https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhospmsi-n-2001-105-du-22-fevrier-2001-relative-aux-evolutions-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-dinformation-pour-lactivite-de-soins-de-suite-ou-de-readaptation-pmsi/
Circulaire DHOS/PMSI n° 2001-105 du 22 février 2001 relative aux évolutions du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité de soins de suite ou de réadaptation (PMSI/SSR) des établissements financés par dotation globale
22/02/2001
Code de la santé publique, article L. 710-6 ;
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 publics et privés ;
Arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil, au traitement des données d'activité médicale, visées à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale visés par l'article L. 710-16-1 du même code, et à la transmission, visée à l'article L. 710-7 du code de la santé publique, aux agences régionales de l'hospitalisation et à l'Etat, d'informations issues de ce traitement ;
Arrêté du 20 septembre 1999 relatif au traitement national automatisé d'informations médico-économiques des établissements de santé financés par dotation globale, utilisées pour construire une échelle de coûts relatifs par groupes homogènes de journées s'agissant des soins de suite ou de réadaptation ;
Circulaire DHOS/SDAF/F 3 n° 2000-426 du 11 septembre 2000 relative à la mise en place du fonds pour la modernisation des cliniques privées et à ses conditions d'attribution ;
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 97-5 bis guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés, PMSI soins de suite ou de réadaptation ;
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 97-8 bis, manuel des groupes homogènes de journées, PMSI soins de suite ou de réadaptation ;
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 2000-13 bis, catalogue des activités de rééducation, PMSI soins de suite ou de réadaptation.
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé financés par dotation globale et disposant d'une activité en soins de suite ou de réadaptation ; à destination des présidents de conférence médicale d'établissement ; à destination des chefs de service des unités de soins de suite ou de réadaptation ; à destination des médecins responsables de l'information médicale de ces établissements
Le programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation (PMSI-SSR) constitue l'outil commun de description de l'activité hospitalière pour les établissements de soins de suite ou de réadaptation à travers les informations des résumés hebdomadaires anonymes (RHA) et des groupes homogènes de journée (GHJ). Outil totalement nouveau et de construction purement française, le PMSI-SSR comporte encore des imperfections et mérite des évolutions.
Un certain nombre de remarques, générales ou ponctuelles, sont avancées par les professionnels, à cet égard. Dans le souci de prendre en compte l'avis de ces professionnels, de les tenir informés de l'orientation des évolutions et de disposer d'interlocuteurs reconnus par leurs pairs pour les travaux techniques, un comité de liaison relatif au PMSI-SSR va être mis en place pour participer à l'évolution à moyen terme du PMSI-SSR. Ce comité assurera une meilleure visibilité des travaux en cours et leur conférera une légitimité garantissant l'acceptabilité des décisions prises. Il sera complété d'ateliers techniques destinés à développer certaines améliorations avec la participation des professionnels (les sujets de travail et les résultats étant présentés et discutés en comité de liaison). Deux ou trois réunions annuelles sont envisagées. Ce comité de liaison s'appuiera sur les représentants des établissements et les sociétés savantes.
A court terme, et en l'absence des données de coûts par GHJ (actuellement en cours de recueil) qui permettront de vérifier la réalité de la répartition des coûts et de valider les évolutions de la classification en GHJ, les modifications du PMSI-SSR pour l'année 2001 restent limitées ; elles sont présentées dans la note technique qui suit. Les modifications introduites par cette circulaire obéissent essentiellement au souci de convergence des outils utilisés en soins de suite ou de réadaptation avec ceux utilisés en soins de courte durée (PMSI-MCO) et à la prise en compte de quelques situations simples et bien identifiées.
Parallèlement, les utilisations régionales des données du PMSI-SSR pour l'analyse de l'activité et de l'offre de soins, en particulier dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire pour les soins de suite ou de réadaptation, seront recensées et diffusées en 2001, afin d'améliorer la lisibilité des données et de prendre en compte les besoins régionaux dans les évolutions de l'outil.
Date d'application : immédiate.
Pièces jointes (note technique et annexes) : Annexe 1 : modifications de la fonction groupage V1.2 (groupe supplémentaire, liste des codes pour les prises en charge clinique très lourdes [PCTL] et lourdes [PCL], liste des codes CIM-10 subdivisés et affectation dans l'algorithme, liste des codes imprécis interdits en finalité principale [FPP] et manifestation morbide principale [MMP], liste des codes d'erreurs de la fonction groupage) ; Annexe 2 : codes mouvements ; Annexe 3 : évolutions du catalogue des activités de rééducation réadaptation et index alphabétique ; Annexe 4 : étude nationale de coûts du PMSI-SSR (additif au guide de comptabilité analytique hospitalière pour les soins de suite ou de réadaptation, liste des établissements des études de coûts en soins de suite ou de réadaptation [SSR]) ; Annexe 5 : calendrier prévisionnel de mise à jour des produits logiciels du PMSI-SSR ; Annexe 6 : liste des documents utiles, format informatique du RHS ; Annexe 7 : liste des caractéristiques des codes de la CIM-10 (admis en FPP, MMP, AE, affectation des codes CIM-10 dans les listes d'entrée des catégories majeures cliniques [CMC]).
ANNEXES
EVOLUTIONS DU PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTÕMES D'INFORMATION POUR L'ACTIVITE DE SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION (PMSI-SSR) DES ETABLISSEMENTS FINANCES PAR DOTATION GLOBALE
Note technique et annexes
SOMMAIRE
NOTE TECHNIQUE
Fonction groupage
Chaînage
Codes mouvements, prestations inter-établissements
Catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR)
Etudes de coûts du PMSI-SSR
Utilisations des données
ANNEXES
Annexe I : modifications pour la fonction groupage 1.2
Annexe II : évolution des codes mouvements
Annexe III : évolutions du catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) avec index alphabétique
Annexe IV : études nationales de coûts par GHJ
Annexe V : calendrier prévisionnel de mise à jour des produits PMSI-SSR
Annexe VI : liste de documents utiles pour le PMSI-SSR
Annexe VII : caractéristiques des codes de la CIM-10 pour le PMSI-SSR (V1.2)
NOTE TECHNIQUE
I. - FONCTION GROUPAGE (cf. ANNEXE I)
La fonction groupage bénéficie d'une mise à jour, d'une part, pour intégrer certaines remarques faites par les utilisateurs et, d'autre part, pour améliorer la cohérence des outils entre le PMSI-SSR et le PMSI-MCO (mise à jour des tables), comme pour les subdivisions de codes CIM-10.
Mises à jour ponctuelles
Un GHJ est créé pour pallier rapidement une partie des difficultés rencontrées par la rééducation cardiaque (75 % des RHA dans le même GHJ n° 20). La période post-opératoire précoce (<21 jours), pour laquelle la présence médicale et le type de soins sont très différents de la rééducation classique mise en oeuvre ultérieurement, est individualisée. Les travaux conduits avec les médecins de centre de rééducation de la société française de cardiologie se poursuivent et déboucheront ultérieurement sur d'autres améliorations.
La rectification signalée dans la circulaire DH-PMSI n° 153 du 9 mars 1998 pour la catégorie majeure clinique (CMC) 'neuromusculaire' ne concerne que le document imprimé du Bulletin officiel (97-8 bis), la fonction groupage informatique étant correcte.
Les listes des codes diagnostics et d'actes médicaux classant en PCTL et PCL ont été révisées en particulier pour tenir compte des subdivisions de codes CIM-10 intégrés et de quelques cas particuliers signalés, comme l'utilisation systématique du code Z46.6 'prothèse et dispositif urinaire' pour tous les porteurs de sonde urinaire ou de pénilex. L'analyse de la base nationale de coûts par GHJ permettra d'affiner le contenu de cette liste (liste complète pour 2001e n annexe I).
Convergence MCO-SSR
Dans le souci de convergence des outils entre le PMSI en soins de courte durée (PMSI-MCO) et le PMSI-SSR, diverses évolutions sont intégrées pour améliorer la cohérence des outils informatiques et des règles de recueil.
Codes diagnostiques (CIM-10) :
* codes CIM-10 subdivisés pour le PMSI-MCO et affectation dans l'algorithme.
Les codes CIM-10 subdivisés par le PERNNS pour le PMSI-MCO sont donc intégrés dans le PMSI-SSR en 2001 et leur caractère classant précisé (cf. annexe 1).
En 2001, les codes pères de ces codes subdivisés restent classants, comme décrits dans le manuel des GHJ (Bulletin officiel 97-8 bis) ;
codes CIM-10 ajoutés et cohérence des tables CIM-10.
Dans la version informatique de la fonction groupage SSR (FG-SSR. 1.1), six codes ajoutés dans la CIM-10 et présents en MCO depuis 2000 sont intégrés en SSR en 2001. Il s'agit des codes :
E 16.4 'Sécrétion anormale de gastrine (syndrome de Zollinger-Ellison)' ; K 31.7 'Polype de l'estomac et du duodénum' ; K 63.6 'Polype du colon' ; K 75.4, 'Hépatite auto-immune' ; Z 52.6 'Donneur de foie' ; Z 52.7 'Donneur de coeur' ;codes CIM-10 imprécis interdits en finalité principale et manifestation morbide principale.
Comme pour le PMSI-MCO (FG 5.6) certains codes CIM-10 ne sont plus acceptés en finalité principale de prise en charge (FPP) ni en manifestation morbide principale (MMP). Il s'agit de codes subdivisés ou de codes trop imprécis (même liste que pour le PMSI-MCO, disponible sur le site Internet www,le-pmsi.fr et détaillée en annexe) ;correction de listes de codes Z en FPP/MMP.
Douze codes 'Z' (chapitre XXI) de la CIM-10 ont vu leur autorisation d'utilisation en FPP ou MMP révisée. Il s'agit des codes (détails en annexe 1) :
Z 30.1 ; Z 30.3 ; Z 52.0 ; Z 52.1 ; Z 52.2 ; Z 52.3 ; Z 52.4 ; Z 52.5 ; Z 52.6 ; Z 52.7 ; Z 52.8 ; Z 52.9 ;codes du chapitre XX de la CIM-10 (codes en V, W, X, Y).
A la demande des établissements, les codes du chapitre XX de la CIM-10 sont admis en diagnostics associés significatifs sous réserve qu'ils répondent bien à la définition de ces diagnostics telle qu'elle figure dans la guide méthodologique de production des RHS (B.O. 97-5 bis).
Si les établissements souhaitent recueillir des diagnostics à titre documentaire, ils peuvent, à cette fin, compléter leur système d'information, mais doivent respecter les règles de recueil du PMSI pour la partie qui est incluse dans le RHS.
Actes médicaux (CDAM) :
Le code diagnostic Z 46.6 'mise en place et ajustement d'un appareil urinaire' est supprimé de la liste des codes classant en PCL car ce code est utilisé systématiquement par certaines équipes pour les patients sous sondes urinaires ou pénilex.
L'intitulé du code D111 de la liste des actes classant en PTCL est précisé et devient 'utilisation de drogues vasoactive par voie veineuse en perfusion continue'.
A la demande des établissements, l'ensemble du CdAM est ouvert au codage en SSR dans la zone 'actes médicaux' du résumé hebdomadaire, sans générer d'erreur. Toutefois, ne peuvent être portés dans cette zone que des actes réalisés au cours de la semaine concernée et financièrement supportés par la structure (à l'exclusion des interventions précédant le séjour SSR ou d'actes non payés par l'établissement).
Si les établissements ont d'autres besoins en matière d'informations relatives aux actes, ils peuvent compléter leur système d'information à cette fin, mais doivent respecter les règles de recueil du PMSI pour la partie qui est incluse dans le RHS.
N.B. - Lorsque la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM) remplacera l'actuel catalogue (CDAM), elle sera employée pour le PMSI-SSR comme pour le PMSI-MCO.
Logiciels
Conformément aux engagements pris par le ministère auprès des fabricants de logiciels PMSI, le CTIP (centre de traitement des informations du PMSI) ne diffusera plus gratuitement de logiciel de recueil PMSI-SSR (TS2R).
Les établissements doivent se procurer un logiciel auprès des fournisseurs de produits informatiques. Pour répondre aux besoins des petits établissements qui se contentent d'un logiciel de saisie simple et ont peu de moyens, le CTIP vend, pour une somme permettant de couvrir les coûts de mise à disposition, un logiciel minimal incorporant la version à jour de la fonction groupage.
Pour les établissements qui disposent déjà d'un logiciel du commerce, la mise à jour de la fonction groupage-SSR, version 1.2, est distribuée gratuitement à leur fabricant pour intégration.
N.B. - Selon la nature des contrats entre les établissements et leur fournisseur de logiciel, cette mise à jour pourra leur être facturée ou non.
Evolutions ultérieures
Les travaux conduits en 2001-2002 seront orientés vers une amélioration de la classification et en particulier du découpage en GHJ, en s'appuyant d'une part sur les propositions des sociétés savantes, d'autre part sur les données de coûts pour valider les hypothèses.
En parallèle, mais avec une visée à plus long terme, l'étude des possibilités de classification au séjour, pour tout ou partie du champ SSR, sera amorcée.
II. - CHAµNAGE
La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a admis le principe du chaînage des données issues du PMSI sous réserve que ce chaînage respecte l'anonymat des patients et n'utilise pas le numéro d'identification national (NIR). Le dispositif technique est en phase de test et sera appliqué sur les données d'activité du PMSI de l'année 2001 (MCO et SSR) ; une circulaire spécifique (à paraître au Bulletin officiel) précisera les éléments techniques liés à cette application.
L'application du module de génération de 'numéro de chaînage anonyme' se fera en fin de semestre, au moment de l'extraction des données par le logiciel GenRHA (version adaptée). La procédure qui sera alors à mettre en oeuvre se déroule en deux étapes :
* étape 1 : elle concerne le bureau des admissions et/ou frais de séjour, qui devra créer, à partir du fichier des 'numéros de sécurité sociale' des patients admis, un fichier de 'numéros anonymes' (le logiciel employé à cette fin, MAGIC (1) sera fourni aux établissements par la DHOS, en juin 2001). Le fichier obtenu devra être couplé au fichier des 'numéros administratifs' conférés à ces patients lors de leur admission. Le résultat de cette première étape est un fichier dénommé ANO-HOSP ;
* étape 2 : en utilisant une version adaptée de GenRHA, le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) devra mettre en relation le fichier ANO-HOSP, reçu du service des admissions et/ou frais de séjour et le fichier, élaboré par ses soins, qui opère la liaison entre le 'numéro de séjour SSR' du PMSI et le numéro administratif. Le fichier issu de GenRHA comporte l'identifiant anonyme, mais ne fait plus apparaître ni numéro administratif d'hospitalisation ni numéro de séjour SSR ; c'est ce fichier qui est transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation (2).
Le calendrier prévisionnel des mises à jour des logiciels du PMSI-SSR figure en annexe III. Le format officiel du RHS pour la fonction groupage et l'intégration dans le logiciel officiel GenRHA est rappelé en annexe VI (il figurait déjà dans le document jaune distribué avec la disquette de GenRHA V 1 et sur le site Internet du PMSI www.le-pmsi.fr).
III. - CODES MOUVEMENTS, PRESTATIONS INTER-ETABLISSEMENTS
(cf. ANNEXE II)
Afin d'améliorer la description des filières de soins des précisions sont introduites dans les codes de mouvement. Ces modifications, facultatives en 2001, sont coordonnées avec les consignes du 'PMSI-MCO' et du 'PMSI-Psychiatrie'.
Mode d'entrée ou de sortie codé '0' (prestation inter-établissements, patients accueillis moins de 48 heures).
Les codes '0' de mouvements pour prestation entre établissements sur moins de 48 heures, n'ont d'utilité en SSR que pour des établissements SSR qui seraient prestataires de tels actes (hospitalisation en SSR de durée <[48 heures + délais de route], facturés à un autre établissement).
Pour les établissements SSR qui adressent leurs patients à d'autres établissements ou à la partie 'soins courte durée' de leur établissement pour des actes ou des bilans, il n'y a pas lieu de créer des mouvements supplémentaires :
* soit il y a clôture du séjour SSR et le mouvement est habituel (sortie/entrée transfert ou mutation pour les deux établissements) ;
* soit il y a simplement suspension de séjour, et les journées ne sont pas cochées (assimilées à des journées de permission).
Pour préciser certaines situations, notamment les sorties vers des structures jusqu'à présent assimilées au domicile dans le PMSI, des codes de provenance et destination supplémentaires sont introduits avec la mise à jour 1.2 de la fonction groupage. En 2001, l'utilisation de ces codes est recommandée, mais facultative, pour laisser aux établissements le temps d'adapter leur organisation de recueil et leurs logiciels. Ces codes sont sans incidence sur le groupage en GHJ, en revanche ils présentent un intérêt certain pour l'analyse des filières de soins, et seront ultérieurement rendus obligatoires.
Provenance/destination codée 5 : 'Service d'urgence' :
Correspond à un adressage directement par (ou à) un service d'urgence hospitalier, sans passage du patient par l'hospitalisation.
Ce code ne peut être utilisé qu'avec le mode d'entrée/sortie '8-domicile'.
Provenance/destination codée 6 : 'Hospitalisation à domicile' :
Correspond à une sortie (ou entrée) vers le (ou du) domicile avec prise en charge par une structure officielle d'hospitalisation à domicile.
Provenance/destination codée 7 : 'Structure d'hébergement médico-sociale' :
Correspond à une sortie (ou entrée) vers (ou de) une structure d'hébergement médico-sociale faisant office de logement permanent, donc assimilable au domicile. Il peut s'agir de structure d'hébergement pour personnes âgées (hors long séjour, déjà assimilée à un transfert) ou pour enfants handicapés ou pour adultes handicapés. Ces structures sont des structures d'hébergement avec une prise en charge médicalisée.
IV. - CATALOGUE DES ACTIVITES
DE REEDUCATION-READAPTATION (CDARR) (cf. ANNEXE III)
Evolutions du catalogue 2001 :
Les évolutions sont limitées et portent essentiellement sur une reformulation des intitulés et définitions des actes, car certaines variations de vocabulaire et de niveau de précision pourraient, dans certains cas, prêter à confusion.
Trois nouveaux codes ont été créés, dont deux pour la rééducation mécanique des personnes âgées et le troisième en bilan (suite à une réorganisation des codes) :
* PA 05 Rééducation d'un syndrome de post-chute chez la personne âgée (activité mécanique, sous chapitre 'activités spécifiques') ;
* PA 06 Rééducation d'un syndrome de régression motrice, avec ou sans rétropulsion, chez la personne âgée (activité Mécanique, sous chapitre 'activités spécifiques') ;
* PA 07 Bilan sensoriel (activité Bilans, sous chapitre 'bilans locomoteurs').
Dix codes ont été supprimés car ils ne constituaient pas des actes de rééducation (ex. soins de pédicurie RS05) ou avaient été déclinés pour différentes pathologies et sont regroupés sous le même code (cf. annexe III).
Consignes de recueil des temps /intervenant :
L'objectif du recueil des activités de rééducation-réadaptation pour le PMSI n'est pas de mesurer les temps de travail des intervenants de manière précise et exhaustive, mais d'obtenir des témoins discriminants de la consommation de ressources entre les patients, pour une séquence hebdomadaire donnée.
Les travaux entrepris jusqu'à présent n'ont pas permis de disposer d'un recueil par acte classant, protocole ou procédure de prise en charge et c'est par défaut que la notion quantitative de temps a été retenue. Ainsi, dans le groupage, la notion de temps n'intervient pas de manière proportionnelle mais uniquement en tant que seuil pour déterminer un des trois niveaux retenus (procédure de rééducation-réadaptation complexe, procédure de rééducation-réadaptation, niveau de base).
Les consignes de recueil des temps intervenants ne sont pratiquement pas modifiées.
Toutefois, il n'y a plus de seuil minimum à trente minutes hebdomadaires, pour le recueil d'une activité.
La liste des intervenants a été révisée et légèrement modifiée. Elle intègre les modifications signifiées par l'annexe IV de la circulaire DH/PMSI n° 98-153 du 9 mars 1998 et la Lettre des systèmes d'information médicalisés soins de suite ou de réadaptation n° 3 de décembre 1998. La cohérence avec les décrets de compétence et d'exercice professionnel s'y trouve confirmée ainsi que les limites acceptées pour les professionnels qui exercent des fonctions ne relevant pas d'un décret d'exercice dans le champ sanitaire.
Les infirmières et aides-soignantes, bien qu'elles réalisent des actes qui figurent au catalogue, ne sont pas encore intégrées au recueil des actes de rééducation-réadaptation pour le PMSI-SSR, car les charges liées à leur activité professionnelle sont déjà appréciées par les items de dépendance et les diagnostics PMSI-SSR. Il s'agit d'une question de cohérence méthodologique dans la construction de la classification, et cela ne préjuge en aucune manière de leur qualification. Les établissements qui souhaitent valoriser plus précisément le travail infirmier doivent s'organiser pour mettre en place des recueils d'informations complémentaires propres aux infirmières.
L'étude nationale des coûts, qui déterminera la valeur moyenne des groupes prend en compte la totalité du temps de travail par catégorie d'intervenant et tient compte de la totalité des charges salariales pour ces intervenants. Une partie du temps de travail des intervenants n'est pas consacrée directement aux actes de rééducation et n'est pas déclarable dans le RHS ; cette partie, de proportion variable selon les professions, est cependant prise en compte dans le coût de la journée.
Rappel : la distinction entre acte collectif (à prendre en compte dans l'activité 'collective') et acte individuel en groupe (comptabilisé dans une des onze autres activités) doit être claire et respectée, car ces actes ne sont pas comptabilisés de la même manière.
Ne peuvent figurer comme temps collectif que les temps de séances collectives relevant d'un acte figurant dans le catalogue, réalisé par un intervenant rémunéré sur le budget sanitaire de l'établissement, admis pour cet acte dans la liste des intervenants, au cours de laquelle tous les patients effectuent le même programme. C'est le temps de la séance qui est compté pour chaque patient.
Pour les séances au cours desquelles un intervenant prend en charge plusieurs patients en même temps, chaque patient suivant son programme personnalisé (ex. pouliethérapie). Alors l'intervenant détermine la part respective du temps de séance qu'il consacre à chaque patient (c'est la somme des temps pour les différents patients qui correspond au temps de soins déclaré). Bien évidemment cette pratique doit être compatible avec les règles de bonne pratique professionnelle et ne saurait concerner qu'un nombre très limité de patients pris en charge de manière concomitante (cf. arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, Journal officiel du 5 octobre 2000).
Travaux ultérieurs
En 2001 la refonte du CdARR est amorcée, pour tenir compte de nombreuses imperfections identifiées et utiliser une méthodologie moderne de libellés des actes (règles d'élaboration des libellés, notamment).
S'agissant des mesures ultérieures, la possibilité de compléter le CdARR d'un niveau plus agrégé de description des prises en charges de rééducation réadaptation sera envisagée pour alléger le recueil et s'affranchir de la 'mesure' du temps (recueil sous forme de type et nombre de séances par exemple).
V. - études de coûts du pmsi-ssr
Le PMSI-SSR est un outil médico-économique dont un des objectifs est de valoriser l'activité des établissements de soins de suite ou de réadaptation en fonction de la nature des cas pris en charge (casemix). A cette fin, un échantillon d'établissements fournit une analyse détaillée des coûts des semaines patients à partir d'un recueil hebdomadaire détaillé et enrichi, assorti d'une comptabilité analytique par patient. Cette étude permet à la fois d'établir une référence de coûts par GHJ et de disposer des éléments pour tester les conséquences, sur les coûts moyens, des propositions d'évolutions de la classification. Deux études sont actuellement engagées, l'une depuis juin 2000 dans le secteur financé par dotation globale, l'autre sera menée en 2001 avec des établissements sous Objectif Quantifié National.
Etude de coûts par GHJ pour les établissements financés par dotation globale (arrêté du 20 septembre 1999) :
42 établissements sous DGF ont participé au recueil en 2000, mais les premières données ne seront exploitables que dans le courant du second semestre 2001. Cette étude se poursuivra en 2001.
La participation à l'étude de coûts suppose un recueil plus précis des informations de nature médicale (soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) pour chaque RHS, temps de rééducation réadaptation détaillés par catégorie d'intervenant), et une répartition complète des charges de la comptabilité analytique sur les journées classées en GHJ, en particulier des dépenses individualisables par patient (médicaments coûteux, produits sanguins, transports, explorations fonctionnelles, imagerie, biologie). Une note sur l'ajustement de la comptabilité analytique pour les SSR figure en annexe IV.
La première ébauche d'une échelle de coûts par GHJ devrait être disponible fin 2001/début 2002 selon les délais de production par les établissements. Cette première échelle restera d'un usage purement indicatif.
La liste des établissements retenus en 2001 figure dans l'annexe IV.
Etude de coûts par GHJ pour les établissements sous OQN :
La méthodologie est la même, avec mise en oeuvre de la comptabilité analytique hospitalière et recueil du PMSI-SSR. Trente-cinq établissements sont engagés dans l'étude, au titre de leur activité 2001.
La liste des établissements retenus figure dans l'annexe IV.
VI. - utilisations des données
Les bases régionales et nationale sont constituées et la base nationale peut désormais être interrogée sur le site Internet du PMSI www.le-pmsi.fr.
Même en l'absence d'une échelle de pondération (en 'points ISA') les données peuvent, dès à présent, être utilisées pour analyser l'activité des établissements, en interne ou au niveau régional, à travers les catégories majeures cliniques (CMC) ou les groupes homogènes de journées (GHJ) mais également par l'étude des différentes informations des RHA (données démographiques, morbidité, dépendance, activités et temps de rééducation réadaptation).
La place essentielle occupée par le secteur des soins de suite ou de réadaptation dans les filières de soins, les réflexions actuelles sur les besoins et la planification de l'offre de soins en SSR et le développement des réseaux donnent au PMSI-SSR une vraie raison d'être en tant qu'outil descriptif et médicalisé de l'activité en SSR, sous réserve d'une utilisation pertinente (choix des indicateurs) qui tienne compte des limites de ce dispositif.
Un recensement des travaux en cours et des besoins sera fait auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des COTRIM (collèges techniques régionaux de l'information médicale), des collèges régionaux des médecins de l'information médicale et des conférences des présidents de CME, dans les prochaines semaines. Les résultats de cette enquête seront largement diffusés pour que les régions puissent tirer partie des travaux existants. Il sera tenu compte des lacunes en indicateurs pour adapter en conséquence le PMSI-SSR et la SAE (statistique d'activité des établissements).
ANNEXE I
MODIFICATIONS POUR LA FONCTION GROUPAGE 1.2
1. Création du GHJ n° 280
dans la CMC 11 cardio-vasculaire et respiratoire
Un GHJ supplémentaire (GHJ n° 280) est créé dans la Catégorie majeure clinique rééducation cardio-vasculaire et respiratoire (CMC n° 11), pour les patients adultes opérés depuis moins de 21 jours.
Il prend place dans l'algorithme entre le GHJ n° 14 'CMC 11 - âge 16 ans - PRR' et le GHJ n° 15 'CMC11 - âge 16 ans - affection respiratoires carcinologiques ou liées au VIH - dépendance physique 12'.
2. Correction du bulletin officiel 97-8 bis pour l'algorithme de la CMC 12
rééducation neuromusculaire (déjà signalée)
Nous rappelons la correction déjà signalée dans la circulaire DH-PMSI-98 n° 153 du 9 mars 1998 et qui ne concerne que le document-papier paru au Bulletin officiel (la fonction groupage informatique était correcte) :
Le schéma représentant l'arbre de décision au sein de la CMC Neuromusculaire page 65 du volume 2 du fascicule spécial du BO 97-8 bis comporte une inversion du test portant sur l'utilisation du fauteuil roulant ou assimilé ('FAUT.') par rapport au test portant sur le score de dépendance physique ('Dép.') :
Le test pour scinder en deux groupes (GHJ n° 25 et 26 décrits page 26 volume 2 du BO 97-8 bis) les patients <16 ans présentant un diagnostic de la liste '1201 - tétraplégies' et pas de prise en charge de rééducation réadaptation (pas de PRR), porte sur l'utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé et non sur le score de dépendance physique.
Le test pour scinder en deux groupes (GHJ n° 28 et 29 décrits page 26 volume 2 du BO 97-8 bis) les patients <16 ans présentant un diagnostic de la liste '1202 - déficiences cérébrales non traumatiques' et pas de prise en charge de rééducation réadaptation (pas de PRR), porte sur le score de dépendance physique et non sur l'utilisation d'un fauteuil roulant ou assimilé.
3. Evolutions des listes de codes classant en prise en charge clinique très lourdes (PCTL) et lourdes (PCL)
Modifications introduites en 2001 :
PCTL :
- ajouts de deux diagnostics, pas de modification sur les actes :
* Z 99.1 + 0 Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie ;
* Z 99.1 + 1 Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal.
PCL :
- ajouts de 16 diagnostics :
* L. 51.20 Syndrome de Lyell = 30 % de la surface corporelle ;
* N 18.0 Insuffisance rénale terminale ;
* T 20.7 Corrosion du 3e degré de la tête et du cou ;
* T 21.3 Brûlure du 3e degré du tronc ;
* T 21.7 Corrosion du 3e degré du tronc ;
* T 22.7 Corrosion du 3e degré de l'épaule et du membre supérieur sauf poignet et main ;
* T 23.7 Corrosion du 3e degré du poignet et de la main ;
* T 24.3 Brûlure du 3e degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied ;
* T 24.7 Corrosion du 3e degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied ;
* T 25.3 Brûlure du 3e degré de la cheville et du pied ;
* T 25.7 Corrosion du 3e degré de la cheville et du pied ;
* T 27.1 Brûlure comprenant le larynx et la trachée avec les poumons ;
* T 27.2 Brûlure d'autres parties des voies respiratoires ;
* T 27.4 Corrosion du larynx et de la trachée ;
* T 27.5 Corrosion comprenant le larynx et la trachée avec les poumons ;
* T 27.6 Corrosion d'autres parties des voies respiratoires ;
- précision de 6 diagnostics (codes subdivisés) :
* T 31.31 Brûlures entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps, 2e degré ou plus ;
* T 31.41 Brûlures entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps, 2e degré ou plus ;
* T 31.51 Brûlures entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps, 2e degré ou plus ;
* Z 94.80 Présence de greffe de moelle osseuse ;
* Z 94.81 Présence de greffes de pancréas ;
* Z 94.88 Présence de greffes d'organes et de tissus, autres.
Remarque T 27.3 et T 27.7 insuffisamment précis ne sont pas inclus dans la liste des PCL ;
- correction d'un diagnostic (intitulé erroné) :
- T 27.0 Brûlures du larynx et de la tranchée ;
- diagnostics retirés de la liste (11) :
- codes pères non subdivisés :
- T 31.3 Brûlures entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps ;
- T 31.4 Brûlures entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps ;
- T 31.5 Brûlures entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps ;
- Z 99.1 Dépendance envers un respirateur ;
- code imprécis, hétérogène :
- Z 46.6 Ajustement d'un appareil urinaire ;
- code de présence sans soins, ni surveillance ;
- Z 93.0 Présence de trachéostomie ;
- Z 93.1 Présence de gastrostomie ;
- Z 93.2 Présence d'iléostomie ;
- Z 93.4 Présence d'autres stomies de l'appareil digestif ;
- Z 93.5 Présence de cystostomie ;
- Z 93.6 Présence d'autres stomies de l'appareil urinaire.
LISTES COMPLÕTES
1. Eléments classants dans un groupe
'Prise en charge clinique très lourde' ('PCTL')
1.1. Diagnostics PCTL
Code libellé :
I 46.0 : Arrêt cardiaque réanimé avec succès ;
* Z 99.1 + 0 Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéo- stomie ;* Z 99.1 + 1 Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal ;
1.2. Actes médicaux PCTL : pas de modifications
sauf pour le libellé du code D111
D 102 : Entraînement à la ventilation à domicile ;
D 104 : Cathéter artériel pulmonaire : mise en place ou surveillance ;D 107 : Intubation : mise en place ou surveillance ;D 110 : Traitement d'un arrêt circulatoire ;K 546 : Massage cardiaque à thorax fermé ;D 111 : Utilisation de drogues vasoactives par voie veineuse en perfusion continue ;D 113 : Perfusion de dérivés sanguins volume supérieur à 1/2 masse sanguine en 24 heures (pour le nouveau-né volume supérieur à 40 ml/kg) ;D 117 : Alimentation parentérale au moins 35 kcal/j pendant au moins dix jours (pour le nouveau-né au moins 20 kcal/j) ;U 950 : Alimentation parentétérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte).
D 127 : monitorage de la pression intracrânienne.
F 125 : mesure instantanée de la pression intracrânienne (PIC).
F 126 : implantation d'un capteur extradural et enregistrement de la pression intracrânienne (PIC).
F 127 : implantation d'un capteur sous-dural et enregistrement de la pression intracrânienne (PIC).
F 128 : implantation d'un capteur intraventriculaire et enregistrement de la pression intracrânienne (PIC).
F 129 : autres sites d'implantation de capteur.
F 003 : implantation d'un capteur intracérébral et enregistrement de la pression intracrânienne (PIC).
D 171 : ventilation mécanique.
2. Eléments classants dans un groupe
'prise en charge clinique lourde' ('PCL')
2.1. Diagnostics PCL
Code libellé :
J 95.0 : fonctionnement défectueux d'une trachéotomie.
* L. 51.20 : syndrome de Lyell = 30 % de la surface corporelle.
N 99.5 : mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire.
* N 18.0 : insuffisance rénale terminale.
T 20.3 : brûlures au 3e degré de la tête et du cou.
* T 20.7 : corrosion du 3e degré de la tête et du cou.
* T 21.3 : brûlure du 3e degré du tronc.
* T 21.7 : corrosion du 3e degré du tronc.
T 22.3 : brûlures au 3e degré de l'épaule et du membre supérieur sauf poignet et main.
* T 22.7 : corrosion du 3e degré de l'épaule et du membre supérieur sauf poignet et main.
T 23.3 : brûlures au 3e degré du poignet et de la main.
* T 23.7 : corrosion du 3e degré du poignet et de la main.
* T 24.3 : brûlure du 3e degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied.
* T 24.7 : corrosion du 3e degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied.
* T 25.3 : brûlure du 3e degré de la cheville et du pied.
* T 25.7 : corrosion du 3e degré de la cheville et du pied.
* T 27.0 : brûlures du larynx et de la tranchée.
* T 27.1 : brûlure comprenant le larynx et la trachée avec les poumons.
* T 27.2 : brûlure d'autres parties des voies respiratoires.
* T 27.4 : corrosion du larynx et de la trachée.
* T 27.5 : corrosion comprenant le larynx et la trachée avec les poumons.
* T 27.6 : corrosion d'autres parties des voies respiratoires.
* T 31.31 : brûlures entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps, 2e degré ou plus.
* T 31.41 : brûlures entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps, 2e degré ou plus.
* T 31.51 : brûlures entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps, 2e degré ou plus.
T 31.6 : brûlures entre 60 et moins de 70 % de la surface du corps.
T 31.7 : brûlures entre 70 et moins de 80 % de la surface du corps.
T 31.8 : brûlures entre 80 et moins de 90 % de la surface du corps.
T 31.9 : brûlures couvrant 90 % ou plus de la surface du corps.
Z 43.0 : surveillance de trachéostomie.
Z 43.1 : surveillance de gastrostomie.
Z 43.2 : surveillance d'iléostomie.
Z 43.4 : surveillance d'autres stomies de l'appareil digestif.
Z 43.5 : surveillance de cystostomie.
Z 43.6 : surveillance d'autres stomies des voies urinaires.
Z 44.0 : ajustement d'un bras artificiel.
Z 44.1 : ajustement d'une jambe artificielle.
Z 44.8 : ajustement d'autres appareils de prothèse externe.
Z 45.1 : ajustement d'une pompe à perfusion.
Z 45.3 : ajustement d'une prothèse auditive implantée.
Z 46.5 : ajustement d'une iléostomie et autres dispositifs.
Z 49.1 : dialyse extra-corporelle ou SAI.
Z 49.2 : dialyses, NCA.
Z 51.1 : séance de chimiothérapie pour tumeur.
Z 51.3 : transfusion sanguine sans mention de diagnostic.
Z 94.0 : présence de greffe du rein.
Z 94.1 : présence de greffe du coeur.
Z 94.2 : présence de greffe de poumon.
Z 94.3 : présence de greffe de coeur et poumon.
Z 94.4 : présence de greffe de foie.
Z 94.8 : présence d'autres greffes d'organes et de tissus.
* Z 94.80 : présence de greffe de moelle osseuse.
* Z 94.81 : présence de greffes de pancréas.
* Z 94.88 : présence de greffes d'organes et de tissus, autres.
Z 96.0 : présence d'implants urogénitaux.
Z 96.3 : présence d'un larynx artificiel.
Z 96.4 : présence d'implants endocriniens.
Z 99.2 : dépendance envers une dialyse rénale.
2.2. Actes médicaux PCL
Code libellé :
D 100 : trachéotomie (mise en place ou surveillance).
J 829 : trachéotomie.
J 478 : révision de trachéotomie ou de trachéostomie.
D 101 : drains thoraciques/péricardiques (mise en place ou surveillance).
K 179 : pose d'un drain pleural.
K 208 : drainage pleural aspiratif.
K 420 : ponction péricardique.
K 209 : drainage aspiratif itératif.
D 103 : cathéter central ou désilet (mise en place ou surveillance ; pour le nouveau-né, cathéter Jonathan, Broviack, veineux, ombilical).
K 797 : mise en place d'un cathéter jugulaire interne.
K 798 : dénudation de veine jugulaire interne pour cathéter tunnelisé.
K 799 : mise en place d'un cathéter sous clavier.
K 848 : mise en place d'une chambre de perfusion par voie sous clavière.
K 979 : mise en place d'un système implantable pour chimiothérapie (port à cath.).
D 105 : cathéter artériel (mise en place ou surveillance ; pour le nouveau-né, cathéter ombilical, radial, temporal).
K 584 : mise en place d'un cathéter intra-artériel.
D 106 : sonde d'entraînement électrosystolique (mise en place ou surveillance).
K 492 : stimulation cardiaque temporaire par électrode endocavitaire.
K 493 : stimulation cardiaque temporaire par voie transoesophagienne.
K 318 : stimulation cardiaque temporaire par voie transcutanée.
K 319 : stimulation cardiaque temporaire par électrode épicardique.
D 109 : cardioversion.
N 038 : mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez l'homme.
N 039 : mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la fille.
N 040 : mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez le garçon.
N 042 : mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez l'homme.
N 043 : mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la fille.
N 044 : mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez le garçon.
N 045 : mise en place d'une prothèse endo-urétérale unilatérale par endoscopie chez la femme.
N 046 : mise en place d'une prothèse endo-urétérale unilatérale par endoscopie chez l'homme.
N 047 : mise en place d'une prothèse endo-urétérale bilatérale par endoscopie chez la femme.
N 048 : mise en place d'une prothèse endo-urétérale bilatérale par endoscopie chez l'homme.
N 096 : mise en place bilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la femme.
N 102 : mise en place unilatérale d'une sonde urétérale pour investigation et drainage chez la femme.
D 116 : réinstillation digestive.
D 118 : alimentation entérale (au moins 35 kcal/j pendant au moins dix jours) à débit constant.
U 951 : alimentation entérale (quel que soit l'apport calorique et la durée de réalisation de l'acte).
D 119 : réinjection d'ascite.
D 123 : cathéter sus-pubien (mise en place ou surveillance).
N 210 : changement de sonde de cystostomie.
N 219 : mise en place d'un cathéter sus-pubien.
D 130 : isolement d'un malade en chambre stérile ou isolateur.
D 129 : ponction lavage péritonéale.
D 170 : ventilation spontanée avec pression expiratoire positive (PEP) et CPAP.
D 172 : dialyse péritonéale continue ou hémofiltration continue.
L 054 : mise en place d'un cathéter pour dialyse péritonéale.
N 163 : hémofiltration.
N 164 : hémodiafiltration.
N 121 : séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë.
N 122 : séance d'hémodialyse en dehors de l'insuffisance rénale aiguë.
N 185 : biofiltration sans acétate.
D 177 : enfant sous incubateur.
4. Liste des codes subdivisés et affectation dans l'algorithme
Intégration dans la classification des GHJ des codes étendus par le PERNNS (le terme DE CMC x signifie ajouté à la liste des diagnostics d'entrée de la CMC x) :
A 63.00 : condylomes anaux (vénériens).
A 63.08 : autres condylomes ano-génitaux (vénériens).
B 24 + 0 : pré-sida (ARC), sans précision.
B 24 + 1 : sida avéré, sans précision.
B 24 + 9 : infection par le VIH, sans précision.
B 60.80 : microsporidiose extra-intestinale.
B 60.88 : maladie précisée due à d'autres protozoaires.
C 46.70 : sarcome de Kaposi de la sphère ORL.
C 46.71 : sarcome de Kaposi digestif.
Neuf codes précédents : DE CMC 15, les codes B 24 + 0 et + 1 sont également intégrés à la liste 2001.
C 46.72 : sarcome de Kaposi pulmonaire.
On pourrait s'interroger sur son intégration à la liste des DE de la CMC 11 et à la liste n° 1102. Mais dans la V 1 de la classification C 46.7 est un DE dans la CMC 15 e, t au stade de Kaposi pulmonaire, le problème n'est pas au poumon mais général (DE CMC 15).
C 46.78 : sarcome de Kaposi d'autres localisations (DE CMC 15).
G 83.8 + 0 : Locked-in syndrome.
G 83.8 + 8 : autres syndromes paralytiques précisés, non classés ailleurs.
Deux codes précédents : DE CMC 12 et liste 1801.
H 32.00 * : rétinite à cytomégalovirus (B 25.8).
H 32.01 * : rétinite à toxoplasma (B 58.0).
H 32.08 * : affections choriorétiniennes au cours d'autres maladies infectieuses et parasitaires classées ailleurs.
Trois codes précédents : CMC 14 + listes n° 1404 et n° 1801.
J 96.1 + 0 : insuffisance respiratoire chronique obstructive.
J 96.1 + 1 : insuffisance respiratoire chronique restrictive.
Deux codes précédents : DE CMC 11 + liste n° 1101.
K 23.80 * : oesophagite herpétique (B 00.8).
K 23.81 * : oesophagite à candida (B 37.8).
K 23.88 * : atteintes de l'oesophage au cours de maladies classées ailleurs, autres.
K 87.00 * : cholangite à cytomégalovirus (B 25.8).
K 87.08 * : atteinte de la vésicule biliaire et des voies biliaires au cours d'autres maladies classées ailleurs.
K 93.80 * : atteintes de la cavité buccale au cours de maladies classées ailleurs.
K 93.81 * : atteintes de l'estomac au cours de maladies classées ailleurs.
K 93.82 * : atteintes de l'intestin au cours de maladies classées ailleurs.
K 93.820 * : colite à cytomégalovirus (B 25.8).
K 93.828 * : atteintes de l'intestin au cours d'autres maladies classées ailleurs.
K 93.83 * : atteintes du rectum au cours de maladies classées ailleurs.
K 93.830 * : infection du rectum par le virus de l'herpès (A 60.1).
K 93.838 * : atteintes du rectum au cours d'autres maladies classées ailleurs.
K 93.84 * : atteintes de l'anus au cours de maladies classées ailleurs.
K 93.840 * : infection de l'anus par le virus de l'herpès (A 60.1).
K 93.848 * : atteintes de l'anus au cours d'autres maladies classées ailleurs.
K 93.88 * : atteintes d'organes digestifs autres, au cours de maladies classées ailleurs.
Dix-sept codes précédents : DE CMC 15, et liste n° 5001.
L 51.20 : épidermolyse nécrosante suraiguë (Lyell) avec décollement égal ou supérieur à 30 % (de la surface du corps) également inclus dans la liste des PCL (liste n° 2).
L 51.29 : épidermolyse nécrosante suraiguë (Lyell) avec décollement inférieur à 30 % (de la surface du corps) ou sans précision.
Deux codes précédents : DE CMC 14.
M 62.890 : rhabdomyolyse.
M 62.898 : autres atteintes musculaires précisées, non classées ailleurs - siège non précisé.
Deux codes précédents : DE CMC 16 + liste n° 1602.
N 01.70 : syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, avec dépôts d'IgA.
N 01.79 : syndrome néphritique d'évolution rapide avec glomérulonéphrite diffuse en croissant, autre ou sans précision.
N 02.00 : hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'IgA.
N 02.09 : hématurie récidivante et persistante avec anomalies glomérulaires mineures, autre ou sans précision.
N 02.10 : hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales avec dépôts d'IgA.
N 02.19 : hématurie récidivante et persistante avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre ou sans précision.
N 03.10 : syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, avec dépôts d'IgA.
N 03.19 : syndrome néphritique chronique avec lésions glomérulaires segmentaires et focales, autre ou sans précision.
N 03.30 : syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, avec dépôts d'IgA.
N 03.39 : syndrome néphritique chronique avec glomérulonéphrite proliférative mésangiale diffuse, autre ou sans précision.
N 03.80 : syndrome néphritique chronique avec autres lésions, avec dépôts d'IgA.
N 03.89 : syndrome néphritique chronique avec autres lésions morphologiques, autre et sans précision.
N 04.00 : syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, avec dépôts d'IgA.
N 04.09 : syndrome néphrotique avec anomalies glomérulaires mineures, autre ou sans précision.
Quatorze codes précédents : DE CMC 15.
P 36.00 : septicémie du nouveau-né à streptocoques, groupe B.
P 36.09 : infection du nouveau-né à streptocoques, groupe B.
P 36.10 : septicémie du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision.
P 36.19 : infection du nouveau-né à streptocoques, autres et sans précision.
P 36.20 : septicémie du nouveau-né à staphylocoques dorés.
P 36.29 : infection du nouveau-né à staphylocoques dorés.
P 36.30 : septicémie du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision.
P 36.39 : infection du nouveau-né à staphylocoques, autres et sans précision.
P 36.40 : septicémie du nouveau-né à Escherichia coli.
P 36.49 : infection du nouveau-né à Escherichia coli.
P 36.50 : septicémie du nouveau-né due à des anaérobies.
P 36.59 : infection du nouveau-né due à des anaérobies.
P 36.80 : autres septicémies du nouveau-né.
P 36.89 : autres infections bactériennes du nouveau-né.
P 36.90 : septicémie du nouveau-né, sans précision.
P 36.99 : infection bactérienne du nouveau-né, sans précision.
Seize codes précédents : DE CMC 60.
S 25.80 : lésion traumatique de la veine azygos.
S 25.88 : lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins du thorax sauf de la veine azygos.
S 37.800 : lésion traumatique de la glande surrénale, sans plaie intra-abdominale.
S 37.808 : lésion traumatique d'autres organes pelviens, sauf de la glande surrénale, sans plaie intra-pelvienne.
S 37.810 : lésion traumatique de la glande surrénale, avec plaie intra-abdominale.
S 37.818 : lésion traumatique d'autres organes pelviens, sauf de la glande surrénale, avec plaie intra-pelvienne.
S 38.10 : écrasement de la fesse.
S 38.18 : écrasement de parties autres de l'abdomen, des lombes et du bassin sauf de la fesse.
S 38.19 : écrasement de parties non précisées de l'abdomen, des lombes et du bassin.
Neuf codes précédents : DE CMC 15.
S 25.80 et 88 : également dans la liste 1703.
S 47 + 0 : écrasement de la région scapulaire.
S 47 + 8 : écrasement de parties autres et non précisées de l'épaule et du bras, sauf de la région scapulaire.
Deux codes précédents : DE CMC 17 + liste n° 1702.
T 31.30 : brûlures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps.
T 31.31 : brûlures du second degré ou plus, couvrant entre 30 et moins de 40 % de la surface du corps.
T 31.40 : brûlures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps.
T 31.41 : brûlures du second degré ou plus, couvrant entre 40 et moins de 50 % de la surface du corps.
T 31.50 : brûlures du premier degré, ou dont le degré n'est pas précisé, couvrant entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps.
T 31.51 : brûlures du second degré ou plus, couvrant entre 50 et moins de 60 % de la surface du corps.
Six codes précédents : liste n° 02 + DE CMC 17 + liste n° 1705.
T 314.30 et 31 : également dans la liste n° 1801.
Z 51.00 : préparation à une radiothérapie (non classant, non autorisé en FPP, MMP ou AE).
Z 51.01 : séance d'irradiation, DE CMC 60.
Z 75.80 : sujet adressé dans un autre établissement, pour réalisation d'un acte.
Z 75.88 : autres difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé, non classées ailleurs.
Non admis en finalité principale ou morbidité principale, non classant.
Z 94.80 : présence de greffe de moelle osseuse.
Z 94.81 : présence de greffe de pancréas.
Z 94.88 : présence de greffe d'organes et de tissus, autres.
Trois codes précédents : DE CMC 15.
Z 99.1 + 0 : dépendance envers un respirateur (ventilation par trachéostomie).
Z 99.1 + 1 : dépendance envers un respirateur (ventilation par masque nasal).
Z 99.1 + 8 : dépendance envers un respirateur (ventilation par un autre moyen).
Trois codes précédents : liste n° 02 + DE CMC 11.
Z 99.2 + 0 : dépendance envers une hémodialyse (rénale).
Z 99.2 + 1 : dépendance envers une dialyse péritonéale.
Z 99.2 + 8 : dépendance envers une dialyse rénale, autre.
Trois codes précédents : DE CMC 15.
Pour l'année 2001, les codes 'pères' (codes d'origine dans la CIM-10 avant subdivision) restent classants comme décrits dans la version du Bulletin officiel 97-8 bis).
5. Liste des codes imprécis interdits en FPP/MMP
A28.9 B97.8 H05.9 M24.9 M89.90 R69
A49.0 B99 H44.9 M24.90 M89.91 S00.9
A49.1 C26.9 H47.7 M24.91 M89.92 S01.9
A49.2 C39.9 H57.9 M24.92 M89.93 S02.9
A49.3 C49.9 H59.9 M24.93 M89.94 S02.90
A49.8 C75.9 H61.9 M24.94 M89.95 S02.91
A49.9 C96.9 H73.9 M24.95 M89.96 S03.5
A64 C97 H74.9 M24.96 M89.97 S09.9
B34.0 D01.9 H83.9 M24.97 M89.98 S19.9
B34.1 D02.4 H93.9 M24.98 M89.99 S22.9
B34.2 D09.9 H95.9 M24.99 M94.9 S22.90
B34.3 D14.4 I28.9 M25.9 M94.90 S22.91
B34.4 D15.9 I51.6 M25.90 M94.91 S27.9
B34.8 D16.9 I51.9 M25.91 M94.92 S27.90
B34.9 D19.9 I67.9 M25.92 M94.93 S27.91
B49 D35.9 I74.9 M25.93 M94.94 S29.9
B64 D36.9 I77.9 M25.94 M94.95 S30.9
B88.9 D37.9 I78.9 M25.95 M94.96 S36.9
B89 D38.6 I82.9 M25.96 M94.97 S36.90
B95.0 D44.9 I67.9 M25.97 M94.98 S36.91
B95.1 D48.9 I89.9 M25.98 M94.99 S37.9
B95.2 D69.9 I97.9 M25.99 M96.9 S37.90
B95.3 D72.9 I99 M62.9 N28.9 S37.91
B95.4 D73.9 J22 M62.90 N32.9 S38.19
B95.5 D75.9 J39.9 M62.91 N36.9 S39.9
B95.6 D89.9 J94.9 M62.92 N39.9 S49.9
B95.7 E07.9 J95.9 M62.93 N42.9 S59.9
B95.8 E10.8 J98.9 M62.94 N48.9 S69.9
B96.0 E11.8 K08.9 M62.95 N50.9 S79.9
B96.1 E12.8 K10.9 M62.96 N64.9 S89.9
B96.2 E13.8 K14.9 M62.97 N83.9 S99.9
B96.3 E14.8 K22.9 M62.98 N85.9 T00.0
B96.4 E21.5 K31.9 M62.99 N88.9
T00.1
B96.5 E23.7 K38.9 M79.9 N94.9 T00.8
B96.6 E27.9 K62.9 M79.90 N99.9 T00.9
B96.7 E32.9 K63.9 M79.91 O26.9 T01.0
B96.8 E34.9 K66.9 M79.92 O36.9 T01.1
B97.0 E88.9 K76.9 M79.93 P96.9 T01.8
B97.1 E89.9 K82.9 M79.94 Q18.9 T01.9
B97.2 F99 K83.9 M79.95 Q28.9 T02.0
B97.3 G52.9 K86.9 M79.96 Q34.9 T02.00
B97.4 G54.9 K91.9 M79.97 Q40.9 T02.01
B97.5 G93.9 K92.9 M79.98 Q45.9 T02.1
B97.6 G95.9 L94.9 M79.99 Q79.9 T02.10
B97.7 G96.9 L98.9 M89.9 Q89.9 T02.11
T02.7 T03.1 T11.9 T14.6 T83.9 Z37.4
T02.7 0T03.8 T13.9 T14.7 T84.9 Z37.5
T02.7 1T03.9 T14.0 T14.8 T85.9 Z37.6
T02.8 T04.0 T14.1 T14.9 T88.9 Z37.7
T02.80T04.1 T14.2 T19.9 Z04.9 Z37.9
T02.81T04.7 T14.20 T78.9 Z13.9 Z41.9
T02.9 T04.8 T14.21 T79.9 Z37.0 Z43.9
T02.90T04.9 T14.3 T80.9 Z37.1 Z46.9
T02.91T07 T14.4 T81.9 Z37.2 Z51.9
T03.0 T09.9 T14.5 T82.9 Z37.3 Z71.9
Les nouveaux codes Z51.00, Z75.80, Z75.88, Z52.6et Z52.7 ne sont pas classant non plus.
6. Liste d'affectation des codes CIM-10 dans les listes d'entrée des CMC (voir annexe 7)
7. Correction de listes pour les codes Z
O : utilisable dans la rubrique considérée
E : exceptionnellement utilisable
N : non utilisable.
CODES FPP MMP AE DAS
Z30.1 N N N O
Z30.3 E O N E
Z52.0 E O N O
Z52.1 E O N O
Z52.2 E O N O
Z52.3 E O N O
Z52.4 E O N O
Z52.5 E O N O
Z52.6 E O N O
Z52.7 E O N O
Z52.8 E O N O
Z52.9 E O N O
8. Codes CIM-10 ajoutés et cohérence des tables CIM-10
Dans la version informatique de la fonction groupage SSR FG SSR. 1.1, six codes ajoutés dans la CIM-10 et présents en MCO depuis 2000 sont intégrés en SSR en 2001. Il s'agit des codes :
E16.4 'Sécrétion anormale de gastrine (syndrome de Zollinger-Ellison) ;
K31.7 'Polype de l'estomac et du duodénum ;
K63.6 'Polype du colon' ;
K75.4, 'Hépatite auto-immune'.
Codes intégrés dans la liste des codes d'entrée de la CMC 15 'Viscéral'
Z52.6 'Donneur de foie' ;
et Z52.7 'Donneur de coeur'
intégrés dans les tables mais non classants en CMC.
9. Modifications du test pour l'affection étiologique
L'affection étiologique est obligatoire uniquement lorsque la finalité principale et la manifestation morbide principale sont deux codes Z non-classants en CMC. Il n'y aura donc plus de classement en GHJ d'erreur si un des deux codes Z est classant dans une CMC et qu'il n'y a pas d'affection étiologique.
10. Liste des codes d'erreurs du groupeur
LISTE DES CODES D'ERREUR DE LA FONCTION GROUPAGE PMSI-SSR
Code Libellé

Effet sur
le groupage
01 Numéro d'entité juridique (FINESS) : taille
incorrecte ou
non numérique
Non-bloquant
02 Numéro de SSR absent Bloquant
03 Numéro de SSR non numérique Bloquant
08 Type d'hospitalisation: absent ou non numérique Bloquant
09 Type d'hospitalisation erroné Bloquant
10 Date de naissance absente Bloquant
11 Date de naissance: taille incorrecte ou non
numérique

Bloquant
12 Date de naissance incohérente Bloquant
13 Date de naissance postérieure date d'entrée Bloquant
14 Date de naissance improbable par rapport à
l'année

d'entrée
Bloquant
15 Code sexe: absent ou non numérique Bloquant
16 Code sexe erroné Bloquant
17 Unité médicale absente Non-bloquant
18 Unité médicale non numérique Non-bloquant
19 Date d'entrée: absent ou mauvais format Bloquant
20 Date d'entrée incohérente Bloquant
21 Date système antérieure à la date d'entrée Non-bloquant
22 Date d'entrée < 1990 Non-bloquant
23 Mode d'entrée: absent ou non numérique Non-bloquant
24 Mode d'entrée erroné Non-bloquant
25 Provenance absente Non-bloquant
26 Provenance erronée Non-bloquant
27 Provenance incohérente Non-bloquant
28 Date de sortie absente Non-bloquant
29 Date de sortie: taille incorrecte Non-bloquant
30 Date de sortie non numérique Non-bloquant
31 Date de sortie incohérente Non-bloquant
32 RHS avec incohérence entre date de sortie et
date d'entrée Bloquant
33 Date système antérieure à la date de sortie Non-bloquant
34 Mode de sortie absent Non-bloquant
35 Mode de sortie non numérique Non-bloquant
36 Mode de sortie erroné Non-bloquant
37 Destination absente Non-bloquant
38 Destination erronée Non-bloquant
39 Destination incohérente Non-bloquant
40 Code postal absent Non-bloquant
41 Code postal non numérique Non-bloquant
42 Numéro de semaine: erreur sur numéro de
semaine Bloquant
43 Numéro de semaine: erreur sur année Bloquant
44 Numéro de semaine: année numéro < 1990 Non-bloquant
45 Numéro de semaine <numéro de semaine de la
date d'entrée Bloquant
46 Numéro de semaine numéro de semaine de la
date de sortie Bloquant
47 Indicateur de présence erroné Bloquant
48 Date de dernière intervention chirurgicale
incohérente Bloquant
49 Date de dernière intervention chirurgicale
postérieure à

la date d'entrée
Bloquant
50 Finalité principale de prise en charge: absente,
de format
incorrect ou introuvable
Bloquant
51 Finalité principale de prise en charge non 'Z' ou
appartenant à la liste des 'codes Z interdits'
en SSR
52 Finalité principale de prise en charge; codée par
un titre de catégorie, pas assez précis pour la
classification des GHJ Bloquant
53

Finalité principale de prise en charge incohérente Bloquant
54 Manifestation morbide principale absente Bloquant
55 Manifestation morbide principale: code interdit Bloquant
56 Manifestation morbide principale incohérente Bloquant
57 Manifestation morbide principale = finalité
principale de

prise en charge
Bloquant
58 Manifestation morbide principale: format
incorrect ou
introuvable
Bloquant
59 Manifestation morbide principale utilise un code
figurant
dans la liste des 'codes Z interdits'
en
SSR Bloquant
60 Manifestation morbide
principale
: codée par un
titre de
catégorie, pas assez précis pour la
classification des GHJ Bloquant
61 Manifestation morbide principale incohérente Bloquant
63 Affection étiologique: code interdit Bloquant
64 Affection étiologique = finalité principale de prise
en

charge ou manifestation morbide principale
Non-bloquant
65 Affection étiologique: format incorrect ou
introuvable Bloquant
66 Affection étiologique utilise un code figurant dans
la

liste des 'codes Z interdits' en SSR
Bloquant
67 Affection étiologique: codée par un titre de
catégorie,
pas assez précis pour la classification
des GHJ Bloquant
68 Affection étiologique incohérente Bloquant
70 Diagnostic associé significatif: format incorrect
ou

introuvable
Non-bloquant
71 Diagnostic associé significatif utilise un code
figurant
dans la liste des 'codes Z interdits'
en SSR Non-bloquant
72 Diagnostic associé significatif: codé par un titre
de catégorie, pas assez précis pour la
classification des GHJ Non-bloquant
73 Diagnostic associé significatif incohérent Non-bloquant
74 Nombre d'actes absent Bloquant
75 Nombre d'actes non numérique Bloquant
76 Nombre d'acte erroné Bloquant
77 Dépendance erronée Bloquant
78 Utilisation d'un fauteuil roulant: code erroné Bloquant
79 Temps d'activité de rééducation-réadaptation
absent Bloquant
80 Temps d'activité de rééducation-réadaptation
non numérique Bloquant
81 Code d'acte ne respectant pas le format CdAM Bloquant
82 Acte: n'existe pas dans le CdAM Bloquant
ANNEXE II
EVOLUTION DES CODES MOUVEMENTS
Cette évolution, sans incidence sur la fonction groupage est facultative pour 2001. Elle est faite à la demande des établissements qui souhaitent améliorer leur analyse des filières de soins. Elle est coordonnée avec le PMSI MCO et le PMSI-psychiatrie.
Les codes '0' d'entrée ou sortie pour prestation entre établissement sur moins de 48 heures, n'ont d'utilité en SSR que pour des établissements SSR qui seraient prestataires d'actes réalisés en hospitalisation en SSR, de durée < 48 heures, facturés à un autre établissement. Ce cas existe peut-être mais doit rester exceptionnel.
Pour les établissements SSR qui adressent leurs patients pour des actes à d'autres établissements ou à la partie 'soins de courte durée' de leur établissement,il n'y a pas lieu de créer des mouvements supplémentaires. Soit il y a clôture du séjour SSR et le mouvement est habituel (sortie/entrée transfert ou mutation) soit il y a simplement suspension de séjour et les journées ne sont pas cochées (assimilées à des journées de permission).
Pour préciser certaines situations, notamment les sorties vers des structures assimilées au domicile jusqu'à présent dans le PMSI, des codes de provenance et destination supplémentaires sont introduits avec la mise à jour 1.2 de la fonction groupage. L'utilisation de ces codes est facultative en 2001 car sans incidence sur le groupage en GHJ, en revanche, ils présentent un intérêt certain pour l'analyse des filières de soins et seront rendus ultérieurement obligatoires.
Provenance/destination codée 5 : 'service d'urgence'.
Correspond à un adressage directement par (ou à) un service d'urgence sans hospitalisation.
Ce code ne peut être utilisé qu'avec le mode d'entrée/sortie '8-domicile'.
Provenance/destination codée 6 : 'hospitalisation à domicile'.
Correspond à une sortie (ou entrée) vers le (ou de) domicile avec prise en charge par une structure officielle d'hospitalisation à domicile.
Provenance/destination codée 7 : 'structure d'hébergement médico-sociale'.
Correspond à une sortie (ou entrée) vers (ou de) une structure d'hébergement médico-sociale faisant office de logement permanent, donc assimilable au domicile. Il peut s'agir de structure d'hébergement pour personnes âgées, pour enfants handicapés ou pour adultes handicapés avec prise en charge sanitaire, hors long séjour.
Entrée/Sortie : codes '0' ajouté :
0 : hospitalisation pour un acte facturé à un autre établissement ;
6 : mutation (signification = même EJ) ;
7 : transferts (signification = autre EJ) ;
8 : 'domicile' (signification = hors secteur d'hospitalisation ou d'hébergement) ;
9 : décès (sortie).
Provenance/Destination : ajouts de 3 codes :
1 : courte durée ;
2 : SSR ;
3 : longue durée ;
4 : psychiatrie ;
5 : service d'urgence ;
6 : hospitalisation à domicile ;
7 : structure d'hébergement médico-sociale.
ANNEXE III
EVOLUTIONS DU CATALOGUE DES ACTIVITES DE REEDUCATION-READAPTATION (CDARR)
La nouvelle version du CDARR est publiée au Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial 2000-13bis. Elle peut être commandée auprès de la direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15, tél. : 01-40-58-78-78, télécopie : 01-45-79-17-84.
Nous présentons ici les principales modifications introduites.
Mise à jour du CDARR pour 2001
Mis au point dans le cadre de la médicalisation des systèmes d'information, ce catalogue des activités de rééducation réadaptation (CDARR) a pour objectif d'améliorer la description et la connaissance de l'activité hospitalière, en fournissant un outil de recueil d'informations sur la prise en charge des patients et l'activité hospitalière. Il a été développé pour le PMSI en soins de suite ou de réadaptation (PMSI-SSR) qui a une vocation médico-économique.
Ce catalogue peut être utilisé à deux niveaux :
* pour le PMSI-SSR, il est un outil témoignant du niveau de ressources consacrées au patient intégré dans le recueil hebdomadaire standardisé (RHS) ; le recueil des actes y figurant se fait selon les règles du guide méthodologique de production des RHS paru au Bulletin officiel ;
* d'une manière plus générale, pour les établissements et les acteurs de rééducation-réadaptation, il constitue un outil de description de leur activité. En fonction des besoins propres au système d'information de l'établissement et des caractéristiques de son système d'information, un enregistrement des actes et/ou un élargissement à des acteurs différents de la liste existant dans le guide méthodologique de production des RHS peut être mis en place.
Cette seconde version du catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CDARR) ne correspond qu'à une évolution limitée de la première version ; les modifications sont concentrées sur la terminologie employée, que ce soit pour les intitulés ou pour les définitions, alors que la structure du catalogue et les codes restent inchangés - en dehors de trois actes créés et de neuf actes supprimés.
Les évolutions ont été volontairement limitées, principalement pour deux raisons :
* le souhait de ne pas modifier profondément le recueil avant la construction de l'échelle de coûts du PMSI en soins de suites ou de réadaptation (SSR), privilégiant ainsi une certaine stabilité initiale de l'outil ;
* la nécessité d'une refonte en profondeur, pour remédier efficacement aux ambiguïtés ou aux difficultés identifiées à l'occasion de cette évolution. Une telle refonte demande des délais plus importants : il nous a paru nécessaire de prendre en compte, par cette version intermédiaire, certains défauts déjà identifiés.
Evolutions pour la version 2
Cette version est une version intermédiaire entre la première version élaborée en 1993-1994 et une refonte en profondeur qui devrait être engagée en 2001. Les modifications sont volontairement limitées et concentrées sur la terminologie employée.
Suppression et création d'actes :
A. - Dix actes ont été supprimés ; il s'agit :
d'un acte qui ne relève pas de la rééducation ou réadaptation :
(RS 05) Soins de pédicurie (activité 'mécanique', page 9 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui ne constituent pas un acte de rééducation-réadaptation ;d'actes qui font référence à une pathologie, alors qu'ils peuvent être décrits par d'autres actes existants, ou qui font doublon avec un autre : (BR 03) Contention : vêtements compressifs pour brûlés - pose (activité 'adaptation d'appareillage', page 31 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui est compris dans le code RL. 64 'pose de bandages et vêtements compressifs' ; (EF 01) Bilan de coordination de l'enfant (activité 'bilan', page 43 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui est compris dans le code RL, 11 'bilan de coordination' ; (PA 01) Bilan fonctionnel et orthopédique du pied et de la cheville (activité 'bilan', page 43 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui peut être codé avec les codes RL, 05, 07, 09 ; (PA 02) Bilan spécifique du rachis et de la ceinture scapulo-humérale (activité 'bilan', page 43 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui peut être codé avec les codes RL. 05, 09 ; (PA 03) Bilan sensitivo-moteur des chutes (activité 'bilan', page 43 du Bulletin officiel 97-6 bis) qui peut être codé avec les codes RL, 05, 09 ; (NU 05) Des techniques de relaxation et/ou apparentées en piscine dans le cadre d'une rééducation nutritionnelle (ancien code NU 05, page 19 du Bulletin officiel 97-6 bis), cet acte existant déjà sous le code DT 02 'entraînement à la relaxation et aux techniques apparentées en piscine' dans l'activité 'rééducation neuro-psychologique' ; (NU 06) Des activités physiques et sportives dans le cadre d'une rééducation nutritionnelle (page 19 du Bulletin officiel 97-6 bis), cet acte existe déjà sous le code SP 01 'réadaptation individuelle à l'effort' dans l'activité 'rééducation mécanique', ou SP02 dans l'activité 'collective' ; (NU 07) De la rééducation de la déglutition (à visée nutritionnelle) (page 19 du Bulletin officiel 97-6 bis), cet acte existant déjà sous le code RS 01 'rééducation de la déglutition' dans l'activité 'rééducation mécanique' ; (AA06) De la prise de mesure assistée par ordinateur - CFAO (page 32 du Bulletin officiel 97-6 bis), cet acte existant déjà et devant être codé AA 05 'prise de mesure'.
B. - Trois codes ont été créés :
PA 05 Rééducation d'un syndrome postchute chez la personne âgée (activité mécanique, sous chapitre 'activités spécifiques') ;
PA 06 Rééducation d'un syndrome de régression motrice, avec ou sans rétropulsion, chez la personne âgée (activité mécanique, sous chapitre 'activités spécifiques').
PA 07 Bilan sensoriel (activité bilans, sous chapitre 'bilans locomoteurs').
Réorganisation du catalogue
A. - Deux actes changent d'activité de référence et passent de l'activité 'bilan' à l'activité 'Réadaptation' :
BN 04 Intervention ergonomique sur une situation de travail ;
BN 05 Médiation avec l'employeur et/ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi.
B. - Les sous-chapitres ont été légèrement remaniés pour les activités
'mécanique', 'bilan' et réadaptation-réinsertion'
Liste des intervenants
La liste des intervenants intègre les modifications signifiées par l'annexe 4 de la circulaire DH/PMSI/98 n° 153 du 9 mars 1998 et la Lettre des systèmes d'information médicalisés soins de suite ou de réadaptation n° 3 de décembre 1998. La cohérence avec les décrets de compétence et d'exercice professionnel s'y trouve confirmée ainsi que les limites acceptées pour les professionnels qui ont des fonctions ne relevant pas d'un décret d'exercice dans le champ sanitaire.
Les infirmières et aides-soignantes, bien qu'elles réalisent des actes qui figurent au catalogue, ne sont pas intégrées au recueil des actes de rééducation-réadaptation pour le PMSI-SSR car les charges liées à leur activité professionnelle sont appréciées par les items de dépendance et les diagnostics PMSI-SSR. Il s'agit d'une question de cohérence méthodologique dans la construction de la classification.
Consignes de recueil des actes et des activités
de rééducation-réadaptation
Prises en charge de rééducation-réadaptation.
La description des prises en charge de rééducation réadaptation pour le PMSI-SSR se fait dans deux dimensions : une dimension qualitative utilisant la notion d'activité et d'actes, et une dimension quantitative utilisant des temps.
L'objectif du recueil des activités de rééducation-réadaptation pour le PMSI n'est pas de mesurer les temps de travail des intervenants de manière précise et exhaustive, mais d'obtenir des témoins discriminants de la consommation de ressources entre les patients, pour une séquence hebdomadaire donnée.
Les travaux entrepris jusqu'à présent n'ont pas permis de disposer d'un recueil par protocole ou procédure de prise en charge, et c'est par défaut que la notion quantitative de temps a été retenue. Ainsi, dans le groupage, la notion de temps n'intervient pas de manière proportionnelle mais uniquement en tant que seuil pour déterminer un des trois niveaux retenus (procédure de rééducation-réadaptation complexe, procédure de rééducation-réadaptation, niveau de base).
1. Une 'activité de rééducation-réadaptation'
est définie par une liste fermée d"actes'
Chaque 'activité de rééducation-réadaptation' est définie par une liste fermée d"actes'.
Par exemple, il y a 'rééducation respiratoire et cardio-vasculaire' si au moins un des actes suivants est réalisé :
désencombrement respiratoire ;
aspiration bucco-pharyngée et translaryngée ; ventilation dirigée ; ventilation assistée par orthèse ou contrôlée par prothèse ; réentraînement à l'effort ; surveillance télémétrique ;les 'actes de rééducation-réadaptation' sont exclusifs : un 'acte' appartient à une et une seule 'activité'.chaque 'acte' a une définition :
Par exemple, surveillance télémétrique : 'Transmission d'ECG par télémétrie VHF à une station de surveillance centrale (1 à 4 dérivations) sous surveillance médicale.'
2. Le 'temps intervenant' hebdomadaire
par 'activité de rééducation-réadaptation'
Pour chacune des 'activités de rééducation-réadaptation', indiquer l'intensité de 'temps intervenant' hebdomadaire.
Le temps hebdomadaire est exprimé en minutes, par tranche de 5 minutes.
Par exemple, saisir 40 minutes pour 38 minutes effectives dans la semaine.
Attention : la remarque figurant page 80 du BO 97-5 bis (guide méthodologique de production des RHS) n'est plus valide.
Toutes les activités de rééducation réadaptation qui ont été réalisées par des personnels remplissant les conditions de déclaration du temps dans le PMSI-SSR doivent être recueillies, même si elles n'excèdent pas 30 minutes dans la semaine.
Un acte qui ne figure pas dans le CdARR ne peut pas faire l'objet de l'enregistrement de temps dans le RHS.
Même en l'absence d'effet sur le groupage, il est recommandé d'enregistrer le temps pour toutes les activités, y compris lorsqu'il le temps hebdomadaire n'atteint pas 30 minutes et pour les activités non classantes. En effet, le PMSI a des utilisations, en analyse d'activité, qui vont bien au-delà des seuls GHJ, et l'établissement risquerait de se pénaliser en n'enregistrant pas une partie de ses techniques de prise en charge.
Seul le 'temps intervenant' consacré individuellement au patient et en sa présence, est déclaré. En cas de prise en charge individualisée en petit groupe (ex. pouliethérapie), c'est bien le temps individuel qui est déclaré, la somme des temps individuels ne pouvant être supérieur au temps de la séance du groupe.
Cette règle admet deux exceptions :
* pour l'activité 'collective', le temps déclaré est le temps de présence du patient à la séance et non le temps de l'intervenant (la somme des temps individuels sera égale au temps de la séance multiplié par le nombre de patients) ;
* pour les activités de 'réadaptation-réinsertion' et 'd'adaptation d'appareillage', certains actes peuvent être pris en compte même en dehors de la présence du patient.
Lorsque plusieurs intervenants participent à la prise en charge d'un même patient, les 'temps intervenant' d'une 'activité de rééducation-réadaptation' se cumulent (que les intervenants se succèdent auprès du patient ou qu'ils opèrent ensemble).
En cas de mutation entre deux unités de SSR du même établissement, le 'temps intervenant' de rééducation-réadaptation réalisé au cours de la journée de mutation est imputé, par convention, sur le RHS de l'unité d'accueil du patient (et non sur celui de l'unité que quitte le patient), en cohérence avec la déclaration des journées de présence.
Les prises en charge de rééducation-réadaptation ne sont pas recueillies par 'acte' sur le résumé hebdomadaire standardisé mais uniquement par minutes de temps intervenant. Si plusieurs 'actes' relevant d'une même 'activité' sont réalisés pour un patient au cours d'une semaine, les 'temps intervenant' relatifs à chacun de ces actes sont cumulés et affectés à l"activité' dont ils relèvent. Un établissement peut décider d'organiser, dans son système d'information interne, un recueil par acte ; il devra tout de même produire des temps cumulés par activité, pour les RHS.
Rappel : le 'temps intervenant', solution adoptée pour l'instant par défaut dans le PMSI-SSR, n'est en réalité ni le temps de soins dont bénéficie le patient, ni le temps de travail des intervenants, c'est une mesure propre au PMSI.
L'étude nationale des coûts étudie la totalité du temps de travail par catégorie d'intervenant et tient compte de la totalité des charges salariales pour ces intervenants. Le temps de travail qui n'est pas passé directement en acte de rééducation et qui n'est pas déclarable dans le RHS est donc bien pris en compte dans le coût de la journée.
3. Type d'intervenants
Le 'temps intervenant' est pris en compte pour tous les 'types d'intervenants' de rééducation-réadaptation (au sens large) si et seulement si ceux-ci remplissent deux conditions obligatoires :
1) L'intervenant est rémunéré par la structure sur une dotation sanitaire.
Par exemple, les 'temps intervenant' d'enseignants rémunérés par l'éducation nationale ne sont pas pris en compte, l'activité des élèves-stagiaires non rémunérés non plus.
2) L'intervenant a une qualification (diplôme) lui permettant de faire partie de la liste suivante et de pratiquer légalement l'acte qu'il réalise (décret d'exercice) :
masseur-kinésithérapeute ;
ergothérapeute ;orthoprothésiste ;orthophoniste ;orthoptiste ;pédicure-podologue ;podo-orthésiste ;manipulateur d'électro-radiologie ;médecin (ou médecin en formation) ;psychologue ;neuropsycho-rééducateur(trice) ;psychomotricien(ne) ;diététicien(ne) ;éducateur(trice) spécialisé(e) ;éducateur(trice) de jeunes enfants ;éducateur(trice) sportif(ve) ;animateur(trice) ;ergonome ;moniteur(trice) d'atelier ;moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents ;psychotechnicien(ne) ;assistant(e) de service social ;conseiller(e) en économie sociale et familiale ;enseignant(e) (enseignant[e] général[e], prof., techno. EPS) ;instituteur(trice) spécialisé(e) CAEI ;documentaliste ;moniteur(trice) auto-école.
Remarque : a été ajouté : moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents ; ont été supprimés les chargés d'emploi et les conseillers du travail chargés d'emploi.
Il faut distinguer 3 catégories d'intervenants :
les professionnels de rééducation : les professions de rééducation bénéficient d'un décret d'exercice professionnel qui en précise les limites ;
les personnels bénéficiant d'une qualification à caractère sanitaire : une qualification est obtenue par un diplôme officiel, cette qualification est généralement ciblée sur certaines activités, voire un nombre limité d'actes du CdARR ;
- les professionnels occupant une fonction : une fonction fait référence à des activités auprès des malades, sans précision sur la qualification du professionnel ; en l'absence de diplôme, seuls quelques actes du CdARR peuvent être déclarés. Lorsque le professionnel est diplômé, les actes sont rattachés à la qualification correspondante.
[Tableau : cf. document original]
4. Le 'type d'intervenant' n'est pas renseigné dans le RHS
Dans un souci de qualité des soins et de conformité à la réglementation sur les compétences et les exercices professionnels, seuls les professionnels qualifiés pour réaliser un acte peuvent déclarer le temps correspondant dans le RHS.
Cette mesure évite également que les établissements qui ne disposent pas de personnel qualifié voient leur activité valorisée au même niveau que ceux qui emploient du personnel qualifié, ce qui aurait un effet contre-incitatif à la qualification des intervenants. Pour autant, le PMSI n'a pas vocation à produire une norme sur le niveau de qualification des intervenants derééducation-réadaptation (cf. les décrets spécialisés). Au reste, le recueil devrait, à terme, se concentrer sur les prises en charge réalisées, la validation de la qualification des intervenants étant à la charge des structures d'accréditation ou de contrôle des établissements.
Rappel : le PMSI constate l'activité réalisée par un personnel qualifié et rémunéré, il ne saurait raisonner en soins requis.
Index alphabétique CdARR
[Tableau : cf. document original]
ANNEXE IV
ETUDES NATIONALES DE COŸTS PAR GHJ
Additif au guide de comptabilité analytique hospitalière pour les soins de suite ou de réadaptation
1. Création/suppression de SAC (section d'analyse clinique)
Les modifications suivantes ont été adoptées :
ajouter une SAC 923.620.8 'Rééducation des grands brûlés' ;
créer une SA pour chaque sous-section SSR : adultes, enfants.
Ce qui reviendra à créer les déclinaisons suivantes :
923.620 RRF adultes ; 923.620.0 'rééducation fonctionnelle et réadaptation polyvalente adultes' ;
923.621 RRF enfants ; 923.621.0 'rééducation fonctionnelle et réadaptation polyvalente enfants' ;
* créer dans la SA 923.67 post-cures 2 sous-sections : 923.670 post-cures ; 0 post-cures pour alcooliques ; 1 post-cures pour malades mentaux ; 2 post-cures pour toxicomanes ; 923.671 post-cures et sevrages ; 0 post-cures et sevrages pour alcooliques ; 1 post-cures et sevrages pour malades mentaux ; 2 post-cures et sevrages pour toxicomanes ;
* créer une SAC de consultation SSR différenciée sous le numéro 923.492 ;
* supprimer la SAC 923.610.6 'accueil de l'enfant accompagnant la mère convalescente' ; les charges relatives à cette prise en charge seront rattachées à une des sections 920.074. 'sections annexes'.
2. Découpage de la SAMT (section d'analyse médico-technique
922.5 'Réadaptation/rééducation fonctionnelle polyvalente'
Le découpage proposé par le guide de comptabilité analytique hospitalière a été revu :
922.50 rééducation :
922.500 kinésithérapie ;
922.501 balnéothérapie ;
922.502 orthophonie ;
922.503 orthoptie ;
922.504 nutrition ;
922.505 ergothérapie ;
922.506 psychologie ;
922.507 psychomotricité ;
922.51 réadaptation :
A cette section seront rattachés les intervenants suivants :
assistante sociale ;
ergonome et chargé d'emploi ;conseiller du travail chargé d'emploi ;conseiller économique, social et familial ;éducateur ;moniteur-éducateur ;moniteur d'atelier ;moniteur d'auto-école ;éducateur sportif ;animateur.
Il appartiendra à l'établissement si son système d'information le lui permet de créer des sous sections d'analyse :
922.52 autres techniques :
Pédicure/podologue, podo-orthésiste, neuropsychorééducateur, psychotechnicien.
Il est envisagé d'utiliser une double clé de répartition des dépenses des SAMT de rééducation/réadaptation :
- une part des dépenses (*) serait ventilée selon la consommation individualisée de minutes PMSI par RHS ;
(*) Cette part serait déterminée par le rapport pour chaque section d'analyse : minutes PMSI de la SAMT, minutes ETP de la SAMT.
- la part restante serait ventilée selon une clé plus globale sur les RHS (journée par exemple).
3. Atelier de fabrication d'appareillage
Les établissements de l'ENC qui disposent d'un atelier d'appareillage devront sur le second semestre 2000 recenser les différents types d'appareillage qu'ils réalisent ainsi que le temps de fabrication et la consommation de matières premières pour chaque type d'appareillage. Parallèlement sera isolée une section d'analyse 'atelier de fabrication d'appareillage' qui recensera les dépenses habituelles (personnel, amortissement).
Cette méthode permettra d'évaluer le coût moyen de chaque type d'appareillage. L'établissement effectuera par ailleurs un suivi individualisé de ces appareillages. Win Salvator SSR permettra de faire la distinction entre les appareillages achetés à l'extérieur de l'établissement et ceux fabriqués dans la structure.
4. Dépenses de couches - Produits diététiques
Les dépenses de couches sont des fournitures hôtelières et restent ventilées en logistique générale.
Concernant les dépenses de produits diététiques, elles demeurent des fournitures hôtelières. Il est toutefois envisagé que certains établissements spécialisés puissent suivre leur consommation individualisée de produits diététiques. Le second semestre 2000 pourrait être mis à profit pour définir une liste exhaustive de ces produits et fixer un seuil au-delà duquel ils seront suivis par RHS.
5. Dépenses de transport
Les dépenses de transport sont ventilées en logistique générale comme le définit le guide.
6. Dépenses relatives aux écoles
Le personnel des écoles est financé soit par la dotation globale, soit par l'éducation nationale ; afin d'éviter des distorsions de financement entre établissements, ces dépenses seront exclues de l'échelle de coûts ce qui donnera lieu à une valorisation supplémentaire.
Il appartiendra donc aux établissements d'isoler ces dépenses dès l'étape 1 des retraitements de la comptabilité analytique en les traitant en charges non incorporables.
7. Charges sociales dans PSPH
Afin d'évaluer le différentiel des charges sociales entre établissements publics de santé et PSPH, il est demandé aux établissements d'isoler la part relative aux charges dans les dépenses de personnel.
8. Syndicats
Les charges relatives au personnel mis à disposition des syndicats au moins à mi-temps seront traitées en charges non incorporables. En deçà, elles seront traitées en gestion générale.
9. Demi-journée d'intérêt général
Ces dépenses restent à la charge de l'établissement sauf s'il existe une convention financière spécifique.
LISTE DES ETABLISSEMENTS DE L'ETUDE NATIONALE DE COŸTS PAR GHJ POUR LES ETABLISSEMENTS FINANCES PAR DOTATION GLOBALE (ARRÏTE DU 20 SEPTEMBRE 1999)
Hôpital local, 17, rue de l'Hospice, 11300 Limoux.
L'Angélus, 86-88, chemin du Roucas-Blanc, 13007 Marseille.
Hôpital La Musse, BP 119, 27180 Saint-Sébastien-de-Morsent.
Centre hospitalier universitaire, 5, rue Hoche, 30000 Nîmes.
Centre pédiatrique de rééducation et réadaptation fonctionnelles de Roquetaillade, 32550 Montégut.
Institut Saint-Pierre, 34250 Palavas-les-Flots Cedex.
Centre hospitalier Louis-Sevestre, 37390 La Membrolle-Choisille.
Le Repos-de-Virieu, rue de la Gare, 38730 Virieu-sur-Bourbre.
Centre hospitalier, avenue Croustadt, 40024 Mont-de-Marsan Cedex.
Centre Hospitalier, boulevard Yves-du-Manoir, BP 323, 40107 Dax Cedex.
Centre Médical d'Oussoulx, commune de Couteuges, 43230 Paulhaguet Cedex.
Centre marin de Pen-Bron, rééducation, réadaptation fonctionnelle, 44420 La Turballe.
CRF la Roseraie, 46240 Montfaucon.
Centre de Kerpape, BP 78 56275 PLOEMEUR Cedex.
Centre de médecine physique et de réadaptation pour enfants de Bois Larris, BP 67, 60260 Lamorlaye.
Groupe Hopale, rue du Docteur-Calot, 62601 Berck-sur-Mer.
Centre de rééducation fonctionnelle Notre-Dame, 4, avenue Joseph-Claussat, BP 86, 63404 Chamalières Cedex.
La Perle-Cerdane, 66344 Osseja Cedex.
Centre Les Escaldes, 66760 Angoustrine-sur-Villeneuve-des-Escaldes.
Hôpitaux civils de Colmar, 39, avenue de la Liberté, 68024 Colmar Cedex.
Hôpital Henry-Gabrielle (hospices civils de Lyon), route de Vourles, BP 57, 69565 Sain-Genis-Laval Cedex.
Hôpital des Charpennes (hospices civils de Lyon) 27, rue Gabriel-Péri, BP 2075, 69603 Villeurbanne Cedex.
Centre médical de l'Argentière-Aveize, 69610 Sainte-Foy-L'Argentière.
CRRF de Mardor, 71490 Couches.
Centre de l'Arche 1, boulevard de Maule, 72650 Saint-Saturnin.
Château de Brolles, rue Alfred-Roll, 77590 Bois-le-Roi.
Pouponnière Clairefontaine, 158, rue de la Fontaine, 77630 Arbonne-la-Forêt.
Centre hospitalier, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay Cedex.
Hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir-Grignon, 220, rue Mansart, BP 190, 78375 Plaisir Cedex.
Centre hospitalier des Courses, 19 bis, avenue Eglé, 78600 Maisons-Laffitte, centre de pédiatrie et de rééducation, 78830 Bullion.
Centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet, 20, boulevard Maréchal-Foch, BP 417, 81108 Castres Cedex.
Hôpital Léon-Bérard, centre de rééducation fonctionnelle, BP 121, 83407 Hyères Cedex.
Hôpital national de Saint-Maurice, 14, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex.
Centre hospitalier spécialisé en pneumologie, 24, rue Albert-Thuret, 94669 Chevilly-Larue Cedex.
Centre thérapeutique, pédiatrique de Margency, 18, rue Roger-Salengro, BP 6, 95580 Margency Cedex.
Association Saint-François-d'Assise, 60, rue Bertin, BP 8401, 97476 Saint-Denis.
Assistance publique, hôpitaux de Paris (CRF de Garches, hôpital Charles-Foix, Centre Hélio-marin de Berck), avenue Victoria, 75003 Paris.
LISTE DES ETABLISSEMENTS DE L'ETUDE NATIONALE DE COŸTS PAR GHJ POUR LES ETABLISSEMENTS FINANCES SOUS OBJECTIF QUANTIFIE NATIONAL
Frères de Saint-Jean-de-Dieu, Sentheim (68), Alsace.
Primerose, Hossegor, Aquitaine.
Domaine Hauterive, Cenon (33), Aquitaine.
Les Grands Chênes, Bordeaux, Aquitaine.
Montpribat, Montfort (40), Aquitaine.
Grancher-Cyrano, Cambo-les-Bains (64), Aquitaine.
La Lande, Annesse-et-Beaul (24), Aquitaine.
La Velléda, Plancoët (22), Bretagne.
Les Buissonnets, Orléans, Centre.
La Reine-Blanche, Orléans, Centre.
Clinique de Livry-Sully, Livry-Gargan (93), Ile-de-France.
Jeanne d'Arc, Le Port, La Réunion.
Christina, Chalabre (11), Languedoc-Roussillon.
Le Floride, Le Barcarès (66), Languedoc-Roussillon.
Centre Ster, Lamalou-les-Bains (34), Languedoc-Roussillon.
Val-Pyrène, Osséjà (66), Languedoc-Roussillon.
La Solane, Osséjà (66), Languedoc-Roussillon.
Le Château, Villefranche-de-Lauragais, Midi-Pyrénées.
Maison Sainte-Marie, Toulouse, Midi-Pyrénées.
Château de Saussens, Saussens (31), Midi-Pyrénées.
Chateau de Vernhes, Bondigou (31), Midi-Pyrénées.
La Mitterie, Lomme (59), Nord - Pas-de-Calais.
Clinique La Providence, Villedieu-les-Poêles (50), Normandie.
Saint-Christophe, Bouc-Bel-Air (13), PACA.
Le Méditerrannée, La Roque-d'Anthéron, PACA.
La Séréna, Nice, PACA.
Le Colombier, Peypin (13), PACA.
Unité de diététique, Pégonas (06), PACA.
Les Garrigues, Ménerbes (84), PACA.
Notre-Dame-de-Bon-Voyage, La Ciotat, PACA.
Institut hélio-marin, Hyères, PACA.
La Sainte-Beaume, Nans-les-Pins (83), PACA.
Cardiocéan, Puilboreau (17), Poitou-Charentes.
Les Chênes, Plateau-d'Assy (74), Rhône-Alpes.
Les Bruyères, Létra (69), Rhône-Alpes.
ANNEXE V
CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE ± JOUR DES PRODUITS PMSI-SSR
Fonction Groupage FG-SSR V1.2 :
Livrée mi-mars 2001 aux fabricants. Le centre de traitement des données du PMSI (CTIP) diffuse à prix limité un logiciel de saisie et groupage du PMSI (CITRUS) proche de TS2R et actualisé avec les modifications V1.2.
MAHOS-SSR (pour les ARH) :
a) Mise à jour de mars 2001 (pour le traitement des données 2000) ; elle intègre :
- des références issues de la base nationale, pour que les établissements puissent se positionner ;
- le traitement des deux semestres additionnés (dissociés, car les données de 2000 ne sont pas chaînables,et sans extraction supplémentaire du premier semestre au second semestre) ;la possibilité de constituer des agrégats (base régionale et regroupements d'établissements) ;
b) Mise à jour septembre 2001, intègre :
- la mise à jour FG1.2 de la fonction groupage ;
- le chaînage pour le traitement des données du premeir semestre 2001 (avec FG1.2 et chaînage).
GENRHA (diffusée gratuitement et automatiquement aux établissements).
Pas de modifications pour le traitement des données 2000, qui sont extraites avec la version actuelle.
Nouvelle version diffusée aux établissements en juillet 2001 ; l'extraction qu'elle réalisera prendra en compte la mise à jour de la FG1.2 et le module de chaînage.
Site Internet :
En janvier 2001 : possibilité de composer des interrogations variées de la base nationale ou des bases régionales, pour disposer de références plus fines que le seul total de la base nationale.
Le calendrier de remontée des informations reste inchangé, avec transmission de chaque semestre au plus tard trois mois après la fin de semestre à l'ARH.
ANNEXE VI
LISTE DES DOCUMENTS UTILES POUR LE PMSI-SSR
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 publics et privés.
Arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil, au traitement des données d'activité médicale, visées à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale visés par l'article L. 710-16-1 du même code, et à la transmission, visée à l'article L. 710-7 du code de la santé publique, aux agences régionales de l'hospitalisation et à l'Etat, d'informations issues de ce traitement.
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 97-5 bis guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardises, PMSI soins de suite ou de réadaptation.
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 97-8 bis, manuel des groupes homogènes de journées, PMSI soins de suite ou de réadaptation.
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 2000-13 bis, catalogue des activités de rééducation, PMSI soins de suite ou de réadaptation.
Bulletin officiel solidarité santé, fascicule spécial n° 1997-2 bis, guide méthodologique de la comptabilité analytique hospitalière.
Guide de lecture des tableaux MAHOS-SSR (mission PMSI-DHOS-E3).
Guide d'amélioration continue de la qualité des données du PMSI-SSR (mission PMSI-DHOS-E3).
Site Internet : www.le-pmsi.fr.
Format informatique du RHS
(déjà diffusé avec le livret de GenRHA v1)
RHS non groupés
POSITION LIBELLE DES ZONES TAILLE REMARQUE
1-9 FINESS 9 FINESS
10-12 Numéro de version du format du RHS 3 M01
13-19 Numéro de séjour SSR 7
20 Type d'activité 1
21-40 Numéro administratif du patient 20
41-48 Date de naissance 8 JJMMAAAA
49 Sexe 1 1 = homme, 2 = femme
50-54 Code postal du lieu de résidence 5
55-62 Date d'entrée 8 JJMMAAAA
63 Mode d'entrée 1
64 Provenance (si mutation/transfert) 1
65-72 Date de sortie 8 JJMMAAAA
73 Mode de sortie 1
74 Destination (si mutation/transfert) 1
75-80 Numéro de la semaine 6 Semaine + année
81-85 Journées hors week-end 5 0 = absent 1 = présent
86-87 Journées week-end 2 0 = absent 1 = présent
88-91 Numéro unité médicale 4
92-99 Date de l'intervention chirurgicale 8 JJMMAAAA
100-105 Finalité de la prise en charge 6 OMS-CIM 10
106-111 Manifestation principale 6 OMS-CIM 10
112-117 Affection étiologique 6 OMS-CIM 10
118-123 Diagnostic associé n° 1 6 OMS-CIM 10
124-129 Diagnostic associé n° 2 6 OMS-CIM 10
130-135 Diagnostic associé n° 3 6 OMS-CIM 10
136-141 Diagnostic associé n° 4 6 OMS-CIM 10
142-147 Diagnostic associé n° 5 6 OMS-CIM 10
148 Dépendance à l'habillage 1
149 Dépendance au déplacement 1
150 Dépendance à l'alimentation 1
151 Dépendance à la continence 1
152 Dépendance au comportement 1
153 Dépendance à la relation 1
154 Utilisation d'un fauteuil roulant 1 1 = oui, 2 = non
155-158 Rééducation mécanique 4 Temps intervenants en
minutes
159-162 Rééducation sensori-motrice 4 Temps intervenants en
163-166 Rééducation neuro-psychologique 4 Temps intervenants en
167-170 Rééducation cardio-respiratoire 4 Temps intervenants en
171-174 Rééducation nutritionnelle 4 Temps intervenants en
175-178 Rééducation uro-sphinctérienne 4 Temps intervenants en
179-182 Réadaptation-réinsertion 4 Temps intervenants en
183-186 Adaptation d'appareillage 4 Temps intervenants en
187-190 Rééducation collective 4 Temps intervenants en
191-194 Bilans 4 Temps intervenants en
195-198 Physiothérapie 4 Temps intervenants en
199-202 Balnéothérapie 4 Temps intervenants en
203-204 Nombre d'actes (n) médicaux 2 Maximum à 10
Acte n° 1 4 CdAM
Acte n° n 4 CdAM
RHS non groupés
POSITION LIBELLE DES ZONES TAILLE REMARQUE
1-2 Groupage: version classification 2 01
3-4 Groupage: catégorie majeure clinique 2
5-7 Groupage: groupe homogène de 3
journées
8-9 Groupage: code retour 2
10-12 Numéro de version du format du RHS 3 M 11
groupé
13-21 FINESS 9 FINESS
22-24 Numéro de version du format du RHS 3 M 01
25-31 Numéro de séjour SSR 7
32 Type d'activité 1
33-52 Numéro administratif du patient 20
53-60 Date de naissance 8 JJMMAAAA
61 Sexe 1 1 = homme, 2 = femme
62-66 Code postal du lieu de résidence 5
67-74 Date d'entrée 8 JJMMAAAA
75 Mode d'entrée 1
76 Provenance (si mutation/transfert) 1
77-84 Date de sortie 8 JJMMAAAA
85 Mode de sortie 1
86 Destination (si mutation/transfert) 1
87-92 Numéro de la semaine 6 Semaine + année
93-97 Journées hors week-end 5 0 = absent,
1 = présent
98-99 Journées week-end 2 0 = absent,
100-103 Numéro unité médicale 4
104-111 Date de l'intervention chirurgicale 8 JJMMAAAA
112-117 Finalité de la prise de charge 6 OMS-CIM 10
118-123 Manifestation principale 6 OMS-CIM 10
124-129 Affection étiologique 6 OMS-CIM 10
130-135 Diagnostic associé n° 1 6 OMS-CIM 10
136-141 Diagnostic associé n° 2 6 OMS-CIM 10
142-147 Diagnostic associé n° 3 6 OMS-CIM 10
148-153 Diagnostic associé n° 4 6 OMS-CIM 10
154-159 Diagnostic associé n° 5 6 OMS-CIM 10
160 Dépendance à l'habillage 1
161 Dépendance au déplacement 1
163 Dépendance à la continence 1
164 Dépendance au comportement 1
165 Dépendance à la relation 1
166 Utilisation d'un fauteuil roulant 1 1 = oui, 2 = non
167-170 Rééducation mécanique 4 Temps intervenants en
minutes
171-174 Rééducation sensori-motrice 4 Temps intervenants en
175-178 Rééducation neuro-psychologique 4 Temps intervenants en
179-182 Rééducation cardio-respiratoire 4 Temps intervenants en
183-186 Rééducation nutritionnelle 4 Temps intervenants en
187-190 Rééducation uro-sphinctérienne 4 Temps intervenants en
191-194 Réadaptation-réinsertion 4 Temps intervenants en
195-198 Adaptation d'appareillage 4 Temps intervenants en
199-202 Rééducation collective 4 Temps intervenants en
203-206 Bilan 4 Temps intervenants en
207-210 Physiothérapie 4 Temps intervenants en
211-214 Balnéothérapie 4 Temps intervenants en
215-216 Nombre d'actes (n) médicaux 2 Maximum 10
Acte n° 1 4 CdAM
Acte n° n 4 CdAM
ANNEXE VII
Caractéristiques des codes de la CIM-10 pour le PMSI-SSR (V1.2)
1re colonne = code admis en finalité de prise en charge principale (FPP), N = non ; O = oui.
2e colonne = code admis en manifestation morbide principale (MMP), N = non ; O = oui.
3e colonne = code admis affection étiologique (AE), N = non ; O = oui.
4e colonne = code CIM-10.
5e colonne = numéro de la CMC pour lequel il est classant (99 = non classant).
[Tableau : cf. document original]
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, Bureau des systèmes d'information hospitaliers et du programme médicalisé des systèmes d'information (E 3), Mission PMSI
Texte non paru au Journal officiel)