

DIRECTION DES HÔPITAUX

Sous-direction des affaires administratives et financières

Mission PMSI

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sous-direction de l'Assurance maladie

LE MINISTRE D'ÉTAT,
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

LE MINISTRE DÉLÉGUÉ A LA SANTÉ
PORTE PAROLE DU GOUVERNEMENT

À

Messieurs les Préfets de région
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

Mesdames et Messieurs les
Préfets de département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

CIRCULAIRE DH/DSS/95/N° 23 DU 10 MAI 1995 RELATIVE A LA GÉNÉRALISATION DU DISPOSITIF TECHNIQUE, EXPERIMENTÉ EN RÉGION LANGUEDOC-ROUSSILLON, DE MESURE DE L'ACTIVITÉ ET DES COÛTS DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS SOUS COMPÉTENCE TARIFAIRE DE L'ÉTAT, À L'AIDE DES INFORMATIONS PROVENANT DU SYSTÈME D'INFORMATION MÉDICALISÉ.

Textes de référence :

- article L 710-5 du code de la santé publique
- décret n° 94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé
- arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coûts
- lettres ministérielles du 12 octobre 1994 aux préfets de régions, du 7 décembre 1994 aux préfets de région et DRASS, aux préfets de département et DDASS, et du 23 décembre 1994 aux directeurs et présidents de CME des établissements de santé publics et privés PSPH

L'une des finalités du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux, en offrant une description fine de l'activité médicale de chaque établissement et la mesure des coûts qui lui sont associés, est de pouvoir utiliser ces éléments pour la fixation de son budget. Plus précisément, en donnant la possibilité de comparer l'activité et les coûts respectifs des établissements, il permet de réduire les inégalités de dotation budgétaire ainsi mises en évidence et, par suite, de libérer de nouvelles marges de manoeuvre pour le financement de ceux d'entre eux dont les orientations et les activités répondent le mieux aux priorités sanitaires, telles qu'elles sont notamment définies dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

En juillet 1994, au vu des travaux déjà accomplis, notamment dans le cadre de l'expérimentation menée en région Languedoc-Roussillon, le rapport commun de l'IGF, de l'IGAS et de l'IGA concluait qu'il convenait de mettre en oeuvre un tel dispositif, de nature à corriger les bases budgétaires des établissements sous compétence tarifaire de l'Etat.

Par lettres ministérielles des 12 octobre, 7 décembre et 23 décembre 1994, destinées aux préfets de région et de département, aux chefs d'établissement et aux présidents des commissions médicales d'établissement, les pouvoirs publics ont annoncé leur décision d'initier, dès la campagne budgétaire 1996, la généralisation de ce dispositif. A cette fin, un important programme de formation destiné aux services de l'Etat et aux établissements hospitaliers a été mis en oeuvre au cours du premier trimestre 1995.

Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation menée en région Languedoc-Roussillon, du 28 février 1995, a confirmé la faisabilité de l'utilisation du PMSI à des fins budgétaires et recommandé sa mise en oeuvre progressive, tout en préconisant la poursuite de travaux techniques complémentaires.

En conséquence, la présente circulaire a pour objet de préciser les conditions dans lesquelles l'expérimentation conduite en région Languedoc-Roussillon est généralisée à la France entière, pour les établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat.

C'est sur la base des enseignements décisifs qui seront tirés de cette expérimentation généralisée du dispositif technique que les modalités de son utilisation à des fins directement opérationnelles de correction des bases budgétaires seront définitivement arrêtées.

I -RAPPEL DES CARACTÉRISTIQUES DU DISPOSITIF TECHNIQUE RETENU

Les fondements techniques de ce dispositif sont aujourd'hui solidement posés.

Expérimenté depuis 1983 et généralisé à tous les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier à partir de 1990, le recueil des résumés de sortie standardisés (R.S.S.) atteint un taux d'exhaustivité supérieur à 80 % des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique de ce secteur. D'ores et déjà, il permet le classement de tous ces séjours en groupes homogènes de malades (G.H.M.) et ainsi de connaître l'éventail des cas traités (ou casemix) pour chaque établissement.

Le modèle de calcul permettant d'établir un lien entre l'activité décrite et les moyens budgétaires qui devraient lui correspondre a été développé par l'administration centrale en s'appuyant notamment sur les recommandations du rapport précité de la mission d'inspection interministérielle. L'activité médicale décrite à partir du PMSI peut être appréciée globalement en affectant à chaque G.H.M. un poids économique relatif, lequel est déterminé nationalement dans le cadre d'une échelle de coûts constitué à partir d'un échantillon d'établissements disposant d'une comptabilité analytique détaillée et fiable.

Sur la base des séjours par G.H.M. ainsi pondérés, il devient possible, de définir, pour chaque établissement, le volume réel de son activité de soins de courte durée (médecine, chirurgie et obstétrique), sous la forme d'une masse indiciaire, appelée indice synthétique d'activité (I.S.A.).

Une fois valorisée financièrement dans le cadre de la région, échelon de gestion de l'enveloppe des dépenses hospitalières autorisées, cette masse indiciaire permet de calculer une « dotation budgétaire théorique » relative aux soins de courte durée, à comparer à la dotation budgétaire réelle dont dispose effectivement l'établissement pour la réalisation des mêmes soins.

Concrètement, cette comparaison des dotations budgétaires des établissements s'effectue à partir du schéma suivant :

- calcul de la somme régionale des dotations budgétaires réelles en soins de courte durée MCO par soustraction, après retraitement comptable, de la part des budgets affectés aux autres activités ;
- calcul de la valeur régionale du point d'activité MCO par le rapport: somme régionale des dotations budgétaires réelles en soins de courte durée/somme régionale des points d'activité ;
- calcul de la dotation budgétaire théorique MCO de chaque établissement par le produit: valeur régionale du point d'activité par le total des points d'activité de l'établissement.

Dans ce dispositif, le jugement que le modèle PMSI permet de formuler porte exclusivement sur la base budgétaire des établissements. Les mesures proposées dans le

cadre de tout nouvel exercice budgétaire afin de prendre en compte l'évolution attendue des coûts, de l'activité et des structures, continuent, quant à elles, d'être examinées selon les procédures habituelles.

L'expérience menée dans la région Languedoc-Roussillon conclut à la nécessité de réaliser des travaux techniques complémentaires, notamment sur l'identification des coûts spécifiques des missions de service public d'enseignement et de recherche. Ces travaux sont d'ores et déjà entrepris, en association avec l'ensemble des partenaires concernés; leur achèvement ne constitue toutefois pas un préalable au passage à une étape nouvelle de généralisation du dispositif technique ainsi défini.

H -LES MODALITÉS DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

Pour tenir compte des enseignements de l'expérience réalisée en région Languedoc-Roussillon, le dispositif technique adopté pour une expérimentation généralisée à la France entière diffère sur quelques points, notamment l'organisation du contrôle de qualité et la définition des retraitements comptables.

Ce dispositif est décrit dans la note technique jointe à la présente circulaire. Il sera obligatoirement appliqué à l'ensemble des établissements publics et privés PSPH comptant plus de 100 lits et places installés de soins de courte durée MCO.

L'année 1995 doit donner lieu à la collecte et au traitement des données médicales et comptables, en trois phases successives :

a) Le recueil et la transmission des données :

- la transmission, par les établissements à la DRASS, des données médicales d'activité (résumés de sortie anonymisés), réalisée au plus tard dans un délai de trois mois après la fin du semestre considéré, en application de l'arrêté du 20 septembre 1994. En 1995, les établissements vous transmettront, au plus tard le 31 mars 1995, les RSA du deuxième semestre 1994, et au plus tard le 30 septembre 1995 les RSA du premier semestre 1995 ;

- la transmission des données comptables, qui constitue une tâche nouvelle et vise à mettre en rapport de façon simple, l'activité décrite par les RSA, avec les charges correspondantes ; les établissements les transmettront au plus tard le 30 juin 1995 à la DRASS et aux DDASS qui en assureront la validation et la transmission à la caisse régionale d'assurance maladie.

b) Le traitement des données

Grâce au logiciel MAHOS implanté dans les DRASS en avril 1995, les services déconcentrés traiteront les données médicales et comptables et seront ainsi en mesure, au cours du mois d'octobre 1995, d'établir la dotation budgétaire théorique de chaque établissement.

Les résultats des traitements seront diffusés, au plus tard le 15 novembre 1995, par les DDASS, à l'ensemble des établissements (leur permettant ainsi d'apprécier leur position relative) et, par la DRASS, aux organismes d'assurance maladie.

c) L'analyse des données

Les écarts constatés entre les dotations budgétaires réelles de soins de courte durée et les dotations budgétaires théoriques pour ces mêmes soins devront être analysées, en tenant compte notamment des spécificités des établissements. Cette analyse devra donner lieu à des échanges associant les établissements, les organismes d'assurance maladie et les services déconcentrés de l'Etat. Il revient à chaque Préfet de région d'organiser les modalités concrètes de cette concertation.

Les DRASS assureront, pour le 31 décembre 1995, une remontée des informations auprès de la direction des hôpitaux (Mission PMSI), à des fins de constitution d'une base nationale de données qui servira de support aux travaux d'analyse nécessaires au perfectionnement du dispositif.

La détermination des causes d'écart et la procédure de négociation budgétaire plus approfondie qui pourra être ensuite mise en oeuvre, rendent plus que jamais nécessaire, pour les établissements concernés et notamment pour les plus importants d'entre eux, la mobilisation de leurs capacités d'analyse et de gestion. Pour s'en tenir au seul plan financier, l'existence d'une comptabilité analytique performante et de budgets par centre de responsabilité devient indispensable. Il appartient en conséquence aux autorités de tutelle de s'assurer de l'existence et de l'utilisation effective de tels outils et à défaut des mesures à prendre pour leur implantation prochaine.

III - LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION

Cette expérimentation nationale donnera lieu à un suivi tant de ses résultats que de ses modalités de réalisation par un comité de pilotage, présidé par le Directeur des hôpitaux et réunissant des représentants des services centraux et des services déconcentrés de l'Etat, des organismes nationaux de l'assurance maladie, des organisations représentant les établissements publics et privés non lucratifs. Un groupe de suivi, dont la composition est limité à l'administration, assurera l'accompagnement technique du dispositif et servira d'organe de liaison avec le comité de pilotage. Enfin, une mission d'appui permettra l'intervention, au cas par cas et sur demande, de la Direction des hôpitaux, auprès des services déconcentrés de l'Etat et des établissements. La composition de ces trois organes de pilotage, de suivi et d'appui est donnée en annexes 9 et 10 de la note technique.

Les enseignements qui seront tirés de cette évaluation de l'expérimentation nationale devront permettre de définir le champ et les modalités d'utilisation effective du dispositif pour l'allocation des ressources et la correction des bases budgétaires. Afin de faciliter et d'enrichir le processus d'évaluation et la détermination de ses modalités opérationnelles d'utilisation à des fins budgétaires, les DRASS établiront, en relation avec les DDASS, un rapport circonstancié décrivant notamment les modalités de concertation retenues localement et les difficultés rencontrées, en particulier en matière d'analyse des écarts. Ce rapport, dont

le contenu type sera défini et communiqué ultérieurement par l'administration centrale, devra lui parvenir pour le 28 février 1996.

La rigueur avec laquelle sera assurée la mise en œuvre du dispositif décrit ci-dessus et le degré d'approfondissement des discussions que vous saurez mener avec les établissements et les organismes d'assurance maladie conditionnent largement le succès de cette nouvelle étape.

LE MINISTRE D'ÉTAT,
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

Simone VEIL

LE MINISTRE DÉLEGUÉ A LA SANTÉ

Philippe DOUSTE-BLAZY

10 MA11995

NOTE TECHNIQUE
RELATIVE AU DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL
DE MESURE DE L'ACTIVITÉ ET DES COÛTS

SOMMAIRE :

I. Les établissements concernés

II. L'activité décrite

- 1- Le champ couvert
 - a) l'hospitalisation MCO
 - b) les autres activités MCO
 - c) les activités à l'étude

- 2- L'élaboration des données médicalisées
 - a) le recueil des données
 - b) les contrôles d'exhaustivité et de qualité
 - c) l'échelle de pondération

III. Les données financières

- 1 - Les options retenues
- 2 - Les opérations de retraitement
- 3 - La validation par les DDASS

IV. Le traitement local des données à des fins budgétaires

- 1 - L'objet du logiciel MAHOS
- 2 - La connaissance de l'activité
- 3 - La définition des dotations budgétaires de référence pour le court séjour
- 4 - Le module de simulation

V. Les travaux et apports nationaux

- 1 - La constitution d'une base nationale
- 2 - Les restitutions et utilisations possibles
- 3 - L'exercice anticipé engagé en 1995

Liste des annexes

NOTE TECHNIQUE

Le PMSI nécessite la mise en place dans les établissements de santé d'un nouveau système d'information médicalisé. Pour l'organiser, des moyens supplémentaires ont été alloués aux établissements depuis plusieurs années, notamment pour la création de départements d'information médicale (DIM). Deux outils informatiques ont été développés à l'initiative de la Direction des hôpitaux pour traiter les informations nécessaires au fonctionnement du nouveau système de correction des bases budgétaires : **GENRSA**, mis à la disposition des DIM fin mars 1995 et **MAHOS** installé dans les DRASS début avril 1995.

Les établissements doivent transmettre à la DRASS les informations **décrivant leur activité médicale et les dépenses correspondantes** ; ces informations sont traitées au moyen du logiciel MAHOS qui permet de calculer la **dotation budgétaire théorique** de chaque établissement.

I. Les établissements concernés

Le dispositif ne concerne que les établissements publics et privés PSPH comptant plus de 100 lits et places installés de court séjour MCO.

Toutefois, deux exceptions à cette règle sont possibles :

- les établissements volontaires, publics et privés PSPH de moins de cent lits et places MCO et privés à prix de journée préfectoral, peuvent être intégrés au dispositif sur décision du préfet de région après avis du préfet de département, en veillant à ne retenir que des établissements ayant reçu une formation suffisante aux nouveaux outils.

- tous les établissements de la région Languedoc-Roussillon sont intégrés dans le dispositif, afin de tenir compte des acquis obtenus au terme de l'expérimentation menée en 1994 dans cette région. L'évaluation des modalités et des conséquences de cette participation permettra notamment de déterminer les échéances de la généralisation du dispositif à l'ensemble des établissements.

La liste régionale des établissements concernés sera établie par le préfet de région dans les meilleurs délais. Le préfet de région adressera un courrier à chacun des établissements de la liste, sous couvert du préfet de département, au plus tard le 31 mai, pour leur demander d'adresser les documents de retraitements comptables pour le 30 juin 1995. Cette liste sera adressée à la CRAM ainsi qu'à l'administration centrale.

Les établissements devront fournir les données médicales et budgétaires au niveau de l'entité juridique, sauf si les établissements géographiques sont en mesure de donner ces deux catégories de données par site géographique, ce qui suppose que chaque site dispose d'un budget propre. L'autorisation de délivrer les données par site géographique devra être exceptionnelle et précisée par la lettre du préfet à l'établissement concerné.

II. L'activité décrite

1 - Le champ des activités couvertes

Annexe 1 : Les activités concernées par le système

Le système d'information médicalisé décrit aujourd'hui toutes les activités de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Une extension du système aux autres activités sera progressivement réalisée au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

a) L'hospitalisation MCO

Les activités MCO, d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour, sont décrites par les GHM et font l'objet d'un recueil de données au moyen des R.S.S. (Résumés de Sortie Standardisés), en application de l'arrêté du 20 septembre 1994. L'activité est mesurée en nombre de points ISA au moyen de l'échelle nationale de coûts, qui permet de pondérer chaque séjour en fonction du GHM auquel il appartient.

L'activité d'hospitalisation est convertie en nombre de points d'activité, après traitement en DRASS par le logiciel MAHOS.

b) Les autres activités MCO

Les consultations et actes externes sont mesurés en lettres-clés de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à partir de la facturation. A chaque consultation ou acte externe MAHOS associe un nombre de points, calculé par référence au tarif applicable à ce type de prestation. (Nb : les actes et consultations concernant des patients adressés par des établissements tiers ne doivent pas être comptabilisés).

Des travaux sont en cours pour élaborer une classification des activités ambulatoires qui prenne mieux en compte à la fois les séjours classés dans la catégorie majeure 24 (hospitalisation de moins de 24 heures) et l'ensemble des actes externes réalisés.

L'activité produite par les services d'urgence pour les malades hospitalisés est l'une des composantes de leur séjour, intégrée dans la description des GHM et valorisée comme toute autre prestation medicotechnique, dans l'échelle nationale de coûts par GHM. Les actes et consultations réalisés en urgence pour des patients externes sont mesurés, comme toute l'activité externe, en lettres-clés.

Les activités d'enseignement et de recherche sont indissociables de l'activité des services dans lesquels elles sont organisées, ce qui rend difficile l'isolement de leurs coûts dans chaque établissement. De plus, à la différence des actes et consultations externes, ces activités ne sont pas aujourd'hui repérées et mesurées. Enfin, les établissements qui ont des activités d'enseignement et de recherche sont multiples et divers : CHU, CH, CLCC, autres PSPH, sans qu'aucune de ces catégories d'établissements soit réellement homogène dans l'importance de sa participation à ces travaux.

La Direction des hôpitaux a engagé en mars 1995, avec le concours des professionnels concernés, une étude d'ensemble destinée à déterminer à la fois des unités de mesure et de coût de ces activités qui viendront ainsi augmenter le total de la production des établissements concernés, par exemple, par l'application d'un coefficient multiplicateur au nombre de leurs points d'activité.

Dans l'immédiat, les CHU et CLCC se verront appliquer un coefficient provisoire, issu de l'étude nationale de coûts, qui rendra compte de la différence entre le niveau des coûts médicaux de ces établissements et celui des autres établissements (CH et PSPH). Communiqué au plus tard le 30 septembre 1995, ce coefficient ne préjuge pas de ce qui, dans les surcoûts constatés, relève effectivement des missions particulières, notamment d'enseignement et de recherche, de ces structures.

c) Les activités à l'étude

Des travaux sont en cours pour créer des classifications médicales adaptées aux autres activités, comme les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les soins de longue durée. En attendant que ces classifications soient disponibles, il est nécessaire d'isoler ces activités et les charges de fonctionnement correspondantes (sur ce dernier point, voir les développements ultérieurs dans le chapitre consacré aux données comptables).

Par ailleurs, des travaux seront engagés sur les missions et contraintes de service public.

2 - L'élaboration des données médicalisées

a) Le recueil des données

Annexe 2 : le recueil des données relatives à l'activité médicale

- pour l'hospitalisation :

Les établissements hospitaliers décrivent leur activité de soins en courte durée MCO au moyen des outils du PMSI (RUM, RSS, GHM). Ils transmettent semestriellement à la DRASS des fichiers de RSA (résumés de sorties anonymes), conformément aux dispositions de l'arrêté du 20 septembre 1994, et ce dans un délai de trois mois après l'expiration du semestre.

- pour les consultations :

Chaque établissement fournit un état semestriel, à l'instar de celui que certains adressent déjà à leur caisse-pivot. Seule l'activité facturable figure sur cet état.

Les données médicales sont transmises sur support informatique (disquettes). Plusieurs logiciels ont été conçus pour permettre la production, la communication et le traitement efficace de ces informations.

Dans les établissements, le logiciel GENRSA permet la transformation des RSS en RSA ainsi que la production du fichier transmis aux DRASS. L'utilitaire FICHSUP (livré avec la version 3 de GENRSA) permet la saisie des coefficients des actes externes. En DRASS, le logiciel MAHOS permet de les traiter.

b) Les contrôles d'exhaustivité et de qualité

Annexe 3 : Contrôles de l'exhaustivité des données médicales

Annexe 4 : Contrôle de la qualité des données médicales

En fin de période, le **contrôle de l'exhaustivité** est réalisé en rapprochant les données RSA et les données issues des statistiques administratives (nombre de journées MCO, nombre de venues, nombre d'IVG, et nombre de séances MCO) transmises par les établissements chaque semestre.

Les séjours manquants sont pris en compte pour calculer la valeur régionale du point : il est procédé à une estimation du nombre des séjours manquant au niveau régional. Ces séjours sont valorisés au poids régional moyen du séjour et participent au calcul de la valeur régionale du point. Ces calculs sont réalisés automatiquement par le logiciel MAHOS.

En revanche, les séjours manquants ne sont pas pris en compte dans l'évaluation en points de l'activité des établissements.

Un contrôle de la qualité des données médicales transmises doit être organisé en 1995 dans chaque établissement. Il comporte deux niveaux :

- des contrôles internes sont effectués par les DIM des établissements, selon le protocole national standardisé décrit en annexe, sur chacun des fichiers semestriels de données qu'ils ont transmis à la DRASS. Le résultat des contrôles est communiqué à la DRASS dans un délai de trois mois après l'envoi du fichier de RSA.

- des contrôles externes sont réalisés à l'initiative de la DRASS, conjointement par les médecins-inspecteurs de santé publique des DDASS et DRASS et les médecins-conseils, pour assurer le respect du protocole national et la qualité des recodages de contrôle.

Le contrôle porte sur le classement des séjours dans les groupes homogènes de malades; il permet d'évaluer l'erreur de mesure de l'activité de l'établissement, en nombre de points, et de la corriger. Le logiciel MAHOS calcule par établissement un « facteur de redressement ».

Un organe technique de concertation rassemblant, sous l'égide du médecin-inspecteur régional, des médecins-inspecteurs des DDASS et de la DRASS, des médecins-conseils et des médecins de DIM est créé dans chaque région, éventuellement dans le cadre du GRAIH, lorsqu'il existe. Ce comité technique régional de l'information médicale (COTRIM), veille à la validité de l'information médicale produite et peut être consulté sur les utilisations qui en sont faites.

c) L'échelle de pondération des GHM

La pondération en points ISA de chacun des GHM est effectuée au moyen d'une échelle nationale, élaborée à partir de l'Etude Nationale de Coûts. Cette enquête, commencé en janvier 1993, comprend une cinquantaine d'établissements publics et privés participant au service public hospitalier. L'échantillon sera élargi au cours des prochaines années pour améliorer la représentativité des établissements participant à l'étude. L'échelle, dont des travaux statistiques ont permis de vérifier la robustesse, est construite à partir du coût médian calculé pour chaque séjour.

L'ensemble de ces travaux seront publiés au *Bulletin officiel* du ministère au mois de mai 1995, en même temps que l'échelle de coûts.

L'échelle est intégrée dans le logiciel MAHOS qui classe chaque R.S.A. dans un GHM et affecte à l'établissement le nombre de points ISA correspondant.

III. Les données financières

Annexe 5 : les charges concernées par le modèle

Annexe 6 : guide des retraitements comptables

Annexe 7 : tableaux à établir obligatoirement

1 - Les options retenues

Le PMSI ne concernant encore qu'une partie des activités de l'hôpital, sa mise en oeuvre nécessite d'effectuer certains retraitements comptables afin de différencier les charges correspondant aux activités décrites présentement par le modèle, c'est-à-dire aux soins de courte durée MCO, de celles concernant les autres activités.

Pour confronter l'activité MCO et les charges correspondantes, il conviendrait d'avoir recours à la comptabilité analytique. Toutefois, celle-ci n'est réellement mise en oeuvre que dans un très petit nombre d'établissements. C'est pourquoi a été retenue la solution des retraitements comptables simples, décrits en annexe 6. Ces retraitements permettent aux établissements d'isoler les charges relatives à l'activité MCO et aux DDASS de vérifier la cohérence de ces retraitements. La publication d'un nouveau guide de comptabilité analytique, prévue à la fin de 1995, permettra, à terme, la généralisation de la comptabilité analytique dont seront alors issues les données relatives aux charges.

Toutes les charges relatives à l'activité MCO sont retenues dans le modèle, à l'exclusion toutefois des dépenses dites "de structure" (soit essentiellement les charges d'amortissement des bâtiments, les frais financiers et les charges de constitution de provisions) qui ne sont pas ventilées sur les activités de l'établissement et qui, en conséquence, ne sont pas intégrées dans la dotation budgétaire analysée au regard de l'activité médicale produite. Il s'agit donc d'un coût « quasi-complet ». Ultérieurement, il pourra être envisagé d'intégrer dans le modèle ces dépenses de structure.

2 - Les opérations de retraitement

Les activités hospitalières qui font actuellement l'objet de budgets annexes (soins de longue durée, DNA, activités de la loi de 1975, activités de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, transfusion sanguine) n'entrent pas dans le champ des nouvelles modalités d'allocation budgétaire. Aussi, les retraitements comptables ne portent-ils que sur le budget général.

Au sein du budget général, les établissements doivent séparer, dans les dépenses d'exploitation, celles qui participent directement et indirectement à la production de l'activité de soins de courte durée MCO, mesurable par le moyen du PMSI, et celles qui concernent d'autres activités hospitalières, comme les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les écoles, etc.

Les dépenses médicotechniques, hôtelières, de gestion générale et de logistique sont réparties entre ces deux sous-ensembles au moyen de clés de répartition simples, selon le déroulement explicité par l'annexe 6. En cas de difficultés d'interprétation, il convient d'interroger la mission d'appui AF-PMSI.

Après avoir effectué ces retraitements, l'établissement adresse à la DDASS et à la DRASS cinq tableaux qui sont présentés dans l'annexe 7 :

- tableau d'affectation des charges directes par section et sous-section ;
- tableau du calcul du coût des activités MCO ;
- tableau de synthèse ;
- tableau des effectifs ;
- tableau de récolement entre le compte administratif et les résultats des retraitements comptables.

3 - La validation par les DDASS

Dès réception des documents comptables retraités, les services de la DDASS doivent procéder à des contrôles de cohérence. La compatibilité entre le tableau des effectifs et le tableau par section d'imputation est vérifiée en s'appuyant sur des données de coût moyen par catégorie qui seront communiquées par l'administration centrale ; le total des dépenses ventilées sur l'ensemble des activités est contrôlé par rapport au total des charges enregistrées dans le compte administratif.

D'autres contrôles sont effectués, à l'aide de ratios simples, en recoupant les données d'activité et les unités d'oeuvre avec les données habituellement connues et utilisées par les services de tutelle.

Ces contrôles sont réalisés dans le délai d'un mois.

Lorsque ces contrôles conduisent à reprendre les données chiffrées transmises par les établissements, les corrections apportées aux comptes retraités sont renvoyées aux établissements concernés et, après discussion, transmises par la DDASS sans délai à la DRASS, qui modifie les données introduites préalablement dans le système MAHOS, et transmet à la CRAM les documents validés.

IV. Le traitement local des données à des fins budgétaires

1 - L'objet du logiciel MAHOS

Le logiciel MAHOS réalise le contrôle physique et logique des enregistrements, le contrôle de la validité des R.S.A. et le redressement éventuel des données, l'estimation du taux d'exhaustivité régional et du nombre de séjours manquants, le calcul du nombre de points d'activité de chaque hôpital et le calcul des dotations théoriques.

Ces calculs sont effectués au niveau régional en France Métropolitaine et à la Réunion, interrégional en Antilles-Guyane.

2 - Connaissance de l'activité

Outre le traitement à des fins de correction des bases budgétaires, MAHOS organise la base régionale de R.S.A. et fournit les caractéristiques de l'activité médicale des établissements. Il offre ainsi la possibilité de comparer le profil d'activité des établissements, mais aussi d'en apprécier l'évolution dans le temps.

A terme, MAHOS transférera des informations générales vers ANDREAS (base de données en réseau sur l'activité et les moyens des établissements de santé, en cours de généralisation dans les services déconcentrés).

3 - La définition des dotations budgétaires de référence pour les soins de courte durée, et le calcul des écarts

Annexe 8 : le correctif de points selon le résultat du contrôle qualité

a.. Détermination de la valeur régionale du point

Pour chaque établissement, le volume de points ISA rendant compte de l'activité d'hospitalisation est calculé à partir des RSA, pondérés au moyen de l'échelle nationale de coûts.

Le contrôle de qualité donne lieu à correction éventuelle du nombre de points par établissement, dans les conditions précisées en annexe 8.

Les actes externes sont pondérés sur la base de leur tarif. Le volume de points calculé pour l'activité MCO externe est additionné aux points d'activité calculés à partir des R.S.A., pour donner un total semestriel ou annuel de l'activité MCO de l'établissement.

Le nombre des séjours manquant sur le plan régional est estimé ; MAHOS leur attribue le poids régional moyen par séjour. Le nombre de points correspondant à cette estimation est ajouté au total des points d'activité attribués aux établissements.

On connaît alors le poids total en points de l'activité régionale.

La DRASS saisit dans MÂHOS le total des dépenses de court séjour MCO identifié par chaque établissement et validé par la DDASS et calcule par addition le montant de la dotation régionale.

La valeur régionale du point d'activité est obtenue en rapportant le montant de cette dotation à la somme des points produits sur le plan régional.

b. Calcul des dotations théoriques et des écarts

La dotation budgétaire théorique MCO de chaque établissement est calculée en faisant le produit: valeur régionale du point X nombre de points transmis par l'établissement et redressé des résultats du contrôle.

L'écart constaté permet de conclure le cas échéant à la surdotation ou sous-dotation de l'établissement par rapport à la moyenne régionale.

Dès la détermination de ces résultats, l'ensemble des éditions prévues par le logiciel MAHOS sont effectuées et communiquées aux DDASS qui les adressent aux établissements. Les fichiers d'erreurs sont également édités et retournés aux directeurs d'établissements pour qu'ils analysent, avec les DIM et éventuellement les responsables médicaux producteurs de l'information concernée, les causes de ces erreurs.

Les résultats seront également adressés par la DRASS à la CRAM, qui les communiqueront aux autres organismes d'assurance maladie et notamment aux caisses-pivot des établissements

4 - Le module de simulation

MAHOS comporte un module d'aide à la décision qui permet à la DRASS de simuler des ajustements budgétaires annuels, de son initiative ou bien à la demande des DDASS.

Pour chaque simulation, quatre paramètres sont pris en compte:

- une marge d'incertitude, à l'intérieur de laquelle les écarts de dotation constatés ne peuvent entraîner de correction budgétaire sur le fondement de la surdotation ou à la sous-dotation apparente des établissements ;
- le taux d'actualisation de l'année "n", afin de convertir en francs "n" les données budgétaires de "n-1" ;
- un pourcentage de reconduction automatique de la dotation actuelle des établissements ;
- un pourcentage maximum d'évolution de la dotation des établissements sous-dotés.

Pour l'expérimentation du dispositif, les valeurs et le mode d'emploi de ces paramètres seront précisés par l'administration centrale avant le 30 septembre 1995.

V - Les travaux et apports nationaux

1 - La constitution d'une base nationale de données

Les données d'activité traitées par les DRASS sont transmises chaque semestre, à la Direction des hôpitaux, au moyen de la fonction d'exportation de données présente dans MAHOS, afin de constituer une base nationale de R.S.A.

La première remontée d'information exhaustive interviendra au mois de décembre 1995. Les résultats des traitements régionaux seront également transmis à la direction des hôpitaux avant le 31 décembre 1995.

2 - Les restitutions et utilisations possibles

Des classements relatifs par groupes homogènes d'établissements seront établis et publiés. Ils seront le support d'une nouvelle grille comparative d'analyse de gestion nationale qui viendra compléter l'actuelle AGHN ; ces référentiels de coûts seront mis à la disposition des services déconcentrés, des établissements et des organismes d'assurance maladie.

Ces données nationales fourniront la matière pour approfondir les comparaisons interrégionales, au moyen des valeurs régionales du point.

Elles serviront également d'appui aux études nationales menées sur les coûts hospitaliers, notamment sur ceux relatifs à l'enseignement et à la recherche. Elles pourront également à terme être utilisées en matière de planification de l'offre de soins.

3 - L'exercice anticipé engagé en 1995

Une base de données partielle sur échantillon national est en cours de constitution, selon les instructions qui ont été données le 16 mars 1995 aux services déconcentrés. L'échantillon comprend tous les CHR, tous les CLCC, et une centaine d'établissements tirés au hasard parmi ceux disposant d'une exhaustivité supérieure à 85 % en 1993.

Les objectifs poursuivis sont :

- d'amorcer une étude comparative entre établissements de même nature, en particulier les CHR ;
- de contribuer à la réflexion nationale sur le coût de l'enseignement et la recherche.

Les premiers enseignements qui seront tirés de ces données seront communiqués avant le 30 septembre 1995.

Cet exercice permettra également de tester les retraitements comptables (annexe 6) et de fournir, le cas échéant, les compléments nécessaires en temps utile pour l'ensemble des établissements.

*

*

*

Liste des annexes

- 1 - Les activités concernées par le système (tableau synoptique)
- 2 - Recueil des données d'activité médicale
- 3 - Contrôles de l'exhaustivité des données médicales
- 4 - Contrôle de la qualité des données médicales
- 5 - Les charges concernées par le modèle (tableau synoptique)
- 6 - Retraitement des données comptables
- 7 - Tableaux à transmettre obligatoirement
- 8 - Correctif de points selon contrôle de qualité
- 9 - Composition du Comité de Pilotage
- 10 - Composition du Groupe de Suivi et de la Mission d'Appui
- 11 - Liste des références documentaires (textes de référence PMSI)
- 12 - Glossaire des sigles

ANNEXE I

LES ACTIVITÉS CONCERNÉES PAR LE SYSTÈME

<p>Hospitalisation complète de médecine, chirurgie et obstétrique (fichier de RSA)</p>	<p>Autres Hospitalisations suite et réadapt. psychiatrie...</p>	<p>Autres Activités de soins SMUR, CECOS ...</p>	<p>Autres activités: écoles, ...</p>
<p>Hospitalisation sans hébergement (hospitalisation de jour, séances) de M.C.O. (fichier de RSA)</p>	<p>Hosp. sans hébergement : psychiatrie, réadaptation...</p>		
<p>Soins urgents et consultations externes cliniques et médicotechniques (fichier d'actes externes)</p>	<p>Soins urgents et consultations de psychiatrie, réadaptation...</p>		



dans le champ



hors champ

ANNEXE II

RECUEIL DES DONNÉES D'ACTIVITÉ MÉDICALE

I. Les données

Les établissements hospitaliers décrivent leur activité de court séjour MCO au moyen des outils du PMSI (RUM, RSS, GHM). Ils transmettent semestriellement à la DRASS des fichiers de RSA (résumés de sortie anonymes), conformément aux dispositions de l'arrêté du 20 septembre 1994, et ce dans un délai de trois mois après l'expiration du semestre.

A. LE FICHIER SEMESTRIEL DE RSA

1. La période concernée

Les RSA doivent concerner toutes les sorties du secteur court séjour de l'entité juridique (à l'exception des établissements visés à l'article 3-II de l'arrêté du 20 septembre 1994) **enregistrées pendant le semestre**. Le traitement sera réalisé sur un fichier semestriel et non sur deux fichiers trimestriels.

Le mode de sortie du RSS est codé : 2, 3, 4 ou 5 dans l'ancien format de RUM ; 6.2, 6.3, 6.4, 7, 8 ou 9 dans le nouveau format de RUM.

Nota bene : ce fichier n'est pas composé de l'ensemble des séjours de la base détenue par le DIM. Il ne comprend pas les séjours ayant commencé pendant le semestre (ou avant) et non encore achevés. Il est composé de tous les séjours pour lesquels le dernier RUM a sa date de sortie comprise dans le semestre concerné par l'envoi.

Exemples : l'envoi concerne la période du 1er semestre 1993

1. Le patient est entré le 28 décembre 1992 en médecine interne, a été transféré le 30 décembre 1992 en chirurgie et est sorti par retour à domicile le 18 janvier 1993. Son séjour comporte deux RUM (du 28/12/92 au 30/12/92 et du 30/12/92 au 18/1/93). Ce séjour complet avec ses deux RUM sera intégré dans la base.

2. Le patient est entré le 25 juin 1993 en médecine, a été transféré le 28 juin 1993 en chirurgie et est sorti par retour à domicile le 4 juillet 1993. Son séjour fait l'objet de deux RUM (du 25/06/93 au 28/06/93, puis du 28/06/93 au 04/07/93). Ce séjour (c'est à dire aucun de ses deux RUM) ne sera pas intégré dans le fichier à expédier.

Sur tous ces points, se référer au guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI - fascicule spécial BO n' 94-6 prix 150 F. A commander au BO 26 rue Desaix -75527 Paris - cedex 15

2. Production du fichier de RSA

Le fichier de RSA à transmettre est produit directement et sans aucune manipulation ultérieure par le logiciel GENRSA.EXE version 3 envoyé aux établissements au mois de mars 1995.

Nota bene 1 : il s'agit d'un fichier de RSA (anonymes) et non d'un fichier de RSS

Nota bene 2 : le fichier de RSA produit par GENRSA ne doit subir aucune manipulation d'aucune sorte.

*Par exemple : pas de passage en format DBF "pour simplifier le travail de la DRASS".
Le fichier devient alors non traitable et est obligatoirement retourné à l'établissement.*

3. Format du fichier d'entrée de GENRSA

GENRSA accepte en entrée des fichiers au format suivant :

- RSS non groupés, 86 caractères (format circulaire n° 119 d'octobre 1985)
- RSS groupés, 86 caractères + 7 caractères (CMD + GHM + code retour)
- RSS format 94 non groupés
- RSS format 94 groupés
- RSS format 95 non groupés
- RSS format 95 groupés

Nb : Lorsque le fichier d'entrée est un fichier de RSS groupés, GENRSA fournit la liste des séjours que le groupeur utilisé a classés dans un groupe différent de celui qu'a donné GENRSA : n° de "RSS", GHM initial, GHM final.

4. Format du fichier de sortie

Le fichier de RSA est stocké sur une disquette 3"5 HD de 1,44 MO. Il s'agit d'un fichier sous MS-DOS (pas d'autre système d'exploitation). **Il ne doit pas s'agir d'un back-up.**

Ce fichier est un fichier texte ASCII dont les enregistrements sont de taille variable.

Ce fichier n'a pas d'en-tête.

5. Compactage des données

La version 3 de GENRSA comporte une fonction de compactage des données. MAHOS permet de décompacter automatiquement les fichiers de RSA.

B. LES DONNÉES ADMINISTRATIVES D'ACTIVITÉ

1. Les séjours

L'établissement transmet chaque semestre les données suivantes, extraites des statistiques administratives :

- * **nombre de journées MCO hospitalisation complète**
- * **nombre de venues**
- * **nombre d'IVG**
- * **nombre de séances MCO**

2. Les consultations et les actes externes

L'activité externe, dont les coûts ne peuvent être isolés de manière fiable et vérifiable, sera intégrée dans l'activité MCO de l'établissement et valorisée en points ISA comme les séjours décrits dans le fichier de RSA. Seule doit être prise en compte l'activité réalisée au profit de patients externes ; les actes et consultations concernant des patients adressés par des établissements tiers ne doivent pas être comptabilisés.

L'activité de consultations et d'actes externes facturée est transmise à la DRASS sur support magnétique. Les établissements disposent d'un masque de saisie (fourni par le CITI2 en même temps que la version 3 de GENRSA) permettant d'associer à chaque lettre-clé de la NGAP le nombre d'unités produites et facturées par l'établissement. La transmission est semestrielle.

Voir pages suivantes la liste des lettres-clés de la NGAP.

Liste des lettres clés

CONSULTATION

Médecin omnipraticien	C
Médecin spécialiste	CS
Médecin neuropsychiatre	CNPSY
Chirurgien dentiste omnipraticien	CD
Chirurgien dentiste spécialiste	CSD
Majoration dimanche médecin et dentiste	MajDM
Majoration nuit médecin et dentiste	MajNM
Sage-femme	CSF
Majoration dimanche sage-femme	MajDF
Majoration nuit sage-femme	MajNF

ACTES EN Z (avec radiations ionisantes)

Électroradiologiste, gastroentérologue	Z1
Rhumatologue, pneumophtisiologue	Z2
Autre médecin	Z3
Chirurgien dentiste	ZD

ACTES EN K - KC - SPM - P

Actes chirurgie et spécialités	K
Certains actes chirurgicaux	KC
Soins prothèses médecins : prothèses dentaire	SPM
orthodontie	id.
Actes d'anatomo-cyto-pathologie	P

ACTES DENTAIRES

Actes chirurgien dentiste	D
Certains actes	DC
Soin conservateur prothèse	SCP
Soin conservateur	SC
Soins prothétiques	SPR
Traitement othodontique	TO

ACTES AUXILIAIRES MÉDICAUX

Infirmières :	
Soins infirmiers	AMI
Soins infirmiers spécialisés	AIS
Majoration dimanche	MajDI
Majoration nuit	MajNI
Sages-femmes :	
Soins infirmiers	SFI SF
Soins spécialisés	MajDS
Majoration dimanche	MajNS
Majoration nuit	
Masseurs kinésithérapeutes :	AMM - AMK - AMC
Majoration dimanche	MajDK
Majoration nuit	MajNK
Pédicures :	AMP
Orthophonistes :	AMO
Orthoptistes :	AMY

ACTES EN B

Biologie médicale	B - BM - BP - BR
Biologie chirurgie	KB
Prélèvement direct non médecin laboratoire	PB
Prélèvement technicien de laboratoire	TB

SCANNER

décomposition :	SCNxx
Forfait scanner normal	SCFNx
Forfait réduit	SCFRx
Nombre de scanners réalisés au forfait normal	SCNNx
Nombre de scanners réalisés au forfait réduit	SCNRx

I.R.M.

décomposition :	RMNxx
Forfait IRM normal	RMFNx
Forfait réduit	RMFRx
Nombre d'IRM réalisés au forfait normal	RMNNx
Nombre d'IRM réalisés au forfait réduit	RMNRx

ANNEXE III

CONTRÔLE DE L'EXHAUSTIVITÉ DES DONNÉES MÉDICALES

A. Le contrôle de l'exhaustivité

En fin de période, la DRASS procède à un contrôle de l'exhaustivité en comparant le nombre des séjours décrits dans le fichier des RSA aux données des statistiques administratives d'activité ; le taux d'exhaustivité régional est utilisé pour redresser les données d'activité régionale et calculer la valeur régionale du point d'activité.

1. Calcul du taux d'exhaustivité

Le taux d'exhaustivité d'un établissement est obtenu au moyen de la formule suivante¹ :

$ \begin{aligned} & \text{nombre de journées dans les CMD 1 à 23} \\ & + \text{nombre de séjours d'1 jour (groupes 701 à 890)} \\ & \quad + \text{nombre de journées dans le GHM 901} \\ & + \text{nombre total de séances dans les GHM 680 à 684} \\ & \quad - \text{nombre de journées dans le GHM 562} \\ & + \text{nombre de RSS dont le mode de sortie est « décès »} \\ & \quad - \text{nombre de RSS classés dans le GHM 880} \\ & \hline & \text{nombre de journées MCO en hospitalisation complète} \\ & \quad + \text{nombre de venues} \\ & \quad \quad + \text{IVG} \\ & + \text{séances MCO (traitement et cures ambulatoires)} \end{aligned} $

Les informations inscrites au numérateur sont issues du PMSI et extraites du fichier de RSA. Les informations figurant au dénominateur sont issues des statistiques administratives d'activité. Les établissements transmettront semestriellement à la DRASS avec leur fichier de RSA, les informations administratives nécessaires au calcul ci-dessus.

Les séjours classés dans les groupes 900, 902 et 903 sont considérés comme des séjours manquants. Les séjours classés en groupe 901 "acte sans relation avec le diagnostic principal" seront classés par MAHOS en fonction de l'acte ou du diagnostic principal porté sur le RSA.

¹ La formule de calcul ci-dessous annule les différences existant dans le décompte des journées des séjours de nouveaux-nés et des malades décédés, entre les statistiques administratives d'activité et le PMSI.. (cf Guide méthodologique du PMSI).

2. Utilisation du taux d'exhaustivité

Les séjours manquants ne sont pas pris en compte dans l'évaluation de l'activité des établissements.

Les établissements non exhaustifs sont indirectement pénalisés sur le plan financier puisqu'on considère que les RSA transmis couvrent la totalité de leur activité. La pénalisation est d'autant plus forte que le défaut d'exhaustivité est important, mais elle n'affecte que la part de la dotation calculée à partir des données d'activité, l'essentiel des moyens budgétaires étant automatiquement reconduit.

Cependant la question du défaut d'exhaustivité se pose en des termes différents au niveau de la région.

En effet, la somme régionale des points d'activité des établissements va servir de base au calcul de la valeur régionale du point, qui va donc varier en fonction du volume de cette activité. La valeur régionale du point qui permet de calculer la dotation théorique des établissements.

Des fluctuations annuelles fortes de l'exhaustivité pourraient donc avoir des conséquences importantes sur le calcul des budgets théoriques et faire obstacle à des comparaisons inter-régionales.

C'est pourquoi on procède sur le plan régional à une estimation du nombre des séjours manquants. Ces séjours sont valorisés au poids régional moyen du séjour et participent au calcul de la valeur régionale du point.

On notera que cette option technique conduit mécaniquement à l'apparition au niveau régional d'un solde virtuel correspondant à la valeur des séjours manquants. La somme des budgets théoriques calculés à partir de la valeur moyenne du point est en effet différente de la somme des budgets réels. L'écart correspond à la valorisation des séjours manquants.

ANNEXE IV

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES MÉDICALES

Pour mesurer l'activité d'un établissement, on va affecter à chaque séjour un poids économique dépendant du GHM dans lequel ce séjour est classé. Le classement erroné d'un séjour peut conduire à une surévaluation ou à une sousévaluation de son poids économique. **S'agissant du contrôle de la qualité des données médicales utilisées à des fins d'allocation budgétaire, le vrai problème est donc celui de l'appréciation des erreurs de cotation et de leur redressement.**

Le contrôle doit être systématique et concerner chaque année tous les établissements de la région. Il permet de corriger l'évaluation de l'activité faite à partir des fichiers de RSA.

Les contrôles de qualité sont organisés à un double niveau :

1. des contrôles internes sont effectués par les DJM des établissements, selon le protocole national décrit ci-dessous, sur chacun des fichiers semestriels de données qu'ils ont transmis à la DRASS. Le résultat des contrôles est communiqué à la DRASS dans un délai de trois mois après l'envoi du fichier de RSA.

a. Protocole national de contrôle des données médicales

Dans la base de RSS ou de RSS groupés que l'établissement a préparée pour réaliser son fichier de RSA, GENRSA V.3 tire au sort cent dossiers. Le tirage est stratifié par unité médicale. Il y a autant de strates que de services, contenant uniquement des RSS mono-unités, plus une strate pour les dossiers multiunités.

GENRSA calcule une clé de contrôle permettant de s'assurer que le fichier de RSS dont est issue la liste des dossiers à contrôler n'a pas été modifié postérieurement au tirage au sort.

A partir des informations contenues dans le dossier médical, le DIM de l'établissement procède au recodage en aveugle du RSS et à un nouveau groupage. Il confronte le recodage au codage initial, puis procède au groupage des nouveaux RSS validés.

b. Transmission des résultats du contrôle de qualité à la DRASS

L'établissement transmet à la DRASS le résultat du contrôle de qualité en associant pour chaque dossier le n° du GHM initial et le n° du GHM final, dans un fichier DOS. La saisie des résultats est effectuée au moyen d'un logiciel développé par le CITI2 et envoyé aux établissements avec la version 3 de GENRSA.

Les résultats du contrôle portant sur les données du deuxième semestre 1994 seront utilisés en 1995 pour les deux semestres (2^{ème} semestre 94 et 1^{er} semestre 1995) (cf annexe).

2. des contrôles externes sont réalisés à l'initiative de la DRASS pour assurer le respect du protocole national et la qualité des recodages de contrôle.

Les médecins-inspecteurs de la santé publique des DDASS et des DRASS, en association avec les médecins conseil des caisses, procèdent à un contrôle de qualité externe portant sur la manière dont les contrôles internes ont été réalisés². Ils s'assurent du respect par l'établissement du protocole national de contrôle de qualité, et vérifient pour un nombre (n) de dossiers contrôlés par le DIM la qualité du codage de contrôle.

Pour faciliter cette opération, les DIM doivent être en mesure de fournir :

- le fichier de RSS ou de RSS groupés à l'origine du fichier de RSA transmis
- la liste des dossiers tirés au sort par GENRSA
- les éléments pertinents de chacun de dossiers de l'échantillon de contrôle
- le RSS d'origine et le RSS de contrôle de chaque dossier

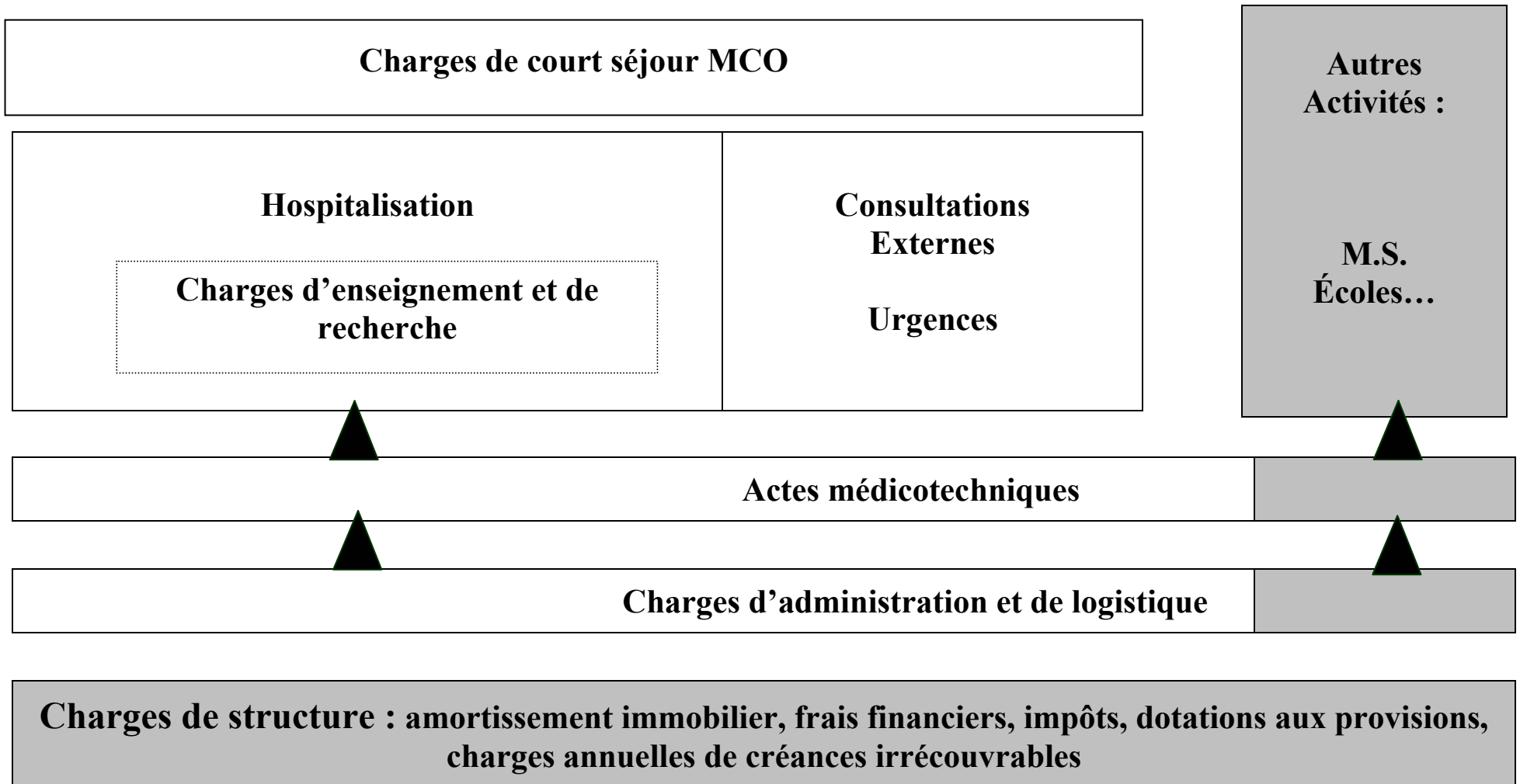
Ces contrôles externes ont lieu au moins une fois par an dans chaque établissement. Ils portent sur les deux derniers fichiers semestriels de RUM groupés ayant donné lieu à transmission à la DRASS.

Si les conditions dans lesquelles le contrôle interne a été réalisé ne sont pas jugées satisfaisantes par le médecin contrôleur, ce dernier organise un nouveau contrôle de qualité portant sur 100 nouveaux dossiers. Les résultats de ce contrôle viennent se substituer aux résultats du contrôle interne.

² Les modalités pratiques de ce contrôle conjoint sont en cours d'élaboration.

ANNEXE V

LES CHARGES CONCERNÉES PAR LE MODÈLE



ANNEXE VI

RETRAITEMENT DES DONNÉES COMPTABLES

(Ce document pourra être complété au vu des questions posées par les établissements et des observations formulées par les services déconcentrés amenés à les valider)

Objectif des retraitements comptables à réaliser

L'objectif est d'isoler **dans le compte administratif** de l'établissement, **sur le budget H**, trois grands ensembles de charges : charges du court séjour MCO, charges des autres activités, charges de structure. Les budgets annexes ne sont pas concernés par les retraitements comptables puisqu'ils concernent des activités (long séjour, maison de retraite, transfusion sanguine, DNA ...) qui ne sont pas analysées par le modèle.

Les dépenses de logistique et les dépenses hôtelières du budget général sont réparties entre les activités MCO et hors champ.

Les dépenses de structure (amortissements des immeubles, location des immeubles, frais financiers, assurances et impôts hors personnel) sont directement affectées sur le volet "structure".

La détermination des dépenses du court séjour MCO se réalise en deux étapes :

1. affectation de toutes les charges directes dans les sections d'imputation
2. calcul des coûts composés des activités après ventilation des charges des services médico-techniques, des prestations hôtelières et des dépenses de logistique et de gestion générale.

Nb : Les comptes 772-81, 672-2, 772-3 et 672-4, relatifs au traitement des régularisations de titres hospitaliers sur exercice clos, ne sont pas pris en considération lors des traitements. Les soldes constatés seront pris en compte, comme aujourd'hui, en élément correcteur de la DGF attribuée à l'établissement.

I. Affectation de toutes les charges directes dans les sections d'imputation

A. Les sections d'imputation

Les sections d'imputation (SI) suivantes sont ouvertes :

numéro de section d'imputation	libellé	observations
1	court séjour MCO	une seule section d'imputation ; cette SI comprend le bloc opératoire, le bloc obstétrical et l'anesthésiologie
2	autres activités	une sous-section d'imputation est ouverte pour chacune des activités (voir liste ci-dessous)
3	structure	
4	blanchisserie- restauration	une sous-section d'imputation peut être ouverte pour chacune de ces deux activités
5	charges de gestion générale et de logistique	une seule section d'imputation
6	activités médico-techniques	une sous section d'imputation est ouverte pour le laboratoire, l'imagerie, les explorations

Sur la section d'imputation 1 sont imputées les charges afférentes au court séjour MCO, soit toutes les dépenses de fonctionnement :

- * des unités d'hospitalisation (complète ou incomplète), et des unités réalisant des séances ;
- * des services d'urgences (accueil et porte) ;
- * des services de consultations externes ;
- * des blocs opératoires et d'obstétrique ;
- * des services d'anesthésiologie ;
- * des unités de radiothérapie.

La section d'imputation 2 sera divisée en sous-sections pour isoler chacune des activités suivantes et lui affecter l'ensemble de ses charges directes :

- * SAMU - Centre 15 ;
- * HAD et autres activités de soins à domicile (pompes à insuline, prévention de la mort subite du nourrisson, dialyse à domicile) ;
- * soins de suite et de réadaptation ;
- * psychiatrie ;
- * écoles ;
- * PMI ;
- * planning familial ;
- * unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu pénitentiaire
- * transfusion sanguine (si pas en budget annexe) ;
- * dispensaires ;
- * centre de prévention, CECOS, lactarium, centre anti-poison, centre de pharmacovigilance, centre de dépistage anonyme et gratuit ;
- * ...

Sur la section d'imputation 3, structure, seront affectées les charges d'amortissement des immeubles, les dépenses de location des immeubles, l'ensemble des frais financiers, les impôts (hors personnel), les assurances (hors AT), les dotations aux provisions, les charges d'apurement annuel des créances irrécouvrables. Les reprises sur provisions ne sont pas considérées comme charges de l'exercice.

La section d'imputation 4 sera divisée en deux sous-sections, blanchisserie et restauration, sur lesquelles seront retracées les dépenses directes de ces activités, y compris les dépenses relatives à l'amortissement, à la location et à la maintenance des matériels utilisés. Les dépenses de blanchisserie et de restauration seront ventilées à la journée (et par convention à la 1/2 journée pour les hospitalisations incomplètes).

Sur la section d'imputation 5, est affecté l'ensemble des charges de logistique et de gestion générale de l'établissement, soit

- * les dépenses de fonctionnement des services administratifs ;
- * la documentation, la papeterie et l'ensemble des fournitures de bureau ;
- * les dépenses d'information, de communication, de télécommunication et de poste ;
- * les déplacements, les frais de mission et de réception ;
- * les honoraires ;
- * les frais d'études et de recherche ;
- * les charges de maintenance des immeubles ;
- * les dépenses d'eau, gaz et électricité, chauffage ;
- * les dépenses de transport (amortissement-location des véhicules, entretien, carburants), y compris les dépenses de transport en ambulance des patients (hors SMUR traité en SI 6) ;
- * les produits d'entretien (hors produits lessiviels) ;

- * les dépenses des services techniques et des ateliers ;
- * le traitement des déchets ;
- * le gardiennage ;
- * les amortissements de l'ensemble des matériels, équipements et mobiliers non-médicaux et hors matériels de restauration et de blanchisserie ;
- * le service intérieur ;
- * la médecine préventive et les médicaments cédés au personnel ;
- * l'ensemble des personnels qui ne peuvent être affectés ni sur les services médicaux ou médicotechniques, ni sur les activités de blanchisserie et de restauration (par exemple, les assistantes sociales) ;
- * crèche ;
- * informatique ;
- * les dépenses des services de "logistique médicale" : DIM, pharmacie (pour les dépenses de gestion du service), stérilisation, hygiène hospitalière, désinfection, CLIN ;
- * les dépenses de médicaments réalisées au bénéfice du personnel.

Les dépenses de gestion générale et de logistique seront ventilées au prorata des charges nettes constatées sur les activités « court séjour MCO » et « hors champ » (charges directes nettes + prestations médicotechniques + charges hôtelières).

La section d'imputation 6 doit être divisée en sous-sections sur lesquelles seront imputées les charges de fonctionnement et l'activité des services médicotechniques :

- * laboratoires, dont l'unité d'oeuvre sera l'équivalent B ;
- * imagerie, dont l'unité d'oeuvre sera l'ICR ou l'équivalent Z. (Les forfaits techniques d'imagerie ne devront pas être oubliés dans la répartition des dépenses d'imagerie entre MCO et autres activités) ;
- * explorations fonctionnelles, dont l'unité d'oeuvre sera le K, ou l'ICR ;
- * radiothérapie, dont l'unité d'oeuvre sera l'équivalent K ;
- * SMUR, dont l'unité d'oeuvre sera la demi-heure de transport (ou la minute pour les transports hélicoptés).

Les dépenses de ces sous-sections d'imputation seront déversées sur le MCO et les autres activités au prorata des unités d'oeuvre consommées. Les ICR ou à défaut les lettres-clés seront utilisées comme coefficients de répartition. Dans le deuxième cas, des équivalences devront être construites à partir des tarifs, entre les lettres-clés de la NGAP, pour n'utiliser qu'une seule unité d'oeuvre par sous-section d'imputation.

exemple : en imagerie, l'unité d'oeuvre est le Z ; le K d'échographie sera équivalent à 1,198 Z ; une CS vaudra 13,53 Z.

Les dépenses de personnel de kinésithérapie et de diététique pourront être ventilées sur les activités (MCO et autres) en fonction du temps passé chacune de ces activités, ou affectées en section 5, logistique et gestion générale, si cette ventilation est impossible. Les produits diététiques sont affectés sur la section 4, restauration.

B. Principes d'affectation des charges

La règle de base est celle de l'imputation directe des charges sur chacune des sections ou sous-sections d'imputation.

On notera cependant que l'application de cette règle ne doit pas conduire les établissements à engager des travaux hors de proportion avec le montant des dépenses analysées et la pertinence du résultat final.

Les établissements pourront donc faire des estimations de la répartition de leurs charges ; ils devront être en mesure de fournir les clés utilisées pour ces estimations.

Trois principes sont définis :

Principe A	applicable aux dépenses de personnel (1) repérage des dépenses de chaque section ou sous-section d'imputation
Principe B	affectation du montant du compte budgétaire sur la section ou la sous-section d'imputation
Principe C	applicable aux consommables médicaux (2) repérage (ou estimation) des dépenses de chaque section ou sous-section d'imputation

(1) les dépenses de personnel sont réparties au coût réel ou au coût moyen par grade

(2) les dépenses de consommables médicaux (médicaments, sang, prothèses ...) sont affectées directement sur les sections ou sous-sections, ou ventilées selon une estimation (la méthode devra pouvoir être précisée par l'établissement).

Les médicaments vendus par l'établissement seront imputés à la SI 1 (court séjour) ; leur vente génère des produits déductibles qui viendront alléger d'autant les charges brutes de cette SI.

Le coût des médicaments distribués, inclus dans la DGF, sera mentionné sur une ligne annexe du tableau final.

C. Affectation des charges par nature sur les sections et sous-sections d'imputation

Compte budgétaire	Libellé	Groupe fonctionn.	Principe d'affectation	S.I.
94.211 * 94.212 •	Médicaments (sauf ceux inclus en D.G.F.*)	II	C	1,2,4,5,6
94.215	Produits sanguins	II	C	1,2,6
94.216	fluides	II	C	1,2,6
94.217 94.218	produits à usage médical	II	C	1,2,5,6
94.22	petit matériel médical	II	C	1,2,5,6
94.23	alimentation	III	B	4
94.24	combustibles	III	B	5
94.25	petit matériel hôtelier (sauf prod. lessiviels)	III	B	5
94.255	produits lessiviels	III	B	4
94.26	carburant	III	B	5
94.27	fournitures ateliers	III	B	5
94.28	fournitures de bureau dont informatique	III	B	5
60.611	eau	III	B	5
60.612	électricité	III	B	5
60.613	chauffage	III	B	5
60.618	autres fournitures non stockables (gaz...)	III	B	5
60.63	fournitures - petits matériels et outillage	III	B	5
60.64	fournitures de bureau	III	B	5
60.65	emballages	III	B	5
60.66	fournitures médicales	II	C	1,2,5,6
60.68	autres achats non stockés de matières et fournitures	II ou III	C	1,2,4,5,6
607	achats de marchandise	III	B	1,2,4,5,6

* Les médicaments vendus à l'extérieur sont imputés en S.I. MCO, est fond l'objet de recettes déductibles des charges de MCO

Les dépenses de médicaments cédés gratuitement, incluses en DGF, doivent être isolées. Elles apparaîtront dans le "tableau de synthèse" final.

COMPTES	LIBELLÉS		
GROUPE III - AUTRES PRODUITS		IMPUTATION	SI
<i>SOUS-GROUPE 1-VENTE DE PRODUITS & MARCHANDISES</i>			
703	Ventes de produits résiduels	Logistique	5
7071	Rétrocession de médicaments	M.C.O.	1,2,6
<i>SOUS GROUPE 2 - PRESTATIONS DE SERVICES</i>			
706227	Majoration régime particulier	Logistique	3
7064	Prestations effectuées au profit malades autres établissements		
70641	Soins actes K	M.C.O.	1
70642	Actes de laboratoires	Labo	6
70643	Actes de radiologie, radiothérapie	Imagerie	6
7081	Produits services exploités intérêt des personnels		
70811	Logements, locations	Logistique	5
70812	Repas du personnel	Restauration	4
70813	Produits des crèches	Crèches	5
7082	Prestations délivrées usagers & accompagnants		
70821	Chambres	Structure	3
70822	Repas >	Restauration	4
70823	Téléphone	Logistique	5
7083	Prestations délivrées à d'autres tiers		
70831	Prestations aux tiers locataires	Structure	3
70832	Prestations de chauffage	Logistique	5
70833	Fournitures de repas	Restauration	4
70834	Prestations de blanchisserie	Blanchisserie	4
70835	Centre de formation	Ecoles	2
7084	Prestations informatiques	Logistique	5
7085	Autres produits activités annexes		
70881	Prothèses dentaires	M.C.O.	
70882	Brevets	M.C.O., médico-tech.	1
70883	Produits des écoles	Écoles	2
	Participation des établis extérieurs aux frais de formation		2
<i>SOUS-GROUPE 3 SUBVENTIONS & PARTICIPATIONS</i>			
7418	Autres subventions d'exploitation	Labo	6
74181	Subvention centre anti-poison	Labo	6
74181	Subvention pharmacovigilance	Médecotechnique	6
70183	Travaux recherche INSERM		
742	Participation (département, ville)		
74210	PMI grossesses haut risques	Médecotechnique	6
74211	PMI dépistage surdité	Médecotechnique	6
74212	PMI consultations post-natales	Médecotechnique	6
74213	FIV - Participation des familles	Médecotechnique	6
<i>SOUS-GROUPE 4 - PRODUITS FINANCIERS & EXCEPTIONNELS</i>			
76	Produits Financiers	Structure	3
77	Produits sur exercices antérieurs	Structure	3
775	Produits cessions éléments d'actif	Structure	3
<i>SOUS-GROUPE 5 - REPRISES DE PROVISIONS</i>			
7815	Reprise s/provisions pour risques & charges d'exploitation	Structure	3
78174	Reprise s/provisions pour dépréciation des créances		

COMPTES	LIBELLÉS		
GROUPE III - AUTRES PRODUITS		IMPUTATION	SI
<i>SOUS-GROUPE 6 - AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE</i>			
6092	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats	Structure	3
75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE		
7582	Retenues & versements s/honoraires médicaux	M.C.O. médicotech	2
7583	Remboursements de frais		
75831	Remboursement frais de personnel	à ventiler	1,2,4,5,6
758318	Remboursement contrat emploi solidarité (CES)	Logistique	5
75835	CO-UTILISATION EQUIPEMENTS LOURDS	Imagerie	6
75838	Autres remboursements de frais		
758381	Remboursement conventions loi Huriet	M.C.O. médicotech	1,6
758382	Cessions de greffons	M.C.O.	1
7584	Remboursement de frais des budgets annexes	à ventiler selon activ.	
7586	Pdts gestion biens malades majeurs protégés	Structure	3
7588	Autres produits divers de gestion courante		
75881	Redevances commerciales- location téléviseurs	Structure	3
75882	Production audio-vidéo	Structure	3

Les reprises sur provisions et comptes de capitaux propres destinées à financer des opérations d'exploitation seront traitées comme des produits subsidiaires.

Analyse du résultat de gestion (article R 714-3-49 I-II du décret du 31 juillet 1992)

Une analyse attentive de la formation du résultat de gestion doit permettre de fournir quelques indications sur la qualité de la gestion d'un établissement ainsi que sur ses éventuelles marges de manoeuvre.

Il faut ainsi rappeler que le résultat de gestion de l'hôpital trouve deux origines :

- d'une part le niveau de consommations de crédits de l'enveloppe budgétaire
- d'autre part les plus-values ou moins values réalisées sur les recettes issues des activités subsidiaires.

Un résultat de gestion fortement excédentaire, lié à une sous-consommation de crédits, ne doit pas être systématiquement interprété comme l'effet d'une surdotation budgétaire. Il peut aussi constituer l'objectif d'une véritable dynamique de gestion visant à conforter les capitaux propres de l'établissement soit pour renforcer ses ressources d'investissement, soit pour améliorer sa trésorerie.

II. Constitution des coûts composés des activités

Le coût complet des activités est obtenu en ventilant sur chacune des activités autres que le MCO l'ensemble des UO qu'elle a consommées :

- * ICR ou lettres-clés pour les services médicotechniques ;
- * journée pour toutes les dépenses hôtelières ;
- * franc de charges directes nettes pour les dépenses de logistique et de gestion générale.

On arrive ainsi au tableau suivant

Tableau 2

	hors champ				
	MCO	moyen séjour	SAMU	...	structure
charges directes nettes					
imagerie					
labo					
explorations fonctionnelles					
blanchisserie restauration					
Sous-total avant ventilation des charges de logistique et de - gestion générale					
logistique + gestion générale					
total des charges					
nombre de journées ou d'unités d'oeuvre produites					

D'où on déduit les résultats ci-dessous

Tableau 3, de synthèse :

total des dépenses de court- séjour MCO	
total des dépenses des autres activités	
total des dépenses de structure	
coût des médicaments inclus dans la DGF et distribués gratuitement à l'extérieur	
total général	

TABLEAU DE RÉCOLEMENT

Pour retrouver, à partir du total du « tableau de synthèse », le montant total, en dépenses, du compte administratif (budget H), il faut prendre en compte tous les éléments qui ont été soustraits des charges brutes, et les ajouter à ce total, comme suit :

Total tableau de synthèse :

- + compte 603
- + comptes 672-2, 672-4 et 672-11
- + compte 675
- reconstitution des honoraires médicaux au titre de la clinique ouverte, le cas échéant.

- + total des recettes subsidiaires G.III (dernier budget approuvé)
- + reprises sur provisions et fonds propres

= Total, en dépenses, du compte administratif "H"

Tableau 2 : calcul des coûts composés des activités

	hors champ				
	MCO	Moyen séjour	SAMU	...	structure
charges directes nettes					
imagerie					
labo					
Explorations fonctionnelles					
blanchisserie restauration					
Sous-total avant ventilation des charges de logistique et de gestion générale					
logistique + gestion générale					
total des charges					
nombre de journées ou d'unités d'œuvre produites					

Tableau 3 : tableau de synthèse des dépenses

total des dépenses de court- séjour MCO	
total des dépenses des autres activités	
total des dépenses de structure	
coût des médicaments inclus dans la DGF et distribués gratuitement à l'extérieur	

Les retraitements comptables devront pouvoir être contrôlés par les DDASS :

- **à partir du compte administratif** : le total des dépenses ventilées sur l'ensemble des activités devant être identique au total des charges enregistrées dans le compte administratif ;

- **à partir d'un tableau des effectifs par** grade et par activité que l'établissement fournira à l'appui de la ventilation de ses charges directes de personnel.

L'établissement fournira, en complément du tableau des emplois permanents (TEP), des tableaux répartissant les **effectifs moyens rémunérés pendant l'exercice**, dans les différentes sections et sous-sections d'imputation (voir page suivante).

Après validation des retraitements par le service de tutelle, la DDASS transmettra à la DRASS pour traitement le tableau 3, qui seul aura un caractère opposable.

C'est du total des dépenses de MCO ainsi isolées que l'on rapprochera ensuite l'activité MCO de l'établissement et que l'on conclura à sa sur- ou sous-dotation.

TABLEAU DES EFFECTIFS PAR SECTION D'IMPUTATION

– **tableau 4**

Section d'imputation SI n°

Sous-section SI n°

I - Personnel médical

Praticiens hospitaliers			Internes			Assistants			Nbre de vacances payées			Valeur SI N*
Nbre	Coût unitaire	Valeur 1	Nbre	Coût unitaire	Valeur 2	Nbre	Coût unitaire	Valeur 3	Nbre	Coût unitaire	Valeur 4	Somme 1 à 4

II - Personnel non médical

Catégories Type de personnel	A			B			C et D			Valeur SI N*
	Nbre	Coût unitaire	Valeur 1	Nbre	Coût unitaire	Valeur 2	Nbre	Coût unitaire	Valeur 3	Somme 1 à 3
Personnel administratif										
Personnel soignant (y compris sages-femmes et ASH)										
Personnel de rééducation										
Personnel médicotechnique										
Personnel ouvrier et technique										
TOTAL										

Note :

- 1) L'effectif est présenté en équivalent temps plein. Il s'agit de l'effectif moyen réel rémunéré au cours de l'année.
- 2) Les coûts unitaires (moyennes nationales) par catégories seront communiqués par l'administration centrale.

Un tableau des effectifs doit obligatoirement être ouvert pour chacune des sections ou sous sections d'imputation ouvertes dans le tableau I.

ANNEXE VIII

REDRESSEMENT DU NOMBRE DE POINTS D'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT EN FONCTION DES RÉSULTATS DU CONTRÔLE DE QUALITÉ

Le redressement portera sur le nombre de points d'activité de chaque établissement. Si la différence de cotation constatée globalement sur l'échantillon de contrôle est jugée significative, des points seront ajoutés ou retranchés du total des points produits, selon la méthode statistique décrite ci-dessous.

La qualité des données médicales d'un établissement est contrôlée sur un lot de x dossiers tirés au sort dans la base de X RSS. Ces séjours sont recodés à partir des informations contenues dans le dossier médical. Le codage initial et le codage final sont confrontés. Les nouveaux RSS sont groupés. On connaît alors pour chacun des dossiers du lot de contrôle le GHM initial et le GHM final (ce seront heureusement les mêmes dans la grande majorité des cas) et le nombre de points d'activité qui découle de chacun des deux classements du séjour.

GHM initial = nombre de points initial (PI)
GHM final = nombre de points final (PF)
PI - PF = différence de cotation.

Si la différence est négative, le dossier a été sous-coté ; si la différence est positive, le dossier a été surcoté ; si la différence est nulle, le dossier a été bien coté.

On constate sur le fichier de contrôle n différences de cotation et on calcule d'une part la moyenne des différences (notée md) d'autre part l'écart-type des différences (noté ed). La moyenne des différences ne sera prise en compte pour redresser les données de l'établissement, que si elle franchit un seuil s positif ou négatif tel que

$$s = \frac{1,98 \cdot ed}{\sqrt{n-1}}$$

Si la moyenne des différences est supérieure à s , on jugera significative la surcotation. - Si la moyenne des différences est inférieure à $-s$, on jugera significative la sous-cotation. Si la moyenne des différences est comprise entre $-s$ et s , on jugera que la cotation est correcte et qu'elle ne doit pas être redressée.

On sait que la vraie valeur (inconnue) de la sur- ou sous-cotation mise en évidence a 95 % de chances de se trouver dans l'intervalle $[md - s ; md + s]$.

Le nombre de points attribués à l'établissement sera déterminé de la manière suivante :

en cas de surcotation : $PC = PV - ((md-s) \cdot X)$
en cas de sous-cotation : $PC = PV - ((md + s) \cdot X)$

(où PC = nombre de points après correction ; PV = nombre de points initialement calculé avant contrôle ; X = nombre de RSA).

ANNEXE IX

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville

Direction des hôpitaux

Direction de la sécurité sociale

Direction de l'administration générale, du personnel et du budget

SESI

Services déconcentrés (DRASS et DDASS)

Organismes d'assurance maladie

CNAMTS

MSA

CANAM

Établissements hospitaliers

Fédération Hospitalière de France

Conférence nationale des directeurs généraux de CHU

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

Conférence des présidents de CME des CHU

Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
(FEHAP)

Conférence nationale des présidents de CME des établissements FEHAP

Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
(UNIOPSS)

ANNEXE X

COMPOSITION DU COMITÉ DE SUIVI ET DE LA MISSION D'APPUI

Le comité de suivi est composé de :

- Monsieur Jacques LENAIN, chef de service
- Madame Catherine GUAINO, sous-directeur, sous-direction des affaires administratives et financières
- Monsieur Gérard NEVEU, directeur DRASS Haute-Normandie
- Monsieur SCHAPIRA , directeur DDASS Val de Marne
- Monsieur Guy-[^]Pierre MARTIN, chef du bureau AF2
- Monsieur Philippe BURNEL, chef de la Mission PMSI
- Madame Elisabeth BEAU, mission PMSI
- Madame Marie-Annie BURETTE, Mission PMSI
- Monsieur Daniel GAUTIER, bureau AF2

La mission d'appui est composée

À la mission PMSI de :

- Elisabeth BEAU, chargée de la coordination (tel : 40 56 43 90)
- Olivier PANHALEUX, questions informatiques (tel : 46 56 51 93)
- Christine BARJOU, formations, coordination avec les services déconcentrés (tel : 40 56 51 93)
- Bruno CHENAIS, traitement des données de la base nationale (tel : 40 56 55 42)

(fax de la mission PMSI : 40 56 50 45)

À la sous-direction des affaires administratives et financières de :

- Odile RITZ, tutelle - PAGE - Relations établissements-tutelle (tel : 40 56 58 91)
- Olivier BOYER, relations établissements-tutelle (tel : 40 56 48 32)
- Daniel GAUTIER, procédure, calendrier (tel : 40 56 44 11)
- Jean Pierre GRAFFIN, retraitements comptables (tel : 40 56 49 93)

(fax de la sous-direction : 40 56 50 10)

ANNEXE XI

LISTE DES RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

(TEXTES DE RÉFÉRENCE DU PMSI)

ARTICLES L. 710-5 et L. 714-20 du code de la santé publique.

DÉCRET n° 94-666 du 27 juillet 1994 (*J.O.* du 5 août 1994) relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés, et modifiant le code de la santé publique.

ARRÊTÉ du 20 septembre 1994¹ (*J.O.* du 18 octobre 1994) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L. 715-5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la Sécurité Sociale et à la transmission aux services de l'État et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements.

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RÉSUMÉS DE SORTIE DU PMSI² : fascicule spécial n° 94-6 du Bulletin officiel.

LOI n° 78-17 du 6 janvier 1978 (*J.O.* du 7 janvier 1975 et rectificatif au *J.O.* du 25 janvier 1978) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Circulaire n° 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (version zéro).

Version 1 de la classification des groupes homogènes de malades : fascicule spécial n° 92-9 bis du Bulletin officiel.

Version 2 de la classification des groupes homogènes de malades : fascicule spécial n° 94-2 bis du Bulletin Officiel.

Circulaire n° 245 du 21 avril 1988 relative à la classification des infections par le virus de l'immunodéficience humaine.

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

Circulaire n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

¹ Abroge l'arrêté du 3 octobre 1985 (*J.O.* du 16 octobre 1985) autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public.

² Abroge la circulaire n° 119 du 4 octobre 1985 de la Direction des hôpitaux, relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.).

Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière : fascicule spécial n° S8-14 bis du Bulletin officiel.

Circulaire n° 325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public.

Circulaire n° 90-07 du 11 avril 1990 relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie.

Circulaire n° 23 du 19 avril 1991 relative aux systèmes d'information et à l'informatique hospitalière.

Circulaire n° 45 du 9 juillet 1991 relative aux Groupes régionaux d'animation sur l'information hospitalière.

Circulaire n° 56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre les représentants de l'État et les établissements hospitaliers.

Circulaire n° OS du 28 février 1992 : appel de candidature relatif à la constitution d'une base de données sur les coûts des activités médicales.

ARRÊTÉ du 27 juillet 1992 (*J.O.* du 7 août 1992) créant un traitement informatique national des résumés de sortie standardisés et des résumés standardisés de facturation transmis par certains établissements hospitaliers privés conventionnés relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

ARRÊTÉ du 23 juin 1994 (*J.O.* du 2 juillet 1994) créant un traitement national informatisé dans la région Languedoc-Roussillon destiné à l'expérimentation de modes d'allocation de ressources aux établissements de santé, fondés sur l'activité.

Circulaire n° 94 du 22 juillet 1994 relative à la réalisation d'une enquête auprès d'établissements publics et privés ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation.

ANNEXE XII

GLOSSAIRE DES SIGLES

CMD : catégorie majeure de diagnostics

COTRIM : comité technique régional de l'information médicale

CRIM : cellule régionale d'information médicale

DIM : département d'information médicale

FG : fonction groupage

GENRSA : logiciel générateur de RSA

GHM : groupe homogène de malade

MAHOS : logiciel Mesure de l'activité hospitalière

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

ISA : indice synthétique d'activité

RSA : résumé de sortie anonyme

RSS : résumé de sortie standardisé

RUM : résumé d'unité médicale

SAE : statistique annuelle des établissements

