

# PROGRAMME de FORMATION

## 1er Jour

Matin :

- Le PMSI, définition, utilisation dans les unités de court séjour, et extension aux soins de suite ou de réadaptation
- Quand faut-il produire un Résumé Hebdomadaire Standardisé ? : présentation

Après-midi :

- Quand faut-il produire un R.H.S. ? : exercices
- La morbidité
  - a / Hiérarchiser les diagnostics : présentation
  - b / Classification Internationale des Maladies : présentation

# PROGRAMME de FORMATION

## 2ème Jour

Matin :

- La morbidité
  - a / Hiérarchiser les diagnostics : exercices
  - b / Classification Internationale des Maladies : exercices

Après-midi :

- Coter la dépendance
- Recueillir la rééducation-réadaptation

# PROGRAMME de FORMATION

## 3ème Jour

Matin :

- Du patient au Groupe Homogène de Journées :  
présentation de l'algorithme de la classification

Après-midi :

- Organisation du circuit de l'information médicale
- Evaluation de la session de formation

N.B. Distribution des certificats de présence

# LE DISPOSITIF «PMSI SSR»

## I - PRODUCTION ET UTILISATION DE L'INFORMATION PMSI

## II - LES OUTILS «PMSI SSR» OPERATIONNELS DEPUIS 1998 :

- LA CLASSIFICATION MEDICO-ECONOMIQUE
- LE RECUEIL D'INFORMATION STANDARD

# I - PRODUCTION ET UTILISATION DE L'INFORMATION PMSI

# LE PMSI : POURQUOI FAIRE ?

## ◆ Fournir une meilleure connaissance de l'activité des établissements de santé

- **Insuffisance des indicateurs traditionnels** (nombre de lits, de journées, DMS, coefficient d'occupation ...)

- **Fondement légal** : article L. 710-6 du code de la Santé Publique :

*« Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.*

*Dans le respect du secret médical et des droits des malades, 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.»*

•••

6

# LE PMSI : POURQUOI FAIRE ?

## ◆ EN EXTERNE : Fournir aux ARH, DRASS, DDASS :

- des éléments de description de l'activité médicale des établissements :

planification,

restructuration,

SROSS, etc ...

- La validité et l'interprétation des **informations** fournies par le PMSI peuvent être **discutées** au sein du **Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM)**

...

# LE PMSI : POURQUOI FAIRE ?

**EN EXTERNE : Fournir aux ARH, DRASS, DDASS :**

**- des éléments afin de réduire les inégalités des ressources entre établissements**

Dans le cadre du court séjour, mise en œuvre effective d'un mécanisme de correction des bases budgétaires :

- au regard de l'activité mesurée par le PMSI,
- de façon progressive et négociée entre les acteurs,
- en complémentarité avec planification-évaluation

...



# LE PMSI : POURQUOI FAIRE ?

- ◆ Les éléments du PMSI sont néanmoins insuffisants pour évaluer la qualité des soins
  
- ◆ Système d'information qui permet de décrire :
  - ce qui est fait,
  - et non ce qui devrait être fait.
  
- ◆ Le PMSI se situe en amont de l'évaluation de la qualité des soins :
  - pour évaluer ce qui devrait être fait, il faut connaître ce qui est fait

...

# EXTENSION DU PMSI A L'ENSEMBLE DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

- ◆ **Jusqu'à présent, seul le court séjour était concerné.**
  
- ◆ **A terme, tous les secteurs doivent être couverts :**
  - Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR)
  - Psychiatrie
  - Ambulatoire
  - Long Séjour ...

...

# LES SSR : UN SECTEUR NON NEGLIGEABLE ...

## ◆ 1 600 établissements

- dont 1 200 sous compétence tarifaire de l'état

## ◆ 18 % de l'activité hospitalière

- 94 000 lits

- 28 millions de journées d'hospitalisation

## ◆ Domaine diversifié, voire hétérogène

- dans les nomenclatures nationales de description de l'activité des établissements, environ 80 «Disciplines d'Equipement» pour les SSR.

...

# ... ET SPECIFIQUE

- ◆ **Des séjours relativement longs**

en moyenne 35 jours

- ◆ **Double objectif de prise en charge :**

- poursuite de soins médicaux, rééducation

- et réadaptation (sociale, professionnelle, scolaire ...)

- A l'interface du médical et du social :**

de multiples intervenants autour du patient

- ◆ **Des patients relativement âgés ...**

en moyenne 68 ans (1 patient / 3 est âgé d'au moins 80 ans)

- ◆ **dépendants ...**

les 2/3 ne possèdent pas toute leur autonomie physique et/ou psychique

- ◆ **présentant des pathologies multiples**

# LES ELEMENTS DU DISPOSITIF

◆ Construire une **CLASSIFICATION** afin de :

- Lire et agréger les informations dans des

**GROUPES HOMOGENES** au niveau :

\* **MEDICAL**

\* **et ECONOMIQUE**

- Fournir «**le CASE-MIX**», c'est-à-dire l'éventail des cas traités, des établissements et services :

Cette année, l'établissement ou le service  
a produit tant de journées relevant de  
tel ou tel groupe médico-économique.

# LES ELEMENTS DU DISPOSITIF

## ◆ Définir le **RECUEIL D'INFORMATION STANDARD** :

- Champ d'application
- Procédures de recueil
- Procédures de transmission
- Contenu et modalités du recueil
- Outils de recueil et de classification

# LES ELEMENTS DU DISPOSITIF

## ◆ Construire une **ECHELLE DE PONDERATION**

afin de :

- Valoriser économiquement les groupes
- Mettre en œuvre un mécanisme de correction des bases budgétaires

# DEUX OUTILS OPERATIONNELS EN 1998

## ◆ LA CLASSIFICATION

## ◆ LE RECUEIL D'INFORMATION STANDARD

◆ Techniquement, l'échelle de pondération ne pourra être opérationnelle qu'en l'an 2002



# PLAN de MEDICALISATION du SYSTEME d'INFORMATION des SSR

**1ère ETAPE**  
**(à partir de 1993)**

**RECUEIL PONCTUEL d'une BASE DE DONNEES**  
**(dans un échantillon d'établissements)**

**Elaboration de la 1ère version de la classification**

**Définition du contenu et des modalités du recueil d'information standard**

**2ème ETAPE**  
**(à partir de 1998)**

**GENERALISATION d'un RECUEIL d'INFORMATION STANDARD**

**Définition de la**

**Elaboration d'une échelle de pondération**

# II - LES OUTILS PMSI SSR OPERATIONNELS EN 1998

# DES OUTILS SPECIFIQUES

## ◆ ELABORES A PARTIR DE L'ANALYSE DE L'EXISTANT :

- **Recueil d'une base de données (nov.-déc. 1994)**
- **Dans une centaine d'établissements**
- **Sélectionnés par échantillonnage stratifié  
(et volontaires)**

# DES OUTILS SPECIFIQUES

## ◆ ELABORES EN CONCERTATION :

- «**EQUIPE PROJET**» : une vingtaine d'experts ont participé activement à l'ensemble des travaux (médecins rééduc., gériatres, médecins DIM, gestionnaires, cadre infirmier)

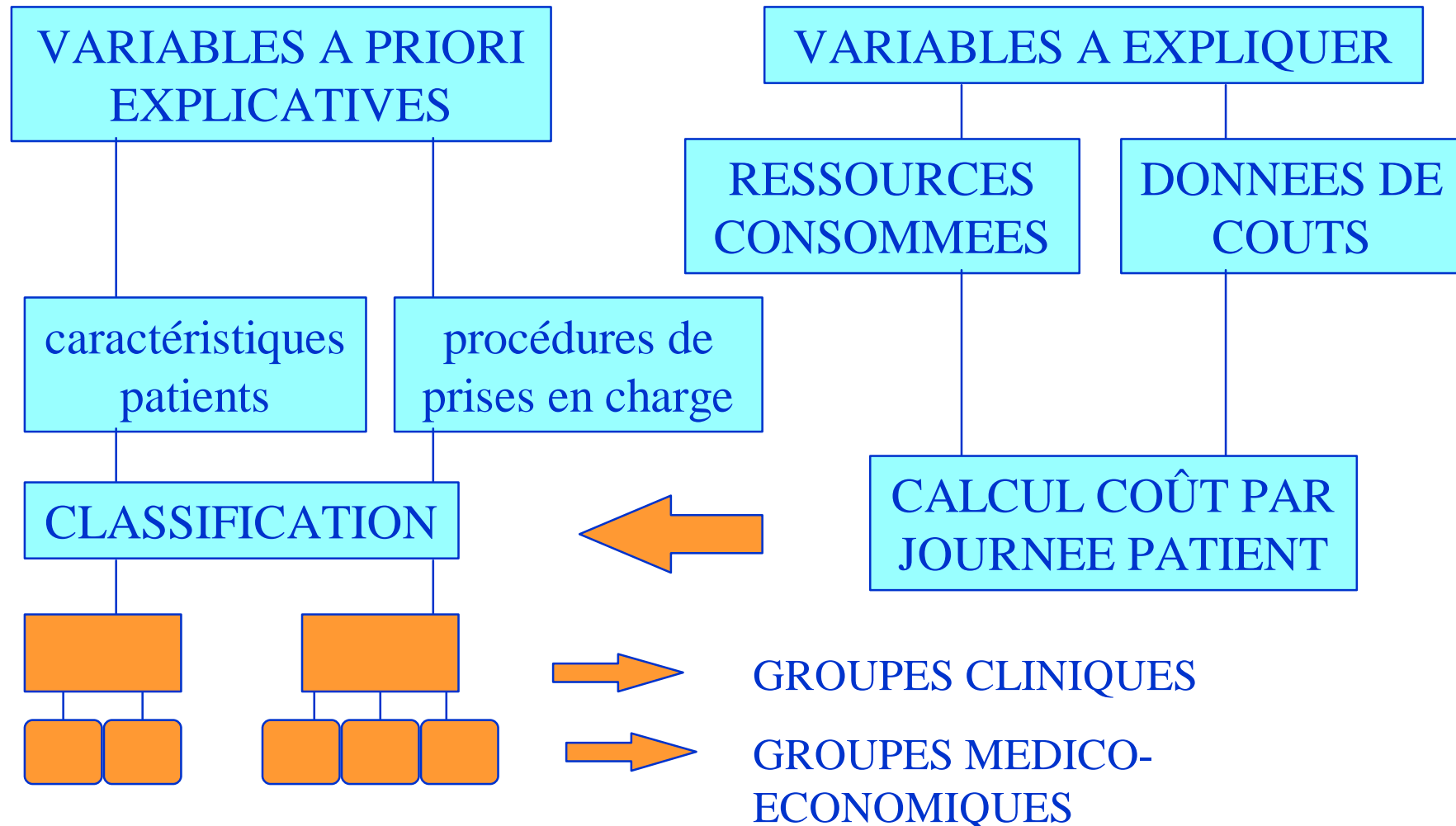
- «**COMITE DE LIAISON**» : représentants des Fédérations d'établissements, des Conférences de directeurs et de présidents de CME des établissements, des Caisses, des MIR.

- **LES EQUIPES DU TERRAIN** : qui ont participé aux différents recueils (base de données, test recueil d'information standard en décembre 1996) et à l'élaboration des outils (Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation, Adaptation des SIIPS)

# CONSTRUCTION DE LA CLASSIFICATION «PMSI SSR»

## *LES GROUPES HOMOGENES DE JOURNEES (GHJ)*

# LE RECUEIL DE LA BASE DE DONNEES PONCTUEL



**RECUEIL d'INFORMATION STANDARD en ROUTINE**

# CLASSIFICATION BASEE SUR LES COÛTS

- ◆ «**COÛTS DIRECTS**» : uniquement les consommations liées à l'état des patients
  - **Coûts cliniques** : soins médicaux, soins infirmiers, médicaments les plus coûteux
  - **Coûts médico-techniques** : actes de biologie, d'exploration fonctionnelle, d'imagerie, actes de rééducation-réadaptation
  
- ◆ Charges liées à l'organisation des établissements non prises en compte

# VALORISATION EN COÛT STANDARD

**Un même volume de consommation est valorisé  
par :**

**un même coût (standard)**

**et non par son «coût de production»**

qui varie d'un établissement à l'autre

**Exemple** : *le «point SIIPS», qui mesure la charge en Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, a pour coût standard 23 francs.*



# CLASSIFICATION

## «A LA JOURNEE PONDEREE»

- ◆ au cours d'un même séjour, un malade peut pointer dans plusieurs Groupes Homogènes de Journées (GHJ)
- ◆ chaque journée est comptabilisée
- ◆ classement hebdomadaire

ENTREE

SORTIE



25

# 279 Groupes Homogènes de Journées

- ◆ Groupes (GHJ) basés sur :
  - **l'âge des patients** (enfants et adolescents / adultes)
  - **leur morbidité**
  - **leur niveau de dépendance physique**
  - **leur prise en charge :**
    - \* Prises en charge cliniques très lourdes (**PCTL**) :  
*alimentation parentérale, ventilation mécanique, etc. ...*
    - \* Prises en charge cliniques lourdes (**PCL**) : *brûlures du 3ème degré, trachéo., jambe ou bras artificiels, etc. ...*
    - \* Prises en charge de rééducation-réadaptation  
diversifiées et plus ou moins intense (**PPRC** et **PRR**)
- ◆ Groupes construits à partir de l'analyse statistique de la base de données et à dire d'experts

# LE RECUEIL D'INFORMATION STANDARD

## *LE RESUME HEBDOMADAIRE STANDARDISE (RHS)*

# CHAMP D'APPLICATION DU RHS

## ◆ TOUTES LES STRUCTURES AYANT UNE ACTIVITE DE SSR :

- Maladies à évolution prolongée
- Convalescence, repos, régime
- Rééducation-réadaptation
- Lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires
- Cures thermales, cures médicales
- Post-cure pour alcooliques

# 5 TYPES d'ACTIVITE ENQUETES

- ◆ Hospitalisation complète
- ◆ Hospitalisation de semaine :
  - assimilée à l'hospitalisation complète
  - seul, le nombre de journées de présence fera la différence
- ◆ Hospitalisation de jour
- ◆ Hospitalisation de nuit
- ◆ Traitements et cures ambulatoires

# NIVEAU D'ENQUÊTE

## ◆ VARIE SELON LA STRUCTURE :

- Entité juridique pour le public
- Etablissement pour le privé (yc PSPH)

**SAUF dérogation**

# 4 TYPES D'INFORMATION SUR LE PATIENT

## ◆ ADMINISTRATIVES :

- **Identification du patient** : caractéristiques socio-démographiques
- **Mouvements** : dates et modes d'entrée et de sortie dans la structure

## ◆ MORBIDITE :

- **Pourquoi et comment** le malade est pris en charge

## ◆ DEPENDANCE

## ◆ PRISES EN CHARGE PARTICULIERES :

- **Médicales**
- **Rééducation-Réadaptation**

## RESUME D'INFORMATION STANDARD PMSI SSR

### IDENTIFIANT PATIENT :

NOM :

PRENOM :

DATE de NAISSANCE :

SEXE :  (1 : masculin - 2 : féminin)

N° ASSURE SOCIAL :

N° de RANG de BENEFICIAIRE :

CODE POSTAL de RESIDENCE :

N° FINESS :

N° de SEJOUR SSR :

TYPE d'ACTIVITE :

(1 : hosp. compl. / sem. - 2 : HdJ - 3 : HdN - 4 : Ttt et cures ambul.)

### MOUVEMENTS : entrée et sortie de l'unité médicale de SSR du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine

DATE d'ENTREE :

MODE d'ENTREE :  6 : par mutation en provenance d'une autre unité d'hospi. complète ou de semaine  
7 : par transfert d'une autre structure  
8 : en provenance du domicile

PROVENANCE :  1 : unité de soins de courte durée  
2 : unité de soins de suite ou de réadaptation  
3 : unité de soins de longue durée  
4 : unité de psychiatrie

DATE de SORTIE :

MODE de SORTIE :  6 : par mutation en provenance d'une autre unité d'hospi. complète ou de semaine  
7 : par transfert vers une autre structure  
8 : vers le domicile  
9 : décès

DESTINATION :  1 : unité de soins de courte durée  
2 : unité de soins de suite ou de réadaptation  
3 : unité de soins de longue durée  
4 : unité de psychiatrie

Voir Circulaire DHOS-PMSI-2001 N°105 du 22 Fev 2001  
Annexe 2 page 29 concernant l'ajout des codes mouvements



**R.H.S. du** (date du lundi du début de la semaine) :

N° d'UNITE MEDICALE :

JOURNEES de PRESENCE :

DATE de la DERNIERE INTERVENTION CHIRURGICALE (si nécessaire) :

<u>MORBIDITE</u>	<u>CODES CIM 10</u>	<u>LIBELLES</u>
FINALITE PRINCIPALE de la PRISE en CHARGE :	Z <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
MANIFESTATION MORBIDE PRINCIPALE :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
AFFECTION ETIOLOGIQUE :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
DIAGNOSTICS ASSOCIES SIGNIFICATIFS :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

ACTES MEDICAUX (Liste fermée d'actes extraits du CdAM)

DEPENDANCE (de 1 à 4 )

HABILLAGE :   
DEPLACEMENTS - LOCOMOTION :   
ALIMENTATION :   
CONTINENCE :   
COMPORTEMENT :   
RELATION :

1	Indépendance complète	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact
4	Assistance totale	d'un tiers

UTILISATION d'un FAUTEUIL ROULANT : (1 = OUI 2 = NON)

REEDUCATION - READAPTATION: se référer au Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation  
Recueillir le temps intervenant hebdomadaire en minutes.

REED. MECANIQUE : _____	READAPTATION-REINSERTION : _____
REED. SENSORI-MOTRICE : _____	ADAPTATION APPAREILLAGE : _____
REED. NEURO-PSYCHOLOGIQUE : _____	REED. COLLECTIVE : _____
REED. CARDIO-RESPIRATOIRE : _____	BILANS : _____
REED. NUTRITIONNELLE : _____	PHYSIOTHERAPIE : _____
REED. URO-SPHINCTERIEUNE : _____	BALNEOTHERAPIE : _____

# LES SUPPORTS DE RECUEIL

- ◆ **Guide méthodologique de production des RHS :**  
consignes de recueil de l'ensemble des informations (BO n° 97/5 bis)
- ◆ **Grille de dépendance :** dans le guide de production des RHS
- ◆ **Classification Internationale des Maladies, version 10**  
(CIM 10 volumes 1 et 3) : codage de la morbidité
- ◆ **Catalogue des activités de rééducation-réadaptation**  
(BO n°2000 - 13 bis)
- ◆ **Manuel des GHJ** (BO n°97/8 bis - 2 volumes)
- ◆ **Circulaire DHOS-PMSI-2001 N°105 du 22 Fev 2001**
- ◆ **Logiciel de saisie, groupage et anonymisation des RHS**  
(Citrus, GenRHA v1.2)

# PROCEDURES DE TRANSMISSION

◆ Les **INFORMATIONS PMSI** sont  
**INDIRECTEMENT NOMINATIVES**

◆ **POUR ÊTRE TRANSMISES :**

- à la direction de l'établissement

- ou à l'extérieur de celui-ci

**ELLES DOIVENT ÊTRE ANONYMISEES**

**Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS)**



**Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA)**

# PROCEDURES DE TRANSMISSION

## ◆ Pour les services déconcentrés :

### - Logiciel d'exploitation des données PMSI à construire :

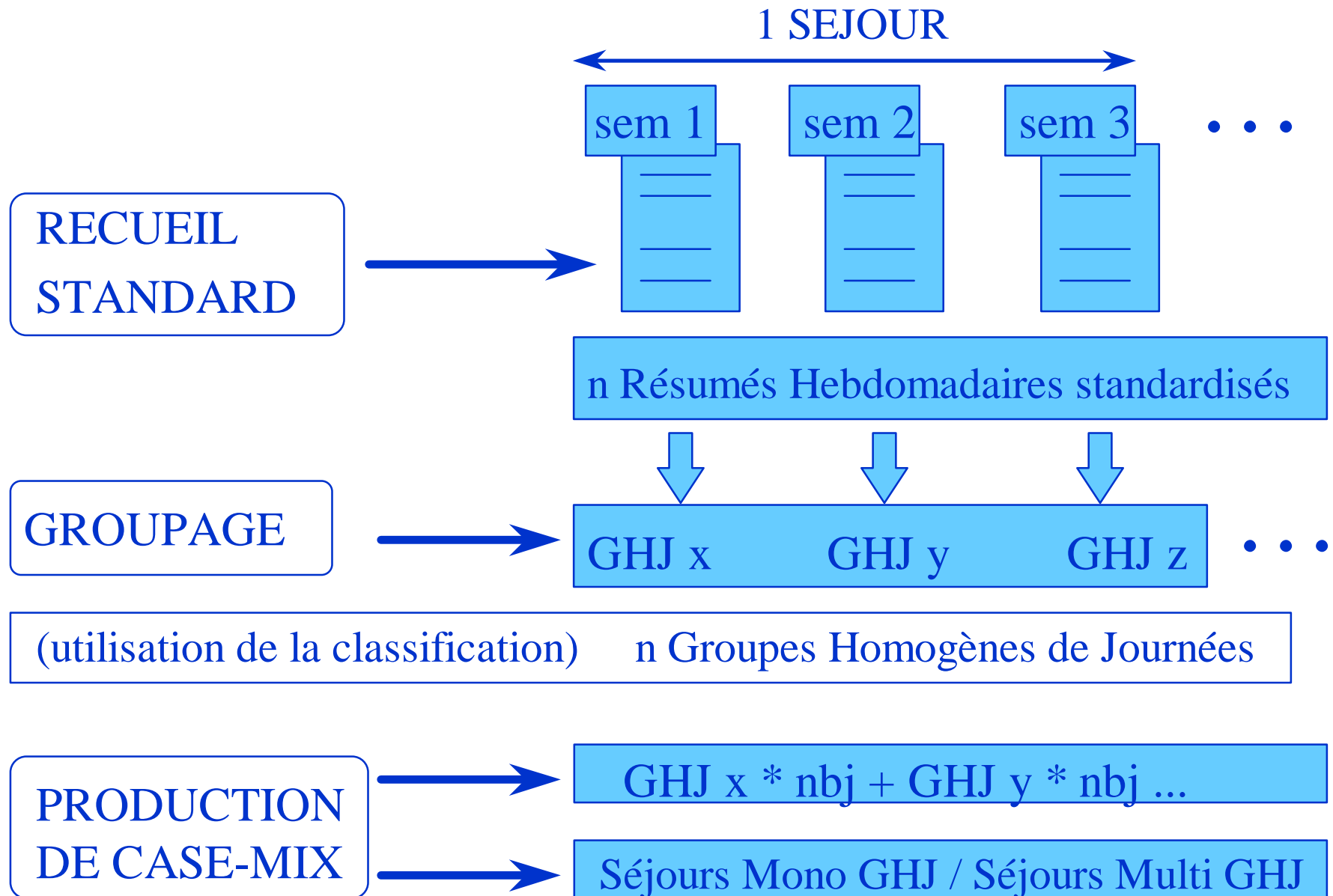
Image du «case-mix» des établissements, prises en charge particulières, ratios d'activité, exhaustivité du recueil etc ...

### - Modalités de transmission à définir

# LE RESUME HEBDOMADAIRE STANDARDISE (RHS)

SECTEUR	TYPE DE CLASSIFICATION	PERIODICITE DE GROUPE ET RECUEIL	RECUEIL D'INFORMATION STANDARD	TRANSMISSION
<b>Court Séjour</b>	<i>au séjour</i> <u>G</u> roupe <u>H</u> omogène de <u>M</u> alades	1 par séjour	<u>R</u> ésumé de <u>S</u> ortie <u>S</u> andardisé	<u>R</u> ésumé <u>S</u> ortie <u>A</u> nonyme
<b>SSR</b>	<i>à la journée pondérée</i> <u>G</u> roupe <u>H</u> omogène de <u>J</u> ournées	1 par semaine	<u>R</u> ésumé <u>H</u> ebdomadaire <u>S</u> andardisé	<u>R</u> ésumé <u>H</u> ebdo <u>A</u> nonyme

# RECUEIL ET GROUPEMENT HEBDOMADAIRES



# LES OPERATIONS DE LANCEMENT

- ◆ Afin d'accompagner les établissements de santé ayant une activité de SSR dans la mise en place d'un recueil d'information standard
  
- ◆ Plusieurs opérations en 1997 :
  - Diffusion de directives
  - Campagne d'information
  - Plan de formation
  - Mise à disposition d'outils informatiques
  - Publication des documents de recueil

# 1 - DIRECTIVES ( cf le site [www.le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr))

- ◆ Circulaire budgétaire n° 754 du 18 décembre 1996 (pour l'exercice 1997)
- ◆ Circulaire «PMSI-SSR» n° 251 du 3 avril 1997
- ◆ Circulaire DH/PMSI/98 N°153 du 09 mars 1998
- ◆ Arrêté du 29 juillet 1998
- ◆ Arrêté du 20 septembre 1999
- ◆ Circulaire DHOS-PMSI-2001 N°105 du 22 fev 2001
- ◆ Circulaire DHOS-PMSI-2001 N°106 du 22 fev 2001



# CIRCULAIRE BUDGETAIRE

n° 754 du 18 décembre 1996

◆ Pour l'exercice 1997

◆ Etablissements concernés :

établissements ayant une activité de SSR et pas de moyens au titre du PMSI-Court séjour

◆ Financement à postériori

Sur la base des données effectivement transmises : 30 F pour le 1er RHS du séjour, 15 F pour les suivants



des modifications en perspective pour l'exercice 1998

# CIRCULAIRE «PMSI-SSR» n° 251 du 3 avril 1997

## ◆ Objectif :

Préparer la mise en place du recueil d'information standard

## ◆ Échéance :

Janvier 1998

## ◆ Etablissements concernés :

1200 établissements sous compétence tarifaire de l'Etat ayant une activité de SSR

# CIRCULAIRE PMSI-SSR

## n° 251 du 3 avril 1997

### Instructions en matière d'organisation

#### ◆ Au niveau des établissements concernés :

- nomination d'un médecin responsable de l'information médicale
- rôle en matière de centralisation des informations à recueillir  
(art. L710.6 du C.S.P.)

#### ◆ Au niveau des services de l'Etat :

- désignation de référents DRASS
- Rôle en matière d'organisation : inviter les établissements, quel que soit leur statut juridique, à se grouper pour traiter les informations recueillies

# 2 - INFORMATION

## INFORMER QUI ?

A court terme,

- ◆ les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat ayant une activité de SSR
- ◆ Les Agences Régionales de l'Hospitalisation
- ◆ Et les services de l'Etat (DRASS, DDASS) chargés du suivi de ces établissements

# INFORMER COMMENT ?

Outre les informations contenues dans la circulaire :

## ◆ LETTRE d'INFORMATION (LSIM-SSR)

- 1er numéro en juillet 1997
- N°2 en juillet 1998/ N°3 en nov 98/ N°4 en mars 99
- Intégré au LSIM MCO à partir du N°34

## ◆ SESSIONS d'INFORMATION (INTER)REGIONALES

- 1 demi journée
- pour les directeurs et présidents de CME des établissements de santé concernés, et les représentants des ARH et des services de l'Etat (DRASS, DDASS)