

# Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI)

Marie NDANGANG

Médecin de Santé Publique et Médecines Sociales,  
Faculté de Médecine, Université de Rouen



*LIMICS INSERM UMRS1142*

Courriel : [marie.ndangang-sandjong@ch-eureseine.fr](mailto:marie.ndangang-sandjong@ch-eureseine.fr)

# Sommaire

- Outil de description et mesure médico-économique
  - Origine : Diagnosis related groups
  - La réforme hospitalière de 1991
  - Les champs PMSI
- Outil d'allocation budgétaire
  - L'évolution des modes de financement
  - Le financement des soins hospitaliers en France

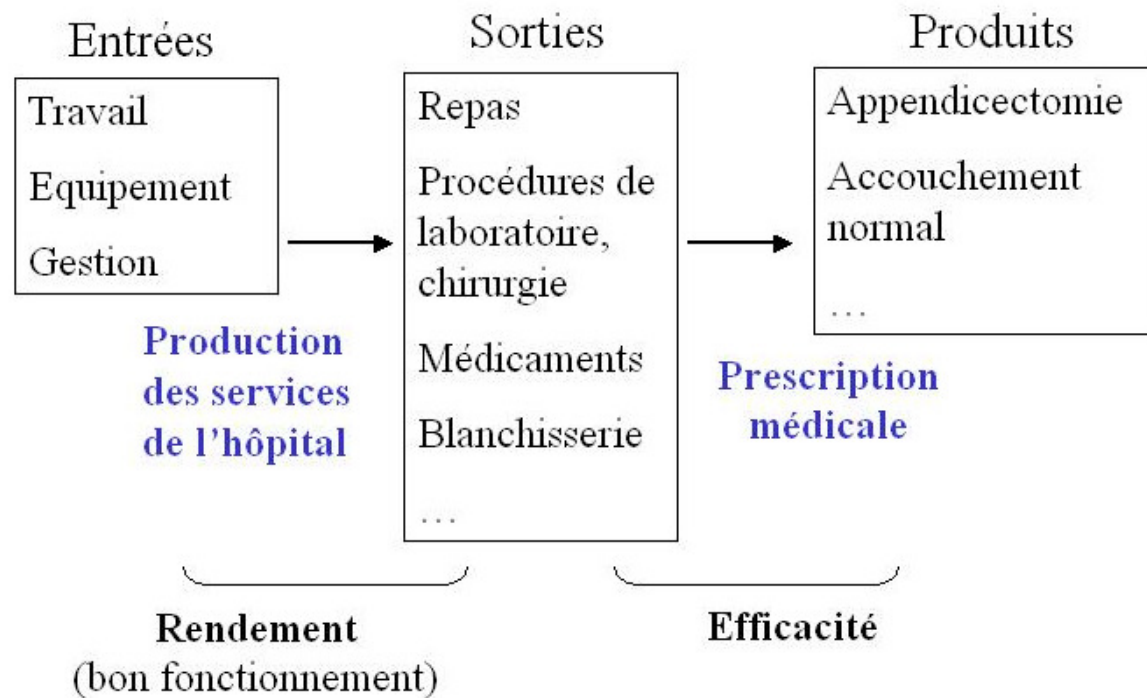
# Outil de description et de mesure médico-économique

# Diagnosis Related Groups DRG (1)

- 1972-1973 Université de Yale, Pr. Fetter
- Contexte :
  - Forme implication de l'état dans le financement
  - Système de santé très couteux
- Principe : des groupes de séjours hospitaliers présentant une similitude clinique relative et consommant un niveau global de ressources équivalent
  - Description de l'activité sur la base de ressources consommées
  - Outil d'allocation efficiente des ressources

# Diagnosis Related Groups DRG (2)

## Modèle industriel de Fetter Définition du produit hospitalier

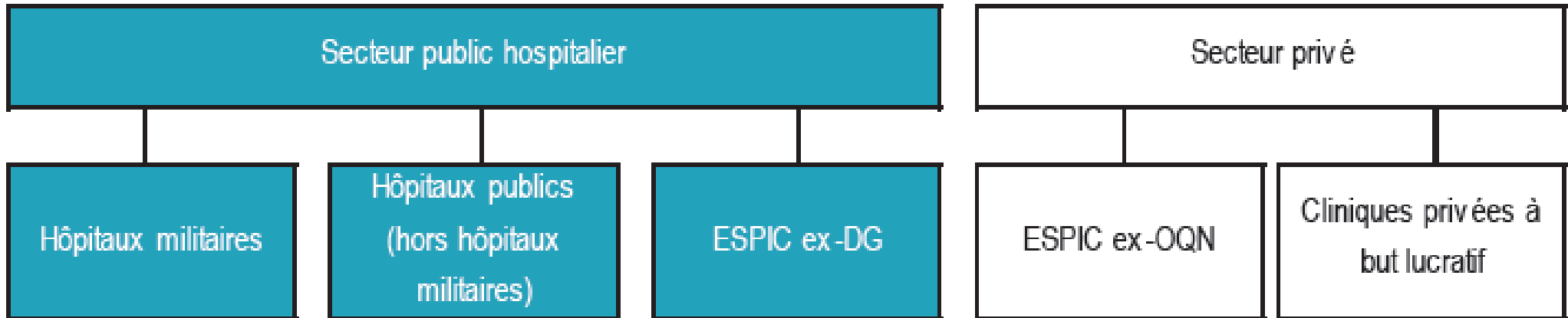


# La France : la réforme hospitalière de 1991

- Jean de Kervasdoué, Responsable Direction des Hôpitaux
- Contexte de coûts hospitaliers de plus en plus élevés
- But : description synthétique et standardisée de l'activité médicale
- Transmission données médico-administratives normalisées aux services de l'Etat et à l'Assurance maladie

# 4 champs d'application du PMSI

- Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
  - 1994 Etablissements publics et privés non lucratifs
  - 1996 Etablissements privés lucratifs
- Hospitalisation à domicile (HAD) 1997
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) 1998
- Psychiatrie 2002

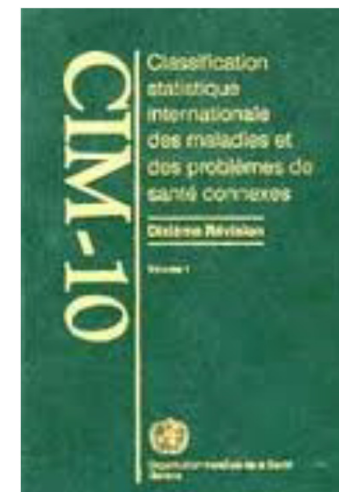




# Des nomenclatures (1)

## Classification Internationale des Maladies (CIM)

- OMS, 1983
- Enregistrement des causes de morbidité et de mortalité
- CIM10 à usage PMSI
- Même état pathologique -> plusieurs codes possibles (étiologique, clinique...)



Nombre de positions des codes (voir section du champ concerné) :

- MCO : 1 DP, 0-1 DR, 0-N DAS
- SSR : 1 FPP, 1 MMP, 0-1 AE, 0-N DAS
- Psy : 1 DP, 0-N DA
- HAD : 1-9 DCMPP, 0-9 DCMPA, 0-N DA

### J92 Plaque pleurale

Comprend : épaissement pleural fibreux  
pachypleurite

- J92.0 Plaque pleurale avec asbestose
- J92.9 Plaque pleurale sans asbestose
- Plaque pleurale SA

# Des nomenclatures (2)

## Classification Internationale des Maladies (CIM)

- CIM 10 à usage PMSI
- Cas du COVID

### Classement provisoire d'affections nouvelles d'étiologie incertaine (U00-U49)

**Note:** Les codes U00-U49 sont utilisés par l'OMS pour une attribution provisoire à de nouvelles maladies d'étiologie incertaine. Dans les situations urgentes, les codes ne sont pas toujours accessibles dans les systèmes électroniques. La spécification de la catégorie U07, de la façon dont elle est construite ci-dessous, fait en sorte que cette catégorie et ses sous-catégories sont disponibles dans tous les systèmes électroniques à tout moment et qu'ils peuvent être utilisés, sans délai, selon les instructions de l'OMS.

Depuis le 1er Janvier 2019, la maladie due au virus Zika est classée en A92.5.

#### **U04** Syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS]

**U04.9** Syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], sans précision  
*Excl.:* COVID-19 (U07.1-)

#### **U07** Codes pour usage urgent

##### **U07.0** Affection liée au vapotage

Affection liée à la cigarette électronique [e-cigarette]  
Affection liée au dabbing  
Atteinte pulmonaire liée à la cigarette électronique  
Atteinte pulmonaire liée au dabbing  
EVALI - [lésion pulmonaire associée à l'utilisation de e-cigarette ou de vapotage]  
Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier la pneumonie ou d'autres manifestations cliniques

##### **U07.1** COVID-19

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier la pneumonie ou d'autres manifestations cliniques

*Excl.:* Infection coronavirale, siège non précisé (B34.2)  
Coronavirus, cause de maladies classées dans d'autres chapitres (B97.2)  
Syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS], sans précision (U04.9)

CLASSIFICATION STATISTIQUE  
INTERNATIONALE DES MALADIES  
ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ  
CONNEXES

CIM-10 FR À USAGE PMSI

Volume 1

Bulletin officiel  
N° 2020/9 bis  
Fascicule spécial

# Des nomenclatures (2)



## Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

- Origine française, 2003
- Issue du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) et de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
- Actes réalisés par des médecins ( y compris sous délégation)
- Utilisation double
  - Hospitalisation : description de l'activité
  - Externe : facturation des honoraires des praticiens

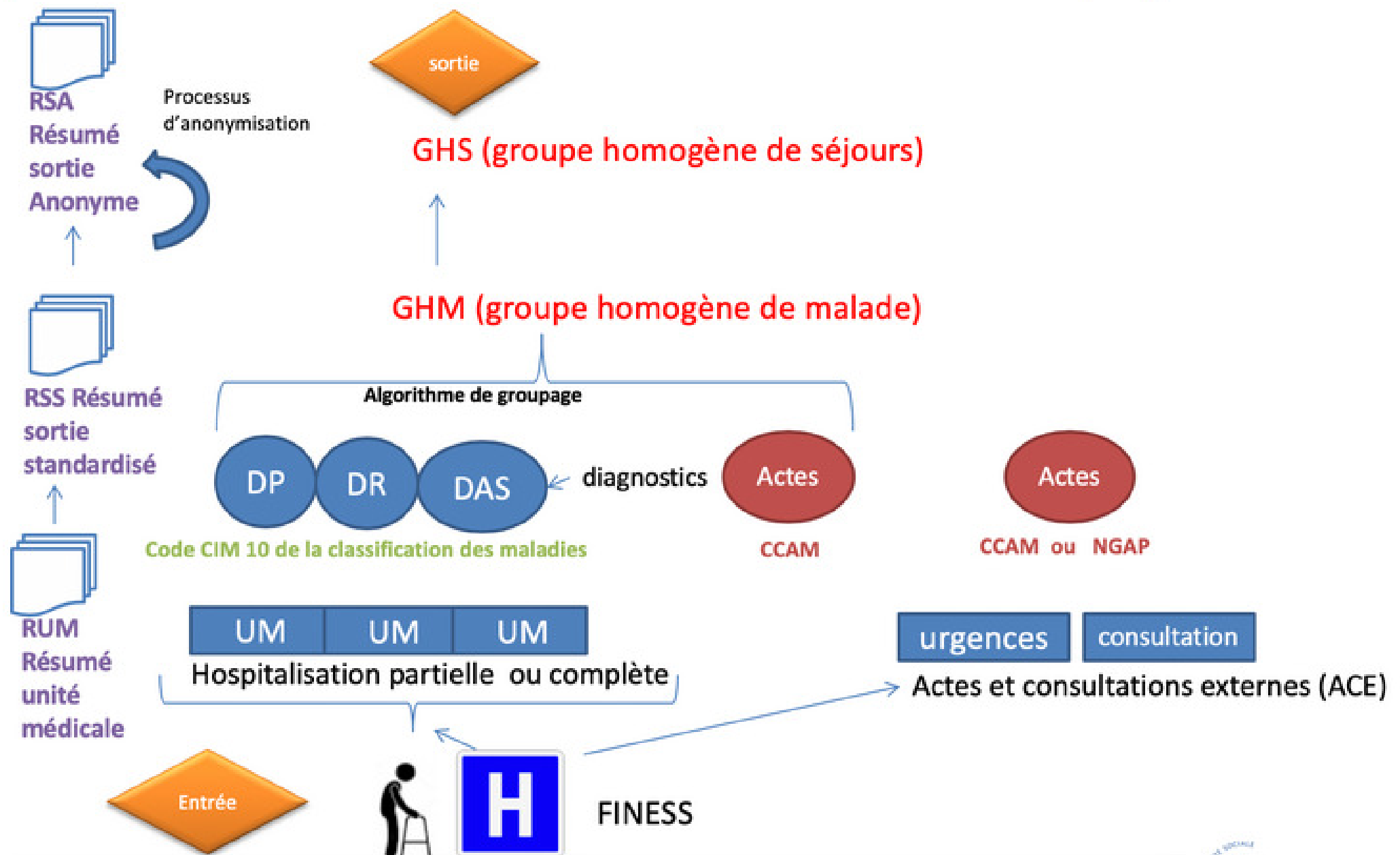
# Des nomenclatures(3) : Autres

- Actes d'autres professionnels :
  - Actes de rééducation et réadaptation : CSARR (2012)
- Consommables :
  - Dispositifs médicaux : Liste des Produits et Prestations (LPP)
  - Médicaments : Unité Commune de Dispensation (UCD)
- Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
- Archives : CdARR, CdAM

# Département d'Information Médicale(DIM)

- 1989
  - Circulaire n°275 du 6 janvier : création du DIM
  - Circulaire N°303 du 24 juillet 1989 : généralisation du PMSI
- Production et transmission des données PMSI
- Codage sur la base des éléments du dossier patient
  - Compte-rendu d'hospitalisation, Compte-rendu opératoire...
  - Respect des règles de codage du guide méthodologique
  - Organisation propre à chaque établissement

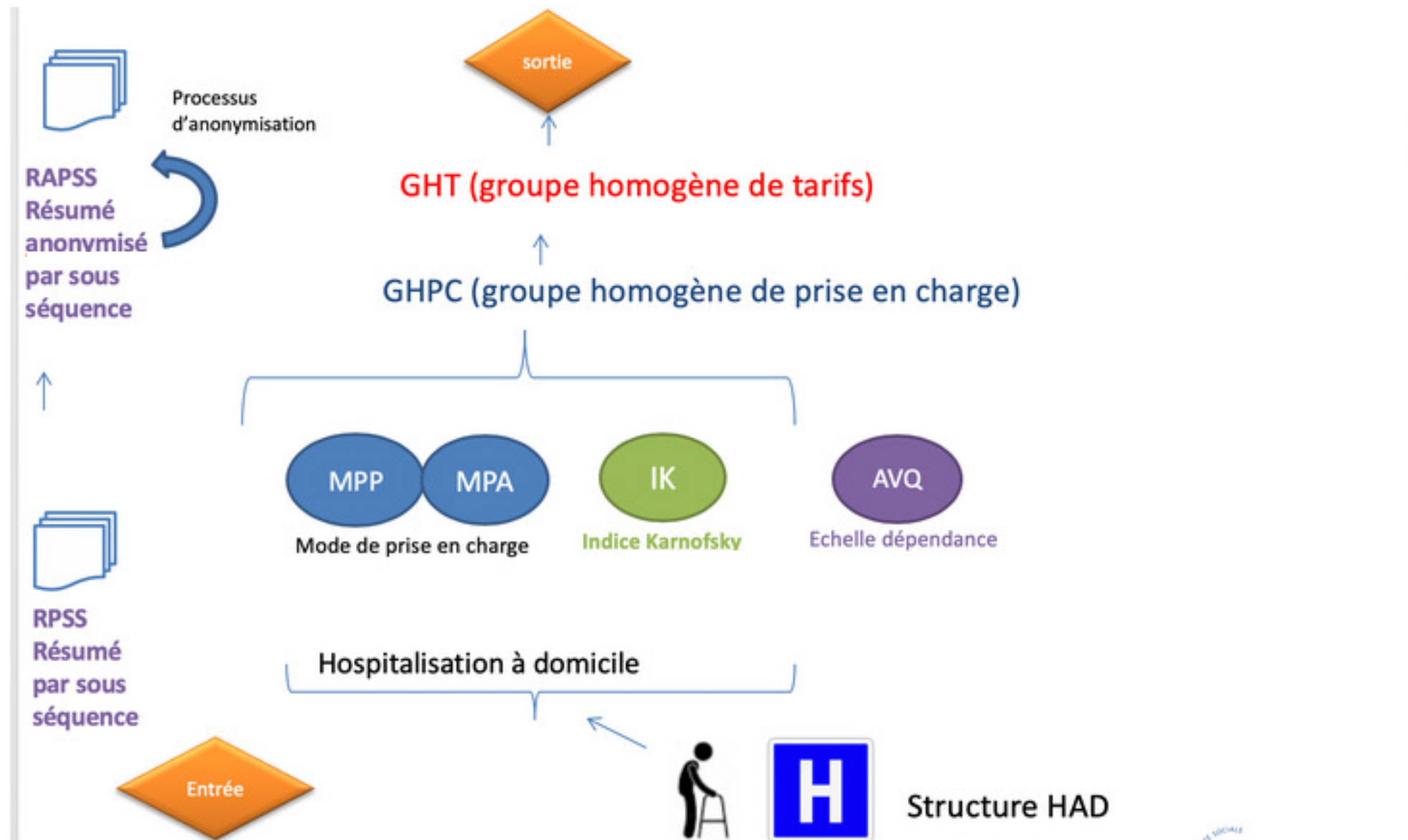
# Schéma des concepts du PMSI MCO



# Exemple séjour MCO

- Patient de 65 ans pris en charge pour une résection de 4 polypes intra-vésicaux en unité d'ambulatoire : diagnostic d'une tumeur maligne
- **Codage :**
  - **DP** : C67.3 Tumeur maligne de la paroi antérieure de la vessie
  - **CCAM** : JD FE001 Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus par endoscopie
- **GHM 11C13J** Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, en ambulatoire (1 783,37€ )

# Schéma des concepts du PMSI HAD

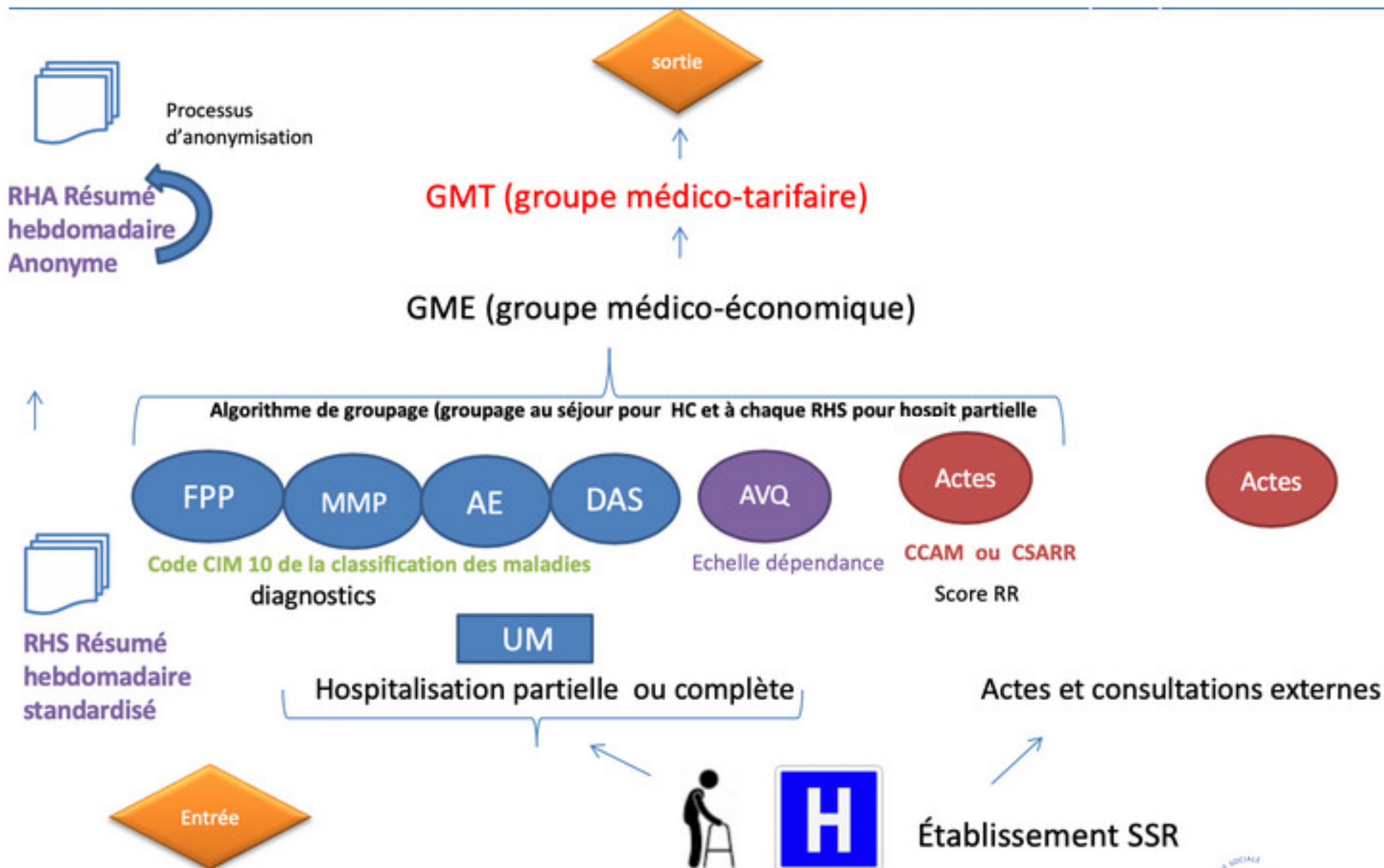




# Exemple de séjour HAD

- Patient de 65 ans pris en charge pour le traitement par chimiothérapie de son cancer de vessie
- **Codage PMSI:**
  - **MPP 05** chimiothérapie cancéreuse
    - DP C67 Tumeur maligne de la vessie
    - DCMPP :
  - **MPA 06** Nutrition parentérale
    - DCMPPA : E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision
  - **Indice de Karnofsky** : 050
- **GHPC 0500** -> 4\*GHT1(165€)+...

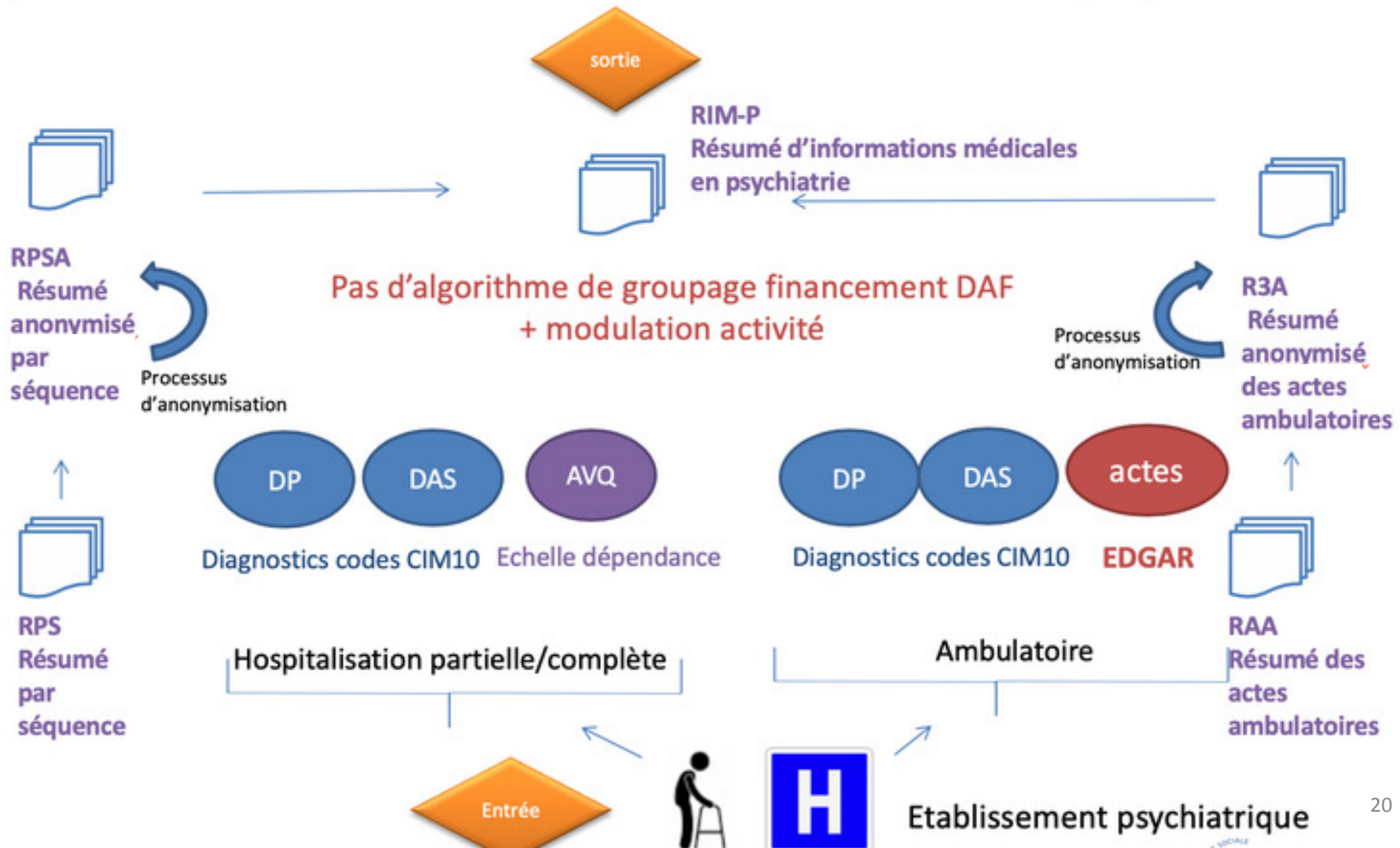
# Schéma des concepts du PMSI SSR



## Exemple de séjour SSR

- Patient de 65 ans pris en charge en post-opératoire d'une cystectomie dans le cadre de la prise en charge d'un cancer de vessie
- **Codage PMSI :**
  - **FPP** : Z48.8 Autres soins de contrôle chirurgicaux précisés
  - **MMP** : Z90.6 Absence acquise d'autres organes des voies urinaires
  - **AE** : C67.3 Tumeur maligne de la paroi antérieure de la vessie
  - **AVQ** : score physique 8- score cognitif 2 (1<sup>er</sup> semaine)
  - **CCAM** EPLF002 Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée
- **RGME 1103A2** Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire, score physique <=8 (4 054,75€)

# Schéma des concepts du PMSI RIM-P

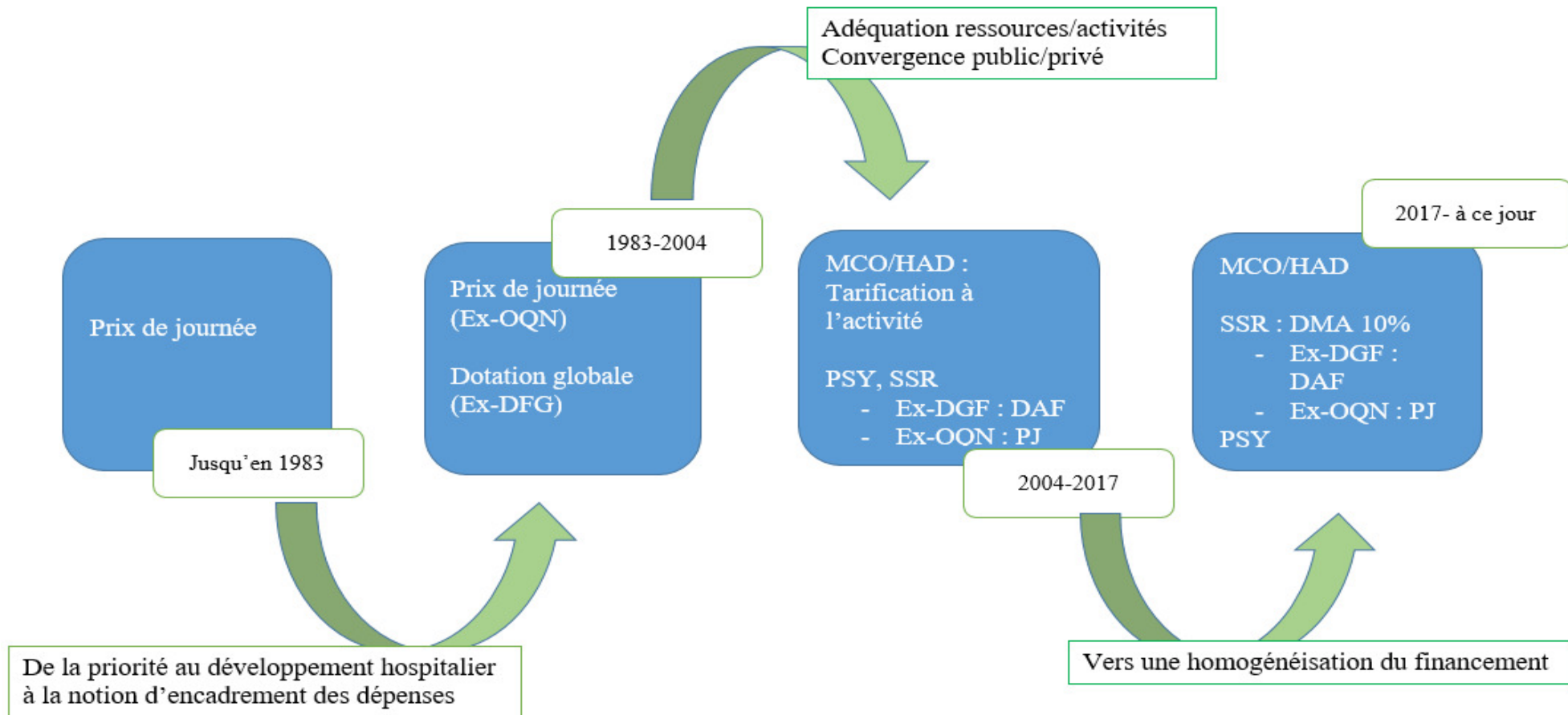


# Exemple de séjour psychiatrie

- Patient de 65 ans pris en charge en hospitalisation complète pour un tableau de dépression sévère dans un contexte de cancer de vessie.
- **Codage** :
  - **DP** : F32.2 Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique.
  - **DAS** : C67.3 Tumeur maligne de la paroi antérieure de la vessie
  - **AVQ** score physique 4 score cognitif 4
- **DAF** -> 2022 15% dotation à l'activité

# Outil d'allocation budgétaire

# Evolution des modes de financement hospitalier



2021\*

MCO

T2A

HAD

T2A

SSR

DMA 10% +  
DAF(ex-DGF) /Financement à la journée(ex-OQN)

RIM-P

DAF (ex-DGF) / Financement à la journée (ex-OQN)

\*Garantie de financement du fait du contexte sanitaire

A venir : 2022...

MCO

Dotation populationnelle aux urgences  
(monoRUM UHCD...)

HAD

T2A

SSR

Modèle cible 50% activité et 50% forfaitaire

RIM-P

Plusieurs dotations dont  
-15% à l'activité  
-79,1% populationnelle



# Le paiement actuel (1)

- MCO
  - Paiement au séjour : GHS
  - Transmission mensuelle
- HAD
  - Paiement à la séquence de soins : GHT
  - Transmission mensuelle
- SSR :
  - Transmission mensuelle
  - Dotation modulée à l'activité (GMT) + DAF\*
- Psychiatrie
  - DAF\* : Produits = DAF\* année N-1Xtaux de progression N
  - Transmission trimestrielle

\*PJ si ex-OQN

# Le paiement actuel (2)

- Des forfaits annuels
  - Forfaits annuel des urgences FAU
  - Coordination des prélèvements d'organes CPO
  - L'activité de greffes FAG
- Les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)
  - Missions D'Enseignement, de Recherche, de Référence et de l'Innovation (MERRI)
  - Autres MIG : SAMU, SMUR, équipes mobiles, actions de prise en charge de populations spécifiques...

# L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : un acteur central

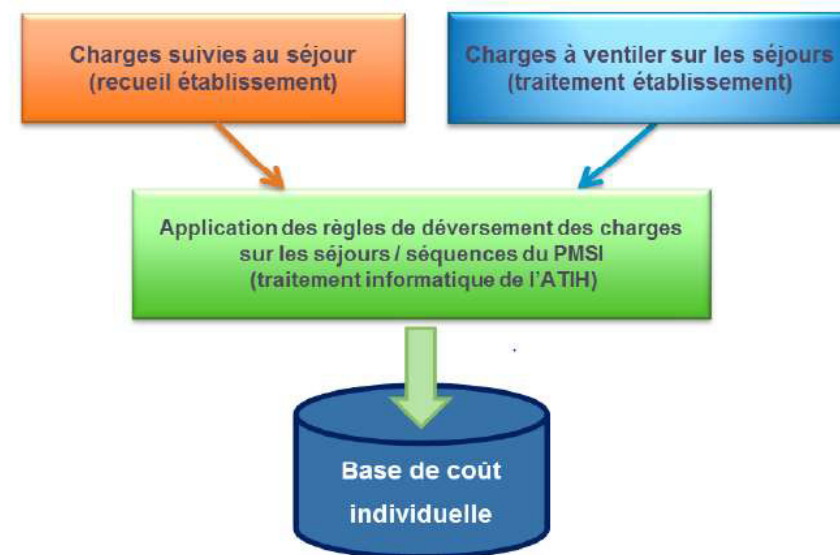
- Fondée en 2000
- Compétence dans les champs de l'activité hospitalière et du secteur médico-social
- 4 missions principales :
  - Données des établissements de santé : collecte, hébergement et analyse
  - Dispositifs de financement des établissements : gestion technique (GHS,GME, GMT...)
  - Études sur les coûts des établissements
  - Nomenclatures de santé : élaboration et maintenance

# L'Etude National des Coûts : ENC (1)

- Méthodologie commune aux établissements de santé
  - Publics et Privés
  - GHS spécifiques par secteur
- Enquête annuelle
- MCO, SSR et HAD
- Double objectif :
  - Calcul des coûts de prise en charge de l'hospitalisation
  - Production d'un référentiel de coûts pour chaque champ

# L'Etude National des Coûts : ENC (2)

- Référentiel national de coûts : une base de comparaison des coûts propres
- T2A : une clé de répartition des ressources fondée sur l'idée de convergence des tarifs vers les coûts moyens de production
- Principe de neutralité de la grille tarifaire



# La sécurité sociale : le financeur principal

## Evolution de la structure du financement des grands postes de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM)

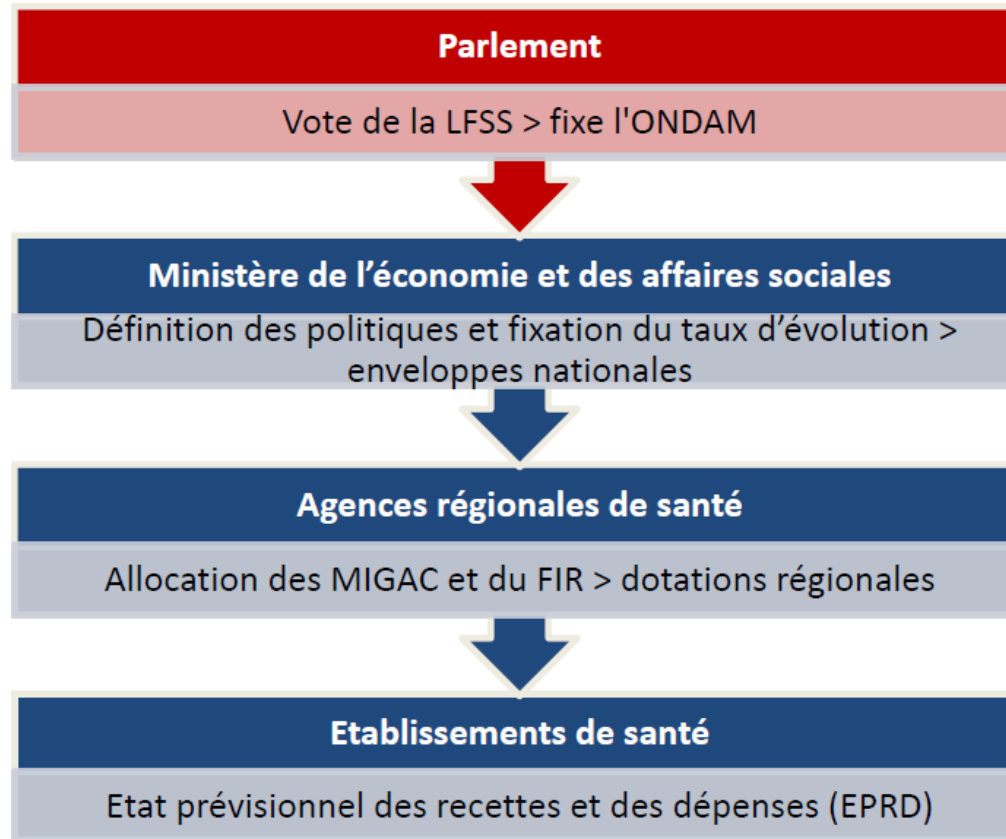
En %

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Ensemble</b>	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,6	77,9	78,0	78,2
Soins hospitaliers	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,5	91,7	91,6	91,6
Secteur public	92,2	91,9	91,9	91,8	91,9	91,9	92,3	92,5	92,4	92,6
Secteur privé	89,0	88,8	88,7	88,6	88,5	88,5	88,7	88,7	88,7	88,4
Soins de ville	65,0	65,0	65,5	65,7	64,5	64,6	64,5	65,2	65,6	66,0
Transports sanitaires	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0	93,0	93,0	93,0
Médicaments	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,9	72,8	73,4	74,3
Autres biens médicaux (y compris optique)	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6	44,7	44,6
Optique	4,1	3,9	3,8	3,9	3,9	4,1	4,1	4,1	4,1	3,9
Biens médicaux hors optique	73,0	71,8	71,7	71,8	71,5	71,2	71,1	71,1	71,3	72,0

**Lecture** > En 2019, la Sécurité sociale finance 91,6 % du total des dépenses de soins hospitaliers.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

# Comment est fixé le budget ? Architecture globale du système



# L'ONDAM

## Règles de calcul de l'ONDAM

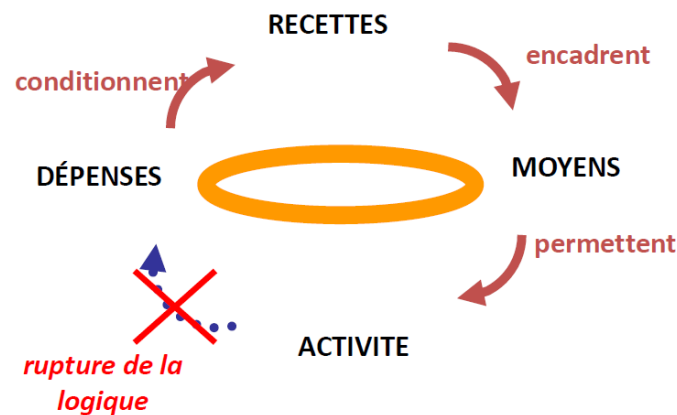


- Depuis 1997, Objectif National des Dépenses de l'Assurance maladie fixe les dépenses à engager
- ONDAM Etablissements de santé

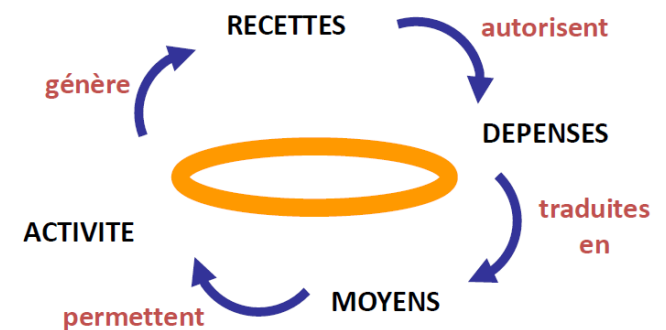


# Tarification à l'activité : un changement de paradigme

- Prospective
- Mise à jour annuelle des tarifs
- Logique : Remboursement fonction de leur activité
- Limite : écart possible entre les tarifs et les dépenses effectives des établissements



ressources allouées aux établissements reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente : moyens déconnectés de l'évolution de l'activité.



ressources calculées à partir d'une estimation d'activité et de recettes.

# ...qui a des effets de bord

Limites de la tarification à l'activité (T2A)

**Baisse des recettes pour les établissements réalisant les actes les moins rémunérateurs** et impact sur les effectifs et les investissements

Baisse mécanique de la **durée moyenne de séjour** et **augmentation de l'intensité du travail**, sans que cela ne garantisse des **gains d'efficience**

**Impact sur les conditions de travail des soignants et la prise en charge relationnelle des patients** (Acker, Lorient, Pierru)

*« Nous sommes arrivés au bout d'un système" car "au départ vertueuse, la tarification à l'activité a abouti à des effets pervers", Mme la Ministre A. Buzyn, Janvier 2018*

# D'autres modèles

## **Paiement à la qualité**

- Incitations financières : donner un bonus aux ES qui obtiennent les meilleurs scores à des indicateurs de qualité afin d'inciter à l'améliorer de la qualité
- Dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)
  - 2016, MCO
  - 2017 SSR
  - 2020 Psychiatrie
- 0,3-0,6% budget des établissements, c'est une enveloppe croissante en complément T2A

# Des nouveaux modèles à l'étude

	Paiement à l'acte ou au séjour	Paiement à la qualité et à la pertinence	Paiement à la séquence de soins	Paiement au suivi	Paiement pour la structuration d'un service
Définition	Paiement suivant le volume et la nature des actes ou des séjours hospitaliers	Bonus aux établissements qui obtiennent les meilleurs scores à des indicateurs de qualité/pertinence	Paiement pour un épisode de soins incluant plusieurs producteurs de soins	Forfait unique par patient pour tous les soins délivrés pour une pathologie donnée, sur une période donnée.	Enveloppe globale attribuée à une structure qui aurait en charge une population définie.
Objectifs	Lier financement et activité médicale	Incitation à la qualité et à la pertinence des soins	Incitation à limiter les actes ou les services inutiles	Incitation à la maîtrise des ressources utilisées mais risque de diminution de la qualité des soins, sélection des « bons patients »	Incitation à la coordination des soins et aux politiques de prévention
Inconvénients	N'incite pas directement à la qualité	Définition des indicateurs et du modèle	Complexité dans sa mise en œuvre	Complexité dans sa mise en œuvre	Complexité dans sa mise en œuvre

# Plusieurs questions sont posées face à ces évolutions

- **Méthodologie :**

- Définition de la prise en charge standard et des frontières de paiement ( quels soins ?)
- Définition des modalités de calcul du forfait
- Définir les règles de redistribution

- **Contraintes organisationnelles :**

- Intégration des offreurs de soins
- La question du transfert du risque du payeur vers les fournisseurs
- Nécessité d'un système d'information opérant : SNIIRAM et PMSI

# Un environnement qui évolue

- Parcours de santé et groupement hospitalier de territoire (GHT)
- Virage épidémiologique
  - Prévalence croissante des maladies chroniques
  - Modes de consommations/besoins de soins différents
- Vieillesse de la population

# En synthèse

- Le PMSI, une base de données permanente et médicalisée au niveau national
  - Utilité budgétaire
  - Utilité en stratégie hospitalière (*benchmarking*)
  - Outil épidémiologique
- Des modèles de financement en évolution, une évolution où le paiement à l'activité demeurera prépondérant
- Système National des Données de Santé (SNDS) : base centralisée de données dont le PMSI

# Bibliographie

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>
- <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>
- <https://www.chazard.org/emmanuel/enseignement.htm>
- [https://documentation-snds.health-data-hub.fr/fiches/concepts\\_pmsi.html](https://documentation-snds.health-data-hub.fr/fiches/concepts_pmsi.html)



L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées à l'université de Rouen.

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits à l'UFR de médecine de l'université Rouen, ainsi que ceux inscrits au C2I Santé, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.

Ce document a été réalisé par la Cellule TICE Médecine de la Faculté de Médecine de Rouen (Courriel : [Florence.Charles@univ-rouen.fr](mailto:Florence.Charles@univ-rouen.fr)).