

**MINISTÈRE DE LA SANTE,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
8, Avenue de Ségur - 75350 PARIS 07 SP

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Sous Direction de la qualité
et du fonctionnement des établissements de santé
DHOS/E3/ Mission PMSI
Personne chargée du dossier :
Evelyne BELLIARD
E-mail : evelyne.belliard@sante.gouv.fr

Le 31 mai 2002

Support de formation
au recueil
du résumé de passage aux urgences

Test du 24 juin au 30 juin 2002

Programme

session de formation

au test du « résumé de passage aux urgences » de juin 2002

(8 heures 30 – 11 heures 30)

- **8 heures 30 – 8 heures 45 : Accueil et remise documents**
- **8 heures 45 – 9 heures : Introduction** (*Madame Marie-Annie BURETTE, Chef de la Mission PMSI - DHOS*)
- **9 heures – 9 heures 20 : L'expérimentation de la tarification à la pathologie : contexte des travaux sur le financement des urgences** (*Monsieur Bernard MARROT, Président du Comité de pilotage de la Mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie - DHOS*)
- **9 heures 20 – 9 heures 40 : Objectifs et modalités du test du « résumé de passage aux urgences »** (*Madame Evelyne BELLARD, Responsable du dossier « PMSI-Urgences » à la Mission PMSI - DHOS*)
- **9 heures 40 – 10 heures 00 : La classification des Groupes de passages aux urgences (GPU) et son algorithme de groupage** (*Monsieur le Docteur Jean RUIZ, Médecin DIM au Centre Hospitalier d'Albi ou Monsieur le Docteur BENSADON, Directeur médical du Centre de traitement de l'information du PMSI*)
- **10 heures – 10 heures 20 : Présentation des variables du « résumé de passage aux urgences »** (*Monsieur le Docteur Michel ARENAZ, Responsable médical à la Mission PMSI – DHOS*)
- **10 heures 20 – 10 heures 40 : Organisation pratique du recueil : Outils de recueil (thésaurus) et leçons de l'expérimentation Midi-Pyrénées** (*Monsieur le Docteur Jean-louis DUCASSÉ, Directeur médical de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MIP) – CHU de Toulouse*)
- **10 heures 40 – 11 heures : Exercices pratiques de codification de cas cliniques** (*Monsieur le Docteur Olivier AZEMA, Médecin DIM à l'ORU-MIP et au CHU de Toulouse*)
- **11 heures – 11 heures 30 : Discussion**

Programme

session de formation

au test du « résumé de passage aux urgences » de juin 2002

(13 heures – 16 heures)

- **13 heures – 13 heures 15 : Accueil et remise documents**
- **13 heures 15 – 13 heures 30 : Introduction** (*Madame Marie-Annie BURETTE, Chef de la Mission PMSI - DHOS*)
- **13 heures 30 – 13 heures 50 : L'expérimentation de la tarification à la pathologie : contexte des travaux sur le financement des urgences** (*Monsieur Bernard MARROT, Président du Comité de pilotage de la Mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie - DHOS*)
- **13 heures 50 – 14 heures 10 : Objectifs et modalités du test du « résumé de passage aux urgences »** (*Madame Evelyne BELLARD, Responsable du dossier « PMSI-Urgences » à la Mission PMSI - DHOS*)
- **14 heures 10 – 14 heures 30 : La classification des Groupes de passages aux urgences (GPU) et son algorithme de groupage** (*Monsieur le Docteur Jean RUIZ, Médecin DIM au Centre Hospitalier d'Albi ou Monsieur le Docteur BENSADON, Directeur médical du Centre de traitement de l'information du PMSI*)
- **14 heures 30 – 14 heures 50 : Présentation des variables du « résumé de passage aux urgences »** (*Monsieur le Docteur Michel ARENAZ, Responsable médical à la Mission PMSI – DHOS*)
- **14 heures 50 – 15 heures 10 : Organisation pratique du recueil : Outils de recueil (thésaurus) et leçons de l'expérimentation Midi-Pyrénées** (*Monsieur le Docteur Jean-louis DUCASSÉ, Directeur médical de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MIP) – CHU de Toulouse*)
- **15 heures 10 – 15 heures 30 : Exercices pratiques de codification de cas cliniques** (*Monsieur le Docteur Olivier AZEMA, Médecin DIM à l'ORU-MIP et au CHU de Toulouse*)
- **15 heures 30 – 16 heures : Discussion**

Programme

session de formation

au test du « résumé de passage aux urgences » de juin 2002

(17 heures – 20 heures)

- **17 heures – 17 heures 15 : Accueil et remise documents**
- **17 heures 15 – 17 heures 30 : Introduction** (*Madame Marie-Annie BURETTE, Chef de la Mission PMSI - DHOS*)
- **17 heures 30 – 17 heures 50 : L'expérimentation de la tarification à la pathologie : contexte des travaux sur le financement des urgences** (*Monsieur Bernard MARROT, Président du Comité de pilotage de la Mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie - DHOS*)
- **17 heures 50 – 18 heures 10 : Objectifs et modalités du test du « résumé de passage aux urgences »** (*Madame Evelyne BELLARD, Responsable du dossier « PMSI-Urgences » à la Mission PMSI - DHOS*)
- **18 heures 10 – 18 heures 30 : La classification des Groupes de passages aux urgences (GPU) et son algorithme de groupage** (*Monsieur le Docteur Jean RUIZ, Médecin DIM au Centre Hospitalier d'Albi ou Monsieur le Docteur BENSADON, Directeur médical du Centre de traitement de l'information du PMSI*)
- **18 heures 30 – 18 heures 50 : Présentation des variables du « résumé de passage aux urgences »** (*Monsieur le Docteur Michel ARENAZ, Responsable médical à la Mission PMSI – DHOS*)
- **18 heures 50 – 19 heures 10 : Organisation pratique du recueil : Outils de recueil (thésaurus) et leçons de l'expérimentation Midi-Pyrénées** (*Monsieur le Docteur Jean-louis DUCASSÉ, Directeur médical de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MIP) – CHU de Toulouse*)
- **19 heures 10 – 19 heures 30 : Exercices pratiques de codification de cas cliniques** (*Monsieur le Docteur Olivier AZEMA, Médecin DIM à l'ORU-MIP et au CHU de Toulouse*)
- **19 heures 30 – 20 heures : Discussion**

Seuls sont présentés dans ce document les transparents relatifs aux points suivants :

- Objectifs et modalités du test du « résumé de passage aux urgences »**
- La classification des GPU et son algorithme de groupage**
- Les variables du « résumé de passage aux urgences »**

Ces transparents sont par ailleurs téléchargeables sur le site du PMSI (www.le-pmsi.fr) à partir du 7 juin 2002.

Est également présenté un point d'information de Monsieur MARROT sur l'expérimentation de la tarification à la pathologie

Vers une tarification à la pathologie ?

Bernard MARROT
Inspecteur général des affaires sociales (IGAS)
Président de la mission tarification à la pathologie

1. **La loi CMU, dans son article 55, autorise le gouvernement à expérimenter, dans un délai de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000, un système de "tarification à la pathologie" applicable à l'ensemble de l'hospitalisation, publique et privée.**

2. **Objectifs généraux de la tarification à la pathologie**

- Mettre en œuvre un financement harmonisé de l'hospitalisation, publique et privée.
- Permettre un financement de l'activité plutôt qu'un financement, insuffisamment informé, des moyens des structures.

Ce qui doit favoriser :

- une répartition plus équitable des financements
- un financement plus efficient

Et ce qui suppose :

- un système d'information plus performant
- un système d'information plus transparent

Enfin, une gestion de l'allocation des ressources plus adaptable à l'évolution de l'activité (fongibilité des enveloppes a priori plus aisée).

3. **Mise en place d'une mission d'expérimentation de la tarification à la pathologie (janvier 2000)**

Cette mission, dont j'assume la responsabilité, assisté de Monsieur Gilardi, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, est constituée :

- **d'un Comité de pilotage** (COPIL) composé de :
 - représentants du Ministère de l'emploi et de la solidarité,
 - " " des organismes d'assurance maladie
 - " " des fédérations d'hospitalisation publique et privée
 - " " des conférences hospitalières
 - personnalités qualifiées.

Son rôle est de définir les principes de l'expérimentation, d'arrêter le projet d'expérimentation (méthode, calendrier, etc) de se prononcer sur les propositions des experts, d'une part, des membres des comités consultatifs associés d'autre part.

- **d'un Comité des experts** (CODEX) composé de spécialistes des services de l'Etat, de l'Assurance maladie et des établissements publics et privés.

- **de groupes de travail** créés en vue d'explorer un thème spécifique (urgences, précarité, innovation thérapeutique, etc.)

Le Comité des experts analyse les travaux des groupes ad hoc, fait toutes les propositions de méthode, établit avis et recommandation à l'adresse du COPIL.

- **des comités consultatifs associés.** Il y en a quatre qui représentent le point de vue des usagers, des organisations syndicales, des praticiens publics et privés. L'avis des Comités est porté à la connaissance du COPIL.

Le responsable de la mission est le président du COPIL, du CODEX et des Comités consultatifs associés. Il anime, en tant que de besoin, certains groupes de travail.

4. **Le COPIL a défini (en juillet 2000) les principes directeurs de l'expérimentation.**

- a) L'expérimentation de la tarification à la pathologie sera fondée sur la notion économique de concurrence par comparaison.
 - Qu'est-ce à dire ?
 - Sans entrer dans une discussion théorique, on observera, en premier lieu, que ce choix exclut l'idée de la concurrence par l'appel d'offres, qui nous rapprocherait des règles de marché classique.
 - Tenant compte du fait que le système des soins hospitaliers n'obéit pas aux règles d'un marché classique, le COPIL a opté pour la notion de concurrence "par comparaison". En un mot, il est constaté que les coûts de production des soins hospitaliers sont, a priori, peu ou pas connus. Grâce à la comparaison des coûts affichés entre producteurs, l'autorité de régulation va pouvoir déterminer un prix fixe tel qu'il constitue une incitation à plus d'efficacité.
- b) L'expérimentation projetée ne sera pas fondée sur la seule tarification de l'activité : elle sera "mixte".
 - De quoi s'agit-il ?
 - On constate que certaines activités ont un caractère impératif qui implique une rémunération des coûts qui ne peut varier seulement en fonction de l'activité. Il s'agit de coûts correspondant à des activités d'intérêt général ou de service public (urgences, enseignement, recherche, innovations thérapeutiques etc..) ou encore à des charges spécifiques (patients en situation de précarité, par exemple).
 - Pour ces activités, le type de financement expérimenté sera celui d'une dotation définie sur la base de critères rendant compte de leur nature et de leur importance.

En conséquence, l'expérimentation portera sur :

- le financement de l'activité par la tarification à la pathologie;
 - le financement des activités d'intérêt général par le jeu de dotations.
- c) La tarification à la pathologie sera, en pratique, une tarification par "Groupe homogène de malades"(GHM), c'est à dire qu'elle utilisera le PMSI à des fins tarifaires et non plus comme simple instrument d'aide à la gestion.
 - d) La tarification à la pathologie sera une tarification, a priori, "a coût complet". L'actuel financement de l'hospitalisation publique étant un "tout compris", il fallait, dans une perspective d'harmonisation, réintégrer les honoraires des médecins libéraux dans le calcul

tarifaire de l'hospitalisation privée.

- e) la tarification expérimentée dans un premier temps portera sur les activités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique).
L'extension du système à d'autres segments d'activité n'est pas, a priori, exclue. Mais elle constitue une perspective à long terme.

5. En décembre 2000, le COPIL adopte un programme d'expérimentation dont on peut résumer les principales étapes autour de trois dates :

- ✓ **Fin 2001** : premier exercice de simulation d'un exercice budgétaire sur la base d'un modèle de financement mixte construit "en l'état des informations disponibles à cette date".
- ✓ **Fin 2002** : second exercice de simulation construit en fonction des enseignements de la première simulation et des résultats des travaux d'enquête engagés.
- ✓ **Second trimestre 2003** : décision de l'autorité ministérielle d'engager ou non la tarification à la pathologie, choix d'un modèle de financement mixte. Engagement du processus de mise en œuvre (2004) expérimentale.

1. L'état des travaux en mars 2002 :

- a) **la première simulation vient d'être réalisée**, sur la base :
- d'une échelle relative de coûts par GHM formée de la moyenne des coûts des échelles publique et privée en tenant compte :
 - "des parts de marché" respectives de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée (donc : moyenne pondérée).
 - des coûts de structure
 - du différentiel de rémunération des personnels non médicaux existant entre les secteurs public et privé.
 - d'une évaluation des coûts des missions d'intérêt général et des charges liées au service public.

Ce premier modèle est, bien évidemment, encore à préciser. Cependant, le Comité des experts l'a estimé suffisamment robuste pour que l'on en tire des enseignements importants.

b) **Les travaux en cours**

- Ces travaux visent à améliorer la connaissance des coûts d'un certain nombre de missions ou de charges d'intérêt général de manière à disposer, lors de la 2^{ème} simulation, de données d'enquêtes et non, comme actuellement, de données estimées (même si ces estimations se fondent elles-mêmes sur un certain nombre de travaux).
- Sont en bonne voie, les travaux relatifs aux urgences, à la précarité, et bien engagés ceux touchant à la recherche, à l'innovation thérapeutique.
- Doivent être approfondis encore, les sujets tels que l'enseignement, les fonctions dites de "recours", notamment.

2. Les problèmes à résoudre :

Le premier problème, plus difficile, est de bien préciser ce qui est comparable dans un modèle de concurrence par comparaison.

De nombreuses questions se sont posées sur la conception même des GHM et sur le degré de fidélité à la réalité d'un système fondé sur la notion de moyenne.

Le problème est-il insurmontable ?

Pour qu'il le soit, il faudrait démontrer que le PMSI - outil sans véritable alternative à l'heure actuelle dans les pays occidentaux - comporte des distorsions rédhitoires. Jusqu'ici, aucun argument en ce sens n'a pu s'imposer d'un point de vue technique.

Il n'en demeure pas moins que la question - complexe - de la spécificité du secteur des établissements publics doit être étudiée avec la plus grande attention.

Il est possible que ce secteur supporte la plus grande part des patients ayant des pathologies associées à la pathologie principale même si, probablement, le secteur privé en accueille aussi.

Une méthode a été mise au point (méthode dite "l'effeuillage progressif") en vue d'exploiter plus systématiquement les données relatives aux pathologies associées et de mieux valoriser la rémunération des séjours concernés. On peut en attendre une correction importante des éventuelles hétérogénéités constatées dans la comparaison des coûts entre secteur.

De même, la prochaine amélioration de la valorisation des activités de réanimation devrait elle apporter une réponse aux observations présentées par les représentants du secteur public sur le sujet.

En tout état de cause, la première simulation montre que la ligne de partage quant aux différences de coûts n'est pas aussi tranchée que certains le pensaient. Elle traverse chacun des secteurs et, à l'image de la valorisation actuelle des points ISA, confirme les disparités entre régions.

Dès lors, la voie semble ouverte pour proposer, dans le cadre d'une échelle tarifaire commune à l'hospitalisation publique et privée, outre un versement compensatoire pour les coûts des missions et charges de service public, la gestion d'une enveloppe régionalisée d'ajustement qu'il appartiendrait aux Agences Régionales de l'Hospitalisation de négocier, dans le cadre de contrats d'objectifs pluriannuels, avec les établissements en fonction des priorités du schéma régional d'organisation sanitaire et des données spécifiques de chaque établissement.

Le second problème à résoudre est de délimiter aussi rigoureusement que possible le périmètre formé par les coûts des missions d'intérêt général et des charges de service public.

C'est en relative bonne voie. Mais, on l'a vu, il reste des sujets en suspens et peut être, des ambiguïtés à lever.

Le troisième problème est de savoir si l'on s'orientera vers une tarification "à coûts complets" ou non. Autrement dit s'il est possible d'intégrer le calcul des honoraires des médecins libéraux dans le calcul tarifaire sans que ceux ci se trouvent placés dans une situation de subordination à l'égard de l'établissement, ce qui serait contraire à leur statut.

Les représentants des organisations syndicales médicales ont proposé un mécanisme qui va être testé.

S'il donne satisfaction, la voie de la tarification "à coût complet" est ouverte. S'il ne donne pas satisfaction, il serait possible de retirer les honoraires du calcul à condition de retirer, du côté du

secteur public, la masse salariale médicale (plus les actes de radiologie et de laboratoires). Les deux masses sont sensiblement équivalentes selon les experts. Il est à noter que dans les pays recourant au financement à la pathologie les rémunérations du corps médical ne sont pas intégrées au dispositif.

Dernier problème, et non des moindre, la tarification à la pathologie, comme tout système de financement, peut engendrer des effets pervers :

- sélection de clientèle par des spécialistes évitant des pathologies trop lourdes
- diminution de la qualité des soins, par écrémage des patients, ou par réduction excessive des durées de séjour,
- décompte excessif de "séjours extrêmes" (séjours anormalement longs ou anormalement coûteux),
- sur codage.

Des travaux ont été entrepris sur un certain nombre de ces questions :

Un groupe qualité a été chargé de proposer des indicateurs susceptibles d'alerter l'autorité de régulation sur l'impact éventuellement négatif de la tarification.

Par ailleurs, un modèle de financement des "séjours extrêmes" justifiés (environ 1% des séjours semble-t-il) a été mis au point.

D'une manière générale, la mise en place de la tarification à la pathologie impliquerait (mais cela est valable pour tout système de financement) la mise en place de procédures et de moyens de contrôle réellement à la hauteur de l'enjeu.

Ces moyens relèvent de deux ordres différents :

- d'abord ceux qui permettront le développement de la "démocratie sanitaire",
- et ensuite ceux qui permettront le développement d'un système d'information efficient.

Sur ces deux points, notre pays doit progresser. La législation récente (création de l'Agence technique de l'information hospitalière, loi sur les droits des malades) ouvre cette perspective.