

# REMONTEES D'INFORMATIONS 2005 - PMSI MCO

## Informations non liées au RUM - Nouveaux formats du RUM (RUM 011 et 012)

### ANNEXE TECHNIQUE

La réforme du financement des établissements de santé par l'instauration d'une tarification à l'activité notamment appréciée au travers des informations du PMSI induit de nouveaux besoins en termes de remontée d'informations, et conduit à considérer le RUM comme l'un des supports de la tarification.

A ce titre, et notamment dans le but d'aider les établissements à produire leurs futures factures, il a été souhaité que le recueil d'information permette de générer désormais tous les éléments utiles au financement à l'activité des établissements, au moment du groupage des résumés de sortie. Cet objectif ne pourra cependant pas être atteint dès 2005.

Le présent document décrit dans un premier point, les remontées d'information qui n'utilisent pas le support du RUM, et présente dans un second point le nouveau format du RUM.

#### **1. Remontées d'information non liées au RUM**

Afin de répondre à l'objectif énoncé en introduction, un nouveau format de RUM a été élaboré et communiqué aux établissements dès le mois de juillet 2004. Il doit être mis en œuvre dans les établissements anciennement sous dotation globale au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

##### **1. 1. Remontée d'information via GENRSA**

Ce nouveau format intègre notamment une nouvelle variable "type d'autorisation de l'unité médicale", conçue pour permettre le calcul "automatique" des différents types de suppléments journaliers (réanimation, soins intensifs, surveillance continue...) lors de la mise en œuvre de la fonction groupage.

Toutefois, la délivrance des autorisations (et reconnaissances d'activité) donnant droit à suppléments journaliers interviendra dans le cadre des SROS 3 au cours de l'année 2005 (et début 2006), à des dates différentes d'une région à l'autre.

Ce dernier point est venu compliquer le dispositif prévu pour la détermination de ces suppléments journaliers par la seule utilisation des informations contenues dans le RUM.

**En 2005, des informations complémentaires (types d'activités autorisées, date d'effet des autorisations, volume d'activité autorisé...) devront donc être déclarées dans GENRSA au moment de l'anonymisation des résumés pour transmission aux ARH. Des informations complémentaires seront fournies lors de la mise à disposition de GENRSA.**

##### **1.2. Remontée d'information via FICHSUP**

Les GHS et suppléments journaliers ne sont pas les seules prestations hospitalières financées dans le cadre de la T2A. Ces différentes prestations sont décrites dans un arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO, en cours de publication (arrêté "prestations").

**En 2005, et pour les établissements "ex-DG", certaines de ces prestations devront être déclarées dans FICHSUP pour pouvoir être financées.**

Ainsi, en sus des informations déjà contenues dans FICHSUP en 2004, seront également déclarées les prestations de dialyse et de "forfait de petit matériel" (FFM) :

- **la prestation FFM**, décrite dans l'arrêté prestation, est à déclarer pour des soins non suivis d'hospitalisation, nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, réalisés sans anesthésie, dans des établissements ne disposant pas d'autorisation d'accueil des urgences.
- **L'activité de dialyse** fera l'objet d'un recueil d'information dans FICHSUP dans un module bien individualisé. Ce recueil d'information concernera l'activité réalisée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005. A compter de la date d'autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique, l'information produite utilisera une nomenclature précisée dans l'arrêté prestation et reproduite ci-dessous. Des consignes de remplissage de FICHSUP seront fournies en ce sens lors de sa mise à disposition des établissements.

Toutefois, ce recueil d'information dans FICHSUP ne dispense pas de la production des résumés de sortie pour le groupage en GHM de cette activité.

**Liste des prestations (forfaits) "dialyse"**

D09	Forfait d'hémodialyse en centre
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfant
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée
D12	Forfait d'autodialyse simple
D13	Forfait d'autodialyse assistée
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse
D18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée
D19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire

*Pour mémoire* : l'arrêté prestations énonce également les conditions de facturation par les établissements, de **forfaits de "prélèvements d'organes"**, en 2005. Pour les établissements autorisés à effectuer ces prélèvements, les actes chirurgicaux de prélèvement devront être renseignés dans le RUM pour que le financement puisse être déclenché. FICHSUP ne concernera donc pas ce type de prestation.

La liste des actes de prélèvement est produite ci-dessous, ainsi que l'acte marqueur de suppléance vitale qui pourra, le cas échéant, être porté dans le RUM de l'unité de réanimation accueillant le donneur.

Acte marqueur :

EQMF003    Suppléance hémodynamique et ventilatoire d'un patient en état de mort encéphalique, en vue de prélèvement d'organe

#### Liste des actes de la CCAM

DZFA001	Prélèvement du cœur, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique
DZFA003	Prélèvement du bloc cœur-poumon, au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique
DZFA002	Prélèvement du cœur pour préparation de greffe orificielle, au cours d'un prélèvement multiorgane sur un sujet en état de mort encéphalique
GFFA020	Prélèvement de poumon au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique
HGFA002	Prélèvement de l'intestin grêle, chez un sujet en état de mort encéphalique
HLFA016	Prélèvement de greffon hépatique total, chez un sujet en état de mort encéphalique
HLFA008	Prélèvement de greffon hépatique total par laparotomie, avec hépatectomie de réduction, chez un sujet en état de mort encéphalique
HLFA001	Prélèvement de greffon hépatique total par laparotomie, avec partage du foie, chez un sujet en état de mort encéphalique
HLFA015	Prélèvement de greffon hépatique, chez un sujet vivant
HNFA009	Prélèvement de greffon pancréatique, chez un sujet en état de mort encéphalique
JAF A013	Prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par abord direct
JAF C003	Prélèvement d'un rein sur un donneur vivant, par cœlioscopie ou rétropéritonéoscopie
JAF A018	Prélèvement d'un rein sur un sujet en état de mort encéphalique
JAF A017	Prélèvement des deux reins sur un sujet en état de mort encéphalique
JAF A020	Prélèvement des deux reins au cours d'un prélèvement multiorgane, sur un sujet en état de mort encéphalique

#### Liste des actes du CdAM

L553	Prélèvement d'un greffon hépatique
L554	Réduction d'un greffon hépatique
L548	Prélèvement d'un greffon pancréatique segmentaire
L549	Prélèvement d'un greffon pancréatico-duodénal
N129	Prélèvement d'un rein sur le vivant, pour transplantation rénale
N128	Prélèvement de deux reins sur un sujet en coma dépassé, pour transplantation rénale
K481	Prélèvement d'un greffon cardiaque à distance
K483	Prélèvement local d'un greffon cardiaque
K164	Prélèvement de poumon

## 1.3 Remontée d'information par de nouveaux fichiers

### 1.3.1. Fichier des diagnostics à visée d'enquête

Ce type de remontée d'information "à visée d'enquête" servant divers objectifs (de santé publique notamment) est souhaité depuis longtemps, par divers acteurs. Le RUM constituant un recueil d'information exhaustif sur l'hospitalisation, ce support a pu en effet être utilisé dans le cadre d'enquêtes (régionales le plus souvent), conduisant parfois à préconiser un recueil d'information potentiellement contraire aux règles "officielles" de production de l'information (utilisation de la zone DAS pour coder des antécédents par exemple). Afin d'éviter ces difficultés, l'identification d'une zone d'enquête a donc été proposée. Initialement prévus dans le format du RUM, les diagnostics à visée d'enquête constituent finalement un fichier distinct, et ce pour plusieurs raisons :

- il a été décidé de ne conserver dans le RUM que les données nécessaires au groupage (en vue de la facturation) et aux contrôles de qualité du résultat,
- en « externalisant » ces données, on autorise plusieurs enquêtes simultanées, d'où l'existence d'un numéro d'enquête,
- si les données du RUM sont considérées comme obligatoires et opposables, ce n'est pas le cas des diagnostics d'enquête.

Dès 2005, des enquêtes d'initiative régionale ou nationale pourront ainsi être menées, les établissements concernés en étant alors informés en temps utiles (type de diagnostic d'enquête, calendrier de recueil...).

Seuls les diagnostics codés avec la 10<sup>ème</sup> révision de la CIM peuvent être utilisés comme diagnostics d'enquête pour les raisons suivantes :

- les données qui sortent de l'établissement doivent être conformes aux nomenclatures qui ont été déclarées à la CNIL, c'est la raison pour laquelle les DAD ne peuvent pas faire partie des remontées de données, le format étant totalement libre, par zone de huit caractères. L'utilisation du PMSI pour réaliser une enquête ne dispense pas d'une demande d'avis à la CNIL quand les données et les nomenclatures souhaitées ne font pas partie du contenu du RSA,
- si tous les actes pratiqués au cours d'un séjour peuvent être codés dans le RUM, il n'en est pas de même pour les diagnostics qui doivent répondre aux définitions de DP, DR ou DAS ; ces fichiers permettent de coder des affections non prises en charge au cours du séjour et utiles à l'enquête.

Afin d'élargir les possibilités d'utilisation de ce type d'information, il est possible d'augmenter le niveau de description de la CIM-10. A titre d'exemple, il sera possible de coder les stades du cancer en extension des codes de tumeurs malignes (plusieurs demandes ont été faites dans ce sens) ; la publication de ces extensions dans le prochain manuel des GHM permettra d'utiliser cette information dans toutes les zones de diagnostics, y compris celles des diagnostics d'enquête. La seule contrainte, dans ce cas, est de prévoir ce type de modifications dans le cadre du calendrier habituel des mises à jour du PMSI.

Le format de ce fichier est le suivant :

### **Diagnostcs à visée d'Enquête**

<b>Libellé</b>	<b>Taille</b>	<b>Position</b>
Numéro FINESS	9	1-9
N° Administratif de séjour	20	10-29
Identifiant de l'enquête	9	30-38
Code diagnostic (CIM-10)	6	39-45

### 1.3. 2. Fichier des médicaments et des DMI

Afin d'avoir des informations de suivi de la consommation par patient et de pouvoir mettre à jour la liste des médicaments et des DMI dans le cadre de la tarification à l'activité, deux fichiers complémentaires pourront être utilisés en 2005. Leur réalisation est facultative.

Les formats de ces fichiers sont les suivants :

#### Médicament

Libellé	Taille	Position
Numéro FINESS	9	1-9
N° Administratif de séjour	20	10-29
Code UCD	9	30-38
Quantité consommée	9	39-47
Montant	9	48-56

#### DMI

Libellé	Taille	Position
Numéro Finess	9	1-9
N° Admsinistratif de séjour	20	10-29
Code LPP	9	30-38
Quantité	3	39-47
Montant	9	48-56

Les médicaments et les DMI qui doivent être portés dans ces fichiers sont au minimum ceux qui figurent sur les listes des médicaments (codes UCD) et DMI (codes LPP) financés "en sus" des GHS, et définies dans les annexes de l'arrêté "prestations".

Une liste élargie de ces médicaments et DMI sera fournie en début d'année 2005. Les établissements qui produiront ces fichiers facultatifs pourront alors élargir le recueil aux éléments complétant les listes définies par arrêté.

La production de ces fichiers complémentaires ne dispense en aucune manière de la production des informations dans FICHSUP (qui seul déclenche le financement supplémentaire). Cependant, afin d'éviter un double recueil, un procédé de récupération des informations produites dans ces fichiers sera fourni aux établissements au moment de la mise à disposition de FICHSUP.

## **2. Les nouveaux formats du RUM (011 et 012)**

Le format de RUM 011 est obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour les établissements anciennement sous dotation globale. Cependant certaines variables pourront être recueillies de manière facultative. Elles sont marquées d'un astérisque dans la colonne ad hoc du format ci-joint.

Une variante de ce format de RUM (RUM 012) peut également être utilisée pour les établissements qui, dans l'attente de la CCAM tarifante, n'ont pas encore adopté la CCAM descriptive pour le codage des actes du RUM.

## 2.1. Les nouvelles variables communes aux RUM 011 et 012

Les nouvelles variables apparaissent surlignées dans le format.  
Leur définition est présentée ci-dessous.

### 1. N° administratif local de séjour :

Il s'agit d'une variable identifiant le séjour hospitalier.

C'est le numéro fourni par le service des admissions de l'établissement pour identifier le séjour du patient.

L'objet de ce champ étant de mettre en relation le fichier de RSS et les fichiers complémentaires, présentés ci-dessus, dans le cadre de la préparation à la facturation au séjour, il ne doit pas s'agir d'un identifiant permanent patient.

Pour les DIM qui utilisent cette information dans le cadre de la procédure de chaînage<sup>1</sup>, il ne sera plus nécessaire de fournir le fichier HOSP-PMSI lors de la production des fichiers de RSA chaînés par GENRSA.

### 2. Type d'autorisation de l'unité médicale :

Cette variable permet de caractériser les séjours réalisés dans des unités médicales ayant une autorisation (ou reconnaissance) d'activité particulière. Il est rappelé que l'ensemble des lits de cette unité doivent correspondre à cette activité. Ce typage est nécessaire notamment pour l'application du modèle de financement des établissements.

Les autorisations (ou reconnaissances d'activité) qui doivent être identifiées (ainsi que le code à utiliser) sont les suivantes.

Réanimation	01
Soins Intensifs	02
Surveillance continue	03
Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)	04
Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)	05
Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)	06
Zone de surveillance de courte durée	07
Soins palliatifs	08
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	11
Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit	12

### Précisions concernant le recueil d'information :

- Cette variable doit être renseignée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, y compris lorsque les établissements sont en attente d'autorisation (ou de reconnaissance) pour ces activités. A compter de la date d'autorisation (ou de reconnaissance) qui devra être renseignée dans GENRSA, le non remplissage de cette variable entraînera l'absence de calcul des éventuels éléments de facturation (suppléments journaliers) lors de la mise en œuvre de GENRSA.

<sup>1</sup> [Circulaire N° 106 du 22 fév.2001 relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers](#)

- Il importe que le découpage de l'établissement en unités médicales identifie clairement les unités produisant chacune de ces activités soumises à autorisation (ou reconnaissance contractuelle). Conformément au guide méthodologique de production des RSS du PMSI MCO annexé à l'arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale, le respect de l'obligation d'identification de ces activités pourra faire l'objet de contrôles dans le cadre des procédures de contrôle externe des données prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (article 25) (ainsi que par la loi portant réforme de l'assurance maladie en date du 13 août 2004).
- Les unités d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire, celles d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit doivent correspondre à des unités autorisées à pratiquer ce type de prise en charge, conformément aux articles D712-30 à D712-34 du code de la santé publique. Afin d'être en mesure de suivre la réalisation des objectifs quantifiés dans le cadre des SROS, le recueil d'information concernant ces unités (codes 11 et 12) est souhaitable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005<sup>2</sup>.

### **3. Type d'autorisation de lit identifié :**

En 2005, cette variable ne concerne que les soins palliatifs.

Elle doit être utilisée dans le cas où un établissement qui possède une reconnaissance d'activité de soins palliatifs, développe cette activité non pas au sein d'une unité médicale identifiable entièrement consacrée à cette activité, mais dans des lits identifiés au sein d'une (ou plusieurs) unité(s) médicale(s) développant un autre type d'activité<sup>3</sup>.

Le code à porter dans ce cas est le code "08".

Cette variable pourra être secondairement étendue à d'autres activités.

## **2.2. Les nouvelles variables spécifiques du RUM 011**

Le RUM 011 se distingue du RUM 012 par un recueil des actes utilisant la CCAM.

A l'instar des précédents formats de RUM utilisant la CCAM (format 08 et 010), les variables "code CCAM" "Phase" et "Nombre d'exécutions de l'acte nZa pendant le séjour" sont obligatoires. Il en va de même de la nouvelle variable "activité".

En revanche, les nouvelles variables indiquées ci-dessous sont facultatives :

- date de réalisation
- modificateurs
- extension documentaire
- remboursement exceptionnel
- association non prévue

A l'exception de la date de réalisation, ces nouvelles variables relatives aux actes sont liées au codage avec la CCAM et répondent aux définitions du guide d'utilisation de la CCAM.

---

<sup>2</sup> Toutefois à titre transitoire, l'absence de leur recueil dans le RUM pourra être compensée par le renseignement d'une table de correspondance unités/activité lors du paramétrage de GENRSA.

<sup>3</sup> Pour information, les équipes mobiles de soins palliatifs seront financées via les MIG.

Remarque :

Lorsque la variable "date de réalisation" est renseignée, la variable "nombre d'exécutions de l'acte" doit être égale à 1, à l'exception des cas où plusieurs actes sont réalisés le même jour.

Si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes au cours du même séjour, il convient de renseigner plusieurs "zones d'actes" (une pour chaque journée de réalisation de l'acte).

Cette modification du recueil des actes (en CCAM) peut ainsi conduire à accroître sensiblement le nombre de zones d'actes renseignées au cours d'un même séjour.

En 2005, le nombre maximal de zones d'actes est maintenu à 99. Un bilan des premières remontées trimestrielles permettra de juger de l'opportunité de modifier les modalités de recueil des actes.

\* \*  
\*



## Format de RUM 011

Facultatif	Intitulé	position	taille
	Numéro FINESS	1-9	9
	Version du format du RUM (011)	10-12	3
	N° de RSS	13-19	7
	N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP) 20-39	20
	Date de naissance	40-47	8
	Sexe	48-48	1
	Numéro de l'unité médicale	49-52	4
	Type d'autorisation de l'unité médicale	53-54	2
	Type d'autorisation du lit identifié	55-56	2
	Zone réservée	57-57	1
	Date d'entrée dans l'unité médicale	58-65	8
	Mode d'entrée dans l'unité médicale	66-66	1
	Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	67-67	1
	Date de sortie de l'unité médicale	68-75	8
	Mode de sortie de l'unité médicale	76-76	1
	Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	77-77	1
	Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	78-82	5
	Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	83-86	4
	Nombre de séances	87-88	2
	Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM	89-90	2
	Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	91-92	2
	Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	93-94	2
	Diagnostic principal (DP)	95-102	8
	Diagnostic relié (DR)	103-110	8
	IGS 2	111-113	3
	Zone réservée	114-128	15
	DAS n° 1		8
	.....		* 8
	DAS n° nDAS		8
	DAD n° 1		8
	.....		* 8
	DAD n° nDAD		8
*	Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8
		Code CCAM	7
		Phase	1
		Activité	1
*		Extension documentaire	1
*		Modificateurs	4
*		Remboursement exceptionnel	1
*		Association non prévue	1
		Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2
	.....		*26
*	Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8
		Code CCAM	7
		Phase	1
		Activité	1
*		Extension documentaire	1
*		Modificateurs	4
*		Remboursement exceptionnel	1
*		Association non prévue	1
		Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2

## Format de RUM 012

Facultatif	Intitulé	position	taille
	Numéro FINESS	1-9	9
	Version du format du RUM (012)	10-12	3
	N° de RSS	13-19	7
	N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP) 20-39	20
	Date de naissance	40-47	8
	Sexe	48-48	1
	Numéro de l'unité médicale	49-52	4
	Type d'autorisation de l'unité médicale	53-54	2
	Type d'autorisation du lit dédié	55-56	2
	Zone réservée	57-57	1
	Date d'entrée dans l'unité médicale	58-65	8
	Mode d'entrée dans l'unité médicale	66-66	1
	Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	67-67	1
	Date de sortie de l'unité médicale	68-75	8
	Mode de sortie de l'unité médicale	76-76	1
	Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	77-77	1
	Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	78-82	5
	Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	83-86	4
	Nombre de séances	87-88	2
	Nombre de diagnostics associés significatifs (NDAS) dans ce RUM	89-90	2
	Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	91-92	2
	Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	93-94	2
	Diagnostic principal (DP)	95-102	8
	Diagnostic relié (DR)	103-110	8
	IGS 2	111-113	3
	Zone réservée	114-128	15
	DAS n° 1		8
	.....		* 8
	DAS n° nDAS		8
	DAD n° 1		8
	.....		* 8
	DAD n° nDAD		8
	Zone d'acte n° 1	Code CdAM	4
		Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2
	.....		*6
	Zone d'acte n° nZa	Code CdAM	4
		Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2