

DIRECTION DES HÔPITAUX

**Sous-direction des systèmes d'information
et des investissements immobiliers
Mission PMSI**

Paris, le
8, avenue de Ségur
75350 PARIS 07 SP

**LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
SECRÉTAIRE D'ÉTAT À LA SANTÉ**

À

**MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DES
AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION
(pour attribution)**

**MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)**

**MESDAMES ET MESSIEURS LES PRÉFETS
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)**

**MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
(diffusion à assurer par les directions régionales des
affaires sanitaires et sociales)**

CIRCULAIRE DH/PMSI/98 n° 3 0 1 du **2 5 MAI 1998** relative aux
instruments de codage, de classification et de pondération des séjours d'hospitalisation, utilisés
dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO).

<p>Annexes : - Note sur l'élaboration d'un logiciel permettant de comparer la valeur du point ISA des établissements en 1996 et en 1997 (annexe 1) ; - Point sur l'échéancier d'évolution de l'instrumentation PMSI (annexe 2).</p>
--

Résumé : la présente circulaire et ses annexes font le point sur les conséquences du passage à la 4^{ème} version de la classification des GHM et présentent l'échéancier d'évolution de l'instrumentation du PMSI :

- classification internationale des maladies ;
- fonction groupage ;
- classification en groupes homogènes de malades ;
- différents champs du catalogue des actes médicaux,

pour les établissements de soins de courte durée sous compétence tarifaire de l'État.

Sont mentionnées, les dates de diffusion des produits informatiques du PMSI par le centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP).

Mots clés : PMSI - Codage - Classification des groupes homogènes de malades (GHM) - Fonction groupage - Échelle des GHM - Séjours.

Textes de référence : - arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coûts, visées à l'article L 710.6 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale.

- lettre circulaire du 11 août 1995 sur l'échéancier de mise en oeuvre des outils de codage et systèmes de classification des séjours nécessaires à la description de l'activité médicale.

- B.O. n° 96-11 bis : manuel des GHM.

Bien qu'ils ne soient qu'un élément parmi d'autres, les résultats issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont désormais, dans la procédure d'allocation budgétaire et dans les réflexions menées sur l'organisation de l'offre de soins, en matière d'hospitalisation publique, un élément important des échanges entre établissements de santé et services chargés de la tutelle (agences régionales de l'hospitalisation et services de l'Etat). Il est nécessaire que les établissements et les services de la tutelle soient informés des dernières évolutions du référentiel technique de ce programme, et des conséquences qu'elles impliquent.

La présente circulaire fait le point sur la situation particulière de l'année 1998, et détaille l'échéancier d'évolution de l'instrumentation du PMSI, sachant que le rythme des évolutions envisagées est déterminé par deux préoccupations : voir le dispositif s'améliorer et, cependant, **garantir la stabilité d'un référentiel qui, pour nombre d'utilisateurs, est d'emploi quotidien.**

I - 4ème version de la classification et échelle de pondération des GHM 1998 / comparaisons 1996-1997

La classification des GHM (groupes homogènes de malades) utilisée en 1998 dans le cadre de la campagne budgétaire 1999 est la V.4, qui répertorie 560 GHM, classés en 27 catégories majeures. Cette 4ème version de la classification, publiée au BO n° 96/11bis, présente des différences substantielles, comparativement aux versions antérieures. Elle est en effet enrichie

de 3 nouvelles catégories majeures de diagnostics (infections à VIH, traumatismes multiples graves, transplantations d'organes) et de près de 80 nouveaux GHM ; de plus, elle est assortie de procédures algorithmiques de classement des séjours, elles-mêmes sensiblement modifiées, prenant notamment en compte les complications ou morbidités associées dites "sévères". Ces modifications permettent d'apprécier le profil d'activité de chaque établissement de manière plus précise et plus judicieuse.

Votre attention est attirée sur l'amélioration de la capacité descriptive de la 4^{ème} version de la classification des GHM. Les effets **de remploi de cette version – et de l'échelle correspondante** (voir ci-après) – **seront nécessairement différents suivant les établissements**. En particulier, les séjours « lourds » y sont mieux décrits et mieux valorisés, et les établissements dont une part majeure du recrutement relève de ces nouveaux groupes y trouveront une meilleure appréciation de la réalité de leur activité.

L'échelle nationale de coûts est un système gradué attribuant à chacun des groupes de séjours de la « classification des GHM » une valeur indiciaire, exprimée en points. Le point ISA (pour "indice synthétique d'activité") fait office d'unité de mesure de l'activité hospitalière de court-séjour : chaque séjour enregistré dans un établissement d'une région se voit attribuer, en même temps que le numéro de GHM qui est le sien, la valorisation ISA correspondante. Toute modification de la classification altère le contenu de l'échelle de pondération : **par voie de conséquence, la comparaison entre des points ISA qui ne se rapportent pas à la même classification est dénuée de fondement**. Chaque nouvelle publication d'échelle portera désormais la mention de la version de la classification qu'elle pondère (V.4, pour l'édition 1998, applicable aux données 1997).

Les changements qui marquent le passage de la 3^{ème} à la 4^{ème} version de la classification sont majeurs. Ils rendent impossible une quelconque comparaison directe, en valeur absolue, de volumes d'activité et de coûts de production du point ISA exprimés selon l'une et l'autre version. De ce fait, aucun rapprochement immédiat ne peut être opéré entre des résultats 1996 (qui étaient exprimés selon la V3 de la classification) et des résultats 1997.

Un autre élément contribue à l'impossibilité d'établir une liaison immédiate entre des données pondérées de 1996 et de 1997 : l'échelle est à nouveau « calée » sur le GHM 540, qui regagne sa valeur conventionnelle d'origine, soit 1000 points. **De ce fait, à profil d'activité identique, le nombre total de points augmente, et la valeur élémentaire du point apparaît en diminution, sans que cela traduise une quelconque augmentation d'efficience.**

Il en résulte que, dans le cadre des opérations de rééquilibrage des moyens, l'appréciation de la situation relative des établissements, à l'intérieur de l'espace régional ou national, doit être fondée sur le principe d'un positionnement relatif. Il peut toutefois être utile de pouvoir suivre l'évolution des comparaisons dans le temps de la valeur du point ISA d'un établissement donné.

Pour ne pas priver les utilisateurs de toute possibilité de cet ordre, la mission PMSI de la direction des hôpitaux et le centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) élaborent actuellement un logiciel qui aura la capacité de réaliser des opérations de groupage sur les données des deux années, en utilisant successivement deux « fonctions-groupage », et en opérant une « transposition approchée » du *case-mix* V.3 en *case-mix* V.4. Ceci permettra de retrouver la comparabilité que fait perdre, pour les années 1996 et 1997, la différence des classifications de référence et le calage de l'échelle de coûts. La présentation plus détaillée de la procédure qui sera mise en oeuvre figure en annexe 1.

II - Évolution de l'instrumentation technique utilisée dans le cadre du PMSI

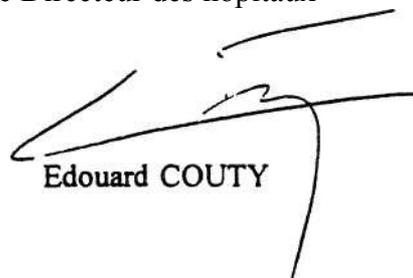
Les opérations de maintenance réalisées sur la classification des GHM, complétée de l'algorithme de groupage des séjours, d'une part, et sur l'échelle nationale de coûts, d'autre part, ainsi que sur les autres outils de référence employés dans le cadre du PMSI (classification internationale des maladies de l'OMS, catalogue des actes médicaux) peuvent être source de difficultés d'adaptation pour les utilisateurs :

. la plupart des évolutions évoquées impliquent des adaptations informatiques (logiciels de saisie et de groupage des données, GENRSA, MAHOS), tant pour les établissements de santé que pour les services chargés de la tutelle des établissements ;

. de plus, des bouleversements trop fréquents du système risquent de le rendre d'utilisation difficile, alors qu'au travers de ses améliorations successives, il doit, au contraire, conserver une stabilité suffisante pour offrir un cadre de référence au dialogue avec la tutelle et à son utilisation interne par chaque établissement.

C'est pourquoi nous avons décidé de revoir le programme initialement annoncé par la circulaire DH/PMSI n° 241 du 9 mai 1996 : le nouvel échancier est présenté en annexe 2.

Pour les ministres et par délégation,
le Directeur des hôpitaux



Edouard COUTY

ANNEXE 1

NOTE SUR L'ÉLABORATION D'UN LOGICIEL PERMETTANT DE COMPARER LA VALEUR DU POINT ISA DES ÉTABLISSEMENTS EN 1996 ET EN 1997

1. PROBLÉMATIQUE

Le changement majeur de classification des groupes homogènes de malades (GHM) entre la version 3, utilisée dans la fonction groupage 2.3 pour le traitement des données de l'année 1996 (campagne budgétaire 1998) et la version 4, utilisée dans la fonction groupage 4.4 pour le traitement des données de l'année 1997 (campagne budgétaire 1999), empêche toute comparaison immédiate en valeur absolue des volumes en points ISA et des coûts de production des points ISA.

Les changements de modalités de construction de l'échelle (particulièrement la détermination d'un GHM calant, le 540) contribuent également à empêcher toute comparaison de points ISA en valeur absolue entre des résultats de l'année 1996 et des résultats de l'année 1997.

Or, le coût de production du point ISA a contribué à fonder des décisions en matière d'allocation de ressources au sein des régions et dans les péréquations interrégionales ou des stratégies internes aux établissements de réduction pluriannuelle des coûts. Par ailleurs, l'évolution de l'efficacité des établissements (à qualité de prise en charge supposée équivalente) s'apprécie, entre autres, au moyen de cet indicateur. Les utilisateurs admettraient difficilement d'être démunis de toute possibilité de procéder à des comparaisons diachroniques. Tout cela justifie de leur proposer des solutions permettant de comparer les valeurs de points ISA entre ces deux années.

2. MÉTHODE

La contrainte sous laquelle on travaille est l'impossibilité de comparer des points ISA quand ils ne se rapportent pas à la même classification.

Pour permettre les comparaisons de valeur de points entre des années pour lesquelles la classification a changé, il est donc possible de réaliser le groupage des données des deux années *selon la même classification*, soit l'ancienne, soit la nouvelle.

2.1 Calcul des valeurs du point ISA 1996 et 1997 se rapportant à la version 3 de la classification des GHM

La valeur du point ISA sur les données 1996 est celle obtenue après pondération du *case mix* version 3 des GHM avec l'échelle « 1997 » (valeurs par établissement fournies notamment dans le rapport au Parlement dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998).

Il est possible d'effectuer un groupage des données (Résumés de sortie anonymisés) avec la fonction groupage 2.3¹ (selon la version 3 des GHM) et de pondérer le *case mix* ainsi obtenu avec l'échelle « 1997 ».

Les utilisateurs disposent ainsi de l'évolution de la valeur du point ISA entre ces deux années. On comprend l'intérêt de pouvoir continuer à effectuer cette comparaison pour des utilisateurs qui ont pu raisonner en termes de cibles pluriannuelles étalonnées avec la version 3 des GHM. Toutefois, il faut considérer que cette information revêt désormais un caractère « historique », car elle n'est plus techniquement pertinente.

En effet, le changement de la version 3 à la version 4 des GHM correspond à une nette amélioration de la description de l'activité du PMSI, et cette amélioration a des conséquences différentes selon les établissements puisque ce sont surtout les séjours lourds qui sont mieux décrits, donc mieux valorisés. **Rester sur une comparaison basée uniquement sur des points ISA qui pondèrent la version 3 de la classification pose donc problème.** Un deuxième mode de calcul de la valeur du point ISA, basé cette fois sur la version 4 de la classification des GHM (cf. point 2.2), permettra aux utilisateurs d'apprécier l'évolution de la valeur du point ISA entre les années 1996 et 1997 sans pénaliser les établissements ayant un fort recrutement de patients plutôt « lourds ».

2.2 Calcul des valeurs du point ISA 1996 et 1997 se rapportant à la version 4 de la classification des GHM

La valeur du point ISA sur les données 1997 est celle obtenue par pondération du *case mix* version 4 des GHM avec l'échelle « 1998 ».

En revanche, pour pouvoir comparer les valeurs du point ISA en 1996 et 1997 obtenue par pondération du *case mix* version 4 des GHM avec l'échelle "1998", il faut estimer le *case mix* 1996 de l'établissement groupé selon la version 4 des GHM.

La contrainte rencontrée est l'impossibilité de grouper avec la version 3.4 des résumés de sortie anonymisés codés avec la 9^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-9) puisque la fonction groupage 3.4 est construite pour n'accepter que les diagnostics codés en CIM-10 et que tout transcodage entre CIM-9 et CIM-10 est illégitime.

La transformation du « *case mix* 1996 version 3 des GHM » en « *case mix* 1996 version 4 des GHM » doit donc se faire par une autre méthode.

La solution retenue est une approximation qui s'appuie sur l'hypothèse que, sur deux années consécutives, un établissement a un profil de recrutement de patients stable.

Dans ce cas, il est possible d'effectuer deux groupages des RSA 1997 de l'établissement, l'un selon la version groupage 2.3 qui accepte les diagnostics codés en CIM-9 et en CIM-10, et l'autre selon la version groupage 3.4.

¹ En effet, la fonction groupage 2.3 accepte les codes de la CIM-9 et de la CIM-10. En revanche, la fonction groupage 3.4, dont il est question ensuite, n'accepte que les codes de la CIM-10.

Pour un même établissement, on dispose alors au titre de l'année 1997 de deux images de son *case mix*, l'une en version 3 des GHM et l'autre en version 4 des GHM.

Pour chaque GHM de la version 3, on peut alors repérer, par établissement, la nouvelle orientation des séjours de ce GHM vers les GHM de la version 4 et déterminer les pourcentages de conversion de chaque GHM version 3 vers les GHM version 4.

Exemple (fictif) :

Pour l'année 1997 :

GHM 12 (version 3) : 200 séjours

Ces 200 séjours quand on les groupe en version 4 se répartissent de la façon suivante:

GHM 12 (version 4) : 100

GHM 13 (version 4) : 50

GHM 2 (version 4) : 50

Les pourcentages de conversion sont donc :

GHM 12 version 3 à convertir en version 4 en :

50% de GHM 12

25% de GHM 13

25% de GHM 2

À partir de ces pourcentages fournis par la transformation des données 1997, on peut alors transformer le *case mix* version 3 des GHM (données 1996) de l'établissement en *case mix* version 4 (données 1996). On applique à ce *case mix* l'échelle « 1998 » qui pondère les GHM version 4 de la classification des GHM.

On dispose ainsi de deux valeurs du point pour les données des années 1996 et 1997. L'une est certes une valeur approchée, mais il redevient possible de jauger révolution de la valeur du point des établissements à classification constante, avec une activité décrite selon la version 4 des GHM prenant mieux en compte certains séjours « lourds ».

23 Précautions d'utilisation

Du fait de la nature des changements entre la version 3 et la version 4 des GHM, il ne serait pas pertinent de construire un taux de conversion direct ISA version 3/ ISA version 4. Le taux de conversion serait en effet différent selon la lourdeur des patients accueillis et donc très probablement selon les types d'établissements².

L'hypothèse de construction (stabilité de recrutement d'une année sur l'autre) pour passer du *case mix* version 3 des GHM au *case mix* version 4 est beaucoup plus acceptable.

L'attention des utilisateurs est à nouveau attirée sur **la nécessité de ne plus travailler sur les valeurs de points calculés à partir de la version 3 des GHM.**

² Comment définir une typologie d'établissement pertinente ?

Les réflexions à mener sur les situations respectives des établissements et l'évolution individuelle de chacun doivent désormais **impérativement tenir compte** de l'information clef apportée par le **couple *case mix* V4 1996/1997**. Le couple *case mix* V3 1996/1997 est donné à titre purement informatif; cette information doit être désormais considérée comme techniquement obsolète.

3. OUTILS

La complexité des opérations à effectuer conduira à fournir un logiciel aux utilisateurs afin qu'ils entrent les fichiers de RSA, et *que les 4 valeurs du point soient données en sortie* :

ISA version 3 1996

ISA version 3 1997

et

ISA version 4 1996

ISA version 4 1997

<p>Le logiciel sous Windows sera accompagné d'un guide d'utilisation. Il est actuellement en cours de développement au CTIP et sera fourni aux services de la tutelle et aux établissements dans le courant du mois de juin 1998.</p>

ANNEXE 2

POINT SUR L'ECHÉANCIER D'ÉVOLUTION DE L'INSTRUMENTATION PMSI

1. STRUCTURES ET INSTANCES INTERVENANT DANS LA MAINTENANCE DES OUTILS DU PMSI

Les décisions concernant la maintenance des outils du PMSI sont prises par l'Etat qui s'appuie, pour les fonder d'une part, sur les travaux du Pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS)¹, d'autre part sur les avis formulés par le Comité consultatif du PERNNS ainsi que les apports du Centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP)² dans les conditions définies ci-après.

1.a Le Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS)

Le PERNNS assure la maintenance des différents champs du catalogues des acte médicaux (*libellés et indices de coûts relatifs*), de la classification internationale des maladies (voir paragraphe 2 ci-après) et de la classification des groupes homogènes de malades (*GHM*).

Il propose les modifications qui lui semblent pertinentes, en tenant compte des observations des acteurs concernés, notamment sociétés savantes, et des renseignements fournis par les bases de données de coûts par séjour.

1.b Le Comité consultatif du PERNNS

Installé officiellement le 18 mars 1996 par le directeur des hôpitaux, le Comité consultatif du PERNNS se prononce sur les évolutions proposées par le PERNNS. Il comporte des représentants des services de l'État, des caisses d'assurance maladie, des établissements et des sociétés savantes, ainsi que plusieurs experts.

Cette instance est destinée à accroître la transparence du dispositif et à aider l'État dans les prises de décisions concernant la classification des GHM et la maintenance des catalogues d'actes.

1.c Le Centre de traitement de l'information du PMSI de l'université Paris VI (CTIP)

Le CTIP assure, pour le compte de la Direction des hôpitaux, le traitement de l'information du PMSI, la conception et la diffusion des outils informatiques définis par cette dernière.

¹ PERNNS : 19 bd Eugène DERUELLE, 69003 LYON

² CTIP : université PARIS VI, 12 rue CUVIER, 75005 PARIS

2. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

L'utilisation de la classification internationale des maladies (CIM) est prévue par l'arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coûts, visées à l'article L.710.6 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale. L'utilisation de la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) est obligatoire depuis le **1^{er} janvier 1997**³ et le reste. Cette version de la CIM, 10^{ème} révision, permet de mieux décrire les patients pris en charge et d'améliorer ainsi la classification des GHM.

La « version étendue de la CIM-10 » est mise à jour régulièrement par le PERNNS, en fonction du degré de précision de l'information sur les diagnostics que requiert l'amélioration de la classification des GHM. Cette évolution tient compte des observations des sociétés savantes. Le PERNNS informe régulièrement le centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la CIM en langue française et réciproquement, les modifications effectuées par l'OMS sont prises en compte. La mise à jour réalisée par le PERNNS consiste en la définition pour quelques codes d'une forme « étendue » (*ajout d'un ou deux caractère(s) supplémentaire(s) à certains codes de la CIM-10*). Cette « version étendue de la CIM-10 » est diffusée régulièrement aux établissements de soins de courte durée.

Ainsi, le document correspondant à la dernière mise à jour porte la date d'octobre 1997 et complète la liste de « codes étendus CIM-10 » qui porte la date de juin 1996. **S'il doit y avoir des mises à jour une année donnée, elles interviendront au plus tard en octobre, pour application au premier janvier de l'année suivante.**

3. FONCTION GROUPE ET CLASSIFICATION DES GHM

Le calendrier ci-après a été établi pour permettre aux rythmes d'évolution de la fonction groupage d'être compatibles avec l'adaptation des outils informatiques à l'hôpital, et pour pouvoir intégrer les améliorations de la classification des GHM.

En effet, les modifications, régulières, de la fonction groupage peuvent concerner l'algorithme de segmentation en introduisant de nouveaux tests (*elles ont trait au moteur de la fonction groupage*) ou ne concerner que les tables de la classification.

Le moteur de la fonction groupage est modifié de façon substantielle, au plus, tous les 2 ans, alors que les tables de la fonction groupage peuvent être modifiées tous les ans, si nécessaire.

Les établissements doivent utiliser dès le début de l'année la nouvelle fonction groupage, si la fonction groupage a été modifiée par rapport à l'année précédente. La classification des GHM correspondante est publiée au *BO* du ministère chargé de la santé au plus tard au mois de janvier de l'année où cette version doit être utilisée.

3.a Année 1998, fonction groupage 4.5

La version 4.5 (rappel : **le premier chiffre correspond au numéro de moteur de la fonction groupage, le deuxième au numéro de classification des GHM**) de la fonction groupage est celle à utiliser pour grouper les données de l'année 1998.

³ Circulaire DH/PMSI n° 241 du 9 avril 1996 relative à l'échéancier de mise en œuvre des outils de codage des systèmes de la classification des groupes homogènes de malades et de la fonction groupage qui lui est associée.

La classification version 5 des GHM est en cours de publication au *BO* n° 98/2 bis.

3.b Année 1999, fonction groupage 4.5

Compte tenu du changement majeur survenu entre la version 3 et la version 4 des GHM, puis des changements sur les tables qui ont permis des ajustements par rapport à cette version et conduit en 1998 à la version 5 des GHM, **la fonction groupage et la classification des GHM ne seront pas modifiées pour l'année 1999.**

Il a semblé en effet préférable de laisser aux utilisateurs le temps de mettre en œuvre les adaptations correspondant aux modifications sus-évoquées et de n'envisager de faire évoluer la fonction groupage que l'année suivante (cf. infra).

Cela n'empêchera pas de proposer, en 1999 au travers du logiciel MAHOS, des améliorations dans la prise en compte de l'activité des établissements (voir paragraphe 6 correspondant), si l'état des travaux en cours concernant notamment les groupes de la catégorie majeure 24⁴ le permet. Les établissements disposeront parallèlement d'un module spécifique fourni avec le logiciel GENRSA (voir paragraphe 5 correspondant) leur permettant de procéder aux mêmes traitements particuliers que ceux que les services de tutelles pourront faire avec MAHOS.

3.c Année 2000, fonction groupage 5.6

Une version 6 de la classification des GHM sera publiée au plus tard en janvier 2000 pour être utilisée en 2000. On peut prévoir que les travaux portant sur les séjours de la catégorie majeure 24, ainsi que les réflexions visant à améliorer la description clinique des patients, conduiront à proposer le recueil d'items supplémentaires, donc une modification de format du RUM. Cette modification et l'utilisation de nouveaux tests algorithmiques conduiront à des modifications importantes du moteur de la fonction groupage (versions 5 du moteur et 6 de la classification des GHM).

4. MODIFICATION DU FORMAT DU RUM

Les éventuelles modifications de format du RUM doivent être arrêtées en juin de l'année *n* pour que les établissements puissent avoir un système d'information intégrant cette modification en janvier (*n*+1).

Par ailleurs, il est rappelé que, depuis le 1er juillet 1995, le format du RUM obligatoire est celui décrit par l'arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coûts, visées à l'article L.710.6 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale.

La dernière modification concernant les éléments à recueillir sur les RUM est celle contenue dans l'arrêté du 17 juin 1996 qui prévoit le recueil de l'indice de gravité simplifié.

La prochaine modification de format, avec recueil d'items supplémentaires, devrait intervenir au mois de juin 1999.

⁴ La catégorie majeure 24 regroupe les séjours dont la date d'entrée et la date de sortie sont identiques.

5. VERSION DE GENRSA UTILISÉE POUR TRANSFORMER LES RSS EN RSA AFIN DE LES TRANSMETTRE AUX DRASS

5.a Données recueillies en 1997

Les données recueillies pendant l'année 1997 sont des données codées en CIM-10, Elles sont groupées dans les établissements avec la fonction groupage 3.4 (selon les GHM décrits dans la version 4 de la classification des GHM et un moteur version 3).

La version de GENRSA à utiliser pour transformer les RSS en RSA et permettre ainsi leur transmission aux DRASS en mars 1998 est la version GENRSA 4.4.

Le groupage dans GENRSA 4.4 est effectué avec la fonction groupage 4.4 qui ne diffère de la fonction groupage 3.4 que sur le groupage de certains séjours multiunités. Compte tenu des différences mineures entre la fonction groupage 3.4 diffusée aux établissements et la fonction groupage 4.4 contenue dans GENRSA 4.4, il n'a pas été diffusé de fonction groupage 4.4. Les établissements passeront directement de la fonction groupage 3.4 à la fonction groupage 4.5 en 1998.

Dans l'intervalle, le groupage des données effectué avec le groupeur de rétablissement (version 3.4 de la fonction groupage) pourra présenter des différences (en principe minimales) avec le groupage effectué par GENRSA 4.4 lors de l'anonymisation des données.

5.b Données recueillies en 1998

Les données recueillies pendant l'année 1998 seront groupées avec la fonction groupage 4.5, selon les GHM décrits dans la version 5 de la classification.

La version de GENRSA à utiliser pour transformer les RSS en RSA et permettre la transmission de l'ensemble des données de l'année 1998 aux DRASS, en mars 1999, sera la version GENRSA 4.5.

5.c Utilisation de GENRSA pour permettre aux établissements de tester les groupeurs proposés par les sociétés de service

Pour permettre aux établissements de tester le groupeur dont ils disposent, la version de GENRSA qui servira à traiter les données de l'année n (et qui comporte la même fonction groupage que celle qu'ils utilisent pour grouper leurs données pendant la dite année) sera, dans la mesure du possible, transmise aux établissements au début de cette année n. Les autres fonctionnalités de GENRSA seront alors en version provisoire.

Il est rappelé que GENRSA ne peut être utilisé comme groupeur par les établissements.

6. VERSION DE MAHOS UTILISÉE PAR LES ARH POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES

La version de MAHOS utilisée par les ARH pour les simulations budgétaires doit intégrer la dernière échelle des coûts parue.

L'échelle nationale de coûts par groupes homogènes de malades 1998 construite sur les données de 1996 fournies par le groupe d'établissements participant à « l'étude de coûts » est disponible depuis mai 1998. Elle pondère la version 4 de la classification des GHM. Elle est donc intégrée

à la version de MAHOS (version 4.0) utilisée pour traiter les données de l'année 1997.

L'échelle suivante, dite « échelle 1999 », dont la publication est prévue pour le début d'année 1999, est construite sur les données de 1997 et pondérera la version 5 de la classification des GHM. Cette échelle sera intégrée à la version de MAHOS (version 5.0) utilisée pour traiter les données de l'année 1998.

Votre attention est tout spécialement appelée sur le point suivant (cf annexe 1 de la présente circulaire) :

Les valorisations en points ISA pour une année donnée pondèrent des informations organisées selon une classification donnée; les points ISA calculés pour une classification des GHM ne sont donc pas comparables aux points ISA calculés pour une autre classification puisqu'ils "étalonnent" un autre système de mesure. La notion de point ISA n'a de signification que compte tenu de la classification à laquelle elle se réfère. Pour éviter toute ambiguïté, à partir de l'année 1998, un indice précisera à quelle classification se rapportent les indices figurant dans l'échelle.

Les comparaisons en valeur absolue (valeur du point ISA ou nombre de points ISA) d'un exercice à l'autre n'ont de sens que pour des points ISA calculés à partir de la même classification.

Toutefois, un logiciel permettant d'effectuer des comparaisons de valeur du coût de production du point ISA entre les données des années 1996 et 1997 sera prochainement fourni aux acteurs concernés.

7. VERSIONS DU CATALOGUE DES ACTES MÉDICAUX (CdAM) ET CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)

Le PERNNS assure la maintenance des différents champs du catalogue des actes médicaux tant sur le plan de l'élaboration des libellés que de l'affectation des ICR. Ce travail garantit une compatibilité ascendante de la classification. Une fonction groupage récente pourra donc lire les versions plus anciennes des différents champs du catalogue. La qualité de la description des séjours des patients est toutefois bien meilleure avec l'utilisation des versions récentes du CdAM.

Les derniers fascicules du catalogue des actes médicaux publiés dans les différents champs sont énumérés en annexe.

Les travaux en cours actuellement sur la Classification commune des actes médicaux (CCAM), menés dans un cadre paritaire État/Assurance maladie, doivent permettre de substituer au CdAM et à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) une classification commune présentant le même libellé, quel que soit le lieu de codage (établissement de santé ou cabinet de ville). Les établissements devront utiliser cette classification mais disposeront toutefois d'une période transitoire pour faciliter le passage du Catalogue des actes médicaux (CdAM) à la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

8. DIFFUSION DES OUTILS INFORMATIQUES DU PMSI

8.a Fonction groupage

Le Centre de traitement de l'information du PMSI diffusera les sources du groupeur aux sociétés de service qui en feront la demande, à partir du 15 septembre de l'année n, pour un

groupeur devant être utilisé dans les établissements au 1er janvier de l'année (n+1).

Ces sources ne seront diffusées que dans le cas où le moteur de la fonction groupage devrait être modifié.

Les années où le moteur ne sera pas modifié, les nouvelles tables de la fonction groupage seront diffusées aux sociétés de service qui en feront la demande, à partir du 15 novembre de l'année n pour un groupeur devant être utilisé dans les établissements le 1^{er} janvier de l'année (n+1).

Le Centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) diffusera un groupeur, distinct de GENRSA, qui assurera uniquement le groupage des RSS. Ce logiciel, permettant aux établissements de disposer d'au moins une solution permettant de grouper les RSS dans des conditions qui garantissent la conformité du groupage avec GENRSA, sera diffusé selon les mêmes modalités que GENRSA, par envoi postal accompagné des consignes d'installation.

Ainsi, à partir de la version 3.4 de la fonction groupage, les établissements pourront :

- soit utiliser les logiciels diffusés par les sociétés de service et offrant diverses fonctionnalités complémentaires à la seule fonction de groupage des RSS ;
- soit utiliser le groupeur, strictement limité à cette seule fonction, diffusé par le CTIP.

8.b Catalogues et classifications disponibles sur support magnétique

La liste des catalogues et classifications disponibles sur support magnétique est disponible sur demande au CTIP.

9. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SORTIE

La dernière version du guide de production des résumés de sortie du PMSI est mise à jour par l'additif au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI publié au Bulletin officiel (BO n°96/13 bis) pour application au 1er janvier 1997.

*
* *

Toute information supplémentaire pourra être obtenue auprès de la mission PMSI de la direction des hôpitaux par télécopie au 01 40 56 50 37.

RAPPEL
VERSIONS DES DIFFÉRENTS CHAMPS
DU CATALOGUE DES ACTES MÉDICAUX PUBLIÉS AU *BO*
DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

CHAMP ALPHA , ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

BO n° 96/10 bis

et sa mise à jour *BO* n° 97/13 bis

CHAMP BÊTA ET OMÉGA, ACTES D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION

BO n° 95/4 bis

et erratum pour la page 15 publié dans la lettre des systèmes d'information médicalisés
n° 23 de janvier 1996

CHAMP GAMMA, ACTES D'IMAGERIE MÉDICALE

BO n° 95/9bis

CHAMP MÛ, ACTES DE RADIOTHÉRAPIE

BO n° 92/4 bis

Ces fascicules peuvent être commandés à la direction des Journaux officiels : télécopie 01 45 79 17 84