

Systeme d'information hospitalier

Codage de l'information médicale

Financement des établissements de santé

- I. Définition et contenu du dossier médical
- II. Informatisation du dossier médical, biologie, médicaments
- III. Le PMSI
- IV. Codage de l'information médicale dans le PMSI
Court Séjour Public
- V. Calcul d'un tarif : la T2A
- VI. Autour de la T2A et de la facturation

Définition et contenu du dossier médical

Définition du Dossier Médical

- En théorie
 - Ensemble des documents conservés par un médecin ou le service hospitalier qui le traite : données subjectives, données objectives, données interprétatives
 - Les notes personnelles, confidentielles qui appartiennent au seul médecin qui les a prises (famille, travail, vie sentimentale...)
- En pratique, deux organisations très différentes :
 - Soit **dossier patient unique** : 1 patient = 1 grosse enveloppe, conservée par l'établissement
 - Soit superposition de (souvent cliniques privées) :
 - un **dossier séjour** qui appartient à l'établissement (avec les résultats d'examens, comptes-rendus, courriers) → sans historique
 - plusieurs **dossiers patients**, un pour chaque médecin, avec essentiellement les notes personnelles et historique, mais pas de transdisciplinarité.

Utilité du dossier médical

- Principalement assurer la continuité des soins
- Mais aussi
 - Évaluation de l'activité hospitalière
 - Quantitative (médico-économique)
 - Qualitative (accréditation, évaluation des pratiques, IPAQSS...)
 - Information épidémiologique et de santé publique
 - Preuve médico-légale
 - En cas de litige, le médecin devra apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (Art.L1111-2)

Contenu du dossier médical d'un patient hospitalisé (Art. R 710-2-2)

- Informations à l'admission
 - Lettre du médecin
 - Observation :
 - Motifs d'hospitalisation
 - Antécédents et facteurs de risque
 - Conclusions de l'évaluation clinique initiale
 - Prise en charge :
 - Soins et prescriptions à l'entrée
 - Soins et prescriptions lors de la consultation externe ou aux urgences

Contenu du dossier médical d'un patient hospitalisé (Art. R 710-2-2)

- Informations au cours du séjour
 - Observations cliniques
 - Prise en charge
 - Soins, prescriptions
 - Examens complémentaires
 - Dossiers spécifiques
 - Dossier d'anesthésie
 - Compte-rendu opératoire ou d'accouchement
 - Consentement écrit du patient si requis
 - Actes transfusionnels et fiche d'incident transfusionnel
 - Dossier de soins infirmiers
 - Correspondances entre professionnels de santé

Contenu du dossier médical d'un patient hospitalisé (Art. R 710-2-2)

- Informations en fin de séjour
 - Compte rendu d'hospitalisation et lettre de sortie (adressée au médecin traitant)
 - Prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
 - Modalités de sortie (domicile, transfert...)
 - La fiche de liaison infirmière
- Obligations générales
 - Pour toute pièce du dossier
 - Date
 - Identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification ou étiquette)
 - Identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations
 - Prescriptions médicales
 - Date et heure
 - Identité lisible du médecin et signature

Informatisation du dossier médical

Informatisation du dossier médical

- Le dossier prend des formes diverses
 - Papier manuscrit ou imprimé, films radiologiques...
 - Informatisation partielle ou totale, DVD...
- Enjeux de l'informatisation :
 - Apport des données : accélération, centralisation, intégrité, délocalisation
 - Accès aux données : accélération, multiplication (disponibilité) et délocalisation
 - Exploitation : automatisation ou au moins accélération
 - Stockage : diminution du coût, de l'altération avec le temps l'usage ou les accidents, disparition des transports

Informatisation et interopérabilité

- Interopérabilité :
 - capacité d'un système, à fonctionner avec d'autres systèmes existants ou futurs, sans restriction d'accès ou de mise en œuvre
 - Sur 3 champs : physique, syntaxique, sémantique
- Interopérabilité physique :
 - Canal et protocole de communication
 - Exemple : protocole SOAP (XML sur HTTP), port 80, etc.

Informatisation et interopérabilité

- **Interopérabilité syntaxique :**
 - Fait que l'information soit représentée de la même manière.
 - Contrexemple : information comparable mais non interopérable (une transformation est nécessaire) :
 - Base 1 : par patient, date de naissance et date de séjour
 - Base 2 : par patient, âge au début du séjour et mois d'entrée
- **Interopérabilité sémantique :**
 - Fait que l'information soit décrite en utilisant le même vocabulaire
 - Variables quantitatives : même unité
 - Variables qualitatives : même terminologie
 - Contrexemple : information comparable mais non interopérable :
 - Base 1 : « hypertension artérielle »
 - Base 2 : « HTA »

Terminologies

- Permettent de remplacer le vocabulaire :
 - Associent des codes et des libellés
 - Permettent, pour un concept donné, de trouver le code correspondant
 - Contrairement au texte libre, les codes sont sans ambiguïté
- → Support de l'interopérabilité sémantique
- Exemple :
 - Érysipèle = érésipèle = dermo-hypodermite
= A46 en terminologie CIM10

Contenu fréquemment informatisé

- Éléments obligatoirement informatisés (PMSI) :
 - Identité, identité sociale et mouvements du patient
 - Diagnostics médicaux codés
 - Actes médicaux codés
- Éléments souvent informatisés :
 - Résultats de biologie
 - Courriers et comptes-rendus en texte libre
 - Applications métier hétérogènes : urgences, blocs opératoires, anesthésie, serveur d'imagerie, etc.
 - Médicaments prescrits, médicaments administrés
- Éléments exceptionnellement informatisés :
 - Résultats structurés des systèmes de surveillance en réanimation (saturation, scope ECG...)
 - Enregistrements à la volée des DMI (exemple : défibrillateurs implantables...)

Dossier administratif

Femme de 88 ans

Diagnostics

- I10 Hypertension artérielle
- Z8671 Antécédents personnels de cardiopathies ischémiques
- I620 Hémorragie sous-durale non traumatique

Actes

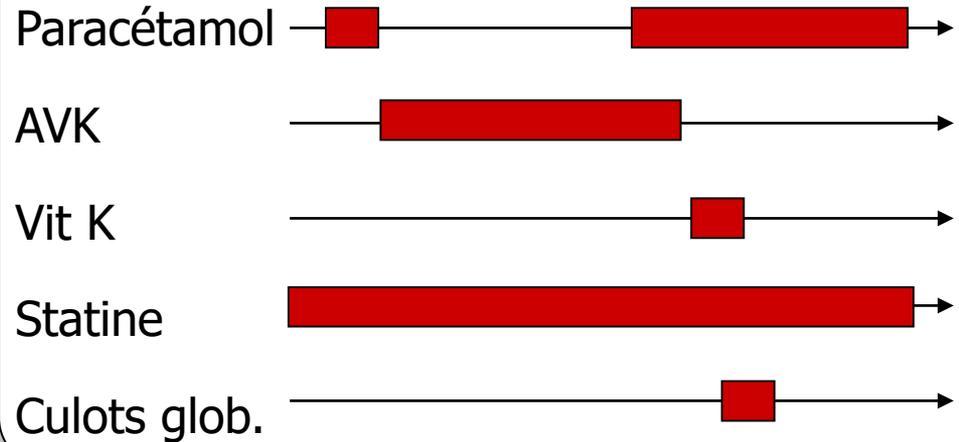
- ABJA002 Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie
- FELF001 Transfusion de concentré de globules rouges

Courriers

Lettre de sortie

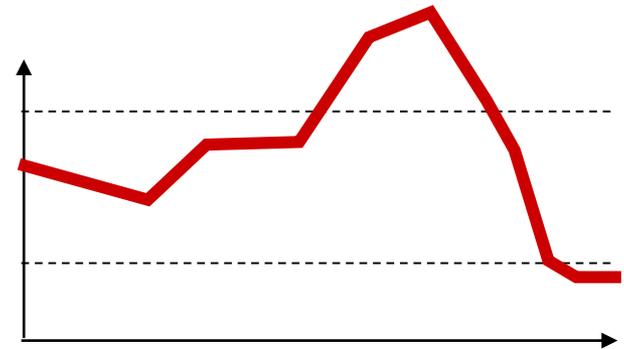
Compte-rendu opératoire

Médicaments

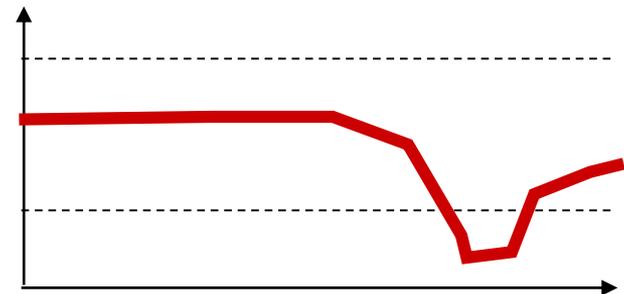


Biologie

INR



Hémo-globine



Contenu fréquemment informatisé dans le dossier médical

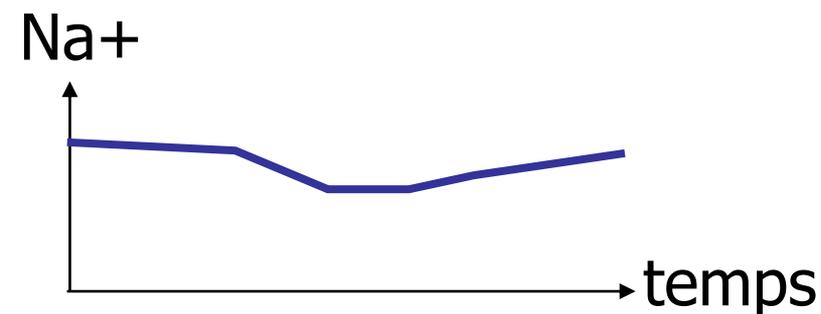
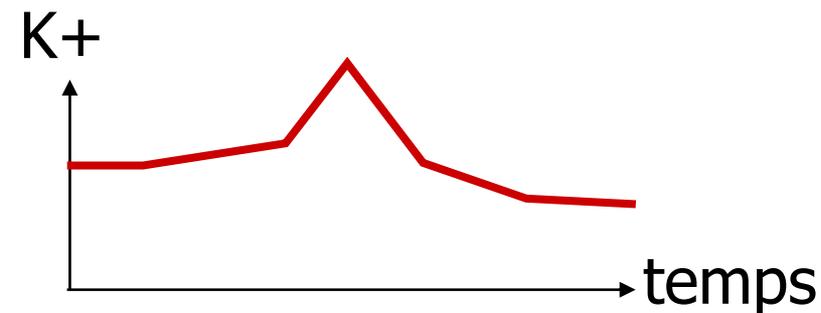
Dans ce cours nous allons présenter :

- Dans cette partie, rapidement :
 - Résultats de Biologie
 - Médicaments
- Dans la partie liée au PMSI :
 - Mouvements des patients
 - Diagnostics médicaux
 - Actes médicaux
- Nous verrons enfin comment le PMSI permet de financer les établissements de santé (T2A)

- Présentation volontairement focalisée sur les établissements de court séjour secteur public (voir éventuellement cours complet sur <http://emmanuel.chazard.org>)

Résultats de biologie

- Biologie : biochimie, hématologie, bactériologie, virologie, immunologie
- Paramètres suivis dans le temps, souvent quantitatifs :

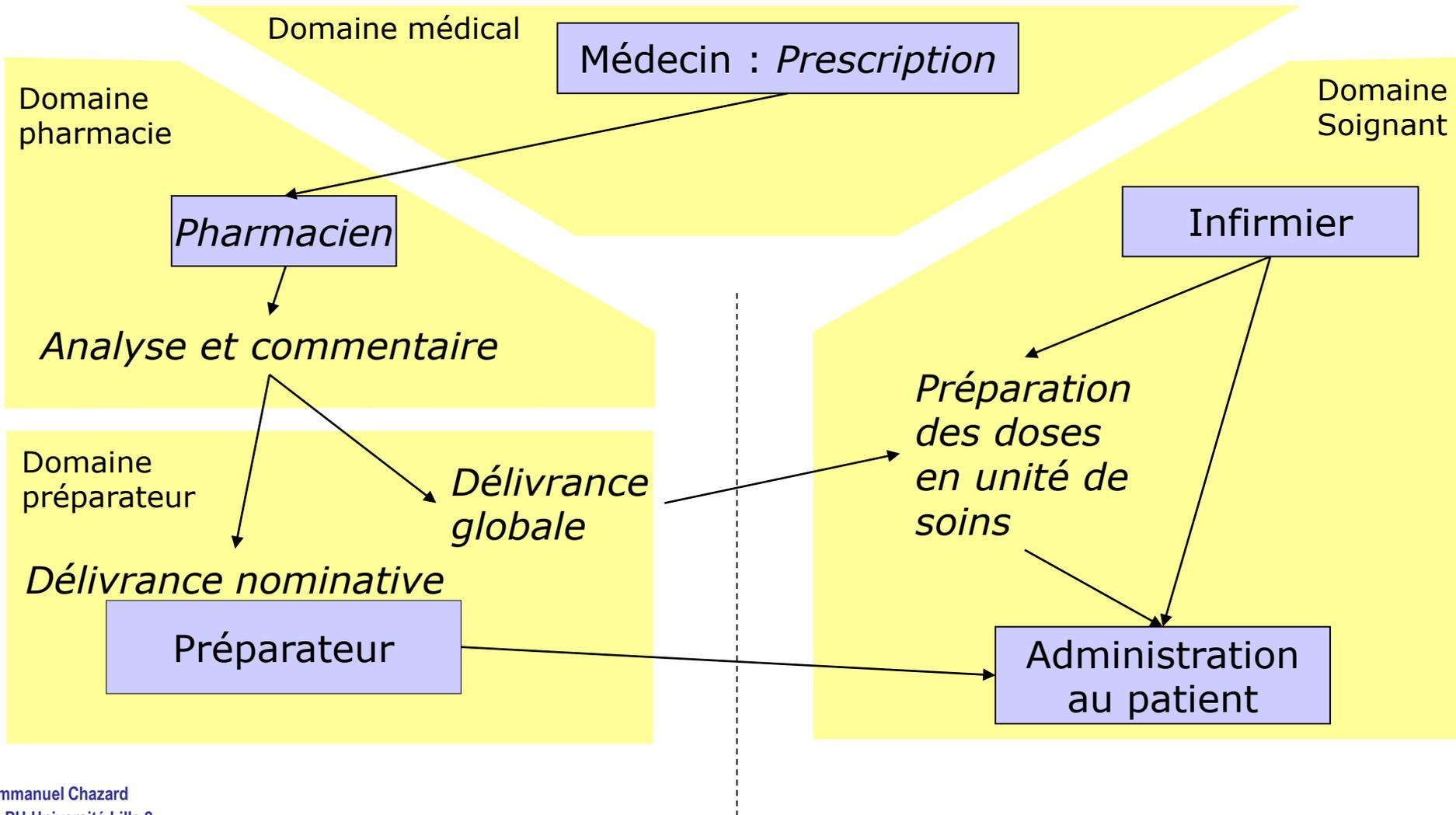


| Id Patient | Type | Date | Valeur |
|------------|------|------------|--------|
| 123 | K+ | 13/02/2011 | 4.3 |
| 123 | K+ | 15/02/2011 | 4.9 |
| 123 | K+ | 16/02/2011 | 5.3 |
| ... | | | |
| 123 | NA+ | 13/02/2011 | 140 |
| 123 | NA+ | 15/02/2011 | 138 |
| 123 | NA+ | 16/02/2011 | 135 |

Résultats de biologie

- Exemples de terminologies pour décrire le type de mesure :
 - LOINC (préférée par le ministère de la santé)
 - IUPAC
 - ...
- Mais la plupart du temps, chaque laboratoire produit sa terminologie maison :
 - Aucune interopérabilité sémantique :
 - Impossibilité de pooler deux hôpitaux
 - Dans un même hôpital, les données sont hétérogènes selon la date de mesure et parfois l'unité de laboratoire
 - Nécessité de produire des mappings *ad hoc*

Circuit du médicament : prescription, délivrance / dispensation, administration



Classifications de médicaments

- Nom commercial (par convention, majuscules)
 - Ex : DAFALGAN®
- DCI Dénomination commune internationale
 - Ex : Paracétamol / Acetaminophen
- Classifications diverses
 - dont la classification ATC
 - ATC = Anatomical Therapeutic and Chemical classification
 - Contient des codes, et une hiérarchie principalement basée sur l'indication thérapeutique

Exemple de l'aspirine dans la classification ATC

A alimentary tract and metabolism

- ↪ A01AD other agents for local treatment
 - ↪ A01AD05 ...aspirin...

B blood and blood forming organs

- ↪ B01AC platelet aggregation inhibitors
 - ↪ B01AC06 ...aspirin...

C cardiovascular system

- ↪ C10BX (...) other combinations
 - ↪ C10BX01 & C10BX02 ...aspirin...

M musculo-skeletal system

- ↪ M01BA anti-inflammatory
 - ↪ M01BA03 ...aspirin...

N nervous system

- ↪ N02BA salicylic acid and derivatives
 - ↪ N02BA01, N02BA51, N02BA71 ...aspirin...

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, PMSI

Historique du PMSI court séjour

- Aux USA :
 - Diagnosis Related Groups (DRG) 1967-1987, Pr. Fetter
 - Expérience de classification des séjours en groupes homogènes
- En France :
 - PMSI = « programme de médicalisation des systèmes d'information »
 - Loi de 1991 portant réforme hospitalière
 - « ... les établissements de santé, publics et privés, procèdent à l'analyse de leur activité [...] ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins... »

Clarification préalable... activités d'hospitalisation en France

| Champ hospitalisation | Champ PMSI ? | Tarification |
|--|--------------|-------------------------|
| MCO Médecine Chirurgie Obstétrique Court séjour | OUI | T2A sur la base des GHS |
| HAD Hospitalisation à domicile | OUI | T2A HAD |
| SSR Soins de Suite et de Réadaptation Moyen Séjour | OUI | Pas de T2A (imminente) |
| Psychiatrie | OUI (RIMP) | Pas de T2A (future VAP) |
| SLD Soins de Longue durée Long séjour | NON | Pas de T2A |

Clarification préalable ...

soins externes = « secteur ambulatoire » (dans la définition économie de la santé)

- Cela inclut tout ce qui n'est pas hospitalisation :
 - Les consultations externes et les actes reliés
 - Selon leur durée et leur nature, certaines prises en charge aux urgences qui sont assimilées à des consultations
 - Pour comparaison, les consultations « de ville »
- Cela exclut les SEJOURS en lits ou places, dont en particulier :
 - Les hôpitaux de jour
 - La « chirurgie ambulatoire » :
chirurgie en hospitalisation avec `date_entrée = date_sortie`
 - Les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, transfusion, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine)
 - Certaines prises en charge aux urgences
 - L'hospitalisation à domicile, qui est une hospitalisation

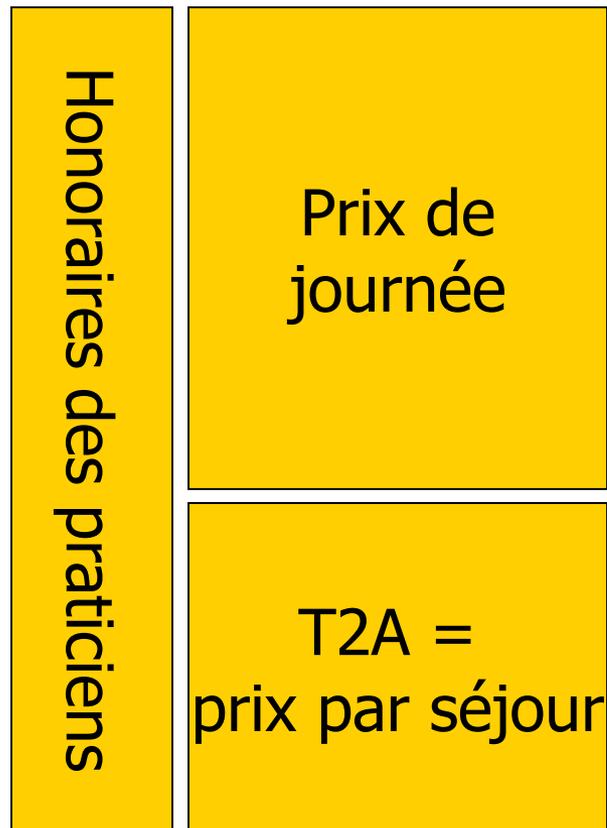
Clarification préalable...

Exclus de la T2A

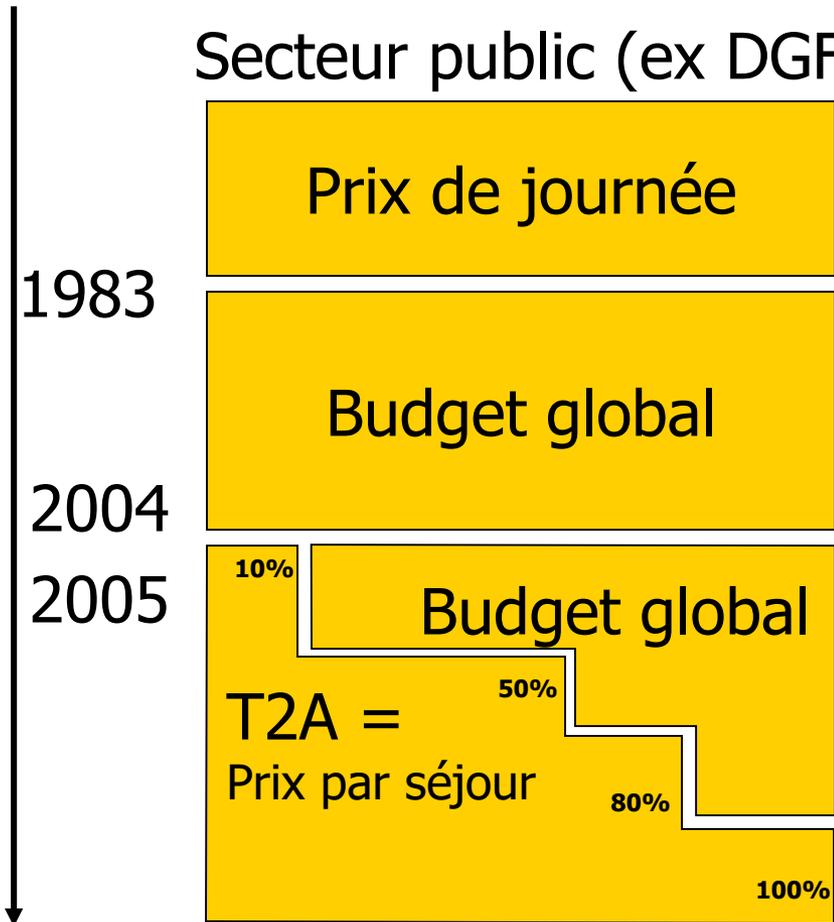
- Les éléments du PMSI permettent de financer les établissements à l'activité :
T2A = tarification à l'activité
- Les missions spécifiques sont exclues du champ de la T2A et financées en sus :
 - MIGAC
missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 - MERRI
missions d'enseignement recherche référence et innovation

Historique des modes de financement en hospitalisation : exemple du court séjour MCO

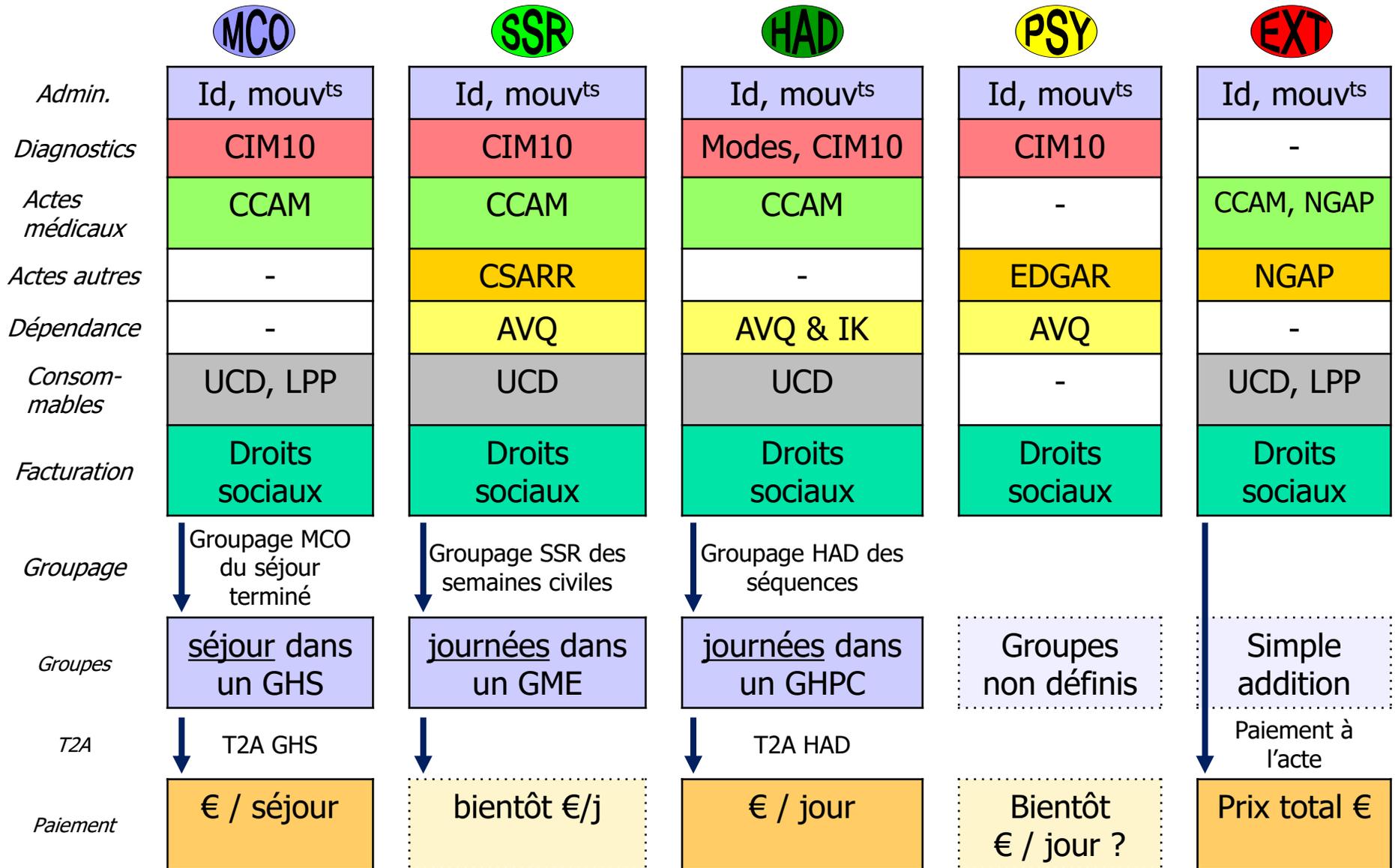
Secteur privé (ex OQN)



Secteur public (ex DGF)



Le recueil d'information



Codage de l'information dans le cadre du PMSI court séjour public

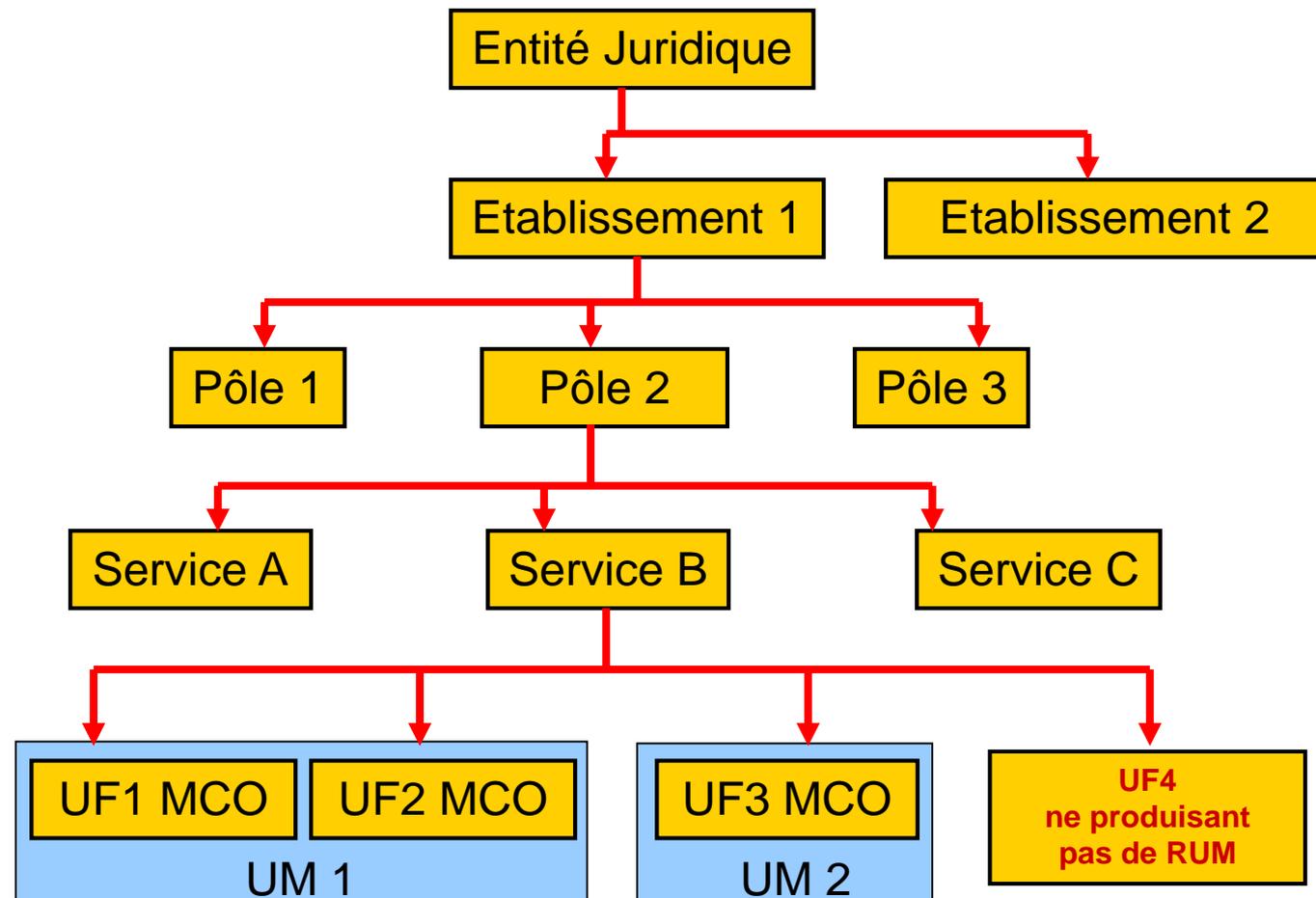
Résumé, fil conducteur PMSI MCO

- Les unités médicales codent les RUM
- Chaque RUM contient :
 - Des informations administratives
 - Des diagnostics codés en CIM10
 - Des actes codés en CCAM
- Les RUM sont ensuite chaînés. L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjours) au séjour.

Notions de structure, découpage des établissements

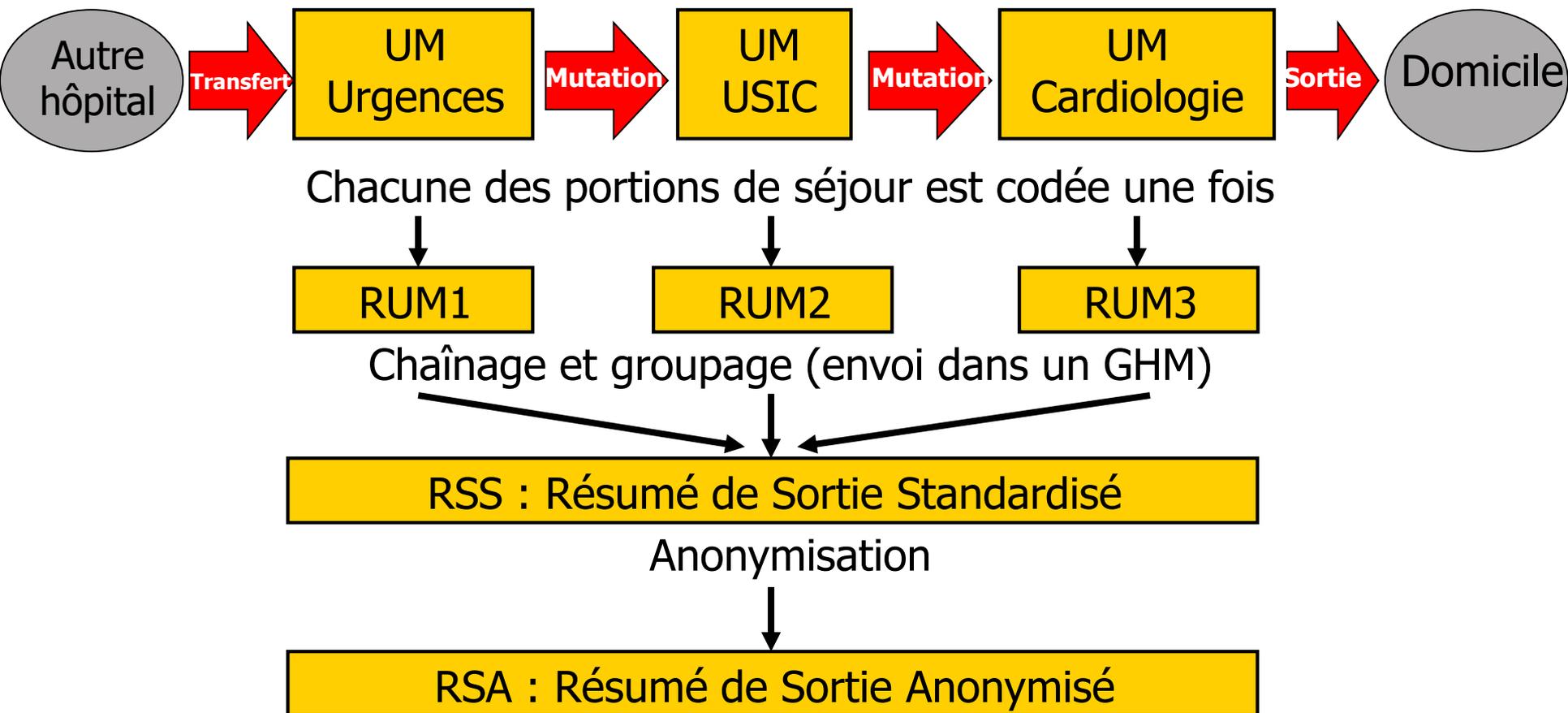
- Pôles
 - Au centre de la nouvelle gouvernance (plan hôpital 2007)
- Services
 - Groupe d'UF
- Unités Fonctionnelles
 - La plus petite unité, traditionnellement « un couloir »
 - Un lieu, une activité, une responsabilité (ex: consultation, « ambulatoire », hospitalisation complète...)
- Unités Médicales
 - Activité médicale homogène. Si découpage bien pensé, 1 UM = 1 UF. Mais le plus souvent, une UM contient une ou plusieurs UF.
 - Niveau de rendu de l'information médicale : l'UM d'hébergement produit les RUM
 - Les UF n'hébergeant pas le patient ne produisent pas de RUM
 - L'UM porte les autorisations spécifiques (réa, dialyse...)

Notions de structure, découpage des établissements



Information médicale produite par les UM : liée à l'hébergement du patient

Du séjour aux fichiers



Du séjour aux fichiers

- RUM = résumé d'unité médicale
 - codé à chaque passage dans une unité médicale
- RSS = résumé de sortie standardisé
 - Un seul par séjour : seul un séjour achevé peut être codé.
 - Chaînage = mise bout à bout des RUM du séjour
 - Groupage = affectation du séjour dans un GHM (Groupe Homogène de Malades)
- RSA = résumé de sortie anonymisé
 - Version anonyme du RSS
 - Participe au calcul du financement
 - Participe à « la base régionale » et « la base nationale »
- Attention à bien différencier :
 - TRANSFERT : relation avec un autre établissement
 - MUTATION : abusivement appelée « transfert interne »

Résumé, fil conducteur PMSI MCO

- Les unités médicales codent les RUM
- Chaque RUM contient :
 - Des informations administratives
 - Des diagnostics codés en CIM10
 - Des actes codés en CCAM
- Les RUM sont ensuite chaînés. L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjours) au séjour.

L'information administrative

- Identité du patient :
 - IEP = identifiant de l'épisode (séjour)
 - IPP = identifiant permanent du patient
 - Démographie de base : âge, sexe, code postal
- Identité sociale du patient :
 - Régime de sécurité sociale
 - Taux de prise en charge, CMU, ALD, AME, etc.
 - Couverture complémentaire
- Mouvements du patient :
 - Dates et modes d'entrée, de sortie
 - Enchaînement des étapes du séjour

Résumé, fil conducteur PMSI MCO

- Les unités médicales codent les RUM
- Chaque RUM contient :
 - Des informations administratives
 - Des diagnostics codés en CIM10
 - Des actes codés en CCAM
- Les RUM sont ensuite chaînés. L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjours) au séjour.

Codage des diagnostics en CIM 10



- Origine = OMS
 - Première version en 1893
 - Version 10 en 1994, mais révisions depuis
 - Nombreuses modifications par ATIH et PERNNS : modifications des libellés, codes interdits, extensions de codes imprécis
 - ~39 000 codes
- Difficultés pour le codage et surtout les requêtes
 - Peu d'homogénéité linguistique
 - Règles de codage complexes
 - Patients complexes avec pathologies intriquées
 - Problème du choix du diagnostic principal du RUM

Codage des diagnostics en CIM 10



- L'encodage est difficile : *réalité* -> *CIM10*
 - Difficulté pour trouver le bon code
 - Difficulté pour ordonner les codes (guides méthodologiques complexes)
- Mais l'exploitation du codage est encore plus difficile : *CIM10* -> *réalité* (requêtes)
 - Plusieurs codes peuvent décrire le même état pathologique (abord étiologique, physiopathologique, clinique, précision libre...)
 - Polymorphisme licite : il faut tenir compte de la diversité de choix et d'agencement malgré le respect des règles
 - Polymorphisme illicite : garder à l'esprit que les codeurs connaissent mal les règles, en tenir compte !

Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



- 4 types de diagnostics CIM10 :
 - DP Le diagnostic principal {1}
 - problème de santé qui, a posteriori, a motivé l'admission du patient dans l'UM. Si plusieurs possibles, c'est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins
 - *(avant 2009, motif qui a mobilisé le plus grand effort de soins)*
 - DR Le diagnostic relié {0;1}
 - Seulement lorsque le DP commence par Z
 - Maladie chronique ou état permanent éventuellement en rapport avec le DP
 - DAS Les diagnostics associés significatifs {0-n}
 - Tout autre diagnostic d'actualité
 - DAD Les diagnostics associés documentaires {0-n}
 - Problèmes passés, codes non exportés

Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



- Monsieur A vient pour douleur thoracique, on diagnostique un infarctus du myocarde
 - DP = I21.1 - Infarctus transmural aigu du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge non précisée
- Monsieur B vient pour douleur thoracique, on suspecte un infarctus du myocarde mais on ne trouve rien
 - DP = Z03.4 - Mise en observation pour suspicion d'infarctus du myocarde
 - DAS = R07.4 - Douleur thoracique, sans précision
- Venu pour une appendicite, monsieur C fait une embolie pulmonaire durant le séjour
 - DP = K35.9 - Appendicite aiguë, sans précision
 - DAS = J80 - Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
I26.9 - Embolie pulmonaire

Codage des diagnostics CIM 10 en MCO



- Monsieur D vient pour prise en charge initiale d'un cancer de la prostate
 - DP = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour séance d'irradiation de son cancer de la prostate
 - DP = Z5101 - Séance d'irradiation
 - DR = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour un bilan post-chirurgical
 - DP = Z080 - Examen de contrôle après traitement chirurgical d'une tumeur maligne
 - DR = C61 - Tumeur maligne de la prostate
- Monsieur D revient pour une appendicite
 - DP = K35.9 - Appendicite aiguë, sans précision
 - DAS = C61 - Tumeur maligne de la prostate

Résumé, fil conducteur PMSI MCO

- Les unités médicales codent les RUM
- Chaque RUM contient :
 - Des informations administratives
 - Des diagnostics codés en CIM10
 - Des actes codés en CCAM
- Les RUM sont ensuite chaînés. L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjours) au séjour.

Codage des actes médicaux en CCAM

- Terminologie purement française, depuis 2003. Beau travail linguistique et médical. 8300 codes.
- Ne concerne que les actes :
 - Réalisables uniquement par des médecins, tant diagnostiques que thérapeutiques
 - Validés par la Haute Autorité en Santé
- Utilisation double :
 - En hospitalisation : pour décrire l'activité
 - Public comme privé
 - Le tarif n'est pas pris en compte mais l'acte participe au groupage (GHM)
 - Remplace le CdAM (catalogue des actes médicaux)
 - Pour la facturation des honoraires des praticiens
 - En secteur ambulatoire public et privé et en secteur hospitalier privé
 - Facturation au tarif du code, mais via des « codes de regroupement »
 - Remplace la NGAP pour les actes (nomenclature générale des actes pro.)
- Univoque : une seule manière de coder chaque acte, description du geste et non de la pathologie (sauf si elle détermine le geste)

Codage des actes médicaux en CCAM

- Ex 1 : appendicectomie par abord iliaque sous anesthésie générale

| Code | Phase | Activité | Libellé |
|---------|-------|----------|---|
| HHFA001 | 0 | 1 | Appendicectomie avec abord par la fosse iliaque |
| HHFA001 | 0 | 4 | Anesthésie pour appendicectomie avec abord par la fosse iliaque |

- Ex 2 : scanner cérébral sous anesthésie générale (patient psychiatrique)

| Code | Phase | Activité | Libellé |
|---------|-------|----------|---|
| ACQH001 | 0 | 1 | Scanographie du crâne avec injection intrathécale de produit de contraste |
| ZZLP025 | 0 | 4 | Anesthésie générale ou loco-régionale complémentaire de niveau 1 |

Résumé, fil conducteur PMSI MCO

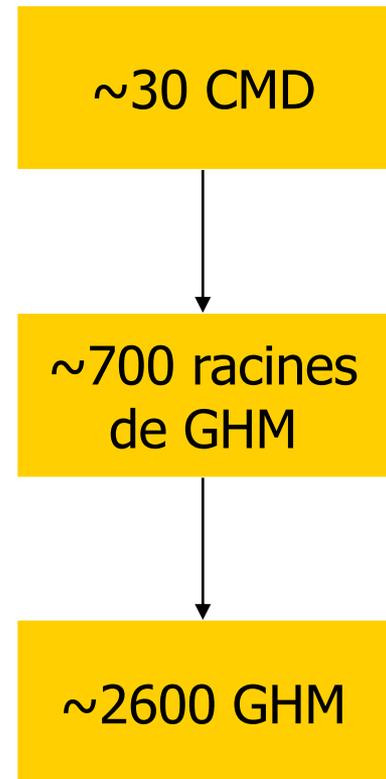
- Les unités médicales codent les RUM
- Chaque RUM contient :
 - Des informations administratives
 - Des diagnostics codés en CIM10
 - Des actes codés en CCAM
- Les RUM sont ensuite chaînés. L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjours) au séjour.

Chaînage des RUM en un seul RSS (séjour)

- Regroupement :
 - Tous les RUM portant le même numéro de séjour
- Contrôle :
 - Cohérence enchaînement des dates
 - Cohérences enchaînement des modes d'entrées et sorties
 - Cohérence des informations supposées constantes (sexe, code postal...)
- Agrégation :
 - Addition des actes CCAM
 - Addition des diagnostics CIM10
 - Un des DP des RUM devient le DP du RSS (algorithme complexe)
- Le RSS ainsi obtenu est soumis à l'algorithme de groupage

Le groupage en très bref

- Le groupage s'effectue en trois étapes
- Tout d'abord, le séjour est classé dans une des 29 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) suivantes :
 - CMD 28 Séances
 - CMD 27 Transplantations d'organes
 - CMD 26 Traumatismes multiples graves
 - CMD 25 Infections VIH
 - CMD 01 Affections du système nerveux
 - CMD 02 Affections de l'oeil
 - CMD 03 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
 - ...
- Puis un algorithme complexe oriente le séjour dans une des 669 racines de GHM
- Puis dans un des 2588 Groupe Homogène de Malades (GHM) différents

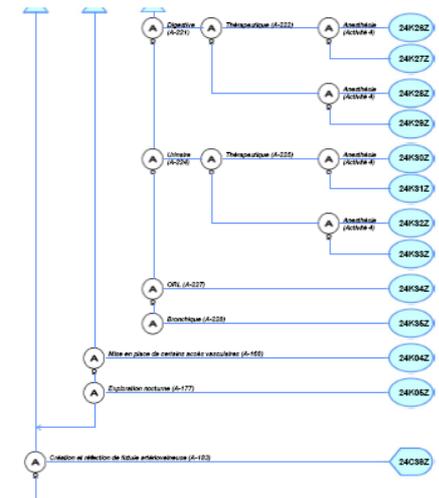


Les racines des Groupes Homogènes de Malades

- L'orientation vers une racine de GHM utilise les diagnostics, les actes (dits classants), l'âge, le fait de décéder...
- L'ensemble de l'activité est ainsi décrit par seulement 669 racines différentes.

Exemples :

- 27C02_ Transplantations hépatiques
- 01C03_ Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans
- 01M04_ Méningites virales
- 28Z04_ Hémodialyses en séances



Dénomination des GHM et des racines de GHM

Exemple :

- Racine de GHM **01C03_**
Craniotomies pour traumatisme , âge>17 ans [tous niveaux]
- GHM **01C031**
Craniotomies pour traumatisme, âge>17 ans, niveau 1

01

| CMD/CM |
|-----------------------------------|
| Catégorie majeure (de diagnostic) |

C

| Type de GHM |
|----------------------------------|
| C : chirurgical |
| K : acte classant non opératoire |
| M : médical |
| Z : indifférencié |
| H : erreur |

03

| Numéro |
|---------------------|
| Compteur quelconque |

1

| Complexité |
|-----------------------------|
| 1-4 : 4 niveaux de sévérité |
| A-D : 4 niveaux de sévérité |
| Z : non segmenté |
| J : activité ambulatoire |
| T : très courte durée |
| E : avec décès |

Les Complications et Morbidités Associées (CMA)

- Définitions :
 - Ce sont des diagnostics associés significatifs entraînant une augmentation significative du coût ou de la durée d'un séjour. IL FAUT DONC LES CODER AU MIEUX.
 - Complications = en rapport avec la pathologie ou le traitement
 - ex : désunion de plaie opératoire
 - Morbidité associée = pathologie intercurrente
 - ex : anémie falciforme connue chez un patient venant pour appendicite
 - Abus de langage : « comorbidités associées »
 - pléonasme et omission du concept de complication
- Positions dans l'algorithme
 - Les CMA font partie de la ramification terminale, après affectation dans une racine de GHM
 - Ce ne sont pas les seules conditions d'accès à un GHM complexe
 - Certaines racines de GHM ne sont toutefois pas segmentés

La Tarification A l'Activité, T2A : du codage PMSI aux recettes sonantes et trébuchantes...

Du GHM aux recettes : l'arrêté tarifaire

- Considérez que GHM et GHS (GH de séjours) signifient la même chose
- Le séjour sera payé au montant du GHS dans lequel il est groupé.
- Le tarif du GHS est forfaitaire. Toutefois, modulation possible pour les durées de séjour extrêmes :
 - Minoration pour les séjours très courts
 - Majoration pour les séjours très longs

La construction des tarifs : l'échelle nationale des coûts (ENC)

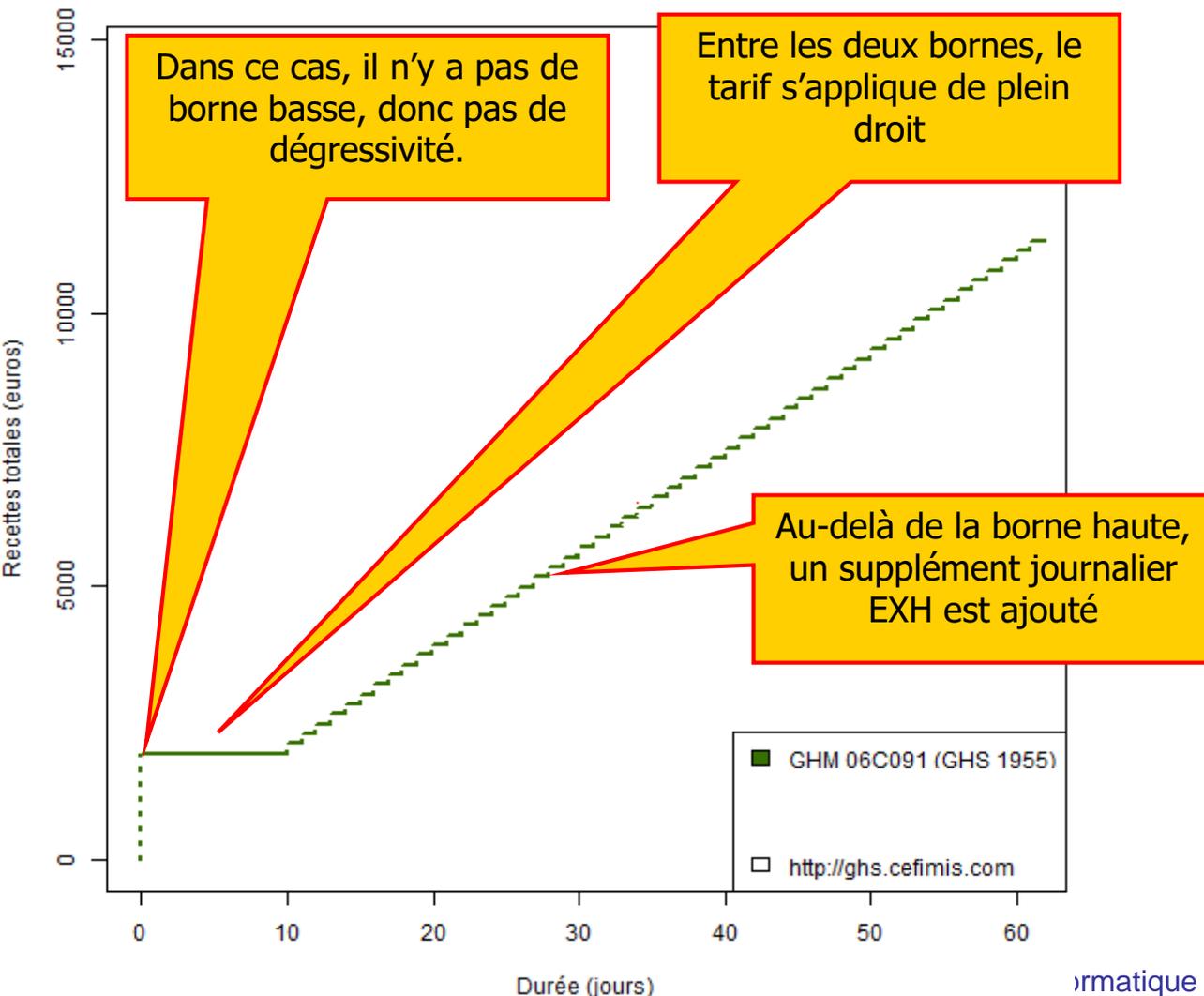
- Enquête menée tous les ans sur une cinquantaine d'établissements volontaires
- Travail de comptabilité analytique
- Détermination du détail des coûts imputables à chaque séjour
- Agrégation de ces coûts par GHS
- L'échelle nationale des tarifs est calculée entre autres à partir des coûts déterminés par l'ENC
- ENCC : ENC à méthodologie commune public/privé

Concrètement, effet conjoint de la durée et des CMA

- Exemple concret :
 - Patient venant pour une appendicite aiguë non compliquée (K35.9, diagnostic d'entrée en CMD 6)
 - On réalise une appendicectomie par voie iliaque (HHFA001, liste A047)
 - L'âge est de 20 ans
 - Le patient ne décède pas
- Testons toutes les durées (tarifs 2015 ex-DGF) :
 - Pas de séquelle notable
 - Avec une CMA de niveau 2 : *G82.1 Paraplégie spastique*
 - Avec une CMA de niveau 3 : *G82.0 Paraplégie flasque*
 - Avec une CMA de niveau 4 : *G82.3 Tétraplégie flasque*

Patient sans CMA

| GHS | GHM | Libellé | Borne haute | Tarif | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9 | 1 930,13 | 180,78 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15 | 3 291,58 | 157,71 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27 | 5 184,11 | 222,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49 | 10 086,00 | 382,54 |



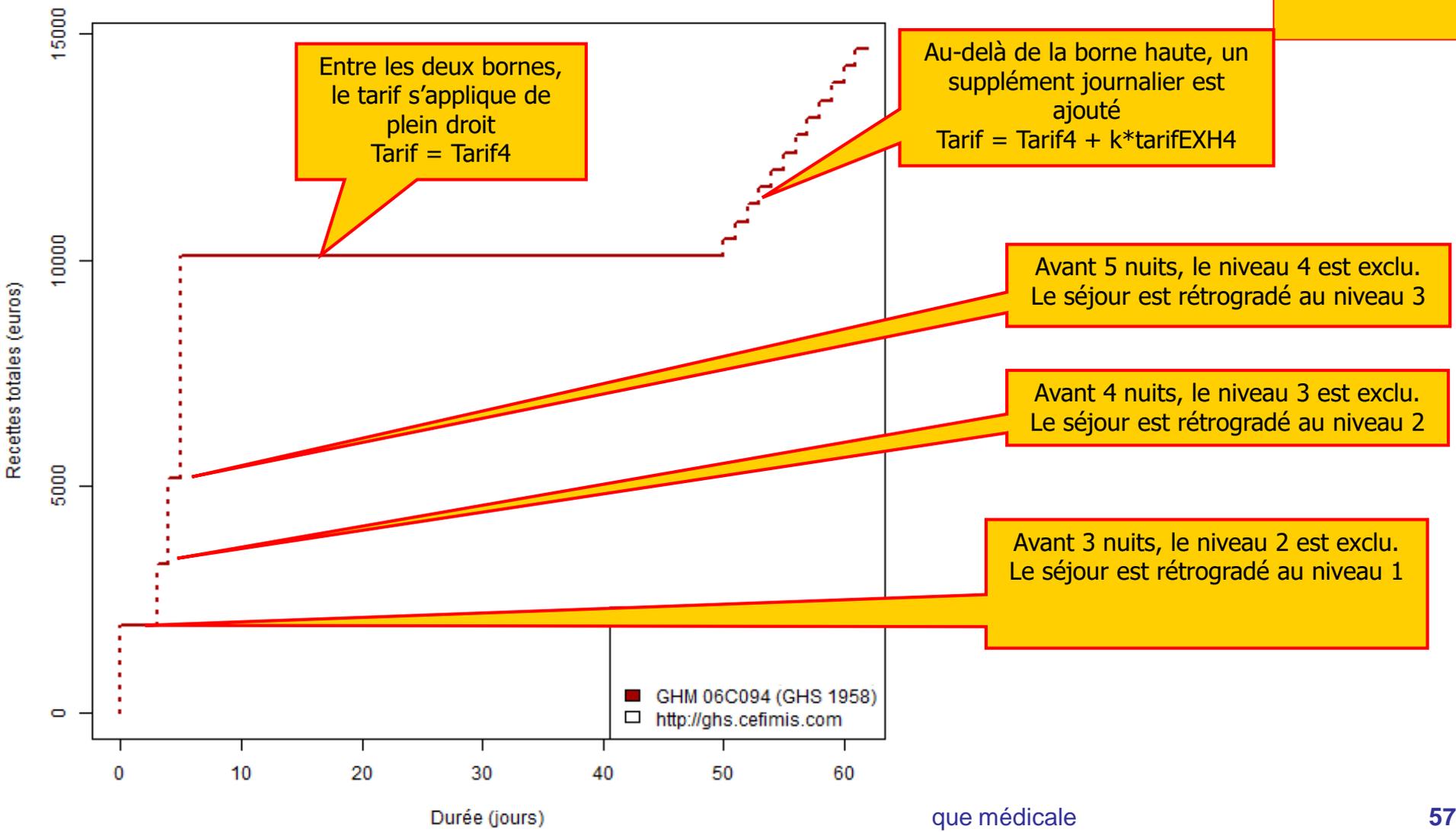
Recettes totales (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

GHM 06C091,
tarifs ex-DGF mars 2015
GHM v11g

NB : dans cet exemple, il n'y a aucune borne basse sur ces GHM, afin de ne pas pénaliser les prises en charge ambulatoires.

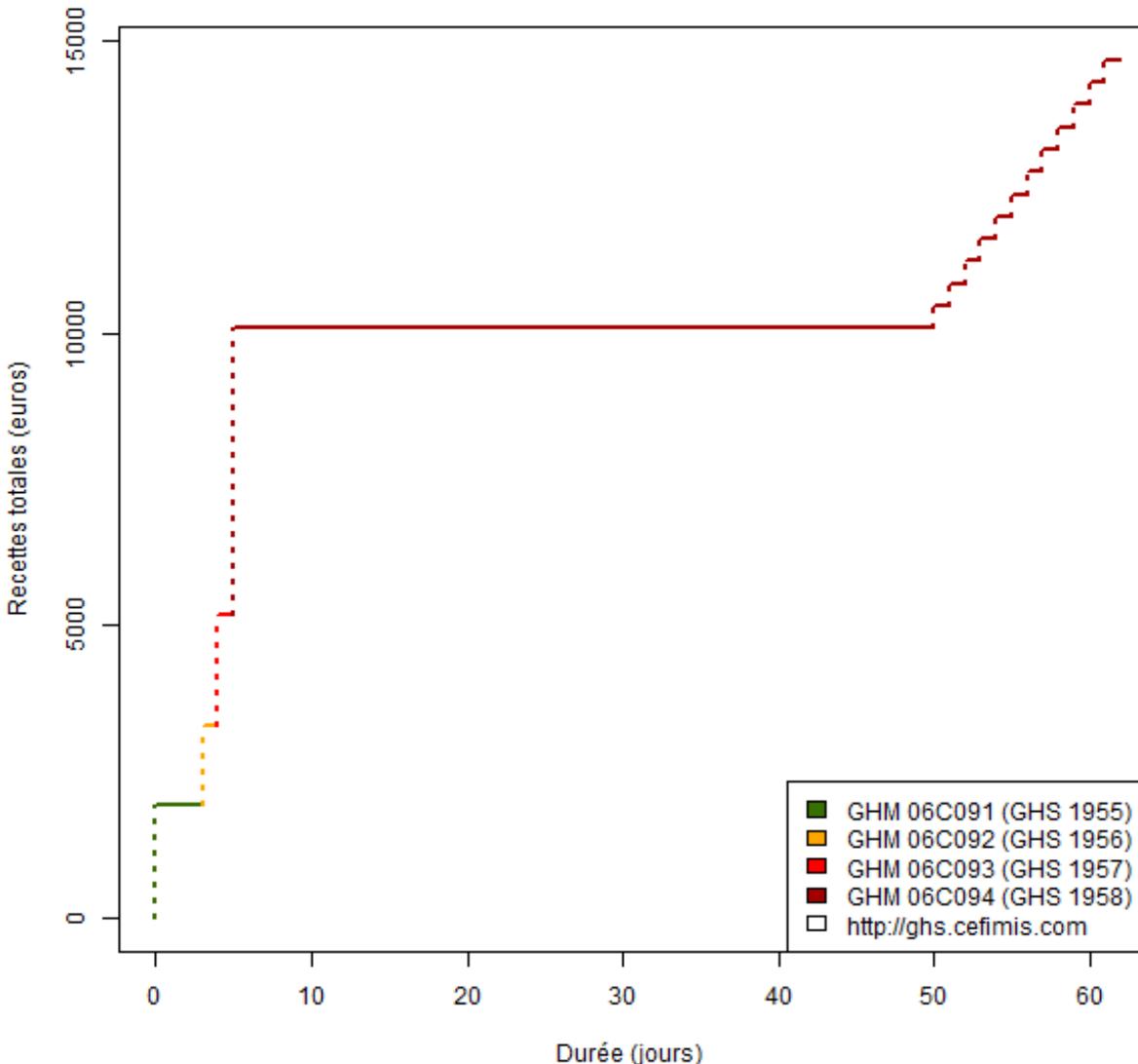
Patient
avec
CMA de
niveau 4

| GHS | GHM | Libellé | Borne haute | Tarif | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9 | 1 930,13 | 180,78 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15 | 3 291,58 | 157,71 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27 | 5 184,11 | 222,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49 | 10 086,00 | 382,54 |



Patient avec CMA de niveau 4

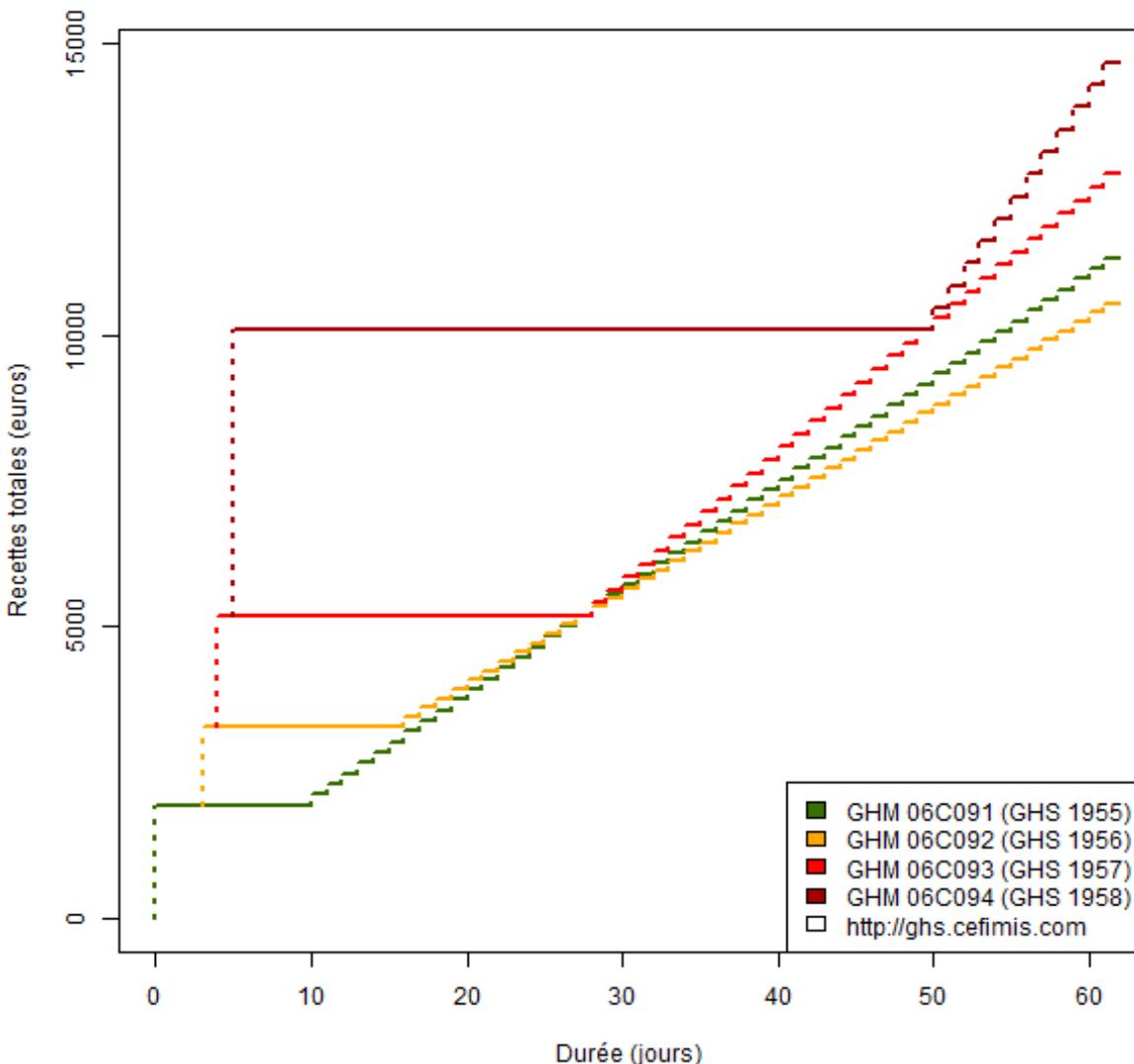
| GHS | GHM | Libellé | Borne haute | Tarif | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9 | 1 930,13 | 180,78 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15 | 3 291,58 | 157,71 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27 | 5 184,11 | 222,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49 | 10 086,00 | 382,54 |



A codage identique, selon la durée du séjour, on peut obtenir plusieurs GHM différents !

Superposition de tous les cas de figure

| GHS | GHM | Libellé | Borne haute | Tarif | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9 | 1 930,13 | 180,78 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15 | 3 291,58 | 157,71 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27 | 5 184,11 | 222,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49 | 10 086,00 | 382,54 |



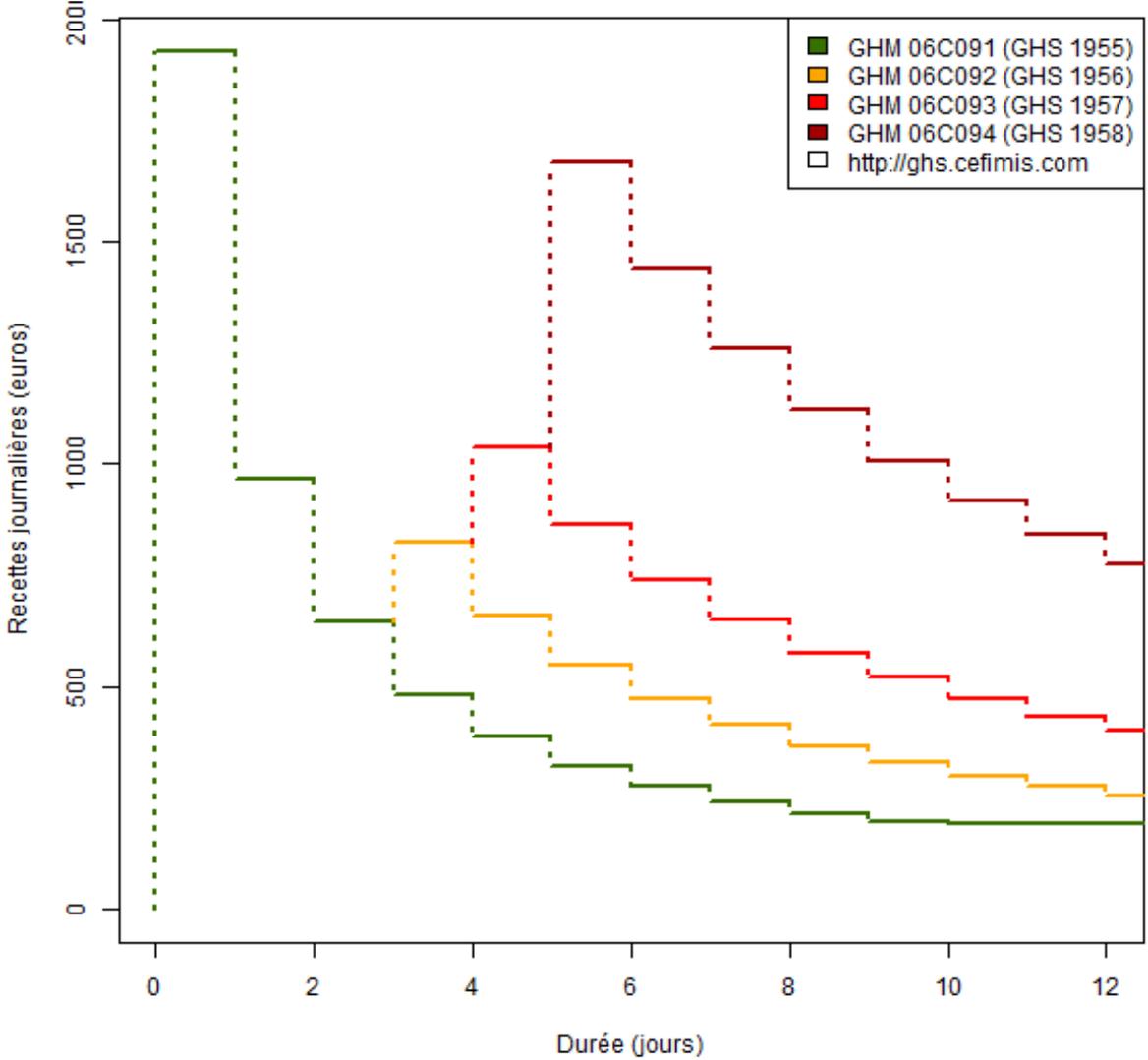
Recettes totales (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

Tous les GHM 06C09*, Appendicectomies non compliquées
tarifs ex-DGF mars 2015
GHM v11g

→ Toutes les courbes sur <http://ghs.cefimis.com>

| GHS | GHM | Libellé | Borne haute | Tarif | Tarif EXH |
|------|--------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 9 | 1 930,13 | 180,78 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 15 | 3 291,58 | 157,71 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 27 | 5 184,11 | 222,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 49 | 10 086,00 | 382,54 |

Tous cas de figure
 –
 prix par journée



Recettes journalières (€) en fonction de la durée de séjour (jours)

Tous les GHM 06C09*, Appendicectomies non compliquées
 tarifs ex-DGF mars 2015
 GHM v11g

→ Toutes les courbes sur <http://ghs.cefimis.com>

Et dans le secteur ex-OQN ?

- La mécanique est similaire, mais les tarifs nettement plus faibles

| GHS | GHM | Libellé | Tarif ex-DGF | Tarif ex-OQN |
|------|--------|--------------------------------|--------------|--------------|
| 1955 | 06C091 | App. non compliquées, niveau 1 | 1 930,13 | 981,68 |
| 1956 | 06C092 | App. non compliquées, niveau 2 | 3 291,58 | 1 496,15 |
| 1957 | 06C093 | App. non compliquées, niveau 3 | 5 184,11 | 2 724,81 |
| 1958 | 06C094 | App. non compliquées, niveau 4 | 10 086,00 | 4 294,44 |

- Les honoraires des praticiens sont payé en plus (et le praticien reverse des loyers et commissions à la clinique) :
 - L'acte HHFA001 du chirurgien : 176,79 €
 - L'acte HHFA001 de l'anesthésiste : 78,49 €
 - La radio de l'abdomen ZCQK002 : 19,95 €
 - L'examen anatomo-pathologique ZZQP188 : 33,60 €

Du groupage au tarif

- D'après le fichier de RSA pour chaque séjour on additionne :
 - Le tarif du GHS
 - avec majoration des séjours extrêmes hauts
 - avec minoration des séjours extrêmes bas
 - Certains suppléments journaliers en fonction du nombre de jours passés dans des UM spécifiques
 - Suppléments réanimation, soins intensifs, surveillance continue (lourde ou non), néonatalogie 1/2/3, réanimation pédiatrique.
 - Actes supplémentaires intercurrents réalisés en hospitalisation, non pas liés au séjour lui-même, mais aux besoins que le patient avait déjà avant de venir
 - Séances de dialyse (hormis séjours d'insuffisance rénale)
 - Séances de radiothérapie (hormis séjours de cancérologie)
- Mais certains éléments seront pris en compte dans FICHCOMP : molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables

Suppléments journaliers REA / STF / SRC en bref...

- Suppléments journaliers attribués en plus du tarif du GHS
- Pour chaque journée passée dans certaines unités

Tarifs

| CODE | LIBELLÉ | Public 2015 | Privé 2015 |
|------|--|-------------|------------|
| REP | Supplément de réanimation pédiatrie | 911.20 € | 743.16 € |
| REA | Supplément réanimation | 803.92 € | 634.88 € |
| STF | Supplément soins intensifs | 402.44 € | 317.43 € |
| SRC | Supplément surveillance continue | 321.95 € | 253.95 € |
| NN1 | Supplément néonatalogie | 303.73 € | 250.20 € |
| NN2 | Supplément néonatalogie avec soins intensifs | 455,59 € | 376.04 € |
| NN3 | Supplément réanimation néonatale | 911.20 € | 743.16 € |

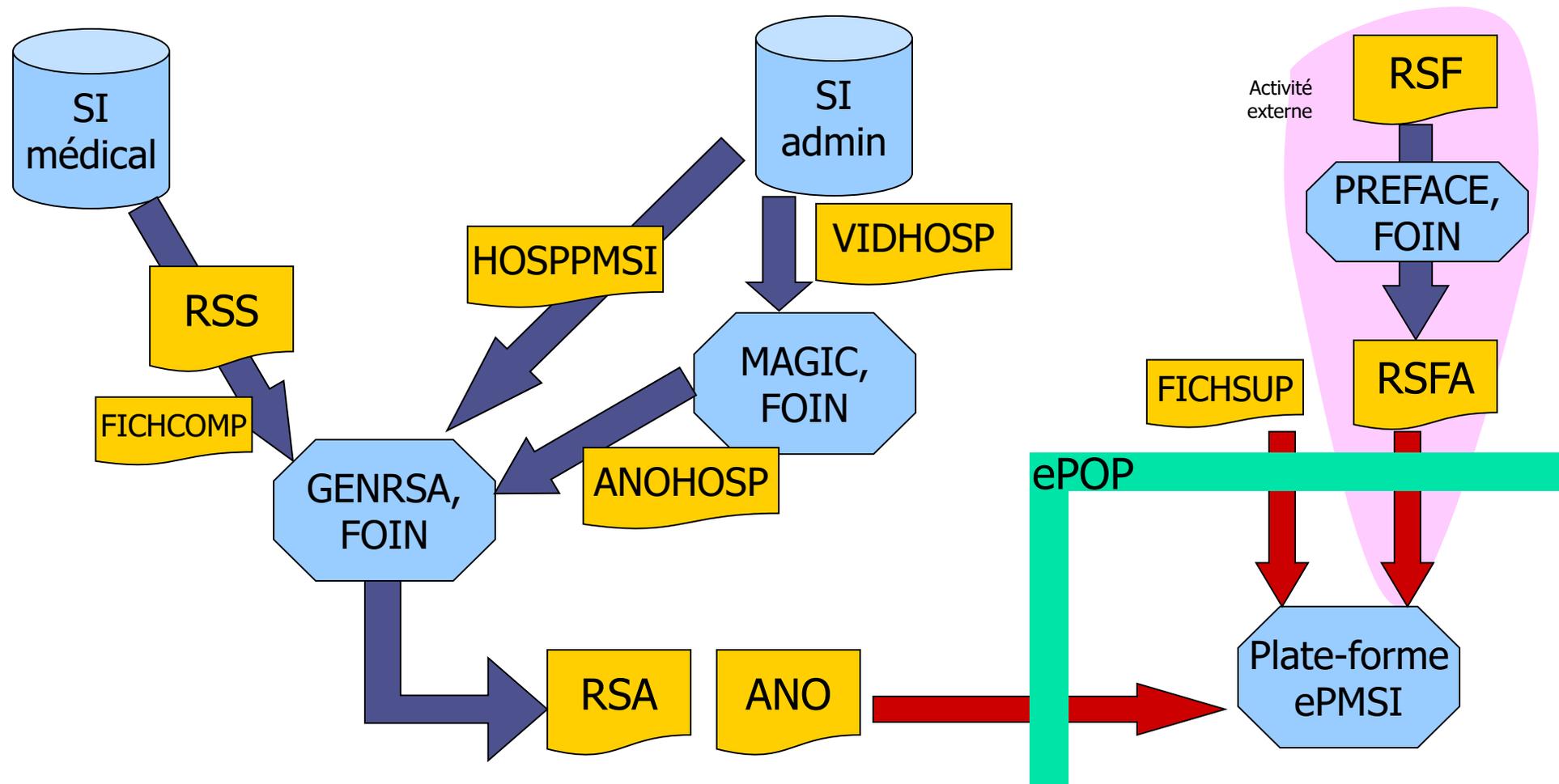
Dispositifs médicaux implantables et Molécules onéreuses

- Les DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
prothèses, agrafes...
- Les MON : Molécules Onéreuses
antifongiques, chimiothérapie anticancéreuse...
- Ces éléments sont recensés par les Échelles Nationales des Coûts
- Dans le PMSI : recueillis systématiquement
- Dans la T2A : payés quasiment au coût réel

L'anonymisation des RSS en RSA et l'export

- Les informations suivantes sont supprimées :
 - Directement nominatives : identité, IEP, IPP, numéro de SS...
 - Indirectement nominatives : dates de séjour, date de naissance, parcours détaillé dans l'établissement...

Émission des fichiers MCO public STC



Autour de la T2A et de la facturation hospitalière

- I. Droits du patient et taux de prise en charge
- II. Envois cumulatifs
- III. FICHSUP, FICHCOMP
- IV. Convergence tarifaire
- V. Contrôle externe

Émission des fichiers et jointure médico-administrative

- Fusion sur la base du numéro d'IEP (identifiant de l'épisode) entre :
 - Les données du PMSI (RSS)
 - L'épisode administratif
 - L'identité sociale du patient
- Conséquences : paiement du séjour par les assurances sociales, en fonction des droits du patient.
- 3 exemples de situations détaillées ci-après.
- Quelques sigles :
 - PEC=prise en charge
 - AM=Assurance Maladie (de la Sécurité Sociale)
 - CMU=Couverture Maladie Universelle

Émission des fichiers et jointure médico-administrative

- 1- patient assuré social : mécanisme d'assurance
 - Paiement par l'AMSS au taux réel de PEC du patient :
 - 80% (pour les séjours) si assuré social non exonéré du ticket modérateur
 - 100% si assuré social exonéré du ticket modérateur, ex :
 - CMU complémentaire
 - Séjour de chirurgie ou de plus de 30 jours
 - Circonstances particulières (accident du travail, maladies professionnelles, autres...)
 - Solde (ticket modérateur) à la charge du patient ou sa mutuelle
- 2- patient non assuré social, en situation irrégulière : mécanisme d'assistance
 - PEC à 100% par l'Aide Médicale d'Etat, payée par l'Etat (et non l'AM)
- 3- patient non assuré en France, mais en situation régulière (touriste...)
 - Paiement par le Patient ou son assurance maladie personnelle

Émission des fichiers et identité du patient

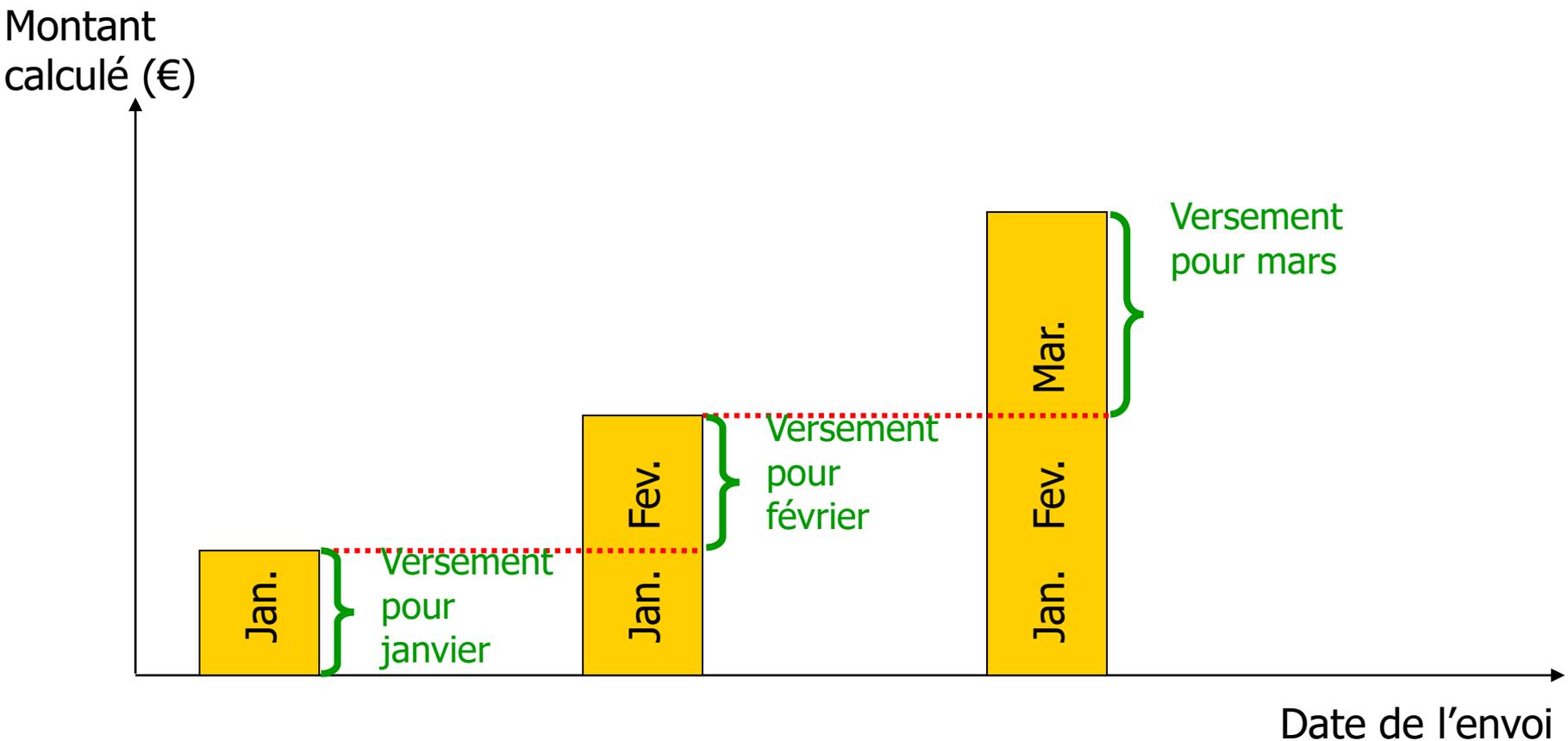
- Il existe désormais dans les 5 champs un numéro unique du patient, partout en France
- Calcul du numéro ANO du SNIIR niveau 1 :
 - Calculé en utilisant numéro SS, date de naissance et sexe (pas le rang de naissance)
 - Supposé unique pour un patient, mais :
 - Change lorsque le patient change de régime (majorité, conjoint à charge, MSA, militaires...)
 - Deux jumeaux de même sexe ont le même numéro ANO jusqu'à leur majorité
- Intérêts de l'identité du patient pour l'Assurance Maladie
 - Contrôle et sanction des navettes entre établissements
 - Contrôle et sanction des fractionnement de séjours
 - Diminution du tarif des séjours lors des transferts

Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (1)

- !! A ce jour, en secteur public uniquement !!
- Données envoyées tous les mois par le DIM :
 - Envoi cumulatif du fichier des RSA (et autres)
 - Tous les séjours avec date de sortie \geq 1^o janvier
- Conséquences tous les mois :
 - Calcul de la dotation T2A différentielle par rapport au mois précédent
 - Signature de l'arrêté de versement (ARH/ARS)
 - Versement par la caisse pivot

Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (2)

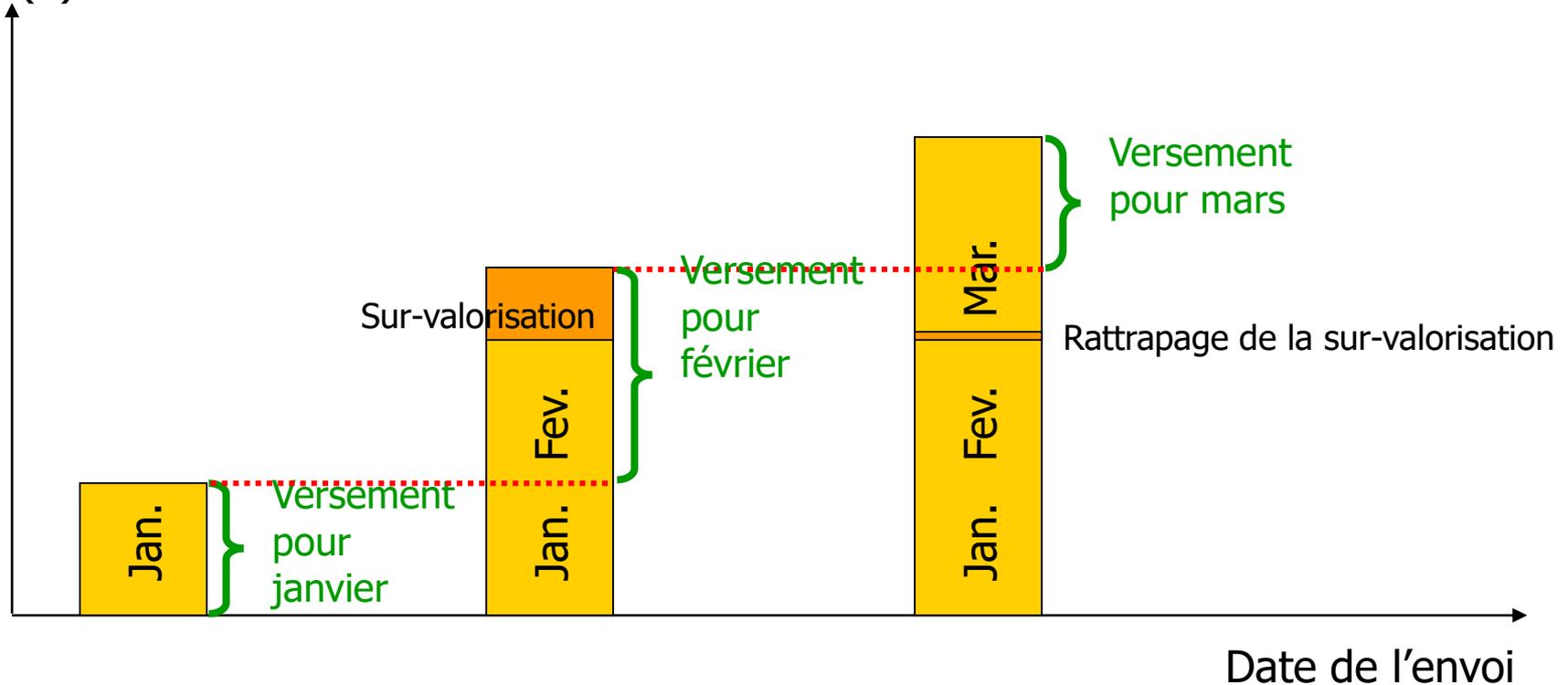
- L'envoi mensuel cumulé :



Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (3)

- Exemple de sur-valorisation puis rattrapage = avance de trésorerie, pas de fraude, pas de contentieux.

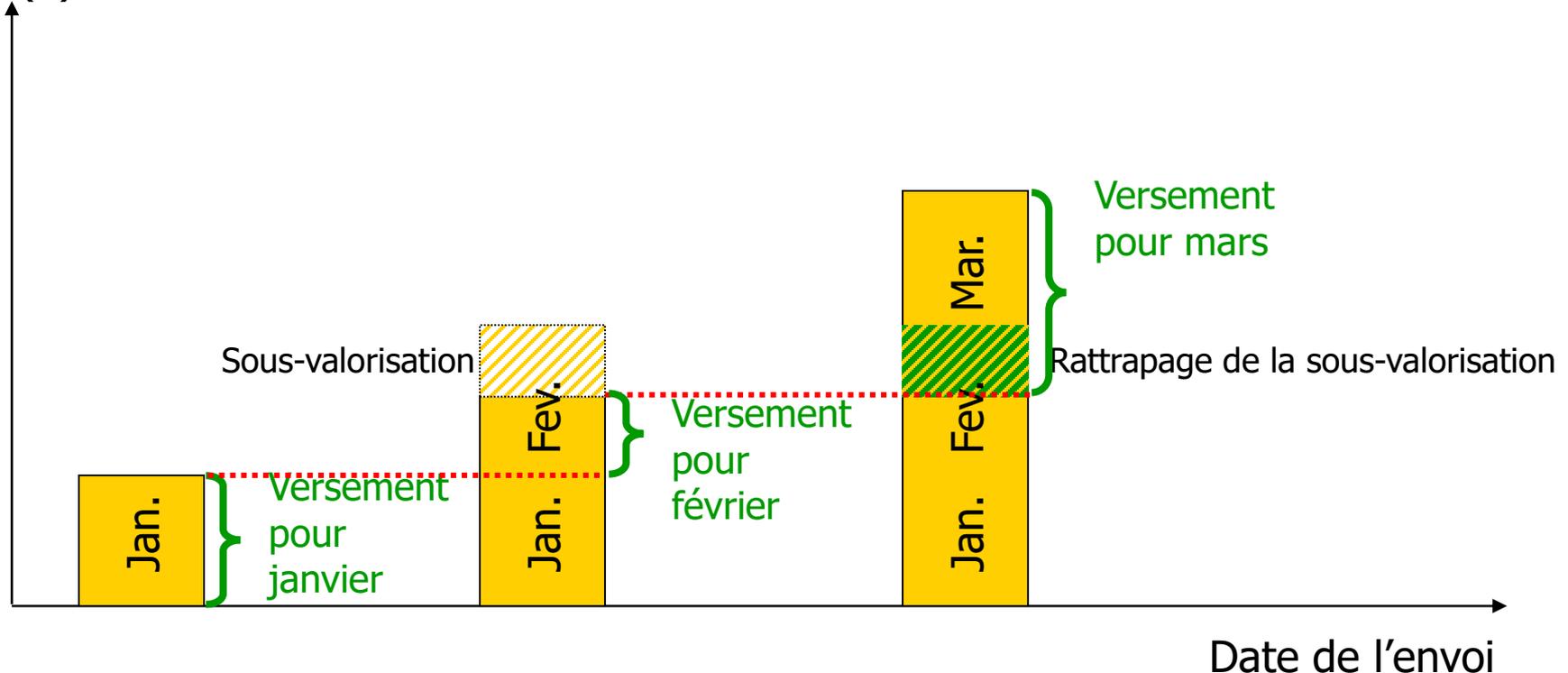
Montant calculé (€)



Envois cumulatifs et arrêté de versement T2A (4)

- Exemple de sous-valorisation puis rattrapage = retard de trésorerie, pas de perte, pas de contentieux.

Montant calculé (€)



FICHCOMP MCO

éléments rattachés au séjour

- Tarification du séjour :
 - Le tarif du GHS est un forfait tout compris
 - Cependant, en raison de leur coût, certains éléments sur liste sont payés en fonction des dépenses réelles en sus du GHS
 - Déclaration (exclusive) dans FICHCOMP, qui fait le lien avec le RSA
- Éléments déclarés dans FICHCOMP :
 - Molécules onéreuses
 - Dispositifs médicaux implantables
 - Prélèvements d'organes

Recettes MCO - synthèse

Recettes liées aux séjours

- Rattachables aux séjours, fichier de RSA
 - Tarif GHS avec effets temporels
 - Suppléments REA/STF/SRC/REP/NN1-3
 - Suppléments dialyse radiothérapie
- Rattachables aux séjours, fichier FICHCOMP
 - Dispositifs médicaux implantables
 - Molécules onéreuses
 - Prélèvements d'organes
- Non rattachables
 - Coefficient géographique
 - MERRI

Recettes liées aux soins externes

- Rattachables aux passages
 - Lettres clef des consultations
 - Lettres clef de la biologie
 - Actes externes CCAM, forfaits SE, forfaits techniques, forfaits FFM
 - Autres...
 - Forfait ATU (urgences)
- Non rattachables
 - Forfait annuel FAU (urgences)

Recettes liées à d'autres activités

MIGAC (activités labellisées)

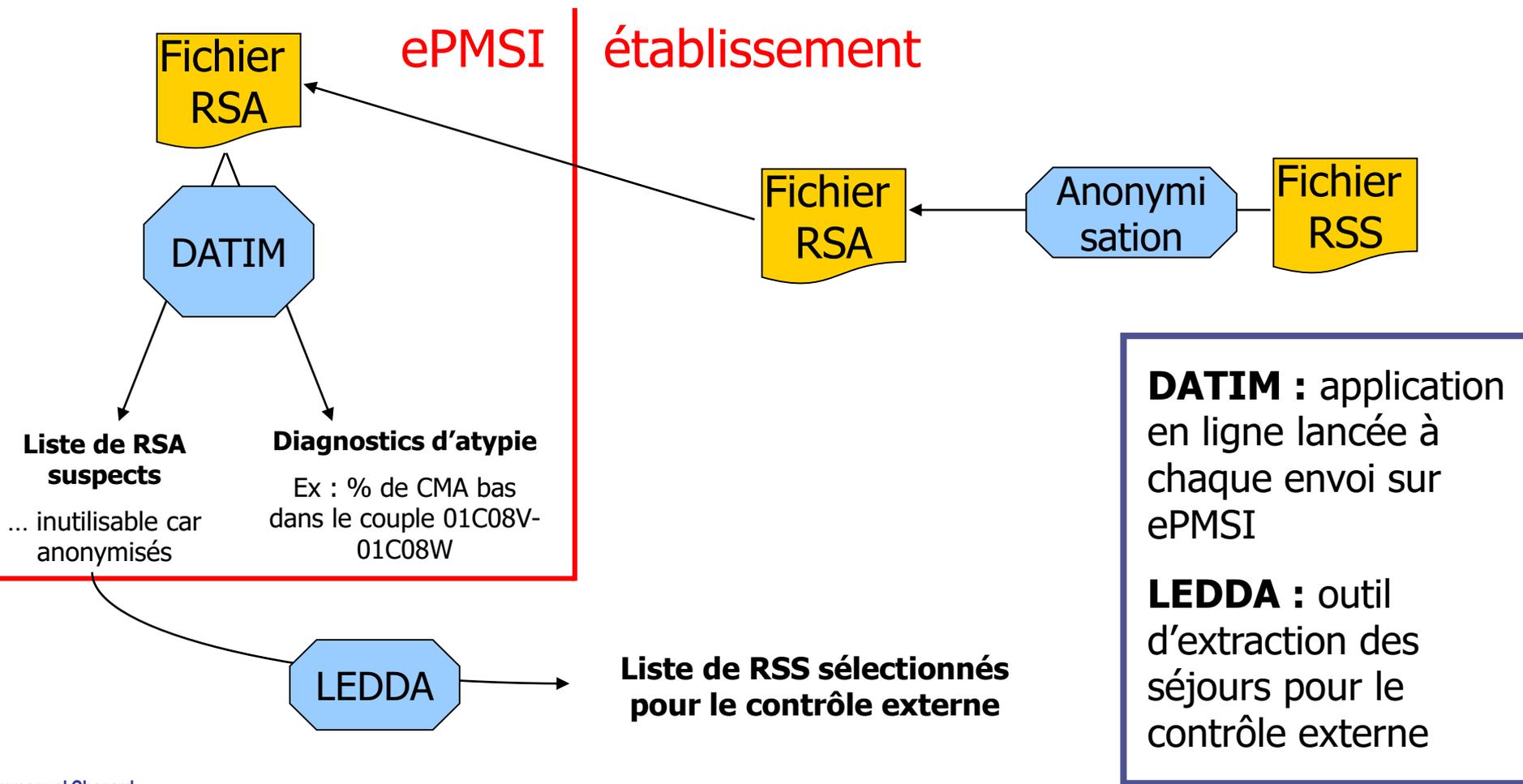
Convergence tarifaire en MCO ?

- Convergence intra-public (ex budget global) :
 - 100% de T2A (en première approximation)
 - Convergence par un coefficient progressif de transition
- Convergence intra-privé (ex forfaits divers) :
 - 100% de T2A
 - Convergence par un coefficient progressif de transition
- Convergence public-privé
 - Convergence vers les GHM de niveau 1 (séjours sans CMA)
 - Convergence préparée par une individualisation des
 - MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)
 - MERRI (missions d'enseignement recherche référence et innovation)
 - Disparités public-privé :
 - Inégalités de lourdeur : fausse excuse car très rémunératrice (CMA...)
 - Lourdeur sociale : difficultés de placement en aval, de recouvrement...
 - Inégalités de gestion : grille de salaires, embauches imposées, marchés publics...

Contrôle externe, DATIM MCO

- DATIM-MCO
 - Détection des ATypies de l'Information Médicale
 - Programme en ligne sur ePMSI, teste automatiquement les RSA
 - Une centaine de tests (publiés en version papier)
- Exemples de tests :
 - Test résumé par résumé :
recherche de RSA avec diagnostic incompatible avec le sexe
 - Test d'atypie globale :
mise en évidence des GHM avec % de décès hors norme
- Conséquences
 - Déclenchement d'un contrôle Assurance Maladie
 - Redressement si surfacturation
 - Ciblage des séjours pour le contrôle (autrefois, tirage au sort)

DATIM, DALIA, LEDDA en MCO



Références

- I. Sigles
- II. Guides et arrêtés
- III. Sites généraux

Sigles (1)

| | |
|---------|--|
| AE | Affection Etiologique (SSR) |
| AGIRR | Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources |
| ALD | Affection de Longue Durée |
| AM, AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| AMC | Assurance Maladie Complémentaire |
| APHP | Assistance Publique Hôpitaux de Paris |
| ARH | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| ATIH | Agence Technique de l'Information Hospitalière |
| ATU | Forfaits d'Accueil et de Traitement des Urgences (Externe) |
| AVQ | Activités de la Vie Quotidienne (SSR, HAD, PSY) |
| CAC | Centre d'Activité Clinique |
| CM, CMD | Catégorie Majeure (Diagnostique) (MCO) |
| CMA | Complications et Morbidités Associées (MCO) |
| CMAS | Complications et Morbidités Associées Sévères (MCO) |
| CMC | Catégories Majeures Cliniques (SSR) |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CNAMTS | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| DA | Diagnostic Associé (PSY) |
| DAD | Diagnostics Associés Documentaires (MCO) |
| DAS | Diagnostics Associés Significatifs (MCO, SSR) |

Sigles (2)

| | |
|--------|---|
| DATIM | Détection des ATypies de l'Information Médicale |
| DGF | Dotation globale de financement (ex-DGF désigne public et PSPH) |
| DMI | Dispositifs Médicaux Implantables |
| DP | Diagnostic principal (MCO, HAD, PSY) |
| DR | Diagnostic relié (MCO) |
| DRG | Diagnoses Related Group (équivalent GHM) |
| EDGAR | Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique (PSY) |
| ENC | Échelle Nationale des Coûts |
| ENT | Échelle Nationale des Tarifs |
| FAU | Forfait Annuel Urgences (MCO) |
| FFM | Forfaits petit matériel (Externe) |
| FINESS | Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux |
| FOIN | Fonction d'Occulation des Identifiants Nominatifs |
| FP | Finalité Principale de prise en charge (SSR) |
| GCAP | Grille Commune Autonomie/dépendance et PMSI (SSR) |
| GHJ | Groupes Homogènes de Journées (désuet, SSR) |
| GHM | Groupe Homogène de Malades (MCO) |
| GHPC | Groupe Homogène de Prise en Charge (HAD) |
| GHS | Groupe Homogène de Séjours (MCO) |
| GHT | Groupe Homogène de Tarifs (HAD) |

Sigles (3)

| | |
|------------|---|
| GMD | Groupe de Morbidité Dominante (SSR) |
| HAD | Hospitalisation A Domicile |
| HAS | Haute Autorité en Santé |
| HDT | Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (PSY) |
| HO | Hospitalisation d'Office (PSY) |
| IK | Indice de Karnofsky (HAD) |
| IPP | Identifiant Permanent du Patient |
| IPT | Indice de Pondération Totale (HAD) |
| ISA | Indice Synthétique d'Activité (désuet, MCO) |
| IVA | Indice de Valorisation de l'Activité (SSR) |
| LPP | Liste des Produits et Prestations |
| MA | Motif de prise en charge Associé (HAD) |
| MCO | Médecine Chirurgie Obstétrique |
| MMP | Manifestation Morbide Principale (SSR) |
| MON, MOLON | Molécules Onéreuses |
| MP | Motif de prise en charge Principal (HAD) |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole |
| NGAP | Nomenclature Générale des Actes Professionnels (lettres clef ; Externe) |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| OPP | Ordonance Provisoire de Placement (PSY) |

Sigles (4)

| | |
|--------|--|
| OQN | Objectif quantifié national (désuet ; ex-OQN désigne le privé lucratif) |
| PEC | Prise En Charge (=taux couverture assurance maladie) |
| PERNNS | Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé |
| PMSI | Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| PSPH | Secteur privé participant au service public hospitalier (privé non lucratif) |
| R3A | Résumé par Acte Ambulatoire Anonymisé (=RPA anonymisé ; PSY) |
| RAPSS | Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence (HAD) |
| REA | supplément Réanimation (MCO) |
| RHA | Résumé Hebdomadaire Anonymisé (SSR) |
| RHS | Résumé Hebdomadaire Standardisé (SSR) |
| RIMP | Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie |
| RPA | Résumé par Acte (PSY) |
| RPS | Résumé par Séquence (PSY) |
| RPSA | Résumé par Séquence Anonymisé (PSY) |
| RPSS | Résumé Par Sous-Séquence (HAD) |
| RSA | Résumé de Sortie Anonymisé (MCO) |
| RSF | Résumé de Facturation Standardisé |
| RSFA | Résumé de Facturation Standardisé Anonymisé |
| RSS | Résumé de Sortie Standardisé (MCO) |
| RUM | Résumé d'Unité Médicale (MCO) |

Sigles (5)

| | |
|-------|--|
| SE | Forfaits Sécurité et Environnement (Externe) |
| SI | supplément Soins Intensifs (MCO) |
| SLD | Soins de Longue Durée |
| SNIIR | Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| SSRHA | Suite Semestrielle de Résumés Hebdomadaires Anonymisés (SSR) |
| STC | Suppression du Taux de Conversion (=valorisation au tx réel de PEC) |
| T2A | Tarifification à l'Activité |
| TJP | Tarif Journalier de Prestation |
| TM | Ticket Modérateur |
| UCD | Unités Communes de Dispensation |
| UF | Unité Fonctionnelle |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |
| UM | Unité Médicale |
| VAP | Valorisation de l'Activité de Psychiatrie |
| ZSTCD | Zones de Surveillance de Très Courte Durée |

Guides méthodologiques et arrêtés PMSI & T2A

- Guides méthodologiques mouvements et codage
 - MCO <http://www.atih.sante.fr/?id=00022000C7FF>
 - SSR <http://www.atih.sante.fr/?id=0002B00119FF>
 - HAD <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=902>
 - PSY <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1824>
 - CCAM <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000320001BFF>
- Arrêtés T2A
 - Arrêté prestations MCO & HAD
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2010/0220/joe_20100220_0026.pdf
 - Arrêté tarifaire MCO & HAD
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2010/0228/joe_20100228_0007.pdf

Sites techniques en général

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
Presque tout : les textes réglementaires, nomenclatures, DATIM...
<http://www.atih.sante.fr>
- Plate-forme ePMSI
Émission de fichiers, tableaux MAT2A et résultats DATIM
<https://www.epmsi.atih.sante.fr/>
- Assurance Maladie
CCAM tarifante, NGAP résiduelle, forfaits en soins externes
<http://www.ameli.fr>
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
Règles de facturation précisées par la DHOS
<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-regles-de-facturation.html>

Divers

- Médor, excellent logiciel gratuit de codage CIM10 et CCAM
 - <http://omiro.free.fr/telechargement.html>
- Télécharger ce cours mis à jour
 - <http://chazard.org/emmanuel/>
- Quelques pages spécifiques du site ATIH
 - Manuel des GHM v11
<http://www.atih.sante.fr/?id=0002500025FF>
 - Regroupement des GHM v11
<http://www.atih.sante.fr/?id=000250002EFF>