AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Comité technique plénier

SSR

19 octobre 2016

117, bd Marius Vivier Merle
69329 Lyon cedex 03
Téléphone : 04 37 91 33 10
Fax : 04 37 91 33 67
www.atih.sante.fr

Ordre du jour

- Groupes de travail « SSR activité » : état des lieux et prochains RDV
- Évolutions de la classification GME :
  - Version V2017
  - Version V2018
- Points divers - Agenda

Préambule

RAPPEL

Principes du « pgm de travail SSR 2016 » de l'ATIH

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

De nombreux travaux techniques, 2 objectifs, plusieurs temporalités

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

Échéance 2017 :

- Être au RDV de la réforme du financement SSR
- Poursuivre l'amélioration de la classification GME

Échéance 2018 …

Poursuivre l'amélioration de la classification GME

Comité technique plénier SSR

Un CT « extraordinaire » : hors contenu habituel

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

→ **Centré sur le sujet classification**

RAPPEL :
CT de juin

3. Révision des racines
Méthode

Préalable : finalisation des Groupes Nosologiques

Groupe Nosologique (GN)

1 : GN subdivisé sur la pédiatrie

Subdivision pédiatrique (critère effectif)

2 : GN subdivisé sur la pédiatrie et sur les autres variables patients

Subdivision sur certaines variables patients expliquant la durée de séjour ou les coûts

3 : Racines = GN subdivisé sur la pédiatrie, sur les autres variables patients et sur la rééducation

Subdivision sur la rééducation pour certains GN

RAPPEL :
CT de juin

Classification GME
Révision de la CM 08

- **Synthèse**
  - A ce stade des travaux, présentation non exhaustive des hypothèses de travail
  - Analyses en cours

Comité technique plénier SSR

Un CT « extraordinaire » : hors contenu habituel

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

Centré sur le sujet classification

- **Propositions innovantes**
- **Double temporalité : 2017 + 2018**

Prendre le temps de détailler

Groupes de travail « SSR activité »

GT « SSR activité »

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

→ **GT en date du 11/10**

↓

Non traité en CT

GT « SSR activité »

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

GT enquête de durée des actes programmé (15 décembre)

Non traité en CT

GT « SSR activité »

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

GT à programmer – Nov-décembre 2016

Non traité en CT

GT « SSR activité »

Travaux techniques …

- Qualité PMSI SSR (DALIA, OVALIDE)
- Restitutions activité SSR (OVALIDE, ScanSanté)
- Recueil PMSI SSR
- CSARR
- Dépendance
- Classification GME
- Modèle financement SSR (accompagnement de la DGOS)

- Précisions liées à la durée de permission élargie à 7 jours – COPIL DGOS
- **Réflexions à mener à propos du recueil hebdomadaire ➔ pgm travail 2017**

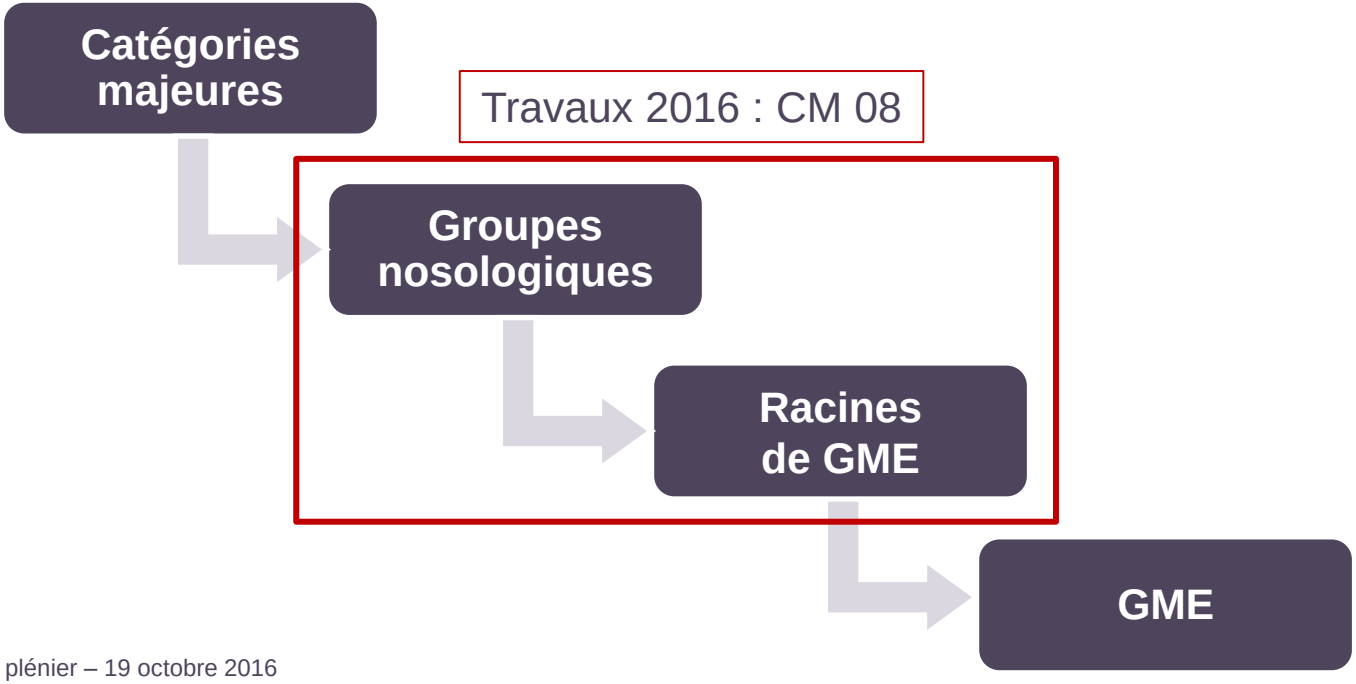
Évolutions de la classification GME

Plan de la présentation

1. Vue générale des propositions
2. Proposition V2017
3. Proposition V2018
4. Conclusions et perspectives

Classification : schéma général et travaux en cours

Objectif : créer des groupes qui soient
- Homogènes économiquement
  ➞ discriminer des établissements avec recrutements différents
- Lisibles / compréhensibles médicalement
- En nombre « raisonnable »



Méthodologie de révision d'une CM (GN et racines)

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Révision des GN → **Révision des racines** → **1. Subdivision sur la pédiatrie**

↓

2. Subdivision sur certaines variables patients et/ou sur la RR

La RR n'est pas assez présente / visible dans la classification ?

Option 1
Variables patients et/ou RR sans priorité

- Présence RR très faible
- Nb de groupes similaire
- Performance économique améliorée

Option 2
Variables patients avec ensuite forçage de la RR

- Présence RR importante
- Nb de groupes doublé
- Performance économique améliorée

Comment concilier
- présence de la RR
- nb de groupes « raisonnable »
- performance économique

Méthodologie de révision d'une CM (GN et racines)

Révision des GN → Révision des racines → 1. Subdivision sur la pédiatrie

↓

2. Subdivision sur certaines variables patients et/ou sur la RR

La RR n'est pas assez présente / visible dans la classification ?

←

Option 3

1. Prise en compte de certaines variables patients dans des niveaux de complexité
2. Augmentation du nombre de niveaux
3. Forçage de la RR

- Présence RR importante
- Nb de groupes similaire
- Performance économique améliorée fortement

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

Proposition d'évolution en 2 temps

V2017

GN → Révision CM 08
Racines → option 1*

Révision des racines avec méthodologie constante (sans forcer la RR)

V2018

GN → V2017
Racines → option 3*

Révision des racines de l'ensemble de la classification avec méthodologie nouvelle :

1. Prise en compte de certaines variables patients dans des niveaux de complexité
2. Augmentation du nombre de niveaux
3. Forçage de la RR si nécessaire

Plan de la présentation

1. Vue générale des propositions
2. Proposition V2017
3. Proposition V2018
4. Conclusions et perspectives

Plan détaillé

2. Proposition V2017

a. Périmètre
b. Révision des GN
c. Révision des racines

a. Périmètre des résultats

- **Résultats présentés ci-dessous**
  - Bases PMSI : 2013-2015 concaténées à 3 jours
  - Bases ENC : 2013-2014
  - Séjours de moins de 365j de la CM 08
  - Hospitalisation complète
  - Calculs de PVE
    - Périmètre commun des versions 2.4 et 2017
    - PVE locales (CM 08)

Plan détaillé

2. Proposition V2017

a. Périmètre

b. Révision des GN

c. Révision des racines

b. Révision des GN
Rappels CT SSR du 28/06/2016

- **Objectif** : Améliorer la lisibilité médicale et la performance de la classification

- **Méthode :**
  - Matériel : BDD SSR 2013-2014 – séjours concaténés (3 jours) HC de niveau 1 – séjours > 365 jours exclus
  - Analyse de la description actuelle
  - Révision des listes d'entrée des GN : **« analyse des résidus »**
    - Pour chaque code, analyse des séjours de niveau 1 comportant ce diagnostic = analyse de l'écart de DMS de ces séjours par rapport à la DMS du groupe d'affectation
    - **± choix de rediriger certaines affections**
      - Critères de durée et d'effectif → résidus +/- 5 jours - > 50 séjours / an
      - Contenu médical du groupe

- **Contraintes**
  - A nombre de GN limité
  - A effectif GN suffisant pour permettre le découpage en racines de GME
  - A périmètre CM 08 constant (à quelques codes près)

b. Révision des GN
Synthèse des évolutions

Groupes nosologiques	Modifications
- Amputations - Fractures multiples et traumatismes associés	Algorithme & listes d'entrée
- Fractures compliquées - Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale - Scolioses, hernies discales & autres dorsalgies - Ostéopathies	Nouveaux GN
- FESF avec implant extra articulaire (GN 0830 & GN 0832 fusionnés) - Malformations et déformations du système O-A	GN supprimés
- Autres GN : retentissement des modifications énoncées	Listes d'entrée

21 à 23 ⇒ + 2 GN

+ révision des diagnostics d'entrée pour tous les GN (analyse des « résidus »)

b. Révision des GN
Révision algorithme
Amputations

- **Constat** : approche par des actes marqueurs plus performante qu'un découpage par les diagnostics
  - **Après différents tests :**
    - **Diagnostics :** origine de l'amputation ; niveau de l'amputation
    - **Actes CSARR :** préparation du moignon / fabrication de prothèse externe de membre / adaptation de prothèse externe de membre / utilisation de prothèse externe de membre

- **Actes CSARR « marqueurs »** retenus pour discriminer les prises en charge des patients amputés en termes de durée de séjour
  - **Liste 1 : Préparation du moignon**
    - ZDM+288 : Préparation du moignon pour fabrication de l'emboîture de prothèse
    - ZDM+003 : Séance de préparation préalable à la rééducation, du moignon en phase de cicatrisation
    - ZDM+013 : Séance de préparation préalable à la rééducation, du moignon cicatrisé
  - **Liste 2 : Apprentissage à l'utilisation de prothèse externe de membre**
    - MKR+074 : Séance d'apprentissage de la préhension avec prothèse
    - NKR+266 : Séance de réapprentissage de la marche avec prothèse
    - ZDR+067 : Séance d'apprentissage du chaussage d'une prothèse de membre

b. Révision des GN
Révision algorithme
Amputations

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

- **Caractéristiques des actes retenus**
  - Pérennité des actes et robustesse des libellés
  - Actes réalisés en « individuel dédié »
    - Actes tous mentionnés, à titre indicatif, comme individuels dédiés dans le fichier complémentaire CSARR
  - Actes réalisés en « séance »
    - Codage possible au plus 2 fois par jour
  - Codage de ces actes :
    - À 95 % dans la CM08 - À 91 % dans le GN 0803
    - Intervenants

Métiers	Préparation moignon	Apprentissage à l'utilisation de PE
Kinésithérapeute	96,4%	85,1%
Orthoprothésiste	0,9%	7,3%
Ergothérapeute	1,0%	5,0%
	98,3%	**97,4%**

b. Révision des GN
Révision algorithme
Amputations

- **Algorithme modifié ⇒ Version 2017**
  - Sélection initiale sur les diagnostics → classement dans le GN 0803

  et
  - Prise en compte des actes CSARR → classement en 3 RGME
    - **RGME 0803A Amputations avec préparation du moignon et apprentissage à l'utilisation de prothèse**
      - 10 occurrences de la liste 1 ET 5 occurrences de la liste 2
    - **RGME 0803B Amputations sans préparation du moignon, avec apprentissage à l'utilisation de prothèse**
      - 5 occurrences de la liste 2
    - **RGME 0803C Amputations autres**

- **Problématiques à suivre**
  - Listes d'actes
  - « Seuils » d'actes
  - Conditions de durée pour entrer dans une RGME

b. Révision des GN
Révision algorithme
Fractures multiples

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

- **Rappels** :
  - **Travaux 2011-2012 :** choix de reprendre l'algorithme de groupage du GMD « LT multiples complexes et compliquées » - FG GMD V6.7 → GN 0824 – FG GME Versions 1.1 à 2.4
  - **Révision en deux temps**
    - Poly-fractures (impact sur les autres GN de la CM 08) → travaux 2016
    - Poly-traumatismes (impact sur les autres CM) → travaux futurs

- **Constats** (A partir du GN 0824 - FG GME V2.4 - Fractures multiples et traumatismes associés)
  - Les DMS observées :
    - sont liées à certaines associations de fractures
    - sont « proches » pour les fractures « multiples d'une même localisation (.7) », des DMS des fractures « uniques » de cette localisation
    - dépendent de la localisation de la fracture traitée plus que d'« indicateurs de gravité » tels que le caractère ouvert d'une fracture / « écrasement » /…
    - sont d'une grande variabilité (+ effectifs faibles) pour les codes en « S » ou « T » imprécis regroupant plusieurs fractures de localisations différentes

    ⇒ révision des associations de lésions traumatiques influant sur la durée de séjour

b. Révision des GN
Révision algorithme
Fractures multiples

- **Algorithme modifié ⇒ Version 2017**
  - **Nouvelles conditions d'entrée** : association d'au moins 2 fractures renseignées en Morbidité principale pour l'une ET en DAS pour la seconde
    - Si 2 codes sont enregistrés en morbidité principale, on retient celui renseigné en MMP
    - Les 2 codes retenus en morbidité principale et DAS doivent être différents
  - **Consignes de codage actuelles** : « Ne pas employer de codes regroupant plusieurs fractures de localisations différentes mais détailler chacune d'entre elles. Ces codes sont à enregistrer en morbidité principale et en DAS. »
  - **Ajustements des consignes** : 2 codes doivent être enregistrés
    - Morbidité principale : le code à enregistrer en morbidité principale (MMP ou AE) sera celui correspondant à la prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins
    - DAS : le second, correspondant à la prise en charge d'une fracture supplémentaire, de localisation distincte, sera renseigné en position de DAS
      - En cas de fracture traitée chirurgicalement, le code en « S » de la fracture traitée doit figurer en DAS en association avec le code « Z d'implant fonctionnel ou d'état post chirurgical »
  - **Problématiques à suivre**
    - Fractures bilatérales
    - Redondance de codage
    - Listes retenues

b. Révision des GN
Révision des listes d'entrée
Evolutions des GN

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

- **Révision de l'orientation de certains diagnostics d'entrée (1)**
  - **Des diagnostics ont été classés en 2 catégories** :
    - **FG 2.4** – GN *Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin*
      - ***V 2017 –*** GN1 Lésions traumatiques sévères de la colonne vertébrale
      - **V 2017** – GN2 Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin

    → ≠ de DMS de l'ordre de 8 jours entre les 2 GN

    - **FG 2.4** – GN *Affections non traumatiques de la colonne vertébrale*
      - ***V 2017 –*** GN1 Affections du rachis »
      - ***V 2017 –*** GN2 Scolioses, hernies discales & autres dorsopathies

    → ≠ de DMS de l'ordre de 4 jours entre les 2 GN + racine pédiatrique GN2

    - **FG 2.4** – GN *Ostéo-chondropathies & arthropathies non infectieuses*
      - ***V 2017 –*** GN1 Arthropathies
      - ***V 2017 –*** GN2 Ostéopathies

    → ≠ de DMS de l'ordre de 4 jours entre les 2 GN + racine pédiatrique GN2

b. Révision des GN
Révision des listes d'entrée
Evolutions des GN

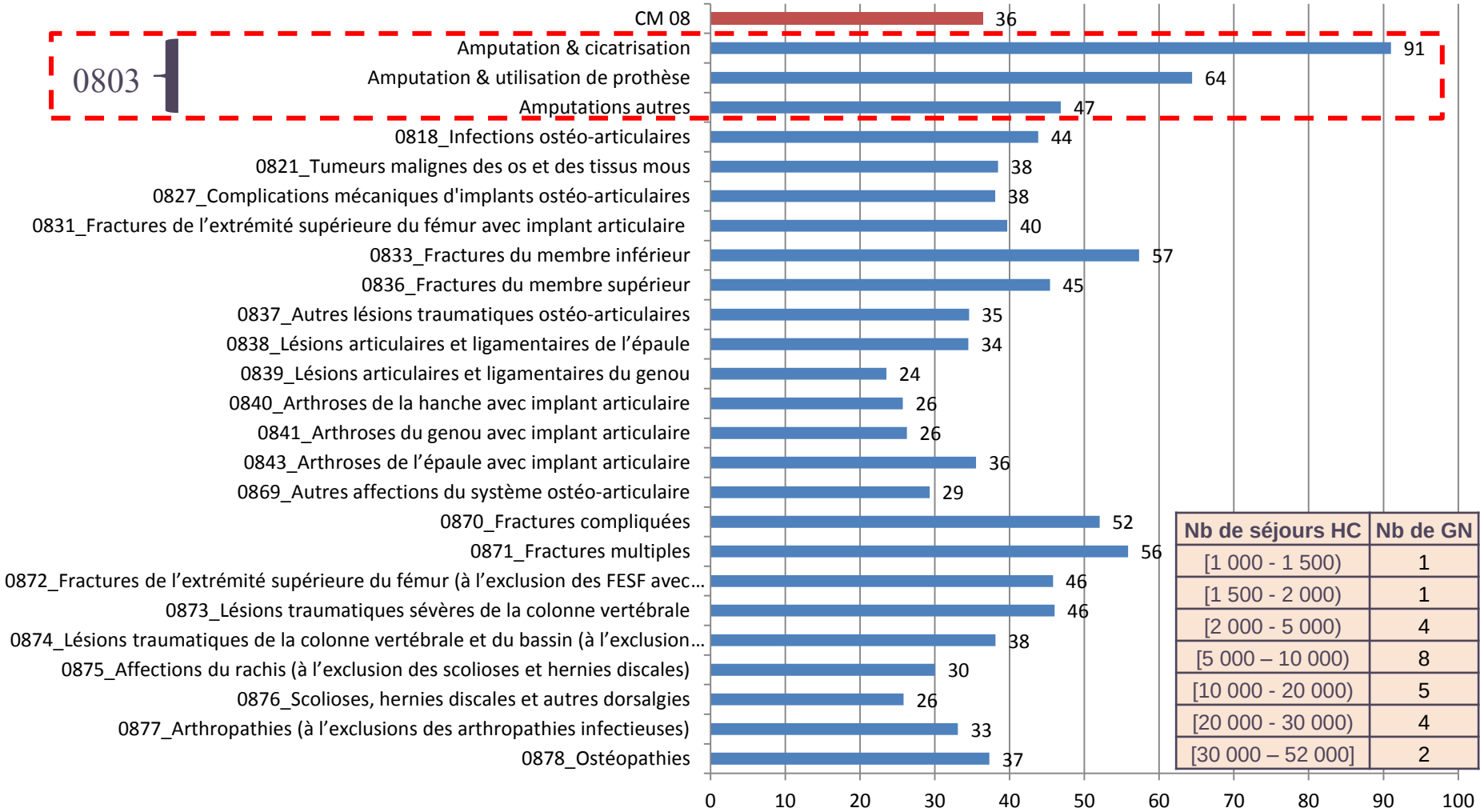
AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

- **Révision de l'orientation de certains diagnostics d'entrée (2)**
  - **Des GN ont été regroupés** :
    - **FG 2.4** – GN *FESF avec implant extra-articulaire*
    - **FG 2.4** – GN *FESF (à l'exclusion des FESF avec implant)*
      - ***V 2017 –*** GN1 FESF (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)

→ Critères de regroupement : durée de séjour ; localisation ; même découpage en RGME ; même répartition HTP

  - **Certains codes ont été redirigés vers la CM 90**
    - codes en Z (sans AE codée) : Z96.6 *Présence d'implants d'articulations orthopédiques* / Z96.7 *Présence d'autres implants osseux et tendineux* / Z98.1 *Arthrodèse* → pour permettre aux établissements de réviser le codage et orienter les séjours vers le GN adéquat
    - codes imprécis : T11.8 *Autres lésions traumatiques précisées du membre supérieur, niveau non précisé* / T13.6 *Amputation traumatique du membre inférieur, niveau non précisé* / T13.8 *Autres lésions traumatiques précisées du membre inférieur, niveau non précisé* → pour améliorer la description

b. Révision des GN
DMS et effectifs



Nb de séjours HC	Nb de GN
[1 000 - 1 500)	1
[1 500 - 2 000)	1
[2 000 - 5 000)	4
[5 000 – 10 000)	8
[10 000 - 20 000)	5
[20 000 - 30 000)	4
[30 000 – 52 000]	2

b. Révision des GN
Evolution de la performance (PVE)

FG	PVE durée de séjour	PVE coût journalier	PVE coût total	nombre de groupes
GN 2.4	12,5%	9,7%	17,1%	21
	+ 0,8%	+ 0,7%	+ 0,7%	+ 2
GN V2017	13,3%	10,4%	17,8%	23
	+ 0,9%	+ 0,5%	+ 2,8%	+ 2
GN V2017 + subdivision amputations	14,2%	10,9%	20,6%	25

Plan détaillé

2. Proposition V2017

a. Périmètre

b. Révision des GN

c. Révision des racines

c. Révision des racines
Schéma général de la méthode

Groupe Nosologique (GN)

1. Subdivision pédiatrique → GN subdivisé sur la pédiatrie
2. Segmentation sur les variables les + discriminantes sur la durée de séjour → GN subdivisé sur la pédiatrie et sur certaines variables patients et/ou sur la RR
3. Forçage sur la RR → Racines = GN subdivisé sur la pédiatrie, sur les autres variables patients et sur la RR

c. Révision des racines
Subdivision pédiatrique
Problématique

Révision des GN → Révision des racines → 1. Pédiatrie

- Les séjours pédiatriques ont une prise en charge a priori différente des séjours adultes et en général plus coûteuse
- Mais la classification ne peut pas tout subdiviser sur la pédiatrie
- Du point de vue de la description, le choix doit assurer un équilibre entre nombre de groupes créés et % d'activité pédiatrique couverte

c. Révision des racines
Subdivision pédiatrique
Règles de subdivision

Révision des GN → Révision des racines → 1. Pédiatrie

- Critères utilisés
  - Coût journalier moyen différent de celui des adultes
  - Age moyen des – 18 ans « faible » (enfant)
  - Nombre de séjours / journées minimum
    - Au moins 500 séjours / an

      OU
    - Au moins 15 000 journées / an

c. Révision des racines
Subdivision pédiatrique
Résultats

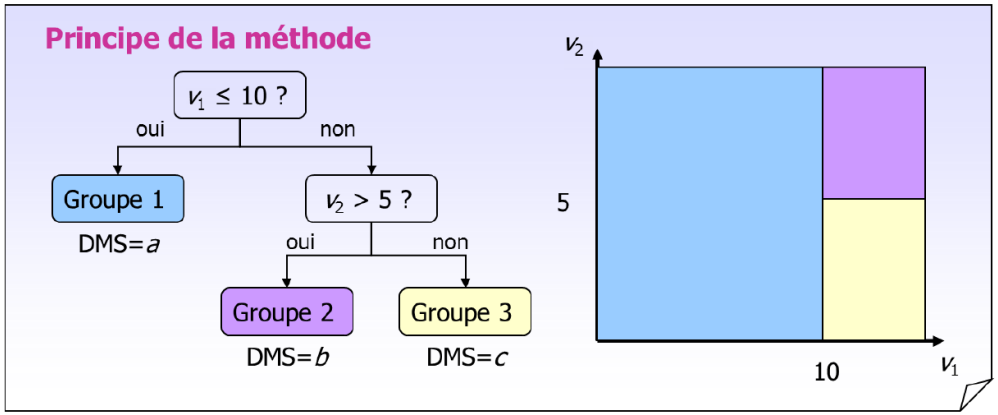
Révision des GN → Révision des racines → 1. Pédiatrie

- Résultats
  - 2 groupes pédiatriques créés représentant 53% de l'activité pédiatrique de la CM 08

	PVE coût journalier après subdivision	Coût journalier		Effectifs < 18 ans par an		Age	PVE durée de séjour après subdivision	DMS	
		enfant	adulte	séjours	jours	enfant		enfant	adulte
Ostéopathies	12,4%	376	322	1 158	66 227	6,7	14,2%	37	37
Scolioses, Hernies discales & autres dorsalgies	13,9%	372	205	1 470	41 124	12,9	14,2%	18	26

c. Révision des racines
Variables patients et RR
CART : objectif et critères

- Objectif: choix des variables les + pertinentes parmi
  - Age, Chirurgie antérieure, Dépendance cognitive, Dépendance physique, RR
- Critères utilisés dans CART
  - Optimisation de la durée de séjour
  - 5 jours minimum de différence entre les racines créées
  - 500 séjours minimum par racine



c. Révision des racines
Variables patients et RR
CART : racines créées

- Nombre de racines créées au total après CART
  - 86 racines
    - Soit en moyenne 3,2 racines par groupe après les subdivisions pédiatriques & amputations
    - Nombre de racines par GN ➞ Moyenne 3,7

nombre de racines créées ds GN	nombre de GN	nombre total de racines créées
2	4	8
3	9	27
4	6	24
5	1	5
6	2	12
10	1	10
total	**23**	**86**

c. Révision des racines
Variables patients et RR
CART : variables utilisées

- Variables utilisées

Variable	Valeur de coupure	Nombre de coupures dans CART	Nombre de racines impliquées	Total utilisation variable
Dépendance physique	4	7	82	44
	8	23		
	12	14		
Âge	-	0	0	0
Chirurgie	avec	7	15	7
Dépendance cognitive	2	1	2	1
Score RR	60	5	16	6
	90	1		

- Résultat : dans la CM 08, la dépendance physique est le facteur principal (pertinent pour 82/86 racines)

c. Révision des racines

Variables patients et RR

RR : variantes de forçage

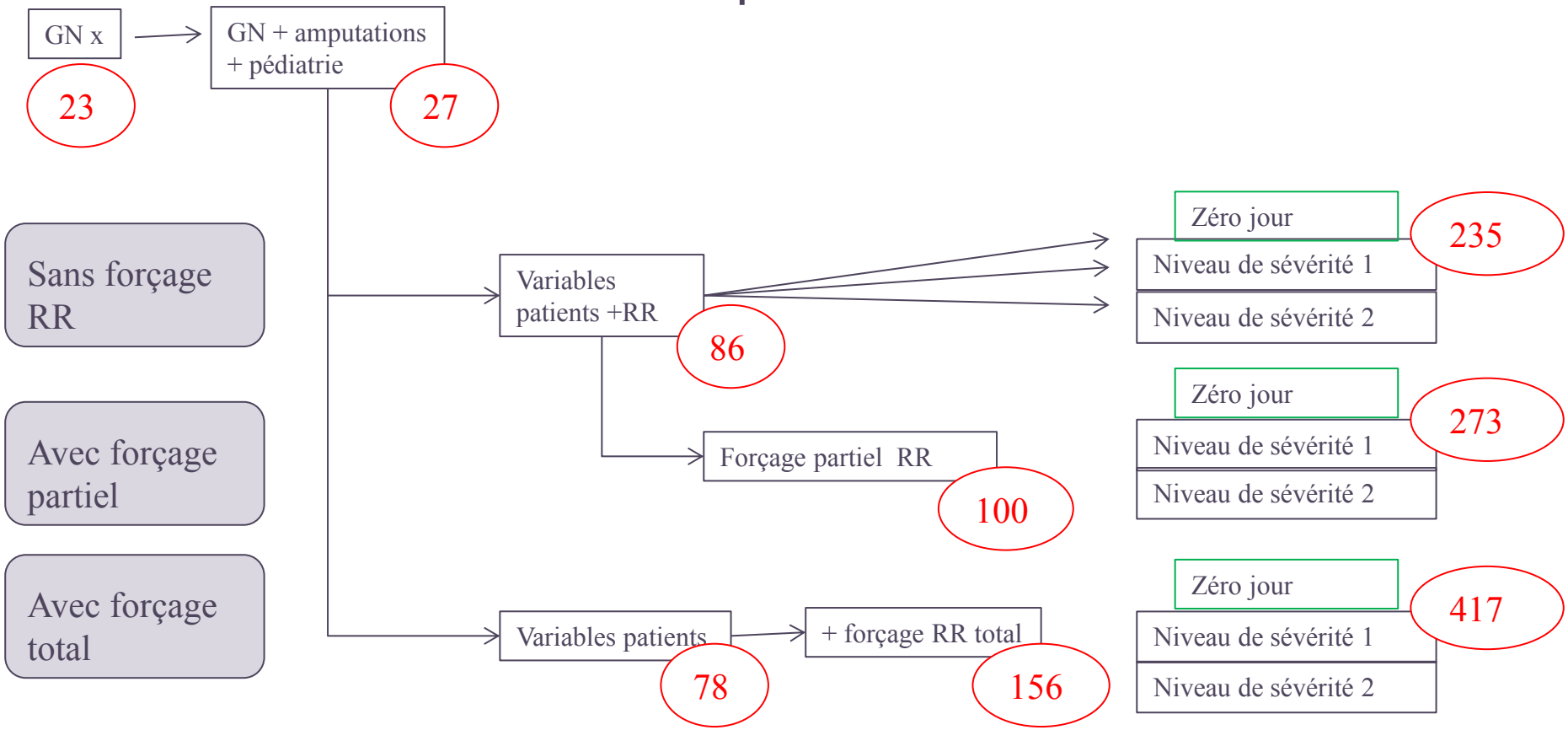
- Variante 1 : sans forçage
- Variante 2 : forçage partiel
  - GN découpés dans la version 2.4 et non découpés via CART

	Subdivision RR	
GN	**GME 2.4**	**GME 2017**
Amputations	oui	oui
Fractures multiples et traumatismes associés	oui	oui
Fractures du membre supérieur	oui	Forçage RR
Lésions articulaires et ligamentaires du genou	oui	Forçage RR
Affections non traumatiques de la colonne vertébrale (Affections rachidiennes dégénératives en V2017)	oui	Forçage RR
Complications mécaniques d'implant O-A	non	oui
LT de la colonne vertébrale et du bassin	non	oui
Autres LT O-A	non	oui

- Variante 3 : forçage total

c. Révision des racines
Finalisation des modèles
Ajout des niveaux 0 et 2

- Liste des modèles comparés ci-dessous



c. Révision des racines
Finalisation des modèles
Principaux résultats

Option 1
Variables patients et RR simultanément

Révision des GN → Révision des racines → 1. Pédiatrie → 2. Variables patients et RR

	PVE			Subdivisions RR		nombre de groupes		
FG	durée de séjour	coût journalier	coût total	en GN	en racines	HC	HTP	total
GME 2.4	17,2%	20,3%	26,7%	5	23	162	53	215
Sans forçage (option 1)	18,8%	19,7%	29,8%	5	15	172	63	235
Forçage partiel (V2017)	18,8%	20,5%	30,0%	8	43	200	73	273
Forçage total (option 2)	18,9%	22,3%	31,1%	27	156	312	105	417

- Cela améliore un peu la performance (de façon mécanique)
- Evidemment, la RR sort + souvent puisqu'elle est forcée
- Mais au prix d'une augmentation exponentielle du nombre de groupes

Plan de la présentation

1. Vue générale des propositions
2. Proposition V2017
3. Proposition V2018
4. Conclusions et perspectives

Proposition d'évolution en 2 temps
Rappel

V2017			V2018		
GN	→	Révision CM 08	GN	→	V2017
Racines	→	option 1*	Racines	→	option 3*

V2017

Révision des racines avec méthodologie constante (sans forcer la RR)

V2018

Révision des racines de l'ensemble de la classification avec méthodologie nouvelle :

1. Prise en compte de certaines variables patients dans des niveaux de complexité
2. Augmentation du nombre de niveaux
3. Forçage de la RR si nécessaire

Plan détaillé

3. Proposition V2018

a. Problématique

b. Moduler le niveau avec des variables patients
   - De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité
   - Règles d'attribution des niveaux
   - Résultats sur la CM 08

c. Augmenter l'homogénéité des niveaux par un seuil
   - Description du problème
   - Choix des seuils
   - Impacts

d. Finalisation et performance

e. Synthèse

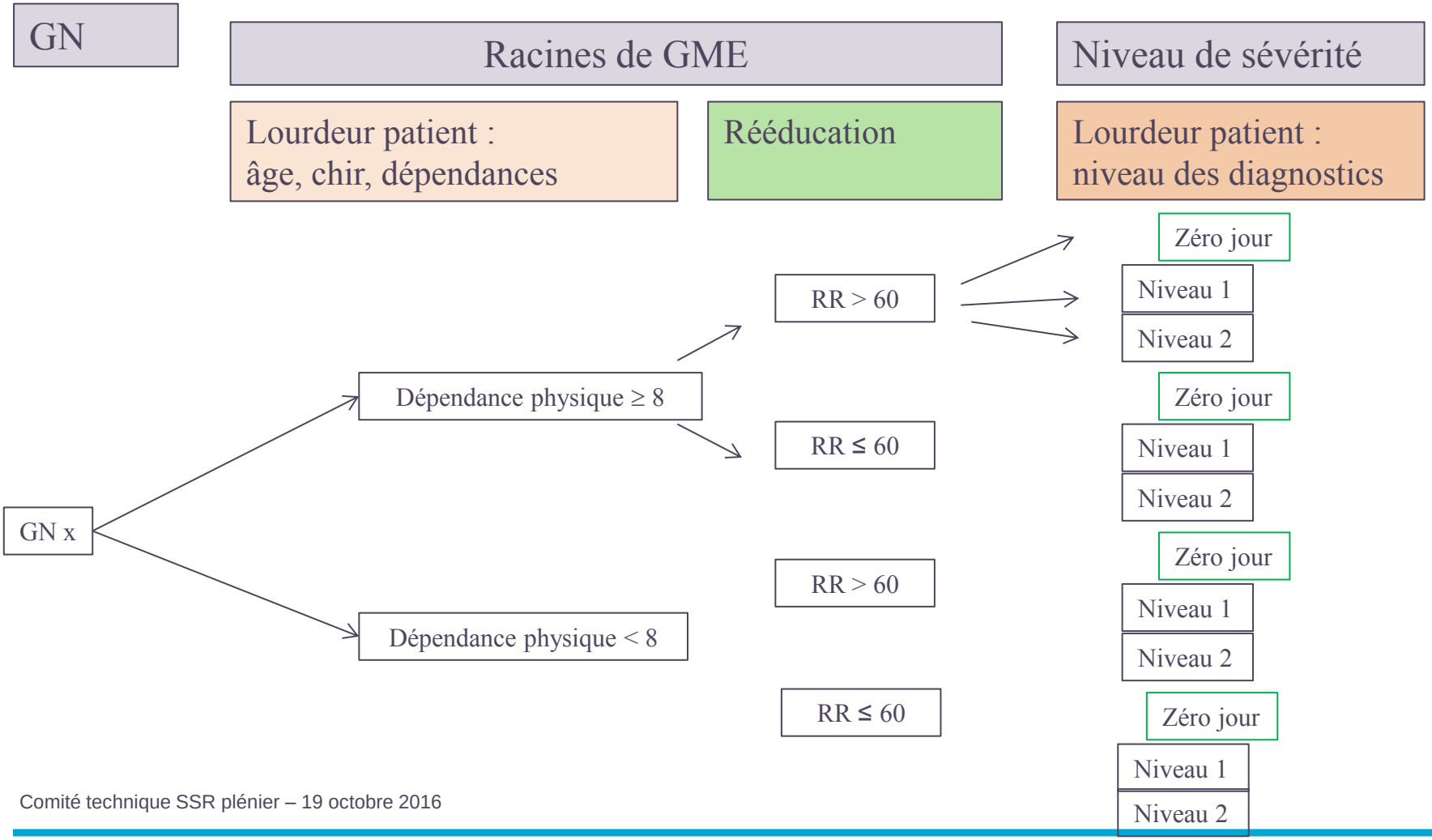
a. Problématique
Constats et objectifs

- **Constats**
  - Forcer la RR fait exploser le nombre de groupes
  - En forçant la RR, l'effet sur la performance est relativement faible
  - La dépendance physique est la variable qui explique le + la durée de séjour
    - → création de beaucoup de racines dans l'ensemble des GN

- **Objectifs**
  - RR visible
  - Nombre de groupes raisonnable
  - Performance économique (homogénéité)

a. Problématique

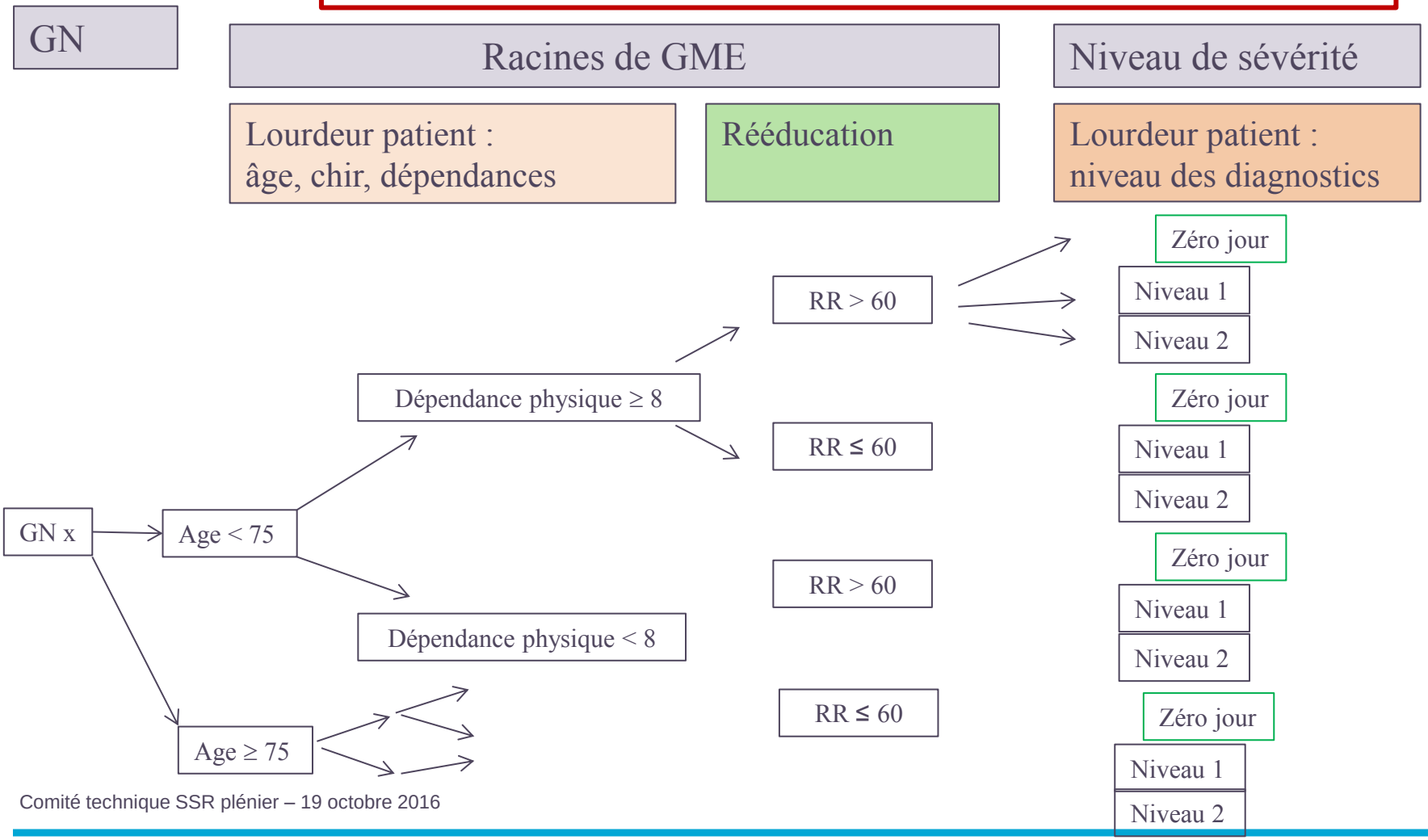
Méthode actuelle → nb de groupes



a. Problématique

Méthode actuelle → nb de groupes

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



a. Problématique

Création systématique de racines ➞ solution alternative

- **Problématique**
  - Prendre en compte les caractéristiques du patient : âge, dépendances, chirurgie, diagnostics associés et **RR** ➞ multiplication exponentielle du nombre de groupes.
  - Comment prendre en compte l'ensemble des facteurs de lourdeur (pertinents économiquement) et la rééducation d'un séjour sans augmenter fortement le nombre de groupes ?

- **Solution proposée**
  - Moduler le niveau de sévérité en fonction d'une ou plusieurs caractéristiques du patient (dépendance physique, âge, chir, dépendance cognitive) ➞ niveau de complexité
    - A l'instar du MCO où le niveau de sévérité « final » est modulé en fonction de l'âge
  - En se laissant la possibilité de découper sur des variables patients importantes d'un point de vue descriptif
  - Nécessite l'augmentation du nombre de niveaux

Plan détaillé

3. Proposition V2018

a. Problématique

b. Moduler le niveau avec des variables patients
   - De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité
   - Règles d'attribution des niveaux
   - Résultats sur la CM 08

c. Augmenter l'homogénéité des niveaux par un seuil
   - Description du problème
   - Choix des seuils
   - Impacts

d. Finalisation et performance

e. Synthèse

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

b. Moduler le niveau avec des variables patients

De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité

Exemple de la dépendance physique (1/3)

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

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

b. Moduler le niveau avec des variables patients

De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité

Exemple de la dépendance physique (2/3)

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

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

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

b. Moduler le niveau avec des variables patients

De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité

Exemple de la dépendance physique (3/3)

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

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

Niveau de complexité 1

Niveau de complexité 2

Niveau de complexité 3

b. Moduler le niveau avec des variables patients

De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité

Evolution possible de la classification

GN

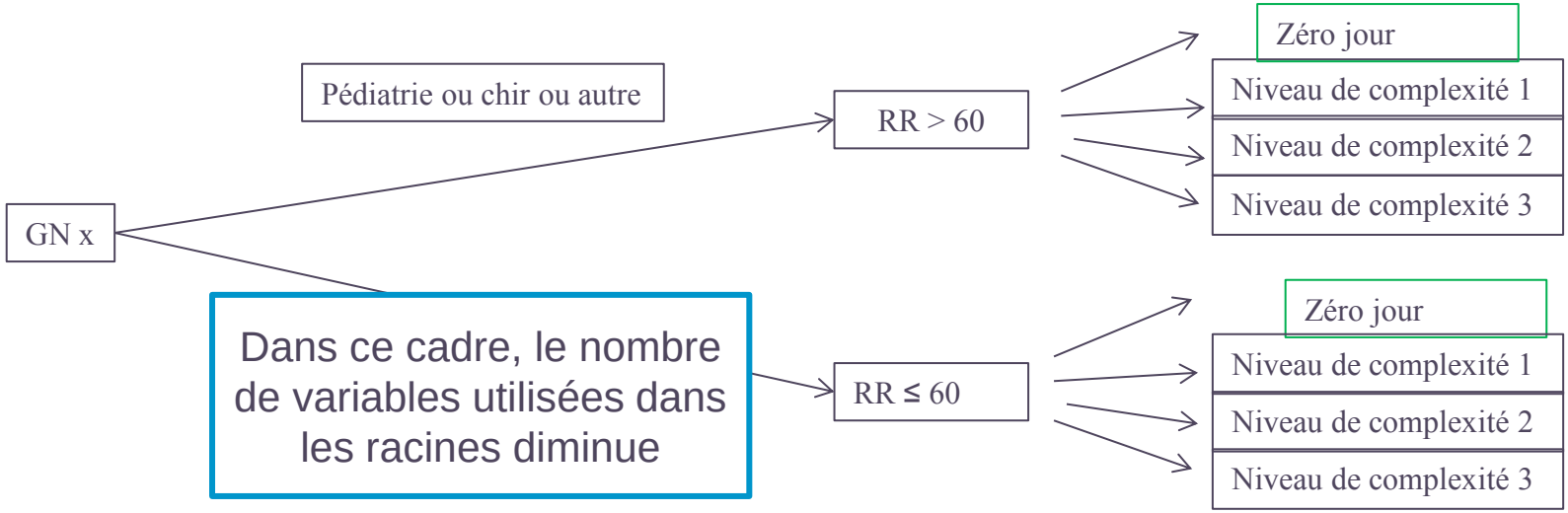
Racines = variables importantes d'un point de vue descriptif (pédiatrie, rééducation)

Niveaux de complexité = variables patients essentielles d'un point de vue économique

Description du patient simplifiée (dont pédiatrie)

Rééducation

Complexité patient :
Niveau de sévérité et variables patient



Dans ce cadre, le nombre de variables utilisées dans les racines diminue

b. Moduler le niveau avec des variables patients

Règles d'attribution des niveaux

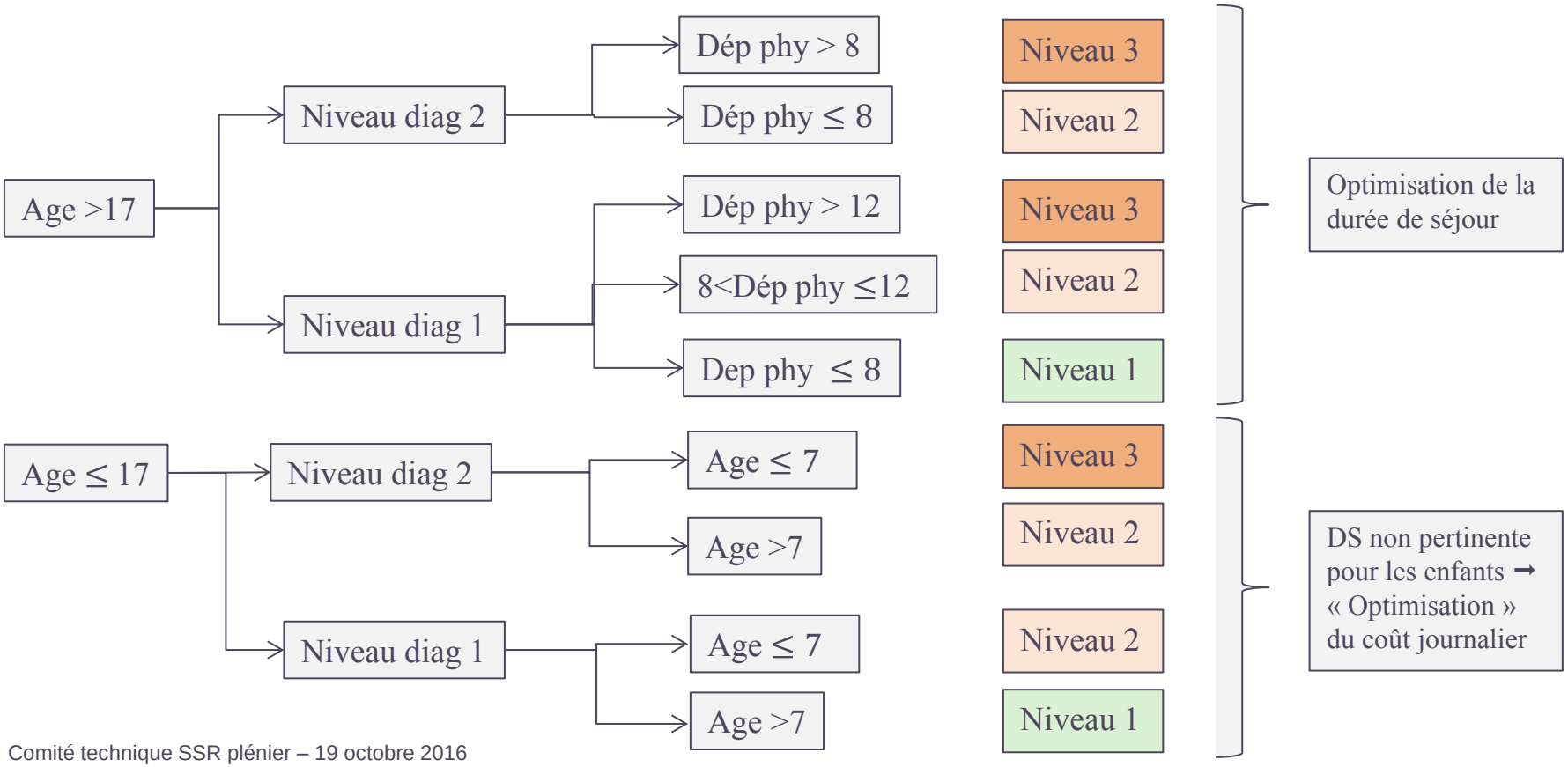
- Règles d'augmentation de niveau
  - Visant à optimiser la durée de séjour
  - Un compromis entre performance et lisibilité
    - = peu de règles mais des règles efficaces
  - En général : identiques sur toute la CM
    - Possiblement spécifiques à un ou plusieurs GN
- Méthode
  - Processus d'ajout de règles successives (selon l'ordre d'importance issu de CART)
    1. Test de différentes règles sur la dépendance physique
    2. Puis ajout de règles si nécessaire sur la chirurgie
    3. Puis ajout de règles si nécessaire pour l'âge
    4. Puis ajout de règles si nécessaire pour la dépendance cognitive

b. Moduler le niveau avec des variables patients

Règles d'attribution des niveaux

Illustration pour la CM 08 (1/2)

- Premiers tests
  - Règles basées principalement sur la dépendance physique et l'âge
  - Ajustées ponctuellement sur d'autres variables



b. Moduler le niveau avec des variables patients

Règles d'attribution des niveaux

Illustration pour la CM 08 (1/2)

- Cas particuliers
  - Pour les GN « Autres Lésions Traumatiques Ostéo-articulaires » et « Ostéopathies »:
    - → le caractère post-chirurgical augmente le niveau de 1 (max =3)
  - Pour le GN « Lésions articulaires & ligamentaires du genou »
    - → l'âge > 60 ans augmente le niveau de 1 (max =3)

- Option alternative (non retenue ici)
  - Dans le cas présenté, l'effet de l'âge et celui de la chirurgie sont pris en compte sous forme de règle d'augmentation de niveau mais les GN auraient pu être subdivisés sur ces variables.
  - Exemple : GN « Lésions articulaires & ligamentaires du genou »
    - GN « Lésions articulaires & ligamentaires du genou »
      avec âge > 60 et indice de complexité 1,2 ou 3
    - GN « Lésions articulaires & ligamentaires du genou »
      avec âge ≤ 60 et indice de complexité 1,2 ou 3

b. Moduler le niveau avec des variables patients

Résultats : subdivisions et nombre de groupes

Racines = variables importantes d'un point de vue descriptif (pédiatrie, rééducation)

Niveaux de complexité = variables patients essentielles d'un point de vue économique

Description du patient simplifiée (dont pédiatrie)

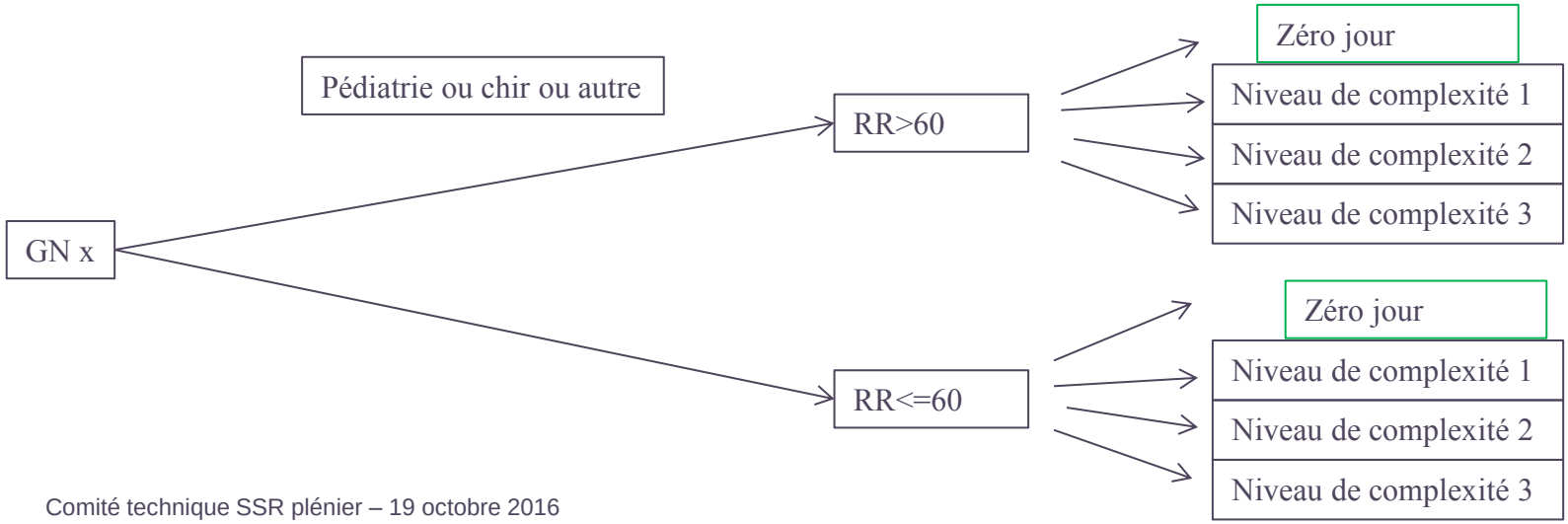
Rééducation

Complexité patient :
Niveau de sévérité et variables patient

23 GN
+ amputations ➞ 25
+ pédiatrie ➞ 27

54 racines issues de la subdivision sur la RR

162 groupes HC
54 groupes « zéro jour »



b. Moduler le niveau avec des variables patients

Résultats : performance

FG	PVE			nombre de groupes			Moins de 500 séjours HC
	durée de séjour	coût journalier	coût total	HC	HTP	total	
GME 2.4	17,2%	20,3%	26,7%	162	53	215	86
Forçage partiel (option 1bis)	18,8%	20,5%	30,0%	200	73	273	102
Forçage total (option 2)	18,9%	22,2%	31,1%	312	105	417	197
Option 3 (forçage RR + 3 niveaux)	18,3%	21,2%	29,0%	162	54	216	46

- Les PVE du modèle de l'option 3 sont similaires voire supérieures à la proposition 2017 et sont légèrement inférieures à l'option 2
- Le nombre de groupes est stable par rapport à la classification actuelle
- Le nombre de groupes avec de faibles effectifs augmente beaucoup avec l'option 2 mais diminue avec l'option 3

b. Moduler le niveau avec des variables patients

Résultats : synthèse

- **Pourquoi ne pas s'arrêter à la Proposition V2017 ?**
  - A cause de la RR peu présente notamment
- **Pourquoi ne pas s'arrêter à l'option 2 (forçage total de la RR) ?**
  - A cause du nombre de groupes qui explose
- **Pourquoi ne pas s'arrêter à l'option 3 telle quelle ?**
  - La RR est présente (puisque forcée)
  - Le nb de groupes est « contrôlé » par l'introduction du 3ème niveau
  - La performance économique est similaire ou améliorée
  - Mais il reste quelques problèmes…

Plan détaillé

3. Proposition V2018

a. Problématique

b. Moduler le niveau avec des variables patients

- De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité
- Règles d'attribution des niveaux
- Résultats sur la CM 08

c. Augmenter l'homogénéité des niveaux par un seuil

- Description du problème
- Choix des seuils
- Impacts

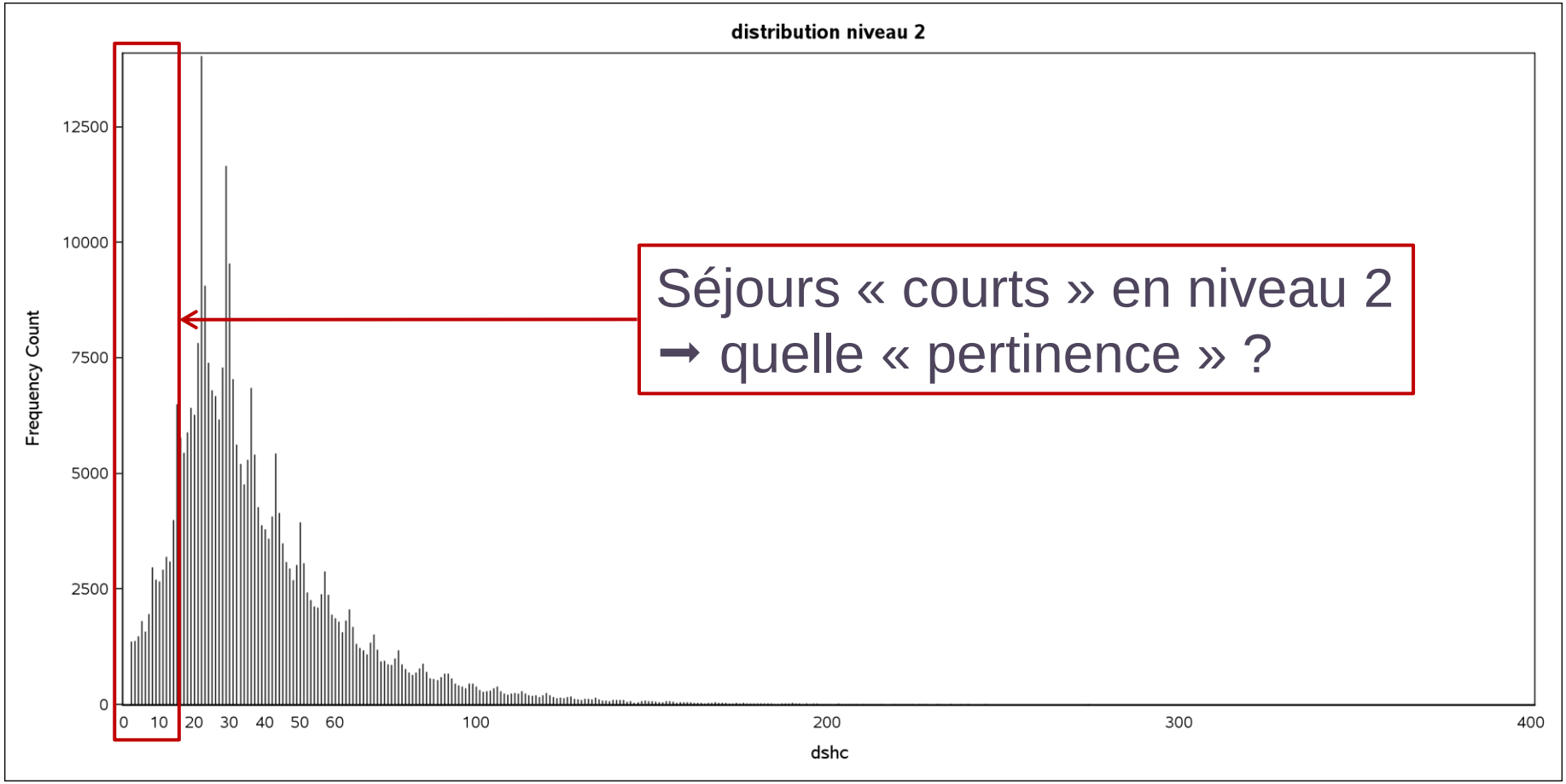
d. Finalisation et performance

e. Synthèse

C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

Description du problème

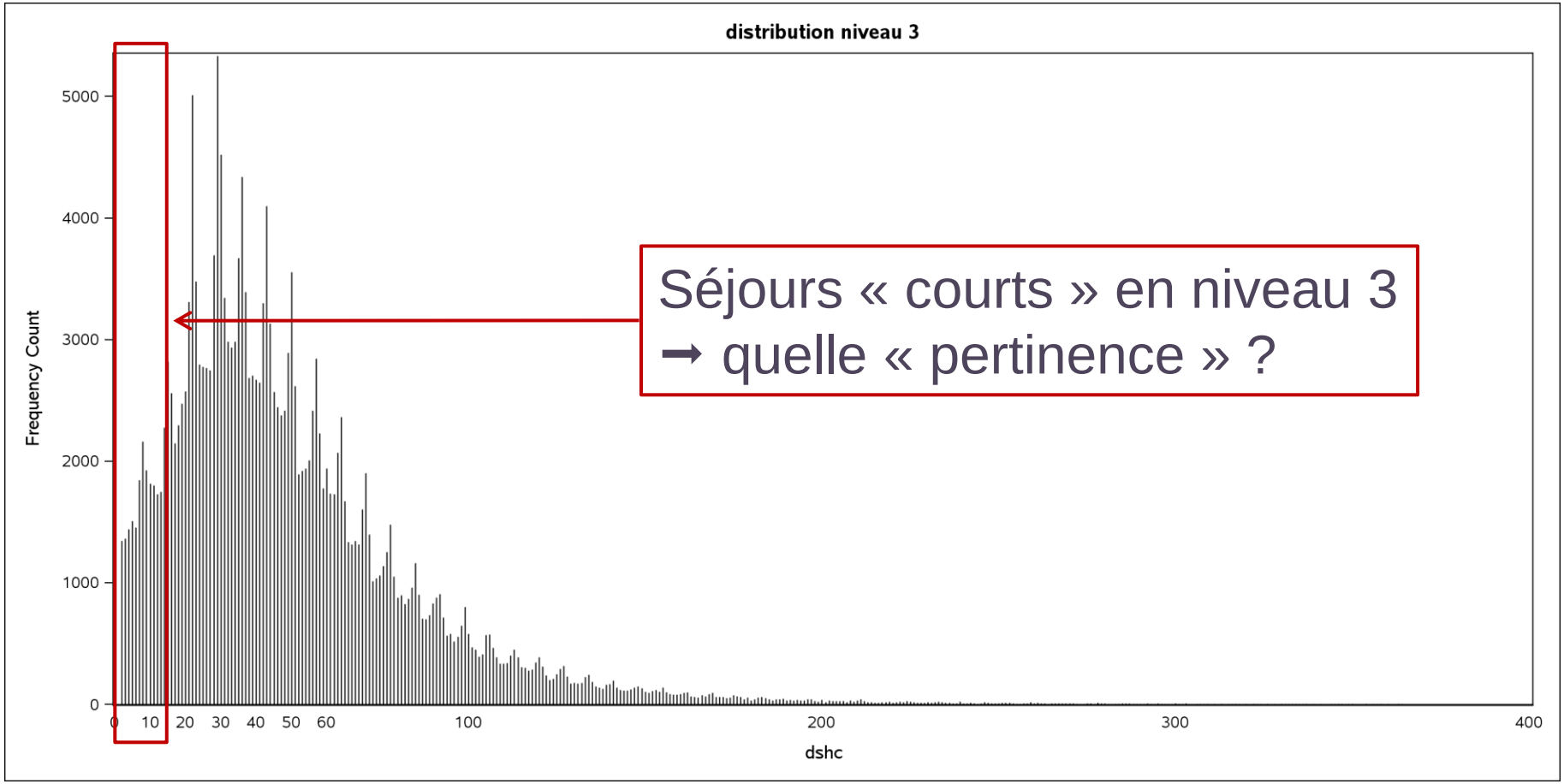
Distribution des DS en niveau de complexité 2



C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

Description du problème

Distribution des DS en niveau de complexité 3



Séjours « courts » en niveau 3
➞ quelle « pertinence » ?

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

Description du problème

- Contexte
  - En MCO, pour qu'un séjour soit classé en niveaux 2, 3, 4, une durée minimum de 3, 4, 5 jours est requise.
    - Justification : un séjour très court ne peut être considéré comme lourd d'un point de vue économique
  - En SSR, aucune durée n'est requise pour que le séjour être classé en niveau de sévérité
- Règle : si durée de séjour ≤ durée minimum, alors niveau baisse

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

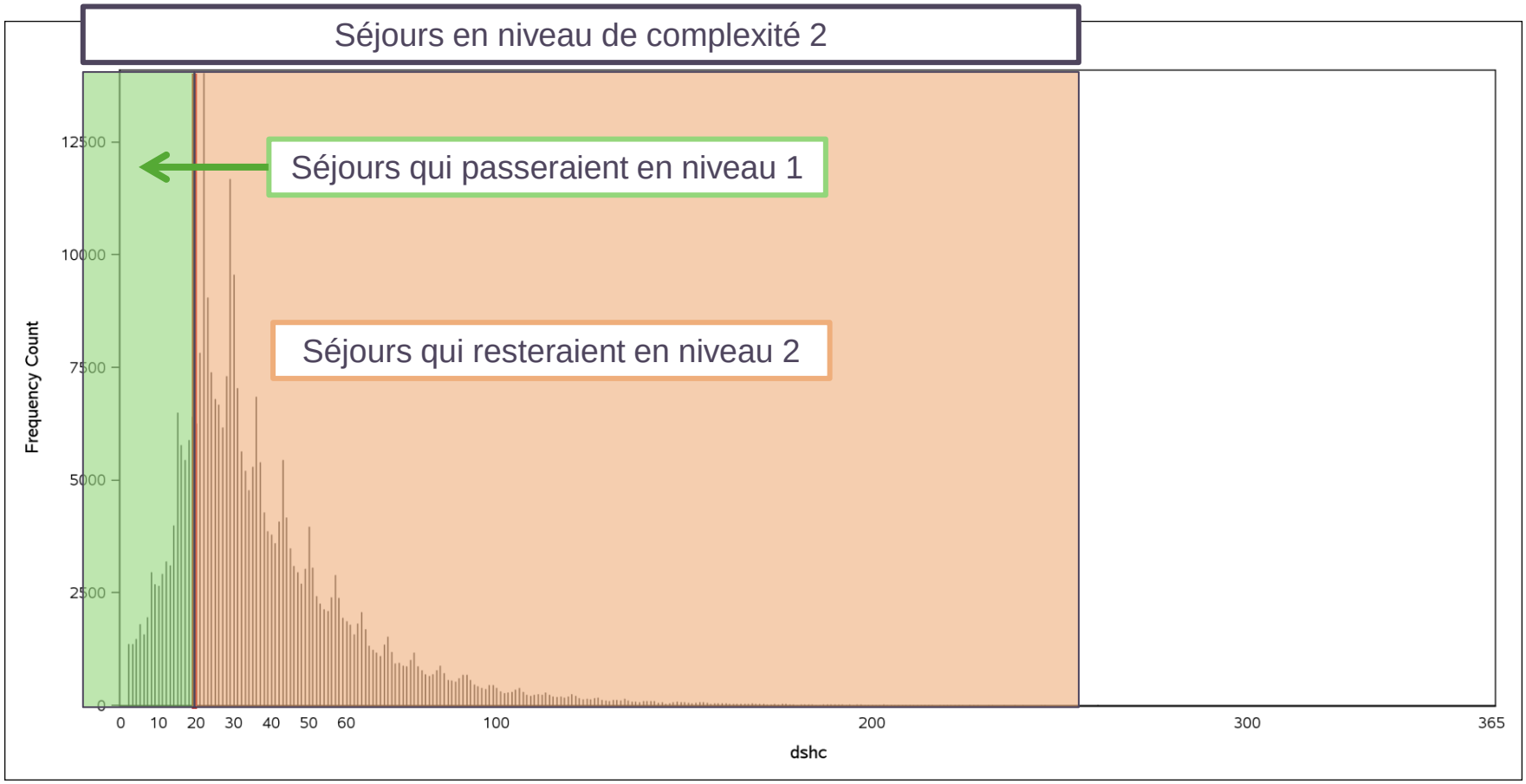
Choix des seuils

- Test de durée(s) minimum(s)
  - 10 et 20 jours , 10 et 30 jours, 20 et 30 jours, …
  - **Pour la présentation** : 30 et 60 jours
  - **Optimum statistique** 60 et 130 jours

Seuil niveau 2 \ Seuil niveau 3	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150
0																
10																
20																
30							P									
40																
50																
60														O		
70																

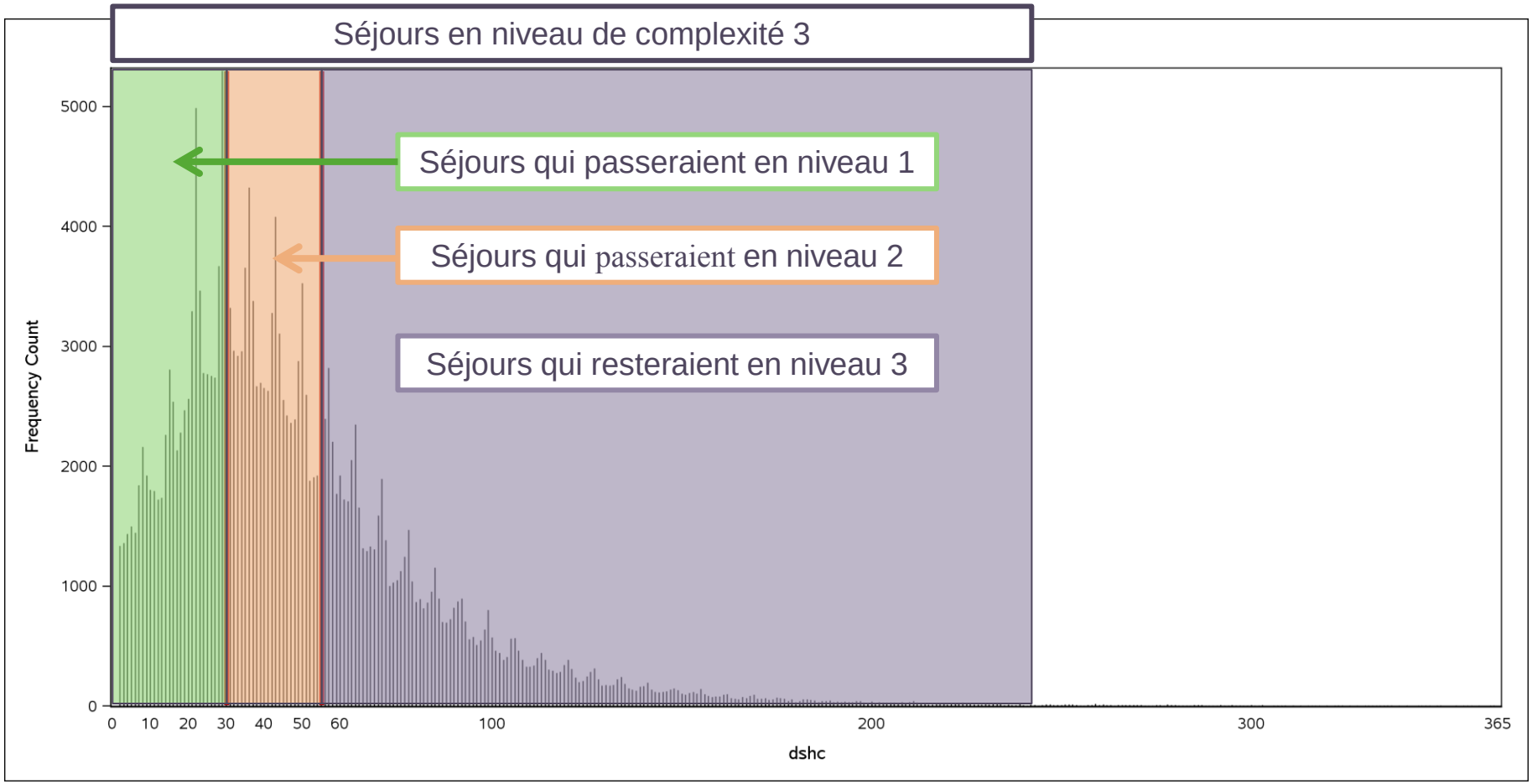
C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

Impacts potentiels



C. Mettre un seuil de durée aux niveaux

Impacts potentiels



Plan détaillé

3. Proposition V2018

a. Problématique

b. Moduler le niveau avec des variables patients
   - De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité
   - Règles d'attribution des niveaux
   - Résultats sur la CM 08

c. Augmenter l'homogénéité des niveaux par un seuil
   - Description du problème
   - Choix des seuils
   - Impacts

d. Finalisation et performance

e. Synthèse

d. Finalisation et performance

Comparaison des modèles

	PVE			Nb de groupes	% de niveaux		% établissements avec résidu de durée entre		
FG	durée de séjour	coût journalier	coût total	total	2	3	-3 et +3 jours	-7 et +7 jours	-14 et +14 jours
GME 2.4	17,2%	20,3%	26,7%	215	9,3%	-	33,5%	65,3%	92,6%
V2017 (forçage partiel)	18,7%	19,8%	29,1%	273	9,3%	-	33,4%	65,6%	92,9%
Option 2 (forçage total)	18,9%	22,3%	31,1%	417	9,3%	-	33,6%	65,5%	92,8%
Option 3 (forçage RR + 3 niveaux)	18,3%	21,2%	29,0%	216	32,0%	22,2%	32,8%	65,0%	92,9%
V2018 (option 3 + seuils 30/60)	47,2%	18,9%	49,5%	216	26,0%	6,5%	43,4%	83,5%	97,3%

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

d. Finalisation et performance

Conclusions sur les premiers tests

- Le modèle avec forçage RR, 3 niveaux et seuils de durée :
  - Permet d'utiliser toutes les variables discriminantes économiquement (pas de limitation due aux effectifs)

    ⇒ A le meilleur rapport PVE / nombre de groupes

    ⇒ Modélise mieux les différences de durées entre établissements
  - Permet de faire apparaître la rééducation sans augmenter de façon exponentielle le nombre de groupes

Plan détaillé

3. Proposition V2018

a. Problématique

b. Moduler le niveau avec des variables patients
   - De 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité
   - Règles d'attribution des niveaux
   - Résultats sur la CM 08

c. Augmenter l'homogénéité des niveaux par un seuil
   - Description du problème
   - Choix des seuils
   - Impacts

d. Finalisation et performance

e. Synthèse

e. Synthèse

Un 3ème niveau de sévérité

- **Constats**
  - Rapport PVE / nombre de groupes
  - Toutes les variables discriminantes sont utilisées
  - Permet de faire apparaître la rééducation sans augmenter de façon exponentielle le nombre de groupes

  1ers tests
  - La lourdeur du séjour est plus lisible
  - Au niveau racine : seules les variables pertinentes pour cette racine sont affichées
  - Stabilité de la classification
- **Alertes**
  - Règles testées uniquement sur la CM 08 pour l'instant
  - Changement de méthode
  - L'algorithme de groupage n'est plus visible dans le nom des groupes

e. Synthèse

Seuils sur les niveaux de sévérité

- **Constats**
  - Gain de PVE important ➞ groupes plus homogènes
  - Utilisation plus robuste des variables
    - La dépendance et les DAS ne sont pris en compte que s'ils correspondent à un allongement **effectif** de la durée de séjour

- **Alertes**
  - Les séjours manifestement courts et avec variables patients « lourdes » peuvent être classés en niveau 1 (mais de façon homogène)

e. Synthèse

- **Décrire systématiquement l'activité de RR oblige à repenser la classification**
- **Augmenter le nombre de niveaux**
  - → augmentation de la performance économique à nb de groupes équivalent
- **Mettre des seuils**
  - → augmentation de la performance économique
  - + diminution de la redistribution quand on a 3 niveaux

Plan de la présentation

1. Vue générale des propositions
2. Proposition V2017
3. Proposition V2018
4. Conclusions et perspectives

Conclusions et perspectives
Résumé des modèles

Modèle	Description	Principales caractéristiques	Présence RR	Nb de groupes	PVE durée	Niveaux
Version 2.4		▪ Variables patients et RR prise en compte sans priorité ▪ Subdivisions et seuils par CART	Faible	215	17,2%	2
Option 1	Sans forçage	▪ Variables patients et RR prise en compte sans priorité ▪ Subdivisions et seuils par CART	Faible	235	18,8%	2
Proposition V2017	Forçage partiel	▪ Variables patients et RR prise en compte sans priorité ▪ Subdivisions et seuils par CART ▪ Forçage a posteriori de la RR quand présente en version 2.4	Moyenne	273	18,8%	2
Option 2	Forçage total	▪ Variables patients prise en compte d'abord ▪ Subdivisions et seuils par CART ▪ Forçage a posteriori de la RR partout	Forte	417	18,9%	2
Option 3	Forçage total + 3 niveaux de complexité	▪ Variables patients prise en compte via l'indice de complexité ▪ Passage à 3 niveaux de complexité ▪ Forçage a posteriori de la RR partout	Forte	216	18,3%	3
Proposition V2018	Forçage total + 3 niveaux de complexité + seuils (30/60)	▪ Variables patients prise en compte via l'indice de complexité ▪ Passage de 2 niveaux de sévérité à 3 niveaux de complexité ▪ Forçage a posteriori de la RR partout ▪ Seuils de durée minimum pour passage en niveaux	Forte	216	47,2%	3

Conclusions et perspectives
Travaux prévus

- Proposition V2017
  - Nouveaux GN de la CM 08
  - Racines avec forçage partiel
- Proposition V2018
  - Refonte du score de RR
  - Indice de complexité pour l'ensemble de la classification
    - Augmentation du nombre de niveaux
    - Seuils de durée
- Travaux sur le recueil

Conclusions et perspectives
Groupes techniques

Fin S2 2016

GT enquête CSARR

- Date prévisionnelle : 15/12/2016

Date à préciser

GT thématiques

- Score RR
- Indice de complexité
- Recueil

Date à préciser

GT thématiques

- Score RR
- Indice de complexité
- Recueil

Points divers - Agenda

Recueil PMSI SSR

Évolutions 2017

- **Mise en œuvre au 1er mars 2017**
  - Cf. Comité technique SSR plénier (28/06/2016)
  - Cf. réunion éditeurs-ATIH (07/07/2016)
  - Cf. Comité de pilotage SSR de la DGOS (30/09/2016)
- **Publications**
  - Documentation 2017 :
    - *Guide PMSI SSR 2017* ➞ novembre 2016
    - Notice technique PMSI « 4 champs » 2017 ➞ décembre 2016
  - Nomenclatures 2017 :
    - CIM-10 FR, CSARR, CCAM descriptive ➞ décembre 2016
  - Formats et transmission activité :
    - Présentation à la **réunion ATIH-éditeurs : 08/11/2016**
    - Fédérations invitées à cette réunion

Agenda

Comité technique SSR : janvier 2017 ?

Autres réunions techniques :

- GT « Enquête CSARR » : 15 décembre 2016
- « Comité experts CSARR » : 30 novembre 2016
- « Comité de suivi CSARR » : 13 septembre 2017
- GT « Dépendance SSR » : nov.-déc. 2016
- GT « Recueil PMSI SSR » : 1er trimestre 2017
- GT « Classification GME – V2018 » : 1er trimestre 2017
- GT « Restitutions activité SSR » : 2ème trimestre 2017