

Fascicule à destination des DIM et services cliniques

**PMSI et recueil
d'information :**

Nouveautés 2002 et précisions

AVANT-PROPOS

Chacun connaît désormais le rythme d'évolution de la classification des GHM (une nouvelle version tous les deux ans), et les conséquences pratiques liées à cette périodicité : investissement important de la part des DIM, au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle classification ; investissement mesuré en termes de formation, organisation, communication, adaptation des circuits d'information, ... suivi d'une période de répit présumé l'année suivante. Afin d'éviter ces fluctuations importantes dans la gestion de l'information médicale, le principe d'une communication précoce des nouveautés auxquelles les DIM auront à faire face au 1^{er} janvier de l'année suivante a été retenu. Pour la troisième année consécutive, la publication d'un fascicule "d'été" à destination des DIM et des services cliniques est donc réalisée dans cet objectif. Cette publication est en outre l'occasion d'apporter en cours d'année, des précisions à certaines consignes antérieurement énoncées, et de "faire le point" sur des sujets divers touchant au dispositif PMSI.

L'année 2001 n'a pas connu de nouvelle classification des GHM, et seules quelques consignes destinées à préciser certains aspects du recueil d'information médicale ont été délivrées. En revanche, cette année 2001 a connu un événement essentiel dans la gestion de l'information médicale : celui du chaînage des séjours, désormais autorisé par la CNIL, permettant donc de relier entre elles les différentes hospitalisations d'un patient, et décrit dans une circulaire en février dernier.

Le présent fascicule précise certaines consignes de production de l'information médicale d'une part, décrit les conséquences de la mise en œuvre de la procédure de chaînage d'autre part et prépare en outre l'entrée en vigueur de la nouvelle version (version 7) de la classification au 1^{er} janvier 2002.

* *

*

SOMMAIRE

AVANT PROPOS

1. Précisions relatives à certaines consignes de production de l'information médicale

- 1.1. information médicale relative aux séances
- 1.2. codage des interruptions de grossesse
- 1.3. informations relatives aux prestations interétablissements
- 1.4. définition du diagnostic relié

2. Conséquences de la mise en œuvre du dispositif de chaînage des séjours

3. Informations pratiques concernant les nouveautés 2002

- 3.1. La classification commune des actes médicaux
- 3.2. Le nouveau format du RUM
- 3.3. extensions de codes CIM pour la nouvelle version de la classification des GHM
- 3.4. modifications du recueil d'information lié aux passages aux urgences

4. Divers

- 4.1. Liste 2001 des spécialités pharmaceutiques onéreuses de chimiothérapie anticancéreuse
- 4.2. Modalités de prise en compte des séjours pour soins palliatifs par MAHOS 2001
- 4.3. Signalement des maladies professionnelles
- 4.4. RSF des établissements sous OQN et passage à l'euro
- 4.5. recueil d'information concernant les nouveau nés décédés

Annexe

1. Précisions relatives à certaines consignes de production de l'information médicale

1.1. Information médicale relative aux séances

Les consignes diffusées en début d'année 2001 préconisent, sur ce sujet des séances, de réaliser un résumé de sortie spécifique pour chaque venue-pour-séance en établissement de santé. La raison de cette recommandation réside notamment dans l'ambiguïté générée par cette notion de séance, utilisée dans le domaine hospitalier dans plusieurs acceptions différentes (voir à ce sujet les consignes de début d'année, ainsi que le fascicule de juillet 2000, présents sur le site du PMSI – www.le-pmsi.fr). La conséquence logique de la mise en œuvre généralisée de cette préconisation aurait dû être l'abandon de la possibilité (dérogatoire par ailleurs aux règles de production PMSI), de réaliser un seul RSS, dit "RSS-séance"¹ pour rendre compte de prises en charge ambulatoires², identiques et répétitives pour un même patient.

Avec quelques mois de recul, il apparaît que l'application stricte de cette recommandation pose problème dans certains établissements, notamment pour le recueil d'information concernant des prises en charge très répétitives pour un même patient comme peuvent l'être par exemple les séances de dialyse. La multiplication des résumés de sortie (voire des résumés de facturation dans les établissements privés sous OQN) induit une adaptation du système d'information que tous les établissements ne sont pas prêts à mettre en œuvre.

Afin de ne pas mettre ces établissements en difficulté, pour quelques cas spécifiques la consigne rappelée ci-dessus reste une recommandation. En effet, s'il est souhaitable que les établissements s'organisent de manière à réaliser un enregistrement spécifique pour chaque venue-pour-séance, **cette recommandation ne revêtira pas de caractère obligatoire** pour les prises en charge qui peuvent générer une multiplication importante des résumés de sortie, c'est-à-dire les **venues-pour-séances de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et – à un moindre degré- transfusion**. (Voir par ailleurs le point ci-dessous concernant la disparition des GHM 683 et 684, ainsi que le tableau correspondant, pour les "autres venues").

Quelques précisions méritent encore d'être apportées :

- il résulte de ce qui précède que, contrairement à ce qui était annoncé dans les consignes de début d'année, l'item "nombre de séances" ne disparaîtra pas du format du RSA.
- En revanche, les GHM 683 et 684 "autres séances avec/sans acte opératoire" disparaîtront de la classification dès la version 7 prochaine : les séjours actuellement classés dans ces deux GHM seront désormais orientés dans l'un des GHM de la CM n°24 en fonction de leurs DP, DAS et acte(s) éventuel(s), **dès lors que le RSS mentionnera une date de sortie (DS) identique à la date d'entrée (DE), et un nombre de séances égal à 1**. (rappelons que les séjours actuellement orientés dans les GHM 683 et 684 sont des séjours dont l'item "nombre de séances" est renseigné et différent de zéro, quelles que soient les dates d'entrée et de sortie, avec un DP autre que les DP de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et transfusion). Dans les autres cas (DS=DE et nombre de séances >1 d'une part ou DS>DE et nombre de séances ≥1 d'autre part) le RSS sera orienté dans un groupe erreur.

¹ Un RSS-séance est un RSS dont l'item "nombre de séances" est renseigné et ≥1

² Ambulatoire au sens PMSI, c'est à dire prises en charge pour lesquelles date de sortie = date d'entrée.

Pour mémoire, il convient de signaler que les séjours dont DS = DE et nombre de séances non renseigné ou égal à zéro, et DP hors dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et transfusion continueront bien entendu d'être orientés dans un groupe de la CM24 (hors séances), ainsi qu'ils le sont déjà.

Ces différents cas de figure sont résumés dans le tableau suivant :

**Classement des séjours (hors séances de dialyse,
radiothérapie, chimiothérapie, transfusion)
selon la version
de la classification des GHM utilisée**

	Nombre de séances	classement actuel version 6	classement à venir version 7
DS = DE	n = 0	Groupe CM n°24	Groupe CM n°24, hors séances
	n = 1	GHM 683 ou 684	Groupe CM n°24, hors séances
	n > 1	GHM 683 ou 684	erreur
DS > DE	n = 0	GHM hors CM n°24	GHM hors CM n°24
	n = 1	GHM 683 ou 684	erreur
	n > 1	GHM 683 ou 684	erreur

- Enfin, ainsi qu'il était annoncé, tous les résumés dont DS=DE et DP = Z49.0, Z49.1, Z49.2, Z51.1, Z51.01 ou Z51.3³ seront bien désormais orientés dans l'un des GHM séances correspondant (même si le champ "nombre de séances" est blanc ou égal à 0), et non plus dans les groupes 711, 717, 811 ou 817 dans lesquels ils pointaient jusqu'alors. Cette mesure est d'ores et déjà effective en 2001 (sur les données 2000) par l'intermédiaire de MAHOS, elle le sera par une modification de la fonction groupage (intégrée dans les logiciels d'établissements) au 1^{er} janvier 2002, concernant ainsi les données 2002. S'agissant des données 2001 (exploitées en 2002) c'est encore MAHOS qui assurera cette "réorientation" des séjours.

1.2. Codage des interruptions de grossesse

Les consignes de début d'année appelaient l'attention des DIM sur l'utilisation accrue des informations PMSI pour servir des objectifs différents de l'allocation de ressources. L'observation de phénomènes de santé publique tels le suivi des IVG repose d'ores et déjà, pour partie, sur les informations issues du PMSI. La nécessité d'un codage soigneux de ces informations était donc rappelée et les consignes de codage des prises en charge pour IVG ainsi énoncées :

- Le diagnostic principal d'un séjour pour interruption volontaire de grossesse est le **code O04-** (précisé d'un 4^{ème} chiffre) de la CIM-10, correspondant au libellé : "avortement médical".
- Entrent cependant dans cette catégorie, non seulement les interruptions volontaires, mais aussi les interruptions thérapeutiques de grossesse (réalisées pour motif thérapeutique, éventuellement au-delà du délai légal). Pour distinguer ces deux types d'avortement, on portera donc en **diagnostic associé significatif** :
 - le **code Z64.0** "difficultés liées à une grossesse non désirée " pour les IVG

³ Z51.3 = code diagnostic de transfusion sanguine

- un **code de la catégorie O28**- " résultats anormaux constatés au cours de l'examen prénatal systématique de la mère" pour les ITG (en utilisant le 4^{ème} chiffre pour préciser le type de résultats anormaux constatés)
- Les actes portés sur le résumé de sortie seront soit les actes correspondant à la technique instrumentale utilisée si c'est le cas (codes P020 à P025 du CdAM), soit l'acte P026 pour les interruptions médicamenteuses, pour autant qu'elles aient effectivement nécessité une admission hospitalière et non une simple consultation.

Il convient de préciser que cette distinction entre IVG et ITG n'est rendue nécessaire que dans les situations où la prise en charge de l'ITG se déroule le plus souvent comme pour celle d'une IVG, c'est à dire avant le délai de 22 semaines d'aménorrhée (correspondant à la définition OMS du seuil de viabilité fœtale). Au delà de 22 semaines en effet, l'interruption thérapeutique de grossesse n'est plus un avortement, mais se déroule comme un accouchement, et les consignes de codage s'en trouvent donc modifiées.

Avant de les énoncer, **il convient donc de réitérer les consignes précédentes, applicables avant 22 semaines d'aménorrhée.**

Une précision toutefois : s'agissant des ITG intervenant dans cette période, l'utilisation d'un code CIM-10 de la catégorie O35 du chapitre XV (soins maternels pour anomalie et lésion fœtales, connues ou présumées) en DAS est également possible, **en plus** du code de la catégorie O28 qui reste de mise (la mention de l'interdiction d'association de ces deux séries de codes dans les notes de la CIM-10 ne s'applique en effet que dans les situations de monocodage de la morbidité, qui ne correspondent pas au cas présent).

Les consignes de codage des interruptions thérapeutiques de grossesse après 22 semaines sont les suivantes. Elles résultent des recommandations de la CIM-10 pour le codage des accouchements :

- si la cause de l'interruption de grossesse est une anomalie fœtale :
 - **DP** = un code de la catégorie O35 (en utilisant le 4^{ème} digit pour préciser le type d'anomalie)
 - **DAS** = un code de la catégorie Z37 (le plus souvent Z37.1) pour repérer le résultat de l'accouchement, **ainsi qu'un code de la catégorie O28** (même remarque que précédemment en ce qui concerne la coexistence des codes O28 et O35)
 - **Acte** = acte d'accouchement du catalogue des actes médicaux (ou de la CCAM) adapté à la technique obstétricale utilisée.
- si la cause de l'interruption de grossesse est une cause maternelle :
 - **DP** = un code de la catégorie O98 ou O99
 - **DAS** = un code de la catégorie Z37,
 - ⊕ plus un code supplémentaire (si besoin) permettant de préciser le DP pour identifier une affection spécifique (conformément aux notes CIM-10 d'utilisation des codes O98 et O99),
 - ⊕ **dans tous les cas, et par convention, un code de la catégorie O28**
 - **Acte** = acte d'accouchement du CdAM (ou de la CCAM) adapté à la technique obstétricale utilisée.

1.3. Informations relatives aux prestations interétablissements

Depuis le 1^{er} janvier 2000, les établissements de santé doivent enregistrer l'information concernant les prestations médicales hospitalières réalisées par un établissement donné au profit d'un patient hospitalisé dans un autre établissement selon des règles précises, développées dans le chapitre introductif du volume 1 du manuel des GHM (BO n°2000-2bis).

Rappelons brièvement ces règles⁴ :

- l'établissement prestataire réalise un "quasi-RSS" caractérisé par des modes d'entrée / sortie portés à 0, dès lors que le patient fait l'objet d'une admission (de moins de 48 heures) dans une unité clinique.
- L'établissement "demandeur" mentionne l'acte réalisé à l'extérieur (dont il supporte la charge financière) sur son résumé de sortie, mais signale que l'acte a effectivement été réalisé ailleurs en portant le code CIM-10 étendu Z75.80 (sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte) en diagnostic associé significatif. **Par ailleurs, une fois par an, il transmet par l'intermédiaire de FICHSUP la liste de tous les actes réalisés par un autre établissement et qui lui ont été facturés (nombre d'actes réalisés par code acte).**

Après une année de fonctionnement, il a été constaté que ce dernier point du dispositif s'avère difficile à servir par nombre d'établissements. En conséquence, **la transmission par FICHSUP de la liste des actes réalisés par un autre établissement est abandonnée**. Cette mesure est applicable dès les données d'activité de l'année 2001 (transmises en 2002). **Les autres éléments du dispositif ("quasi-RSS" et code Z75.80 associé au codage sur le RSS des actes financés par le demandeur) sont en revanche conservés.**

1.4. Définition du diagnostic relié

Depuis le 1^{er} janvier 2000, un nouvel item est apparu dans les résumés de sortie du PMSI : le diagnostic relié. Sa définition, publiée dans le manuel des GHM (version 6 de la classification), indique qu'il s'agit d'un *diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique, essentiellement lorsque le diagnostic principal n'est pas, en lui-même, une affection* ; que *le plus souvent, le diagnostic relié correspond à la pathologie causale* ; et que *dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée*.

Cette définition bien qu'illustrée d'emblée de nombreux exemples par le guide des situations cliniques, puis par la publication de cas cliniques issus notamment de l'expérience des DIM dans le fascicule de l'été 2000, suscite toujours de nombreuses questions. En outre, cette définition initialement présentée comme une première version, nécessitant d'être progressivement affinée, a bénéficié des remarques des utilisateurs émises par différentes voies : forum du PERNNS, réunions diverses, et surtout questionnaire sur le sujet adressé par le PERNNS en début d'année à tous les établissements publics et privés.

Ces différents éléments, alliés à l'évolution des travaux sur le nouvel algorithme de groupage dit d'effeuillage progressif (Efp), ont nourri la réflexion du PERNNS sur ce sujet et la définition du diagnostic relié apparaît désormais simplifiée. Une publication détaillée en sera faite dans le manuel des GHM (version 7 de la classification). Nous ne signalons ici que la modification essentielle portée à cette définition :

⁴ Pour plus de détails, on se reportera au BO n°2000-2bis, ainsi qu'au fascicule destiné aux DIM et services cliniques de juillet 2000.

Désormais, il n'y a lieu de mentionner un diagnostic relié sur le résumé d'unité médicale que lorsque le diagnostic principal est codé avec le chapitre XXI (codes Z) de la CIM-10 (ce qui ne signifie pas que l'indication d'un diagnostic relié est obligatoire chaque fois que le diagnostic principal est un code Z).

2. Conséquences de la mise en œuvre du dispositif de chaînage des séjours

Rappel : la circulaire DHOS–PMSI–2001 n°106 du 22 février 2001 instaure le dispositif de chaînage des séjours en établissements de santé (MCO ou SSR) dans le cadre du PMSI : pour toutes les admissions en établissement de santé postérieures au 31 décembre 2000, il est désormais appliqué une procédure de chaînage permettant de relier entre elles les différentes hospitalisations d'un même patient. Cette procédure, fondée sur la création d'un numéro strictement anonyme est détaillée dans l'annexe technique de la circulaire.

Cette disposition, attendue de longue date par les professionnels d'horizons divers convaincus de l'intérêt que représentent les bases de données PMSI (médicalisées, régionales, nationale, publiques et privées) a été rendue possible par autorisation de la CNIL survenue en juin 2000. Des perspectives nouvelles d'exploitation de ces bases apparaissent : organisation des soins, études épidémiologiques, contrôles de la qualité du codage... Par ailleurs, la mise en œuvre du chaînage des séjours induit des conséquences sur la production de l'information PMSI : certaines procédures ou consignes de production de cette information n'avaient à ce jour de raison d'être qu'en l'absence d'un dispositif de chaînage, et deviennent donc inutiles. Il est donc probable que dans les mois qui viennent, à mesure que la portée du chaînage pourra être appréciée dans tous les aspects de la production d'information, des exemples de procédures devenues caduques seront mis en évidence et leurs conséquences en termes de nouvelles consignes explicitées. Dans l'intervalle un premier exemple est ici développé (par ailleurs, les conséquences du chaînage sur le recueil d'information dans le secteur privé sont décrites dans le point suivant).

Conséquences du chaînage sur l'information "identifiant du RSS"

Parmi les informations des résumés de sortie (RUM ou RSS) figure l'*identifiant du RSS*, dont le guide méthodologique de production des résumés (édition 1994) indique qu'"il s'agit d'un numéro attribué selon un mode séquentiel ou aléatoire à l'ensemble des RUM décrivant le séjour d'un malade,..." que "l'attribution de ce numéro est faite sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale pour l'établissement", et que "la correspondance entre ce numéro et le numéro d'hospitalisation du patient...est conservée par le médecin responsable de l'information médicale".

Dès lors que les résumés de séjour transmis à l'extérieur des établissements l'ont été sous forme de RSA, cette information a perdu de son utilité : l'anonymisation des RSS (pour en faire des RSA) a entraîné la suppression de certains items du RSS, dont l'*identifiant du RSS*. De ce fait, celui-ci n'a plus d'intérêt que dans la perspective d'un usage interne (lien entre les RUM d'un même séjour notamment).

La mise en œuvre du dispositif de chaînage, introduisant des garanties supplémentaires dans le respect de la confidentialité des données, accentue cette perte d'utilité et explique les questions soulevées par certains DIM quant à la forme que doit revêtir cet identifiant.

A l'occasion des mises au point que permet la publication de ce fascicule, **il convient donc de préciser que les DIM ont toute liberté dans la création de ces numéros (identifiants) de RSS et peuvent même faire le choix de reproduire à l'identique le numéro d'hospitalisation⁵.**

Les seules contraintes résident dans les règles d'utilisation de ces numéros, qui demeurent inchangées :

- au sein d'un même fichier de RSS, les RUM de deux patients distincts doivent comporter deux numéros de RSS distincts ;
- dans le cas d'hospitalisations répétées d'un même patient, les numéros de chaque RSS (relatifs à chacun des séjours) doivent être distincts (il ne s'agit pas en effet d'un "identifiant patient") ;
- enfin dans le cas d'un séjour multi-unités, les différents RUM constitutifs du RSS doivent comporter le même numéro.

⁵ dénommé "numéro administratif local de séjour" dans la circulaire précitée

3. Informations pratiques concernant les nouveautés 2002

Ce chapitre comporte quelques informations pratiques qu'il est utile que les DIM et les services cliniques connaissent avant la mise en œuvre de la nouvelle version de la classification des GHM au 1er janvier 2002, afin de pouvoir anticiper les modifications du recueil d'information qu'elle suppose. Une description complète de la nouvelle version de la classification sera bien entendu détaillée dans le manuel des GHM, rendu public en fin d'année 2001⁶. Il convient d'annoncer par ailleurs qu'en 2002, le nouvel algorithme de groupage des résumés de sortie, dénommé "effeuillage progressif" (EfP), sera disponible. Son intérêt majeur réside dans le fait qu'il permet de mieux décrire la complexité de certains séjours, et de rendre ainsi mieux compte de l'activité des établissements. Le recueil d'information est strictement identique à celui qui est requis par l'actuelle classification, puisqu'il s'agit simplement de grouper différemment les mêmes informations. Il est cependant rappelé que pour que l'utilité d'EfP puisse apparaître, les informations qu'il traite différemment doivent être effectivement recueillies (DAS notamment). La nécessité d'un recueil d'information de qualité mérite donc d'être à nouveau rappelée. L'algorithme de groupage et le manuel EfP seront publiés en juin 2002.

3.1. La classification commune des actes médicaux (CCAM)

Annoncée de longue date, **la CCAM, nouvel outil de codage des actes techniques médicaux (et dentaires), sera disponible dès le 1^{er} janvier 2002. A cette date, seule son utilisation dans le cadre du PMSI sera possible⁷. Cette utilisation sera facultative, et ne deviendra obligatoire qu'à partir du 1^{er} janvier 2003.**

- Il résulte de cette latitude laissée aux établissements, que **deux nouveaux formats de RUM coexisteront au 1^{er} janvier 2002**, différant simplement par le format du code acte. **La nouvelle fonction groupage (6.7) en vigueur au 1^{er} janvier 2002 permettra bien entendu de traiter les deux formats de RUM**, et de grouper par conséquent des RSS codés soit en CCAM, soit en CdAM.

Attention toutefois : il ne sera pas possible de grouper un résumé comportant des actes codés les uns en CCAM, les autres en CdAM. Il en résulte donc, à l'instar des consignes qui avaient été appliquées lors du passage de la CIM-9 à la CIM-10, que :

- un résumé de sortie doit être codé en totalité, soit en CdAM, soit en CCAM
- dans le cas des RSS multi-RUM, tous les RUM constitutifs du RSS doivent être codés soit en CdAM, soit en CCAM. Cette contrainte peut donc conduire à mettre en place une procédure de vérification et de recodage éventuel au niveau du DIM dans les cas où, au sein d'un même établissement, seules certaines unités médicales (pouvant participer à la constitution de RSS multi-RUM) adopteraient la CCAM alors que d'autres conserveraient leurs pratiques de codage en CdAM.

- La qualité descriptive de ce nouvel outil est sans commune mesure avec les outils précédents, mais son utilisation ne saurait être improvisée : la CCAM comporte quelque 7100 libellés d'actes techniques médicaux, classés selon une logique particulière, et répondant à des règles de codage précises. Une formation de formateurs, mise en œuvre conjointement par

⁶ Cette publication devrait se faire sur CD-ROM (associant la CCAM sur le même support) en fin d'année, avant publication sur support papier traditionnel en début d'année 2002

⁷ Ce qui exclut donc l'utilisation à visée tarifaire par exemple.

l'Etat et l'assurance maladie, de juillet à octobre 2001, a notamment pour but de disposer de référents régionaux pour la CCAM, capables à leur tour d'animer des formations selon des modalités d'organisation laissées à l'initiative des régions, et de répondre éventuellement aux questions d'établissements de la même région. La liste des référents régionaux prêts à s'engager dans ces actions de formation doit pouvoir être communiquée aux établissements par les COTRIM, ces derniers ayant été sollicités comme intermédiaires pour "recruter" les référents.

- Pour que les établissements qui le souhaitent puissent utiliser la CCAM dès le 1^{er} janvier 2002, une publication (sur support CD-ROM, associée au manuel des GHM – voir note 5) en sera assurée avant la fin de l'année 2001. Cette publication sera toutefois incomplète, puisque, si elle comportera bien la totalité des **libellés, codés**, elle ne comportera ni les ICR (en cours de refonte), ni les tarifs des actes utilisés notamment pour la définition des honoraires médicaux dans le secteur libéral⁸ (non encore négociés).

A titre d'information, il convient de préciser que la version disponible sur le site internet de la CNAMTS (www.cnamts.fr, rubrique "professionnels") – version actuellement non codée – sera prochainement mise à jour (sans toutefois intégrer ni ICR, ni tarifs, pour les raisons évoquées ci-dessus).

3.2. Le nouveau format du RUM

Deux formats de RUM (007 et 008) seront donc reconnus par la fonction groupage 6.7 au 1^{er} janvier 2002, la seule différence entre les deux portant sur le format du code acte : 4 caractères pour les actes CdAM (format 007), 7+1 caractères pour les actes CCAM (format 008). Ces nouveaux formats sont présentés ci-dessous, la description du format de chacun des items est fournie en annexe.

Les nouveautés importantes de ces nouveaux formats, ainsi que leurs conséquences sont énoncées ci-dessous.

⁸ Il est rappelé que la CCAM a vocation à se substituer à la fois au CdAM et à la NGAP.

3.2.1. Format du RUM 007

(voir note d'accompagnement de chacun des items en annexe)

Intitulé	position	taille	remarque ou renvoi	
Numéro FINESS	1-9	9	FINESS	
Version du format du RUM	10-12	3	007	
Identifiant du RSS	13-19	7	numéro de RSS	
Date de naissance	20-27	8	date de naissance	
Sexe	28	1		
Numéro de l'unité médicale	29-32	4		
Date d'entrée dans l'unité médicale	33-40	8	JJMMAAAA	
Mode d'entrée dans l'unité médicale	41	1	codage du mode d'entrée	
Provenance (si mode d'entrée est mutation ou transfert)	42	1	codage de la provenance	
Date de sortie de l'unité médicale	43-50	8	JJMMAAAA	
Mode de sortie de l'unité médicale	51	1	codage du mode de sortie	
Destination (si mode de sortie est mutation ou transfert)	52	1	codage de la destination	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	53-57	5	codage du code postal	
Poids à la naissance (en grammes)	58-61	4	poids de naissance	
Nombre de séances	62-63	2		
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM	64-65	2	nDAS	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	66-67	2	nDAD	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	68-69	2	nZA zone d'acte	
Diagnostic principal (DP)	70-77	8	CIM10 - DP	
Diagnostic relié (DR)	78-85	8	CIM10 - DR	
IGS 2	86-88	3		
Zone réservée	89-105	15		
DAS n° 1		8	CIM10 - nDAS	
.....		* 8	CIM10 - nDAS	
DAS n° nDAS		8	CIM10 - nDAS	
DAD n° 1		8	CIM10 - nDAD	
.....		* 8	CIM10 - nDAD	
DAD n° nDAD		8	CIM10 - nDAD	
Acte n° 1	Code CdAM		4	CdAM
	Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour dans l'UM		2	nEA
....			*(4+2)	
Acte n° nZA	Code CdAM		4	CdAM
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour dans l'UM		2	nEA

3.2.2. Format du RUM 008

(voir note d'accompagnement de chacun des items en annexe)

Intitulé	position	taille	remarque ou renvoi
Numéro FINESS	1-9	9	FINESS
Version du format du RUM	10-12	3	008
Identifiant du RSS	13-19	7	numéro de RSS
Date de naissance	20-27	8	date de naissance
Sexe	28	1	
Numéro de l'unité médicale	29-32	4	
Date d'entrée dans l'unité médicale	33-40	8	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	41	1	codage du mode d'entrée
Provenance (si mode d'entrée est mutation ou transfert)	42	1	codage de la provenance
Date de sortie de l'unité médicale	43-50	8	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale	51	1	codage du mode de sortie
Destination (si mode de sortie est mutation ou transfert)	52	1	codage de la destination
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	53-57	5	codage du code postal
Poids à la naissance (en grammes)	58-61	4	poids de naissance
Nombre de séances	62-63	2	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM	64-65	2	nDAS
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	66-67	2	nDAD
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	68-69	2	nZA zone d'acte
Diagnostic principal (DP)	70-77	8	CIM10 - DP
Diagnostic relié (DR)	78-85	8	CIM10 - DR
IGS 2	86-88	3	
Zone réservée	89-105	15	
DAS n° 1		8	CIM10 - nDAS
.....		* 8	CIM10 - nDAS
DAS n° nDAS		8	CIM10 - nDAS
DAD n° 1		8	CIM10 - nDAD
.....		* 8	CIM10 - nDAD
DAD n° nDAD		8	CIM10 - nDAD
Acte n° 1	Code CCAM de l'acte	7	CCAM
	Code CCAM de la phase	1	CCAM
	Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour dans l'UM	2	nEA
....			*(7+1+2)
Acte n° nZA	Code CCAM de l'acte	7	CCAM
	Code CCAM de la phase	1	CCAM
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour dans l'UM	2	nEA

3.2.3 Le premier point remarquable de ce nouveau format de RUM concerne sa **stricte identité pour les établissements sous dotation globale et pour les établissements sous OQN** :

plus exactement, c'est le contenu du RUM qui devient identique pour les deux catégories d'établissement. Cette harmonisation des formats est liée à l'harmonisation du dispositif de chaînage entre les deux secteurs d'hospitalisation, à partir du 1^{er} janvier 2002. A cette date, **seront ainsi supprimés du contenu du RUM MCO privé le numéro de sécurité sociale ainsi que le rang de bénéficiaire** qui n'ont plus de raison d'être (voir circulaire "chaînage" et chapitre précédent).

3.2.4 Le second point à souligner réside dans la **modification du recueil des actes**

Chaque zone d'enregistrement des actes est désormais divisée et comporte deux types d'information distinctes :

- l'une concerne le code acte (CdAM ou CCAM⁹)
- l'autre concerne le nombre d'exécutions de ce même acte.

Il convient ainsi de remarquer que l'ancienne zone du format de RUM intitulée "*Nombre d'actes (nA) dans ce RUM*" devient "*Nombre de zones d'actes (nZA) dans ce RUM*". Une zone d'actes est composée de deux champs (code acte CdAM et nombre d'exécutions de l'acte) en format 007, de trois champs (code acte CCAM, code phase CCAM, nombre d'exécutions) en format 008.

Concrètement : **le nombre d'exécutions (ou de réalisations) de chaque acte est donc désormais enregistré dans le RUM, et sera reproduit dans le RSA**. La procédure antérieure de "dédoublonnage" des actes qui consistait à ne retenir dans le RSA qu'une seule occurrence du même code d'acte (à l'exception de certains codes correspondant aux actes répétitifs réalisés en séance – dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), quel que soit le nombre de fois où ils étaient mentionnés, est donc abandonnée.

Les conséquences de cette mesure sont importantes :

- si le groupage n'en est aucunement affecté (un GHM unique continue d'être produit pour chaque RSS ou RSA), l'exploitation de RSA non "expurgés" d'une partie des actes initialement enregistrés permet d'obtenir une description plus fine de l'activité des établissements, ce qui n'est pas dénué d'intérêt dans une optique d'**organisation des soins** par exemple.
- elle va permettre notamment de **mieux valoriser les séjours comportant un passage en réanimation**. MAHOS 2003 (qui traitera les données d'activité de l'année 2002) comportera un nouveau module ; ce dernier attribuera des points ISA supplémentaires aux séjours qui auront enregistré des actes de réanimation (champ oméga du CdAM, ou actes de réanimation de la CCAM) repérés comme "marqueurs" d'une prise en charge lourde de réanimation et cela en fonction du nombre de réalisations de tels actes, information désormais disponible dans les RSA. Les modalités précises de la mise en œuvre de cette nouvelle disposition, ainsi que la liste des actes marqueurs seront communiquées à la fin de l'année 2001. Le principe en est cependant d'ores et déjà acquis.

⁹ Dans le format 008, le code CCAM est lui même divisé en "code de l'acte" et "code de la phase"

3.3. Extensions de codes CIM-10 pour la nouvelle version de la classification des GHM

L'objet de ce fascicule n'est pas de se substituer au manuel des GHM, mais de permettre aux DIM de se préparer à un recueil d'information adapté à la nouvelle version de la classification. A ce titre, plus que l'intitulé des nouveaux GHM ou des modifications précises qu'elle comportera¹⁰, ce sont surtout les particularités nouvelles de codage qu'il est utile de connaître par avance.

Ainsi, de nouvelles **extensions de codes CIM-10** ont été créées par le PERNNS¹¹. Elles seront prochainement publiées sur le site internet du PMSI, et figureront par ailleurs dans le manuel des GHM qui sera publié d'ici la fin de l'année 2001. Il convient cependant d'énoncer dès à présent les conditions d'utilisation de certaines de ces extensions.

❖ **Infarctus du myocarde :**

Les extensions concernant les codes d'infarctus du myocarde permettent d'introduire au moyen d'un 5^{ème} caractère, une notion essentielle pour la description médicale : celle du moment de la prise en charge (de l'infarctus), initiale ou non. Cette précision sera particulièrement utile en termes de groupage dans la version 7 de la classification des GHM et doit être connue des codeurs dès à présent (elle permettra notamment de réserver les GHM d'infarctus du myocarde aux seules prises en charge initiales). Signalons également qu'un 6^{ème} caractère (dont l'utilisation sera en revanche sans influence sur le groupage) est également décrit, à la demande des professionnels, pour repérer les infarctus de moins de 24 heures.

Les extensions correspondant aux “ autres prises en charge ou sans précision ” devront être employées dans les cas suivants :

- séjour après mutation ou transfert depuis une unité de soins intensifs
Exemple : dans le cas d'un patient hospitalisé en soins intensifs cardiologiques pour un infarctus du myocarde, cette unité utilise un code de prise en charge initiale ; en revanche, l'unité suivante – de cardiologie courante en général – du même établissement (mutation) ou d'un autre (transfert) doit utiliser un des codes de prise en charge “ autre ou sans précision ” ;
- hospitalisation pour coronarographie d'un patient hospitalisé dans un autre établissement pour son infarctus ;
- erreur d'orientation : hospitalisation initiale dans une unité inadéquate suivie d'une mutation ou d'un transfert le jour même ou le lendemain dans une unité cardiologique
Exemple : infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale ayant initialement égaré le diagnostic vers une affection digestive et justifié une admission en gastro-entérologie ; correction rapide du diagnostic et mutation en cardiologie : l'unité de gastro-entérologie, qui n'a pas assuré la prise en charge cardiologique de l'infarctus, doit utiliser un des codes de prise en charge “ autre ou sans précision ”. L'unité de cardiologie qui prendra en charge l'infarctus utilisera un code de prise en charge initiale.
- Il en résulte que les codes pères (niveau 4 caractères) des catégories I21 et I22 acquièrent le sens de "prise en charge non précisée".

¹⁰ A titre d'information, signalons que la version 7 de la classification des GHM comportera notamment des modifications portant sur les CMD 5, 14 et 15

¹¹ On notera que des extensions ont également été créées pour être utilisées dans le cadre du recueil d'information SSR

❖ **Varices œsophagiennes :**

la CIM propose deux rubriques pour le codage des varices œsophagiennes : **I85 et I98.2**. Seul I85 fait la distinction entre les varices hémorragiques et non-hémorragiques, le caractère de complication et morbidité associée sévère (CMAS) étant attaché aux seules premières. Certains codeurs utilisent le code *astérisque* I98.2 avec la maladie responsable, le plus souvent la cirrhose, codée *dague*. Leur choix n'appelle pas de reproche mais ils étaient lésés par l'absence de l'équivalent de la CMAS I85.0. Sans porter de jugement sur le sens de la catégorie I85, le PERNNS a pris acte du fait et décidé, pour mettre les codeurs sur un plan d'égalité, de subdiviser la sous-catégorie I98.2 à l'identique de I85.

❖ **État grabataire :**

le code Z74.00 est réservé aux situations correspondant à la définition suivante :

état d'une personne confinée au lit ou au fauteuil par sa maladie, incapable de subvenir seule sans aide et en toute sécurité à ses besoins alimentaires, d'hygiène personnelle, d'élimination et d'exonération, de transfert et de déplacement

(N.B. la conjonction " et " – non " ou " – qui lie les différents besoins indique bien que l'une et l'autre conditions doivent être satisfaites pour que l'état du patient puisse être qualifié de grabataire).

❖ **Greffes de moelle osseuse**

Dans la version 7 de la classification des GHM, l'ancien GHM (584) de greffe de moelle osseuse est remplacé par deux nouveaux GHM de "greffe de cellules souches hématopoïétiques", l'un concernant les allogreffes, l'autre concernant les autogreffes. En l'absence d'acte du CdAM permettant de distinguer ces deux types de greffes (distinction qui existe dans la CCAM, mais dont l'utilisation en 2002 est facultative), l'orientation des séjours dans l'un ou l'autre des GHM de greffe de cellules souches hématopoïétiques ne sera rendue possible qu'en utilisant dans le résumé de sortie un code CIM-10 étendu en diagnostic associé significatif : Z94.800 *présence d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques*, ou Z94.801 *présence d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques*.

3.4. Modifications du recueil d'information lié aux passages aux urgences

L'étude d'un nouveau mode de financement des établissements de santé, sous forme d'un système de tarification dite "à la pathologie" génère nombre de réflexions et travaux (destinés notamment à s'assurer que le dispositif à mettre en œuvre couvrirait bien à terme, en dehors de l'activité de soins, l'ensemble des missions des établissements de santé (missions d'intérêt général, recherche, enseignement...)).

C'est dans ce cadre que des travaux relatifs à l'activité d'urgence des établissements ont été menés, et que des modalités de financement propres aux services d'accueil et de traitement des urgences sont étudiées. Une première étape de ces travaux vient de se concrétiser par la publication d'une circulaire DHOS/2001/n°433 du 10 septembre 2001, relative au projet de mise en œuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé, qui traite de ce problème à la fois dans la perspective de la tarification à la pathologie, mais aussi dans le cadre du système actuel de financement des établissements de santé.

La mise en place du dispositif abouti (financement des urgences assis sur un recueil d'informations médico-économique spécifique, à l'horizon 2005) passe par plusieurs étapes, intégrées dans un

calendrier progressif, justifié par les nécessaires adaptations du système d'information actuel des établissements de santé.

Cette circulaire est accessible sur le site internet du PMSI (elle a par ailleurs été adressée aux agences régionales de l'hospitalisation, pour transmission aux établissements concernés).

Il a semblé utile de faire ici le point sur les adaptations du système d'information que les établissements de santé disposant d'unités d'accueil et de traitements des urgences devront réaliser :

A prévoir : les adaptations du système d'information

La note technique relative au dispositif de mise en œuvre progressive d'un financement spécifique des urgences, jointe à la circulaire DHOS/2001/n°433 du 10 septembre 2001 dresse le programme des adaptations à intégrer :

Dispositions concernant les informations relatives à l'année 2001 : les établissements financés par dotation globale doivent intégrer des modifications :

- de leurs retraitements comptables, en isolant les charges d'urgences dans une sous-section d'imputation particulière,
- du recueil d'information supporté par FICHSUP, en individualisant les consultations et actes externes liés à l'accueil et à la prise en charge des urgences.

Ces modifications (qui font l'objet de précisions dans une annexe technique de la circulaire) seront réalisées lors de la transmission des données 2001, en 2002, et pourront être prises en compte à partir de la campagne budgétaire 2003.

Attention : une consigne a été rapportée :

En page 8 de la note technique précitée, le paragraphe reproduit ci-dessous ne doit pas être pris en compte. En effet, il est apparu que nombre de services, du fait de leur organisation, éprouveraient des difficultés à suivre les consignes qui y sont énoncées.

Le paragraphe suivant est donc à considérer comme "supprimé" :

"- En 2002, l'ensemble des établissements de santé (publics et privés) devront intégrer certaines modifications.....

....Ces modifications relatives à la description des séjours MCO....., s'agissant des établissements financés sous dotation globale."

4. Divers

4.1. Liste 2001 des spécialités pharmaceutiques onéreuses de chimiothérapie anti-cancéreuse

L'année 2000 a connu la mise en place d'un dispositif PMSI particulier, destiné à mieux prendre en compte, les spécialités pharmaceutiques onéreuses de chimiothérapie anti-cancéreuse. A cet effet, une première liste de spécialités pharmaceutiques, élaborée par un groupe d'experts hospitaliers, a été le support du recueil d'information nécessaire à cette prise en compte améliorée : les dépenses de chaque établissement de santé sous dotation globale, entraînées par la dispensation de chacune des spécialités figurant sur la liste ont été directement converties – par MAHOS – en un nombre de points ISA supplémentaire qui est venu s'ajouter au volume de points issu du dispositif traditionnel. L'année 2001 a vu ce dispositif reconduit, ce qui s'est accompagné d'une mise à jour de la liste des spécialités pharmaceutiques concernées : les pratiques évoluant vite dans ce domaine, il importe en effet, pour que le dispositif reste pertinent, que la liste soit régulièrement revue.

La liste 2001 des spécialités pharmaceutiques onéreuses de chimiothérapie anti-cancéreuse est la suivante : (Rappelons pour mémoire qu'elle a été utilisée en 2001, pour transmettre, par l'intermédiaire de FICHSUP, les dépenses réalisées par les établissements en 2000, au titre de ces spécialités)

Spécialités anti-tumorales	Traitements associés et autres spécialités
ASPARAGINASE ERWINIA ^{ATU}	INTRONA
BEROMUN ^{ATU}	ROFERON-A
CAELYX	
CAMPATH ^{ATU}	ENDOBULINE
CAMPTO	GAMMAGARD
DAUNOXOME	SANDOGLOBULINE
ELOXATINE	TEGELINE
FARMORUBICINE	THYMOGLOBULINE
FLUDARA	LYMPHOGLOBULINE
GEMZAR	
HERCEPTINE	ARELIA
HOMOHARRINGTONINE ^{ATU}	CARDIOXANE
HYCAMTIN	ETHYOL
LEUCOTAC ^{ATU}	METASTRON
LEUSTATINE	QUADRAMET
MABTHERA	
MYLOTARG ^{ATU}	
MUPHORAN	
NAVELBINE	
NIPENT	
NOVANTRONE	
PARAPLATINE	
PROLEUKIN	
TAXOL	
TAXOTERE	
TEMODAL	
TOMUDEX	
ZAVEDOS	

4.2. Modalités de prise en compte des séjours pour soins palliatifs par MAHOS-2001

L'année 2000 a également connu la mise en place d'un dispositif permettant, par l'intermédiaire de MAHOS, de mieux valoriser les séjours hospitaliers de MCO comportant des soins palliatifs.

Rappelons qu'il s'agissait, en 2000, d'attribuer une valorisation complémentaire en points ISA à tout séjour comportant en DP ou en DAS le code Z51.5 de "soins palliatifs", et dont la durée de séjour se situait au delà d'une borne (inférieure) à partir de laquelle le séjour était considéré comme particulièrement long (et justifiant de fait un complément de valorisation). Il s'agissait alors de valoriser chaque journée au-delà de cette borne à hauteur de 200 points, sans toutefois aller au-delà d'une seconde borne (supérieure) à partir de laquelle il était considéré que le séjour relevait davantage d'un séjour "extrême" (ou outlier), justifiant alors une valorisation adaptée à ce cas de figure.

Pour cette première année 2000, le dispositif a donc été appliqué à tous les séjours comportant le code Z51.5 aussi bien en DP qu'en DA, considérant qu'en l'absence de valorisation adaptée, il ne pouvait être tenu rigueur aux établissements d'avoir jusqu'à lors préféré porter le Z51.5 en DA dans les cas où il aurait du être porté en DP, pour bénéficier d'une valorisation un peu supérieure. Les établissements étaient néanmoins informés du fait que cette tolérance ne s'appliquerait qu'en 2000, sur les données d'activité 1999, et que MAHOS 2001 fonctionnerait différemment.

MAHOS 2001 (appliqué aux données d'activité 2000) a donc réservé ce dispositif aux séjours comportant le code Z51.5 en diagnostic principal. Toutefois, lors de séjours "multi-unités", il est possible (du fait de l'algorithme de groupage) que le DP du RSS ne soit pas le code Z51.5, alors que le RUM correspondant à la prise en charge pour soins palliatifs a bien respecté cette consigne¹². Par conséquent, le dispositif est également appliqué aux séjours multi-unités, comportant le code Z51.5 en DAS.

La valorisation par MAHOS 2001 des séjours pour soins palliatifs de l'année 2000 est donc la suivante :

❖ **séjours "chirurgicaux"** (avec acte classant opératoire) :

- **DP = Z51.5** → GHM n°669 (dont la valorisation est V_{669})

Valorisation = V_{669} + valorisation complémentaire de chaque journée située entre **17** (B_{inf}) et **87 jours** (B_{sup})¹³ (soit $V_{669} + 200n$, avec n = nombre de ces journées)

- **DP = XXX et DAS = Z51.5 et nombre de RUM ≥ 2** → GHMn°X
(de pondération V_x)

Dans ce cas, deux valorisations sont possibles :

- V_x } *MAHOS 2001 retient la valeur*
- $V_{669} + 200n$ } *la plus élevée des deux*

¹² Il suffit pour cela qu'un acte opératoire classant ait été réalisé dans une autre unité médicale par exemple pour que le DP du RSS soit alors le diagnostic motivant l'acte

¹³ Prise en compte des bornes de l'intervalle :

on valorise toute journée J comprise dans l'intervalle suivant : $17 < J \leq 87$

❖ **séjours "médicaux"** (sans acte classant opératoire) :

- **DP = Z51.5** ———▶ GHM n°675

Valorisation = V_{675} + valorisation complémentaire de chaque journée située entre **8** (B_{inf}) et **40 jours** (B_{sup})¹⁴ (soit $V_{675} + 200n$, avec n = nombre de ces journées)

- **DP = YYY et DA = Z51.5 et nombre de RUM ≥ 2** ———▶ GHMn°Y
(de pondération V_y)

Dans ce cas, deux valorisations sont possibles :

- V_y	}	<i>MAHOS 2001 retient la valeur la plus élevée des deux</i>
- $V_{675} + 200n$		

4.3. Signalement des maladies professionnelles

La Direction de la Sécurité Sociale, en concertation avec les autres directions du ministère de l'emploi et de la solidarité travaille actuellement à l'amélioration des déclarations de maladies professionnelles prises en charge en milieu hospitalier. Il existe en effet une sous-déclaration importante de ces cas conduisant à faire indûment supporter par la branche assurance maladie de la sécurité sociale des prises en charge qui relèvent d'un autre financeur (branche maladies professionnelles – accidents du travail en l'occurrence).

Le PMSI n'est évidemment pas responsable de cet état de fait. Néanmoins, pour s'associer aux différentes actions qui vont être développées sur ce sujet, il a semblé utile de rappeler ici qu'en dehors des codes diagnostiques spécifiques de la CIM-10 (silicose, poumon du fermier, maladie du charbon,...), il est toujours possible de signaler une maladie professionnelle prise en charge (pour autant que la causalité ait été établie), en utilisant (en DAS) le **code Y96 "facteurs liés aux conditions de travail"** de la rubrique "facteurs supplémentaires se rapportant aux conditions de morbidité et de mortalité classées ailleurs" du chapitre XX de la CIM.

Coder cette information par le PMSI pourrait ainsi contribuer à contrôler le degré d'exhaustivité d'informations issues d'autres circuits.

4.4. RSF des établissements sous OQN et passage à l'euro

Pour les établissements de santé sous OQN, le recueil d'information PMSI en MCO comporte pour chaque séjour, non seulement la production d'un résumé standardisé de sortie, mais encore l'émission d'un résumé standardisé de facturation (RSF).

Depuis le 1^{er} septembre 2001, les établissements de santé sous OQN ont la possibilité d'émettre des factures en EUROS. Cette possibilité passe par une modification du bordereau 615, support de la facturation des établissements privés, transmis à l'assurance maladie. Cette modification réside dans l'ajout d'une case à la suite des données financières, pour en préciser l'unité monétaire.

¹⁴ on valorise toute journée J comprise dans l'intervalle suivant : $8 < J \leq 40$

S'agissant des RSF en revanche, les montants reportés doivent être établis en FRANCS jusqu'au 31 décembre 2001. Ce n'est qu'à partir du 1^{er} janvier 2002 qu'ils devront être portés en EUROS.

Ainsi, pour les RSF directement issus des factures, mais réalisés par les logiciels PMSI, les sociétés de service qui réalisent ce type de logiciel, ont été informées de la nécessité d'effectuer la conversion en francs (le cas échéant) pour tous les lots concernant les séjours de patients sortis pendant l'année 2001 (le problème ne se posera en fait que pour les séjours de patients hospitalisés à partir de septembre).

Pour les séjours de patients sortis en 2002, c'est la conversion en Euro que devront réaliser les logiciels PMSI des cliniques.

4.5. Recueil d'information concernant les nouveau-nés décédés

La question de savoir s'il faut ou non réaliser un RSS pour un nouveau-né décédé a été posée à plusieurs reprises à la mission PMSI. Il a donc semblé utile de présenter cette réponse dans ce fascicule, afin d'en faire bénéficier l'ensemble des DIM.

Une règle essentielle doit tout d'abord être rappelée : **en l'absence de déclaration de naissance à l'état civil, on ne doit pas réaliser de RSS.**

Cette règle prévaut aussi pour la SAE lors du recueil du bordereau Q16 (" Les enfants sont ceux déclarés à l'Etat Civil par l'entité interrogée ou non*..." * que ce soit par l'entité interrogée ou par une tierce personne, le père par exemple). A noter que la déclaration à l'état civil est la règle pour les enfants mort-nés après une gestation de plus de 180 jours.

- si le nouveau-né décède "plus de 24 heures" après sa naissance (changement de date), on recueille un RSS classique associant en particulier, le poids à la naissance et les diagnostics de pathologies cliniquement détectées et de celles qui pourraient être révélées a posteriori après examen anatomo-pathologique par exemple. Le séjour sera classé dans l'un des GHM de la CMD 15

- si le nouveau-né décède rapidement (avant tout changement de date) à l'issue de manœuvres de réanimation, ce séjour sera classé dans le GHM de décès immédiat de la CM 24

- si la seule prise en charge consiste à réceptionner un enfant mort et à effectuer, par exemple, les préparatifs pour un examen anatomo-pathologique, sans qu'il n'y ait eu de soins à visée salvatrice, il n'y a pas lieu de créer un RSS nouveau-né pour le mort-né. Cet épisode fait partie intégrante de l'accouchement (considérant le "produit" de l'accouchement). Les codes Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6 et Z37.7 (résultat de l'accouchement) à coder en DAS permettent de repérer cette situation.

- ANNEXE -

FORMAT DU RUM : COMMENTAIRES

La définition et le format des différents items du RUM sont décrits ci-dessous. Ils sont détaillés un à un pour le format du RUM 007. En revanche, les formats 007 et 008 diffèrent uniquement par les informations liées aux actes, seules ces différences sont alors détaillées pour le format 008.

FORMAT DU RUM 007
Commentaires, remarques, renvois

Numéro FINESS

Le numéro FINESS identifie l'entité juridique.

Format 007

Tous les fichiers de données relatifs au PMSI comportent un identifiant de format, qui se trouve en positions 10-11-12 de tous les enregistrements. Le premier digit désigne le type d'enregistrement (ici 0 signifie RUM), les deux derniers indiquent le numéro de version (ici 07).

Dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité), tous les RUM doivent comporter le même identifiant de format.

Le format de RUM 007 est utilisable à compter du 1er janvier 2002.

Numéro de RSS

On doit attribuer un numéro distinct par séjour-patient :

- au sein d'un même fichier de RSS, les RUM de deux patients distincts doivent comporter deux numéros de RSS distincts
- les RUM d'un même patient pour des séjours distincts doivent comporter deux numéros de RSS distincts

En revanche, dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité) les différents RUM constitutifs du RSS doivent comporter le même identifiant.

Date de naissance

Pour les enfants de moins de 29 jours, la date de naissance complète permet de calculer l'âge en jours à l'entrée, cette information étant utilisée dans l'algorithme de groupage. Pour tous les patients, c'est l'âge et non la date de naissance qui est communiqué dans le RSA.

La date de naissance, dans le RUM, doit respecter le [format JJMMAAAA](#)

Date JJMMAAAA

Les dates doivent être indiquées avec un format JJMMAAAA, c'est-à-dire dans l'ordre français (jour-mois-année) sur deux digits pour le jour, sur deux digits pour le mois, et sur quatre digits pour l'année.

Ainsi par exemple, le **8 février 1999** se code : 08021999

Codage du mode d'entrée

Le mode d'entrée dans l'unité médicale se code comme suit :

- 6 : mutation

La mutation signifie la provenance d'une autre unité médicale de la même entité juridique.

- 7 : transfert normal

Le transfert normal signifie la provenance d'une autre entité juridique pour une hospitalisation à part entière, à distinguer du cas de la prestation réalisée pour le compte de l'établissement d'origine, codé 0.

- 8 : domicile

Le patient vient de chez lui.

- 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Ce type particulier de transfert est réservé à deux cas :

- un établissement " prestataire " reçoit un patient pour une durée de moins de 48 heures dans le seul but de réaliser un acte que l'établissement d'origine ne peut pas réaliser lui-même. Cette " prestation " donnera d'ailleurs lieu à une facturation à l'établissement d'origine.

- un établissement " donneur d'ordre " récupère un patient qu'il avait transféré pour la réalisation d'un acte qu'il ne pouvait réaliser lui-même. Il s'agit donc de la fin de la prestation.

Codage de la provenance

Ce champ se code comme suit :

- 1 : d'une unité de soins de courte durée
- 2 : d'une unité de soins de suite et de réadaptation
- 3 : d'une unité de soins de longue durée
- 4 : de psychiatrie

- 6 : d'une hospitalisation à domicile
- 7 : d'une structure d'hébergement médico-sociale

Note : les codes provenance 6 et 7 sont de nouveaux codes, créés dans un souci d'homogénéité avec les codes récemment créés en SSR¹⁵. Ils ne sont utilisables qu'avec un mode d'entrée 8 (domicile). Le code 5 "d'un service d'urgence", utilisé en SSR, n'a pas de raison d'être en soins de courte durée.

Codage du mode de sortie

Le mode de sortie de l'unité médicale se code comme suit :

- 6 : mutation

La mutation signifie le départ vers une autre unité médicale de la même entité juridique.
- 7 : transfert normal

Le transfert normal signifie le départ vers une autre entité juridique, à distinguer du cas d'un retour à l'établissement d'origine après la réalisation d'une prestation, codé 0.
- 8 : domicile

Le patient rentre chez lui.
- 9 : décès

Le patient est décédé dans l'unité médicale.
- 0 : transfert pour ou après réalisation d'un acte

Ce type particulier de transfert est réservé à deux cas :

 - un établissement " prestataire " retourne le patient dans son établissement d'origine après l'avoir accueilli pour une durée de moins de 48 heures dans le seul but de réaliser un acte qui ne pouvait pas être réalisé sur place. Il facture d'ailleurs cette " prestation " à l'établissement d'origine.
 - un établissement " donneur d'ordre " envoie un patient dans un autre établissement pour la réalisation d'un acte qu'il ne peut réaliser lui-même.

Codage de la destination

Ce champ se code comme suit :

- 1 : vers une unité de soins de courte durée
- 2 : vers une unité de soins de suite et de réadaptation

¹⁵ voir circulaire DHOS-PMSI-2001 n°105 du 22 février 2001 relative aux évolutions du PMSI pour l'activité SSR des établissements financés par dotation globale. Attention toutefois : si ces codes sont bien utilisables dans le cadre du PMSI-SSR dès l'année 2001, ils ne doivent être utilisés dans le cadre du PMSI-MCO qu'à partir du 1^{er} janvier 2002 (toute autre utilisation conduirait à un groupage en erreur des résumés correspondants).

- 3 : vers une unité de soins de longue durée
- 4 : en psychiatrie
- 6 : vers une hospitalisation à domicile
- 7 : vers une structure d'hébergement médico-sociale
- Note : les codes provenance 6 et 7 sont de nouveaux codes, créés dans un souci d'homogénéité avec les codes récemment créés en SSR¹⁶. Ils ne sont utilisables qu'avec un mode de sortie 8 (domicile). Le code 5 "vers un service d'urgence", utilisé en SSR, n'a pas de raison d'être en soins de courte durée.

Codage du code postal de résidence

S'il réside en France, le lieu de résidence du patient est codé par son code postal. Celui-ci est transformé par GENRSA en un code géographique selon un système de codage national tel que le niveau de découpage géographique représente au moins 1000 habitants.

On code 00999 pour indiquer un code postal inconnu. Si ce champ n'est pas rempli, la fonction groupage rejette le RUM.

Codage du pays de résidence

Dans le cas d'un patient résidant hors de France, on ne précise pas le code postal, mais le pays de résidence. On utilise pour cela le code INSEE à 3 positions, précédé de 99. Avec ce système de codage, par exemple, l'Italie est codée 99127.

On code 99999 pour indiquer un pays inconnu. Si ce champ n'est pas rempli, la fonction groupage rejette le RUM.

Un fichier téléchargeable de la table INSEE est disponible.

Poids de naissance

Cette information ne doit être donnée que dans le cas des nouveau-nés. Elle concerne tous les nouveau-nés, qu'ils soient ou non connus du système de gestion administrative des patients. Le poids est exprimé en grammes.

Dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité), le poids est donné sur le premier RUM de la série, produit par l'unité médicale où a lieu l'arrivée initiale du nouveau-né : unité médicale d'accouchement en cas de naissance à l'hôpital, première unité médicale d'hospitalisation en cas d'entrée directe ou de transfert d'un autre établissement.

¹⁶ voir circulaire DHOS-PMSI-2001 n°105 du 22 février 2001 relative aux évolutions du PMSI pour l'activité SSR des établissements financés par dotation globale. Attention toutefois : si ces codes sont bien utilisables dans le cadre du PMSI-SSR dès l'année 2001, ils ne doivent être utilisés dans le cadre du PMSI-MCO qu'à partir du 1^{er} janvier 2002 (toute autre utilisation conduirait à un groupage en erreur des résumés correspondants).

Nombre de diagnostics associés nécessaires à la classification, dits significatifs (nDAS)

À partir du 1er janvier 2000, la fonction groupage ne reconnaît dans le RUM qu'un seul type de diagnostics associés : ceux qui sont mentionnés pour intervenir dans le groupage, ce qui exclut ceux qui sont mentionnés uniquement pour des besoins documentaires.

La première catégorie concerne donc les diagnostics nécessaires à la classification, dits significatifs (DAS), dont le nombre est limité à un maximum de 15.

Le format du RUM étant à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable de DAS, il est nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments DAS dans le RUM. C'est à cela que sert le champ nDAS, qui peut contenir toute valeur numérique de 0 à 15, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de champs DAS renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nDAS. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, il ne doit y avoir aucun DAS d'indiqué, et le premier champ après la zone réservée correspondra alors à la première DAD.

Nombre de données à visée documentaire (nDAD)

À partir du 1er janvier 2000, la fonction groupage ne reconnaît dans le RUM qu'un seul type de diagnostics associés : ceux qui sont mentionnés pour intervenir dans le groupage, ce qui exclut ceux qui sont mentionnés uniquement pour des besoins documentaires. Ceux-ci peuvent néanmoins continuer à être saisis dans le RUM, dans une zone non lue par la fonction groupage, qui peut comporter toute information à visée documentaire souhaitée par les codeurs.

Ces données à visée documentaire (DAD) n'ont aucune contrainte de codage à respecter : l'objectif poursuivi n'est pas d'en normaliser le recueil, mais d'éliminer le risque de "pollution" des diagnostics associés par ces informations autrefois recueillies de manière parasite. La zone disponible dans le RUM pour ce recueil est toutefois limitée en longueur : de 0 à 99 tranches de 8 caractères chacune, soit un total de 0 à 792 caractères.

Le format du RUM étant à longueur variable, cela permet l'enregistrement du nombre variable de ces "tranches", afin de faire savoir à la fonction groupage la taille de la zone DAD dans le RUM. C'est à cela que sert le champ nDAD, qui peut contenir toute valeur numérique de 0 à 99, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de "tranches" DAD occupées doit être égal au nombre indiqué dans le champ nDAD. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, il ne doit y avoir aucune DAD d'indiquée, et le premier champ après le dernier DAS, s'il en existe, ou après la zone réservée s'il n'y a pas de DAS, correspondra à la première zone d'acte.

Zone d'acte

On appelle zone d'acte un couple de champs formé :

- du code de l'acte
- du nombre d'exécutions de cet acte au cours du séjour dans l'unité médicale concernée par le RUM.

Nombre de zones actes (nZA)

Le format du RUM est à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable de zones d'actes. Il est donc nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments dans chacun des champs répétitifs.

C'est à cela que sert le champ nZA pour ce qui concerne les zones d'actes : il peut contenir toute valeur numérique de 0 à 99, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de couples de champs (code, nombre d'exécutions) renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nZA. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, aucun couple de champs ne doit être mentionné, et l'enregistrement se terminera après la mention du dernier DAD, s'il en existe, ou après celle du dernier DAS s'il n'y a pas de DAD, ou après la zone réservée s'il n'y a ni DAS ni DAD.

Attention, ce nombre correspond donc au nombre d'actes distincts mentionnés dans le RUM est non pas à la somme des actes réalisés pendant le séjour dans l'unité médicale.

Codage des diagnostics

Pour coder chaque diagnostic (DP, DR, DAS) on dispose de huit digits : six premiers digits pour le code CIM10 avec les extensions du PERNNS, deux digits suivants pour les éventuels compléments des sociétés savantes.

La fonction groupage ne tient compte que des six premiers digits, et dans le RSA les diagnostics seront reportés sur six positions uniquement.

Codage des actes

Pour coder chaque acte on dispose de quatre digits, pour le code CdAM.

Nombre d'exécutions de l'acte (nEA)

Nombre de fois où l'acte associé a été réalisé pendant le passage dans l'unité médicale concernée par le RUM.

Ce nombre d'exécutions sera intéressant notamment dans les cas de séances de dialyses ou de radiothérapie réalisées au cours de l'hospitalisation ainsi qu'en cas de passage dans une unité de réanimation. Dans ce dernier cas les règles de recueil des actes oméga s'appliquent :

- Pour les actes devant être saisis une fois, on indique 1 dans ce champ,
- Pour ceux devant être saisis à chaque exécution, on indique dans ce champ le nombre de fois où l'acte a été réalisé,
- Pour ceux devant être saisis chaque jour, on indique dans ce champ le nombre de jours.

FORMAT DU RUM 008

Rappel : seules les différences avec le format du RUM 007 sont ici décrites

Format 008

Tous les fichiers de données relatifs au PMSI comportent un identifiant de format, qui se trouve en positions 10-11-12 de tous les enregistrements. Le premier digit désigne le type d'enregistrement (ici 0 signifie RUM), les deux derniers indiquent le numéro de version (ici 08).

Dans le cas d'un RSS multi-RUM (séjour multi-unité), tous les RUM doivent comporter le même identifiant de format.

Le format de RUM 008 est utilisable à compter du 1er janvier 2002.

Zone d'acte

On appelle zone d'acte un triplet de champs formé :

- du code CCAM de l'acte
- du code CCAM de la phase de cet acte
- du nombre d'exécutions de cet acte au cours du séjour dans l'unité médicale concernée par le RUM.

Nombre de zones actes (nZA)

Le format du RUM est à longueur variable, ce qui autorise l'enregistrement d'un nombre variable de zones d'actes. Il est donc nécessaire de faire savoir à la fonction groupage le nombre d'éléments dans chacun des champs répétitifs.

C'est à cela que sert le champ nZA pour ce qui concerne les zones d'actes : il peut contenir toute valeur numérique de 0 à 99, justifiée à droite. Un contenu laissé à blanc est assimilé à 0.

Le nombre de couples de champs (code, nombre d'exécutions) renseignés doit être égal au nombre indiqué dans le champ nZA. En particulier, si celui-ci comporte la valeur 0, aucun couple de champs ne doit être mentionné, et l'enregistrement se terminera après la mention du dernier DAD, s'il en existe, ou après celle du dernier DAS s'il n'y a pas de DAD, ou après la zone réservée s'il n'y a ni DAS ni DAD.

Attention, ce nombre correspond donc au nombre d'actes distincts mentionnés dans le RUM est non pas à la somme des actes réalisés pendant le séjour dans l'unité médicale.

Codage des actes

Pour coder chaque acte on dispose de sept digits, pour le code CCAM de l'acte, et d'un digit supplémentaire pour le code de la phase. Ce dernier caractère n'est évidemment utile que pour les actes qui comportent plusieurs phases, néanmoins sa position doit être respectée également pour les actes réalisés en une seule phase, selon les spécifications de codage de la CCAM. S'il est laissé à blanc pour un acte réalisé en plusieurs phases, la fonction groupage considère qu'il s'agit de la phase la moins coûteuse.

Nombre d'exécutions de l'acte (nEA)

Nombre de fois où l'acte associé a été réalisé pendant le passage dans l'unité médicale concernée par le RUM.

Ce nombre d'exécutions sera intéressant notamment dans les cas de séances de dialyses ou de radiothérapie réalisées au cours de l'hospitalisation ainsi qu'en cas de passage dans une unité de réanimation. Dans ce dernier cas les règles de recueil des actes oméga s'appliquent :

- Pour les actes devant être saisis une fois, on indique 1 dans ce champ,
- Pour ceux devant être saisis à chaque exécution, on indique dans ce champ le nombre de fois où l'acte a été réalisé,
- Pour ceux devant être saisis chaque jour, on indique dans ce champ le nombre de jours.