

18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

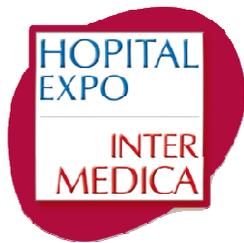
Journées nationales du CNIM

Principe d'évolution de la classification des GHM



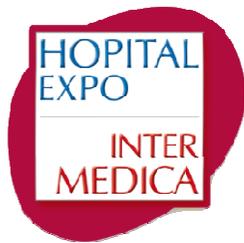
Marion Mendelsohn

Chef du service Classifications et
information médicale - ATIH



Quelques principes de base

- La granularité de la classification
- L'homogénéité acceptable
- La recherche de marqueurs



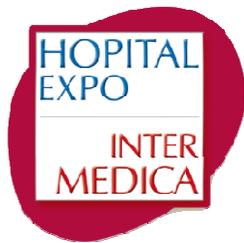
La granularité de la classification est un choix politique

- Une classification qui limite volontairement le nombre de groupes correspond à
 - Une volonté de redistribution aux plus petits
 - Une limitation plus forte de l'augmentation des dépenses de santé
- Une classification qui a de très nombreux groupes
 - Favorise la spécialisation
 - Valorise mieux les séjours techniques



Quelques commentaires sur l'homogénéité attendue

- La France est le seul pays à avoir intégré ce terme dans la dénomination des groupes
- L'homogénéité ne peut être attendue que pour les groupes à gros effectifs
- Une hétérogénéité observée partout ne justifie pas la création d'un GHM
- Une hétérogénéité d'effectif avec le même écart de coût est une bonne indication de création de GHM
- Une hétérogénéité de coût pour une activité donnée doit être expliquée avant de proposer la création d'un GHM



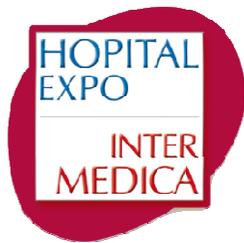
La recherche de marqueurs

- Ils sont peu nombreux au regard du nombre d'informations contenues dans un RSA
 - Qualitativement : diagnostics, actes, et parfois : âge, sexe, mode de sortie
 - Quantitativement : 1 seul diagnostic associé, 1 seul acte (sauf exception)
- Une forte prépondérance du rôle de l'acte
- Un manque de marqueurs quand il n'y a pas d'actes médicaux
 - Absence de codage pour les autres actes
 - Appréciation globale de l'état du patient



Acte classant = acte marqueur = consommation de ressources ≠

- Il peut être opérateur
 - marqueur d'une consommation à la hausse
 - par la lourdeur de l'acte - exemple : colectomie totale
 - par la lourdeur du cas - exemple : colostomie
 - marqueur d'une consommation à la baisse
 - explique une prise en charge plus légère que la même sans acte
- Il peut être non opératoire
 - marqueur d'une consommation à la hausse
exemple : cathétérisme cardiaque
 - marqueur d'une consommation à la baisse
exemple : endoscopie pour antécédent de cancer



Un acte non classant ne doit pas être assimilé à un acte mineur

- Il peut être opératoire et très consommateur mais difficile à rendre classant
exemple : prélèvement d'organes
- Il peut être opératoire mais non discriminant
exemple : traitements (chirurgicaux) des GEU
- Il peut être non opératoire et coûteux mais avoir un risque inflationniste
exemple : IRM



Quelques difficultés

- Une classification parfois tautologique
- Une correspondance « M/C/O » acrobatique
- Une seule classification pour deux secteurs ≠
- Un recueil multi-RUM



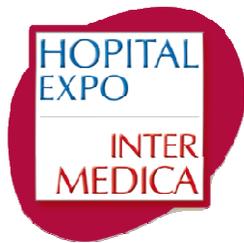
Le principe de la classification

- Une variable à expliquer : le coût ou la durée de séjour en fonction des données disponibles
- Des variables explicatives : celles qui expliquent les variations de coûts ou de durée
 - Elles constituent le recueil d'informations standard
 - Elles permettent le classement du séjour dans un GHM
- Des GHM tautologiques : quand on segmente sur la durée de séjour



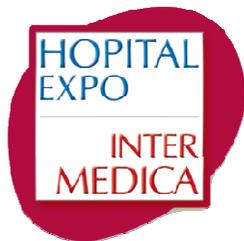
Une correspondance « M/C/O » acrobatique et critiquable

- La vraie segmentation des activités PMSI
 - Séjours avec acte classant opératoire (C)
 - Séjours avec acte classant non opératoire (K)
 - Séjours sans acte classant (M)
 - Séjours avec ou sans acte classant (Z)
- Une correspondance avec des lits de chirurgie ou de médecine difficile à faire
 - C \longrightarrow une partie des lits de C
 - K \longrightarrow lits M ou C
 - M \longrightarrow lits M ou C
 - Z \longrightarrow lits M ou C ou O
- Mais une partition en M/C/O qui a de moins en moins de sens



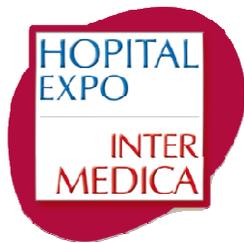
Une seule classification pour deux secteurs différents

- Les classifications de type DRG sont clairement faites pour des établissements généralistes
- L'objectif de convergence nécessite de mieux décrire la sévérité et parfois l'activité
- L'effet âge et l'effet CMA sont souvent différents, mais appliqués de la même manière
- L'activité « sans acte classant » n'est pas la même
- Le secteur ex-OQN est plus habitué aux techniques du « lobbying »
- Le paiement à l'acte du praticien (libéral) peut rentrer en conflit avec le paiement à l'activité de la clinique



Un recueil multi-RUM

- Le séjour multi-unités avec un seul GHM est (probablement) une spécificité française
 - En général le recueil se fait en mono-RUM
 - Quelques systèmes ont plusieurs résultats de groupage pour une hospitalisation
- Les multi-RUM qui commencent par un RUM sans nuitée sont un handicap pour la classification
 - Le DP est souvent difficile à utiliser
 - Un DP non confirmé devient quand même une CMA
- La possibilité de faire un même séjour en mono ou multi-RUM est une source de recettes différentes



En conclusion : quel futur pour la classification des GHM ?

- Le recueil d'information est un fait définitif
 - C'est le plus important
 - Il permet la connaissance
 - Il faut veiller à ne pas le paralyser en donnant satisfaction à toutes les demandes d'élargissement
- Le mode de valorisation n'a rien de définitif
 - Mais il faudra toujours une classification, même pour 4 groupes
 - Néanmoins, les systèmes de type DRG avec un paiement forfaitaire ont une durée de vie et une extension internationale sans précédent
 - Tout système de financement a ses effets vertueux et ses effets pervers, le modèle de financement doit évoluer pour garder un équilibre acceptable pour la collectivité



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

ETUDE SUR LA CHARGE EN SOINS CHAMP MCO



Aline CUSSON - Chef de projet

ATIH – Service Valorisation et synthèse

Journées nationales du CNIM



Contexte et objectifs de l'étude

- Contexte

- Volonté d'améliorer le modèle d'estimation des coûts des séjours défini par l'étude nationale de coûts MCO (ENC) en affectant plus précisément les charges de personnel soignant

- Objectifs

- Identifier une mesure de la charge en soins, reproductible dans les établissements
- Etablir un modèle prédictif de cette charge en soins par séjour, utilisable pour les établissements de l'ENC qui ne recueilleraient pas cet indicateur de la charge en soins



Le planning de l'étude

- Première phase

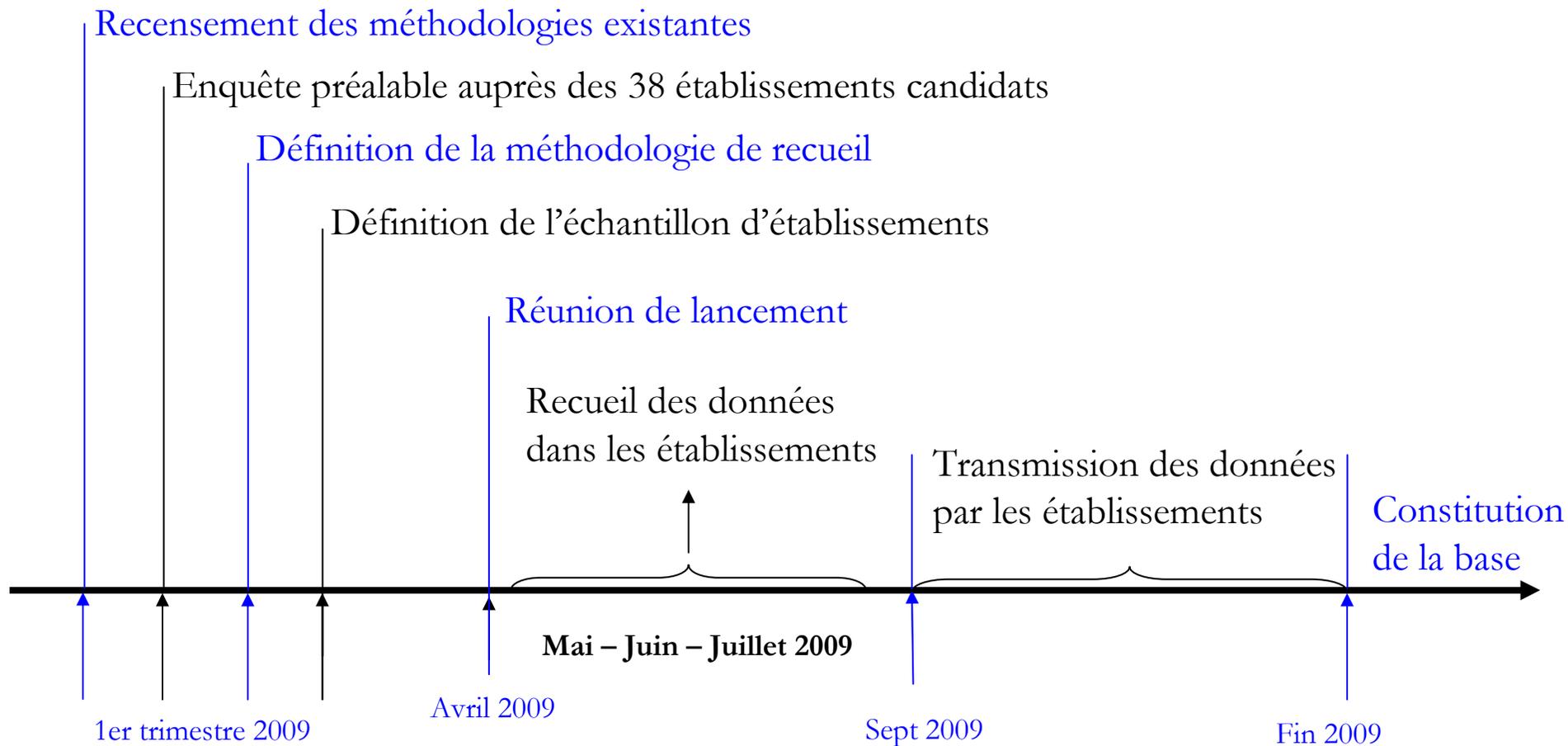
- Réalisation d'une enquête terrain pour mesurer la charge en soins à partir d'un échantillon d'établissements tant publics que privés
- *Maîtrise d'œuvre confiée au Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)*

- Deuxième phase

- Traitements statistiques et analyse des données recueillies en vue d'une modélisation de la charge en soins
- *En cours de réalisation par l'ATIH*



Le calendrier de l'enquête



19-20 mai 2010
VIPARIS – Porte de Versailles - France



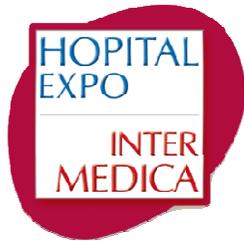
La méthodologie de recueil

- Les SIIPS s'imposent (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée)
 - 80% des établissements candidats recueillant une charge en soins utilisent les SIIPS ;
 - Méthodologie documentée et très cadrée ;
 - **1er niveau de recueil, les indicateurs SIIPS :**
 - Soins de base (hygiène, alimentation, locomotion, élimination)
 - Soins techniques (prédominance de soins courts, lourds, très lourds ou soins courts répétés)
 - Soins relationnels et éducatifs (Corrélés à la demande en soins du patient ou de sa famille)
 - Mesure de l'intensité des soins : 1,4 10 et 20 (2 coef sup pour la Réa : 45 et 70)
- *Données à recueillir par identifiant séjour et par unité de soins*



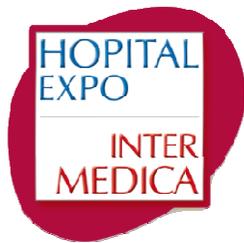
La méthodologie de recueil

- Les variables explicatives du PMSI
 - Le GHM ou la CMD ou le niveau de sévérité
 - L'âge
 - Le mode d'entrée
 - Le mode de sortie
 - La durée de séjour dans l'unité de soins
 - Le nombre de suppléments total
 - Le nombre de diagnostics associés significatifs
 - ...
- Autres variables explicatives complémentaires :
 - introduction de 12 variables permettant de cerner l'emprise du patient sur le personnel soignant



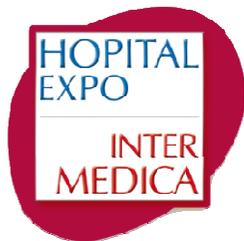
La méthodologie de recueil

- **2ème niveau de recueil** : les indicateurs SIIPS + les 12 variables complémentaires
 - Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène
 - Altération de l'élimination urinaire et/ou fécale
 - Incapacité partielle ou totale à s'alimenter
 - Altération de la mobilité physique
 - Atteinte à l'intégrité de la peau
 - Douleur
 - Complications infectieuses et/ou post-opératoires
 - Manque de connaissance
 - Isolement social
 - Altération des opérations de la pensée
 - Perte d'espoir
 - Anxiété/Peur
- Cotation de chaque variable sur une échelle de 0 (pas de problème particulier) à 3 (problème majeur).



La méthodologie de recueil

- **Mesure du temps de soins sur un petit échantillon de séjours**, à partir du temps moyen par acte et du nombre d'actes réalisés ;
- 69 actes différents répartis par type de soins :
 - Hygiène (toilette partielle, toilette totale, soins de bouche, ...)
 - Elimination (pose bassin, soins de stomies, ...)
 - Mobilisation (aide à la marche, changement de position, ...)
 - Alimentation (aide partielle à la prise du repas, aide totale à la prise du repas, ...)
 - Relation (information patient, éducation patient, ...)
 - Technique (pose de sonde, prélèvement de sang, pansement complexe, ...)
- Temps de soins par acte, relevés au minimum sur un à deux nouveaux séjours par semaine par unité de soins



L'échantillon d'établissements

- Sur les 38 candidatures initiales pour cette enquête
 - 8 établissements se sont désistés
 - 7 établissements n'ont pu être retenus
- Participation à l'enquête de 23 établissements

Type de recueil	Nb établissements	Nb ex_DG	Nb ex_OQN
Recueil : SIIPS uniquement	9	9	
Recueil : SIIPS + 12 variables complémentaires	14	8	6
TOTAL	23	17	6
<i>Mesure temps</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>2</i>



Les données recueillies

- Recueil ne concernant que les sections cliniques d'hébergement ; les unités d'urgences, les séances et les plateaux médico-techniques ne mesurent pas de charge en soins
- Données transmises par les établissements et exploitables

Type de recueil	Nb RSA	Nb séjours UdS
Recueil : SIIPS uniquement	49 078	53 128
Recueil : SIIPS + 12 variables complémentaires	24 456	26 084
TOTAL	73 534	79 212
<i>Mesure temps (+ 12 var comp.)</i>	<i>1 568</i>	<i>1 597</i>
<i>Mesure temps (+ 12 var comp.+ SIIPS)</i>	<i>899</i>	<i>911</i>



Exploration des données en cours

- Modélisation des SIIPS
 - Relation entre SIIPS et variables PMSI
 - Relation entre SIIPS et variables PMSI + variables complémentaires
- Modélisation du Temps
 - Relation entre temps et variables PMSI
 - Relation entre temps et variables PMSI + variables complémentaires
- Résultats attendus en Juin 2010



18 > 21 mai 2010

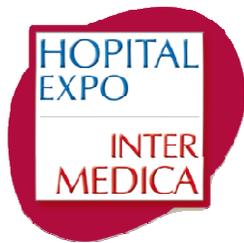
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

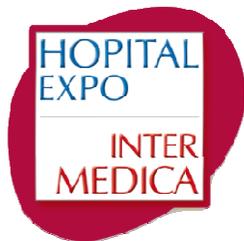


B. GARRIGUES – Président du CNIM



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

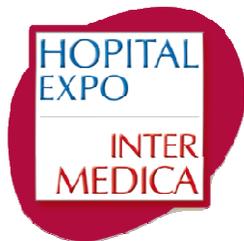
- REANIMATION :
- IGS II > 15 ET UN ACTE MARQUEUR
(De suppléance)



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

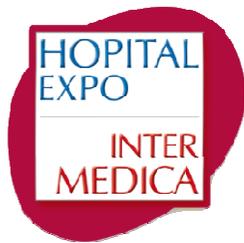
- USI :

- AUCUN CRITERE



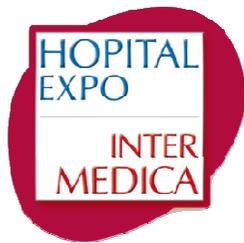
EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- **USC 2009 :**
 - le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément de réanimation ;
 - le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge, et le diagnostic principal établi correspond à un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 figurant en annexe 8 ;
 - le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15, après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
 - un acte de la liste 2 établie en annexe 8 a été effectué.



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- **USC 2009 :**
 - De Grosses erreurs et/ou omission (du fait de la différence de perception du périmètre de travail des experts : Décret et arrêté Réa, et du périmètre de l'arrêté de prestations)
 - IGS II en pédiatrie (vite corrigé)
 - Liste diagnostics ne couvrant pas, par exemple, les unités de surveillance continue pédiatrique, cardiologique
 - **Liste actes ne couvrant pas, par exemple, les actes de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie**



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- **USC 2010 :**
 - le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément de réanimation. ;
 - – le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge, et les diagnostics principal et associés établis correspond à un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 figurant en annexe 8 ;
 - – le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15, après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
 - – un acte de la liste 2 établie en annexe 8 a été effectué.



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- USC 2010 :

Dispositif identique mais correction des listes de diagnostics spécifiques de cardiologie de pédiatrie, ... ainsi que listes d'actes spécifiques de chirurgie cardiaque , neurochirurgie, ...

Suppression de certains actes de la liste précédente : Ex : Parotidectomie, ...



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- QUELLES EVOLUTIONS :
 - Adoption d'un dispositif de principe analogue en USI
 - Adaptation annuelle des listes de diagnostics et d'actes ??????!!!!!!
 - Utilisation d'autres critères



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- QUELLES EVOLUTIONS :
 - - Utilisation d'autres critères : Exemples :

TISS DE « CULLEN / KEENE »
I TISS



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

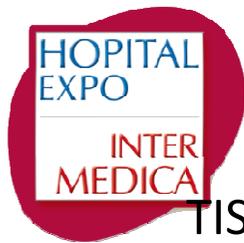
TISS DE « CULLEN / KEENE »

Scoring systems for ICU and surgical patients:

TISS (TISS - 76) (Therapeutic Intervention Scoring System - Update 1983)

4 points 3 points

- a. Cardiac arrest and/or countershock within past 48 h **yesno**
- a. Central iv hyperalimentation (includes renal, cardiac, hepatic failure fluid) **yesno**
- b. Controlled ventilation with or without PEEP **yesno**
- b. Pacemaker on standby **yesno**
- c. Controlled ventilation with intermittent or continuous muscle relaxants **yesno**
- c. Chest tubes **yesno**
- d. Balloon tamponade of varices **yesno**
- d. IMV or assisted ventilation **yesno**
- e. Continuous arterial infusion **yesno**
- e. CPAP **yesno**
- f. Pulmonary artery catheter **yesno**
- f. Concentrated K⁺ infusion via central catheter **yesno**
- g. Atrial and/or ventricular pacing **yesno**
- g. Nasotracheal or orotracheal intubation **yesno**
- h. Hemodialysis in unstable patient **yesno**
- h. Blind intratracheal suctioning **yesno**
- i. Peritoneal dialysis **yesno**
- i. Complex metabolic balance (frequent intake and output) **yesno**
- j. Induced hypothermia **yesno**
- j. Multiple ABG, bleeding, and/or STAT studies (> 4 shift) **yesno**
- k. Pressure-activated blood infusion **yesno**
- k. Frequent infusion of blood products (>5 units /24 h) **yesno**
- l. G-suit. **yesno**
- l. Bolus iv medication (nonscheduled) **yesno**
- m. Intracranial pressure monitoring **yesno**
- m. Vasoactive drug infusion (1 drug) **yesno**
- n. Platelet transfusion **yesno**
- n. Continuous antiarrhythmia infusions **yesno**
- o. IABP (Intra Aortic Balloon Pressure) **yesno**
- o. Cardioversion for arrhythmia (not defibrillation). **yesno**
- p. Emergency operative procedures (within past 24 h) **yesno**
- p. Hypothermia blanket **yesno**
- q. Lavage of acute GI bleeding **yesno**
- q. Arterial line **yesno**
- r. Emergency endoscopy or bronchoscopy **yesno**
- r. Acute digitalization - within 48 h **yesno**
- s. Vasoactive drug infusion (> 1 drug) **yesno**
- s. Measurement of cardiac output by any method **yesno**
- t. Active diuresis for fluid overload or cerebral edema **yesno**
- u. Active Rx for metabolic alkalosis **yesno**
- v. Active Rx for metabolic acidosis. **yesno**
- w. Emergency thora-para and peri-cardiocenteses. **yesno**
- x. Active anticoagulation (initial 48 h) **yesno**
- y. Phlebotomy for volume overload **yesno**
- z. Coverage with more than 2 iv antibiotics **yesno**
- aa. Rx of seizures or metabolic encephalopathy (within 48 h of onset) **yesno**
- bb. Complicated orthopedic traction



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

TISS DE « CULLEN / KEENE » (suite)

2 points 1 point a. CVP (central venous pressure) **yesno** a. ECG monitoring **yesno** m. b. 2 peripheral iv catheter **yesno** b. Hourly vitals signs **yesno** c. Hemodialysis stable patient **yesno** c. 1 peripheral iv catheter **yesno** d. fresh tracheostomy (less than 48 h) **yesno** d. Chronic anticoagulation **yesno** e. Spontaneous respiration via endotracheal tube or tracheostomy (T-piece or trach mask) **yesno** e. Standard intake and output (q 24 h) **yesno** f. GI feedings **yesno** f. STAT blood tests **yesno** g. Replacement of excess fluid loss **yesno** g. Intermittent scheduled iv medications **yesno** h. Parenteral chemotherapy **yesno** h. Routine dressing changes **yesno** i. Hourly neuro vitals signs **yesno** i. Standard orthopedic traction **yesno** j. Multiple dressing changes **yesno** j. Tracheostomy care **yesno** k. Pitressin infusion iv **yesno** k. Decubitus ulcer **yesno** **TISS 76 = SUM (points for activities performed)= Class = I. Urinary catheter **yesno** m. Supplemental oxygen **yesno** n. Antibiotics iv (2 or less) **yesno** o. Chest physiotherapy **yesno** p. Extensive irrigations, packings or debridement of wound, fistula or colostomy **yesno** q. GI decompression **yesno** r. Peripheral hyperalimentation / Intralipid therapy **yesno****

Classification

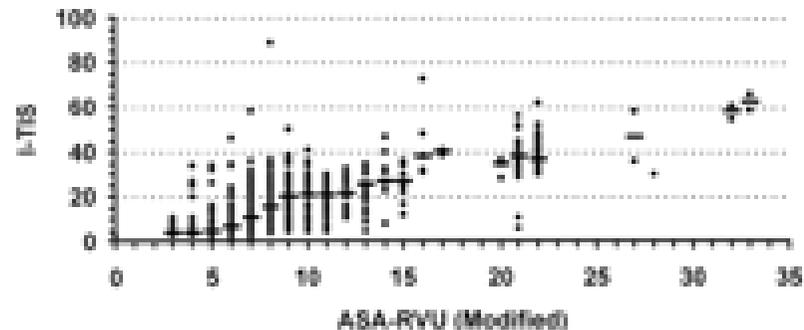
- Class IV : ≥ 40 points
Class III : 20 - 39 points
- Class II : 10 -19 points
Class I : < 10 points



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- **I TISS :**

- In summary, the I-TIS is able to measure the intensity of physiological/biochemical monitoring interventions and therapeutic support patients receive during surgery.
- It is a useful adjunct to surgical complexity scores because it reflects the actual physiological/biochemical interventions and monitoring provided to patients by anesthesiologists and others.
- The I-TIS should prove to be a useful tool to compare the intensity of intraoperative care afforded to individuals and groups of patients.



- **Evaluating Intraoperative Therapeutic and Diagnostic Interventions**
- [Nava Klein](#), BA RN and [Charles Weissman](#), MD



EVOLUTION DES CRITERES D'ENTREE EN UNITES DE SOINS CRITIQUES

- CONCLUSION :
- - Si critères , il y a , toutes les unités de soins critiques doivent y être soumises (USI)
- Le recours a un indicateur est une solution plus faible et pérenne ; plus facile à maintenir que les listes de diagnostics ou d'actes en perpétuelle évolution
- Si tel est le cas des actualisations du TISS et/ou de l'I TISS sont intéressantes aussi bien en USC qu'en USI



18 > 21 mai 2010

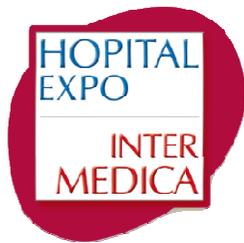
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

Quelle unité d'œuvre pour le PMSI?

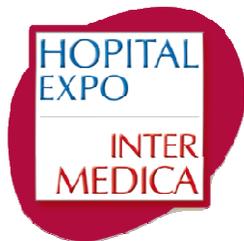
Dr Emmanuel Hornus

Centre Hospitalier du Val d'Ariège



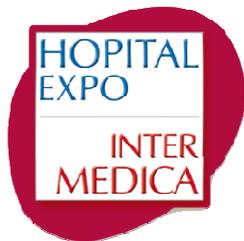
L'année dernière aux journées du Grand Sud

- BORDEAUX, 22 juin (TIC santé) – Alain Garcia, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Aquitaine a prononcé un discours dans lequel il a évoqué les différents enjeux de l'information médicale et réaffirmé toute l'importance des départements d'information médicale (DIM), à l'occasion des 5èmes journées du Grand Sud de l'information médicale, qui se sont tenues à Bordeaux.
- le PMSI n'est pas seulement un outil de facturation, mais aussi un outil de planification et d'organisation des soins, de gestion hospitalière et de stratégie des établissements de santé, pour l'épidémiologie ainsi que pour la gestion des risques.



Planification et organisation des soins

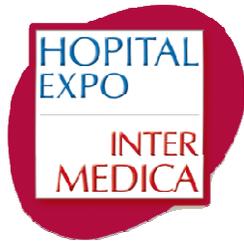
- Pour les établissements de santé, le PMSI est devenu un élément de suivi de la production de soins, à la fois qualitatif, quantitatif et stratégique.
- Pour les ARH, futures agences régionales de santé (ARS), le PMSI représente un outil de suivi des évolutions des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros). Il permet de comprendre l'attractivité des établissements et le parcours de soins des différentes structures.



Les deux mamelles du PMSI

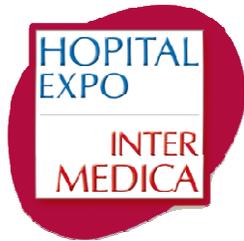
- Les tarifs qui remplissent le seau des finances hospitalières
- La planification et l'organisation des soins nettement moins productives





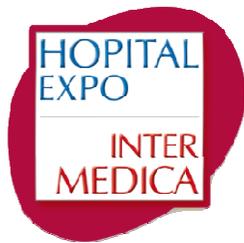
L'unité d'œuvre actuelle

- La planification des soins repose essentiellement sur une addition de séjours hospitaliers.
- Des outils robustes permettent d'agréger ces séjours.
- Peut-on additionner sans se poser plus de question les pancréatectomies céphaliques et les cholécystectomies?



Et pourtant

- L'outil cardinal de planification est le « ZOQUOS »
- Peu importe le pourcentage de chirurgie pancréatique ce sont les séjours de chirurgie viscérale qui seront répartis, échangés ou vendus!



Type de calcul OQOS

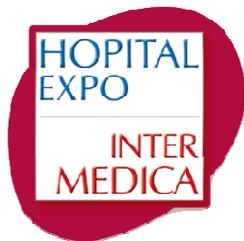
- **Calcul du taux de recours aux soins**
 - Pour un territoire donné, on calcule le rapport entre le nombre de séjours consommés en 2005 sur la population en 2005
 - => Taux de recours moyen
 - Ce travail est réalisé par tranche d'âge de 5 en 5 et par sexe.
 - => *Prévisions plus fines*
 - => *Possibilité de calculs de sous-objectifs*



Quelles données issues du PMSI

- Le nombre de séjours
- Le nombre de journées
- Les tarifs
- Les coûts





Les points ISA

- Lorsque le PMSI n'était pas un outil de tarification, les points ISA ont été utilisés pour rendre plus équitable le budget global.
- L'indice statistique d'activité reste un modèle d'unité d'œuvre basé sur le coût du GHM rapporté au coût de l'accouchement normal sans complication.

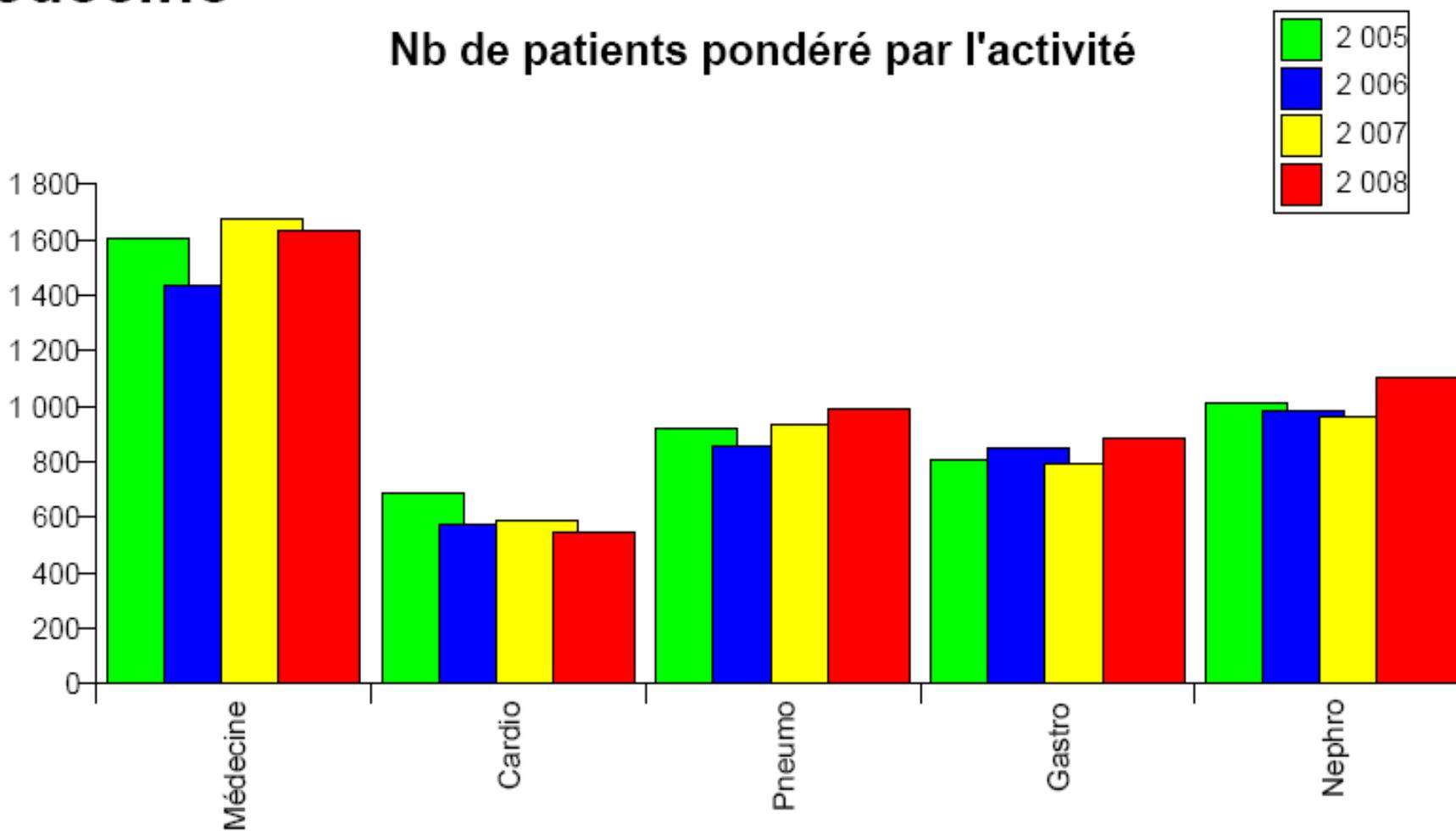


Un exemple personnel

- J'ai pris l'habitude d'exprimer l'activité de l'hôpital en fonction du « patient moyen pondéré par l'activité ».
- Il s'agit du rapport entre le coût total d'une activité par le PMCT, le poids moyen du cas traité pour l'hôpital.
- Le total des patients moyens pondéré était ainsi égal au total des patients hospitalisés, rendant ainsi cette mesure acceptable voire compréhensible pour la communauté hospitalière.

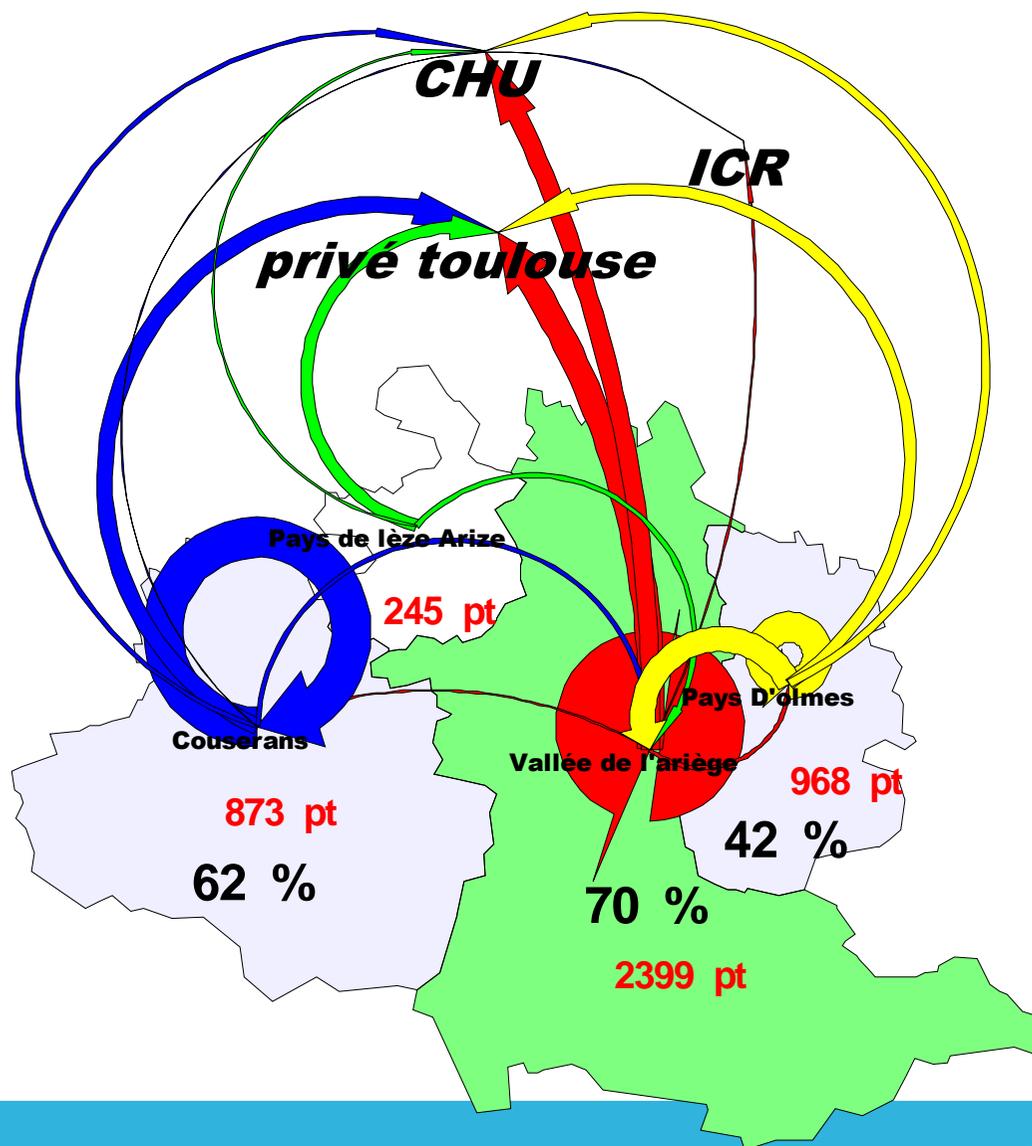
Médecine

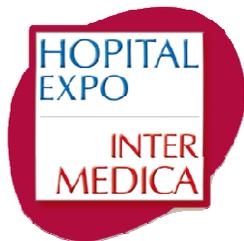
Nb de patients pondéré par l'activité





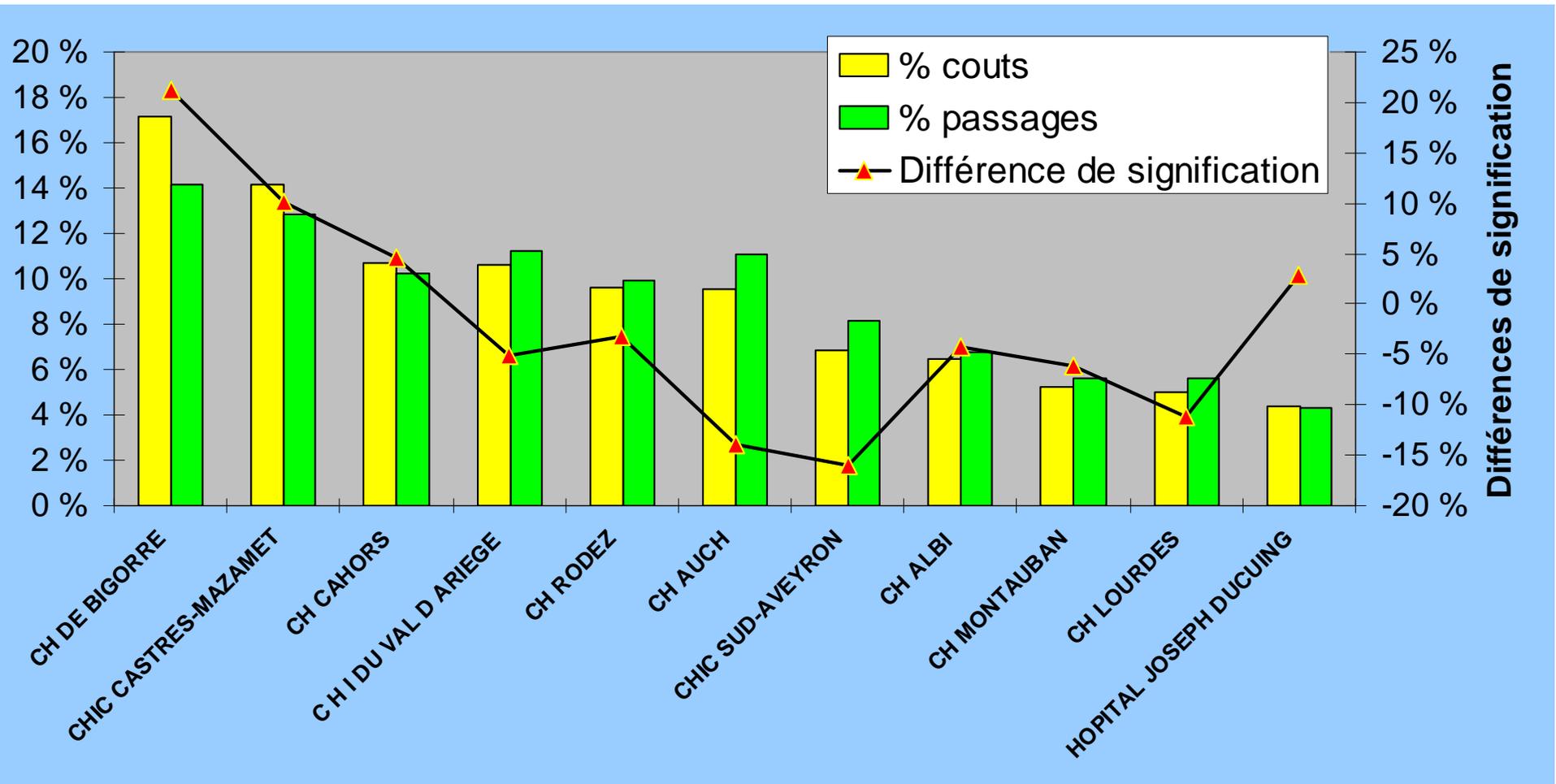
Chirurgie viscérale

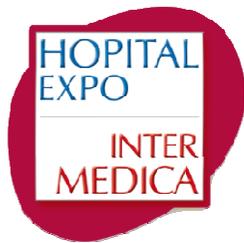




La base régionale Midi-Pyrénées

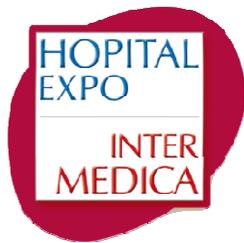
Chirurgie hépato-biliaire et pancréatique, comparaison de la répartition des coûts et du nombre de patients parmi les hôpitaux pivots





Quels critères pour le choix d'une unité d'œuvre performante?

- Représenter le volume d'activité.
- Transcender l'évolution des algorithmes de groupage.
- Dépasser les types d'organisation sanitaire.
- Représenter un concept simple et compréhensible.



Quelle variable utiliser pour évaluer le volume d'activité

- Le nombre de séjours est imprécis.
- La durée de séjour peu représentative.
- Le tarif est une variable à étudier en fonction du volume.
- Le coût standard défini par l'étude de coût semble naturellement être la variable de choix.



Problèmes posés par les coûts en tant qu'unité d'œuvre

- Variabilité en fonction de l'année de l'étude de coût.
- Variabilité public privé.
- Le coût est une valeur abstraite.



Le point ISA

- Il s'agissait du rapport entre le coût standard total (coût total hors structure) et le coût standard cumulé de l'accouchement sans complication.
- Ce calcul évaluait donc bien la consommation théorique de ressources par rapport à une pratique de fréquence stable et de technicité cohérente.
- Ce chiffre décrit un volume d'activité peu sensible à l'augmentation de consommation de soins. Le nombre global de points ISA augmente avec le recours au soins.



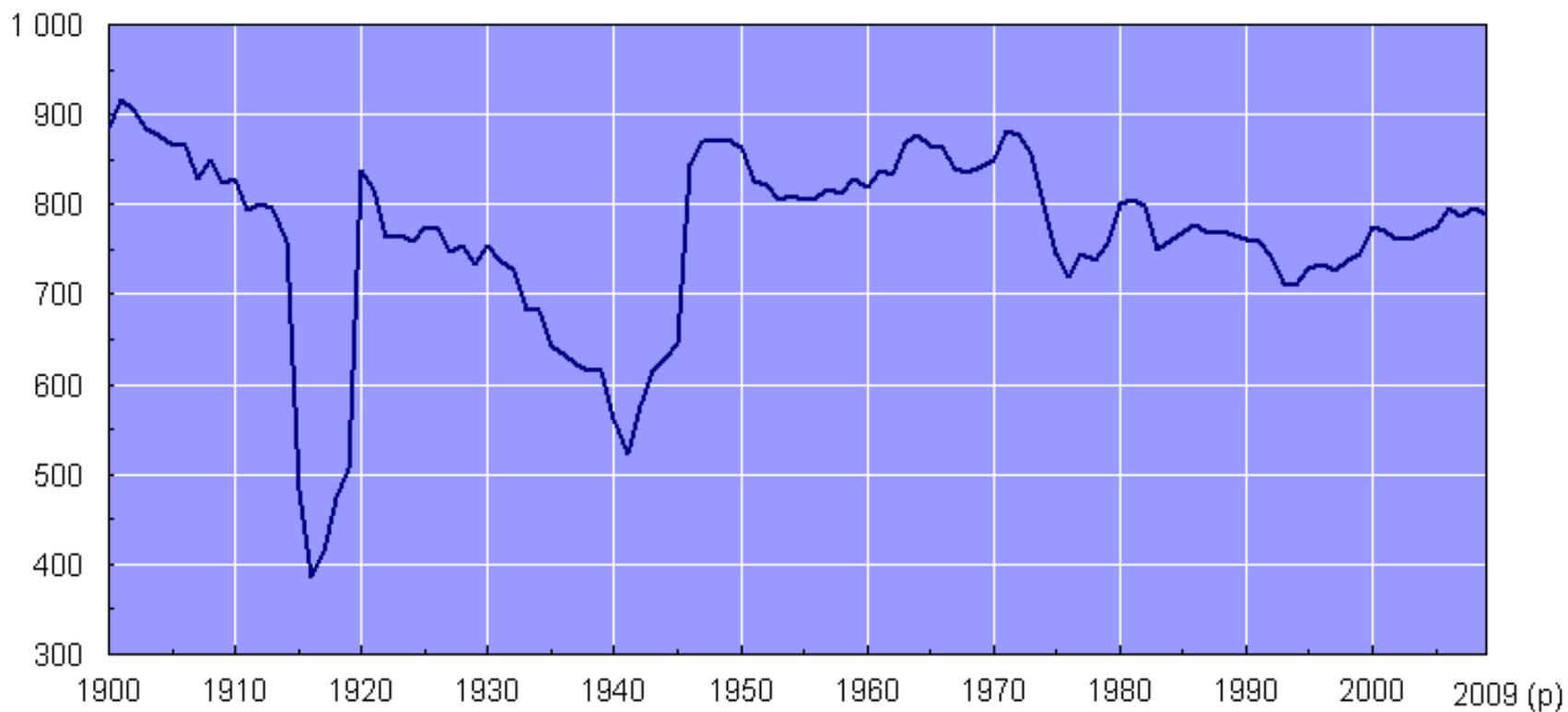
Imprécisions du modèle

- Si le nombre de naissance en France est relativement stable, le taux de césarienne à tendance à varier. En fait sur 10 ans cette augmentation ne dépasse pas 1%.
- La répartition des coûts entre la maman et le bébé est parfois aléatoire.



Naissances depuis 1900

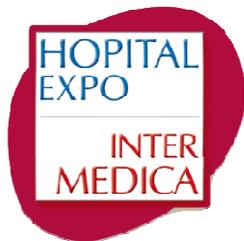
en milliers



p : données provisoires.

Champ : enfants nés vivants en France métropolitaine.

Source : Insee, statistiques de l'état civil.



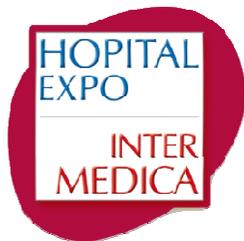
Proposition pour faire évoluer le modèle

- Remplacer le coût de l'accouchement sans complications par l'addition des GHM enfant normal et accouchement sans complications.



Proposition pour faire évoluer le modèle

- Rendre ce chiffre plus signifiant en prenant comme étalon le coût du patient moyen hors séances de la V9.
- Il faut donc le pondérer par le rapport entre la moyenne de l'ensemble des coûts standard cumulés en V9 et le coût standard de l'agrégation accouchement et nouveau né normaux.
- Ce chiffre (hors séances) est de 1,445.



Calcul du point ISAv9

- Pour chaque version du groupeur :

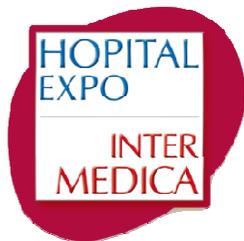
$$\frac{\sum_1^n (\text{nbGHM} * \text{Coût standard du GHM})}{* 1,445}$$

(Coût standard Accouchement normal+coût standard nouveau né normal)



Signification du points ISAv9

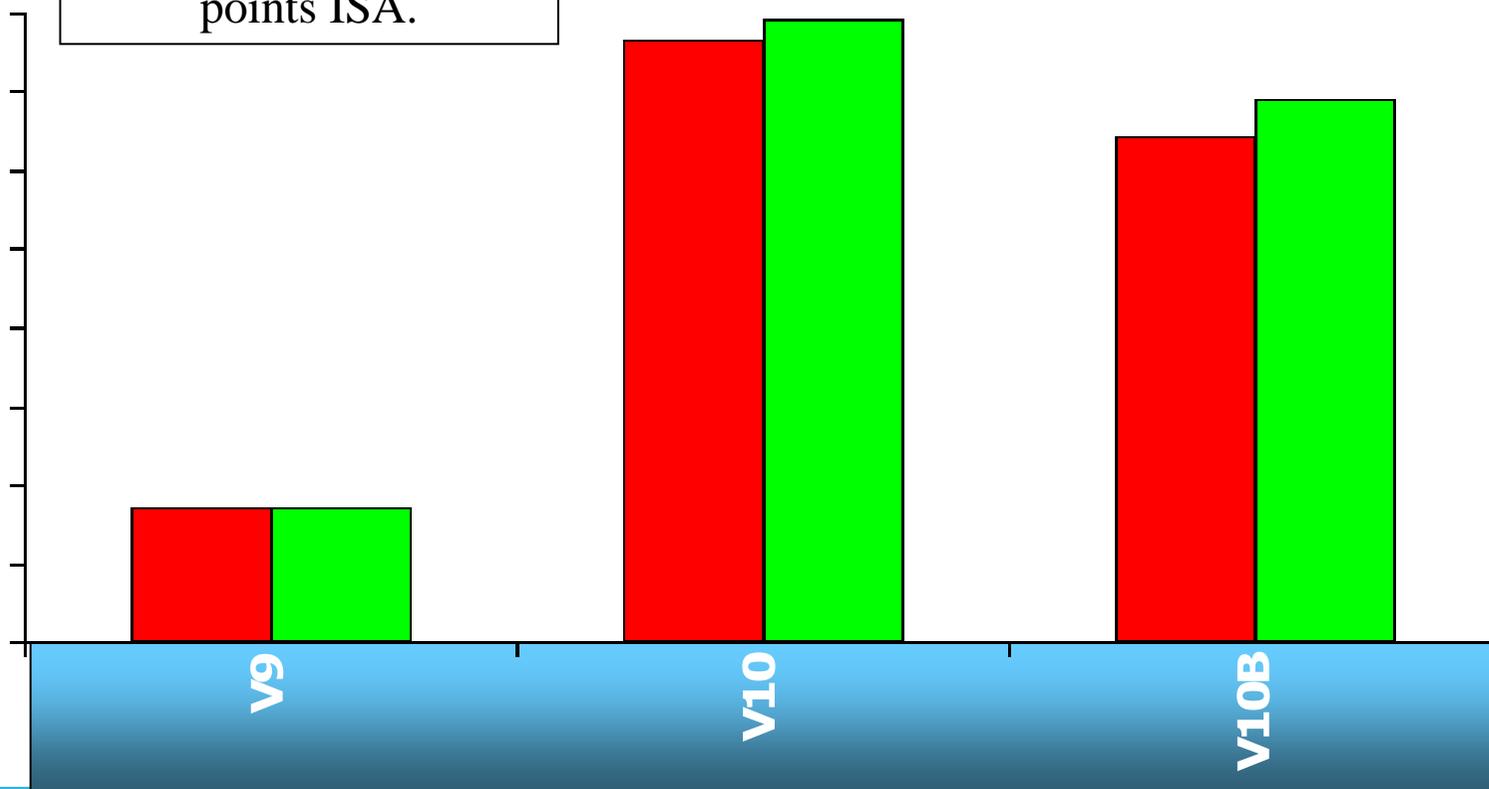
- Il s'agit du volume de l'activité rapporté au montant théorique de dépenses pour le patient moyen hospitalisé en 2007 hors séance.
- Ce chiffre pour un établissement qui aurait le même casemix que l'ensemble des hôpitaux français serait pour les patients groupés en V9 égal au nombre de patient.
- Il peut donc être assimilé au patient moyen mais traduit quand même l'augmentation en volume d'une année sur l'autre.



Points ISAv9 Midi-Pyrénées hors séances 2007 2008

En V9 (janvier février 2007) le nb de patient est égal au nombre de points ISA.

En V10 et V10 B (mars 2007-février 2008 puis mars 2008 décembre 2008), le nombre de points isa évolue plus vite que le nombre de patients.





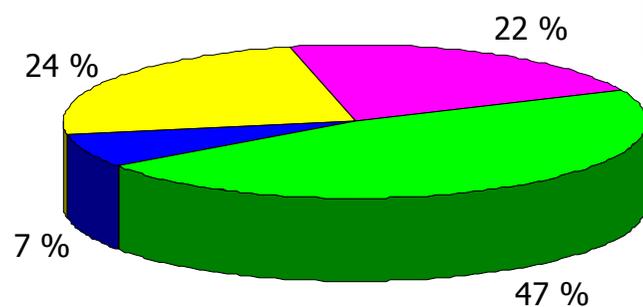
Un problème persiste

- L'évaluation de l'activité du secteur privé.
- Pour le moment j'utilise l'échelle publique.

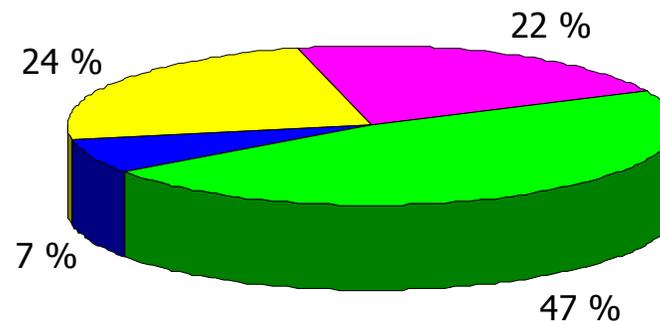


Région Midi Pyrénées

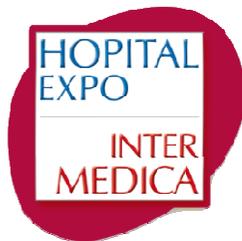
Nb patients



ISAv9

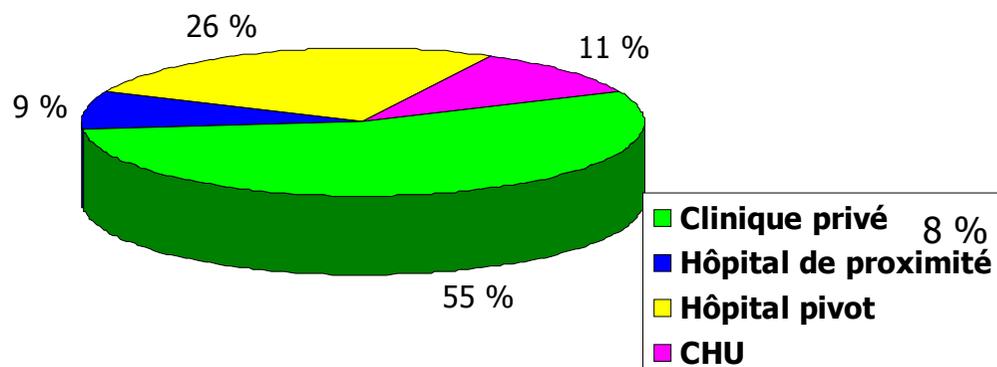


Sur l'ensemble du case mix, les chiffres restent cohérents

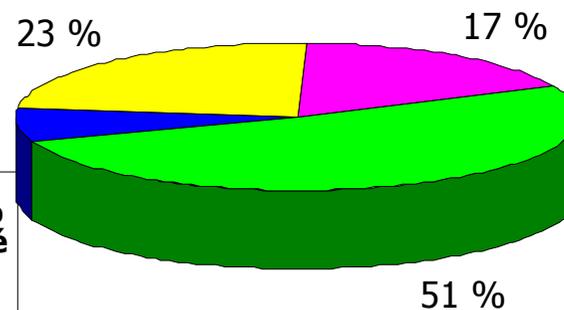


Chirurgie biliaire et pancréatique

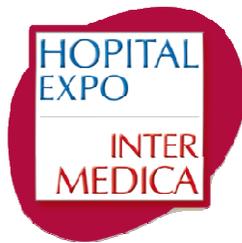
Nb patients



ISA v9



La part de marché du CHU est sous-évaluée de 40 %



Quelle déclinaison pour l'ISAv9?

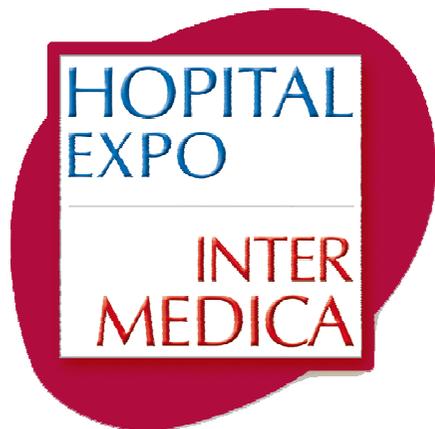
- Remplacer le coût total hors structure par un des éléments de l'étude de coût.
 - Par exemple salaire médecin SAC pour l'ajustement de la démographie médicale.
- Utiliser comme version de référence le groupeur en cours d'une année étudiée.
- Garder le nombre de patients pour l'étude de monoGHM.
- Utiliser les coûts standards bruts pour des études sur les conséquences économiques de décisions politiques.



En Conclusion

- Les outils de planification actuels me semblent grevés de lourdes marges d'incertitudes
- J'espère que la démarche proposée participera à l'amélioration de ces outils.





18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

*LA CCAM CLINIQUE EXISTE-T-ELLE ou
PEUT ELLE EXISTER ?*



B. GARRIGUES – Président du CNIM

Journées nationales du CNIM



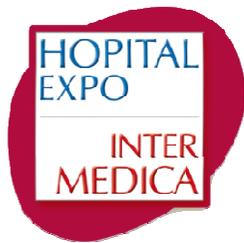
18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?





QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

- **Examples of procedure codes**
- **International**
- [International Classification of Procedures in Medicine \(ICPM\)](#) and [International Classification of Health Interventions \(ICHI\)](#)
[\[1\]](#)
- [ICPC-2 \(International Classification of Primary Care\)](#), which contains diagnosis codes, reasons for encounter (RFE), and process of care as well as procedure codes)

QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

International Classification of Primary Care

2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

- 30 Ex médical/bilan santé détaillé*
- 31 Ex médical/bilan santé partiel*
- 32 Test de sensibilité*
- 33 Ex microbiologique/immunologique*
- 34 Autre analyse de sang*
- 35 Autre analyse d'urine*
- 36 Autre analyse de selles*
- 37 Cytologie/histologie*
- 38 Autre analyse de laboratoire*
- 39 Epreuve fonctionnelle*
- 40 Endoscopie*
- 41 Radiologie diagnostique/imagerie*
- 42 Tracé électrique*
- 43 Autre procédure diagnostique*
- 44 Vaccination/médication préventive*
- 45 Recom./éducation santé/avis/régime*
- 46 Discussion entre dispensateurs SSP*
- 47 Discussion dispensateur spécialiste*
- 48 Clarification de la demande du patient*



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1



QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

International Classification of Primary Care

2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

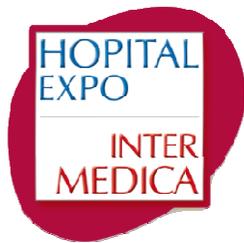
- 50 Médication/prescription/injection
- 51 Incision/drainage/aspiration
- 52 Excision/biopsie/cautér/débridation
- 53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
- 54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse
- 55 Traitement local/infiltration
- 56 Pansement/compression/bandage
- 57 Thérapie manuelle/médecine physique
- 58 Conseil thérap/écoute/examens
- 59 Autres procédures thérapeutiques
- 60 Résultats analyses/examens
- 61 Résultats ex/procéd autre dispensateur
- 62 Contact administratif
- 63 Rencontre de suivi
- 64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.
- 65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers
- 66 Référence à dispens. SSP non médecin
- 67 Référence à médecin
- 68 Autre référence
- 69 Autres procédures



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1





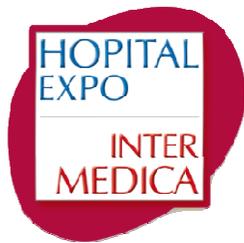
QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

- **North American**
- [Health Care Procedure Coding System](#) (including **[Current Procedural Terminology](#)**) (used in [United States](#))
- [ICD-10 Procedure Coding System](#) (ICD-10-PCS) (used in [United States](#))
- [ICD-9-CM Volume 3](#) (subset of [ICD-9-CM](#)) (used in [United States](#))
- [Canadian Classification of Health Interventions](#) (CCI) (used in [Canada](#). Replaced CCP.) [\[2\]](#)
- [Nursing Interventions Classification](#) (NIC) (used in [United States](#)) [\[3\]](#)
- [Nursing Minimum Data Set](#) (NMDS)
- [Nursing Outcomes Classification](#) (NOC)
- [SNOMED](#) (P axis)(English only, translations available but not useful)



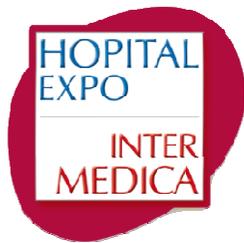
QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

- **European**
- [OPS-301](#) (adaptation of ICPM used in [Germany](#)) [de:OPS-301](#)
- [OPCS-4.2](#) (used in [England](#)) [\[4\]](#)
- [OPCS-4.3](#) (used in [England](#)) [\[5\]](#)
- [OPCS-4.4](#) (used in [England](#)) [\[6\]](#)
- [Classification des Actes Médicaux \(CCAM\)](#) (used in [France](#)) [\[7\]](#)



QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

- **Other**
- [Australian Classification of Health Interventions \(ACHI\) \[8\]](#)
- [Read codes](#) system used in United Kingdom General Practice



QUELS EXEMPLES INTERNATIONAUX ?

- www.wpsmedicare.com
- **CPT-4 Coding for Facilities**
- The **Current Procedural Terminology** (CPT) code set is maintained by the [American Medical Association](#) through the CPT Editorial Panel^[1]. The CPT code set accurately describes medical, surgical, and diagnostic services and is designed to communicate uniform information about medical services and procedures among physicians, coders, patients, accreditation organizations, and payers for administrative, financial, and analytical purposes. The current version is the CPT 2009.

CPT-4 Code	Category	CPT-4 Description	Benchmark
------------	----------	-------------------	-----------

99371	Evaluation & Management	Telephone call by a physician to patient or for consultation or medical management or for coordinating medical management with other health care professionals (eg, nurses, therapists, social workers, nutritionists, physicians, pharmacists); simple or brie.	\$7.40
99372	Evaluation & Management	Telephone call by a physician to patient or for consultation or medical management or for coordinating medical management with other health care professionals (eg, nurses, therapists, social workers, nutritionists, physicians, pharmacists); intermediate.	\$14.80
99373	Evaluation & Management	Telephone call by a physician to patient or for consultation or medical management or for coordinating medical management with other health care professionals (eg, nurses, therapists, social workers, nutritionists, physicians, pharmacists); complex or len.	\$21.87



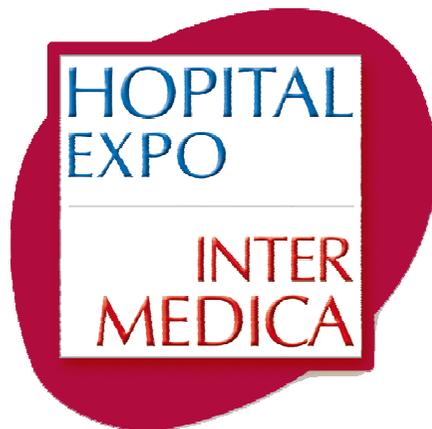
76140	Radiology	Consultation on x-ray examination made elsewhere, written report.	\$15.48
77336	Radiology	Continuing medical radiation physics consultation in support of therapeutic radiologist including continuing quality assurance reported per week of therapy.	\$101.60
77370	Radiology	Special medical radiation physics consultation.	\$119.09

Association Hospitalière de France

80500	Pathology	Clinical pathology consultation; limited, without review of patient's history and medical records.	\$19.51
80502	Pathology	Clinical pathology consultation; comprehensive, for a complex diagnostic problem, with review of patient's history and medical records.	\$56.52
88321	Pathology	Consultation and report on referred slides prepared elsewhere.	\$58.54
88323	Pathology	Consultation and report on referred material requiring preparation of slides.	\$71.32
88325	Pathology	Consultation, comprehensive, with review of records and specimens, with report on referred material.	\$91.84
88329	Pathology	Pathology consultation during surgery;.	\$36.00
88331	Pathology	Pathology consultation during surgery; with frozen section(s), single specimen.	\$79.73
88332	Pathology	Pathology consultation during surgery; each additional tissue block with frozen section(s).	\$40.03

99241	Evaluation & Management	Office consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a problem focused history -- a problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$45.75
99242	Evaluation & Management	Office consultation for a new or established patient, which requires these three key components: an expanded problem focused history -- an expanded problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$72.33
99243	Evaluation & Management	Office consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a detailed history -- a detailed examination -- and medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$93.86
99244	Evaluation & Management	Office consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$131.88
99245	Evaluation & Management	Office consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$177.63
99251	Evaluation & Management	Initial inpatient consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a problem focused history -- a problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$47.44
99252	Evaluation & Management	Initial inpatient consultation for a new or established patient, which requires these three key components: an expanded problem focused history -- an expanded problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$73.00
99253	Evaluation & Management	Initial inpatient consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a detailed history -- a detailed examination -- and medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$96.55

99254	Evaluation & Management	Initial inpatient consultation for a new or established patient, which requires three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$132.89
99255	Evaluation & Management	Initial inpatient consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$180.32
99261	Evaluation & Management	Follow-up inpatient consultation for an established patient, which requires at least two of these three key components: a problem focused interval history -- a problem focused examination -- medical decision making that is straightforward or of low complexity.	\$26.24
99262	Evaluation & Management	Follow-up inpatient consultation for an established patient which requires at least two of these three key components: an expanded problem focused interval history -- an expanded problem focused examination -- medical decision making of moderate complexity.	\$45.42
99263	Evaluation & Management	Follow-up inpatient consultation for an established patient which requires at least two of these three key components: a detailed interval history -- a detailed examination -- medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers.	\$66.61
99271	Evaluation & Management	Confirmatory consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a problem focused history -- a problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers.	\$37.01
99272	Evaluation & Management	Confirmatory consultation for a new or established patient, which requires these three key components: an expanded problem focused history -- an expanded problem focused examination -- and straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other providers.	\$55.17
99273	Evaluation & Management	Confirmatory consultation for a new or established patient, which requires these three key components: a detailed history -- a detailed examination -- and medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers.	\$78.05
99274	Evaluation & Management	Confirmatory consultation for a patient, which requires these three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$102.95
99275	Evaluation & Management	Confirmatory consultation for a patient, which requires these three key components: a comprehensive history -- a comprehensive examination -- and medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other providers or agents.	\$141.97



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

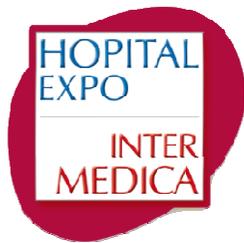
LA CCAM CLINIQUE DANS LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE



Dr Bernard GARRIGUES
Président du CNIM

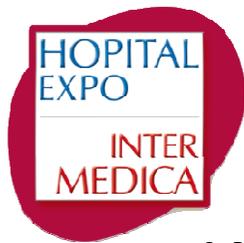
CH d'Aix en Provence

Journées nationales du CNIM



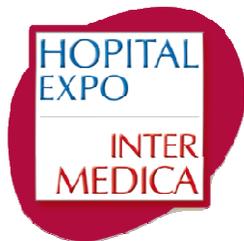
« Rapport LANCRY : la CCAM clinique est une urgence (suite)

- La procédure est la plus simple et la plus lisible.
- **Enfin, plus que jamais, la CSMF est favorable à la mise en place de la CCAM clinique, comme le préconise le rapport LANCRY, et demande à l'UNCAM de rouvrir au plus vite ce chantier où, par sa faute, le retard s'accumule depuis plusieurs mois. Toutefois, la CSMF est opposée à la création, même à titre provisoire, d'une nouvelle lettre clé pour la consultation du généraliste (CG). Même si elle est proposée provisoirement, la CG est un leurre car elle va s'institutionnaliser au risque de compliquer la mise en place d'une CCAM clinique dont le 1er niveau devra s'établir à 23 €. Avec la CCAM, une nouvelle hiérarchisation des consultations pourra être établie en fonction de leur contenu. Ainsi, les consultations pourraient être différenciées en plusieurs niveaux qui rémunèreraient de façon identique l'acte sans tenir compte de la spécialité de celui qui l'effectue. C'est ce qu'attendent toutes les spécialités, généralistes compris.**
- La CSMF, premier syndicat médical français, souhaite donc que le ministre de la Santé prenne en compte ses remarques pour organiser rapidement la reconnaissance du statut de spécialiste à tous les généralistes par des moyens simples, durables et lisibles tant pour les médecins que pour les assurés sociaux. **La construction d'une CCAM clinique est dans ce contexte une urgence. «**



LA CCAM CLINIQUE DANS LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE

- « **LA CCAM CLINIQUE : ENFIN !**
- L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite du lancement de l'appel d'offres pour déterminer les critères méthodologiques indispensables à l'élaboration d'une hiérarchie des consultations.
- L'U.ME.SPE./C.S.M.F. regrette que, pendant deux ans, les blocages conventionnels n'aient pas permis d'accélérer ce travail indispensable à l'ensemble des spécialités cliniques.
- L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que, pendant la période transitoire liée à la mise en place d'un arbitrage conventionnel, pour toutes les spécialités cliniques, soit déterminé un certain nombre d'actes spécifiques justifiant une majoration, comme ceci a été mis en place pour les endocrinologues.
- L'U.ME.SPE./C.S.M.F. précise que **la valorisation actuelle de ces majorations ne préjuge en rien de la hiérarchisation financière de la CCAM clinique.**
- L'U.ME.SPE./C.S.M.F. ne peut qu'approuver la proposition de Jean de Kervasdoué quantifiant la valeur financière d'un acte de consultation complexe à la hauteur de 80 euros. «



LA CCAM CLINIQUE DANS LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE

« Premier enjeu : la mise en oeuvre de la CCAM clinique.

Pourquoi ?

Actuellement, la consultation de base en médecine générale est à 21 €, et celle du spécialiste, le CS de base, à 23 €. A cela s'ajoutent des compléments d'honoraires, selon la nature de la consultation, par exemple la Consultation du médecin généraliste correspondant est à 24 € puisque s'ajoute au tarif de base de la Consultation de 21 € une majoration de coordination de 3 € (MCG) qui s'applique de la même façon pour la consultation du spécialiste consultant avec la même majoration de coordination de 3 € (MCS) qui s'établit à 26 €. Une série de compléments et de majorations spécifiques (enfants de moins de 2 ans...) ont ainsi été mises en oeuvre par la Convention. Le but n'était bien entendu pas de compliquer la vie des médecins, ni celle de leurs patients, mais **d'assurer une transition vers la CCAM clinique. D'ores et déjà cette architecture** permet de formaliser une ébauche de hiérarchisation pour les consultations allant de 21 € à 52,5 €, comme le montre le schéma ci-dessous. »

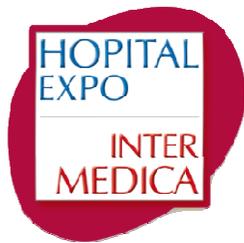


18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

CCAM CLINIQUE

Cons de cardiologie correspondant	52.50 €
Cons de cardiologie	49,00 €
Cons du Spé consultant	45,73 €
Cons Neuro Psy correspondant	42,00 €
Rémunération annuelle ALD et MT	41,00 €
Cons Neuro Psy + MPC	40,00 €
Cons Neuro Psy	37,00 €
Cons Pédiatre moins de 2 ans	34,30 €
Cons Pédiatre 2 à 16 ans	31,00 €
Cons Spé correspondant	28,00 €
Consultation du MG de 0 à 2ans	28,00 €
Cons de synthèse des ALD	26,00 €
Cons Spé + MPC	26,00 €
Cons du MG 2 à 6 ans	25,00 €
Cons du MG correspondant	24,00 €
Cons base du Spé	23,00 €
Cons base du MG	21,00 €



LA CCAM CLINIQUE : QUELS OBJECTIFS DESCRIPTIFS, QUELLES UTILISATIONS ?

Occasion unique de revaloriser l'acte médical
« intellectuel » ,

Alors que jusqu'alors l'acte technique a été
privilegié.



LA CCAM CLINIQUE : QUELS OBJECTIFS DESCRIPTIFS, QUELLES UTILISATIONS ?

Exemples :

- Les consultations différenciées des disciplines : Ortho/traumato <> de Médecine interne.
- Les consultations de **recours**
- Les consultations **multidisciplinaires** (de type RCP)
- **Les activités prises en charge jusqu'alors en hôpital de jour médical et contestées par l'assurance maladie**

Journées nationales du CNIM



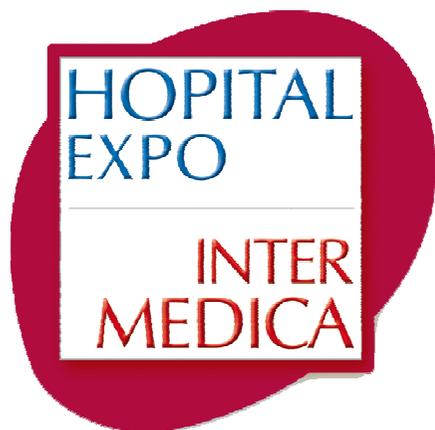
18 > 21 mai 2018
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

AU TOTAL :

- Grand enjeu;
- L'hospitalisation (qui a été sollicité) doit contribuer à la construction de la CCAM Clinique.
- L'amélioration du descriptif de l'activité médicale « intellectuelle » en dépend.
- Les contributions de tous dans ce descriptif sont indispensables.



LA CCAM CLINIQUE DOIT EXISTER



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

Evolution de la classification SSR (modèle intermédiaire)



Pierre METRAL

chef du département Médicoéconomique

ATH

19-20 mai 2010
VIPARIS – Porte de Versailles -
France

Journées nationales du CNIM 1



Sommaire

1. Rappel évolutions 2009 (modèle intermédiaire)
2. Les évolutions 2010 (publications faites)
 1. Le recueil et la transmission
 2. La classification en GMD
3. Les travaux préparatoires du CSARR (actes de rééducation- réadaptation)
4. L'ENCC SSR



Rappel évolutions 2009 : modèle « intermédiaire »

- 2009 = Mise en œuvre modèle intermédiaire
- Evolutions coordonnées
 - Recueil : surtout **Actes CdARR en nature**
 - Classification : **les GMD** remplacent les GHJ
 - Pondération médicoéconomique de l'activité : les **points IVA**
 - 3 autres compartiments pris en compte (plateaux techniques, molécules, MIGAC)
 - Comparaison des établissements à la référence nationale : **Indices de modulation**

IVA par CMC en HC (2009 prov)

CMC	Nb Jours	% J	Nb pts IVA	PMJP	Age	% fem	Établ
11-Cardiovasc respiratoire	3 974 232	13,3	5 724 973 748	1 441	72,3	49	1445
12-Neuro-musculaire	5 727 080	19,1	10 093 446 029	1 762	64,2	51	1474
13-Santé mentale	2 697 393	9	3 457 521 179	1 282	64,8	51	1397
14-Sensoriel et cutané	947 259	3,2	1 481 968 170	1 564	71,4	59	1353
15-Viscéral	2 315 898	7,7	2 913 497 784	1 258	73,7	58	1388
16-Rhumato-ortho	4 831 177	16,1	7 164 379 125	1 483	68	67	1436
17-Post-traumatique	4 954 980	16,6	7 412 935 483	1 496	73,9	71	1426
18-Amputations	447 710	1,5	752 278 489	1 680	67,5	29	992
20-Soins palliatifs	868 022	2,9	1 488 956 385	1 715	74	53	1125
40-Réadaptation	891 929	3	1 245 067 969	1 396	74,5	61	1122
50-Soins nutritionnels	1 296 133	4,3	1 834 401 375	1 415	51,2	64	1214
60-Autres situations	883 671	3	1 214 114 968	1 374	75,5	62	1349
Total	29 923 997	100	44 783 540 704	1 497	68,9	58	.

Exemple PMJP par GMD (HC)

GMD	Nb J	Pts IVA	PMJP	Age	Nb Établ
11A01 Insuffisances cardiaques et respiratoires chroniques,	1 131 833	1 703 234 610	1 505	77,5	1286
11A02 Tumeurs malignes respiratoire et affect resp du VIH,	145 332	196 337 583	1 351	67,2	852
11A20 Autres affect circulatoire et respiratoire,	2 549 923	3 474 186 375	1 362	73,8	1402
11E03 Mucoviscidose	4 923	15 103 566	3 068	11,7	24
11E21 Autres affect circulatoire et respiratoire, Enfant	142 221	336 111 614	2 363	9,4	101
12A01 Tétraplégies,	507 494	1 099 340 629	2 166	48	524
12A02 Lésions cérébrales non traumatiques,	2 046 592	3 800 277 241	1 857	69,1	1377
12A03 Lésions cérébrales traumatiques,	223 490	447 045 736	2 000	41,9	400
12A04 Paraplégies,	325 611	599 143 857	1 840	53,2	622
12A05 Monoplégies,	50 993	79 416 361	1 557	62,2	517
12A22 Autres affect syst nerveux	2 322 326	3 556 639 048	1 531	73,3	1426



actes individuels (2009 prov)



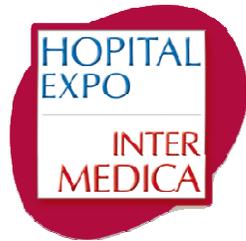
N°CMC et libellé	Nombre de journées	J avec activité individuelle	Nb actes/J	actes /J en HC	actes /J en HJ	actes /J en TCA
Total	32 205 563	25 916 331	3,8	3,6	6,8	5,6
12-Neuro-musculaire	6 333 378	5 443 806	4,8	4,6	7,1	5,4
16-Rhumato-orthopédique	5 561 412	5 028 450	5,4	5	8	6,9
17-Post-traumatique	5 312 221	4 508 068	4,1	3,7	8,8	6,7
11-Cardiovasculaire et respiratoire	4 332 909	3 378 682	2,3	2,2	3,5	2,5
13-Santé mentale	2 842 581	1 984 093	2,3	2,2	4,1	2,4
15-Viscéral	2 323 886	1 473 814	2,1	2,1	5,5	2,6
50-Soins nutritionnels	1 319 549	1 155 875	3,1	3,1	3,3	4,3
14-Sensoriel et cutané	971 060	678 369	2,7	2,7	4,9	4,5
40-Réadaptation spécialisée	936 214	671 361	3	2,9	4,3	3,2
60-Autres situations	908 664	595 404	2,4	2,3	5,7	4,9
20-Soins palliatifs	868 196	551 834	2,3	2,3	3,9	2
18-Amputations	495 493	446 575	4,5	4,5	4,8	4,5

Répartition (actes individuels)

Activité	Nombre de RHA	Répartition (%)	Répartition (%) HC	Répartition (%) HJ	Répartition (%) TCA
Rééducation mécanique	3 180 497	38,0	37,8	39,8	39,0
Rééducation sensori-motrice	1 369 572	8,4	7,8	11,8	10,1
Rééducation neuro-psychologique	781 395	2,3	2,2	3,5	1,1
Rééducation respiratoire /cardiovasc	588 582	3,2	3,1	3,7	6,6
Rééducation nutritionnelle	1 001 434	4,5	5,0	1,1	0,4
Rééducation urosphinctérienne	51 671	0,5	0,5	0,1	0,2
Réadaptation-réinsertion	2 494 051	17,3	17,9	14,0	11,2
Adaptation d'appareillage	674 988	6,3	7,2	1,2	1,3
Bilans	2 580 751	12,9	13,3	10,8	9,9
Physiothérapie	708 968	4,3	3,8	7,4	6,9
Balnéothérapie	426 287	2,4	1,6	6,7	13,3
Total	.	100	100	100	100
nombre d'actes	4 706 297	99 755 831	85 085 255	13 808 638	861 938

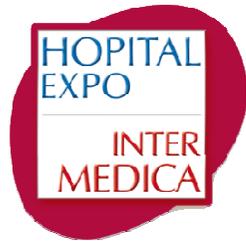
Actes collectifs (2009 provisoire)

CMC et libellé	Nombre de journées	Nombre J avec collectif	% actes collectif	Actes col./J	actes coll./J HC	actes coll./J HJ	actes coll./J TCA
Total	32 205 563	5 687 970	5,7	1,1	1	1,4	1,5
12-Neuro-musculaire	6 333 378	723 543	2,1	0,8	0,7	1,2	1,3
16-Rhumato-orthopédique	5 561 412	1 054 329	3,5	0,9	0,8	1,2	1,4
17-Post-traumatique	5 312 221	527 612	2,3	0,8	0,7	1,1	1,2
11-Cardiovasc et respiratoire	4 332 909	1 401 369	18,5	1,3	1,1	1,9	1,7
13-Santé mentale	2 842 581	883 096	21	1,4	1,4	1,5	0,9
15-Viscéral	2 323 886	82 688	1,4	0,5	0,5	1,3	1,7
50-Soins nutritionnels	1 319 549	705 616	17,7	1,1	1,1	2	1,7
14-Sensoriel et cutané	971 060	63 347	2	0,6	0,6	1,1	1,2
40-Réadaptation spécialisée	936 214	79 253	4	1,1	1,1	1	0,9
60-Autres situations	908 664	62 594	3,4	0,8	0,7	1,4	1,6
20-Soins palliatifs	868 196	10 848	0,4	0,5	0,5	0,4	.
18-Amputations	495 493	93 675	3,7	0,8	0,8	1,1	1,1



Evolutions 2010

- Nouvel arrêté PMSI 30 nov. 2009
- Guide de production (B.O. 2010 /2bis) :
 - Précisions relatives aux PIE et jours de présence
 - Précisions sur le codage : exemples de hiérarchisation, codage dépendance-AVQ
- CdARR (B.O. 2010 /3bis) : recueil des actes de rééducation
 - Précisions sur les conditions d'utilisations
 - Publication d'une version mise à jour intégrant ces précisions
- Manuel de groupage : GMD v5.7 (BO. 2010/1bis)



Evolution 2010 : recueil et transmission

- Modification du format du RHS :
 - Ajout date d'entrée /sortie du séjour sur les RHS
 - Date Entrée : obligatoire pour tous les RHS,
 - Date Sortie: obligatoire pour le dernier RHS d'une suite
 - Actes CCAM : format uniformisé avec le MCO,
 - ajout date de réalisation + extension documentaire
- Simplification pour VIDHOSP (chaînage)
 - Format unique, identique aux autres champs (MT4)
 - Données de facturation non bloquantes (pas T2A)
- FICHCOMP pour molécules onéreuses (liste MCO)



EVOLUTION de la classification en GMD (1) Catégorie Majeure Clinique 11 refondue

Remplacée par 2 nouvelles CMC

➤ CMC 01-Affections de l'appareil respiratoire

ENFANTS

- GMD 01E01-Mucoviscidose
- GMD 01E21-Autres respiratoires

ADULTES

- GMD 01A03-Insuffisances respiratoires chroniques
- GMD 01A04-Tumeurs malignes
- GMD 01A20-Autres affections appareil respiratoire

↪ **2 CMC** au lieu d'1
et 10 GMD à la place de 5

➤ CMC 02-Affections de l'appareil circulatoire

ENFANTS

- GMD 02E21-Affections de l'appareil circulatoire

ADULTES

- GMD 02A03-Ischémies cardiaques, pontages et implants coronaires
- GMD 02A04-Insuffisances cardiaques
- GMD 02A05-Affections vasculaires
- GMD 02A20-Autres affections appareil circulatoire



EVOLUTION de la classification en GMD (2)



Autres CMC

✓ CMC14-Peau et organes des sens

- Intégration du **GMD brûlés adultes** (avant dans CMC17-trauma. ostéo-articulaires)
- Création 1 **GMD brûlés enfants**
- Création 2 GMD adultes :

Lésions traumatiques et soins cutanés post-chirurgicaux
Affections peau et tissus sous-cutanés

↳ **2 GMD déplacés
et 9 nouveaux GMD**

✓ CMC15-Hémopathies malignes, digestif et génito-urinaire

- Création 3 GMD adultes :

Infectieux et immuno-hémato / Appareil génito-urinaire/ Appareil digestif

✓ CMC16-ostéo-articulaire non traumatique

- Déplacement 1 GMD adulte : 16A05-Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires (en 1ère position au lieu de la 5e)
- Création 2 GMD enfants :

Affect. colonne vertébrale / arthropathies, ostéites, affect. Muscle

✓ CMC18-Amputés

- Création 1 GMD adulte : **Amputation avec ajustement membre artificiel**



PONDERATION EN IVA : Evolutions 2010



➤ Pas de modification du modèle de calcul de l'IVA

➤ Mise à jour des Nomenclatures intégrée

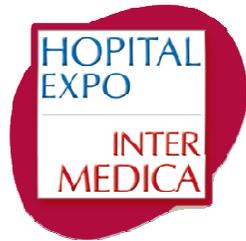
Prise en compte des évolutions CIM10, CCAM et CdARR

→ Actualisation de la liste des CAV pour l'IVA

➤ Mise à jour de la Classification en GMD intégrée

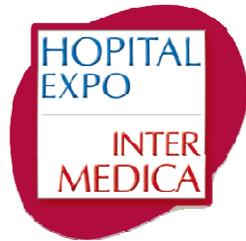
Evolution avec 13 CMC composées de 31 GMD pédiatriques et 52 GMD adultes => **83 GMD au total**

→ Actualisation de la matrice IVA



Renforcement de la qualité (19 tests rendus bloquants)

- ◆ 10 : Numéro FINESS : taille incorrecte ou présence de caractères non autorisés
- ◆ 28 : Mode d'entrée : absent ou non numérique
- ◆ 29 : Mode d'entrée erroné
- ◆ 30 : Provenance absente
- ◆ 31 : Provenance erronée
- ◆ 33 : Date de sortie : taille incorrecte
- ◆ 34 : Date de sortie non numérique
- ◆ 35 : Date de sortie incohérente
- ◆ 38 : Mode de sortie absent
- ◆ 39 : Mode de sortie non numérique
- ◆ 40 : Mode de sortie erroné
- ◆ 41 : Destination absente
- ◆ 42 : Destination erronée
- ◆ 43 : Destination incohérente
- ◆ 50 : Numéro unité médicale absent
- ◆ 51 : Type d'autorisation d'unité médicale non accepté
- ◆ 52 : Date de dernière intervention chirurgicale incohérente
- ◆ 53 : Semaine de la date de dernière intervention chirurgicale postérieure à la semaine du RHS



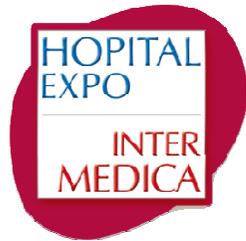
Evolution des contrôles (codes erreurs non bloquants)

- Contrôles non bloquants résiduels :
 - Code postal, (20: Code postal absent, 21: CP non numérique)
 - Date saisie postérieure à la date système, (26 : DE> date système, 37 : DS > date système)
 - Numéro de semaine : année antérieure à 1980 (46)
 - Date de début de séjour < 1980 (98)
- **GENRHA/AGRAF SSR réalisent des contrôles de cohérence entre les RHS d'un même séjour**
 - Pérennité des informations supposées stables (ex sexe)
 - Cohérence (jours de présences, semaines, séjours simultanés, n° de séjour SSR)



Autres travaux

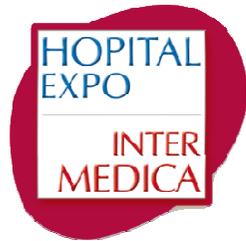
- Le **modèle intermédiaire** (GMD, IVA et Indices) s'applique en 2010 comme en 2009
- Des travaux de fonds sont en cours pour disposer d'outils pour les évolutions ultérieures
 - **L'ENCC SSR** pour disposer de pondération récentes, plus précises et dans les 2 secteurs
 - **Le catalogue d'actes de rééducation et réadaptation** pour améliorer les outils de description de la prise en charge



Travaux de refonte du catalogue des actes de rééducation-réadaptation



- **CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation-réadaptation**
 - Méthodologie arrêtée, inspirée de celle de la CCAM
 - Groupes de professionnels désignés par les sociétés savantes
 - Comité de suivi (professionnels et institutionnels)
 - Description des actes professionnels (en cours)
 - Démarrage des travaux = juin 2009, travaux prévus jusqu'en 2011



Travaux CSARR

- Organisation avec
 - un pilotage par un comité de suivi
 - la rédaction du corpus principal des actes par le groupe de professionnel pluridisciplinaire (plus de 200 fiches proposées à ce jour par les sociétés savantes)
 - L'analyse de parties assez spécifiques de l'activité avec des groupes spécialisés (brûlés, enfants, cardiorespiratoire, personnes âgées...), et la participation de certaines catégories spécialisées de professionnels qui n'ont pas participé au grand groupe (orthophonistes, orthoptistes, assistantes sociales...)



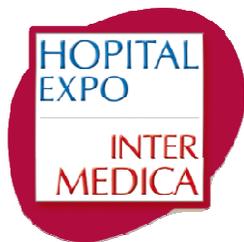
ENCC SSR

- Accompagnement des établissements de l'ENCC SSR 2009
 - Formations
 - Méthode
 - Outils
 - Supervision et contrôles de qualité=> données exploitables en 2011
- Appel à candidature et sélection de nouveaux candidats pour 2010 => formation

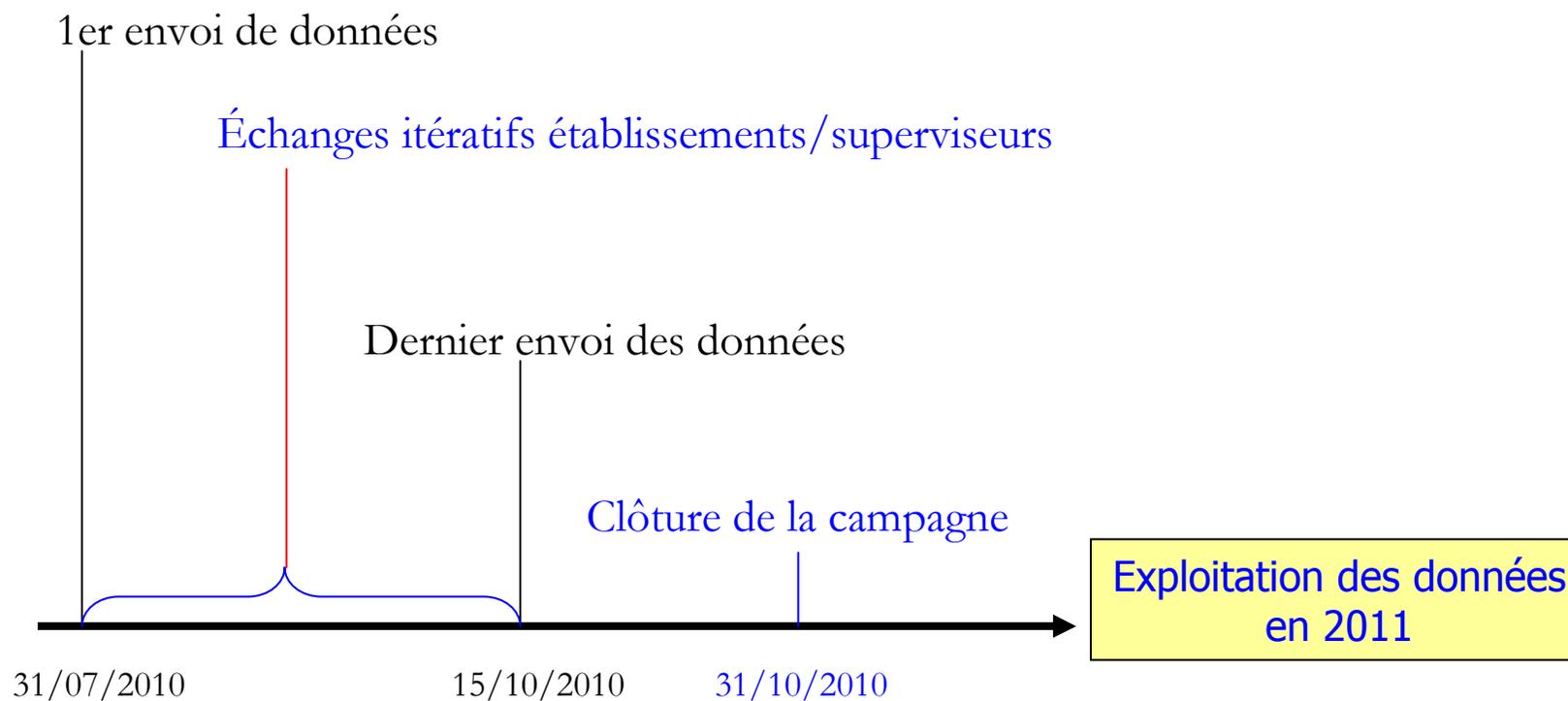


ENCC SSR données 2009 et 2010

	Sous DAF	OQN
Établissements ENCC SSR relative aux données 2009	29	14
Nouveaux établissements	8	10
Total participants ENCC SSR relative aux données 2010	37	24



Calendrier de la campagne ENCC SSR 2009





Merci





18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Journées nationales du CNIM

HAD, les enjeux de la T2A



Nom et fonction intervenant

Dr Ph Cormier DIM CH Sud-Gironde

Journées nationales du CNIM



HAD : une définition et un cadre

- **L'HAD**

- Une alternative à l'hospitalisation classique
- Délivrer des soins complexes et des actes médicaux
- Equivalents à ceux qui auraient été réalisés à l'hôpital en l'absence d'HAD

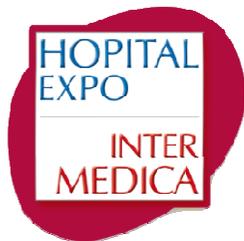
- **L'HAD**

- Une alternative économiquement intéressante pour l'Etat qui l'a encouragée, précisée et réglementée
- Et financée par la T2A depuis le 01/03/2005



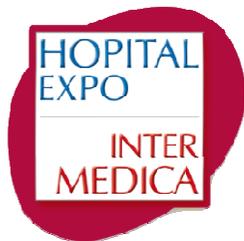
HAD : des chiffres

- **Les données 2006 (ATIH)**
 - 164 structures d'HAD
 - 6 700 places installées
 - 85 000 séjours
 - 2,15 millions de journées d'hospitalisation
 - Une croissance régulière depuis (2007-2009)
- **Les données 2006 (ATIH)**
 - Une majorité d'hommes âgés ou de jeunes mères
 - Principaux motifs : soins palliatifs, oncologie, périnatalité
 - 30 % moyennement à fortement dépendants
 - Une durée de séjour variable (la moitié \leq 3 j)



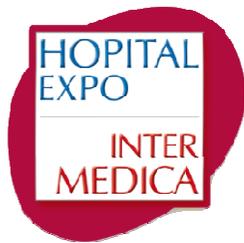
HAD : un établissement de santé au domicile du patient

- **Un établissement de santé**
 - Mode d'entrée : mutation (6) ou transfert (7) et non domicile
 - Mode de sortie : mutation (6) ou transfert (7) et non domicile
 - Nouvelles modalités en vigueur depuis le 01/03/2009
- **Une prise en charge hospitalière**
 - Une dispersion des lits, à géométrie variable
 - De multiples intervenants
 - Des temps de déplacement important
 - Une traçabilité des soins dans le dossier patient (T2A, certification V2010)



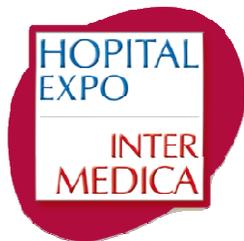
HAD : un recueil via le PMSI

- **Des informations pour la valorisation (GHT)**
 - Mode de prise en charge principale (22 MPP)
 - Mode de prise en charge associée (22 MPA)
 - Indice de Karnofsky (IK)
 - Une durée de prise en charge
- **Des informations à titre documentaire**
 - Modes de prise en charge à visée documentaire (5)
 - Diagnostic principal et diagnostics associés (CIM10)
 - Dépendance (grille AVQ)
 - Actes (CCAM)



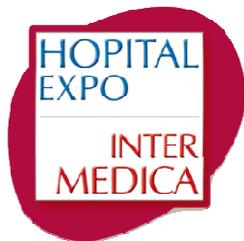
HAD : une valorisation via la T2A

- **Le groupe homogène de prise en charge (GHPC)**
 - Une combinaison particulière des informations principales (MPP, MPA, IK) définissant une séquence de soins
 - 1 895 combinaisons possibles affectée d'un IPI (Indice de pondération intermédiaire)
- **4 périodes ou tranches de durée de PEC**
 - 1-4 j, 5-9 j, 10-30 j, ≥ 31 j
 - Pour une séquence identique (MPP, MPA, IK)



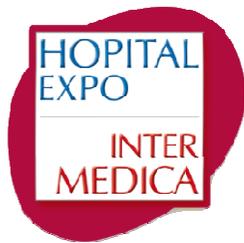
HAD : une valorisation via la T2A

- **L'indice de pondération totale (IPT)**
 - Produit de la pondération intermédiaire affectée au GHPC à celle de la tranche de durée de prise en charge
- **Le Groupe homogène de tarif (GHT)**
 - Dans un souci de simplification, 31 groupes tarifaires (GHT)
 - Echelle identique pour les secteurs d'hospitalisation public et privé
 - Deux tarifs de base (public, privé) durant une période intermédiaire



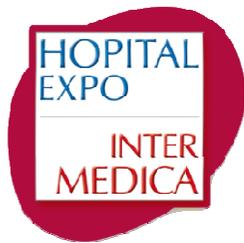
Mode de prise en charge : une définition

- **MP19 : Surveillance de grossesse à risque**
 - Femme enceinte, immobilisée à domicile en menace d'accouchement prématuré (MAP), exclusivement
 - Inclut le monitoring foetal externe avec télésurveillance
- **MP 20 : Retour précoce à domicile après accouchement, RPDA**
 - Pour une sortie MCO anticipée : J+1 ou J+2 exclusivement
 - Inclut les soins au nouveau-né



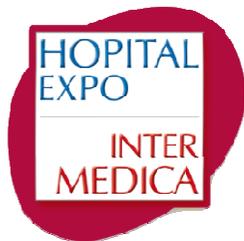
Mode de prise en charge associée : des limites

- **MPEC 15 Education du patient et/ou de son entourage**
 - Association possible que si PEC pour un problème de santé autre
- **MPEC 25 : Prise en charge psychologique ou sociale**
 - Contexte spécifique, durée adaptée, motifs et suivi tracés dans le dossier patient



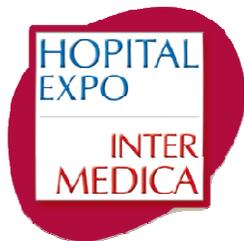
HAD : les spécificités T2A

- **Un séjour**
 - 1 ou plusieurs séquences (MPP, MPA, IK identiques)
 - 1 ou plusieurs sous-séquences au rythme de la facturation (RAPSS)
- **Un tarif**
 - Décroissant dans le temps pour une séquence identique
 - Suivi MAT2A du taux de séquences de 1-4 jours (tableau 11)



Recueil des actes : une difficulté

- **Recueil des actes médicaux (CCAM)**
 - Quel que soit le médecin ou le lieu de réalisation, dans le temps de la séquence
- **MP 07 Prise en charge de la douleur**
 - Nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable (pompe ACP)
 - ANMP001 Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP][PAC]



MP 19 : Surveillance de grossesse à risque

- **Séjours HAD 2008 en Aquitaine**
 - Une base « adhérents » non exhaustive
 - 219 séquences, 341 sous-séquences (RAPSS)
 - Durée de séjour par séquences :
 - moyenne 27,2 j
 - médiane 22 j
 - extrêmes 1 et 93



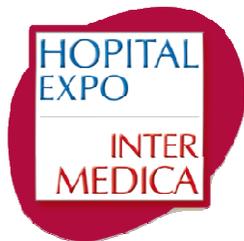
MP 19 : Surveillance de grossesse à risque

- **Diagnostics principaux (RAPSS)**

– O47	Faux travail	50,4 %
– O13	Hypertension gestationnelle	9,1 %
– O24	Diabète sucré au cours de la grossesse	7,9 %
– Autres catégories		32,6 %

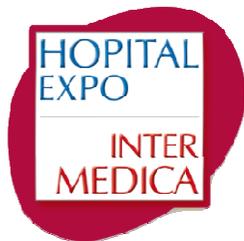
- **Modes de prises en charge associées (MPA)**

– Pas de protocole associé (00)	19,4 %
– Autres traitements (08)	0,9 %
– Education du patient et de son entourage (15)	77,7 %
– Prise en charge psychologique et/ou sociale (25)	2,1 %



MP 20 : Retour précoce à domicile après accouchement

- **Séjours HAD 2008 en Aquitaine**
 - Une base « adhérents » non exhaustive
 - 482 séquences, 559 sous-séquences (RAPSS)
 - Durée de séjour par séquences :
 - moyenne 4,4 j
 - médiane 4 j
 - extrêmes 2 et 16



MP 20 : Retour précoce à domicile après accouchement

- **Diagnostics principaux (RAPSS)**

- Z39 Soins et examens du post-partum 90,5 %
- Z48 Autres soins de contrôle chirurgicaux 9,1 %
- Autres catégories 0,4 %

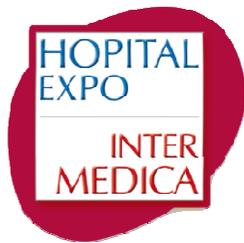
- **Modes de prises en charge associées (MPA)**

- Pas de protocole associé (00) 14,5 %
- Prise en charge de la douleur (07) 0,2 %
- Education du patient et de son entourage (15) 84,3 %
- Prise en charge psychologique et/ou sociale (25) 1,1 %



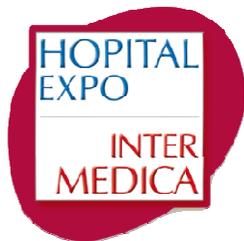
Champ MCO : Retour précoce à domicile après accouchement

- **GHM 14Z02A Accouchements par voie basse sans complication significative**
 - DMS nationale 4,3 jours
 - Base Aquitaine 2008 : 23 380 séjours, DMS 4,3 j
 - Sortie Domicile (8) : 22 916 séjours, DMS 4,3 j
 - Sortie HAD (8-6) : 421 séjours, DMS 2,9 j
- **Sortie (précoce) en HAD**
 - GHM 14Z02A Accouchements par voie basse sans complication significative, GHS public 2010 : 2 200, 34 euros
 - GHM 14Z02T Accouchements : séjours de courte durée, GHS public 2010 : 1 101, 47 euros



HAD : Les attendus financiers

- **Un séjour en MCO réduit**
 - 1 à 2 nuitées
 - Un GHM minoré (14Z02T)
- **Un séjour en HAD de courte durée**
 - MCO + HAD = DMS nat. sans HAD
 - Sans prise en charge associée
 - Un tarif journalier peu élevé (86,03 euros X j)



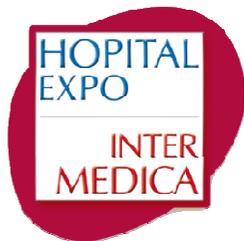
HAD : Les attendus financiers

- **En cas de contrôle externe, coresponsabilité ?**
 - ES MCO qui n'a pas respecté la règle HAD si sortie J+1 ou J+2
 - ES HAD qui a accepté une prise en charge hors délais de sortie MCO



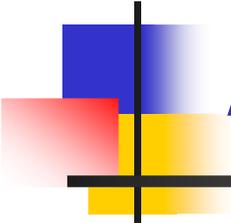
HAD : les enjeux de la T2A, conclusion

- **Un secteur d'activité en développement**
 - Une alternative à l'hospitalisation MCO (retours précoces, hospitalisations évitées)
 - Un domaine d'activité à se construire avec des expériences d'ES individuelles sans schémas standardisés de prises en charge
- **Pour notre établissement**
 - Une analyse de pertinence des journées d'hospitalisation en HAD pour l'activité d'obstétrique



HAD : les enjeux de la T2A, conclusion

- **Un modèle PMSI**
 - Simple dans sa description pour la tarification (MPP, MPA, IK)
 - Répondant à des règles qui se sont précisées pour la campagne tarifaire 2010 (définition des prises en charge, associations)
 - A repenser dans l'hypothèse de contrôles de l'Assurance maladie
- **Un recueil complexe**
 - Des lits dispersés et à géographie variable
 - Une multiplicité des intervenants
 - L'obligation de synthèse et de traçabilité des informations



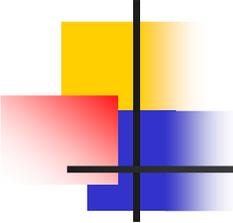
Actualités PMSI en Psychiatrie

Dr Éric CHOMETTE

DIM – Centre Hospitalier sainte Anne (Paris)

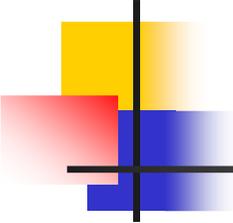
« Le PMSI Psy est mort... Vive le RIM-P »

- Lettre de M. Xavier Bertrand en préambule du Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (mars 2007)
 - «...*Tout n'a pas été facile, et notamment l'expérimentation n'a pas permis de valider la classification, mais les difficultés rencontrées ont permis, avec l'aide des organisations professionnelles, de redéfinir des modalités simplifiées. Le recueil en sera facilité, sans toutefois perdre en richesse informative. C'est le RIMP qui est décrit ici* »



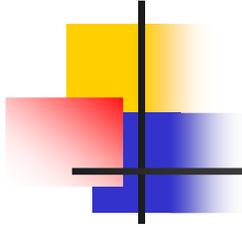
Résultats de l'expérimentation

- Part de la variance expliquée par le modèle
 - Temps complet : 6%
 - Temps partiel : 16.8%...
 - La variable la plus contributrice était le n°FINESS...
- D'où le RIM-P...

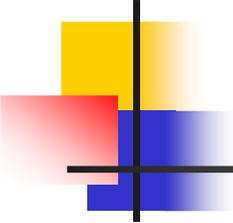


Une particularité...

- Le diagnostic n'explique pas à lui seul la variabilité de prise en charge entre patients
 - D'autres éléments interviennent
 - L'environnement familial
 - Les conditions socio-économiques
 - L'antériorité des troubles
 - La mesure de protection légale (curatelle, tutelle)
 - L'offre de soins intervient aussi
 - Cette offre n'est pas homogène entre secteurs

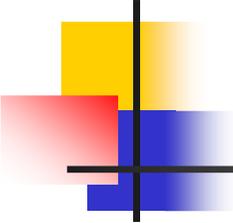


Les spécificités de la pratique de la psychiatrie doivent être prises en compte par le système d'information, dans une discipline où l'informatisation est encore souvent centrée sur des fonctionnalités administratives



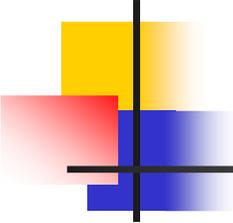
Une prise en charge très diversifiée

- Plusieurs types de structures
 - Hospitalisation, placements familiaux, centres de crise, CMP, CATTP, Hdj, Hdn, SAU...
 - 1 réseau informatique performant...
 - 1 équipement en matériel...
 - **Une identito-vigilance rigoureuse...**
- De nombreux professionnels
 - Médecins, soignants, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs, ...
 - 1 gestion des droits assurant la confidentialité...



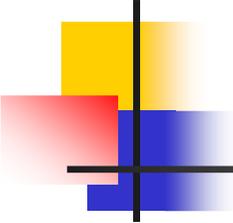
Des modes de tarifications variés

- Hospitalisation complète : prix de journée
- Hospitalisation partielle
 - Hdj et Hdn : prix de journée
 - CATTP : pas de facturation...
- Ambulatoire
 - CMP : pas de facturation (+ 80% des patients)
 - Consultations non sectorisées : facturation NGAP...
- Financement de l'hôpital
 - Ex DGF, soit sous Dotation Annuelle de Financement et EPRD...



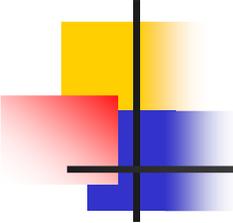
Des spécificités de placement

- Le SIH doit gérer les absences...en particulier les interfaces entre logiciel administratif et logiciel médical...
 - Les permissions de plus et de moins de 48 heures
 - Les sorties d'essais (hospitalisation sous contrainte)
 - Ce n'est pas qu'un problème d'interface, mais aussi d'interprétation des différents professionnels...
- Ainsi que les doubles prises en charge
 - Hospitalisation / CMP
 - Hdj et CATTP....



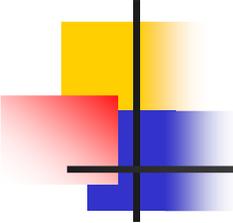
Actuellement

- Un recueil d'informations médicalisées
 - On est passé de la semaine à la séquence
 - On a « perdu » le codage de différents éléments
 - Le temps de consultation
 - Intervention dans la communauté
 - La notion de diagnostic longitudinal
 - L'Échelle Globale de Fonctionnement
- Pas de classification
- Pas d'ENC encore
- Variations des retraitements comptables



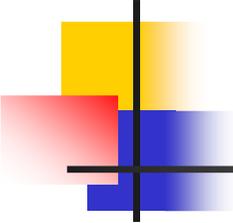
Nature des prises en charge

- Temps complet
 - H temps plein
 - Séjours thérapeutiques
 - HAD
 - Placement familial thérapeutique
 - Appartements thérapeutiques
 - Centres post-cure
 - Centres de crise
- Temps partiel
 - De jour
 - De nuit
 - CATTP
- Ambulatoire
 - Accueil et soins en CMP
 - Consultations hors CMP quelque soit le lieu



Les informations constitutives des résumés en temps complet et partiel

- Infos constantes
 - N° FINESS
 - N° IPP
 - Date de Naissance
 - Sexe du patient
 - Code postal résidence
 - Nature de PEC
 - N° de séjour
 - Dates entrée et sortie
 - Mode entrée et sortie
- Infos propres à chaque séquence
 - N° Unité médicale
 - N° secteur
 - **Mode légal**
 - **Indicateur de sortie essai**
 - Date de séquence
 - **Nombre de jours de présence**
 - **Diagnostic principal**
 - **Diagnostics associés**
 - **Dépendance**
 - **Nombre de j d'isolement**
 - **Accompagnement thérap en milieu scolaire**



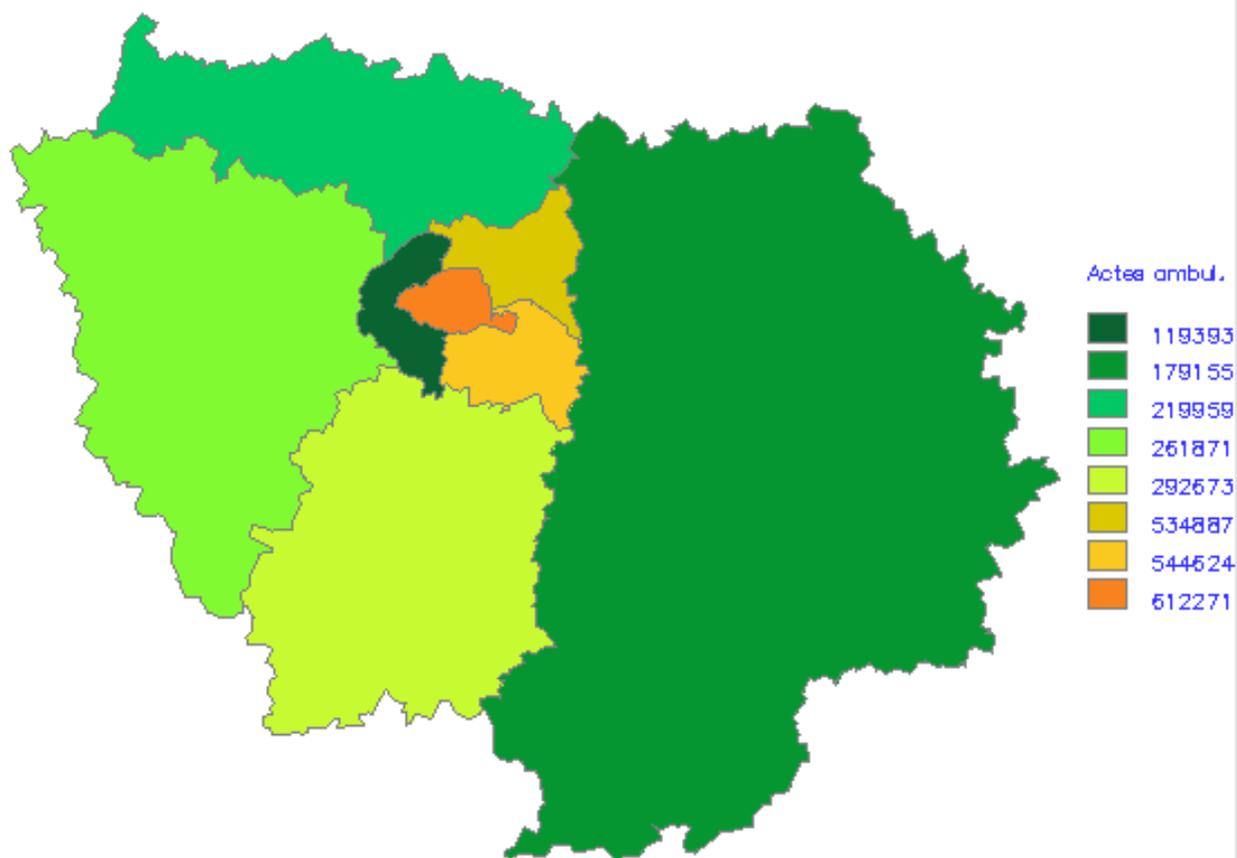
Les informations constitutives des résumés en ambulatoire

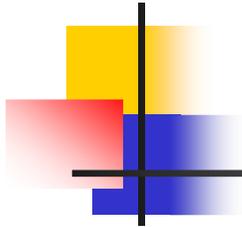
- N° FINESS
- N° secteur
- N° unité médicale
- Nature de PEC
- N° IPP
- Date de naissance
- Sexe du patient
- Code postal de résidence
- **Diagnostic principal**
- **Diagnostics associés**
- **Date et lieu de l'acte**
- **Nature de l'acte (EDGAR)**
- **Catégorie professionnelle des intervenants**
- Indicateur d'activité libérale

La psy existe sur le site de l'ATIH...

Diagnostics principal comme associés: Tout type

Ensemble des établissements de psychiatrie - Année 2009 (mise charge ambulatoire (actes))





L'activité ambulatoire des différentes entités juridiques...

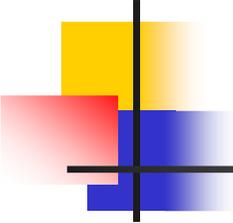
CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE	M12	0	.	.	0	291 493	49,4
AP-HP	M12	0	.	.	0	159 449	50,7

...déclinée en diagnostics : ici schizophrénie (F20)

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE	M12	0	.	.	0	57 278	60,0
AP-HP	M12	0	.	.	0	15 049	62,0

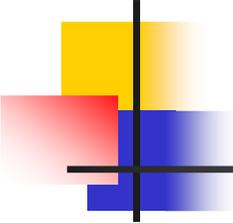
Pour autant la comparaison n'est pas aisée...

- ce que certains codent en consultation, d'autres le codent en demie venue de CATTP...
- ce que d'autres codent en CATTP, certains le font en hôpital de jour...



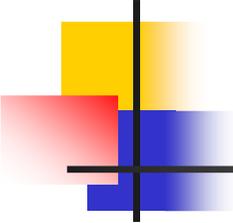
Ce qui sous entend...

- Un envoi périodique des données d'activité ambulatoires et d'hospitalisation
 - Périodicité trimestrielle
 - Utilisation de PIVOINE (GENRSA...)
 - Le « bonheur » du chaînage avec ANO Hosp
 - Avec la difficulté de la complexité des prises en charges où le séjour n'est pas clôturé mais le patient est absent...
 - Où le patient est présent à deux endroits différents lors de la même journées sur des PEC séquentielles...



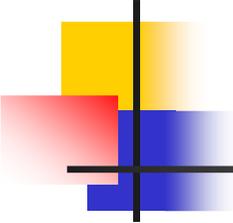
On constate

- Une bonne volonté des psychiatres
- Une complexité importante des SIH
 - Une véritable prise de conscience des établissements
 - Identito-vigilance, dossier patient, interface bi directionnel, réseaux, postes, formation...
- Un intérêt grandissant
 - Des chefs de services, de pôles
 - Des Directions
 - Des Directoires (ex CE)
- Donc des rendus d'activité plus fréquents et riches au niveau institutionnel
 - Faire « naître le désir »...



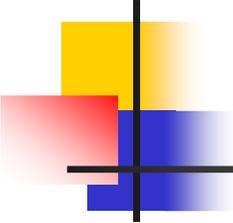
Les tutelles

- Au niveau national
 - Une nouvelle dynamique de l'ATIH pour ce qui concerne la description de l'activité
 - Homogénéisation des recueils
 - Qu'en est il de la valorisation?
- Au niveau régional
 - Certaines ARH puis ARS s'interrogent sur ces données, et interrogent les DIM...
- Entre établissements
 - Des études sont en cours dans le cadre des communautés hospitalières de territoires...



Des questions...

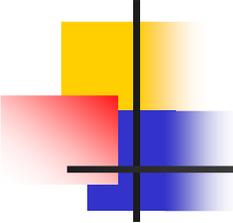
- Un calendrier annoncé
 - 1er janvier 2007 pour tous...
 - VAP en 2009 ...2011 ?
- Pas de « groupage » dans l'immédiat... mais
 - **Qui, quand, comment (à partir de quelles données de coûts)**



...persistent...

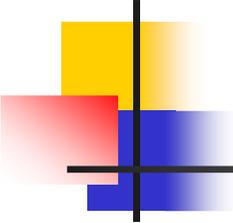
- État des lieux de l'informatisation des CHS
 - Fonctionnalités administratives surtout
 - Majorité de l'activité en CMP
 - Lieu de non facturation, souvent sous informatisé

Informatiser les structures, réseau, interface, gestion des doublons...



...encore...

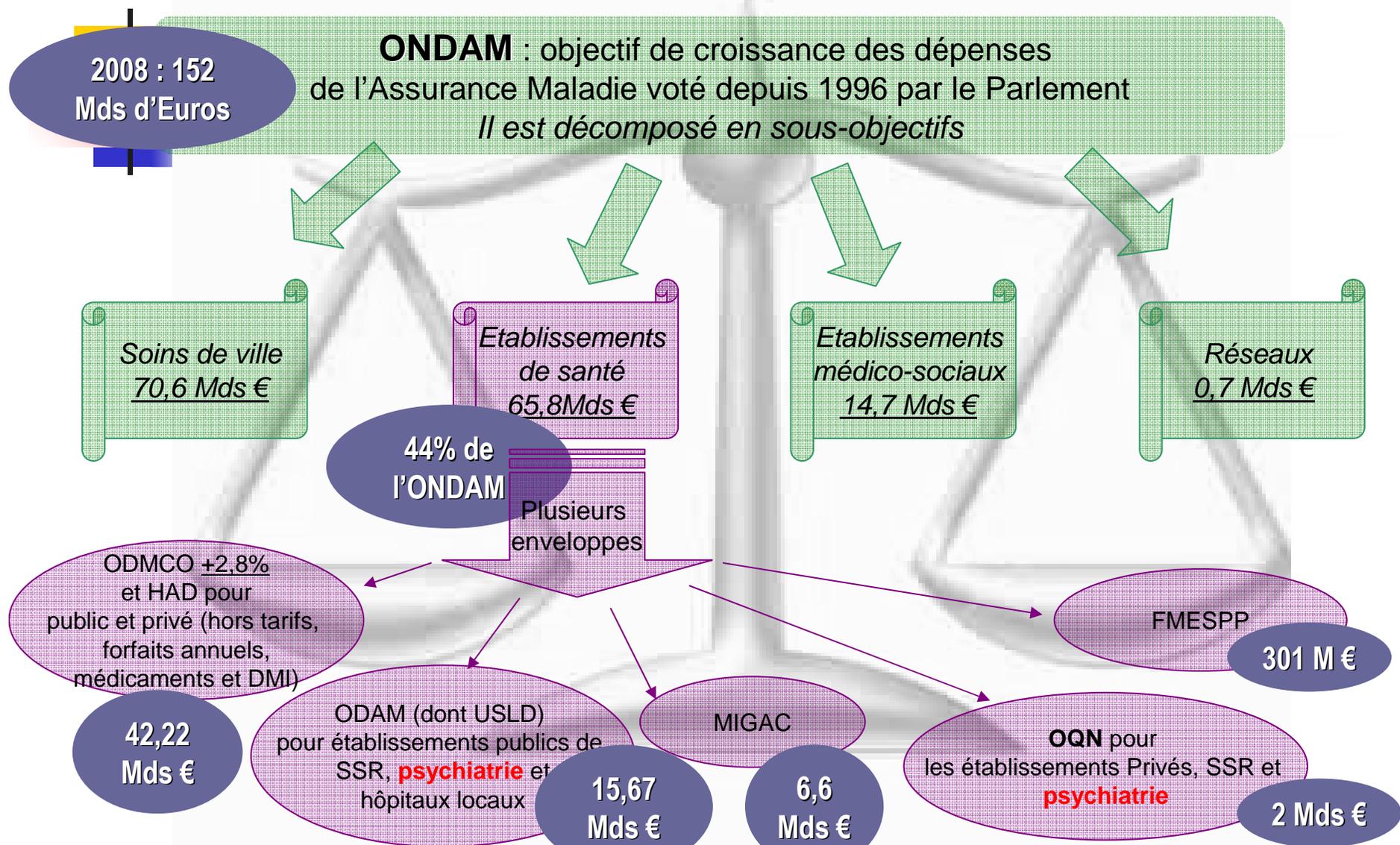
- Des critères de recueil potentiellement « à problème »
 - Ex : « jour d'isolement thérapeutique »
- Comment recueillir l'activité aux urgences?
 - Les SAU ont déjà leur SIH et sont souvent une autre entité juridique
 - Pourtant activité reconnue comme essentielle
 - Le « Entretien » au CMP est-il comparable à celui du SAU...?
- Interrogation sur les pratiques...
 - Hôpital de jour et CATTP...
 - Régime d'autorisation à venir ?



Une VAP encore floue...

- Un financement mixte sans doute :
 - Une part à l'activité
 - Classification des PEC, quels coûts..?
 - Quels tarifs pour EDGAR ?
 - Une part en Mission d'Interet Général
 - Une part « géo populationnelle »
 - Proportionnelle à la population de secteur?
 - Une part médicaments onéreux
 - Quelle logique statistique?
 - Quelle prépondérance des unes sur les autres?
Simulations nécessaire pour évaluer les effets
Reste beaucoup, de travail avant...2009...2011...
On en est la réflexion sur la trajectoire de soins?

Quelle place pour la psychiatrie : Financement efficace ou variable d'ajustement?



Toute augmentation d'une enveloppe entraîne automatiquement la baisse d'une ou plusieurs autres enveloppes