été scindée en 6 racines et création d'un niveau de sévérité pour la racine 09Z02Z de chirurgie esthétique.
- Mise à jour des bornes : la dernière datait de 2009 et s'appuyait sur les données d'activité 2007/2008. Une étude a été réalisée pour analyser, par GHM, l'évolution des durées de séjour.
- Renforcement de la politique incitative au développement de la chirurgie ambulatoire en fixant des tarifs uniques entre l'hospitalisation complète de niveau 1 et les séjours ambulatoires (niveau J)

Les niveaux de sévérité par GHM

➤ Les complications ou morbidités associées

Leur rôle est de permettre de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA ».

Selon que le RSS mentionne ou non une CMA, il est classé dans un GHM correspondant au niveau de la CMA, mais à condition :

- ✓ que la segmentation en niveaux de sévérité existe pour le GHM considéré, ce qui n'est pas toujours le cas,
- ✓ que des conditions de durée de séjour minimum soient satisfaites ,
- ✓ que l'effet CMA ne soit pas exclu par la morbidité principale (diagnostics principal et relié).

Une **liste d'exclusion** énumère (sous forme de codes de la CIM-10) les affections qui perdent leur caractère de CMA lorsqu'elles sont associées à une morbidité principale donnée. Par exemple, les hémorragies digestives appartiennent à la liste des CMA. Du fait des listes d'exclusion, elles perdent leur caractère de CMA lorsque le code du diagnostic principal est celui d'un ulcère gastroduodénal hémorragique (puisque la notion d'hémorragie digestive est déjà incluse dans le diagnostic principal). Dans certains cas ce n'est pas la morbidité principale, mais la racine dans laquelle est orienté le RSS, qui peut exclure une CMA.

✓ Il faut une durée de séjour minimum pour accéder aux différents niveaux de sévérité : 3 jours pour le niveau 2, 4 jours pour le niveau 3 et 5 jours pour le niveau 4 (les mêmes seuils sont appliqués pour accéder aux niveaux B, C et D des CMD 14 « grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum », CM 15 « Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale » et CMD 25 « Maladies dues à une infection par le VIH »).

✓ Si la durée de séjour est inférieure au seuil minimum, le RSS est groupé dans le niveau de sévérité immédiatement inférieur sous réserve du respect de la durée de séjour requise pour ce niveau.

✓ prise en compte d'un âge comme équivalent d'une CMA
trois bornes différentes : < 2 ans, > 69 ans et > 79 ans

< 2 ans : niveau 1 → niveau 2

> 69 ans : niveaux 1 et 2 → + 1

>79 ans : niveaux 1, 2 et 3 → + 1

✓ prise en compte d'un effet « décès majorant » du niveau 1 → 2
(prise en compte d'une durée minimale pour le niveau)

niveau 2 : 3 jours

niveau 3 : 4 jours

niveau 4 : 5 jours

si DS < durée minimale → niveau inférieur

Au total, la V11 comporte 28 catégories majeures, 664 racines et 2582 GHM.

- La répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit l'éventail des cas ou casemix. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical ou « médical ») et en volume (effectifs par GHM).
- Avec les niveaux de sévérité, la description de l'activité médicale est devenue trop fine. C'est pourquoi elle est désormais souvent décrite par racine.

Le résumé de sortie anonyme (RSA)

- ✓ Le RSA est le résultat d'un processus automatique d'anonymisation réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH nommé GENRSA pour les établissements publics
- ✓ Le RSA comporte l'ensemble des informations du RSS, à l'exception des suivantes qui sont ignorées ou transformées afin d'assurer l'anonymat
 - Le numéro de RSS
 - Le numéro administratif de séjour
 - La date de naissance remplacée par l'âge calculé à la date d'entrée (en jours pour les moins de un an)
 - Le numéro d'UM : seul figure le nombre de RUM composant le RSS
 - Le code postal remplacé par un code géographique

Le résumé de sortie anonyme (RSA)

- Les dates d'entrées et de sortie remplacées par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie
 - Les dates des dernières règles et de réalisation des actes, remplacées par le délai en jours par rapport à la date d'entrée.
- ✓ En revanche, le RSA comporte des informations supplémentaires :
Le type d'autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l'UM, le résultat du groupage effectué par la fonction groupage officielle, le nombre de suppléments...

La tarification à l'activité

Jusqu'en 2003, les établissements publics de santé étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative appelée dotation globale (DG)

En 2004, la réforme de l'assurance maladie a modifié le mode de financement de l'hôpital. Les modalités de financement des hôpitaux ont été profondément bouleversées pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dans le but d'améliorer l'efficience et la transparence dans le financement des soins.

La tarification à l'activité

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour d'hospitalisation de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS)

La notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital

S'agissant du secteur public, il a été décidé de maintenir une part de dotation résiduelle, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI

T2A MODELE GENERAL

Financements directement liés à l'activité

SEJOURS

GHS , et suppléments : EXH, EXB = Extrêmes hauts et bas
REA, REP, STF, SRC
NN3, NN2, NN1 (Néonatalogie)
ANT=supplément « ante partum »
RAP radiothérapie <18 ans

AUTRES PRISES EN CHARGE

SE = sécurité et environnement hospitalier
APE - AP2 - FPI
FFM = soins externes (pas autorisation urgence)
ATU = urgences
PO = prélèvement d'organes
GHT = HAD
D = dialyse
IVG

MEDICAMENTS, DMI
(payés en sus sur liste arrêtée)

Prestations d'hospitalisation

Autres financements (dotation)

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

FORFAITS ANNUELS

FAU = urgences
FAG = transplantations et greffes
CPO = prélèvements d'organes

LES REFERENTIELS

→ L'article L162-22-6 du Code de Sécurité Sociale :

Détermine les activités et les établissements soumis à la T2A

→ Les décrets pris en application de l'article L162-22-6 (codifiés) déterminent :

Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations

Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie

Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical

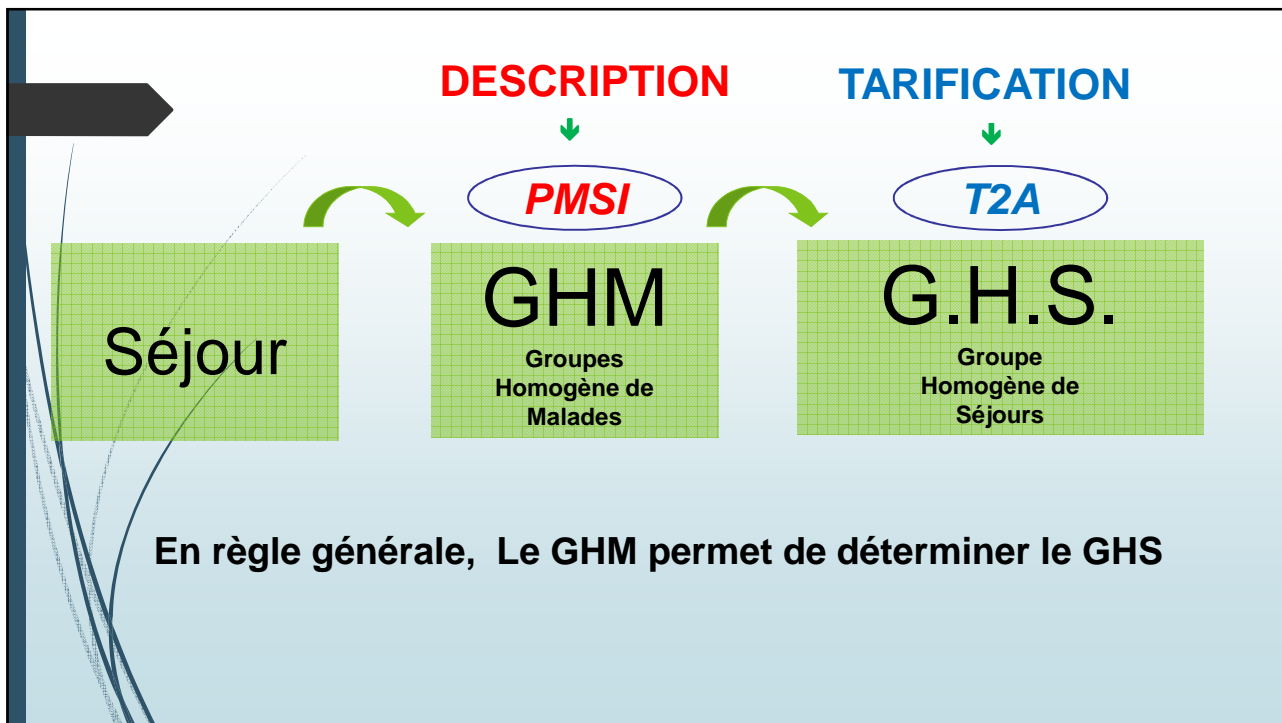
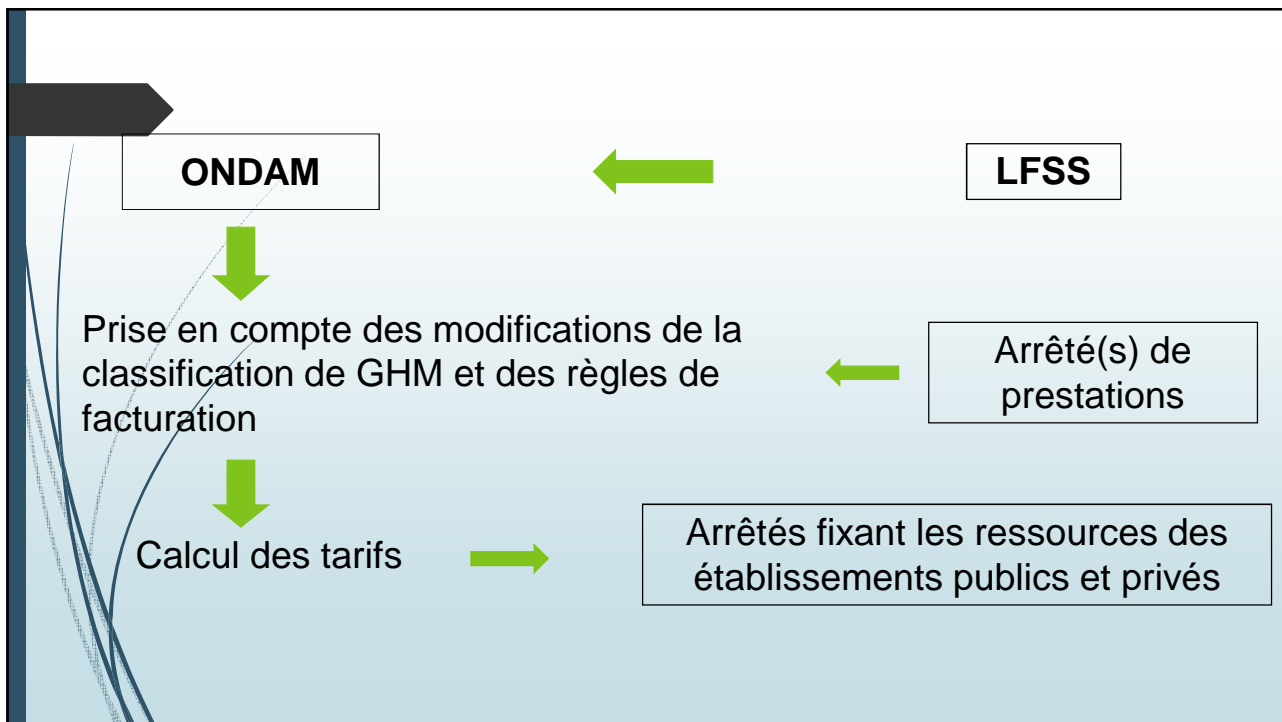
→ Les arrêtés relatifs à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation puis arrêté relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé le 19 février 2015, février 2016, 27 février 2017....., 22 février 2019:

- Définissent les prestations et leurs règles de facturation
- Listent les prestations

→ Les arrêtés tarifaires fixent les tarifs

→ Précisions sur les règles de facturation :

- Circulaire DHOS du 31/08/2006 dite circulaire frontière DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). En cours de réécriture



A chaque GHM est associé un tarif appelé GHS « *groupe homogène de séjour* ».

1 GHM = 1 GHS

➤ **Sauf :**

✓ **2 GHS sont facturés** : 1 GHS d'hospitalisation et 1 GHS de séance (présence de l'acte CCAM) lors de la réalisation d'une séance de radiothérapie, caisson hyperbare, hémodialyse, aphérèse sanguine durant une hospitalisation complète

✓ **1 GHM = n GHS** : ➤ En fonction de l'autorisation (*IOA centre identifié*) ou de la reconnaissance contractuelle (*soins palliatifs...*)

➤ En fonction de la durée de séjour (*autogreffes de cellules souches, + ou - 11 jours*)

➤ En fonction de la réalisation d'un acte spécifique (*transplantation cardiopulmonaires..*)

➤ En fonction du motif de prise en charge (*prélèvement d'ovocytes, protonthérapie...*)

➤ **En sus du GHS, un supplément peut être facturé en fonction des unités fréquentées et de certaines conditions.**

Lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue, un des suppléments suivants est facturé :

✓ Un supplément dénommé « réanimation » (REA) pour chaque journée dans une unité de réanimation autorisée

✓ Un supplément dénommé « soins intensifs » (STF) pour chaque journée dans une unité de soins intensifs autorisée

✓ Un supplément dénommé « surveillance continue » (SRC) pour chaque journée dans une unité de surveillance continue autorisée

- ✓ Un supplément dénommé « néonatalogie » (NN1) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée.
- ✓ Un supplément dénommé « néonatalogie avec soins intensifs » (NN2) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans un lit de soins intensifs d'une unité de néonatalogie autorisée
- ✓ Un supplément dénommé « réanimation néonatale » (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée
- ✓ Un supplément dénommé " réanimation pédiatrique " (REP) pour chaque journée où le patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique autorisée
- ✓ Un supplément journalier dénommé "ante partum" (ANT) est facturé pour chaque journée de la période de l'ante partum, à l'exception des 2 jours qui précèdent la date de l'accouchement.

Conditions de production des informations de facturation

- A l'heure actuelle, les établissements de santé publics ne sont pas soumis à la production de RSF pour les prestations suivantes :
 - ✓ Les prestations de séjour et de soins nécessitant une hospitalisation
 - ✓ Les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS (MO et DMI sur liste)
 - ✓ Les prestations de prélèvement d'organes sur des personnes décédées
 - ✓ Les prestations relatives à l'IVG
- Pour le financement de ces prestations, dans l'attente de la facturation de leur activité d'hospitalisation directement à l'assurance maladie, ces établissements produisent des recueils nommés VID-HOSP, FICHCOMP et FICHSUP

Le fichier VID-HOSP

- Informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance Maladie
- Les variables identifiantes nécessaires à la génération du numéro de chaînage des résumés de sortie anonymes
- Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

Il est produit 1 fichier VID-HOSP par séjour : 1 fichier VID-HOSP = 1 RSS sauf :

- ✓ *Le nouveau-né séjournant dans l'unité d'obstétrique (maternité) auprès de sa mère : un fichier VID-HOSP est créé pour la mère ; il n'en est pas créé pour le nouveau-né ; le numéro administratif de séjour de la mère est enregistré dans son RSS et dans celui du nouveau-né*
- ✓ *Les séances : l'enregistrement de plusieurs séances successives dans un seul RSS reste possible*

Les fichiers FICHCOMP (fichiers complémentaires)

- Les fichiers FICHCOMP enregistrent les prestations suivantes :
 - ✓ Les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du CSS (MO et DMI sur liste)
 - ✓ Les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
 - ✓ Les médicaments thrombolytiques employés pour le traitement des accidents vasculaires cérébraux ischémiques
 - ✓ Les prélèvements d'organes sur les personnes décédées
 - ✓ Les prestations inter établissements correspondant à des séjours dans des unités médicales soumises à autorisation donnant lieu au paiement de suppléments journaliers : réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie
 - ✓ La dialyse péritonéale réalisée en cours d'hospitalisation
 - ✓ Le codage des maladies rares (nouveau 2013)
- Il est produit un recueil FICHCOMP par séjour-patient. Il contient les données relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSS et chaque recueil FICHCOMP est lié au RSS correspondant par le numéro administratif de séjour.
- Le recueil FICHCOMP comprend de plus un fichier facultatif, dit fichier à visée d'enquête, qui permet la transmission à l'Agence Régionale de Santé d'informations recueillies aux fins d'enquêtes particulières (par ex : prothèses PIP)

Le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE)

- Il est réservé au recueil de l'activité externe donnant lieu à un paiement à l'établissement.
- Il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme.
 - ✓ Les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
 - ✓ Les actes médicaux techniques codés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM)
 - ✓ Les actes de la Nomenclature des actes de biologie médicale
 - ✓ La prestation administration de produits et prestations en environnement hospitalier (APE – AP2)
 - ✓ Les forfaits : accueil et traitement des urgences (ATU), sécurité et environnement hospitalier (SE)
 - ✓ Les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons
 - ✓ Les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (forfaits « D »)
- L'anonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié »).

Le recueil FICHSUP

- Il n'est produit que dans certaines circonstances :
 - ✓ par les établissements de santé bénéficiant d'un financement au titre des missions d'intérêt général pour les activités de génétique, la production de lettres clés B de biologie hors nomenclature (BHN) et la réalisation d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (AHC) hors Classification commune des actes médicaux (CCAM)
 - ✓ Les établissements de santé siège d'un lactarium et ceux consommant du lait maternel provenant d'un lactarium doivent renseigner FICHSUP en indiquant : pour les producteurs, le nombre de litres de lait maternel produit dans l'établissement, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé, le nombre de litres de lait maternel collecté à l'extérieur de l'établissement ; pour les consommateurs : le nombre de litres de lait maternel consommé, en distinguant lait congelé et lait lyophilisé.

Le recueil FICHSUP

➤ depuis mars 2016 :

- ✓ Recueil d'activité concernant l'activité des SMUR: dans le cadre des travaux de la réforme du financement des urgences (sortie SMUR, sortie SMUR « primaire », « secondaires », transfert infirmier inter hospitalier°
- ✓ Recueil spécifique des primo-prescriptions orales de chimiothérapie pour cancer : création d'une MIG (file active des patients, durée des Cs, participation d'un autre intervenant que le médecin au cours des Cs, pharmacien ...)

Transmission des informations

- Les établissements de santé publics transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes : RSA, FICHCOMPA, RAFAEL, ANO, FICHSUP.
- La transmission est mensuelle et cumulative. La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'Etat via la plateforme d'échange e-PMSI de l'ATIH

Chaînage anonyme

- Un chaînage anonyme des recueils d'information du PMSI est mis en œuvre depuis 2001. Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, ou qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, MCO, SSR, HAD ou psychiatrie.
- Le chaînage anonyme repose sur la création d'un numéro anonyme propre à chaque patient, au moyen d'un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d'assuré social (numéro d'ouvrant droit), la date de naissance et le sexe.
- Les hospitalisations d'une même personne peuvent ainsi être reconnues et « chaînées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son numéro de chaînage (il est impossible de retourner au numéro au patient).
- Le numéro anonyme créé est mis en relation avec le NAS. Un fichier nommé ANO-HOSP (ANO faisant référence au numéro anonyme, HOSP au NAS) est ainsi produit par le service administratif, dont chaque enregistrement associe le NAS au numéro anonyme du patient et rend compte des contrôles de conformité effectués par MAGIC sur les informations de VID-HOSP.

Chaînage anonyme

- La dernière étape est réalisée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle utilise les programmes GENRSA et PREFACE. Ils traitent en particulier le fichier ANO-HOSP et les fichiers des recueils relatifs à l'activité et à sa facturation : RSS, FICHCOMP, RSF-ACE. Ils produisent : les fichiers anonymes correspondants (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL) et un fichier de chaînage qui établit une correspondance entre chaque numéro de chaînage anonyme et les enregistrements anonymes correspondants, par l'intermédiaire d'un numéro d'index.
- Le numéro anonyme est ainsi inséré dans un fichier « le fichier de chaînage » qui ne contient ni donnée médicale ni donnée de facturation. Il associe à chaque numéro anonyme un numéro d'index (numéro séquentiel de rang) également présent dans les enregistrements anonymes (RSA, FICHCOMPA, RAFAEL). Le fichier de chaînage crée ainsi un lien indirect entre chaque enregistrement anonyme et le numéro anonyme correspondant. L'association du fichier de chaînage et des informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP constitue le fichier ANO.

Confidentialité, qualité des informations et responsabilités

- Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel. Le DIM qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin.
- Le résumé d'unité médicale (RUM), le résumé de sortie standardisé (RSS) et les recueils FICHCOMP et RSF-ACE sont indirectement nominatifs. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.
- Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient. Les données sont recueillies par le praticien responsable de la structure médicale ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient. Il est garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations transmises.
- Le DIM conseille les praticiens et veille à la qualité des données en les confrontant avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. Il sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSA et assure la conservation de la copie produite. La durée de conservation de tous les fichiers est de cinq ans.

L'étude nationale de coûts

- L'étude nationale de coûts (ENC) a débuté en 1993 dans le secteur public. Le secteur privé s'est ajouté en 2005 et l'ENC est devenue l'ENCC (étude nationale de coûts commune). L'ENCC s'appuie sur un modèle de comptabilité analytique décrit dans un guide méthodologique officiel. Les établissements participant sont volontaires. Ils sont de tous types (centres hospitaliers universitaires ou non, centres de lutte contre le cancer, établissements privés participant au service public hospitalier) et de toutes tailles.
- L'ENC remplit trois objectifs :
 - ✓ la construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;
 - ✓ la publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne ;
 - ✓ la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

Conclusion

- La classification en GHM est une représentation médico-économique du fonctionnement de l'hôpital. Ainsi, l'objectif du PMSI est avant tout budgétaire, permettant d'aborder la maîtrise des dépenses de santé avec une perspective médicale, et non plus seulement comptable.
- La tarification à l'activité accentue la responsabilisation des gestionnaires hospitaliers et nécessite de développer la réactivité de la gestion. Cela nécessite une nécessaire évolution des organisations médicales (pôles d'activité = unités de production responsables de leurs coûts, dotées d'outils de gestion appropriés : tableaux de bord budgétaires).

- Un système complexe et toujours daté
- Un système évolutif :
 - ✓ dans sa construction
 - ✓ dans ses tarifs
 - ✓ dans ses utilisations

Exemples

➤ Intérêt du codage des actes, des comorbidités

Patient de 64 ans hospitalisé pour cancer du colon sigmoïde durant 15 jours

DP C18.7 cancer du colon sigmoïde ⇒ GHM 06M051 ⇒ 1774€

DAS I48.2 ACFA ⇒ GHM 06M052 ⇒ 4461€

Acte HHFA009 colectomie droite ⇒ GHM 06C041 ⇒ 5740€

DAS N39.0 infection urinaire B96.2 à *E.Coli* ⇒ GHM 06C042 ⇒ 7565€

U82.2+0 résistance BLSE ⇒ GHM 06C043 ⇒ 9982€

DAS J15.2 pneumopathie à staphylocoques ⇒ GHM 06C044 ⇒ 15420€

Exemples

➤ Age est une comorbidité

Patient de 64 ans présentant une angine de poitrine chronique

DP I20.8 *angor* ⇒ GHM 05M061 ⇒ 834€

Patient de 82 ans ⇒ GHM 05M062 ⇒ 2060€

➤ Exclusion DAS par DP

DP I20.8 *angor* ⇒ GHM 05M061 ⇒ 834€

Et DAS I48.2 ACFA ⇒ GHM 05M062 ⇒ 2060€

DP I35.0 rétrécissement aortique ⇒ GHM 05M111 ⇒ 1671€

Et DAS I48.2 ACFA ⇒ GHM 05M111 ⇒ 1671€

➤ Le décès est une comorbidité

DP I35.0 rétrécissement aortique, sortie par décès ⇒ GHM 05M112 ⇒ 3488€

	B : Dernier montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016 calculé précédemment (avant ce mois-ci)	C : Montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2016, calculé ce mois-ci	D : Montant LAMDA effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier	E : Montant calculé de l'activité 2017 de la période (cumulée depuis janvier 2017)	F : Montant total pour cette période (D+E)	G : Total des montants d'activité notifiés jusqu'au mois précédent	H : Montant de l'activité calculée	I : Montant de l'activité notifié ce mois-ci	J : Montant de l'activité LAMDA du mois
SHS + supplément	656 185,22	689 312,98	689 312,98	135 648 694,26	136 338 007,24	117 671 667,88	18 666 339,36	18 666 339,36	33 127,76
PO	0,00	0,00	0,00	159 921,06	159 921,06	131 555,53	28 365,53	28 365,53	0,00
IVG	1 040,62	1 040,62	1 040,62	113 122,21	114 162,83	98 816,75	15 346,08	15 346,08	0,00
DMI séjour	65 645,36	65 645,36	65 645,36	6 387 059,20	6 452 704,56	5 531 855,53	920 849,03	920 849,03	0,00
Médicaments séjour	388 975,07	421 272,83	421 272,83	17 968 458,03	18 389 730,86	15 792 164,16	2 597 566,70	2 597 566,70	32 297,76
Médi ATU séjour	0,00	0,00	0,00	1 711 236,53	1 711 236,53	1 465 640,38	245 596,15	245 596,15	0,00
Alt dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ATU	0,00	0,00	0,00	547 430,16	547 430,16	449 002,95	98 427,21	98 427,21	0,00
FFM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
SE	0,00	0,00	0,00	154 516,56	154 516,56	131 913,12	22 603,44	22 603,44	0,00
PI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
ACE	1 423 202,73	1 444 337,06	1 444 337,06	12 560 169,94	14 004 507,00	12 106 040,84	1 898 466,16	1 898 466,16	21 134,33
DMI ACE	0,00	0,00	0,00	86 627,45	86 627,45	48 482,19	38 145,26	38 145,26	0,00
MED ACE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2 535 049,00	2 621 608,85	2 621 608,85	175 337 235,40	177 958 844,25	153 427 139,33	24 531 704,92	24 531 704,92	86 559,85