

Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

I-Présentation générale

Le P.M.S.I., ou Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, est un **outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière**.

Introduit en France dans le milieu des années 80 par Jean de Kervasdoué, alors responsable de la Direction des Hôpitaux, il a d'abord été présenté comme un outil épidémiologique avant de devenir un outil d'allocation budgétaire. Il a également pour mission de favoriser un meilleur échange entre les partenaires hospitaliers : médecins, soignants, administratifs.

Le PMSI est obligatoire depuis la loi du 31 juillet 1991 qui oblige les établissements de santé à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité.

D'abord utilisé exclusivement en court séjour MCO (Médecine, chirurgie et obstétrique), le PMSI est maintenant également utilisé pour les soins de suite et de réadaptation (PMSI SSR) et la psychiatrie (PMSI PSY).

Il a été généralisé dans le secteur hospitalier public en 1994 et dans le secteur hospitalier privé en 1996.

En effet, 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).

Pour les séjours hospitaliers en *soins de courte durée* — médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) — cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent 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).

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;
- et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Production du résumé de sortie standardisé

Tout séjour hospitalier dans la partie 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).

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale— séjour dit mono-unité — le RSS équivaut strictement au RUM produit au titre de ce séjour. Le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement (c'est un RSS « monoRUM »).

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales — le séjour est dit multiunité — le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM (c'est un RSS « multiRUM ») qui sont tous identifiés par le même numéro dit *numéro de RSS*.

Contenu du résumé d'unité médicale

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 chapitre I du *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie* que l'on désignera dans la suite de ce texte par *Guide méthodologique*.

Informations dites administratives

- Identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement : numéro administratif local de séjour et **numéro de RSS**
- Numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)
- Date de naissance
- Sexe
- code postal de résidence
- Numéro de l'unité médicale d'hospitalisation
- Dates et mouvements (modes d'entrée et de sortie, provenance et destination, selon les actes spécifiques élaborés au niveau national)
- Nombre de séances

Informations médicales

- Diagnostics : diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostics associés
- Actes médicaux
- Types de dosimétrie et de machine en radiothérapie
- Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né
- Âge gestationnel de la mère et du nouveau-né, date des dernières règles de la mère
- Indice de gravité simplifié (IGS II)
- Données à visée documentaire

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) de l'Organisation mondiale de la santé.

Les actes sont codés avec la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

La Classification des groupes homogènes de malades

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 par Robert Fetter à l'université de Yale. Comme toutes les classifications de type DRG, 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 (la « catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation) : voir ci-après la description de l'algorithme de la classification ;
- économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

L'algorithme de la classification des GHM

La classification des GHM est décrite dans un manuel publié au *Bulletin officiel*.

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou **groupage** résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision. Celles-ci permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, si une lésion traumatique est mentionnée, si un acte chirurgical a été enregistré, etc.

Le premier test effectué sur le RSS lors du groupage concerne la mention de **séance(s)**. En leur présence le RSS est classé dans la catégorie majeure de diagnostic n° 28 (CMD 28 *Séances*), dans un GHM fonction de la nature des séances (dialyse rénale, chimiothérapie antitumorale, etc.). Pour davantage d'informations sur les séances, consultez le chapitre VI du *Guide méthodologique*.

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 diagnostic** (CMD) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement.

Pour les RSS qui n'ont pas été classés dans la catégorie majeure des séances, c'est le **diagnostic principal** qui est alors testé pour les orienter entre les autres catégories majeures.

Dans le cas d'un RSS *monoRUM* (séjour mono-unité), le diagnostic principal (DP) du RSS est celui de l'unique RUM qui le constitue.

Dans le cas d'un RSS *multiRUM* (séjour multiunité) le diagnostic principal (DP) du RSS est obtenu automatiquement grâce à un algorithme qui tient compte de la présence d'un acte classant, du rang du RUM dans le RSS, de la durée partielle de séjour propre au RUM, de la nature du diagnostic principal du RUM. Pour en savoir plus sur cet algorithme, consultez la *Présentation générale* du *Manuel des GHM*.

Un **acte classant** est un acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le classement en GHM.

À cette étape, le RSS est classé dans **une racine** de GHM. D'autres variables interviennent par la suite, notamment **les complications ou morbidités associées et l'âge**.

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 », *i.e.* sans sévérité significative.

La fonction groupage

C'est l'outil logiciel de la classification des GHM.

Le logiciel initial, développé par l'équipe de R. Fetter, a été adapté aux particularités de la classification française des GHM au milieu des années 1980 par le Centre national de l'équipement hospitalier. Ainsi a été créé le premier « logiciel groupeur ».

Évolution de la classification des groupes homogènes de malades et de la fonction groupage

La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières induisant une mise à jour des tables ou de la fonction groupage.

La première version de la classification des GHM (dite version 0) a été publiée en 1986. La classification a connu en 2009 sa onzième révision.

Confidentialité du recueil

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

Le service ou le département d'information médicale (SIM ou DIM) qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé 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 création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Production du résumé de sortie anonyme

La transmission d'informations médicales individuelles à tout acteur non autorisé à disposer d'informations nominatives, notamment au directeur de l'établissement de santé ou aux services de l'État, s'opère au moyen du **résumé de sortie anonyme (RSA)**.

Transmission des informations

Depuis 2004, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la transmission des données à l'agence régionale de santé a lieu par télétransmission grâce à une plateforme électronique dite é-PMSI. Les informations doivent être transmises mensuellement depuis 2007 (trimestriellement auparavant) dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil.

Tarification à l'activité

I.2. PRINCIPES DE LA T2A – CONSEQUENCES SUR LE CONTROLE

La réforme de la tarification à l'activité est instituée par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. Outre les textes réglementaires d'application de la loi référencés dans la bibliographie, divers documents explicatifs de la réforme ont été écrits. La plupart figurent sur le site du ministère de la santé et de la protection sociale, dans l'espace réservé à la T2A, ainsi que sur le site de l'assurance maladie. Ils sont en outre répertoriés sur le site de l'ATIH¹.

Seuls les grands principes de la tarification à l'activité sont ici rappelés. Très schématiquement, la réforme en vigueur en 2004 met en œuvre 5 grandes modalités de financement des établissements de santé :

- paiement au forfait par séjour
- paiement à la journée, passage, séance...
- paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation
- versement d'une enveloppe forfaitaire pour financer certaines activités
- versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Ces modalités de financement concernent les deux secteurs d'hospitalisation, rejoignant ainsi l'objectif d'harmonisation du financement de ces deux secteurs, évoqué de longue date, sans toutefois aller jusqu'à l'unification des modèles de financement. En effet, si pour les deux secteurs, il s'agit désormais d'asseoir le financement des établissements sur l'activité réalisée, les modèles restent encore différents (pour quelques années).

Par ailleurs, pour des raisons pratiques et financières, il n'est pas possible de basculer d'une année sur l'autre d'un modèle de financement à un autre sans s'entourer de mesures transitoires, de nature à garantir aux établissements une relative stabilité financière dans les premières années de mise en oeuvre. Des modalités transitoires spécifiquement adaptées à chacun des deux secteurs sont donc définies et explicitées dans les textes de référence (coefficient correcteur – des tarifs - de transition pour les établissements privés, maintien d'une part de ressources allouées forfaitairement, et décroissante dans le temps, pour les établissements publics).

Revenant sur les grandes modalités de financement, il convient d'apporter certaines précisions:

- le paiement au forfait par séjour :

Il s'agit de l'élément le plus connu du dispositif, et celui sur lequel les opérations de contrôle telles que définies dans le présent document ont le plus de raisons d'être.

Chaque séjour en hospitalisation pour soins de courte durée (MCO) donne lieu à la production d'un résumé standardisé de sortie (RSS). Après traitement des informations élémentaires contenues dans ce résumé, le séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) selon la dernière version de la classification des GHM en vigueur. A chaque GHM est appliqué un tarif "tout compris", défini au niveau national, qui sert à rémunérer l'établissement qui a pris le patient en charge pour l'épisode de soins considéré.

Dans la plupart des cas, il existe un tarif unique national, par GHM. Cependant, dans certains cas, comme pour les soins palliatifs, ce tarif n'est pas unique. Ce cas a conduit à la définition d'un nouveau concept dans le cadre de la T2A: celui du *groupe homogène de séjours* (GHS) qui sert à qualifier la prestation assurance maladie facturée. On distingue ainsi le support de la tarification (le GHS) du support de la description d'activité (le GHM). Le modèle rend donc possible la définition de plusieurs GHS pour un même GHM.

Pour affiner cette modalité de financement, il convient de signaler que le modèle intègre la prise en compte des séjours extrêmes : certains séjours peuvent être considérés comme extrêmes par rapport à la population habituelle du GHS. Ce caractère extrême est déterminé par la durée du séjour et précisé par les notions de borne "basse" et "haute" (en termes de durée de séjour).

Guide du contrôle externe régional Version 1.3 – 1^{er} août 2007 8

- Le paiement à la séance, passage ...

Le financement de certaines activités n'est pas basé sur le GHS, mais sur une prestation d'une autre nature (forfait, passage, séance...).

Le recueil d'information élémentaire concernant la plupart de ces activités ne repose pas sur le RSS, mais sur un autre dispositif de décompte des activités concernées.

Ces activités concernent notamment : les consultations et actes externes, l'activité d'urgence, l'HAD, l'IVG, ainsi que, dans une certaine mesure, la prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale.

- Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation

Certains consommables particulièrement coûteux et susceptibles de nuire à l'homogénéité des GHS (en termes de coûts) sont ôtés des éléments d'appréciation des coûts lors de l'élaboration des tarifs des GHS et sont donc payés en sus de ces tarifs lorsqu'ils sont consommés au cours du séjour d'un patient.

C'est le cas de certains médicaments et dispositifs implantables, dont la liste est définie par arrêtés (concernant chacun des secteurs public et privé).

- Le versement d'une enveloppe forfaitaire pour le financement de certaines activités

Cette modalité de financement concerne l'activité d'urgences, ainsi que l'activité de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO).

Pour chacune de ces deux activités, outre le financement unitaire de chaque prestation réalisée, un forfait annuel est versé à l'établissement :

- pour la mise en oeuvre de l'activité d'urgence et de greffe, le forfait annuel vise à couvrir tout ou partie des charges fixes des établissements,

- pour les prélèvements d'organes ou de tissus, le forfait annuel (de tarif variable en fonction des missions et de l'activité des établissements), vise à couvrir la mise à disposition des moyens humains nécessaires à la coordination.

Les règles de fixation des forfaits annuels sont définies au plan national. L'ARH en fixe le montant en application de ces règles.

- Le versement d'une enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)

Les ressources allouées au titre des MIGAC sont allouées contractuellement par les ARH aux établissements en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de règles définies au plan national.

Elles concernent :

- Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation, (MERRI), qui constituent un ensemble de missions intrinsèquement liées.

- L'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens : qualité des soins, mise en œuvre du SROS (sites isolés, accueil de populations spécifiques, notamment populations précaires).

L'annexe 1 résume ces grands principes de financement de la tarification à l'activité, sous forme de schéma.

Utilisation stratégique des données de l'établissement PMSI

La base de données médicalisée peut servir de support à la **mise en place de tableaux de bord stratégiques** lesquels constituent un outil d'aide aux décisions stratégiques des directions. De plus, la base de données P.M.S.I. peut être complétée par l'adjonction d'informations utiles aux praticiens et aux gestionnaires. L'utilisation de la cartographie facilite la lecture de l'origine des recrutements et permet d'identifier plus précisément les services ou spécialités de renommée régionale ou nationale.

Chaînage anonyme des RSA et base nationale PMSI

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même patient.

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, MCO, soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou psychiatrie. Les différentes hospitalisations d'un même malade peuvent ainsi être identifiées et reliées entre elles.

Le chaînage anonyme des RSA est décrit plus complètement dans le chapitre III du *Guide méthodologique*.

Du fait de la constitution d'une base nationale PMSI et de la possibilité du chaînage des données d'un même patient, des perspectives nouvelles d'exploitation de ces bases apparaissent : Organisation des soins, études épidémiologiques, validation de la qualité du codage (quand la confrontation aux données d'une base de référence est possible)...

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.

L'échelle de coûts et les coûts décomposés peuvent être consultés [en cliquant ici](#).

La mise en place du P.M.S.I. a ainsi permis de générer **la première base de données permanente et médicalisée** au niveau national. Outre sa vocation d'outil d'allocation budgétaire, il est utile à de nombreuses autres fins :

- Il permet de disposer de données sur les types et le volume des pathologies hospitalisées.
- Les bases de données médicalisées propres aux établissements, régionales ou nationales peuvent servir de support à la mise en place de tableaux de bord stratégiques, à l'analyse de flux de patients, qui constituent un outil d'aide aux décisions stratégiques des directions.
- Le P.M.S.I. permet enfin de disposer du coût réel des hospitalisations en France, données essentielles aux études économiques.

Si l'on prend un GHM particulier, auquel est associé dans la base un échantillon de taille suffisante, on dispose non seulement du coût moyen complet, mais également de la décomposition de ce coût en composantes (personnel médical, infirmerie, consommables, actes médico-techniques, restauration, blanchisserie...). Ce sont ces dernières informations qui sont les plus intéressantes en matière d'**études médico-économiques**.

II-Discussion autour de la T2A

Le principe de la T2A et de ses conséquences ont été beaucoup débattus. Le recul suffisant dont la France dispose actuellement vis-à-vis de cet outil a permis la publication d'articles discutant les avantages et les inconvénients de ce dispositif. Par ailleurs, adopté également dans plusieurs pays européens, des publications ont également porté sur les enseignements tirés des expériences étrangères.

Nous vous convions donc à prendre connaissance des deux documents de l'IRDES de 2009 et 2012 ci-joint.

ANNEXE 1

Principes de la tarification à l'activité pour le financement des établissements de santé des secteurs public et privé

Financements directement liés à l'activité

✓ *Les prestations d'hospitalisation*

• Les séjours et soins avec ou sans hébergement,
• Les soins dispensés aux urgences,
• Les prélèvements d'organes,
• Les soins non programmés hors services d'urgence.

Autres financements (dotation)

MISSIONS D'INTERET
GENERAL
ET D'AIDE A LA
CONTRACTUALISATION
(MIGAC)

✓ *Les actes et consultations externes
(ex-DG)*

FORFAITS ANNUELS
URGENCE, PRELEVEMENTS,
TRANSPLANTATIONS