

Module 1 : Jour 1

Introduction au PMSI MCO

Mars 2022

Dr Christophe LEUX

Les modèles de financement de l'hôpital

- Rapide historique : du prix de journée à la tarification à l'activité **TAA ou T2A**
- Le financement des ES MCO dans le cadre de la T2A

Le financement des séjours

- Les informations contenues dans les RUMs
- Du RUM au GHM
- Les sources d'information médicale et l'organisation du codage

Les modèles de financement de l'hôpital

Bref historique

Historique du financement et du PMSI

Le « financement à l'acte » et le « tarif journalier par grande discipline » : jusqu'en 1984

- Le budget de l'ETS est fixé a posteriori, en fonction du nb de journées réalisées et d'indicateurs administratifs: nb de lits, nb d'entrées ...
- Inflationniste
- Tarif propre à chaque ETS

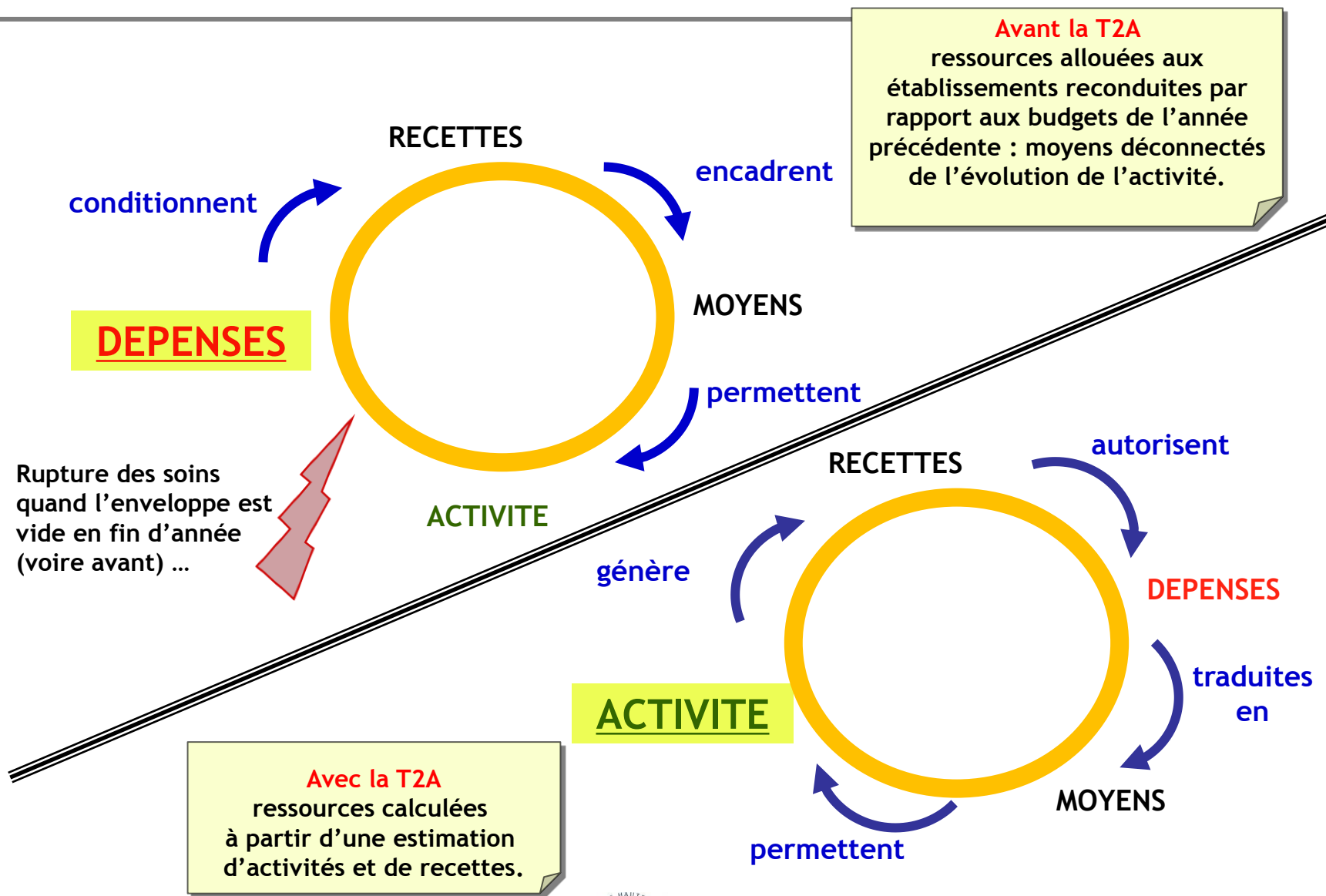
Le « budget global » : de 1984 à 2003

- Une enveloppe contrainte et fermée conditionne l'activité réalisable dans le public
- Frein au dynamisme...

Depuis 2004, mise en place de la tarification à l'activité TAA ou T2A

- Pour les champs d'activité MCO et HAD
- Les autres champs SSR, PSY et SLD restent en budget global
 - Entrée progressive en T2A pour le SSR depuis la LFSS 2016 sous forme d'une dotation modulée à l'activité (DMA)

Le principe de la T2A



Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

- dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé

Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

En projet depuis 1982... mise en place avec les ordonnances de 1996. Utilisé depuis 2005 pour la mise en œuvre de la T2A.

Son objectif :

- **définir l'activité des établissements et calculer l'allocation budgétaire qui en découlait**
 - au départ, il n'avait qu'un objectif de santé publique et épidémiologique, et non financier.

Historique du financement et du PMSI

Depuis la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (Claude Evin), les ES publics et privés, doivent procéder à l'analyse de leur activité et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité »

Pour les séjours hospitaliers MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement des RSS en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM)

Deux objectifs annoncés

- le financement des établissements de santé (tarification à l'activité)**
- l'organisation de l'offre de soins (planification)**

Historique du financement et du PMSI

Depuis 2005, le PMSI entre dans la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dont il constitue le socle

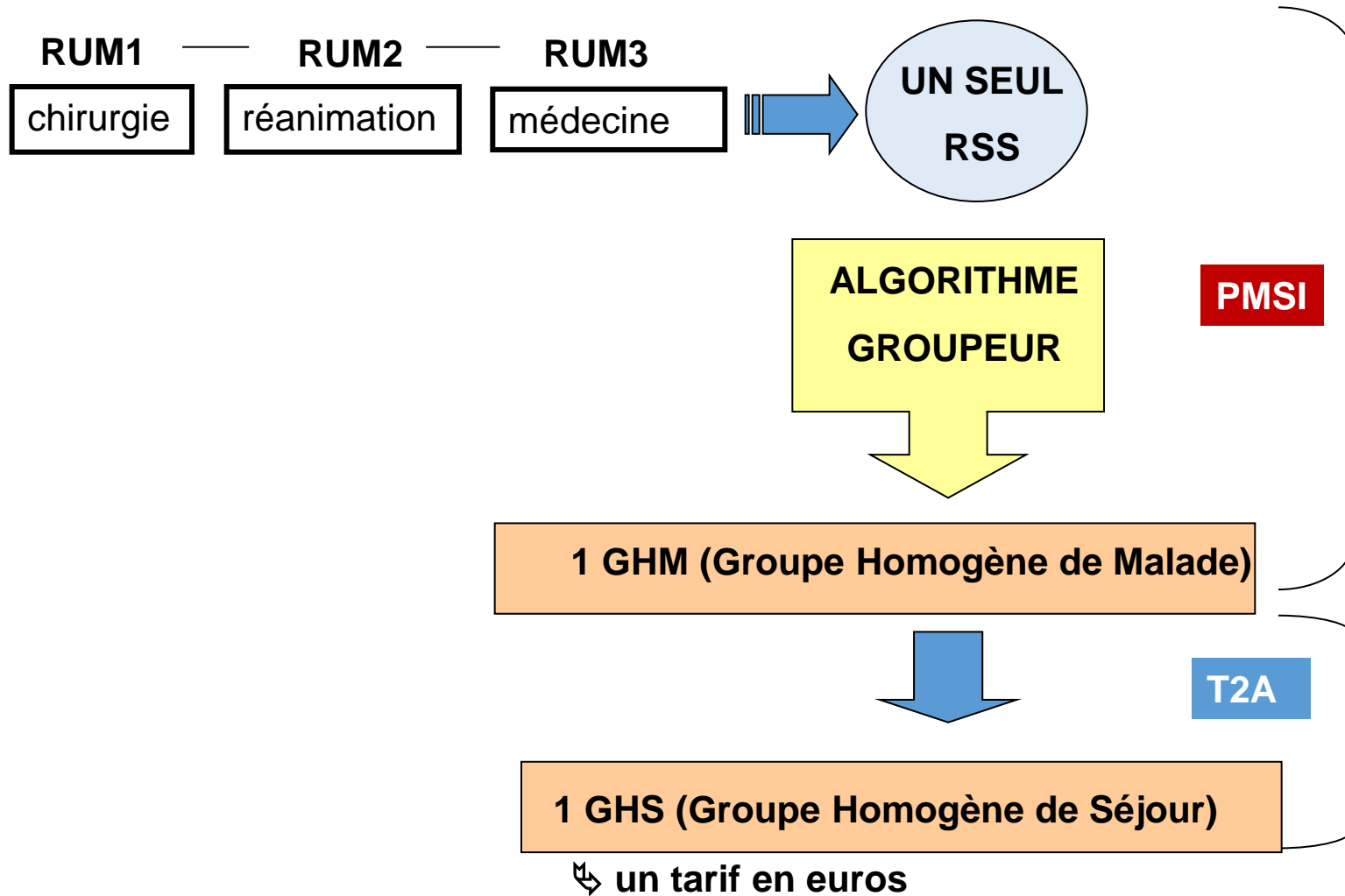
Chaque séjour, d'après les différentes données administratives et médicales codées, est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) unique.

À chaque *GHM* *racine* correspond un *GHS* (*groupes homogènes de séjours*), classification un peu différente.

À chaque GHS sont attribués deux tarifs,

- un pour les établissements « publics »,
- l'autre pour les établissements « privés ».
 - Le tarif privé est en général plus bas, ne serait-ce que parce que les honoraires des médecins sont facturés à part.

L'activité d'hospitalisation : RUM, GHM, GHS...



Mise en place du PMSI : en synthèse

PMSI :

- **outil QUANTITATIF** destiné en priorité au financement des établissements de santé
- **n'est pas un outil pour évaluer la qualité des soins**
- **est complété par d'autres « outils spécifiques » mis en place par la HAS (Haute Autorité de Santé)**
 - IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins)
 - Certification V2010
 - Accréditation des services et des praticiens
 - Evaluation des Pratiques Professionnelles EPP
 - Contrat du bon usage des antibiotiques....

Les bénéfices attendus de la réforme

Une plus grande médicalisation du financement

Une responsabilisation des acteurs

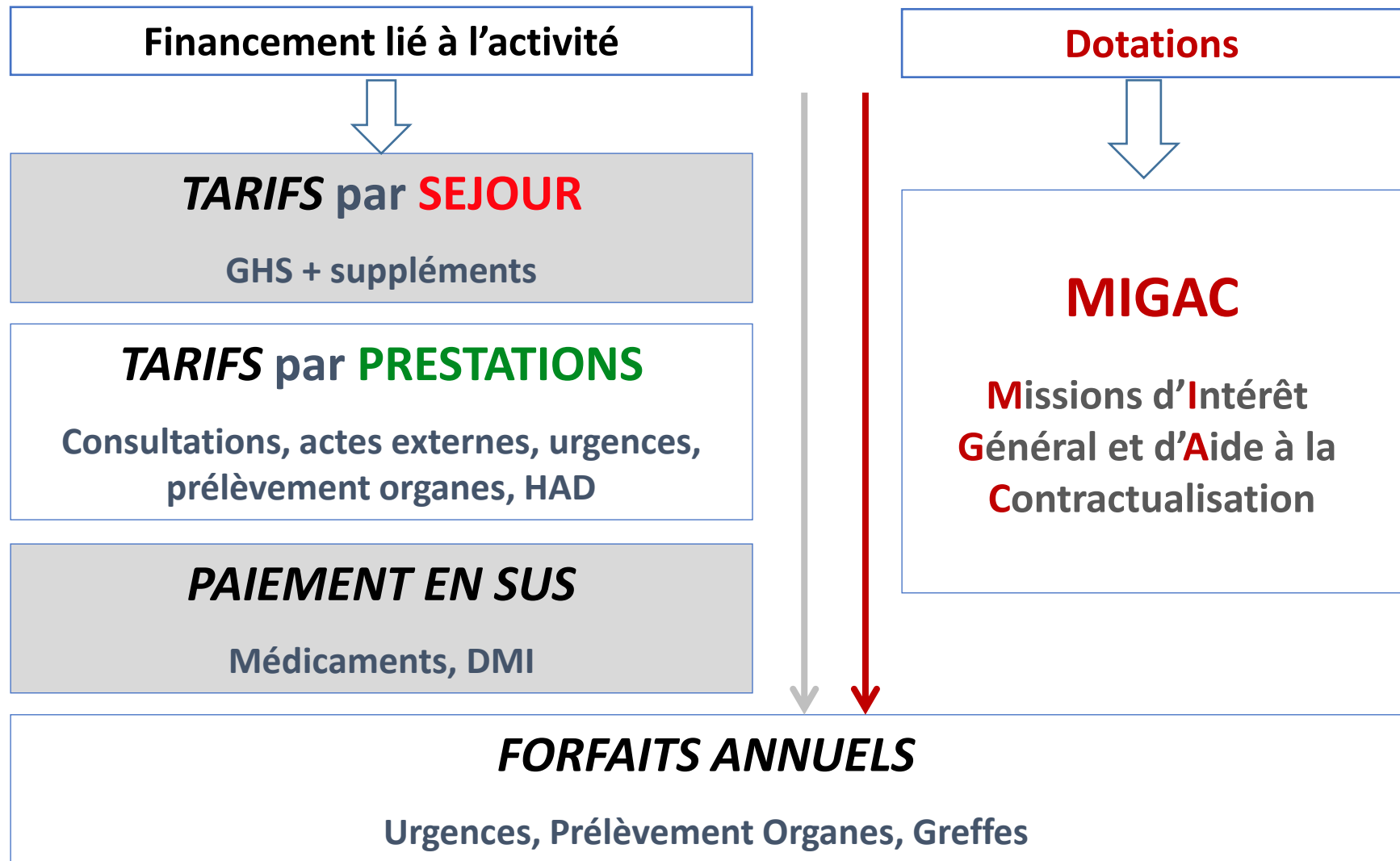
Une équité de traitement entre les établissements

Le développement d'outils de pilotage :

- qualitatifs
 - incitation à la certification, analyse des cas traités
- et médicoéconomiques
 - contrôle de gestion et comptabilité analytique

Le financement des ES MCO dans le cadre de la T2A

Financement des Etablissements de santé MCO



Les consultations et actes externes

Activité facturée sur la base des tarifs :

- CCAM
 - Classification Commune des Actes Médicaux
- NGAP
 - Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- NABM
 - Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
- Forfaits techniques
 - Scanner
 - IRM
 - PET scan

Les médicaments et DMI en sus

Au sein de l'hôpital,

2 postes de médicaments :

- Médicaments financés via le GHS
- Médicaments financés en sus du GHS, dits onéreux ou hors GHS ou « T2A » ou médicaments de la liste en sus

Au sein du plateau technique,

2 postes de DMI :

- compris dans les tarifs
- financés en sus dits onéreux ou ...

Les urgences avant 2021/2022 : financement mixte

~~Un tarif par passage en externe aux urgences (ATU), national, unique~~

- ~~• ATU = Accueil et Traitement des Urgences~~
 - ~~• Facturé dès lors que des soins non programmés sont délivrés au patient par une structure d'accueil des urgences disposant d'une autorisation délivrée par l'ARS~~
 - ~~• et que ces soins ne sont pas suivis d'une hospitalisation en service MCO ou en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)~~
 - ~~• En 2017 : 25,32 euros~~
-

~~Cumulable avec la facturation~~

- ~~• des consultations (C, CS)~~
- ~~• et actes réalisés (B, K, Z...)~~

~~Un forfait annuel (FAU), évalué en fonction du volume de l'activité des années précédentes~~

Les urgences : réforme du financement en 2021-2022

Principes de la réforme (PLFSS 2020)

- Une **dotation populationnelle (60%)** répartie entre les régions, **2021**
- des facturations à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge
- une **dotation complémentaire à la qualité (2%)** pour les établissements qui satisfont à des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge

Séjours mono-RUMS en UHCD

- Création de GHS dédiés, pour les séjours en UHCD avec ME = MS = domicile

Création des forfaits « activité » **(38%)** **2022**

- Concernant les passages non suivis d'hospitalisation et se substituent aux ATU
- Création d'un **forfait patient urgences (FPU) à 19,61 euros = part assuré (minorations et exonérations prévues dans certains cas)**
- +/- une part facturée AM
- +/- forfaits âge urgences (FU)
- +/- suppléments

Les forfaits annuels

~~Forfait annuel des urgences (FAU)~~

2022

Forfait annuel prélèvements d'organe (CPO)

- Forfait « Coordination des Prélèvements d'Organes et de tissus » (CPO)
- Décliné en 13 paliers, en fonction de l'activité (en nombre de donneurs)

Forfait annuel greffes (FAG)

- Forfait « transplantation d'organes et de greffe de cellules souches hématopoïétiques »

Ce qu'est la dotation MIGAC

Une modalité de financement forfaitaire pour des activités :

- ne donnant pas lieu à tarification ou non décrites par le PMSI
- disposant d'un cadre juridique qui s'est précisé progressivement
- mais dont le périmètre n'est pas figé

3 grandes catégories sont financées :

- Les MERRI
- Les MIG
- Les AC

Les activités, missions et structures reconnues comme MIGAC

MERRI

- Recherche médicale et innovation
- Enseignement, expertise, référence et recours
- Activités innovantes et expérimentales

MIG

- Veille et vigilance
- Equipes pluri-disciplinaires
- Produits humains
- Prises en charge spécifiques
- Aide médicale urgente
- Définition et mise en œuvre des politiques publiques
- Soins aux détenus.....

Avec la T2A, l'hôpital est financé pour ce qu'il fait

La déclaration de l'activité est donc un élément incontournable qui va permettre de recouvrer les recettes correspondantes à ce qui a été fait.

Depuis l'arrivée du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI),

- la déclaration passe par une transformation de l'information médicale brute (les écrits) en une information médicale synthétique (le codage)

Cette transformation doit être réalisée dans les temps et être de qualité :

- Afin de permettre une facturation d'emblée juste
- Et d'éviter le recours à l'emprunt

La dotation annuelle de financement (DAF)

Finance la psychiatrie

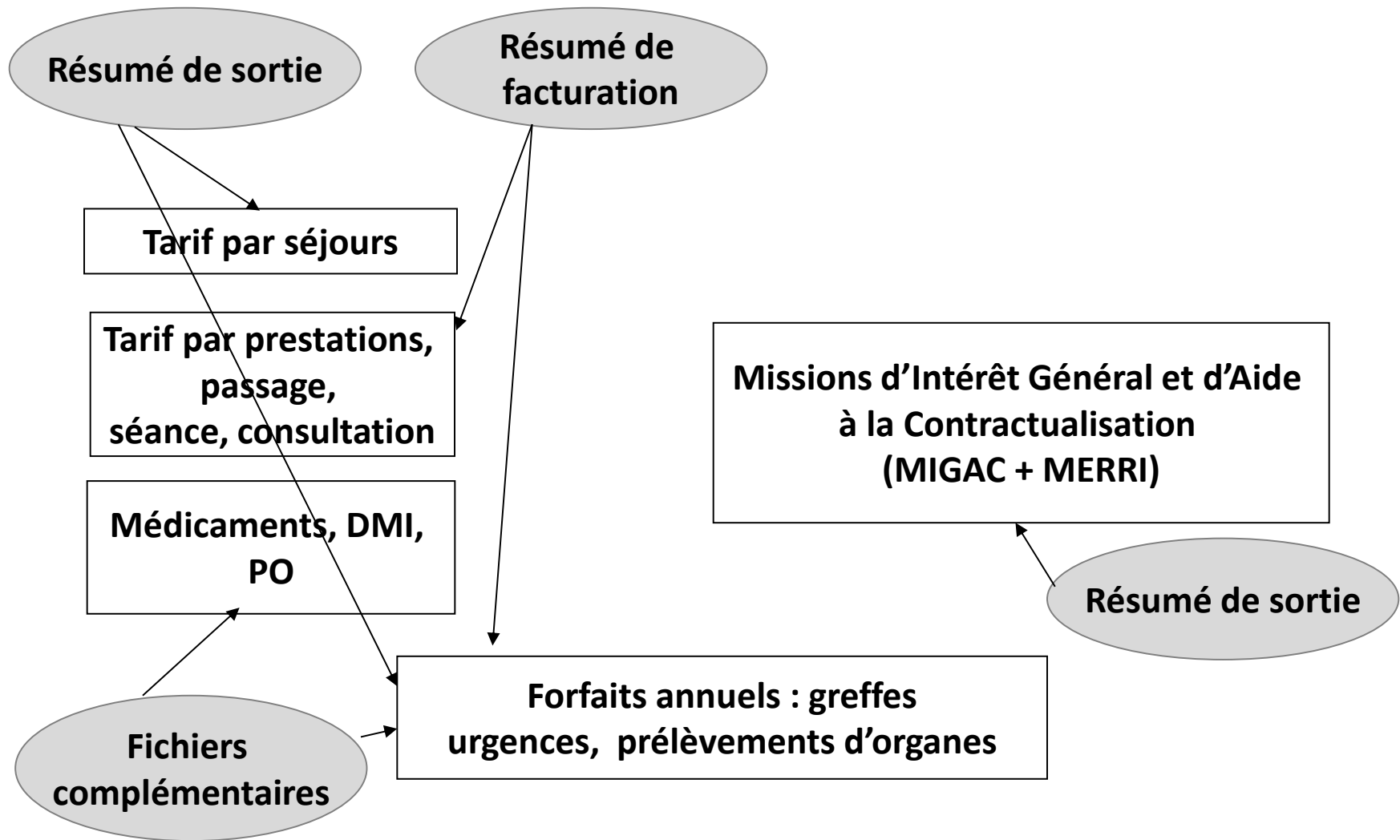
- mise en place du PMSI psychiatrie (RIM-P) en 2006

Finance 90% du SSR

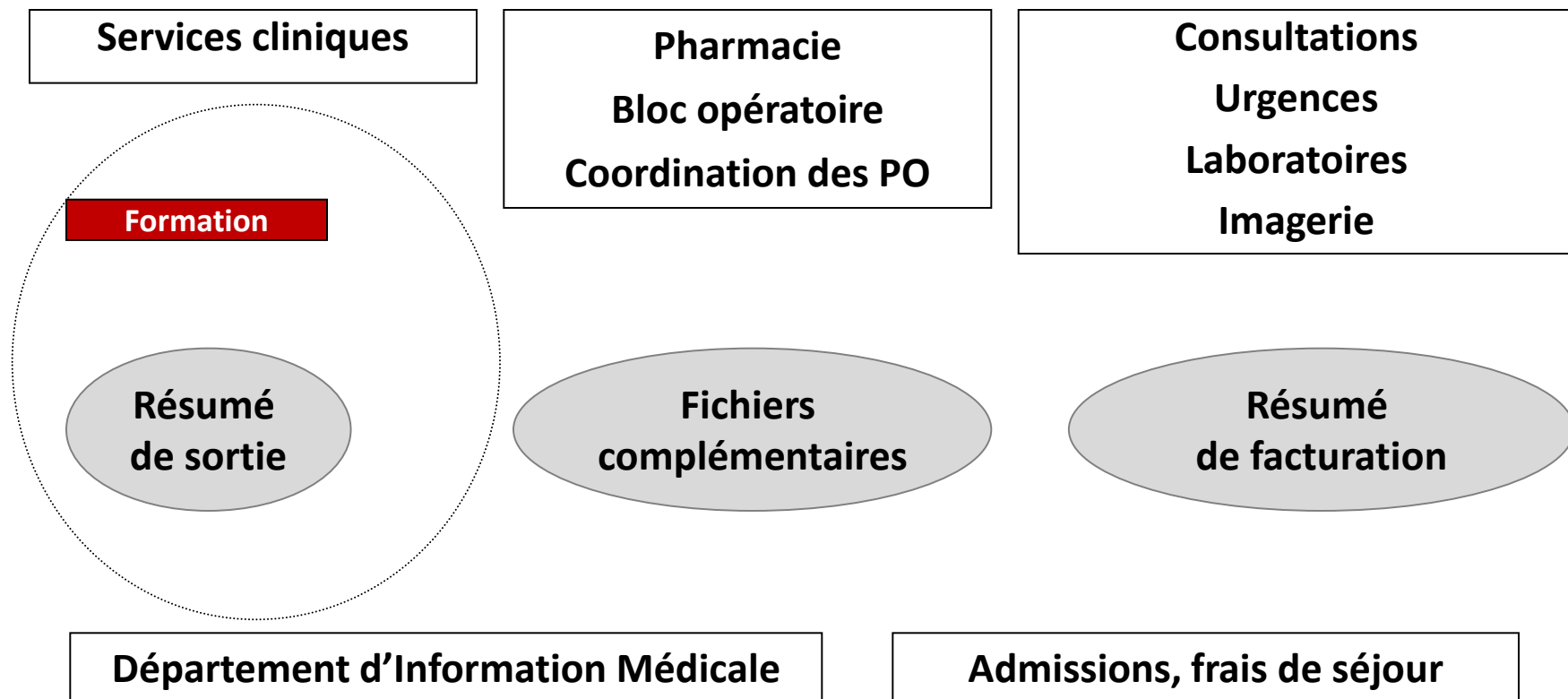
- 10% du financement SSR repose sur une T2A depuis 2017
 - Mise en place progressive depuis 2017 sous forme d'une « dotation modulée à l'activité » (DMA)

Les liens entre tarification à l'activité et information médicale

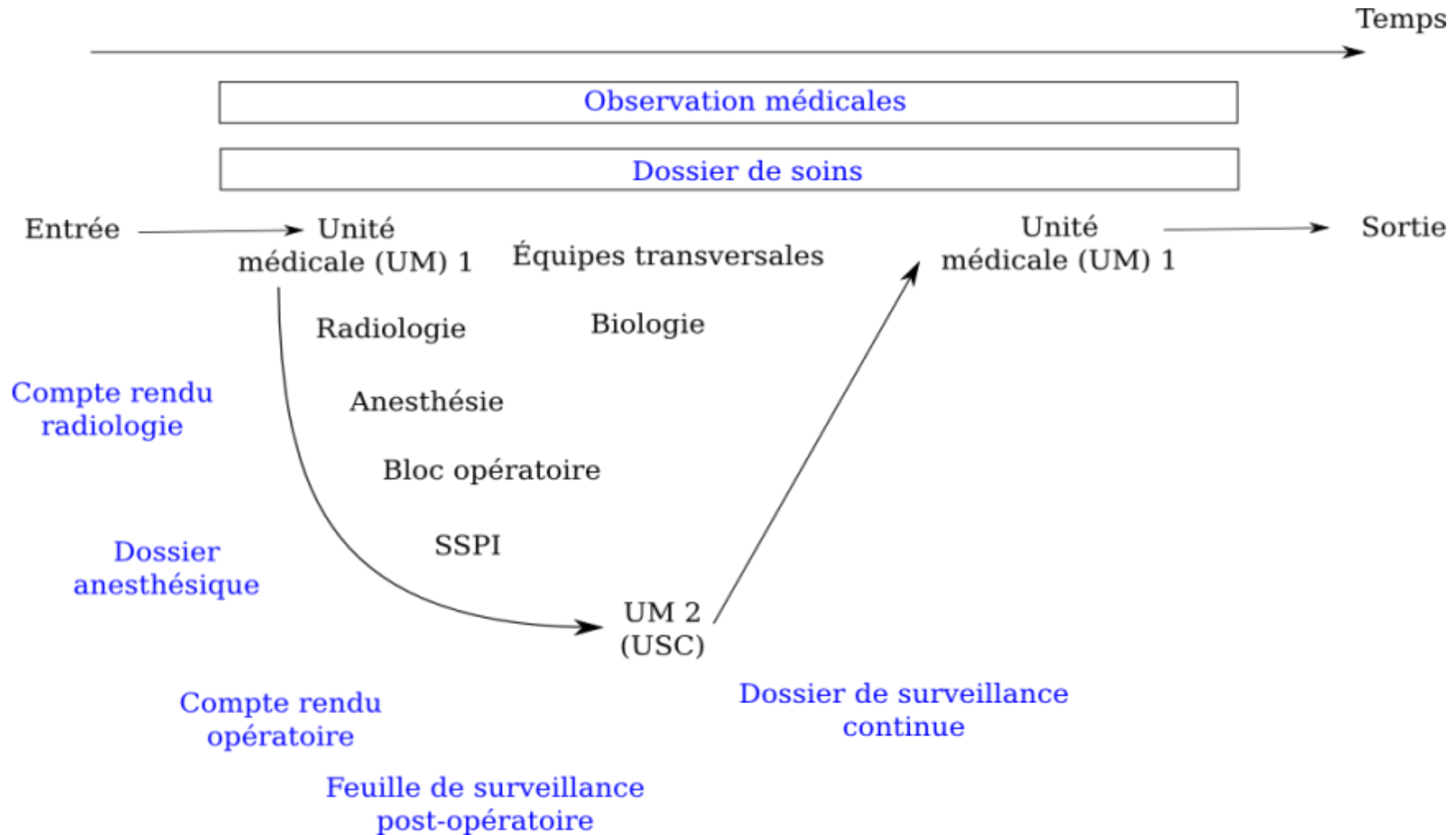
Les informations nécessaires au financement



Les acteurs de la T2A



Le circuit du patient (éléments d'information)



Synthèse du séjour : le CRH

Observation médicales

Dossier de soins

Compte rendu
radiologie

Dossier
anesthésique

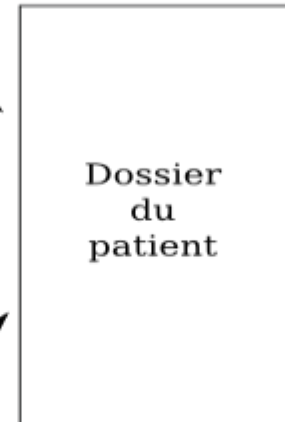
Compte rendu
opératoire

Feuille de surveillance
post-opératoire

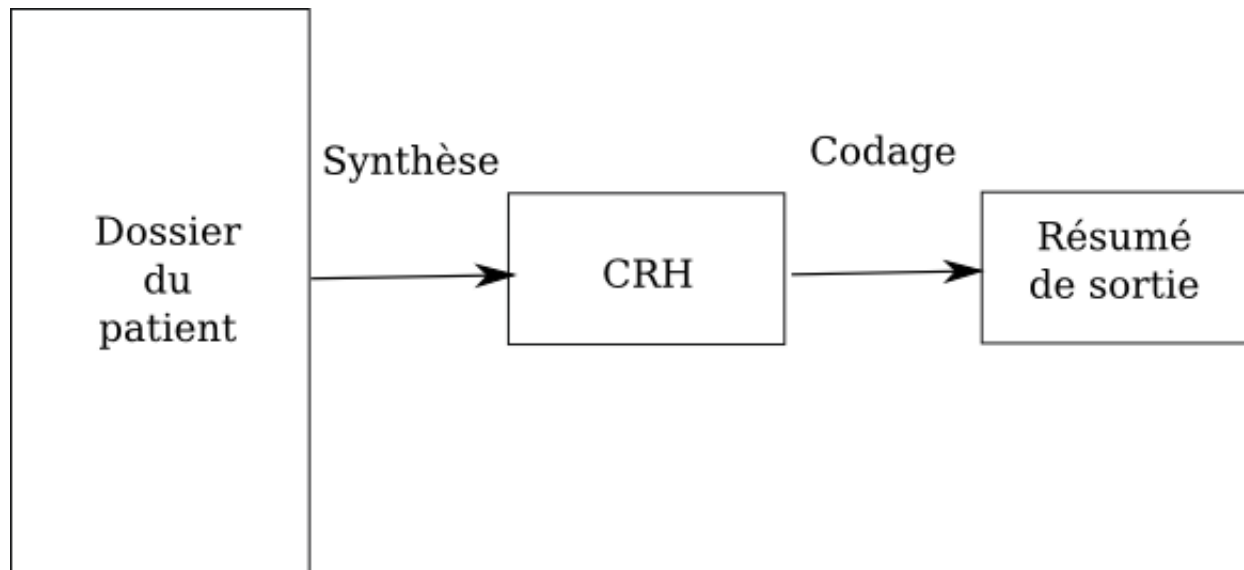
Dossier de surveillance
continue

équipes transversales :

- équipe mobile de soins palliatifs
- EM gériatrique
- EM antibiothérapie
- EOH hygiène
- diététiciens



Le résumé de sortie est réalisé après le CRH



Quand produire un résumé ?

Tout commence dans l'unité de soins qui a pris en charge le patient :

- Le passage d'un patient dans une unité médicale doit faire l'objet de la **production d'un Résumé d'Unité Médicale**

De quelles unités de soins s'agit-il ?

- Hospitalisation **avec hébergement** :
 - complète, traditionnelle, de semaine
- Hospitalisation **sans hébergement** :
 - partielle, de jour, de nuit, chirurgie et anesthésie ambulatoires, séances itératives

Combien d'unités médicales ont participé à la prise en charge au cours d'un même séjour ?

Le financement des séjours :

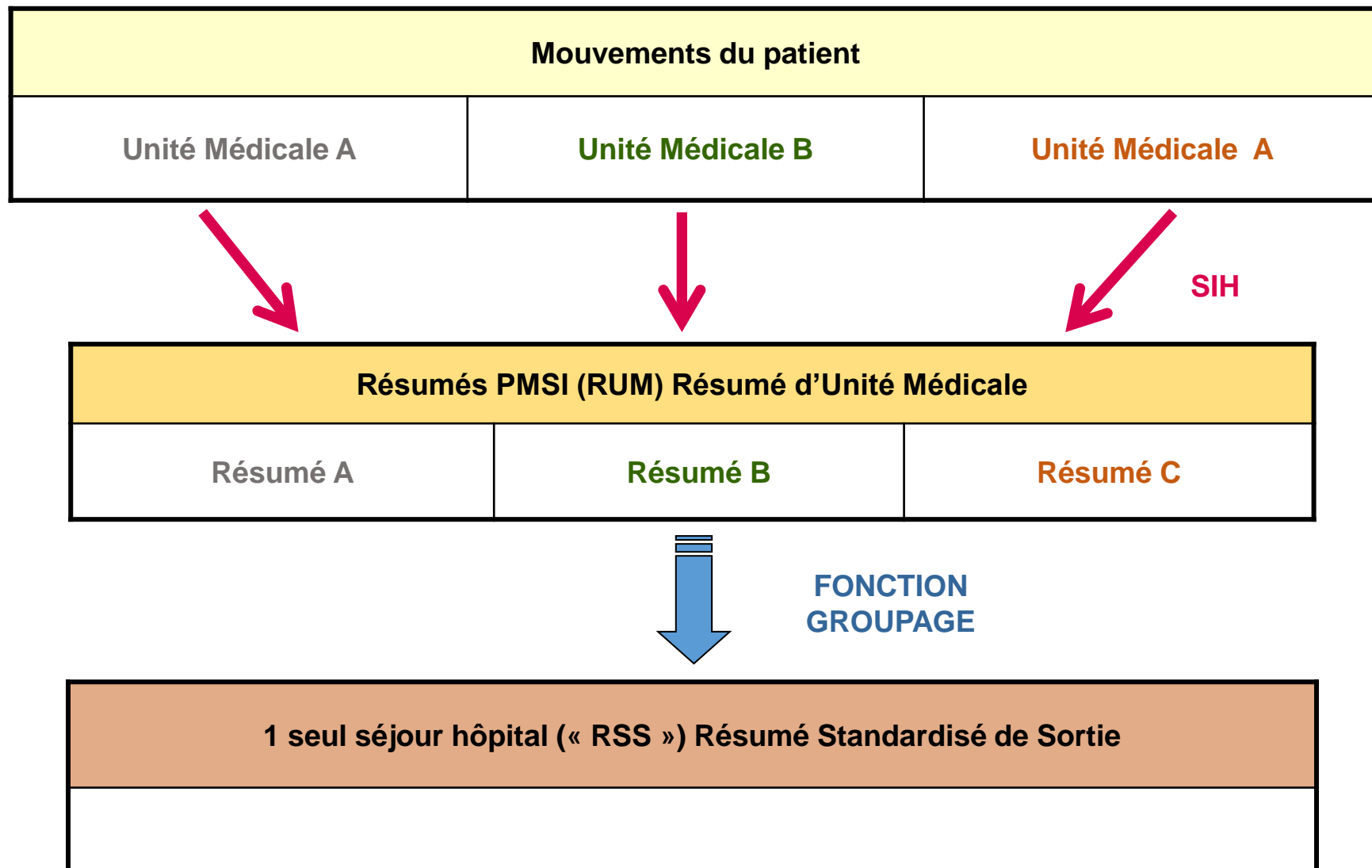
RUM, GHM, GHS...

Les informations médico-administratives renseignées dans les RUMs

Les informations médicales du RUM

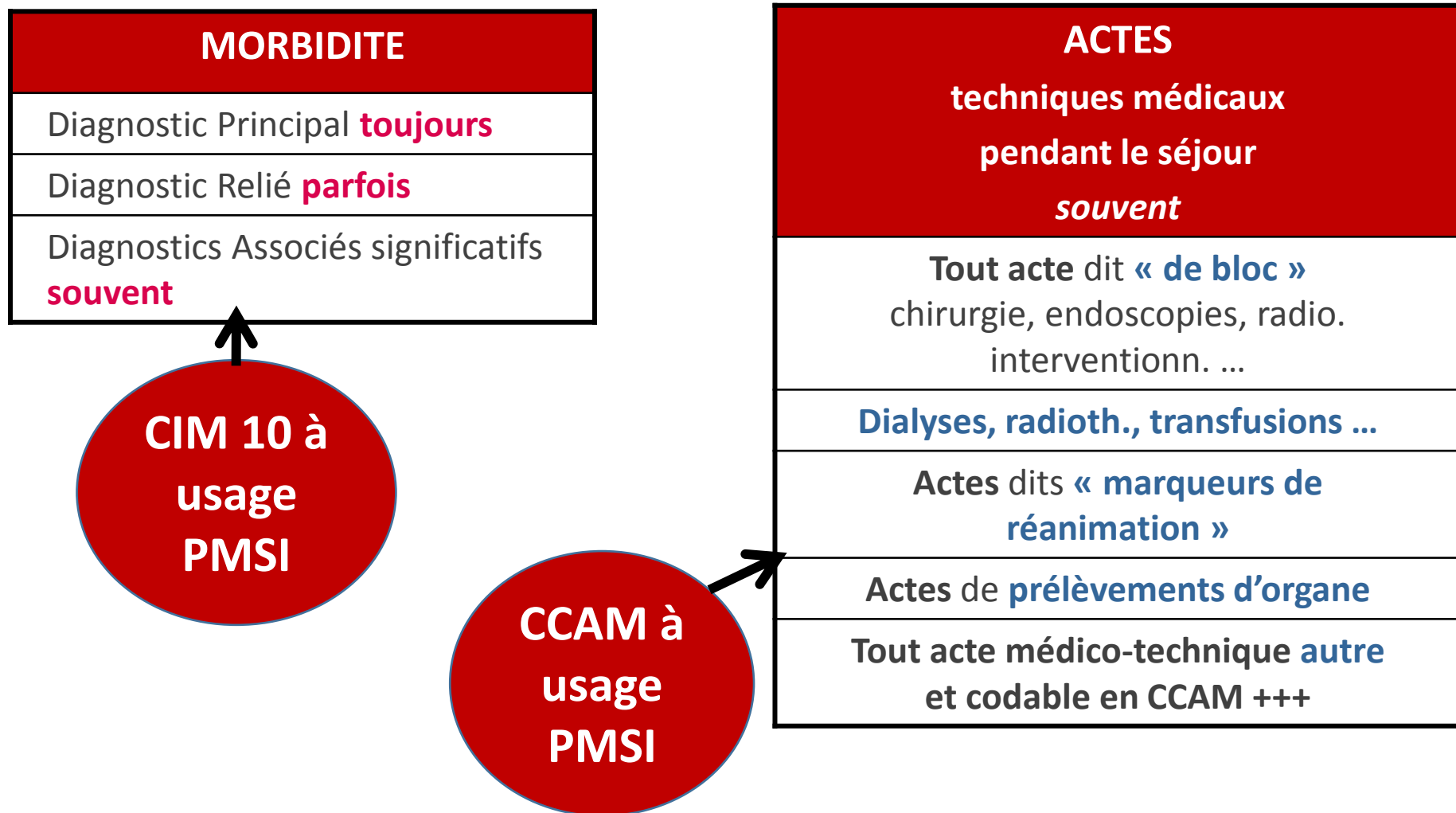
MORBIDITE CIM 10	ACTES CCAM
Diagnostic Principal <i>toujours</i>	techniques médicaux réalisés au cours du séjour souvent
Diagnostic Relié <i>parfois</i>	Tout acte dit « de bloc »: chirurgie, endoscopies, radio. interventionnelle ...
Diagnostics Associés Significatifs <i>souvent</i>	Dialyses, radiothérapie, transfusions ...
Données Associées Documentaires <i>rare</i>	Actes dits « marqueurs de réanimation »
IGS II Réanimation Surveillance continue	Actes de prélèvements d'organe
Age gestationnel DDR Poids du NN à l'entrée (jusqu'à 29 j ou si poids < 2 500 g)	Tout acte médico-technique autre ...
Numéro d'innovation	
Confirmation du séjour <i>parfois</i>	

Du RUM au RSS



Les informations médicales du RUM

Les diagnostics et actes



Les informations médicales du RUM

Pour la périnatalité et les grossesses

Age gestationnel, en SA à partir de 22 SA

- dans le RUM de la mère à la date d'accouchement
- dans le RUM du nouveau né à la date de naissance
- la date doit être la même dans le dossier maman et dans le dossier BB !!!

Date des dernières règles

- dans les dossiers de la mère uniquement
- pour chaque séjour de suivi de la grossesse et jusqu'à l'issue de grossesse
- prendre la date la plus plausible, ou celle ayant permis de calculer l'âge gestationnel quand requis

Poids en gramme à l'entrée des enfants

- âgés de moins de 29 jours
- OU si le poids est < 2 500 grammes, qq l'âge

Suivi des IVG : 3 nouvelles information à partir du 01/01/2015

2015

- nb d'IVG antérieures
- année de la dernière IVG
- nb de naissances vivantes

simplification administrative -> suppression du « BIG »

Utilisé dans le financement

Indice de gravité simplifié (IGS)

- en réanimation
- en surveillance continue
- en soins intensifs (uniquement si jugé pertinent par le clinicien)

Les données documentaires (DAD)

- Non prises en compte par le groupage
- Non transmises aux tutelles
- Utiles en interne pour recherches ou études épidémiologiques
- qualifient le patient

Type de dosimétrie et Type de Machine pour les séances de radiothérapie

Le numéro d'innovation

- Existe depuis 2011, mais utilisé seulement depuis le 1er mars 2013
- Pour désigner un « produit » ou des « actes » relevant d'une procédure dite « innovante »
- Faisant l'objet d'un financement particulier expérimental, essentiellement:
 - **PHRC** = projet de recherche spécifié, de type programme hospitalier de recherche clinique
 - **STIC** = soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC)

Pour le codage : les nomenclatures

- **Morbidité** : Classification internationale des maladies de l'OMS, 10ème révision CIM 10
- **Actes médico-techniques** : les 2 classifications communes des actes médicaux CCAM : celle de l'AMO et celle de l'ATIH

Pour les règles de codage : Guide méthodologique de production PMSI MCO

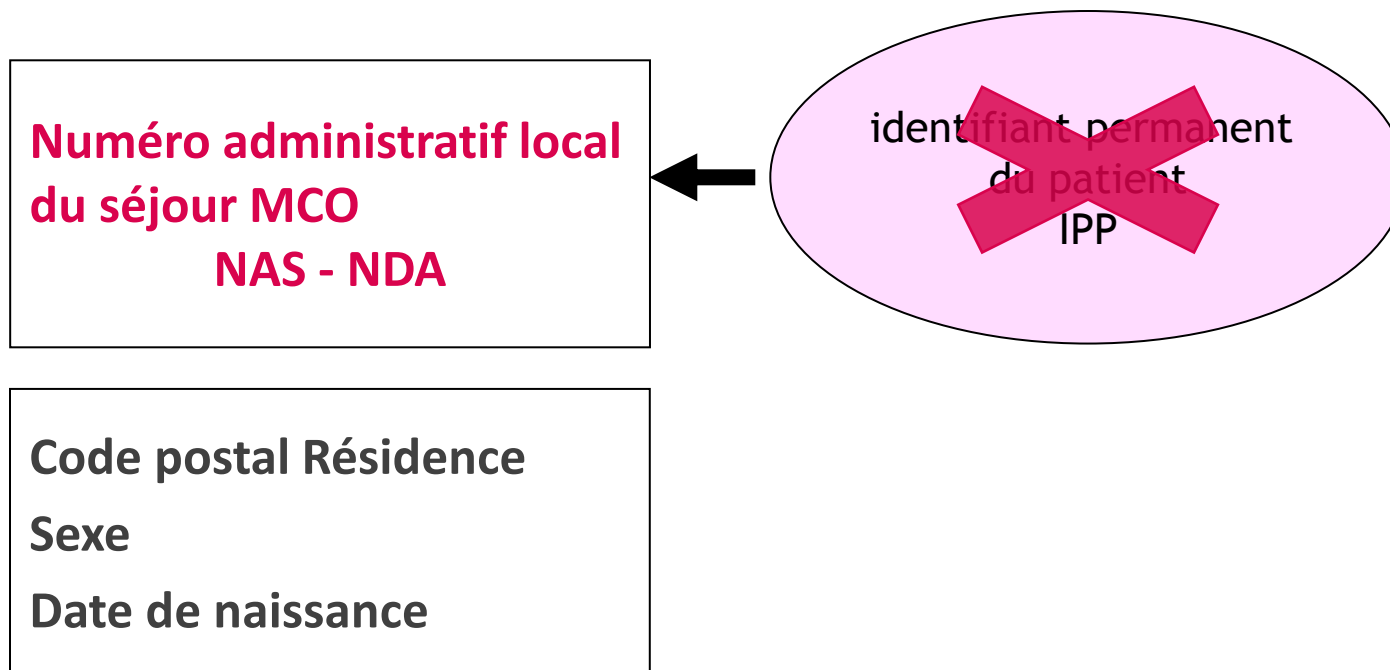
- Révision annuelle publié au BO

Mais aussi :

- Le manuel des GHM
- La notice technique sur la campagne tarifaire et budgétaire relatant les nouveautés
- Le site internet de l'ATIH

Les données administratives du RUM

Identification du patient



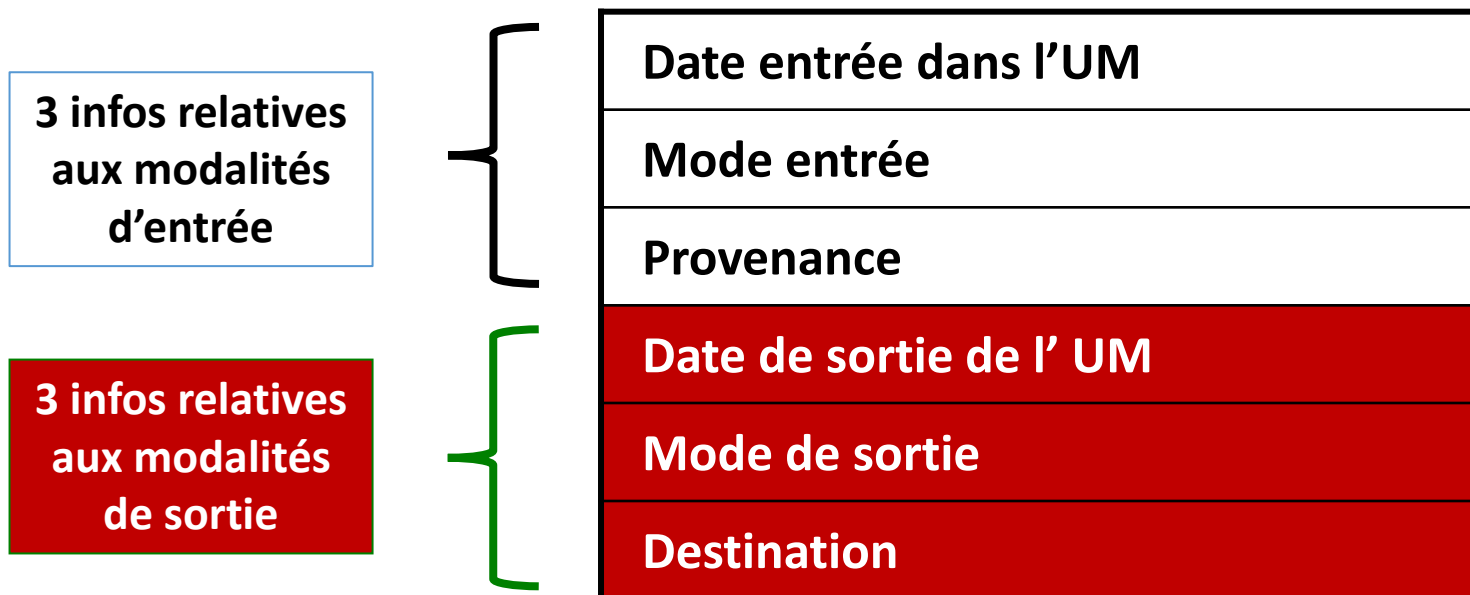
En cas de demande d'anonymat les informations sont limitées à :

- année de naissance, au 31/12
- sexe
- numéro d'hospitalisation

Les données administratives du RUM

Mouvements au sein de l'unité

**Les 6 informations différentes à renseigner
pour chaque passage dans une UM**



Le mode d'entrée dans l'unité médicale

Modes E	Libellé entrée
8	Entrée depuis le domicile
6	Mutation depuis un autre service du même établissement FINESS GEOGRAPHIQUE
7	Transfert depuis un service d'un autre établissement JURIDIQUE OU FINESS GEOGRAPHIQUE
0	Transfert provisoire après ou pour réalisation d'un acte (1 nuitée max) (PIE)
N	Naissance (pour identifier les RUM des nouveau-nés dont la naissance a eu lieu dans l'établissement)

2016

2019

La provenance

Modes E compatibles	Provenance	Libellé provenance (depuis ...)
8 (domicile)	5	Après passage par la structure d'accueil des urgences de la même entité géographique
	U 2022	Structure d'accueil des urgences d'une autre entité
	7	Structure d'hébergement médico-social
	(vide)	Entrée directe sans passage aux urgences
7, 0 (transfert définitif ou provisoire)	R	Une réanimation NN, pédiatrique ou adulte d'un autre établissement (forfait réa, NN ... facturé par l'autre établissement)
6, 7, 0 (mutation, transfert définitif ou provisoire)	1	Court séjour MCO (Sauf réanimation d'un autre étbt)
	2	SSR
	3	USLD (long séjour)
	4	Psychiatrie
	6	HAD
	7	Structure d'hébergement médico-sociale

Conversion	Libellé conversion
(Vide)	RUM non concerné
1	Conversion
2	Absence de conversion

Concerne les patients admis sur une UM d'hospitalisation partielle, et mutés sur une UM d'hospitalisation complète :

- patients entrés en UM d'hdj
- patients entrés en UM d'hdj après passage aux urgences
- patients admis en UM d'hdj dans le cadre d'une prestation inter-établissement

RAAC	Libellé
1	Prise en charge RAAC
2	Pas de prise en charge RAAC

Cette variable doit être renseignée pour tous les séjours comprenant une intervention intégrée dans un protocole de RAAC

NP	Libellé
1	Oui
2	Non
NR	Caractère programmé non connu, ou séjour non concerné

Concerne les admissions directes dans un service des patients de 75 ans et plus (ADNP75)

Le mode de sortie

Modes S	Libellé sortie
8	Sortie vers le domicile
6	Mutation vers un autre service du même établissement FINESS GEOGRAPHIQUE
7	Transfert vers un service d'un autre établissement FINESS GEOGRAPHIQUE
0	Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte (1 nuitée max) (PIE)
9	Décès

2016

La destination à la sortie de l'unité

Modes S compatibles	Destination	Libellé destination (vers...)
8 (domicile)	7	Structure d'hébergement médico-social
	(vide)	(NB = c'est le cas le plus fréquent ...)
6, 7, 0 (mutation, transfert définitif ou provisoire)	1	Court séjour MCO
	2	SSR
	3	USLD (long séjour)
	4	Psychiatrie
	6	HAD

Les données administratives du RUM

Identification de l'unité de soins

Numéro FINESS e-pmsi

Code de l'Unité Médicale

Type d'autorisation de l'unité

Type d'autorisation de lit identifié et dédié

- Ne concerne que les lits dédiés de soins palliatifs

01 réanimation

02 soins intensifs SI (hors UNV)

03 surveillance continue SC

04 néonatalogie avec SI (type2A)

05 néonatalogie sans SI (type 2B)

06 réanimation périnatale (type 3)

07 UHCD

08 unité de soins palliatifs

11 anesthésie ou chirurgie ambulatoire

12 HDJ ou HDN (hors unité gériatrique)

13 réanimation pédiatrique

14 surveillance continue pédiatrique

... etc ...

62 Etablissement ciblé pour le forfait diabète

63 Etablissement ciblé pour le forfait insuffisance rénale chronique

2019

Numéro FINESS e-pmsi

Code de l'Unité Médicale

Type d'autorisation de l'unité

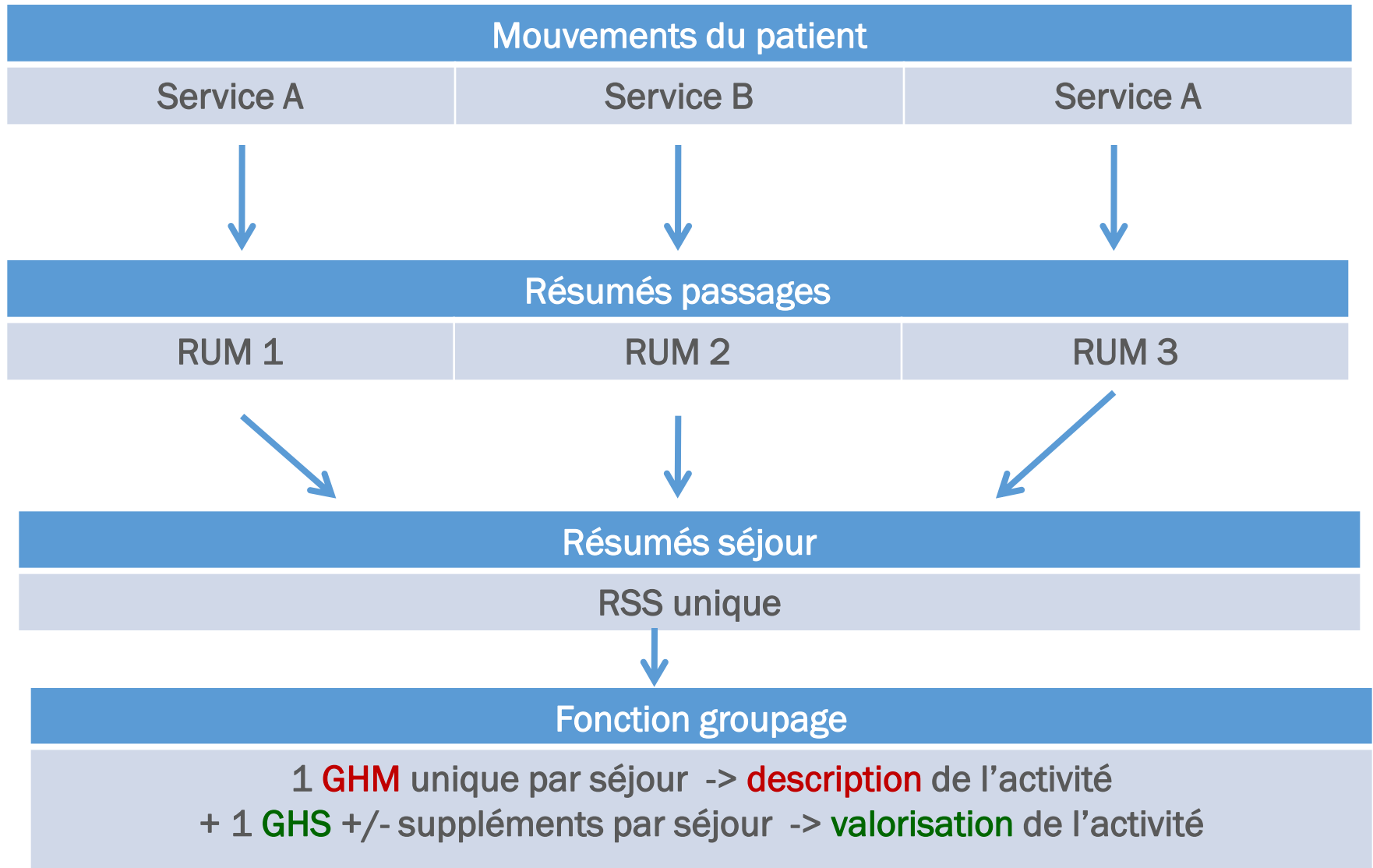
Type d'autorisation de lit identifié et dédié

- Ne concerne que les lits dédiés de soins palliatifs

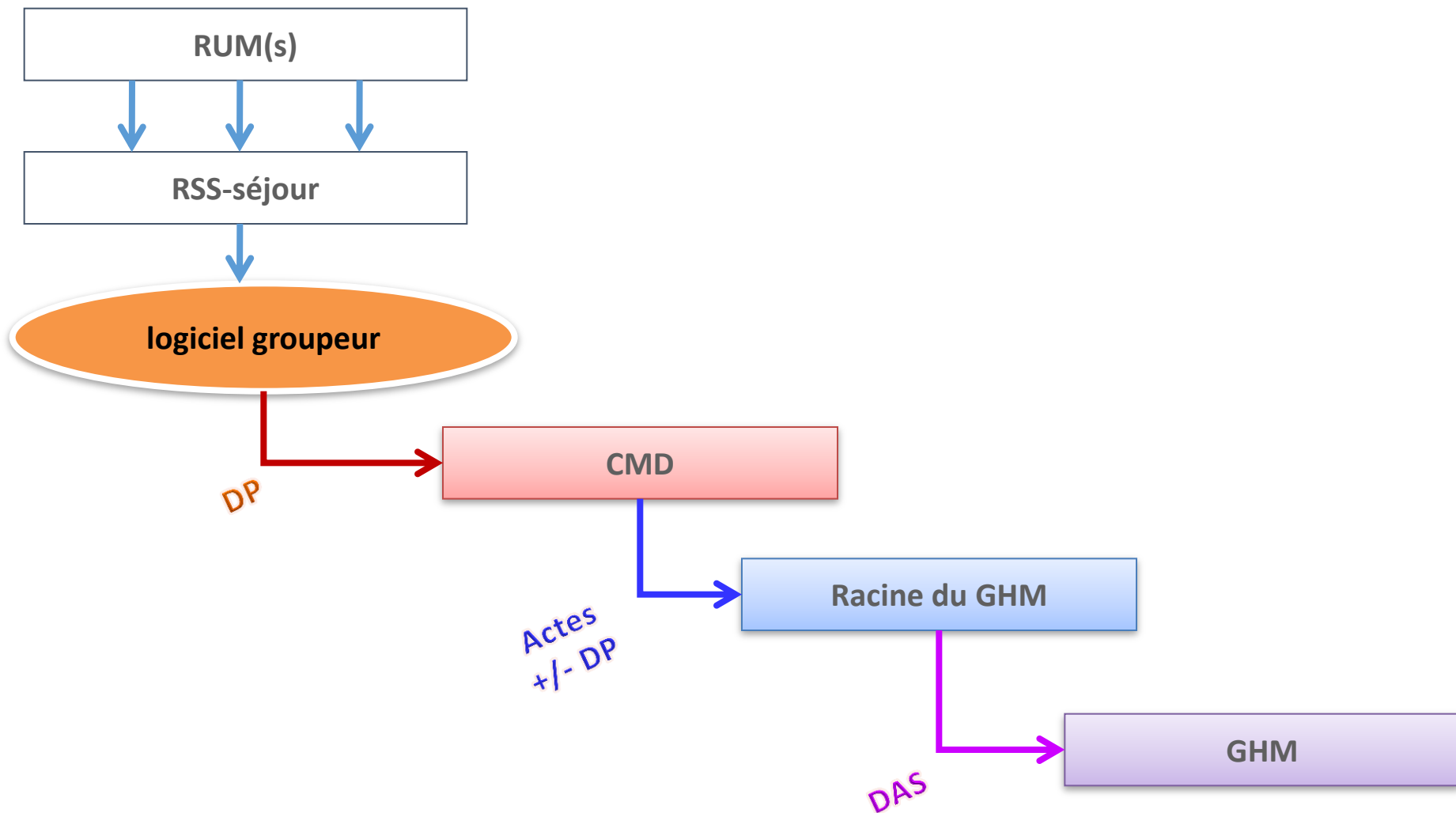
01 réanimation
02 soins intensifs SI (hors UNV)
03 surveillance continue SC
04 néonatalogie avec SI (type2A)
05 néonatalogie sans SI (type 2B)
06 réanimation périnatale (type 3)
07 UHCD
08 unité de soins palliatifs
11 anesthésie ou chirurgie ambulatoire
12 HDJ ou HDN (hors unité gériatrique)
13 réanimation pédiatrique
14 surveillance continue pédiatrique
... etc ...

**Du RUM au GHM...
...du RSS au RSA**

Du « séjour-service » au GHM et au GHS



Du RSS au GHM



Algorithme de groupage

Le groupage est le classement de chaque RSS dans un GHM

- décrit dans le Manuel des GHM (actualisé chaque année)
- arbre généralement binaire, avec des nœuds et des fonctions de décision (sexe féminin ou non, acte chirurgical ou non...)

Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement

- il s'agit le plus souvent d'une CMD déterminée par le DP du RSS
- mais pas toujours : par exemple un acte de transplantation oriente le RSS dans la CM Transplantation d'organes
- le premier test effectué sur le RSS concerne la mention de séance qui oriente dans un GHM de la CMD 28 – Séances

Si erreur « bloquante » dans le groupage du RSS

- Le RSS est orienté dans un GHM de la CM 90
- CM 90 : Erreurs et autres séjours inclassables

Algorithme de groupage

Le DP du RSS

- est le DP du RUM dans le cas d'un séjour monoRUM
- est déterminé par un algorithme dans le cas d'un séjour multiRUM, qui tient compte
 - De la présence d'un acte classant
 - De la durée partielle de séjour propre au RUM
 - De la nature du diagnostic principal du RUM

A ce stade le RSS est classé dans une « racine de GHM »

Le niveau de sévérité du GHM est ensuite déterminé en fonction

- des complications ou morbidités associées (CMA)
- de l'âge

Catégories majeures de diagnostic (CMD)

CMD 1 Système nerveux
CMD 2 Œil
CMD 3 Oreilles, nez, bouche
CMD 4 Appareil respiratoire
CMD 5 Appareil circulatoire
CMD 6 Appareil digestif
CMD 7 Foie, voies bil.pancr.
CMD 8 Appareil locomoteur
CMD 9 Peau et seins
CMD 10 Endocrino- Met.
CMD 11 Reins et voiesUrin.
CMD 12 Appareil génital masculin

CMD 13 Appareil génital féminin
CMD 14 Grossesse, accouchement
CMD 15 Nouveau-nés
CMD 16 Sang et org Hémat.
CMD 17 Tumeurs myéloprolif.
CMD 18 Maladies infectieuses
CMD 19 Troubles mentaux
CMD 20 Troubles mentaux Org.
CMD 21 Trauma intox
CMD 22 Brûlures
CMD 23 Autres motifs

6 catégories majeures dites transversales

- CMD 25 Infections par le VIH
- CMD 26 Polytraumatismes
- CM 27 Transplantations d'organe
- CMD 28 Séances

Racine de GHM

01C03 *Craniotomies pour traumatismes, âge supérieur à 17 ans*

01 C 03 X

CMD

Type de PEC
C / K / M / Z

Compteur

Niveaux de sévérité
1 / 2 / 3 / 4 / A / B / C / D

Chirurgie ambulatoire : J

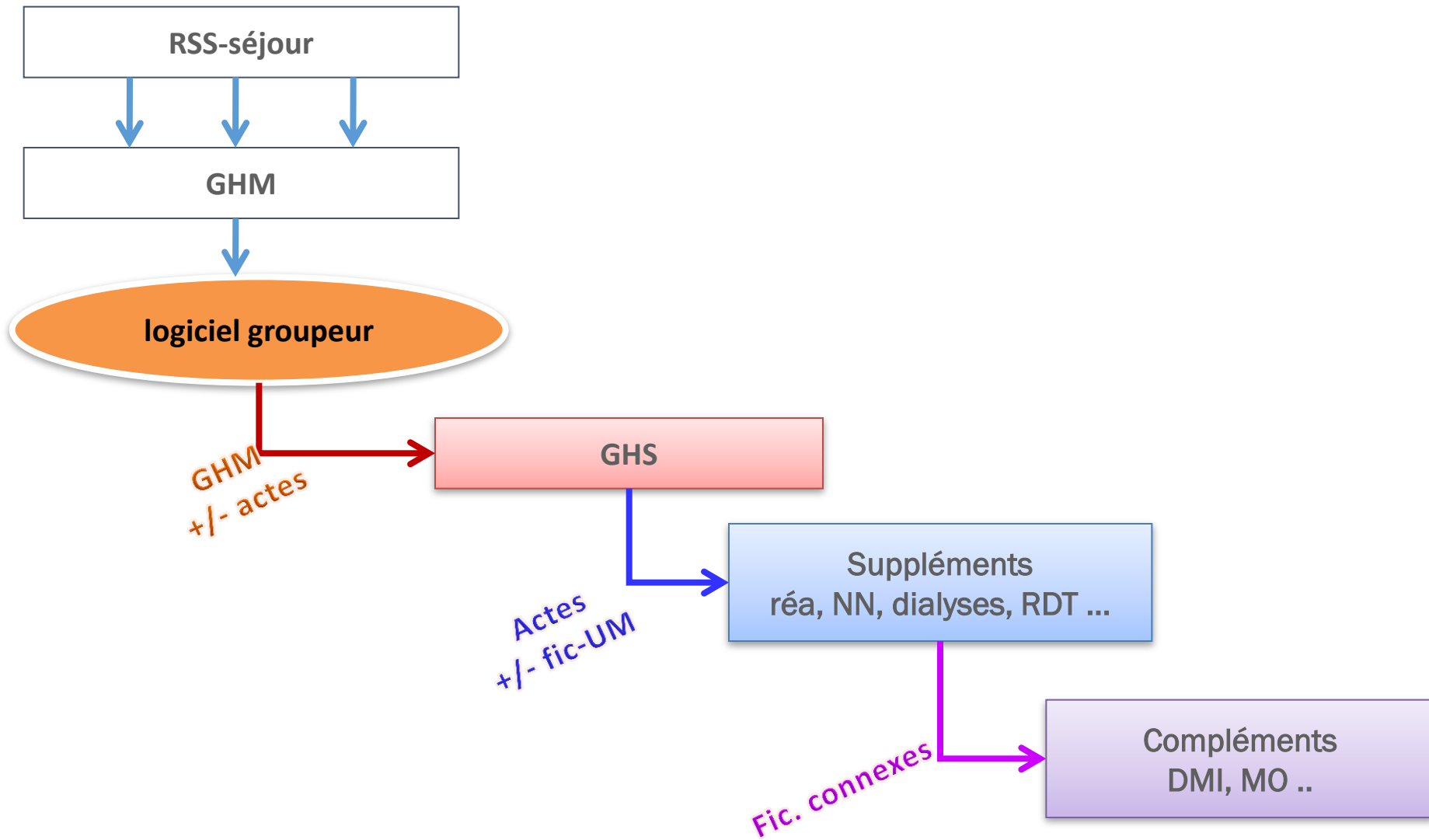
PEC médicale courte durée : T

Indifférenciée : Z

Décès : E

Terminaison du GHM :

...du GHM aux recettes séjour



Le GHM : pierre angulaire du PMSI MCO

Le PMSI ou l'infinie diversité de la Médecine, de la Chirurgie et de l'Obstétrique résumée en environ **2 300 GHM** (600 racines) !

27C051	Transplantations cardiaques, niveau 1
15M05A	Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif

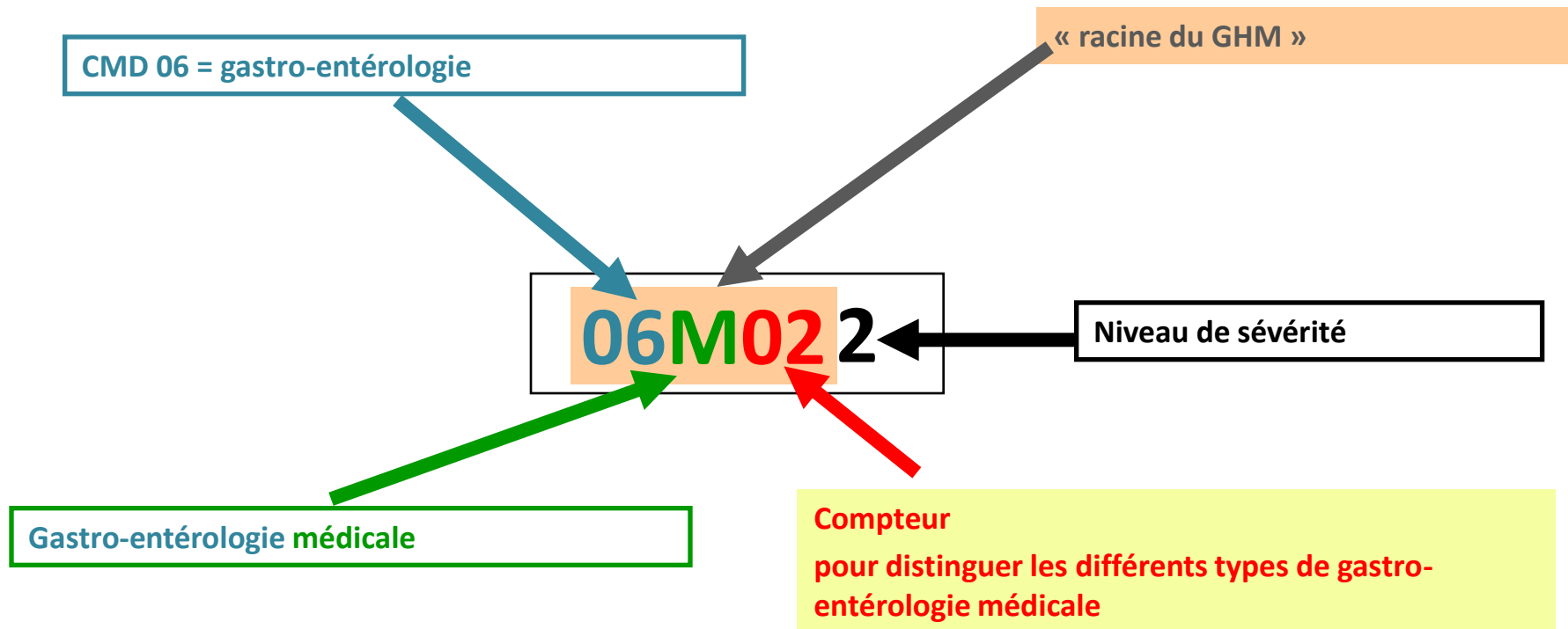
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances
28Z11Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances
28Z18Z	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances

06C081	Appendicectomies compliquées, niveau 1
06C082	Appendicectomies compliquées, niveau 2
06C083	Appendicectomies compliquées, niveau 3
06C084	Appendicectomies compliquées, niveau 4

Numérotation des GHM

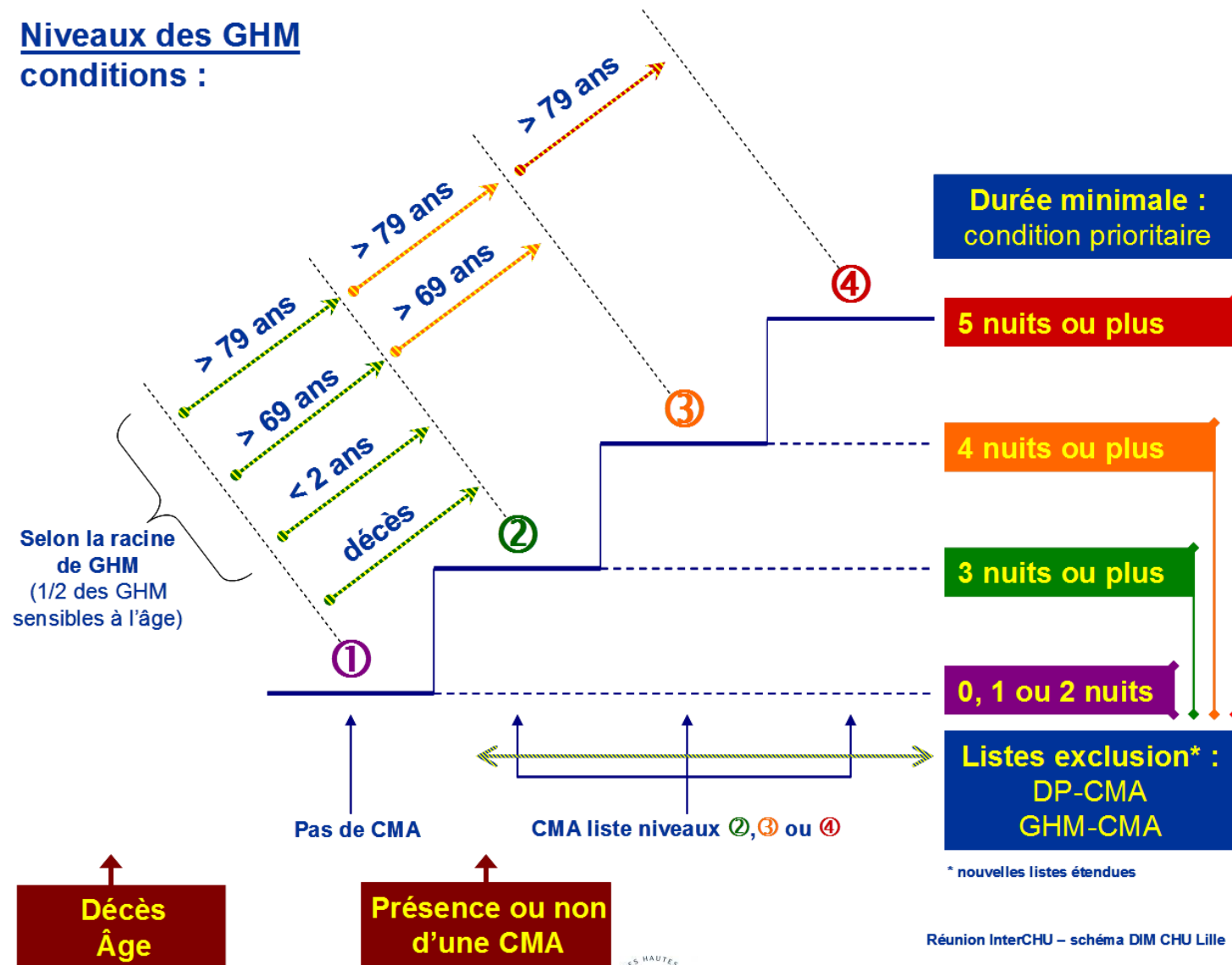
Un exemple ...

GHM 06M022 : Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 2



Niveaux de sévérité des GHM

Niveaux des GHM conditions :



Réunion InterCHU – schéma DIM CHU Lille

Niveaux de sévérité des GHM

Les complications ou morbidités associées (CMA)

- Visent à prendre en compte la gravité des cas
- 4 niveaux de sévérité, censés correspondre à des impacts différents sur la durée de séjour
- Une racine de GHM est ainsi segmentée en 4 GHM, à condition
 - Que la segmentation existe pour le GHM considéré
 - Que les conditions de durée de séjour soient satisfaites
 - Que l'effet CMA ne soit pas exclu de la morbidité principale (DP +/- DR)

L'âge

- Les âges < 2 ans, > 69 ans, > 79 ans sont susceptibles d'accroître le niveau de sévérité
- Certaines limites d'âge sont propres à certaines prises en charge (ex : < ou > 36 ans pour le diabète)

Du GHM au GHS

A chaque GHM est affecté un ou plusieurs tarif(s) ⇔ GHS

- Etablissements publics et privés à but non lucratif : Logiciel GenRSA (ATIH)
- Etablissements privés à but lucratif : Logiciel AGRAF-MCO (ATIH)

Etude nationale de coûts commune (ENCC)

- Panel d'établissements publics et privés volontaires
- S'appuie sur un modèle de comptabilité analytique
- 3 objectifs
 - Construction d'une échelle de coûts par GHM
 - Publication de coûts moyens par GHM (auxquels les étbts peuvent comparer leurs propres coûts)
 - Constitution d'une base de données utilisée pour les travaux permettant l'évolution de la classification des GHM

Génération des Résumé de Sortie Anonymes

Anonymisation des RSS → RSA

- Etablissements publics et privés à but non lucratif : Logiciel GenRSA (ATIH)
- Etablissements privés à but lucratif : Logiciel AGRAF-MCO (ATIH)

Le RSA comporte les informations du RSS sauf

- Numéro du RSS
- Numéro administratif du séjour (« épisode »)
- Date de naissance, remplacée par l'âge
- Le(s) numéro(s) d'UM : seul figure le nombre d'UM
- Le code postal, remplacé par un code géographique
- Les dates d'entrée et sortie, remplacées par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie
- Les dates de dernières règles, et dates de réalisation des actes, remplacées par le délai par rapport à la date d'entrée

Génération des Résumé de Sortie Anonymes

Le RSA comporte des informations supplémentaires

- Type d'autorisation de l'UM
- Numéro d'index servant au chaînage anonyme
- Le résultat du groupage
- En cas de PIE : si le RSA correspond au séjour de l'étabt demandeur ou de l'étabt prestataire
- Le numéro du GHS
- Le nombre éventuel de suppléments (SI, SC, réa..)
- UM : seul figure le nombre d'UM
- La situation de l'hospitalisation par rapport aux bornes EXB et EXH
- Le nombre éventuel de suppléments pour dialyse, oxygénothérapie hyperbare hors séances
- Le nombre d'actes de radiothérapie
- Le séjour dans un LISP
- Le numéro du RUM ayant fourni le DP du séjour

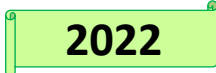
Transmission des données à l'ARS

Autres fichiers produits par les hôpitaux

- Fichier VID-HOSP
- Fichiers FICHCOMP (fichier complémentaire) et FICHSUP (fichier supplémentaire)
 - Consommations de certains médicaments (onéreux) et dispositifs médicaux implantables
- Fichier RSF-ACE
 - RSF des actes et consultations externes

Transmission mensuelle via la plate-forme e-PMSI

Fichiers transmis

- Fichier de RSA
- Fichier FICHSUP
- Fichier FICHCOMP anonyme
- Fichier RSF-ACE anonyme
- Fichiers FICHCOMP.csv (article 51) 
 - Médicaments anti-cancéreux, DM intra-GHS, maladies rénales chroniques, hébergements non médicalisés

Les sources d'information médicales

Qualité des informations médicales et responsabilités

Les informations du RUM doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient :

- Observation médicale
- compte-rendu opératoires et d'examens divers
- CRH

Le dossier du patient est garant de la qualité de l'information :

- Sert de support aux contrôles de codage,
- en particulier vis-à-vis de l'assurance maladie

Ce qui ne s'y trouve pas CLAIEMENT est réputé nul et non avenu !

Qualité des informations médicales et responsabilités

Décret 94-666 du 27/07/94 et arrêté du 20/09/94

Le règlement intérieur du DIM est visé par la CME et le CA

Directeur

- Est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'ETS

Médecin ayant dispensé les soins

- est garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin DIM

Médecin DIM

- Conseille praticiens pour production des informations
- Veille à la qualité des données
- Effectue le groupage des RSS en GHM
- Analyse l'activité
- La transmet aux tutelles (ARS) après anonymisation (RSA)
- Soumis au secret professionnel

Le processus historique de codage

Installation des structures d'Information médicale en 1989 par voie de circulaire (*DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics*)

La structure d'information médicale

- organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales,
- est placée sous la responsabilité d'un médecin.

Son rôle est prévu par les articles R. 6113-1 à R. 6113-10 du code de la santé publique

La structure est appelée Département d'Information Médicale

Placée sous la responsabilité d'un médecin

Le modèle cible de l'organisation du codage

Les médecins rédigent les CRH

Les éléments qui y figurent et leur degré de précision conditionnent la qualité du codage

- Importance de la régularité

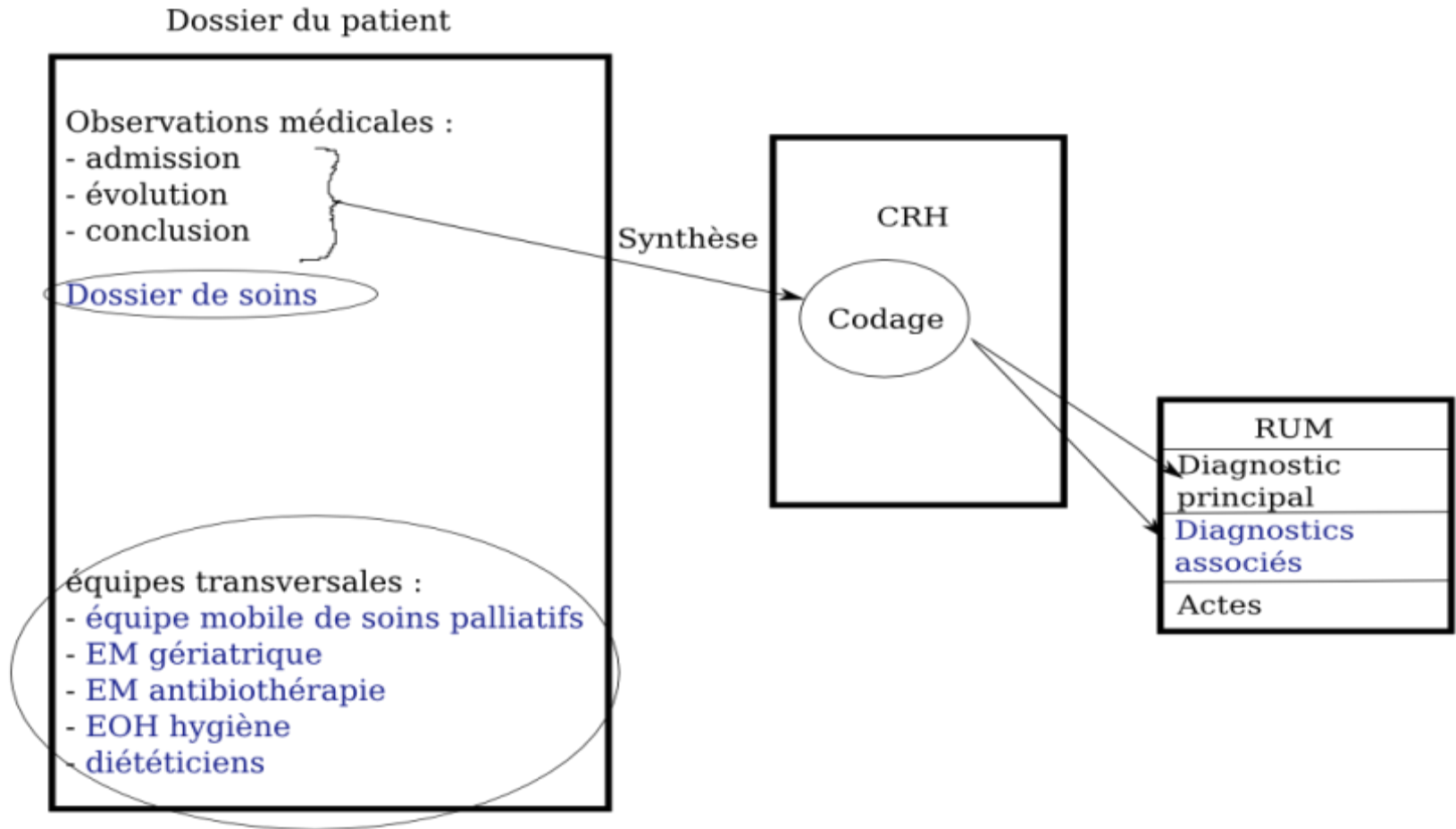
Des TIM ou assistants codeurs rattachés au DIM codent et saisissent dans les services et les pôles :

- À partir du CRH, du système d'information hospitalier (SIH) et au besoin du dossier du patient

Le codage des actes opératoires, interventionnels et d'anesthésie reste du ressort de leurs producteurs

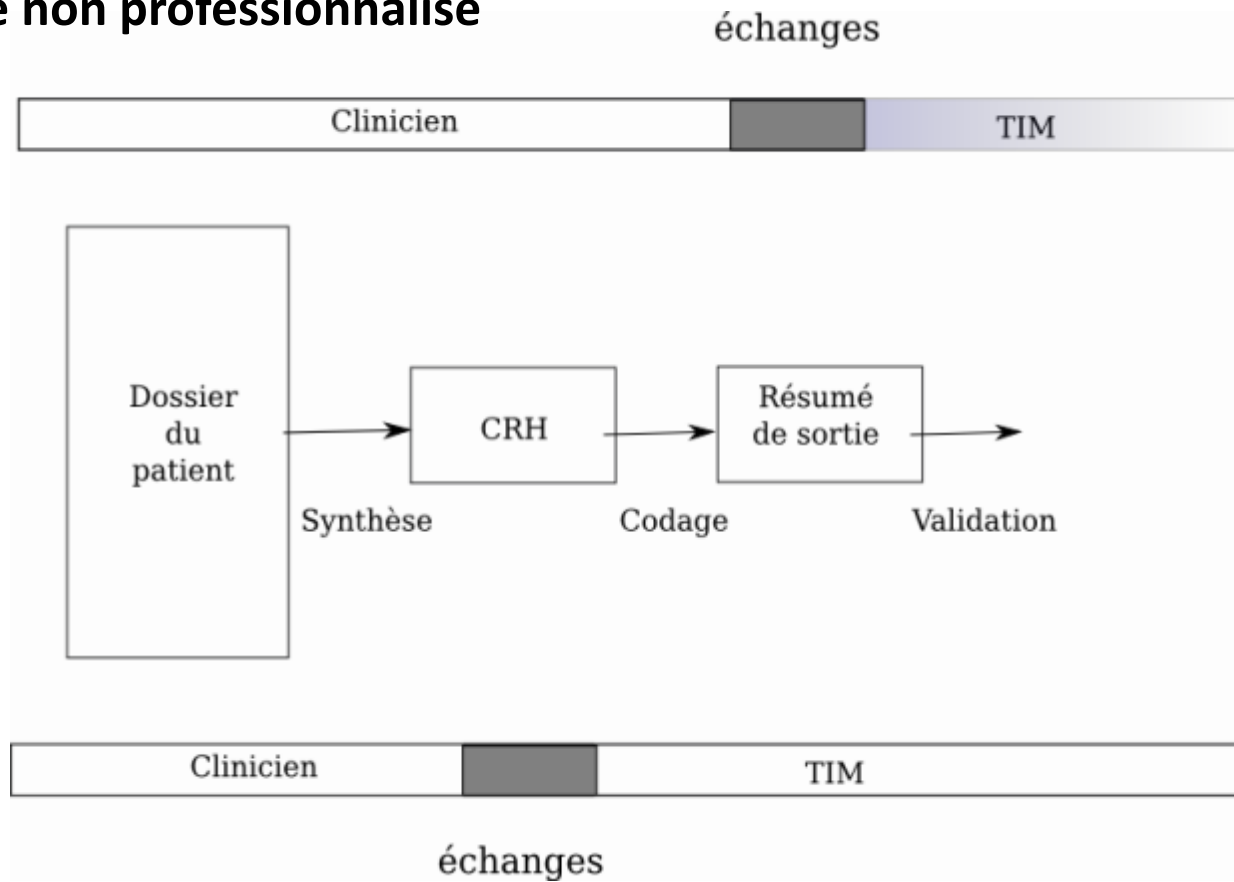
- La meilleure organisation pour la saisie est à définir au cas par cas.

Les sources d'informations du dossier patient



Les processus de codage

Codage non professionnalisé



Codage professionnalisé