

# COMMENT OPTIMISER LE CODAGE EN RÉANIMATION ?

## **Bertrand Guidet (1,2,3), Namik Taright (4)**

(1) Inserm, Unité de Recherche en Épidémiologie Systèmes d'Information et Modélisation (U707), Paris, 75012, France.

(2) UPMC Univ Paris 06

(3) Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint-Antoine, service de réanimation médicale, Paris, 184 rue du Faubourg saint Antoine, Paris, 75012, France. E-mail : bertrand.guidet@sat.aphp.fr

(4) Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint-Antoine, Département d'information médicale, Paris, 75012, France.

## **INTRODUCTION**

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières, le gouvernement a mis en place en 1983 la réforme du budget global, système rigide ignorant la production médicale et les inégalités de répartition budgétaire. Parallèlement était inauguré un système de comptabilité analytique dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital. Pour compléter cette analyse de la production hospitalière, il était décidé de créer un instrument d'évaluation susceptible de décrire l'activité médicale et capable de définir des coûts par groupe homogène de malades (GHM) ; chaque hôpital étant alors capable de connaître l'éventail des types de séjours produits. Ce projet devait avoir un usage double, non seulement utile à la gestion interne de l'hôpital mais aussi au dialogue entre les autorités de tutelle et les hôpitaux. Ainsi naissait le programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

En 2003, un ensemble de réformes regroupées dans le plan Hôpital 2007 est mis en place. Ce plan intègre une modification majeure des modalités de financement des établissements de santé appelée tarification à l'activité (T2A). Cette modification abandonne le principe du budget global, introduit celui du paiement prospectif régulé par le parlement dans le cadre du PLFSS, et étend la médicalisation des systèmes d'information hospitaliers. Le volet financement du plan Hôpital 2007 a pour objectif affiché de donner aux établissements des marges de manœuvre pour leur évolution et leur adaptation en incitant les établissements de santé à optimiser l'utilisation de leurs ressources. Il s'inscrit dans un contexte d'évolution de la part des dépenses de santé qui a en 2008 atteint 11,0 % du PIB (Études et résultats septembre 2009 DREES. Les comptes nationaux de la Santé en 2008).

## 1. DESCRIPTION DU PMSI

### 1.1. OUTIL DE BASE DU PMSI : LA CLASSIFICATION GHM

Parmi les indices d'activité hospitalière, la durée de séjour est celui qui est le mieux corrélé au coût du séjour. La durée de séjour devient donc la variable à expliquer pour des malades d'âge comparable, partageant un diagnostic principal et des diagnostics associés similaires et ayant bénéficié des mêmes actes (le plus souvent chirurgicaux). Enfin, le mode de sortie (domicile, transfert, décès) s'avère être une cinquième variable influençant la durée de séjour.

Cette classification GHM répond donc à une logique médicale de diagnostics et d'actes ainsi qu'à une loi statistique du plus fréquent. De cette façon, la puissance du classement trouve ses limites dans la définition de pathologies rares ou de situations cliniques atypiques par exemple lorsqu'il existe une association actes pratiqués et diagnostics sans rapport. Ces séjours sont volontairement affectés par le groupage informatique à des GHM « erreur ». De la même manière, les séjours avec décès ou transfert immédiats sont classés dans des GHM à part afin de ne pas perturber l'homogénéité des autres GHM.

Jusqu'en 1996, les 550 GHM étaient regroupés en 25 catégories majeures de diagnostic (CMD), globalement voisines des grandes spécialités médicales. La CMD 24 correspond aux séjours de moins de 24 heures (incluant les séances) et la CMD 90 aux GHM erreur.

Depuis la nouvelle version du groupeur (3.4), trois nouvelles CMD ont été créées : CMD 25 : maladies dues à une infection à VIH, CMD 26 : traumatismes multiples graves, CMD 27 : transplantations d'organes. Cette nouvelle version a créé les complications et morbidités associées sévères (CMAS). La version 10 avait modifié certains GHM [1].

### 1.2. VERSION 11 DE LA CLASSIFICATION DE SÉJOURS

Depuis mars 2009, la nouvelle version (V11) de la classification de séjours en GHM a introduit des changements très substantiels [2-4] :

- Introduction de quatre niveaux de sévérité par GHM, en remplacement des GHM avec complication ou morbidité associée (CMA) et avec CMA sévère. Le niveau 1 est le niveau de base de la racine c'est-à-dire sans sévérité.
- Suppression de la catégorie majeure 24 (CM 24) et redistribution des GHM de courte durée dans les différentes catégories majeures de diagnostics (CMD) et racines.
- Réduction de l'hétérogénéité des groupes médicaux par la création de nouvelles racines avec leurs GHM par niveau de sévérité.  
Par exemple : racine 06C03 : les séjours pour résection rectale classés antérieurement dans les GHM 06C03V (sans CMA) ou 06C03W (avec CMA) sont aussi segmentés en 4 niveaux de 06C031 à 06C034
- Implications pratiques pour les co-morbidités : CMA codée en diagnostic associé significatif (DAS)
  - Le caractère classant de la CMA ne joue pas s'il existe une exclusion entre le diagnostic principal et la CMA ou une exclusion entre racine du GHM et la CMA.
  - L'âge du patient peut jouer le rôle de CMA avec trois bornes : 2, 69 et 79 ans.

- Implications pratiques pour le classement par niveaux.
  - Le mode de sortie de l'établissement : Passage du niveau 1 au niveau 2 en cas de décès.
  - Il existe une durée de séjour minimale pour chaque niveau avec passage du niveau n à n-1 si la durée est inférieure à la borne du niveau n :
    - . 3 jours pour niveau 2.
    - . 4 jours pour niveau 3.
    - . 5 jours pour niveau 4.

La V11 permet une réduction de l'hétérogénéité. Dans la version 10, il y avait 780 GHM alors que dans la version 11, il y a 628 racines et 2291 GHM ce qui permet de réduire la variance des coûts intra-GHM et d'améliorer la lisibilité (racines).

Les consignes de choix du diagnostic principal ont changé : le diagnostic principal (DP) du résumé d'unité médicale devient le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), déterminé à la sortie de l'UM. Le DP ne peut jamais être un problème de santé inexistant lors de l'admission dans l'UM et apparu au cours du séjour dans celle-ci. Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient. Il est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant, y compris les résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie. Un nombre important de codes n'est plus utilisable en position de DP et de diagnostic relié (DR) et, pour certains, de diagnostic associé. Des extensions ont été ajoutées.

Exemple : le libellé Ulcère de décubitus devient Ulcère de décubitus et zone de pression

- Zone de pression et ulcère de décubitus de stade I (L89.0) : n'est pas une CMA
- Ulcère de décubitus de stade II (L89.1) : CMA
- Ulcère de décubitus de stade III (L89.2) : CMA
- Ulcère de décubitus de stade IV (L89.3) : CMA
- Ulcère de décubitus et zone de pression, sans précision (L89.9) : n'est pas une CMA

Il faut utiliser des codes précis et donc éviter les codes se terminant par .9

- Par exemple pour les Septicémies
  - A41.0 Septicémie à staphylocoques dorés (niveau 4).
  - A41.9 Septicémie, sans précision (niveau 3).
- Pour la Malnutrition protéino-énergétique.
  - E43 Malnutrition grave (niveau 3).
  - E44.0 Malnutrition modérée (niveau 3).
  - E44.1 Malnutrition légère (niveau 2).
- Pour Obésité, sans précision
  - E66.90 avec  $30 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 40 \text{ kg/m}^2$  (niveau 1).
  - E66.91 avec  $40 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 50 \text{ kg/m}^2$  (niveau 2).
  - E66.92 avec  $\text{IMC} > 50 \text{ kg/m}^2$  (niveau 3).

Outre le DP, il faut coder les diagnostics associés significatifs (DAS). Un DAS doit résulter de la réalisation :

- D'un acte médico-technique.
- Ou d'une intervention médicale.

- Ou de soins dispensés par un auxiliaire médical (par exemple, soins infirmiers d'une escarre, kinésithérapie, diététique...).

Ceci suppose une participation directe ou indirecte au codage des auxiliaires médicaux.

- Il faut coder toutes les affections (correspondant à la définition d'un DAS).
- Il ne faut pas coder en diagnostic associé significatif :
  - Les antécédents guéris.
  - Les maladies stabilisées.
  - Les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge ;
  - Les symptômes ou les résultats anormaux d'examens inhérents à une affection codée par ailleurs dans le RUM.

### **1.3. RECUEIL DES DONNÉES**

Toute unité médicale doit constituer à la sortie du patient un résumé d'unité médicale (RUM), autrefois appelé résumé de service clinique (RSC). Outre les diagnostics (voir supra), il appartient de coder les actes avec la classification commune des actes médicaux (CCAM). Les actes sont affectés d'un tarif et d'un indice de coûts relatifs (ICR).

L'enregistrement dans le résumé de séjour des actes suivants est obligatoire : actes classants de la classification des GHM, actes de suppléance vitale (marqueurs de réanimation) ; actes de prélèvement d'organes. Les actes de suppléance vitale servent à repérer les séjours de réanimation ayant nécessité des manœuvres instrumentales visant à suppléer une défaillance vitale. Ils sont utilisés dans le cadre du financement de l'activité de réanimation. Ils n'interviennent pas dans le classement en GHM.

Les actes classants concernent les actes chirurgicaux, les endoscopies et les actes thérapeutiques par voie vasculaire et les coronarographies.

La présence d'un acte classant, compatible avec le diagnostic principal classe le séjour dans un GHM plus lourd donc mieux valorisé. Il est donc indispensable de les coder en plus des actes marqueurs surtout si le malade n'est pas hospitalisé en chirurgie avant ou après le séjour en réanimation.

Si un acte classant est reporté dans un RUM avec un diagnostic principal n'ayant pas de rapport (par exemple, réalisation d'un acte chirurgical ou d'une endoscopie digestive au cours d'un syndrome de menace coronarien), le séjour sera groupé dans un GHM médical.

Donc le DP et la présence d'actes classants opératoires sont les deux éléments majeurs de classement dans un GHM, cependant d'autres facteurs peuvent intervenir.

### **1.4. TABLEAU DE RÉPARTITION DES GHS**

Le tableau I indique en pourcentage la ventilation des séjours : C : chirurgie ; M : médecine ; K : interventionnel non chirurgical ; Z : autres (ex : transplantation, soins palliatifs, séances de dialyses, etc.). Répartition entre niveau de sévérité de 1 à 4, activité chirurgicale ambulatoire (J), séjours de très courte durée (T), et séjours non spécifiques (Z).

Il apparaît que plus de 50 % des séjours sont médicaux et que plus de 50 % des séjours sont classés en niveau 3 ou 4.

**Tableau I**

Répartition des GHS pour les séjours de réanimation avec la version 11 des GHM pour l'activité française entre mars et juillet 2009 : séjours avec réanimation (données ATIH sur un semestre de 2009)

	<b>C</b>	<b>K</b>	<b>M</b>	<b>Z</b>	<b>TOTAL</b>
J	0,0	0,2	0	0	0,2
T	0,0	0	2,0	0	2,0
1	9,2	1	11,1	0,5	21,8
2	11,1	0,7	9,1	0,1	21,0
3	11,5	1,1	14,8	0,1	27,5
4	10,9	0,9	11,0	0,2	23,0
part	0,4	0	2,5	0,4	3,3
Z	0,1	0,1	0,4	0,6	1,2
	43,2	4,0	50,9	1,9	100

## 2. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

### 2.1. GÉNÉRALITÉS

La tarification à l'activité est une réforme financière qui s'applique à l'ensemble des établissements de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour les établissements publics de Santé (EPS) et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et à partir de 2005 pour les établissements privés à but lucratif. Elle modifie en profondeur le mode d'allocation des ressources de ces établissements. A ce titre, elle est aussi une réforme avec de forts impacts sur les organisations et la stratégie des hôpitaux.

Les ambitions de la T2A affichées par les pouvoirs publics sont nombreuses. Il s'agit d'ajuster les ressources à l'activité réalisée, d'adapter les systèmes de soins à l'évolution des besoins de la population, de faire converger les performances médico-économiques des établissements de soins, de promouvoir les bonnes pratiques de prescription et de rendre visibles les missions de service public spécifiques qui bénéficieront d'un mode de financement particulier.

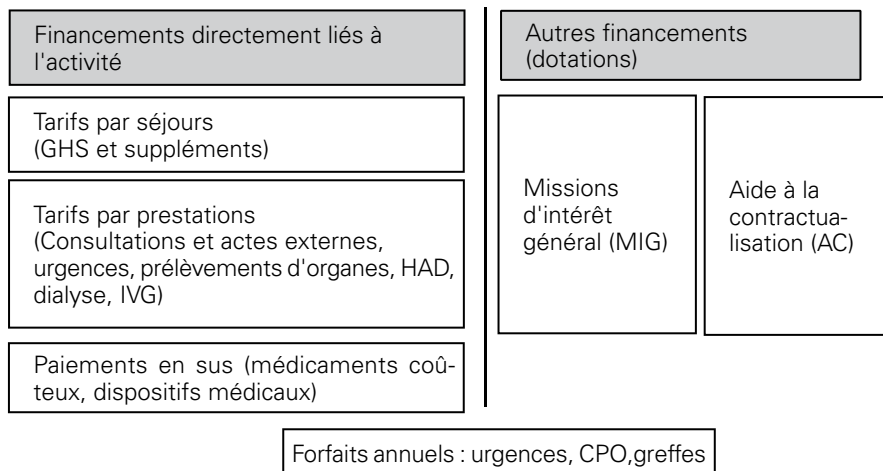
Cette réforme s'inscrit dans le plan hôpital 2007 et se veut être une incitation à une utilisation optimale des ressources. La dotation globale de fonctionnement (DGF) était fixée annuellement non pas à partir d'un niveau d'activité mais d'un taux directeur fixé par le Ministère et décliné au niveau régional par les agences (ARH). Ce mode de financement est donc peu sensible aux fluctuations d'activité et ne favorise pas l'innovation et la recherche. Il reste opaque pour l'Assurance-Maladie et favorise le rationnement des soins et les reports de charges.

### 2.2. LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT

Ce dispositif porte sur toutes les activités de soins de Médecine-Chirurgie-Obstétrique : hospitalisation avec et sans hébergement ; hospitalisation à domicile ; consultations et actes externes. La figure suivante décrit les cinq modalités de financement de la T2A : séjours, prestations, paiements en sus, forfaits annuels et dotations.

Le financement des séjours est assuré par les tarifs affectés aux GHM et aux suppléments journaliers des unités de réanimation ou autres. Ces tarifs sont

fixés à partir des dépenses d'hospitalisation de l'année précédente et d'un taux d'évolution des tarifs fixé par la LFSS et par un objectif de convergence public/privé. Dans certains cas, la prestation de soins se décline suivant différentes modalités de prise en charge et permet d'obtenir différents tarifs pour un même GHM. De ce fait, les tarifs ne sont pas affectés aux GHM mais à des groupes homogènes de soins (GHS). Par exemple, pour un GHM de soins palliatifs, on distingue trois GHS selon que le séjour a lieu dans une unité de soins palliatifs, dans un lit dédié ou dans un autre type de lit.



**Figure 1** : les 5 modalités de financement de la T2A

Le tarif de base du GHS est valide pour des durées de séjour observées situées entre une borne basse et haute. En deçà de la borne de basse, ce tarif est minoré. Au-delà de la borne haute, l'établissement reçoit en plus du tarif de base, un supplément journalier pour chaque journée. Ce supplément noté EXH (extrême haut) est égal à 75 % du tarif journalier moyen du GHS.

Les tarifs des GHS n'incluent pas les suppléments journaliers affectés aux séjours de patient ayant fréquenté des unités de réanimation adulte ou pédiatrique, des unités de soins intensifs ou des unités de surveillance continue. Pour les unités de soins intensifs, l'attribution est fonction de la fréquentation de ces unités. Le supplément des unités de réanimation adulte est soumis à une double condition : un score IGS II à l'entrée supérieur à 14 et la présence d'actes marqueurs de suppléance vitale. Les règles pour l'attribution des suppléments de surveillance continue ont changé avec la V11 et sont explicitées plus loin.

**Tableau II**

Suppléments journaliers (établissements anciennement sous DGF, applicables à partir du 1<sup>er</sup> mars 2009)

Type d'établissement	Privé	Public
REP Supplément de réanimation pédiatrique.	761,29	922,98
REA Supplément de réanimation.	650,36	814,32
STF Supplément de soins intensifs.	325,18	407,65
SRC Supplément de surveillance continue.	260,14	326,12
NN1 Supplément néonatalogie.	256,3	307,66
NN2 Supplément néonatalogie avec soins intensifs.	385,21	461,49
NN3 Supplément réanimation néonatale.	761,29	922,98

### 2.3. CALCUL DE LA RECETTE D'UN SÉJOUR DE RÉANIMATION

Prenons exemple d'un séjour de 15 jours pour SDRA dont 14 jours en réanimation médicale. Le patient a un IGS II supérieur à 14, un acte marqueur de réanimation et un diagnostic associé appartenant à la liste de morbidités associées de niveau 3.

La recette de son séjour est la somme du tarif de base du GHS (04M133) et des 14 jours de forfait de réanimation :

$$6\,877,44 \text{ €} + 14 \times 814,32 \text{ €} = 18\,277,92 \text{ €}$$

Ainsi, dans cet exemple, il apparaît que seulement 38 % des recettes de réanimation sont expliquées par les recettes du GHS. Ce pourcentage global pour tous les séjours est de l'ordre de 40 % ce qui souligne l'absolue nécessité d'avoir une valeur correcte du supplément réanimation [3]. L'analyse détaillée des dépenses des services de réanimation fait apparaître un déficit de 10 à 15 % justifiant une réévaluation du supplément journalier de réanimation.

### 2.4. RÈGLES POUR LES SUPPLÉMENTS D'USC

Selon les termes du décret de 2002 définissant les critères pour les services de réanimation, chaque service de réanimation doit être associé à une unité de surveillance continue (USC) dont la capacité doit être au minimum moitié de celle de la réanimation. Les USC constituent un niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins conventionnels. La circulaire d'application du décret de 2002 ne précise pas les conditions de fonctionnement de ces unités et en particulier la densité de personnel.

Les patients sont admis en USC en aval des services de soins actifs (MCO), des blocs opératoires, des urgences, de la réanimation. Un groupe de travail constitué des sociétés savantes et des fédérations hospitalières a élaboré en collaboration avec la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) des critères permettant de définir des patients d'USC pouvant bénéficier d'un supplément journalier.

Il est rapidement apparu qu'il était très difficile de définir des patients bénéficiant d'une simple surveillance attentive. Le financement des séjours de ces patients sera assuré grâce à la V11 de l'algorithme de groupage. Pour les patients bénéficiant du forfait USC, quatre critères ont été retenus :

- Tous les patients transférés après un séjour de réanimation
- Tous les patients dans les suites immédiates d'une intervention lourde (une liste limitative d'actes chirurgicaux a été établie)
- Les patients médicaux ou chirurgicaux avec un score IGSII sans les points de l'âge > 6 mais associé à la présence d'au moins un diagnostic et/ou un acte d'une liste spécifique dite liste diagnostique. Pour donner un exemple : patient hospitalisé pour un OAP et nécessitant de l'oxygénothérapie à forte dose (code CCAM : GLLD017) ou CPAP (code CCAM : GLLD003)

A défaut, les patients médicaux ou chirurgicaux ayant un score IGSII sans les points de l'âge > à 15.

Ces nouvelles règles de classification des séjours USC avec des suppléments spécifiques sont appliquées dès mars 2009. Le niveau de supplément USC est de 80 % de celui des USI. Le travail devrait être poursuivi en concertation avec la DHOS afin d'affiner les critères et surtout d'ajuster le niveau de ce supplément.

## 2.4. AUTRES SUPPLÉMENTS

Des suppléments pour l'activité de prélèvement d'organes, de dialyses, de radiothérapie, de plasmaphèreses et cytophèreses, d'oxygénothérapie hyperbare sont prévus et attribués au séjour en fonction des actes codés dans le RSS [2].

Les tarifs des GHS sont déterminés en excluant les dépenses de certains médicaments et dispositifs médicaux implantables. Il s'agit de produits onéreux étant à l'origine d'une augmentation significative de variabilité du tarif. Leur liste est fixée par arrêté ministériel (infra-annuel). Pour bénéficier de leur remboursement, il est demandé aux établissements d'informatiser leur circuit de distribution, d'assurer une dispensation nominative et de respecter un contrat de bon usage. Depuis 2007, le remboursement est soumis à la condition d'une dispensation nominative (couplage des données de dispensation avec celles du PMSI). La liste des médicaments comporte ceux spécifiques de l'Oncologie et de l'Hématologie, les facteurs de coagulation, les immunoglobulines, les médicaments orphelins, les antifongiques, et anti TNF, les érythropoïétines et produits radio-pharmaceutiques.

## 2.5. CONTRÔLE DE QUALITÉ

Les informations saisies dans les outils de recueil et les résultats du groupage en GHM font l'objet d'un contrôle de qualité. Le recueil des données doit être exhaustif, chaque séjour dans une unité médicale devant donner lieu à l'édition d'un RUM. L'exhaustivité se juge en comparant le nombre de RUM collectés au nombre d'admissions et au nombre de journées d'hospitalisation. La fiabilité du groupage en GHM dépend de la qualité et de la cohérence des données mentionnées dans les RUM. En cas d'erreur de codage (actes, diagnostic principal), le séjour risque d'être classé dans un mauvais GHM ou dans un GHM « erreur ». Il existe des erreurs bloquantes et des erreurs non bloquantes. L'estimation de la qualité du codage est plus difficile à apprécier dans la mesure où une comparaison systématique par le DIM du codage et du dossier médical est impossible à grande échelle.

La réforme de tarification à l'activité s'est accompagnée d'un dispositif de contrôle externe régional (Article L162-22-18 du code de la sécurité sociale). L'objectif est de s'assurer que les informations produites n'induisent pas de paiement injustifié de la part de l'Assurance-Maladie. En cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation de la prestation facturée, les établissements sont passibles de sanctions financières (Décret CE du 16 mars 2006 dit décret sanctions).

Le contrôle est ciblé à partir de l'étude de l'évolution des activités d'une année sur l'autre et à partir d'un logiciel de détection des atypies d'information médicale (Datim) (<http://www.atih.sante.fr>). Datim utilise des tests basés sur les règles de codage et des tests de comparaison de caractéristiques des séjours à une échelle nationale. On peut déplorer le manque de transparence dans la définition des règles utilisées pour le deuxième type de tests.

Le contrôle est réalisé sur site par des médecins appartenant à l'unité de contrôle régional. Si des indus sont constatés sur des séjours ponctuels une récupération de ces indus est réclamée par l'Assurance-Maladie. S'il s'agit d'indus systématiques, une sanction financière est possible. La hauteur de cette sanction a été fixée par décret, elle dépend du pourcentage de séjours d'une activité donnée ayant fait l'objet d'une surfacturation.



### 3. LIMITES DU SYSTÈME PMSI ET DE LA T2A

#### 3.1. CRITIQUES GÉNÉRALES

Le PMSI est un système quantitatif qui ignore complètement la demande de soins et la qualité de l'activité médicale. C'est le reproche essentiel formulé par le corps médical. La lourdeur du recueil, la complexité du codage, les risques importants d'erreur de saisie rendent aléatoire la fonction de dossier informatique médicalisé et nécessitent un contrôle continu de la qualité du codage par les Département d'Information Médicale (DIM). La formation des médecins codeurs et l'informatisation des procédures de saisie des RUM devraient pouvoir améliorer la qualité des données transmises aux DIM.

#### 3.2. EFFETS PERVERS DU SYSTÈME

Les effets pervers du système découlent de ses limites [6] :

- Multiplication du nombre d'entrées ou d'admissions injustifiées (l'hôpital étant payé au séjour), en particulier, mauvaise utilisation des structures d'hospitalisation de jour.
- Risque de « saucissonnage » des séjours, entrecoupés de transferts, toujours dans l'optique d'augmenter le nombre d'entrées dans un établissement ; le chaînage des RSS permet de repérer ces pratiques.
- Baisse de la qualité des soins par réduction du nombre des examens réalisés ou par sortie prématurée.
- Surcotation (par erreur volontaire) des pathologies et des actes, de façon à grouper le séjour dans un GHM plus rémunérateur ;
- Sélection de clientèle pour rentabiliser les coûts du plateau technique ou pour exclure des pathologies rares ou très graves, mal définies par le système GHM et mal remboursées.

#### 3.3. RÉPARTITION DES RECETTES EN INTRA-HOSPITALIER

Les séjours multi-unités nécessitent de répartir les recettes d'un séjour entre celles-ci. Le guide de comptabilité par pôle [7] présente les différentes méthodes existantes et basées sur des systèmes de pondération reposant d'une part sur la fraction du temps passé dans chaque unité et d'autre part sur un indice de lourdeur défini par un prix de journée théorique estimé soit à partir du poids moyen du cas traité de l'unité soit à partir du groupage individualisé des différents passages du séjour. Aucune de ces méthodes ne permet de s'affranchir de l'écueil suivant : une unité performante en terme de durée de passage sera désavantagée lorsqu'elle partage ses séjours avec une unité peu performante. Les difficultés pour trouver une méthode de répartition des recettes entre unités rappellent que la classification des GHM a été conçue pour typer un processus de prise en charge hospitalier dans son ensemble et rend difficile l'interprétation des comptes de résultats par pôle.

### CONCLUSION

Le PMSI a permis de répondre en partie à un objectif prioritaire, contrôler les dépenses de santé en redéployant les budgets et en gommant les inégalités de répartition inter et intrarégionales ; et à un objectif secondaire, analyser quantitativement la production médicale. Le couplage des données PMSI à celles de la comptabilité analytique a permis aussi à certains établissements de réaliser une

analyse des coûts par pathologie et de montrer en particulier que le système de la dotation globale de financement pénalisait l'innovation et la recherche [7]. Mais ces expériences ont été limitées et dans la grande majorité de cas, l'opportunité que représentait le PMSI pour analyser les coûts de production n'a pas été saisie.

La réforme de la tarification à l'activité vient corriger partiellement les limites de la DGF et étend le périmètre du PMSI aux actes externes et à l'hospitalisation à domicile. La spécificité des séjours de réanimation est reconnue avec la création de suppléments journaliers. Mais, l'ONDAM restant voté en fonction d'objectifs d'évolution d'activité et de dépenses qui limitent la progression des tarifs et suppléments, on a observé depuis sa mise en place une tendance à la multiplication et à la segmentation des séjours. Le risque d'une baisse de la qualité des soins reste entier même si cela n'a jamais été démontré dans les pays expérimentant le paiement prospectif depuis de nombreuses années. Il reste donc essentiel de pouvoir disposer de données fiables et comparatives afin de pouvoir faire valoir notre activité et place dans l'hôpital [8] et de pouvoir juger de la variation de la qualité des soins depuis la mise en place de la T2A [9]. Le développement d'outils supplémentaires reste nécessaire afin de pouvoir juger de la performance de nos unités [10].

---

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Manuel des groupes homogènes de malades (GHM) 10<sup>e</sup> version de la classification, version 10.10 de la fonction groupage. Bulletin officiel n° 2006/3 bis.
- [2] Journal officiel du 28 février 2009 de l'arrêté du 27/02/09 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance-maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (arrêté tarifaire).
- [3] Journal officiel du 26 février 2009 de l'arrêté du 19/02/09 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (arrêté prestations).
- [4] Note technique de l'Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation (ATIH) du 10/02/2009
- [5] Recettes des services de réanimation. Guidet B, Taright N, Aegerter P, Retbi A, Martel P, Offenstadt G et CUB-REA. 36<sup>ème</sup> congrès de la SRLF 2008 : SP149.
- [6] Perrier Lionel. Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique, Thèse Sciences économiques, Université LYON II, 2001.
- [7] Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles. Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CRÉA). ENSP – MEAH. 2006
- [8] Aegerter P, Auvert B, Buonamico G, Sznajder M, Beauchet A, Guidet B, Le Gall JR et CUB-Réa. Mise en œuvre et évaluation d'une base de données commune aux services de réanimation d'Ile-de-France. Rev Epidemiol Sante Publ 1998, 46 : 226-237.
- [9] Desmaizières FC. Le palmarès des hôpitaux. La médecine hospitalière 1998, 21-22.
- [10] Teres D, Higgins T, Steingrub J et coll. Defining a high-performance ICU system for the 21st century : a position paper. J Intensive Care Med 1998;13:195-205.