

# PMSI T2A et actualités -

## Perspective d'innovation méthodologique pour la classification SSR

**Journées EMOIS 2017**

**Dr Joëlle Dubois, Meriem Saïd, Nicolas Dapzol**

**Service CIM MF - ATIH**

**23 mars 2017**

# PMSI T2A et actualités

- Une intervention « traditionnelle » :
  - Déroulée tous les ans
  - Session « ATIH »
  - Nouveautés information médicale champ par champ

## Avantages :

- Présentation orale
- Revue des champs d'activité
- Interaction

## Inconvénients :

- Notice publiée depuis décembre
- Actualité ?



Besoin de renouveau...?

# PMSI T2A et actualités

- 2017 : Proposition de changement :
    - Profiter de la session ATIH pour présenter un sujet de méthode
      - Partager la réflexion
      - Travailler sur les concepts
- } Besoin de temps
- Proposition faite aux organisateurs EMOIS → **acceptée**  
... en conservant un point d'actualité



## Choix du sujet :

- 2017 = mise en œuvre réforme du financement établis SSR →
- Outil de description de l'activité médicale : **classification GME**

# PMSI T2A et actualités : ODJ

---

Présentation en deux points :

- **PMSI information médicale – actualités** : point rapide
- **Perspectives d'innovation méthodologique pour la classification SSR (GME)**

# PMSI T2A et actualités : **ODJ**

---

Présentation en deux points :

- **PMSI information médicale - actualités** : point rapide
- Perspectives d'innovation méthodologique pour la classification SSR (GME)

# PMSI Information médicale – actualités 2017

MCO

## Classification

- **Mise à jour liste des CMA** (avec révision regroupements de diagnostics)
- **Création de GHM en J**
  - 08C34J interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie
  - 13C09J suppression GHM en T → laparoscopies ou cœlioscopies diagnostiques
- **Evolution des listes**
  - IOA / Actes chirurgicaux prise en charge des GEU

# PMSI Information médicale – actualités 2017

## MCO

### Classification

- Mise à jour liste des CMA (avec révision regroupements de diagnostics)
- Création de GHM en J
  - 08C34J interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie
  - 13C09J suppression GHM en T → laparoscopies ou coélioscopies diagnostiques
- Evolution des listes
  - IOA / Actes chirurgicaux prise en charge des GEU

### Recueil

- Suppression du RSS des « variables IVG » → FICHCOMP spécifique
- FICHSUP :
  - Poursuite «FICHSUP détenus» : médicaments délivrés par les unités sanitaires – mensuel cumulatif
  - Poursuite des recueils CES et PPCO : recueil mensuel cumulatif des variables obligatoires + enquête éléments qualitatifs : 15 jours en septembre
- RSF-ACE B et RSF B : nouvelles modalités de la variable « code acte », pour permettre le codage (et la facturation) :
  - De la **prestation intermédiaire (PI)**
  - Du **forfait AP2** (ppts dérivés du fer injectable)
  - Extension de l'APE aux ppts réserve hospitalière, liste en sus
- A noter : création d'un SE5

Administration des  
produits RH en  
environnement hospitalier

# PMSI Information médicale – actualités 2017

---

## HAD

Pas d'évolutions substantielles → voir notice PMSI

A noter : 2017 = poursuite de travaux de **construction  
d'une nouvelle classification**

Objectif : V0 en décembre 2017

# PMSI Information médicale – actualités 2017

---

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

## Psychiatrie

Nouveauté essentielle : description et codage des  
actes médico-techniques réalisés par les médecins  
→ CCAM à usage PMSI

# PMSI Information médicale – actualités 2017

atih

AGENCE  
DE L'INFOR  
SUR L'HOSP

SSR

## Recueil

- « Journée de présence PMSI SSR » :  
définition alignée sur journée facturée → Présence à minuit
- Evolution ~~de la durée des permissions~~ de sortie  
→ Recueil obligatoire de la variable « poursuite de même projet  
thérapeutique »
- Nouvelle variable : type d'autorisation de lits identifiés (LISP) → Spalls
- Précisions sur le codage des actes CSARR :
  - Perspective = évolution des modalités de calcul du score de RR
  - Suppression des notes de contenu → simplification recueil

# PMSI Information médicale – actualités 2017

atih



AGENCE  
DE L'INFORMA  
TIQUE  
SUR L'HOSPITALI

SSR

## Recueil

- « Journée de présence PMSI SSR » :  
définition alignée sur journée facturée → Présence à minuit
- Evolution ~~de la durée des permissions~~ de sortie  
→ Recueil obligatoire de la variable « poursuite de même projet thérapeutique »
- Nouvelle variable : type d'autorisation de lits identifiés (LISP) → Spalls
- Précisions sur le codage des actes CSARR :
  - Perspective = évolution des modalités de calcul du score de RR
  - Suppression des notes de contenu → simplification recueil

## Classification : Révision de la CM08

- Evolution de l'algorithme de groupage pour 2 GN :
  - GN 0803 *Amputations* → actes marqueurs CSARR permettant la subdivision en racines
  - GN 0824 *Fractures multiples et traumatismes associés* → un code de fracture en MP et un code de fracture, de localisation différente, en DA
- Révision et évolution des GN (création de 4 GN)
- Révision des racines

# PMSI T2A et actualités : **ODJ**

---

Présentation en deux points :

- PMSI information médicale - actualités : point rapide
- **Perspectives d'innovation méthodologique pour la classification SSR (GME)**

# Évolution de la classification

## Plan de la présentation

---

- **Introduction**
- **La classification en GME hier (1.1 à 2.4)**
  - Objectifs de la classification
  - Principes et limites de la classification
  - Critiques de la classification
- **La classification en GME demain**
  - D'hier à demain : nouveaux objectifs
  - Sous-GN
  - Indice de complexité
  - Groupes de RR
- **Synthèse et éléments de comparaison**

# Vue générale

---

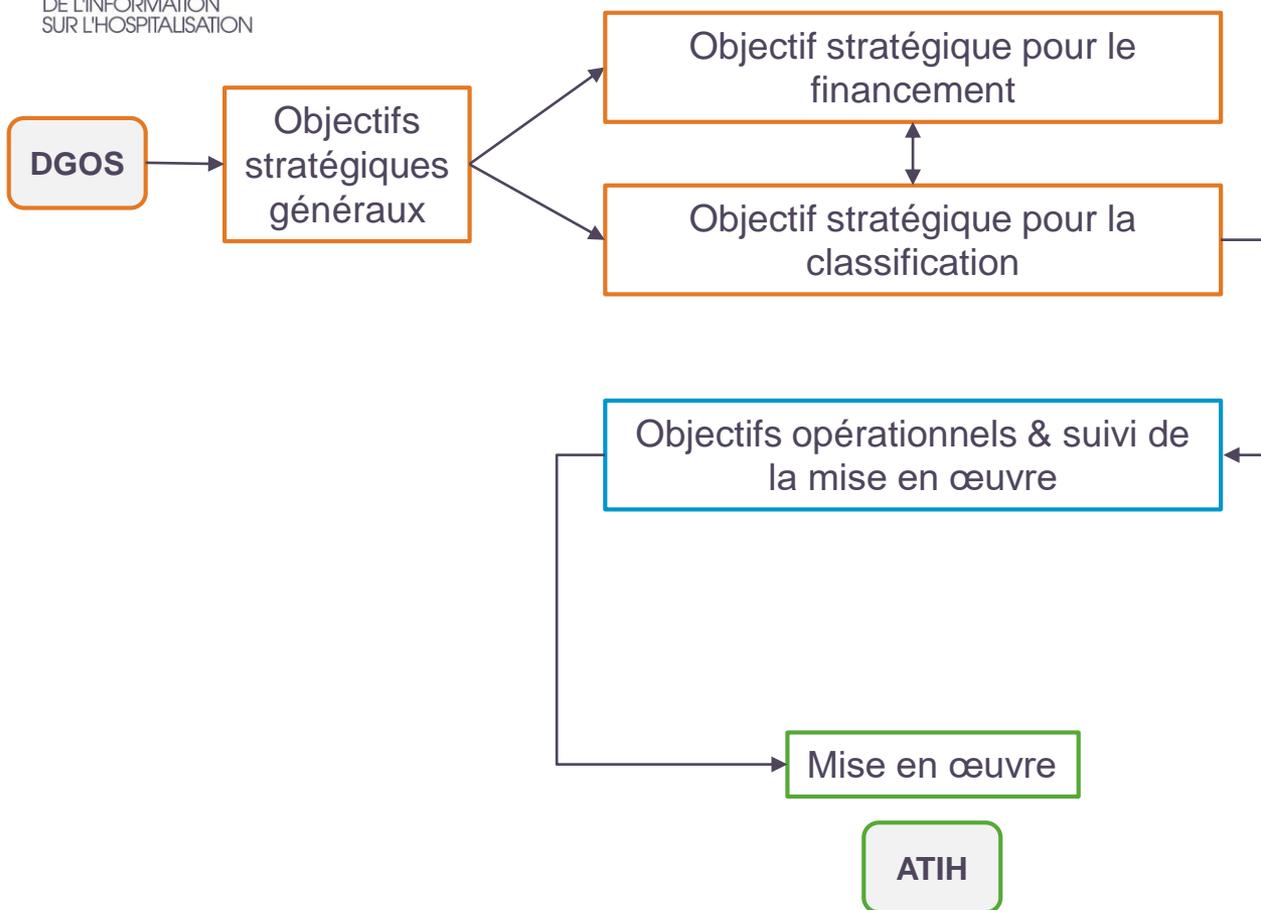
Objectifs généraux de la classification : créer des groupes qui soient

- Lisibles / compréhensibles médicalement
- Homogènes économiquement  
→ discriminer des établissements avec des recrutements différents
- En nombre « raisonnable »

Ces objectifs peuvent se décliner de différentes manières

- GME 1.1 à 2.4
- GME V2017
- GME V2018, V2019, ...

# Organisation et gouvernance



L'objectif stratégique se traduit par un certain nombre d'objectifs opérationnels.

Exemples :

- 2013 : améliorer la lisibilité médicale avec un nombre de groupes raisonnable
  - GMD → GME
- 2017 : améliorer la visibilité de l'activité de RR dans la classification
  - Modification de la structure de la classification GME

Objectif stratégique 2017 :  
Améliorer la visibilité de l'activité de  
RR dans la classification

Proposition de l'ATIH  
▪ Modification de la structure de la classification GME

Présentations comité technique SSR 19/10/2016 & 02/02/2017

Travaux méthodologiques présentés, en attente de retour DGOS

*Terminologie provisoire / travaux en cours*

# Évolution de la classification

## Plan de la présentation

---

- Introduction
- **La classification en GME hier (1.1 à 2.4)**
  - Objectifs de la classification
  - Principes et limites de la classification
  - Critiques de la classification
- **La classification en GME demain**
  - D'hier à demain : nouveaux objectifs
  - Sous-GN
  - Indice de complexité
  - Groupes de RR
- Synthèse et éléments de comparaison

## Objectifs de la classification

- Objectifs 2013: créer des groupes qui soient
- Lisibles / compréhensibles médicalement
    - En séparant les pathologies différentes
  - Homogènes économiquement



Objectif : créer des groupes qui soient

- Lisibles / compréhensibles médicalement
  - En séparant les pathologies différentes
- Homogènes économiquement

V2.4

CM

GN

GN = identification de la pathologie principale via la morbidité principale

90 GN

Racines de GME

Age  
Dépendances  
Chirurgie  
Rééducation

Racines de GME = lourdeur du patient via variables patients (hors diagnostics) et rééducation

254 RGME

Niveaux de sévérité

Niveaux de sévérité = lourdeur du patient via DAS

685 GME

# Exemple de groupage pour la classification en GME

0137 - Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie

**GN**

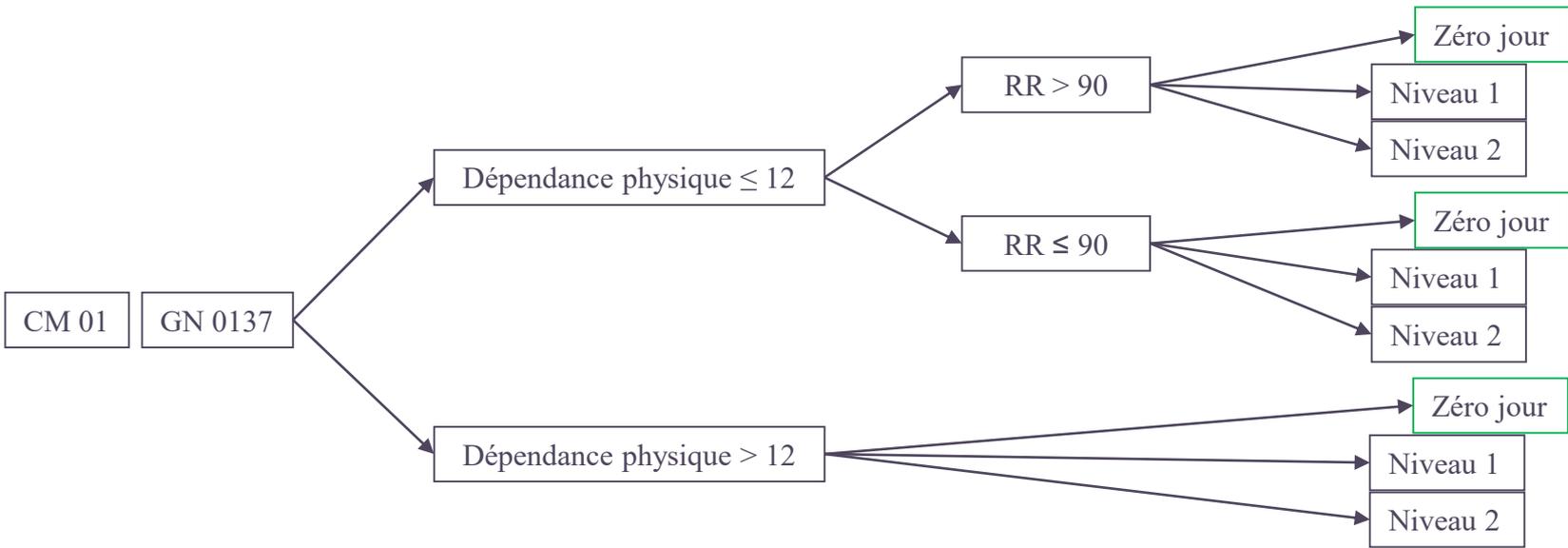
**Racines de GME**

**Niveaux de sévérité**

Lourdeur patient :  
âge, chir, dépendances

Rééducation

Lourdeur patient :  
niveau des diagnostics





# Principes et limites de la classification

GME V2.4 : une approche par nature des variables

V2.4

CM



GN



Racines  
de GME

Age  
Dépendances  
Chirurgie  
Rééducation



Niveaux de  
sévérité

GN = identification de la pathologie principale  
via **la morbidité principale**

Racines de GME = lourdeur du patient  
via **variables patients (hors diagnostics) et rééducation**

Niveaux de sévérité = lourdeur du patient via **DAS**

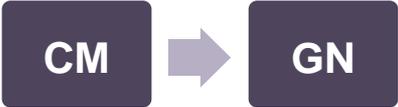


# Principes et limites de la classification

GME V2.4 : une approche par nature des variables

**La lourdeur du séjour n'est pas facilement identifiable**

V2.4



GN = identification de la pathologie principale via la morbidité principale



Racines de GME

- Age
- Dépendances
- Chirurgie
- Rééducation

Racines de GME = **lourdeur** du séjour via variables patients (hors diagnostics) et rééducation



Niveaux de sévérité

Niveaux de sévérité = **lourdeur** du séjour via DAS

## Exemple d'interprétation de la lourdeur des séjours

A priori, est il facile d'ordonner les GME par ordre de lourdeur ?  
Exemple :

	Racines de GME : lourdeur du séjour via variables patients	Niveaux de sévérité : lourdeur du séjour via DA	RGME	GME
lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale	Dépendance physique <= 8	niveau 1	0873A	0873A1
		niveau 2	0873A	0873A2
	Dépendance physique [9,12]	niveau 1	0873B	0873B1
		niveau 2	0873B	0873B2
	Dépendance physique >= 13	niveau 1	0873C	0873C1
		niveau 2	0873C	0873C2

+/- ?

A priori, où se trouvent les séjours lourds dans ces GME ?  
Qu'est ce qui est plus lourd ?

- Un niveau 2 avec une dépendance physique moyenne  
ou
- Un niveau 1 avec une dépendance physique forte ?

## Exemple d'interprétation de la lourdeur des séjours

A priori, est il facile d'ordonner les GME par ordre de lourdeur ?  
Exemple :

	Racines de GME : lourdeur du séjour via variables patients	Niveaux de sévérité : lourdeur du séjour via DA	RGME	GME	durée de séjour	Ordre
lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale	Dépendance physique <= 8	niveau 1	0873A	0873A1	35	6
		niveau 2	0873A	0873A2	46	5
	Dépendance physique [9,12]	niveau 1	0873B	0873B1	47	4
		niveau 2	0873B	0873B2	58	2
	Dépendance physique >= 13	niveau 1	0873C	0873C1	51	3
		niveau 2	0873C	0873C2	63	1

A priori, où se trouvent les séjours lourds dans ces GME ?

L'ordre de lourdeur n'est pas intuitif.

L'interaction entre la dépendance physique et le niveau de sévérité rend la lecture des casemix a priori difficile



# Principes et limites de la classification

GME V2.4 : une approche par nature des variables

**La rééducation n'est pas mise en avant**

V2.4

CM



GN



Racines  
de GME

Age  
Dépendances  
Chirurgie  
Rééducation



Niveaux de  
sévérité

GN = identification de la pathologie principale  
via la morbidité principale

Racines de GME = lourdeur du patient  
via variables patients (hors diagnostics) et rééducation

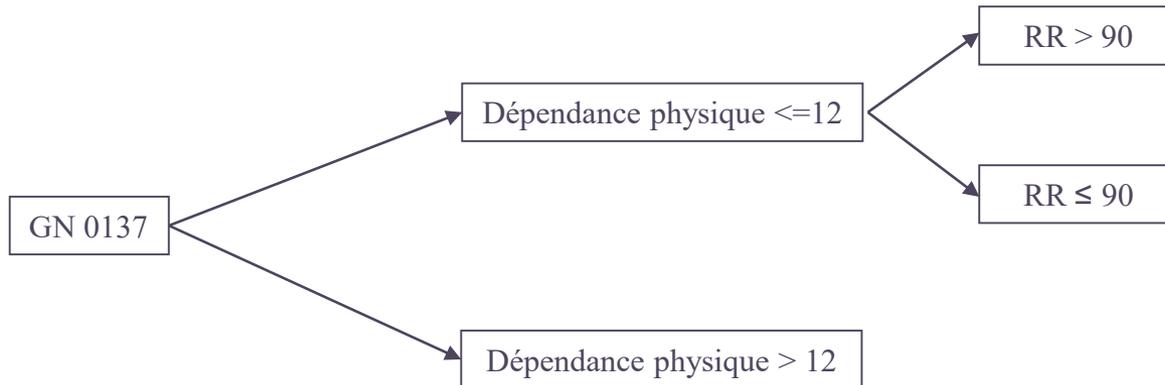
→ 68/254 racines avec rééducation identifiée

→ Pour certains GN, le découpage RR n'est pas  
systématique

Niveaux de sévérité = lourdeur du patient via DAS

## Exemple de découpage non systématique sur la RR

GN 0137 Lésions médullaires traumatiques avec paraplégie



- Ce type de découpage ne facilite pas l'analyse de la RR dans les casemix.



# Principes et limites de la classification

GME V2.4 : une approche par nature des variables

Un nombre de groupes important

V2.4

CM

GN

Racines  
de GME

Age  
Dépendances  
Chirurgie  
Rééducation

Niveaux de  
sévérité

GN = identification de la pathologie principale  
via la morbidité principale

Racines de GME = lourdeur du patient  
via variables patients (hors diagnostics) et rééducation

Niveaux de sévérité = lourdeur du patient via DAS

Nombre de groupes

- SSR : 685 GME  $\approx$  1 900 séjours/GME
- MCO : 2501 GHM  $\approx$  7 200 séjours/GHM (hors CMD28, V2016)

## Critiques de la classification

---

- Pas de vision générale de la lourdeur du patient
- Pas de vision générale de la rééducation du patient
- Nombre de groupes important
  
- Pas de description explicite de certaines prises en charge
- Lisibilité médicale des racines difficile
- Pas de lien avec les mentions

## Critiques de la classification

---

- Les mentions ne sont pas prises en compte dans la classification ?
  - → les établissements spécialisés ne sont pas « bien représentés » ?
  
- Mais : la classification ne porte pas sur les établissements
  - La classification doit prendre en compte des caractéristiques des patients ou des PeC spécifiques sous-jacentes à la notion de mention
    - Exemple : importance et diversité de la RR
  
- Dans la classification actuelle, pourquoi ne peut-on pas introduire systématiquement la description de la RR ?
  
- En l'état de la classification, tout ajout d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes

## La prise en compte d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes

**GN**

**Racines de GME**

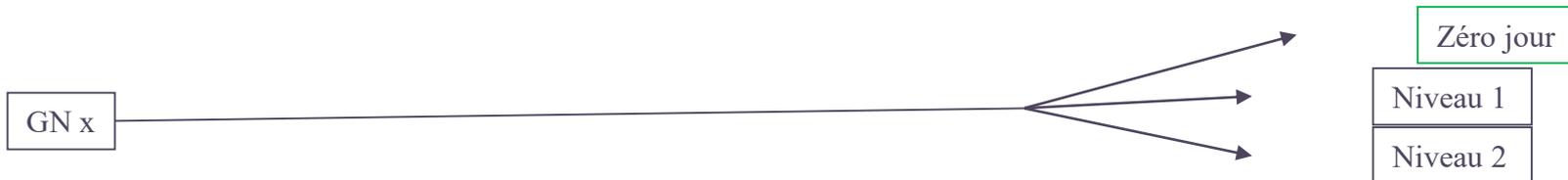
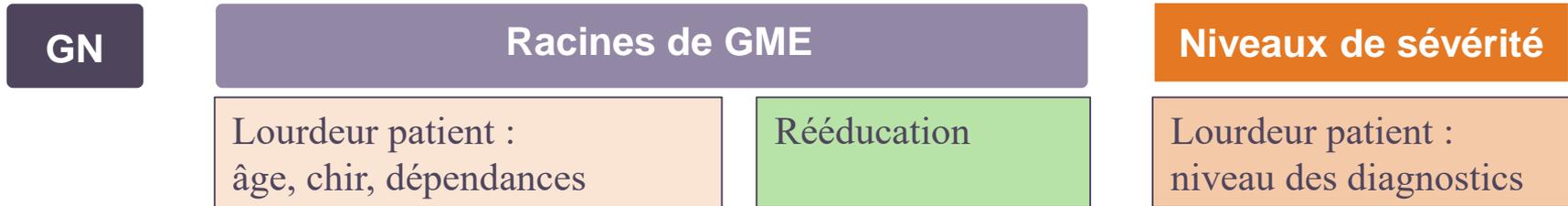
Lourdeur patient :  
âge, chir, dépendances

Rééducation

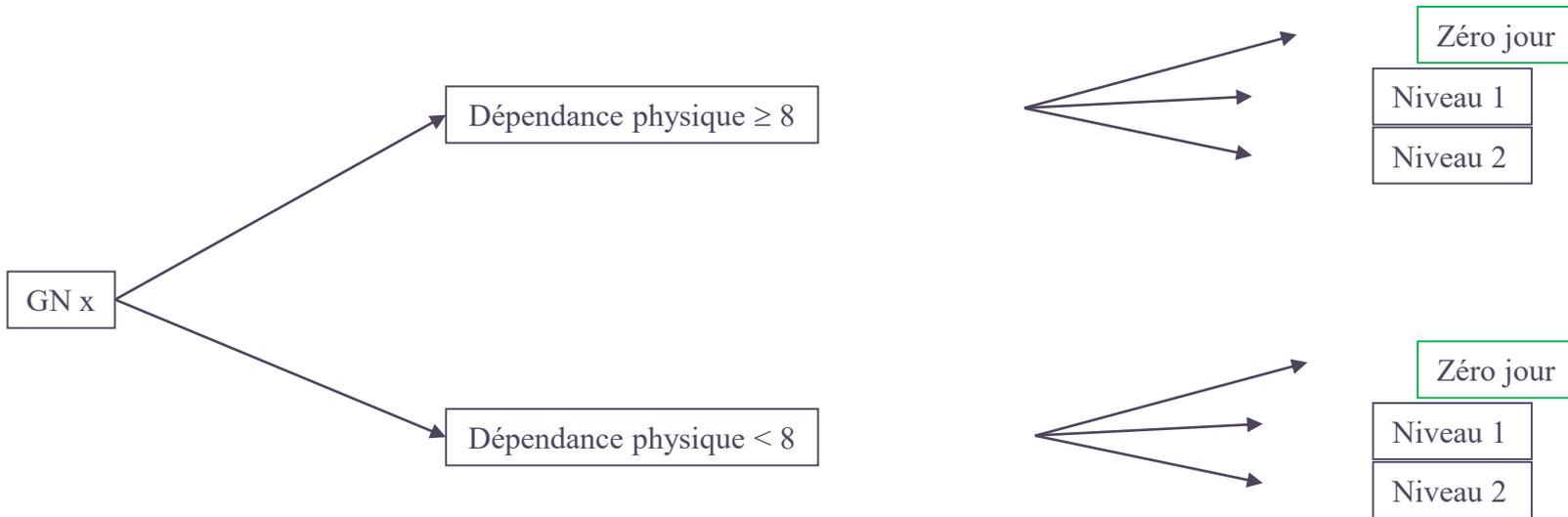
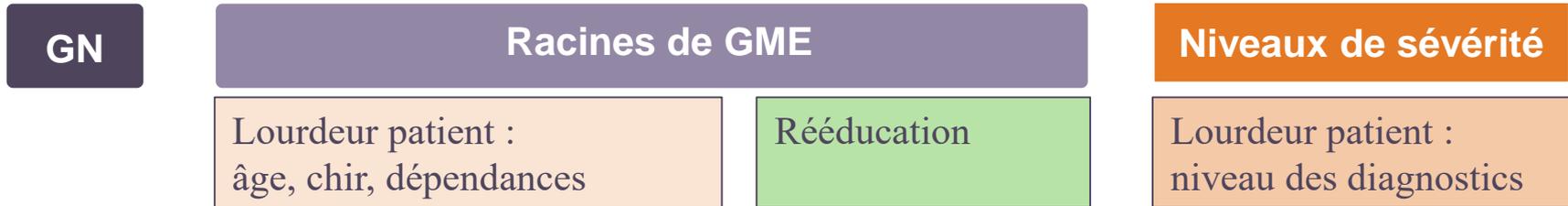
**Niveaux de sévérité**

Lourdeur patient :  
niveau des diagnostics

# La prise en compte d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes



# La prise en compte d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes



# La prise en compte d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes

**GN**

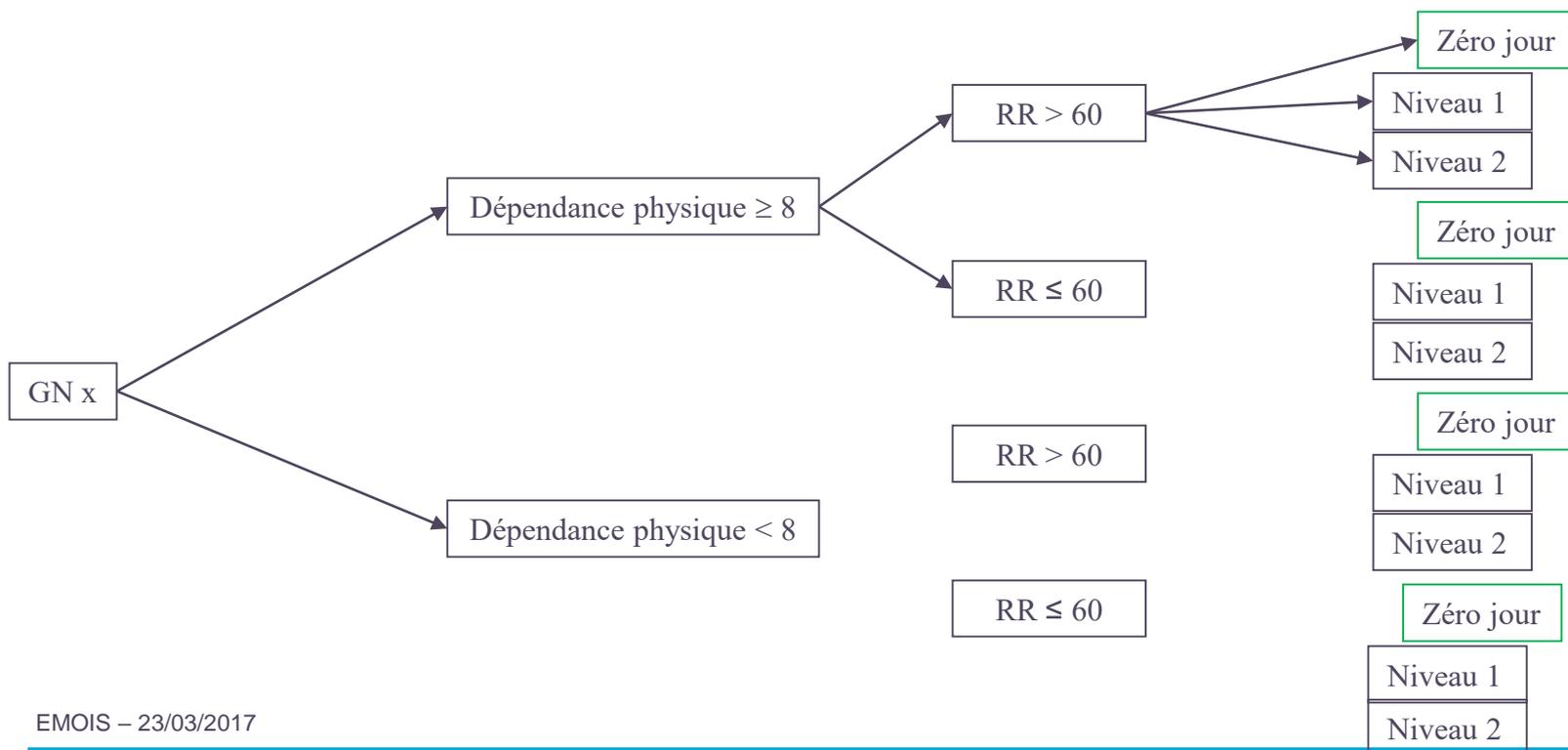
**Racines de GME**

**Niveaux de sévérité**

Lourdeur patient :  
âge, chir, dépendances

Rééducation

Lourdeur patient :  
niveau des diagnostics



# La prise en compte d'une nouvelle variable amène à doubler le nombre de groupes

Plus le nombre de variables prises en compte est important, plus le nombre de groupes augmente

**GN**

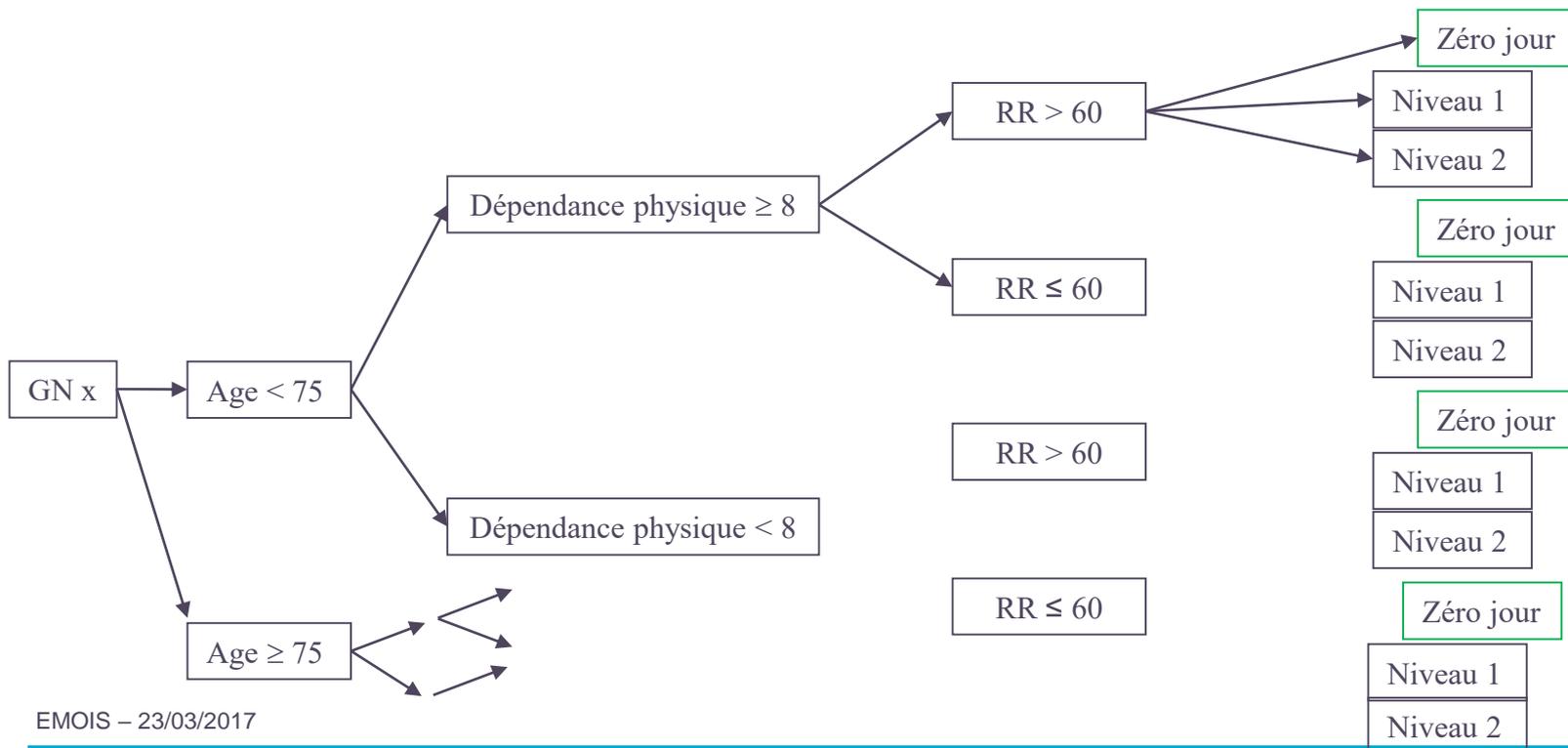
**Racines de GME**

**Niveaux de sévérité**

Lourdeur patient :  
âge, chir, dépendances

Rééducation

Lourdeur patient :  
niveau des diagnostics



# Évolution de la classification

## Plan de la présentation

---

- Introduction
- La classification en GME hier (1.1 à 2.4)
  - Objectifs de la classification
  - Principes et limites de la classification
  - Critiques de la classification
- **La classification en GME demain**
  - D'hier à demain : nouveaux objectifs
  - Sous-GN
  - Indice de complexité
  - Groupes de RR
- Synthèse et éléments de comparaison

## D'hier à demain : nouveaux objectifs

Objectif stratégique 2017 :  
Améliorer la visibilité de l'activité de RR dans la  
classification

Objectif pour la classification : créer des groupes qui  
soient

- Lisibles / compréhensibles médicalement
  - En séparant les pathologies différentes
  - **Et en séparant certaines prises en charge**
- Homogènes économiquement
- **Et homogènes en termes de rééducation reçue**

# Vers une alternative à la multiplication des groupes

## ○ Constat sur la structure de la classification aujourd'hui

- Prendre en compte les **caractéristiques** du patient (dépendances, âge, chirurgie, diagnostics associés) et la **rééducation** → multiplication exponentielle du nombre de groupes

## ○ Problématique

- Comment rendre visible systématiquement la rééducation sans détériorer la description médicale et économique des séjours ?
- Autrement dit : comment prendre en compte l'ensemble des facteurs de lourdeur (pertinents économiquement) et la rééducation d'un séjour sans augmenter fortement le nombre de groupes ?

## ○ Solution proposée

- Différentier :

- Les variables nécessaires pour une lisibilité médicale
- La lourdeur économique due à l'ensemble des caractéristiques du patient
  - Sans subdiviser chaque groupe sur toutes les variables patients
- La rééducation reçue

Sous GN

Niveaux de complexité

Groupes de RR

# Solution proposée

CM

GN

Sous GN

Niveaux de  
complexité

Groupes de RR

Quelle est la pathologie et/ou la prise en charge principale ?

A pathologie principale fixée, quelle est la lourdeur économique du patient ?

A pathologie principale fixée et à niveau de complexité fixé, quelle est la rééducation reçue ?

Description  
**médicalement  
lisible** des  
séjours

Description  
**macro-  
économique**  
des séjours

## Sous-GN

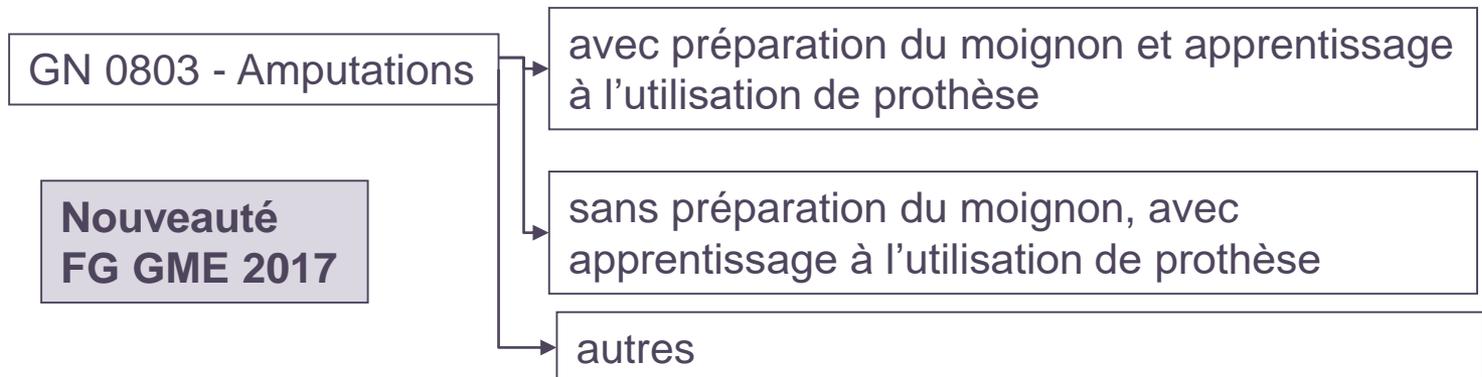
- Définition : subdivision des GN visant à identifier **explicitement** certaines populations et/ou certaines **prises en charge**

- Exemples :

- **Pédiatrie**



- **Actes marqueurs pour les amputations**



# Indice de complexité

---

- Problématique
  - Comment prendre en compte l'ensemble des facteurs de lourdeur (pertinents économiquement) sans augmenter fortement le nombre de groupes ?
  - = Sans subdiviser chaque groupe sur toutes les variables patients
    - Ce qui amènerait à la création de 34560 groupes.
- Solution proposée
  - Utiliser les variables conjointement plutôt que séparément
  - En modulant le niveau de sévérité en fonction d'une ou plusieurs caractéristiques du patient (dépendances, âge, chirurgie)
    - niveau de complexité
      - A l'instar du MCO où le niveau de sévérité « final » est modulé en fonction de l'âge
      - Nécessite l'augmentation du nombre de niveaux

## Indice de complexité : illustration

### Exemple de la dépendance physique (1/3)

- La dépendance physique et les niveaux de sévérité sont les facteurs majeurs d'augmentation de la durée de séjour dans la CM 08

dépendance physique	durée de séjour		effectif (séjours HC)	
	niveau 1	niveau 2	niveau 1	niveau 2
4	24	39	110 000	4 800
5-8	29	40	337 000	20 000
9-12	39	52	290 000	30 000
13-16	47	59	153 000	35 000

## Indice de complexité : illustration

### Exemple de la dépendance physique (2/3)

- Pour prendre en compte la dépendance physique et le niveau de sévérité, la version actuelle de la classification amènerait la création de **6 groupes**

racine	dépendance physique	durée de séjour	
		niveau 1	niveau 2
a	4	24	39
	5-8	29	40
b	9-12	39	52
c	13-16	47	59

Racine a niveau 1
Racine a niveau 2
Racine b niveau 1
Racine b niveau 2
Racine c niveau 1
Racine c niveau 2

## Indice de complexité : illustration

### Exemple de la dépendance physique (3/3)

○ Alors que **3 groupes** pourraient être « suffisants »

racine	dépendance physique	durée de séjour	
		niveau 1	niveau 2
a	4	24	39
	5-8	29	40
b	9-12	39	52
c	13-16	47	59

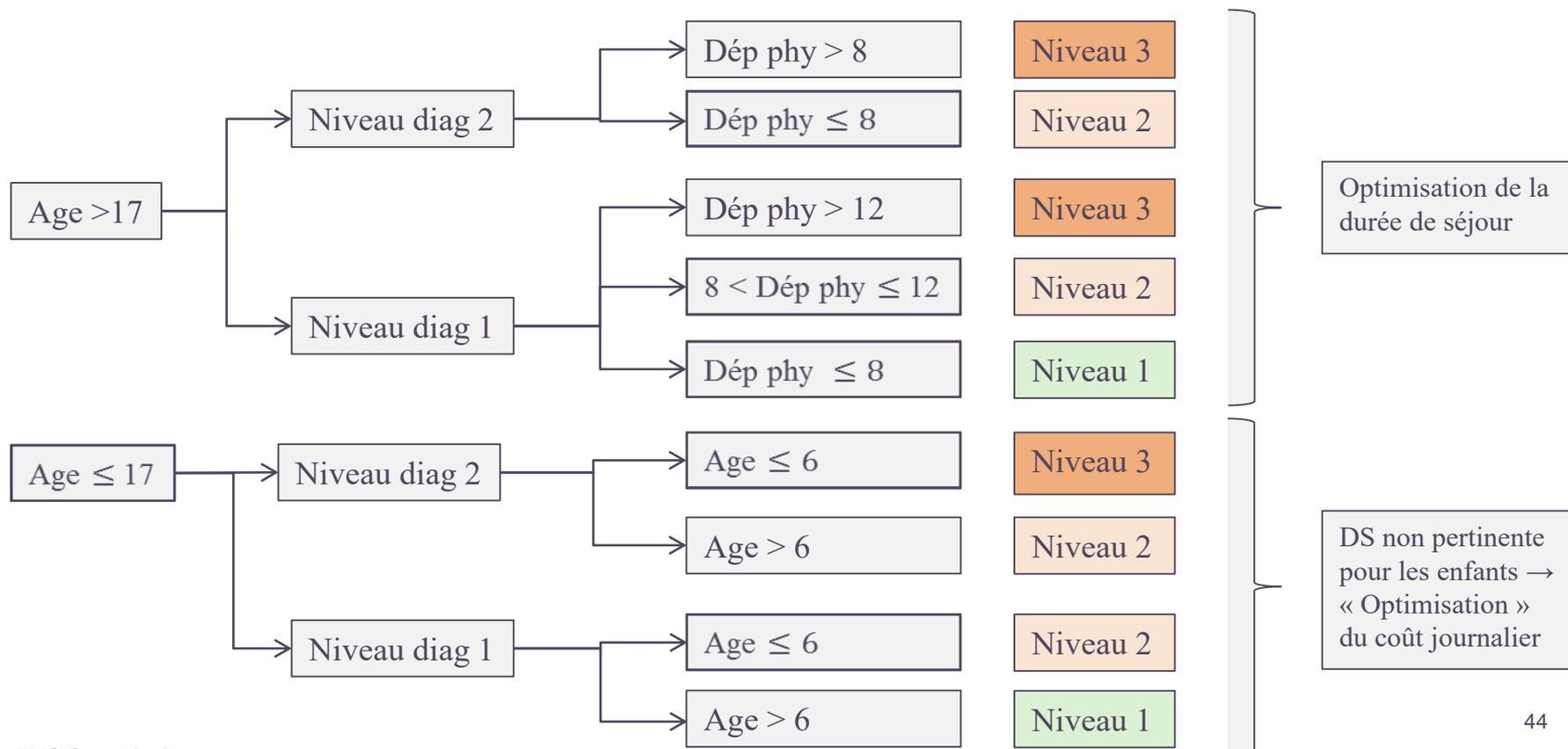
Niveau de complexité 1

Niveau de complexité 2

Niveau de complexité 3

# Indice de complexité : exemple de règles possibles

- A titre illustratif, exemple de règles pouvant être créées
  - Règles basées principalement sur la dépendance physique et l'âge
  - Ajustées ponctuellement sur d'autres variables



# Niveaux de complexité : exemple de groupage

atih

AGENCE TECHNIQUE  
DE L'INFORMATION  
SUR L'HOSPITALISATION

Sous GN

Niveaux de complexité

GN

Pédiatrie  
et/ou  
subdivision  
sur actes  
marqueurs

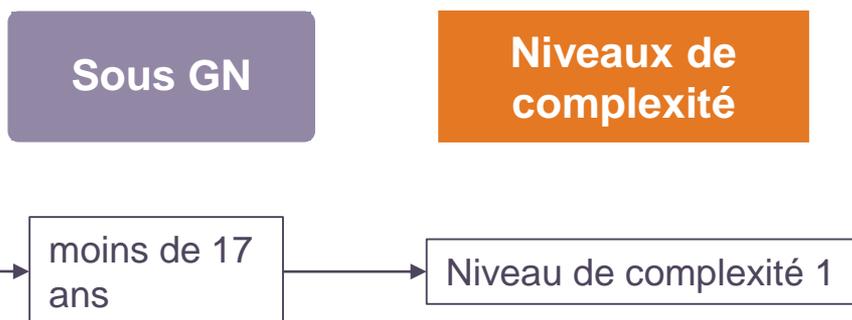
Zéro jour

Niveau de complexité 1

Niveau de complexité 2

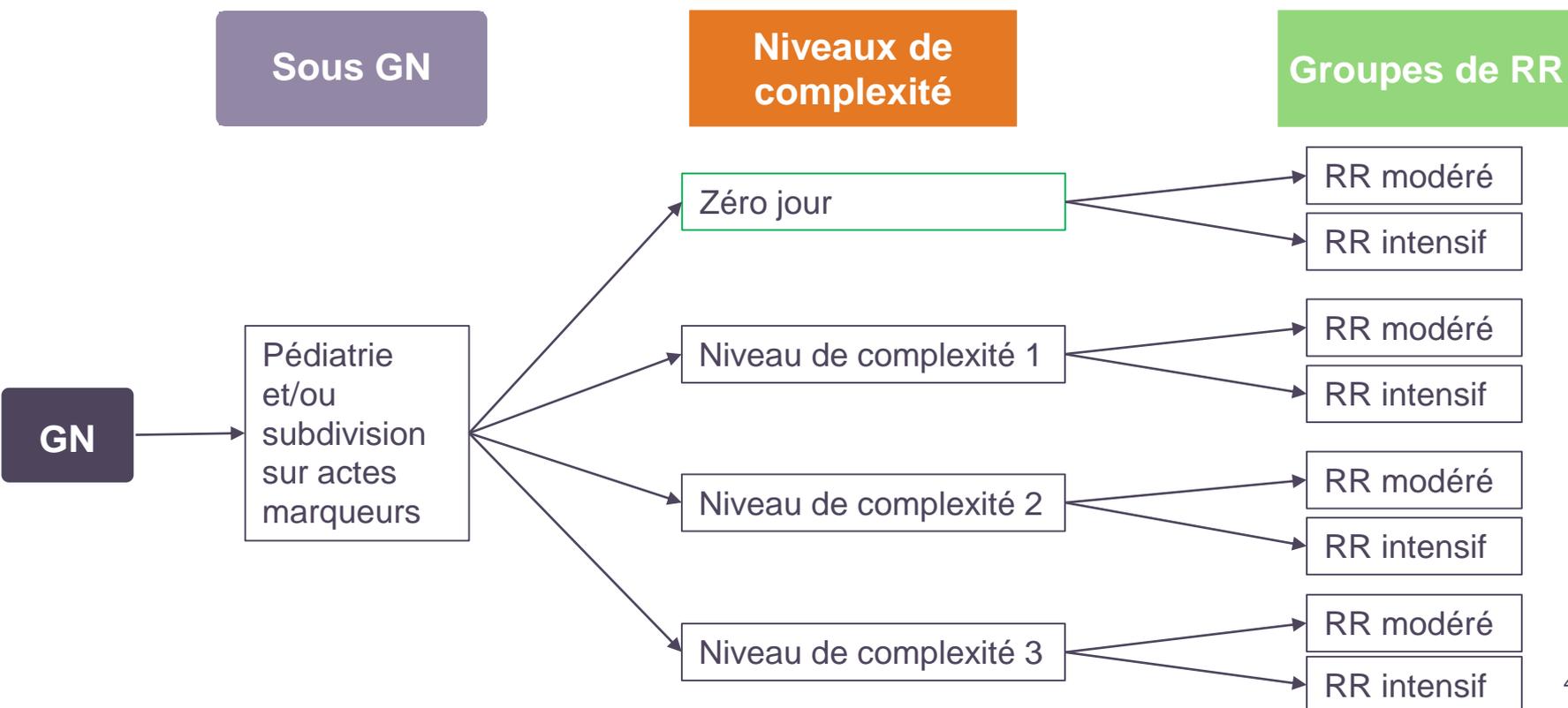
Niveau de complexité 3

# Niveaux de complexité : exemple de groupage



# Groupes de RR

- Définition : les groupes de RR traduisent les différents niveaux de rééducation (score RR) à pathologie et niveau de complexité égaux.



# Groupes de RR : exemples

Sous GN

Niveaux de complexité

Groupes de RR

**brûlures**

moins de 17 ans

Niveau de complexité 1

RR modéré

RR intensif

**amputations**

Avec utilisation de prothèse

Niveau de complexité 2

RR modéré

RR intensif

RR très intensif

# Évolution de la classification

## Plan de la présentation

---

- Introduction
- La classification en GME hier (1.1 à 2.4)
  - Objectifs de la classification
  - Principes et limites de la classification
  - Critiques de la classification
- La classification en GME demain
  - D'hier à demain : nouveaux objectifs
  - Sous-GN
  - Indice de complexité
  - Groupes de RR
- Synthèse et éléments de comparaison



Demain

CM

GN

Sous GN

Niveaux de complexité

Groupes de RR

Objectif : créer des groupes qui soient

- Lisibles / compréhensibles médicalement
  - En séparant les pathologies différentes
  - **Et en séparant certaines prises en charge**
- Homogènes économiquement
- **Et homogènes en termes de rééducation reçue**

Une approche par type d'information

Définition : subdivision des GN visant à identifier **explicitement** certaines populations et/ou certaines **prises en charge** (exemple : actes marqueurs)

Définition : indice se déclinant en 3 niveaux traduisant l'augmentation de la charge économique, à pathologie principale fixée, due aux différentes caractéristiques du patient

Définition : groupes traduisant les différents niveaux de rééducation à patient égal

Description **médicalement lisible** des séjours

Description **macro-économique** des séjours



Hier

Une approche par type de variables



Racines de GME



Niveaux de sévérité

Age  
Dépendances  
Chirurgie  
Rééducation

Pédiatrie

Actes marqueurs

Score RR

Demain

Une approche par type d'information



Sous GN



Niveaux de complexité

Groupes de RR

Description médicalement lisible des séjours

Description macro-économique des séjours

## ○ Permettrait à court terme (V2018)

- D'identifier les prises en charge lourdes en termes de DMS/coût
- D'identifier les prises en charge lourdes en termes de RR

## ○ Permettrait à moyen terme

- De caractériser explicitement certaines prises en charge particulières de RR (exemple: actes marqueurs)

# Synthèse des modifications proposées

---

## ○ Avantages

- RR lisible dans les groupes
- Lourdeur du séjour davantage lisible
- Nombre de groupes non inflationniste
- Seules les variables pertinentes pour la description sont affichées
- Toutes les variables discriminantes économiquement sont utilisées (pas de limitation due aux effectifs)
- Maintenabilité : les règles de construction de niveaux peuvent changer sans modification de structure de la classification
- Rapport performance économique / nombre de groupes

## ○ Inconvénients

- Changement de méthode
- Nom des groupes à travailler

## **Synthèse**

---

- **Décrire systématiquement l'activité de RR oblige à repenser la classification**
- **Augmenter le nombre de niveaux et prendre en compte conjointement les variables**
  - → augmentation de la performance économique à nombre de groupes équivalent

# Synthèse des changements

## Hier

Groupe selon la nature des variables

RR peu présente

Variables prises en compte séparément

Algorithme de groupage "lisible"

## Demain

Groupe selon le type d'information

Groupes de rééducation identifiés

Variables prises en compte conjointement

Algorithme de groupage non visible dans le nom des groupes

Lourdeur des patients mieux identifiée

Homogénéité des groupes en DS

Homogénéité des groupes en RR

Merci de votre attention

# Conclusion de la présentation

- 2017 : nouvelle formule de présentation :
  - Profiter de la session ATIH pour présenter un sujet de méthode
    - Partager la réflexion
    - Travailler sur les concepts



## En cas d'évaluation positive, liste de thèmes possibles pour EMOIS 2018, 2019, 2020 ?

- MCO : l'ambulatoire dans la classification
- Les CMA : méthode et évolution
- Utilisation des actes dans les classifications

## **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**