Normandie Université

Santé Publique – Santé Numérique

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

Sommaire

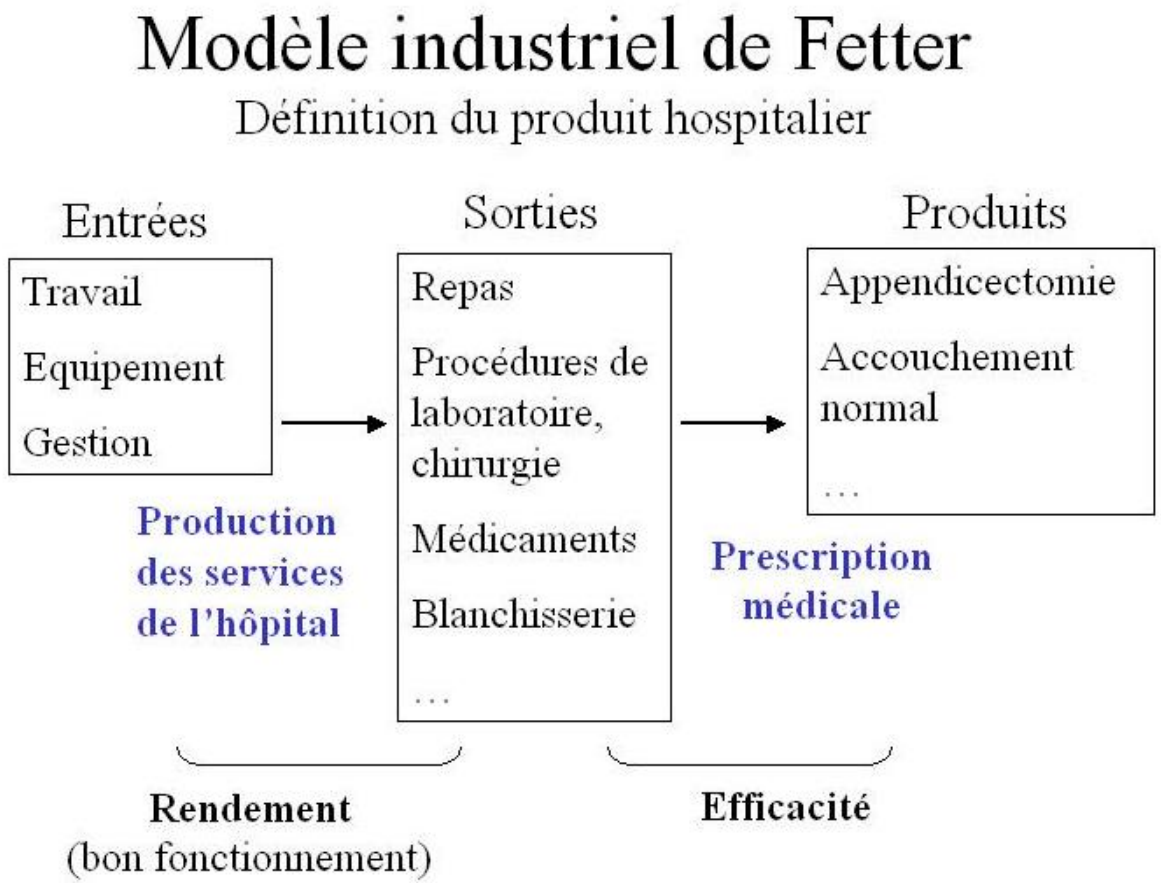
- Outil de description et mesure médico-économique
  - Origine : Diagnosis related groups
  - La réforme hospitalière de 1991
  - Les champs PMSI
- Outil d'allocation budgétaire
  - L'évolution des modes de financement
  - Le financement des soins hospitaliers en France

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)

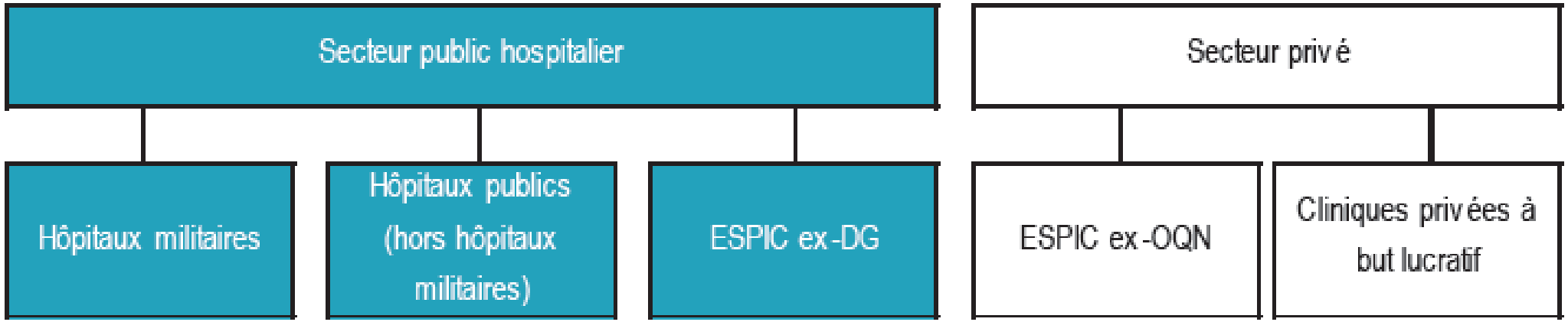


La France : la réforme hospitalière de 1991

- 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


Secteur public hospitalier
Secteur privé
Hôpitaux militaires
Hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires)
ESPIC ex-DG
ESPIC ex-OQN
Cliniques privées à but lucratif

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) :

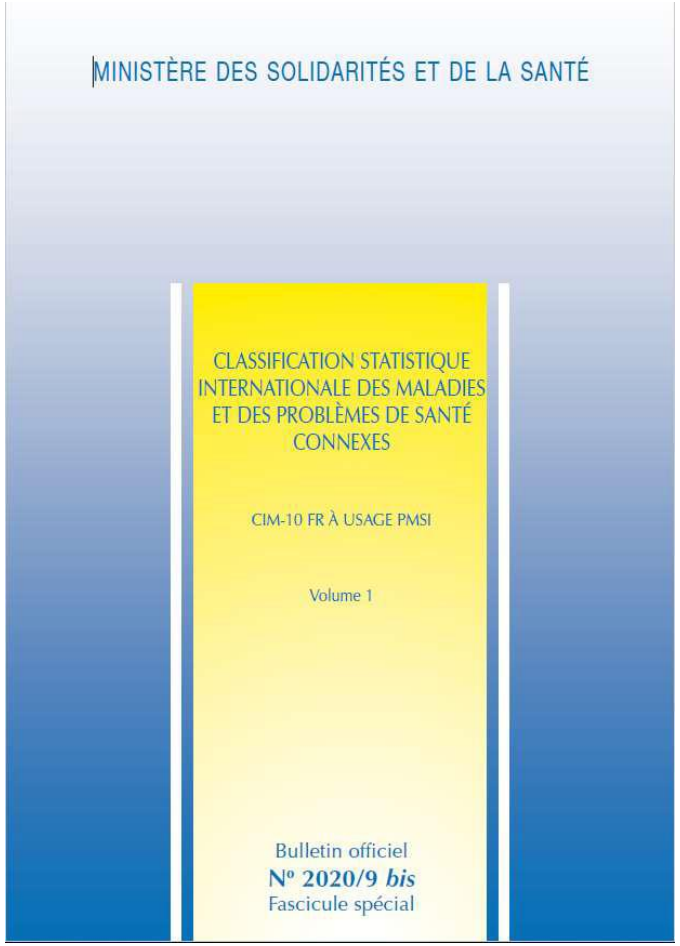
- MCO : 1 DP, 0-1 DR, 0-N DAS
- SSR : 1 FPP, 1 MMP, 0-1 AE, 0-N DAS
- Psy : 1 DP, 0-N DA
- HAD : 1-9 DCMPP, 0-9 DCMPA, 0-N DA

J92	**Plaque pleurale**
Comprend :	épaississement pleural fibreux pachypleurite
J92.0	Plaque pleurale avec asbestose
J92.9	Plaque pleurale sans asbestose Plaque pleurale SAI

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 souscatégories 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)

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

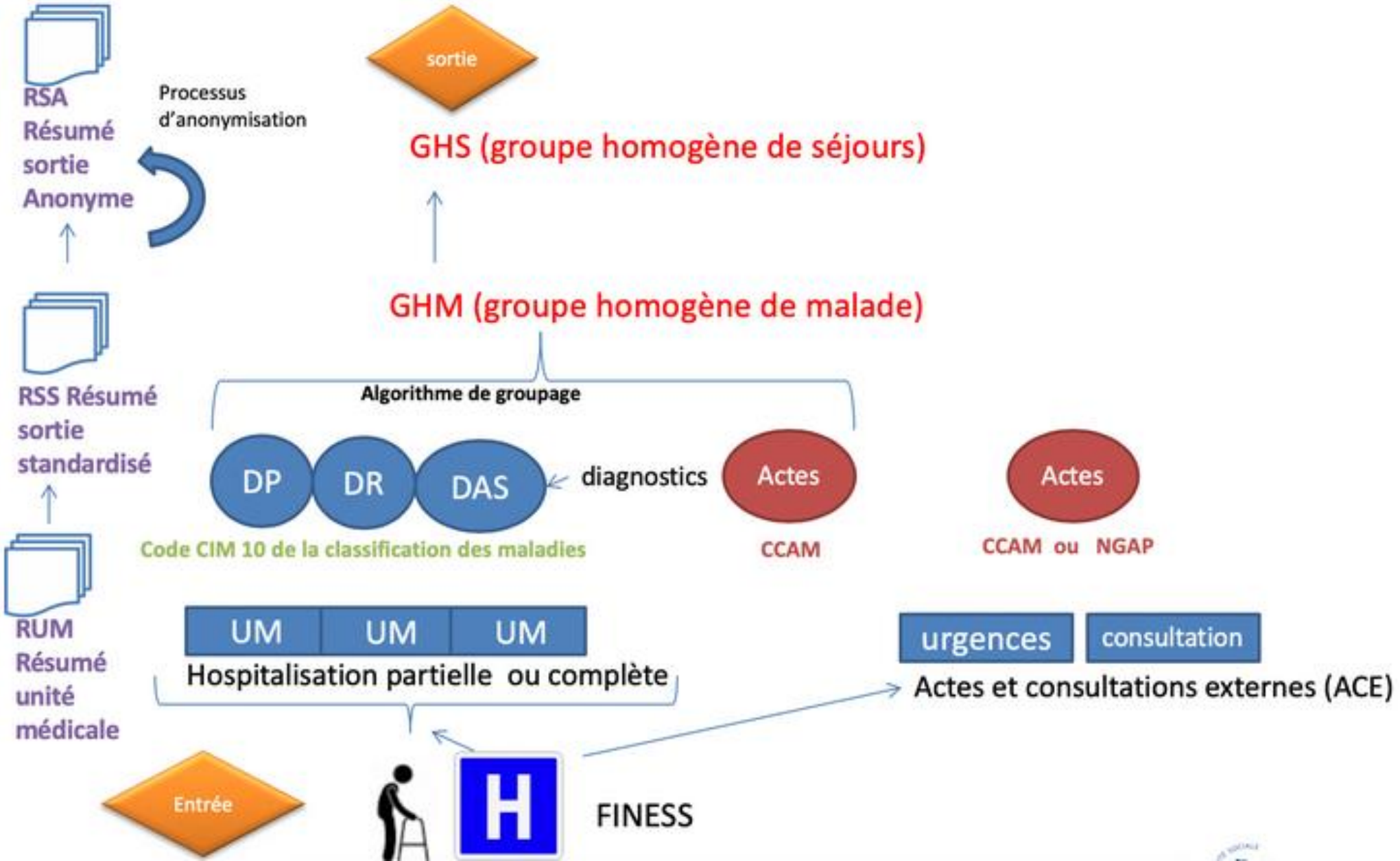
Des nomenclatures(3) : Autres

- 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 : centralisé ou

Schéma des concepts du PMSI MCO



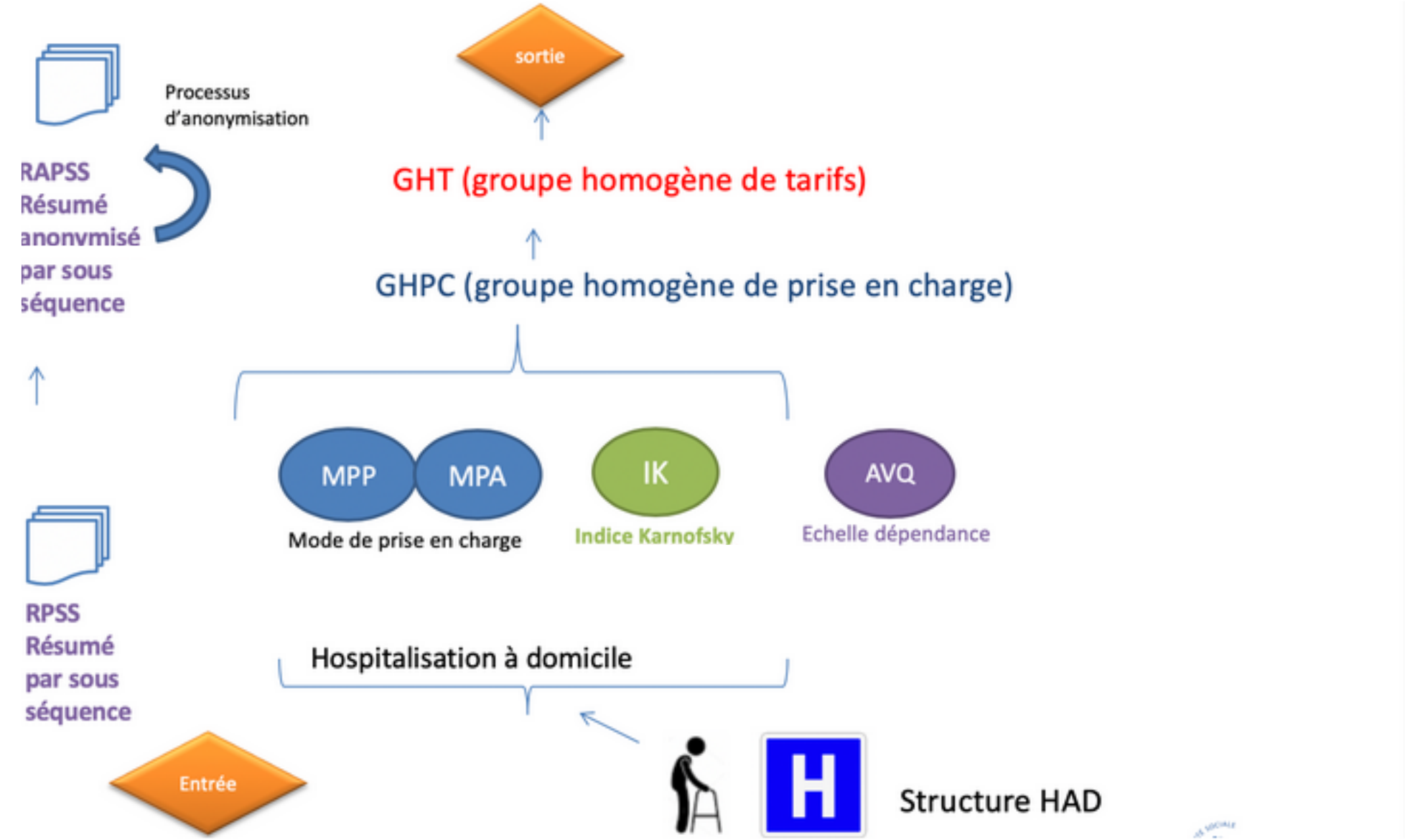
Exemple séjour MCO

- 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** : JDFE001 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

  -> 1 799,29€ (Public)

Schéma des concepts du PMSI HAD

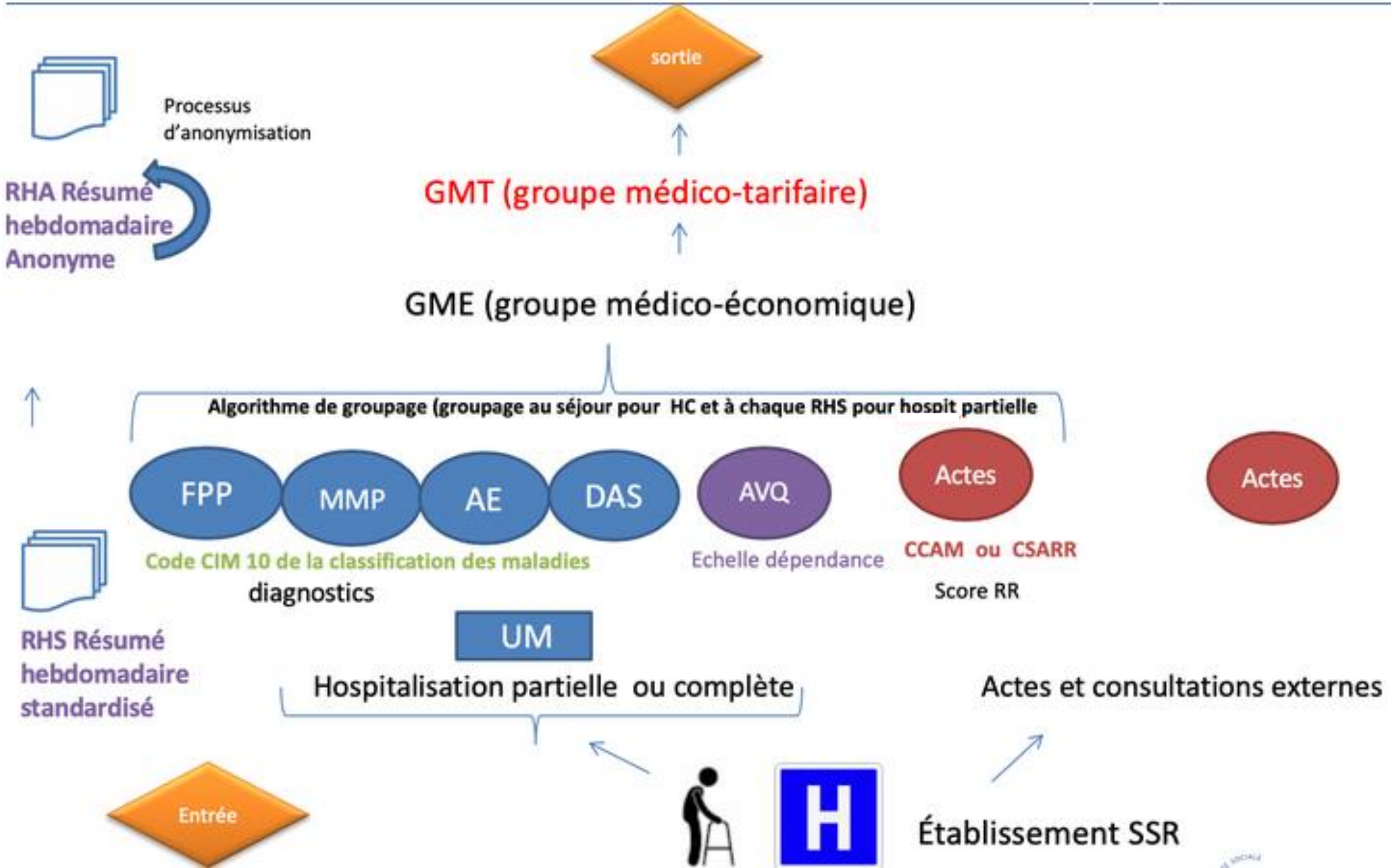


Exemple de séjour HAD

- 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
    - DCMPA : E43 Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision
  - **Indice de Karnofsfy** : 050

- **GHPC** 0500 -> 4*GHT1 61,55€+…

Schéma des concepts du PMSI SSR



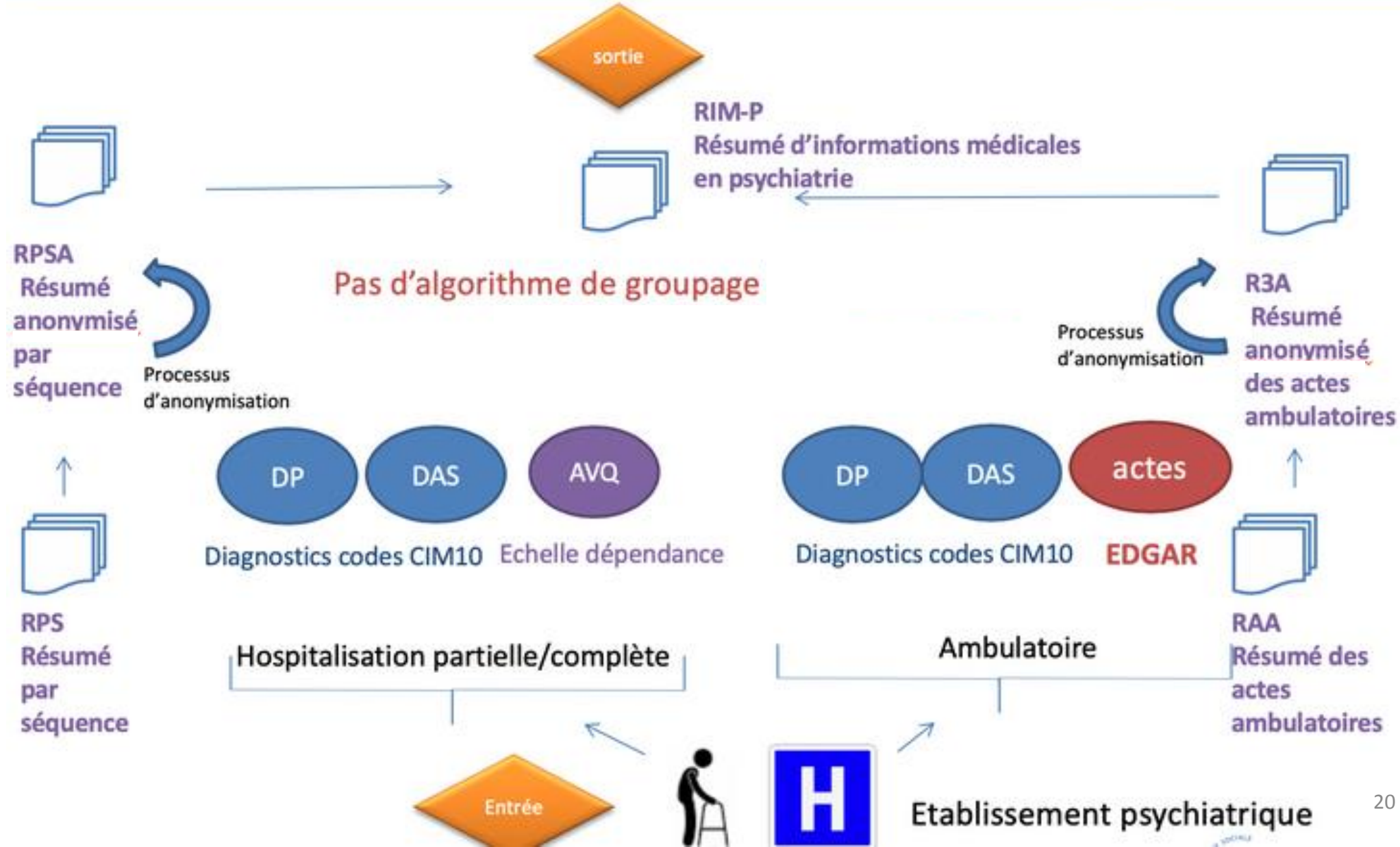
Exemple de séjour SSR

- Patient de 85 ans pris en charge en post-opératoire immédiat d'une cystectomie dans le cadre de la prise en charge d'un cancer de vessie. Le patient a été hospitalisé 45 jours.
- **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 (max sur les 4 semaines)
  - **CCAM** EPLF002 Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée

- **GME 1103TC2** Tumeurs malignes du tractus génito-urinaire/HC Réadaptation globale Niveau C-2, Phy [13-16] ou cog[7-8]-avec sévérité

-> 13 685,38€

Schéma des concepts du PMSI RIM-P



Exemple de séjour psychiatrie

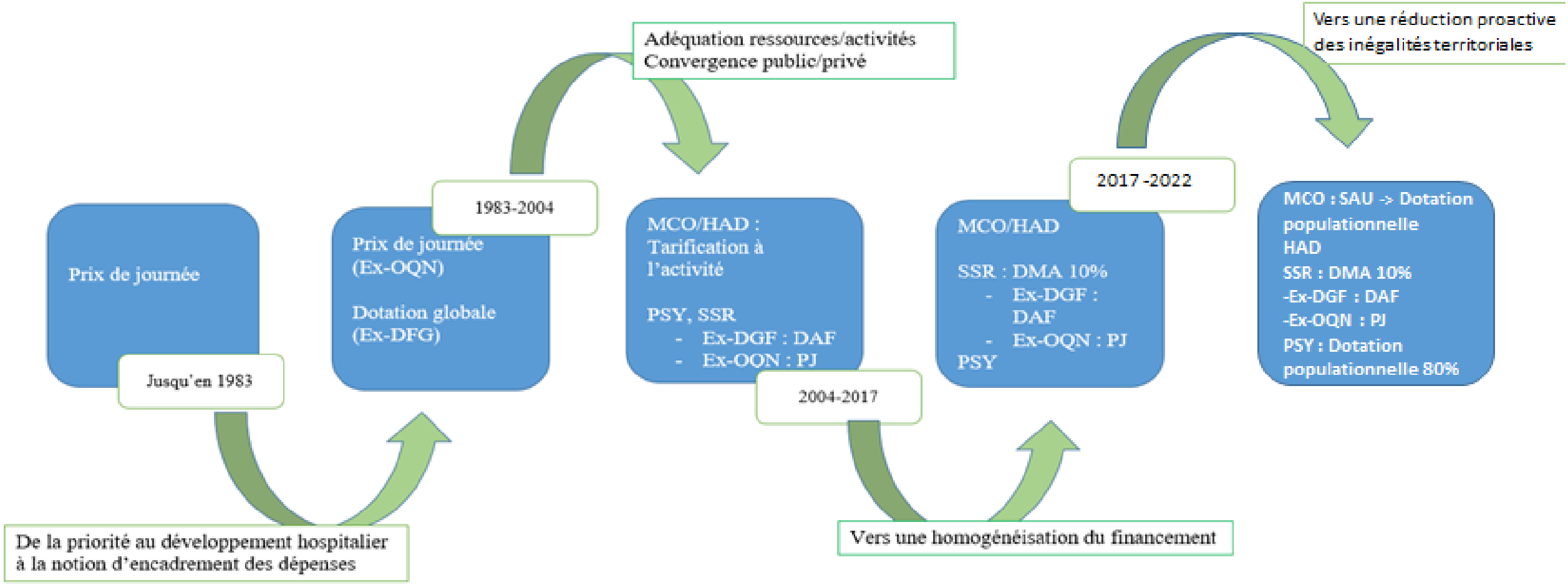
- Patient de 65 ans pris en charge en hospitalisation complète pour un tableau de dépression sévère dans un contexte de cancer de vessie.
- **Codage :**
  - **DP :** F32.2 Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique.
  - **DAS** : C67.3 Tumeur maligne de la paroi antérieure de la vessie
  - **AVQ**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

  - **DAF** -> 2022 15% dotation à l'activité

  Pour rappel : pas de groupe médico-économique

Outil d’allocation budgétaire

Evolution des modes de financement hospitalier



2022*

MCO	Hors urgences : T2A Urgences : financements spécifiques
HAD	T2A
SSR	DMA 10% + DAF(ex-DGF) /Financement à la journée(ex-OQN)
RIM-P	Plusieurs dotations dont -15% à l'activité -79,1% populationnelle

*Garantie de financement du fait du contexte sanitaire

A venir : 2023…

MCO	Hors urgences : T2A Urgences : financements spécifiques
HAD	T2A
SSR	Plusieurs dotations dont -40% populationnelle -50% à l'activité
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
  - Dotation populationnelle + Dotation à l'activité + dotation à la qualité
  - Transmission trimestrielle (2023 -> transmission mensuelle)

*PJ si ex-OQN

Le paiement actuel (2)

- Des financements spécifiques :
  - URGENCES : Dotation populationnelle + Forfaits et suppléments + Dotation qualité
- Des forfaits annuels
  - 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 : équipes mobiles, actions de prise en charge de populations spécifiques…

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

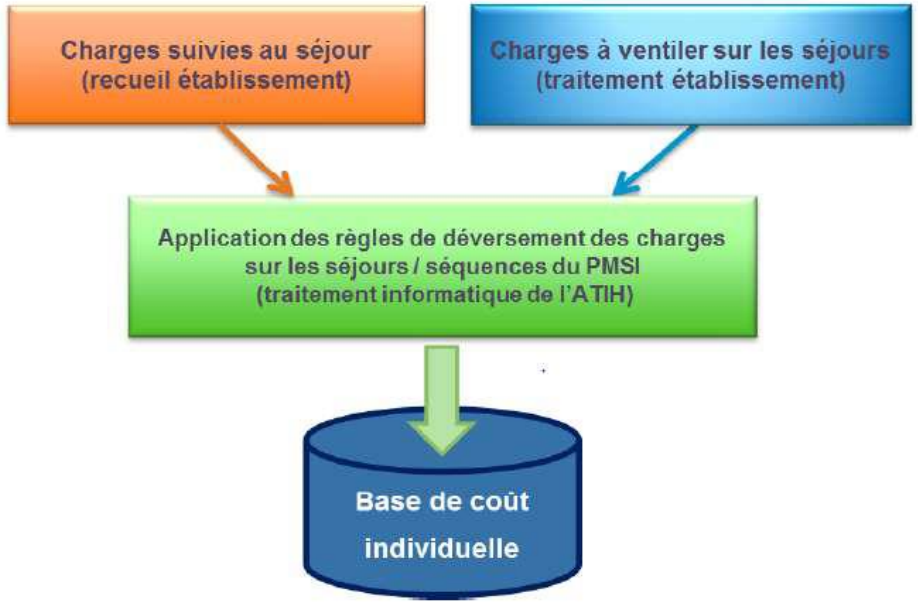
- Fondée en 2000
- Compétence dans les champs de l'activité hospitalière et du secteur médico-social
- 4 missions principales :
  - Données des établissements de santé : collecte, hébergement et analyse
  - Dispositifs de financement des établissements : gestion technique (GHS,GME, GMT…)
  - Études sur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

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble de la CSBM							
Sécurité sociale	76,3	77,6	77,8	77,8	77,9	79,6	79,8
État	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	0,4
Organismes complémentaires	13,6	13,3	13,1	13,4	13,5	12,2	12,9
Ménages	8,8	7,7	7,7	7,3	7,2	6,6	7,0
Soins hospitaliers							
Sécurité sociale	91,5	91,7	91,8	91,7	91,8	93,1	93,3
État	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	0,6
Organismes complémentaires	5,2	5,1	5,0	5,2	5,1	4,5	4,3
Ménages	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,1	1,8
Soins de ville[1]							
Sécurité sociale	63,4	65,0	65,0	65,5	65,7	67,8	67,9
État	1,6	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	0,2
Organismes complémentaires	21,8	21,1	21,0	21,4	21,2	20,3	21,8
Ménages	13,2	12,0	12,2	11,1	11,0	9,6	10,1

Lecture -> la Sécurité Sociale finance 79,8% du total des dépenses de santé
Source -> DREES, Comptes de la santé

Evolution de la consommation de soins et de bien médicaux entre 2014 et 2021

	2014	2019	2020	2021	Évolution 2019/ 2020 (en %)	Évolution 2020/ 2021 (en %)
Soins hospitaliers	**89,1**	**97,1**	**103,0**	**109,4**	**6,0**	**6,2**
Hôpitaux du secteur public	68,5	74,4	79,7	84,1	7,2	5,4
Hôpitaux du secteur privé	20,7	22,7	23,3	25,3	2,4	8,9
Soins ambulatoires	**100,9**	**109,8**	**107,2**	**117,3**	**-2,4**	**9,5**
- Soins de ville *	**50,3**	**57,0**	**55,2**	**61,3**	**-3,3**	**11,2**
Soins de médecins et de sages-femmes	21,4	23,9	23,4	24,9	-2,1	6,3
Soins d'auxiliaires médicaux	13,1	15,9	15,8	17,3	-1,1	10,1
Soins de dentistes	11,2	12,2	11,4	13,9	-7,0	22,5
Laboratoires de biologie médicale	4,3	4,5	4,5	4,9	-1,4	9,5
Cures thermales	0,4	0,4	0,1	0,2	-65,8	72,3
- Médicaments	**32,0**	**30,6**	**29,8**	**31,1**	**-2,7**	**4,4**
- Biens médicaux **	**14,2**	**17,0**	**17,4**	**19,3**	**2,4**	**10,6**
- Transports sanitaires	**4,4**	**5,1**	**4,7**	**5,6**	**-6,3**	**17,7**
Consommation de soins et de biens médicaux	**190,0**	**206,9**	**210,2**	**226,7**	**1,6**	**7,9**
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,8	8,5	9,1	9,1		
Évolution de la CBSM en valeur (en %)	2,5	2,0	1,6	7,9		

Lecture -> la CSBM s'élève en 2021 à hauteur de 226,7 milliards d'euros soit 9,1% du PIB
Source -> DREES, Comptes de la santé

Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire dans la DCSi en 2020 et 2021

Montants en milliards d'euros

	2020	2021
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	**11,8**	**5,6**
Masques	**0,9**	**0,5**
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	**1,3**	**0,1**
Établissements de santé	**7,6**	**5,0**
Prise en charge des surcoûts Covid-19	2,9	2,9
Primes et revalorisations des heures supplémentaires	1,6	
Fourniture de masques	1,6	0,4
Tests PCR	0,4	0,7
Campagne de vaccination		0,4
Garantie de financement aux cliniques privées	1,1	0,6
Total des dépenses de crise Covid-19 dans le champ des CNS	**14,8**	**17,4**

Objectif national de l'assurance maladie(ONDAM)

Parlement

Vote de la LFSS > fixe l'ONDAM

Ministère de l'économie et des affaires sociales

Définition des politiques et fixation du taux d'évolution > enveloppes nationales

Agences régionales de santé

Allocation des MIGAC et du FIR > dotations régionales

Etablissements de santé

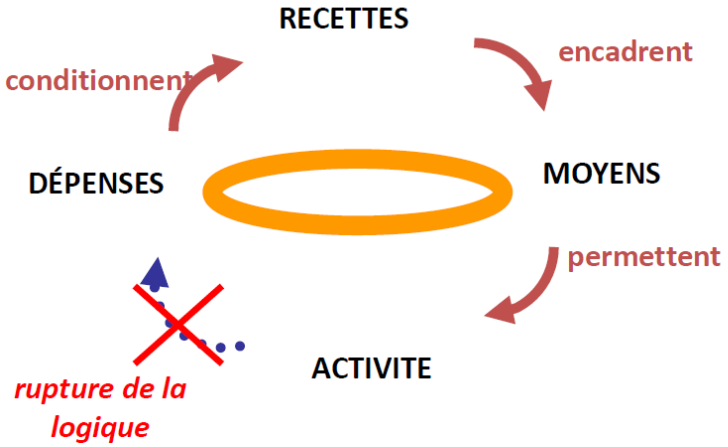
Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

L'ONDAM

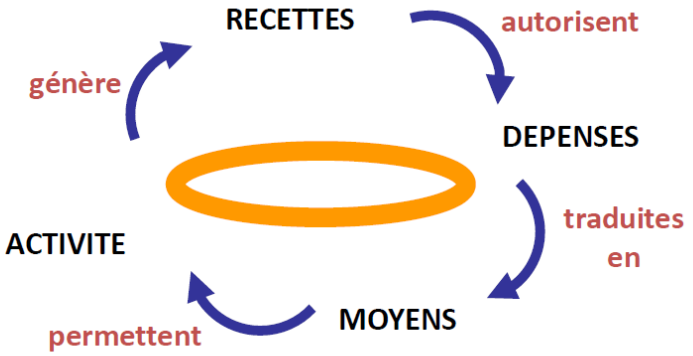
Règles de calcul de l'ONDAM

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



Avant la T2A :
ressources allouées aux établissements reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente : moyens déconnectés de l'évolution de l'activité.



Avec la T2A :
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, Loriol, 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

Dotation populationnelle :

- Urgences, Soins de suite et réadaption, psychiatrie

La prise en compte du besoin de santé réel des territoires, indépendamment de la structuration actuelle de l’offre

Réduire les inégalités régionales et donner aux acteurs territoriaux les leviers financiers nécessaires à la transformation de l’offre, en réponse à des besoins et des pratiques en évolution constante

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 (hospitalisation) , 2017 SSR, 2022 Psychiatrie ,Urgences 2022
  - 450 millions en 2021 vs 50 Millions en 2018

Des nouveaux modèles à l'étude

Ex : MRC

	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 -> SNDS

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
- Vieillissement de la population
- Offres de ville inégales : pénurie majeure sur certains territoires

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-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022
- 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

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).