

COMITE TECHNIQUE HAD

21 juin 2016

Ordre du jour

- Avancée des travaux classification
 - Constats ATIH à partager
 - Orientations ATIH
 - Poursuite des travaux
- Points divers
 - Autres travaux ATIH
 - Travaux parcours
 - FICHCOMP traitement couteux
 - MP 29 sortie précoce de chirurgie
 - Autres sujets

Constats ATIH à l'issue de la période exploratoire « base de connaissance »

Choix du modèle de classification : critères à prendre en compte

Calendrier

2015 → S1 2016

Fin S1 2016

S2 2016

2017 – 2018

Sept. 2018

Campagne 2019

Campagne 2020

- « **Base de connaissance** »
 - *Travaux exploratoires classification*
 - *Dépendance – Casemix HAD*
 - *Financement : ENC*

- **Orientations ATIH**

- **Choix stratégiques partagés**
 - *DGOS*
 - *Fédérations*
- **Modèle financement cible ?**

- **Travaux développement**
- **Modèle financement cible**
- **Simulations**
- **Concertation**

- **V1**

- **Année à blanc**

- **Mise en œuvre**

Comités techniques HAD

- 21 avril 2015
- 7 juillet 2015
- 20 octobre 2015
- 16 décembre 2015
- 8 février 2016
- 22 mars 2016
- **21 juin 2016**

4 visites sur site

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

- Spécificités de l'activité HAD
- Attendus des acteurs
 - Lisibilité de l'activité
 - Outil de financement et de pilotage
- Données dont on dispose

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

Attendus

- Une meilleure lisibilité de l'activité HAD
 - **partagée avec les acteurs**
- Un pilotage national plus aisé
 - Planification / Organisation des soins
 - Financement

- Création de groupes médico-économiques
 - Approche statistique : données d'information médicale + données de coûts
 - **Cible = équilibre entre *Objectifs poursuivis* et *Optimum statistique***

Objectifs prédéfinis :

- Que souhaite-t-on voir ?
- Pour quoi faire ?

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

Données dont on dispose

- Calendrier : 2019
- Construction sur la base des données dont on dispose déjà
 - Base nationale PMSI : → 2015
 - Données ENC : → 2014

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

Données dont on dispose

○ Variables recueillies dans la base de données PMSI

⇒ ○ Modes de prise en charge (MPP, MPA)

⇒ ○ Diagnostic principal

○ Autres diagnostics (DCMPP, DCMPPA, diagnostics associés)

○ Dépendance : IK, AVQ

○ Autre (âge, ...)

○ Informations complémentaires recueillies dans la base de données ENC

○ Données de coûts

○ Activités au domicile du patient (nb de passages, nature des intervenants)

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

Modes de prise en charge (MP)

- Eclairage médical inhomogène en fonction des MP

Soins palliatifs	Traitement intra veineux
Chimiothérapie anticancéreuse		Éducation thérapeutique
Surveillance grossesse à risque		Autres traitements

- Variable structurante dans le modèle de financement actuel
 - Une force
 - Une faiblesse

Choix du modèle de classification

Critères à prendre en compte

Diagnostics

- CIM 10 - Nomenclature OMS
- Consignes de codage perfectibles
 - Multiples positions diagnostiques
 - 1 DP / 0 à 9 DCMPP / 1 à 9 DCMPA (si MPA) / 0 à 99 DA
 - Codage probablement hétérogène aujourd'hui car ces diagnostics ne sont pas mobilisés dans la grille tarifaire
- Richesse descriptive sur le plan médical

Ex du chapitre VI de la CIM-10

Maladies du système nerveux

Bases de données PMSI 2012-2014

DP chapitre VI : 6320 séjours/an en moyenne

	Nb séj moy/an
G00-G09/Maladies inflammatoires du système nerveux central	162
G10-G14/Affections dégénératives systématiques affectant principalement le système nerveux central	821
G20-G26/Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	611
G30-G328/Autres affections dégénératives du système nerveux	657
G35-G379/Maladies démyélinisantes du système nerveux central	865
G40-G479/Affections épisodiques et paroxystiques	345
G50-G598/Affections des nerfs et des racines et plexus nerveux	105
G60-G64/Polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique	300
G70-G737/Affections musculaires et neuro-musculaires	291
G80-G839/Paralysies cérébrales et autre syndromes paralytiques	1789
G90-G998/Autres affections du système nerveux	374



	Nb séj moy/an
G80-G809/PARALYSIE CEREB.	73
G81-G819/HEMIPLEGIE	668
G82-G825/PARAPLEGIE ET TETRAPLEGIE	979
G83-G839/SYND. PARALYTIQUES, NCA	69



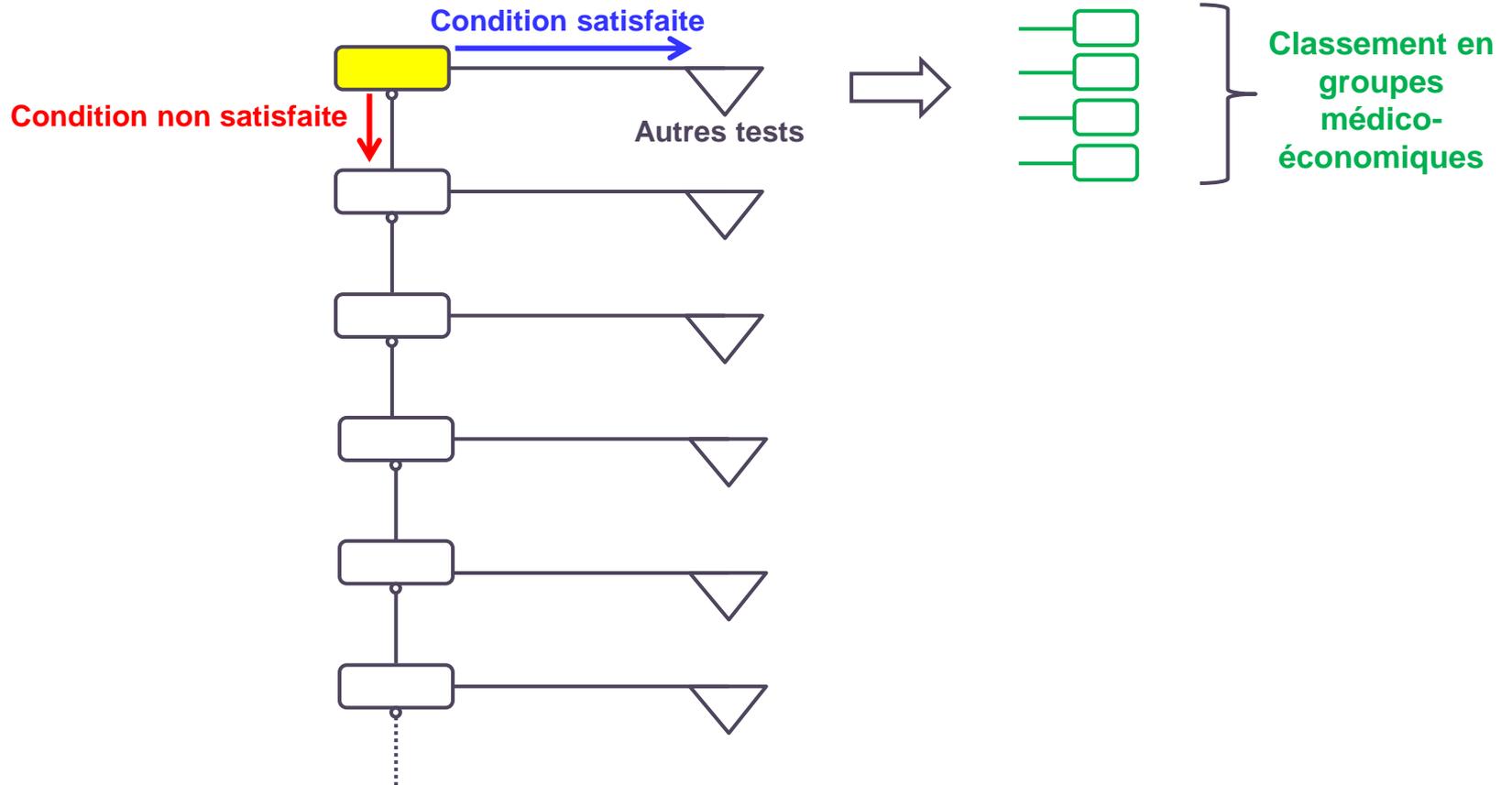
	Nb séj moy/an
G820/PARAPLEGIE FLASQUE	93
G821/PARAPLEGIE SPASTIQUE	40
G822/PARAPLEGIE, SAI	184
G823/TETRAPLEGIE FLASQUE	101
G824/TETRAPLEGIE SPASTIQUE	199
G825/TETRAPLEGIE, SAI	362

Orientations ATIH

Quelques éléments d'éclairage sur l'algorithme classificatoire

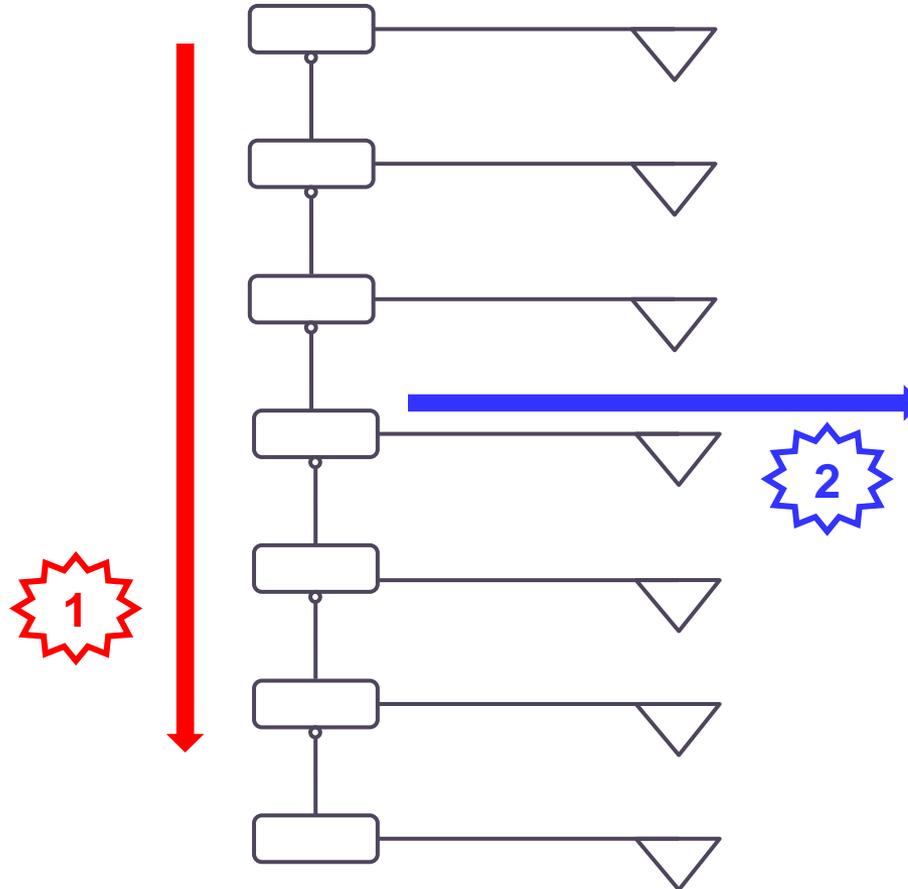
Algorithme de groupage

Représentation schématique en « arbre »



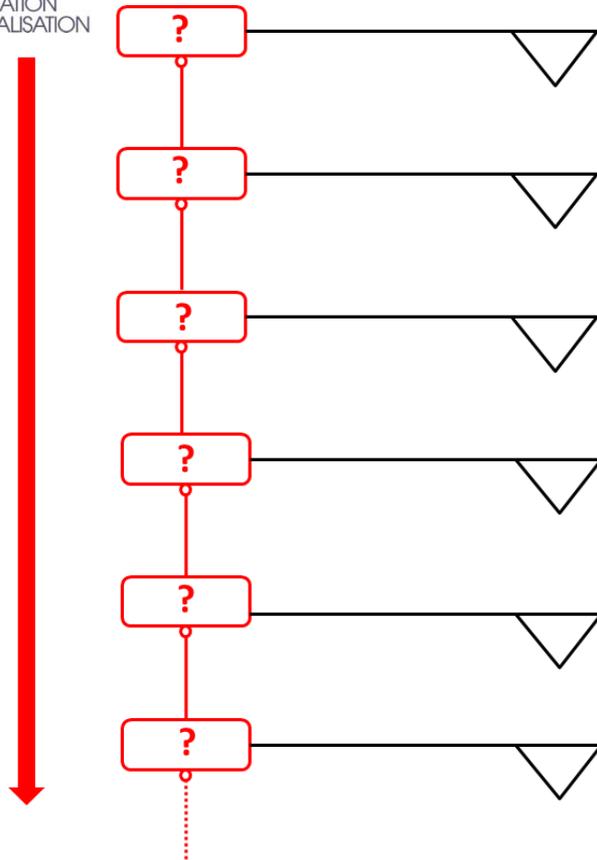
Algorithme de groupage

Architecture : 2 axes

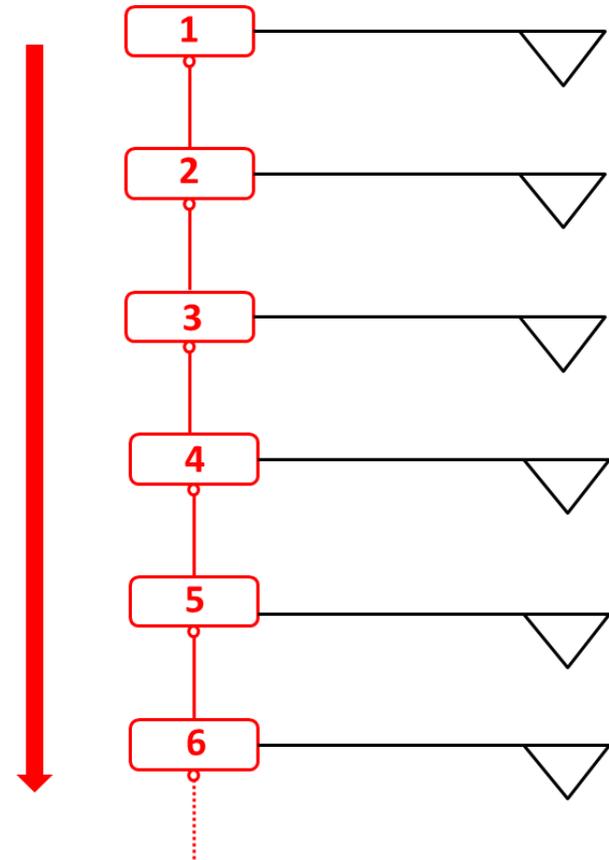


Axe vertical = les fondations

1^{ères} conditions testées par l'algorithme



**Condition ⇔ application
d'un test sur une variable**



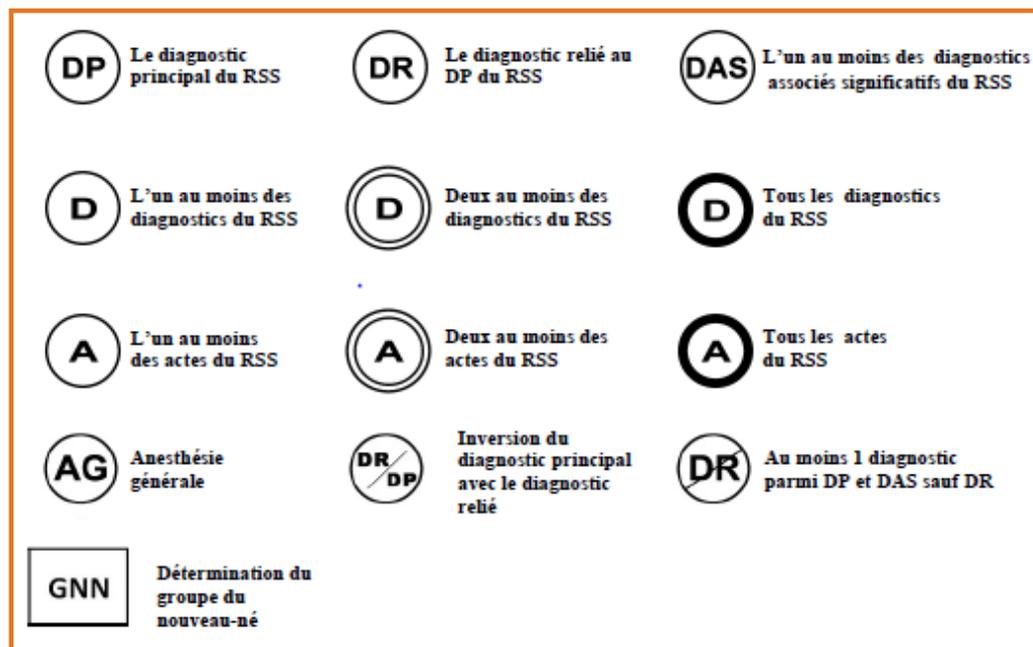
**Ordonnement des
conditions entre elles**

Axe vertical = les fondations

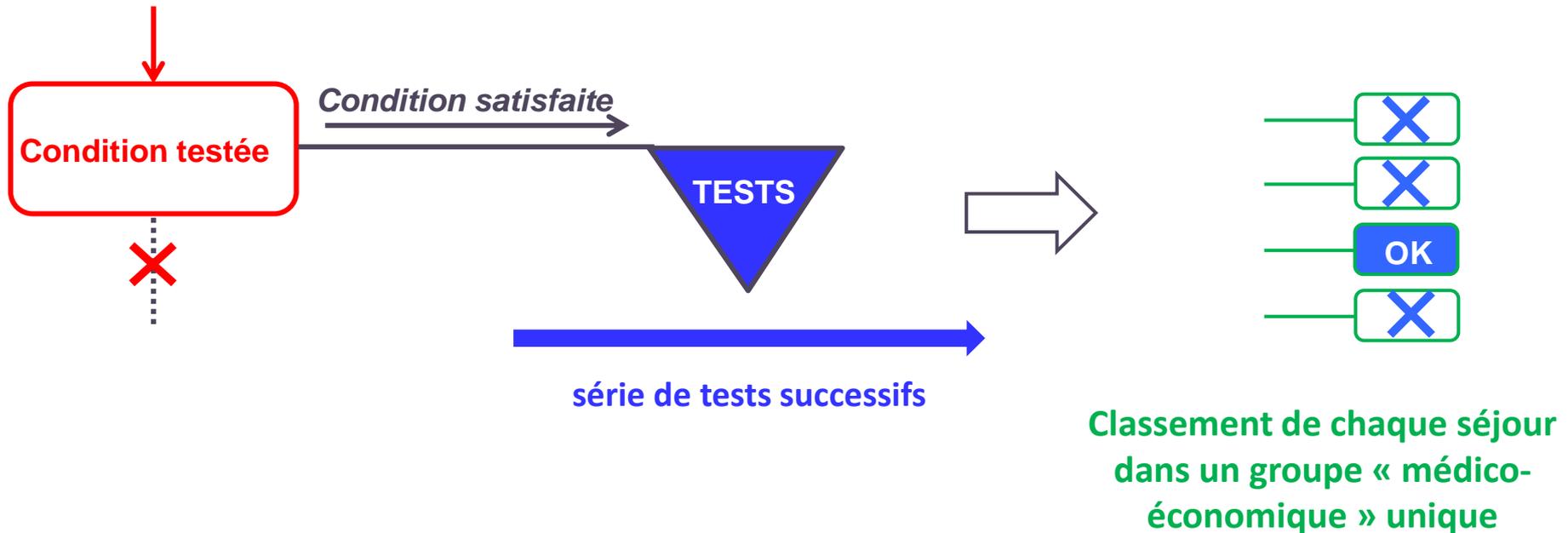
Nature des conditions testées

- Une variable donnée peut être testée de diverses manières
- → Analyses pour définir les tests les plus pertinents

- Exemple de la diversité des tests existants dans la classification MCO



Axe horizontal - Cheminement vers le classement du séjour dans un groupe



Le « vif » du sujet :

Orientations ATIH en matière d'axe vertical

Axe vertical de la classification

Les différentes approches

- **Une approche par les modes de prises en charge**
 - Le mode de prise en charge est testé en premier
 - Mobilisation d'autres variables dans un second temps, dont les diagnostics en tant que de besoin
- **Une approche classique par les diagnostics**
 - La pathologie est testée en premier
 - Mobilisation d'autres variables dans un second temps, dont les modes de prise en charge en tant que de besoin
- **Une autre approche : mixte** ← **Orientation ATIH**

DP / MPP

Représentation en bases nationales 2012-2014

○ Un peu moins de 155 000 séjours / an en moyenne

chapitre	lib_chapitre	nb moy sej / an	%
02	Tumeurs	61 750	40%
21	motifs de recours	20 265	13%
15	Obstétrique	13 436	9%
12	Dermato	8 362	5%
09	Cardio-vasc	6 564	4%
19	Traumato	6 360	4%
06	Neuro	6 312	4%
16	Périnat	4 490	3%
18	Symptômes et signes	4 464	3%
04	endocrino	4 366	3%
13	ostéo-articulaire	3 290	2%
10	Pneumo	3 204	2%
11	Digestif	2 697	2%
05	Psy	2 226	1%
14	génito-urinaire	2 044	1%
01	Infectieux	1 881	1%
03	hémato	1 806	1%
17	Malformations congénitales	929	1%
20	Causes externes	120	0%
08	orl	82	0%
07	Ophthalmo	30	0%

MPP	nb moy sej / an	%
MPP 04-Soins palliatifs	29 223	19%
MPP 09-Pansements complexes	19 306	12%
MPP 21-Post-partum pathologique	17 472	11%
MPP 05-Chimioth antiKc	16 871	11%
MPP 03-Ttt IV	13 289	9%
MPP 13-Surv postchimio	9 965	6%
MPP 14-Nursing lourd	6 761	4%
MPP 19-Surv grossesse à risque	5 419	3%
MPP 20-Retour dom après accouch.	5 377	3%
MPP 06-Nutrition entérale	5 045	3%
MPP 10-Posttraitement chirurgical	4 497	3%
MPP 02-Nutrition parentérale	4 030	3%
MPP 08-Autres Ttt	3 981	3%
MPP 22-PEC NVN à risque	3 328	2%
MPP 07-PEC douleur	3 242	2%
MPP 15-Education	2 389	2%
MPP 01-Assistance respi	2 116	1%
MPP 11-Rééd orthop	1 066	1%
MPP 12-Réédn neuro	919	1%
MPP 24-Surv aplasie	305	0%
MPP 18-Transfusion sanguine	238	0%
MPP 17-Surv radiothérapie	150	0%

Orientation par mode de prise en charge

Mode de prise en charge principal

Représentation en bases nationales 2012-2014

- Un peu moins de 155 000 séjours / an en moyenne

Répartition par diagnostic principal



MPP	nb moy sej / an	%
MPP 04-Soins palliatifs	29 223	19%
MPP 09-Pansements complexes	19 306	12%
MPP 21-Post-partum pathologique	17 472	11%
MPP 05-Chimioth antiKc	16 871	11%
MPP 03-Ttt IV	13 289	9%
MPP 13-Surv postchimio	9 965	6%
MPP 14-Nursing lourd	6 761	4%
MPP 19-Surv grossesse à risque	5 419	3%
MPP 20-Retour dom après accouch.	5 377	3%
MPP 06-Nutrition entérale	5 045	3%
MPP 10-Posttraitement chirurgical	4 497	3%
MPP 02-Nutrition parentérale	4 030	3%
MPP 08-Autres Ttt	3 981	3%
MPP 22-PEC NVN à risque	3 328	2%
MPP 07-PEC douleur	3 242	2%
MPP 15-Education	2 389	2%
MPP 01-Assistance respi	2 116	1%
MPP 11-Rééd orthop	1 066	1%
MPP 12-Réédn neuro	919	1%
MPP 24-Surv aplasie	305	0%
MPP 18-Transfusion sanguine	238	0%
MPP 17-Surv radiothérapie	150	0%

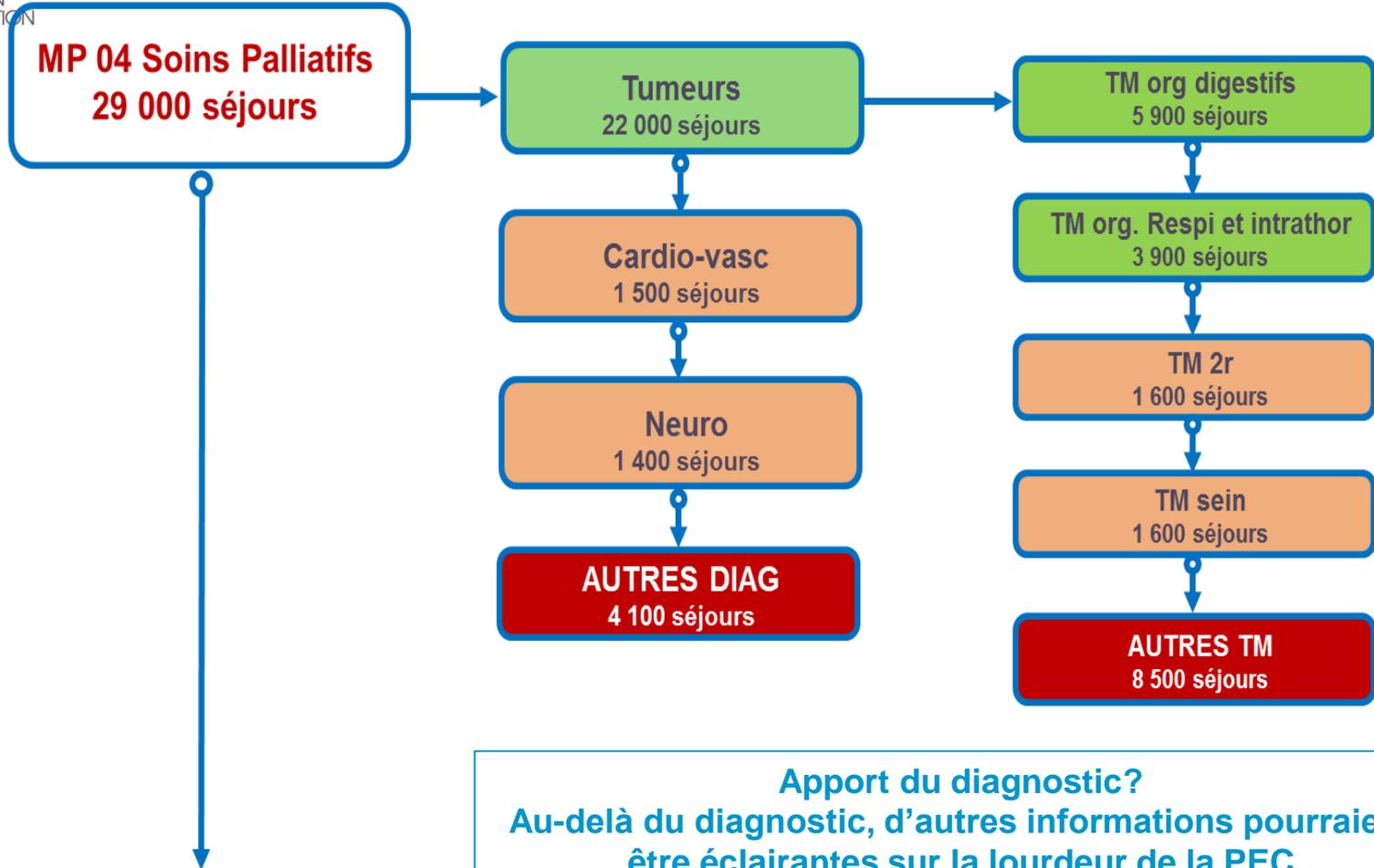
Exploitation des bases 2012-2014

MPP 04 : Soins Palliatifs

○ MPP : Répartition des séjours par DP (chapitres de la CIM-10)

Chapitre	Lib_Chap	sej/an	%	% cum
02	Tumeurs	21 650	74%	74%
09	Cardio-vasc	1 489	5%	79%
06	Neuro	1 376	5%	84%
21	Autres	1 323	5%	88%
18	Symptômes, signes	825	3%	91%
05	Psy	537	2%	93%
10	Pneumo	515	2%	95%
11	Digestif	348	1%	96%
14	Génito-urinaire	256	1%	97%
04	Endocrin	245	1%	98%
12	Dermato	223	1%	99%
19	Lésions traumatiques	108	0%	99%
01	Infectieux	105	0%	99%
13	Ostéo-articulaire	71	0%	99%
03	Hémato	69	0%	100%
17	Malformations cong.	66	0%	100%
16	Périnat	12	0%	100%
07	Ophtalmo	2	0%	100%
20	Causes externes	2	0%	100%
08	ORL	1	0%	100%
15	Obstétrique	0	0%	100%
xx		0	0%	100%
Total général		29 223	100%	

MPP 04 : Soins Palliatifs



Apport du diagnostic?
 Au-delà du diagnostic, d'autres informations pourraient être éclairantes sur la lourdeur de la PEC

Orientation par mode de prise en charge

Points marquants

- MP : outil propre à l'HAD
 - « liste à plat » qui n'est pas une nomenclature structurée
 - marqueur du périmètre
- Maîtrisés par les acteurs qui en sont familiers
- Information portée non univoque
 - interprétation médicale plus ou moins aisée selon les MP
 - diversité de MP possible sur un même séjour
- Choix d'une entrée dans la classification par le MP
 - raréfaction rapide des effectifs au sein des combinatoires MP*diag
 - un éclairage par les diagnostics limité sur certains segments

Orientation par diagnostic

Diagnostic principal

Représentation en bases nationales 2012-2014

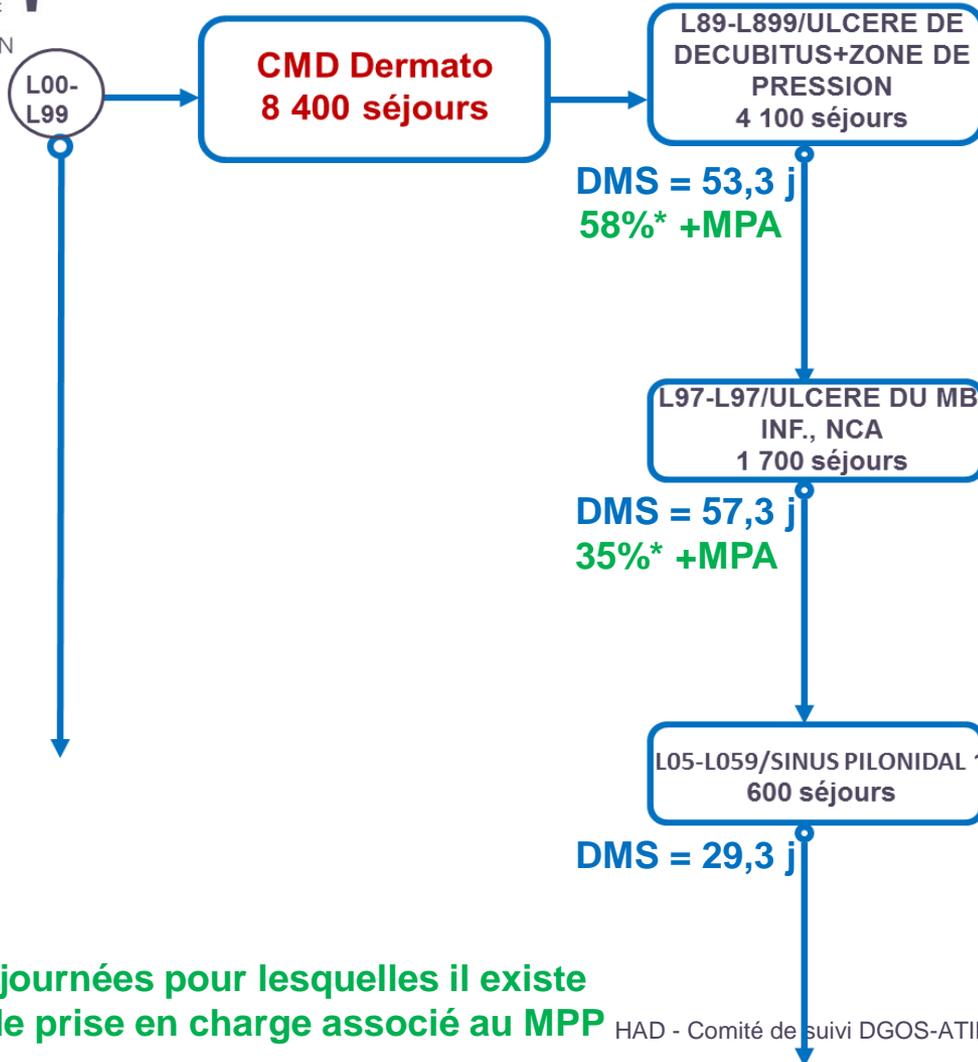
○ Un peu moins de 155 000 séjours / an en moyenne

chapitre	lib_chapitre	nb moy sej / an	%
02	Tumeurs	61 750	40%
21	motifs de recours	20 265	13%
15	Obstétrique	13 436	9%
12	Dermato	8 362	5%
09	Cardio-vasc	6 564	4%
19	Traumato	6 360	4%
06	Neuro	6 312	4%
16	Périnat	4 490	3%
18	Symptômes et signes	4 464	3%
04	endocrino	4 366	3%
13	ostéo-articulaire	3 290	2%
10	Pneumo	3 204	2%
11	Digestif	2 697	2%
05	Psy	2 226	1%
14	génito-urinaire	2 044	1%
01	Infectieux	1 881	1%
03	hémato	1 806	1%
17	Malformations congénitales	929	1%
20	Causes externes	120	0%
08	orl	82	0%
07	Ophthalmo	30	0%



Répartition par MP

chapitre XII - Dermatologie



* Part des journées pour lesquelles il existe un mode de prise en charge associé au MPP

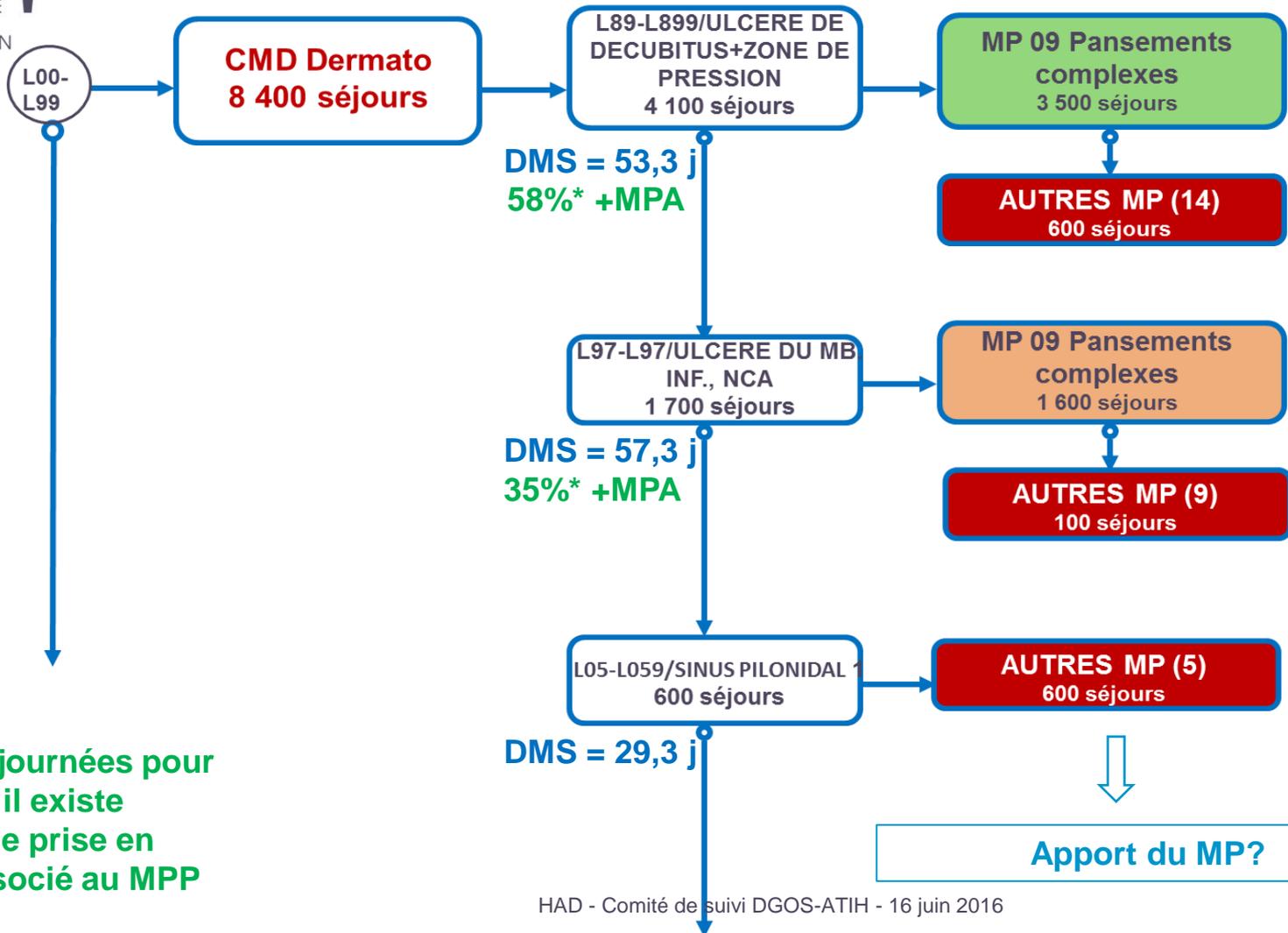
Exploitation des bases 2012-2014

Chapitre XII « maladies de la peau et du tissu cellulaire souscutané »

○ Répartition des séjours avec DP « dermatologie » par MPP

MPP	sej/an	%	% cum
Sej MPP 09-Pansements complexes	7 194	86%	86%
Sej MPP 03-Ttt IV	315	4%	90%
Sej MPP 04-Soins palliatifs	223	3%	92%
Sej MPP 10-Posttraitement chirurgical	191	2%	95%
Sej MPP 14-Nursing lourd	190	2%	97%
Sej MPP 07-PEC douleur	92	1%	98%
Sej MPP 08-Autres Ttt	55	1%	99%
Sej MPP 06-Nutrition entérale	44	1%	99%
Sej MPP 01-Assistance respi	19	0%	99%
Sej MPP 02-Nutrition parentérale	18	0%	100%
Sej MPP 11-Rééd orthop	10	0%	100%
Sej MPP 12-Réédn neuro	5	0%	100%
Sej MPP 13-Surv postchimio	4	0%	100%
Sej MPP 15-Education	3	0%	100%
Sej MPP 22-PEC NVN à risque	3	0%	100%
Sej MPP 21-Post-partum pathologique	3	0%	100%
Sej MPP 05-Chimioth antiKc	1	0%	100%
Sej MPP 19-Surv grossesse à risque	1	0%	100%
	8 372	100%	

chapitre XII - Dermatologie



* Part des journées pour
lesquelles il existe
un mode de prise en
charge associé au MPP

Orientation par diagnostic

Points marquants

- CIM-10 : nomenclature internationale
 - Structurée, mise à jour annuellement
 - → Regroupement de codes à des niveaux plus ou moins fins selon besoin
- Médicalise la classification : lisibilité médicale
- Nécessité de travailler sur les consignes de codage
 - Définitions respectives : DP, DCMPP, DCMPPA
- Choix d'une entrée dans la classification par le DP
 - raréfaction rapide des effectifs au sein des combinatoires MP*diag
 - un éclairage par les MP limité sur certains segments

Une approche mixte

Approche mixte : les atouts

MODELE TOUT MP ?
*Eclairage médical
insuffisant*

MODELE TOUT DIAG ?
*Trop réducteur : on ne capitalise
pas sur un élément robuste du
recueil que sont les MP*

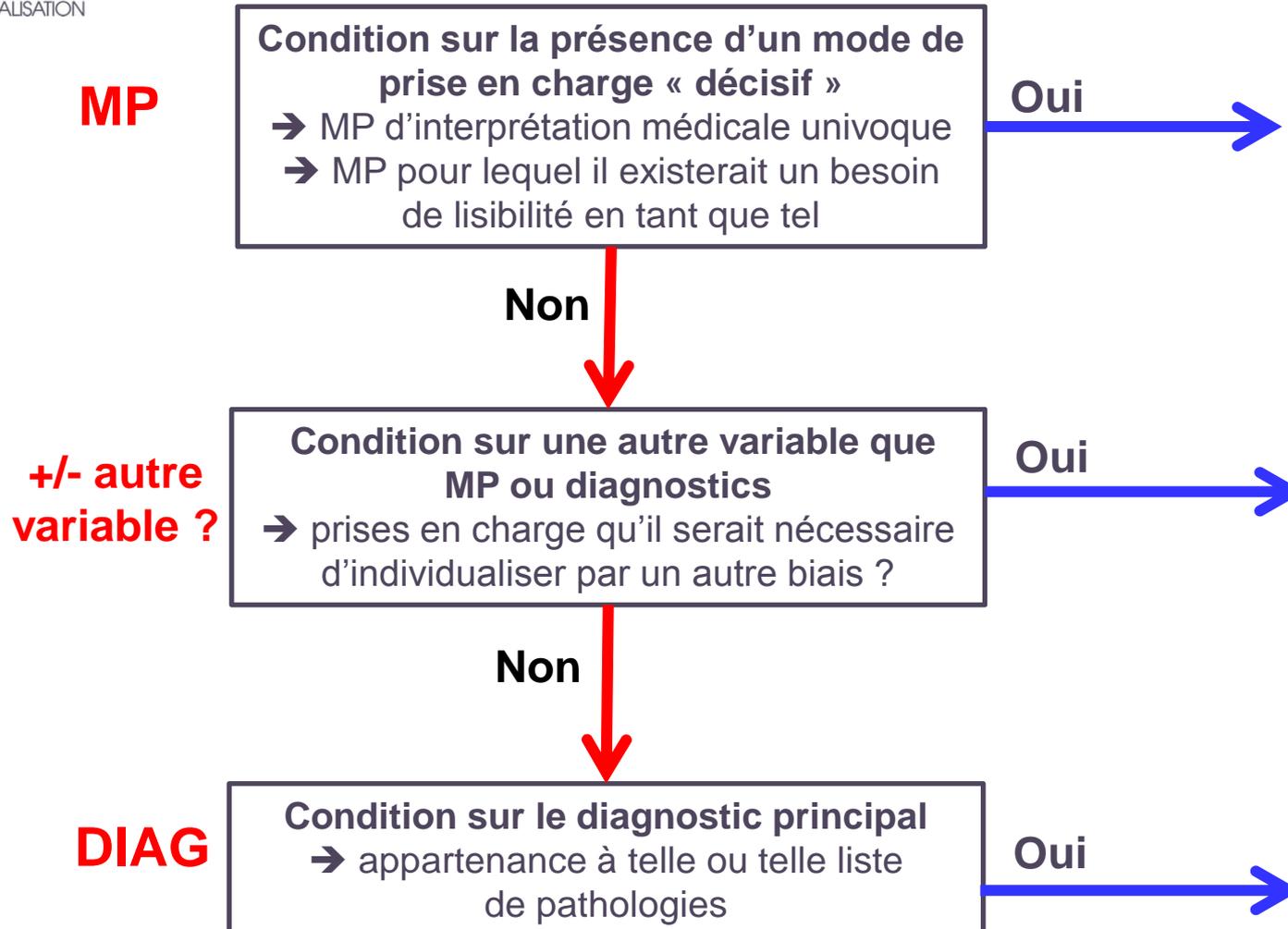
COMBINAISONS ?
*Combinatoires $DIAG*MP$ ou
 $MP*DIAG$: éclairage limité de
certains segments (nb)*

APPROCHE VERTICALE MIXTE

Objectif = maximiser les activités sur lesquelles on est en capacité d'apporter un éclairage médico-économique précis

Orientation ATIH

Un axe vertical « mixte »



Orientation ATIH

Exemple d'illustration concrète

MP

MP '04' soins palliatifs
MP '05' chimiothérapie
MP '18' transfusion
MP '19' surveillance grossesse à risque
MP '21' post partum pathologique
MP '10' post traitement chirurgical
MP '29' sortie précoce de chirurgie

Oui

Non

AGE

Ex. : population pédiatrique

Oui

Non

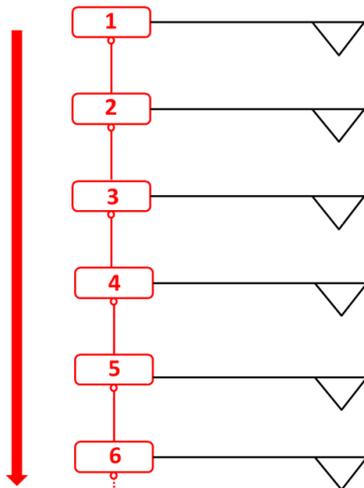
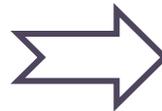
DP

Escarres
Ulcères des membres inférieurs
Maladies neurodégénératives
Tumeurs malignes
Maladies infectieuses
Fractures
Syndromes paralytiques
Etc

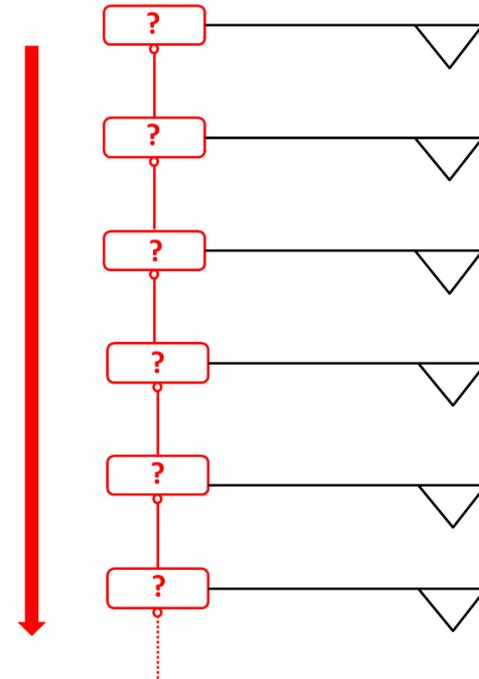
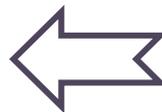
Oui

Axe vertical → Définition des conditions testées et de leur hiérarchie

MP MP '04' soins palliatifs
MP '05' chimiothérapie
MP '18' transfusion
MP '19' surveillance grossesse à risque
MP '21' post partum pathologique
MP '10' post traitement chirurgical
MP '29' sortie précoce de chirurgie



Ordonnancement des conditions entre elles



Condition ⇔ application d'un test sur une variable

Exemple : le MPP?
Au moins un MP : MPP ou MPA ?
Séjours multi-séquences :
au moins un MP, MPP de la
séquence la plus longue, de la
première, de la dernière... ?

Arbre « mixte » proposé : les critères à prendre en compte sont-ils au rendez-vous?

→ Les spécificités de l'activité HAD

- Inscription dans une filière de prise en charge
 - Transfert post-chirurgical
 - Chimiothérapie
 - Ante / post partum

- Prise en charge justifiant une hospitalisation
 - => Case-mix médicalisé

Arbre « mixte » proposé : Les critères à prendre en compte sont-ils au rendez-vous?

→ Les attendus des acteurs

○ Une meilleure lisibilité de l'activité HAD

- Lisibilité par séjour
- Ex : Soins palliatifs, Obstétrique, Escarres ...

○ Un pilotage national plus aisé

○ Planification / Organisation des soins

- Comparatifs économiques MCO / HAD (ex : chimiothérapie en HdJ)
- Identification du volet soins palliatifs => articulation entre les mesures mises en place et leur analyse
- Analyse des filières : ex du transfert post chirurgie

○ Financement

- Réintégration liste en sus plus aisée (ex : chimiothérapie)
- Ciblage incitation tarifaire facilité (ex : maladies neurodégénératives)

Poursuite des travaux

A court terme

- **Consignes de codage des diagnostics à revisiter**
 - Groupe travail médecins DIM
 - Campagne 2018
 - Etablissements volontaires tests courant 2017 ?

- **Poursuite du recueil à la séquence**

Sujets à étudier à plus long terme

○ Mieux décrire l'activité réalisée au domicile ?

- « HAD = Soins complexes, intenses, techniques, PEC pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée »
- Seule la CCAM est recueillie actuellement en Base Nationale
- Certains éléments sont disponibles dans l'ENC

➔ **Enrichir le recueil national ... en l'alourdissant ???**

○ Dépendance

Discussion

Poursuite des travaux

- Avis du CT sur axe vertical mixte
- Avis du CT sur les MP à individualiser
 - liste des MP
- Comment tester chaque MP ?
- Diagnostics à individualiser : temps ultérieur

Autres travaux ATIH

Travaux parcours

- Début des travaux ATIH : juillet 2016
 - Présentation avancement des travaux au prochain CT

- Quels éléments attendus ?

- Dernier trimestre 2016
 - Présentation des résultats

FICHCOMP médicaments couteux

- Début du recueil mars 2016
- Remontée des informations liées au séjour
- Envoi mensuel à l'ATIH
- Analyse des données 2016 prévue début 2017

MP 29 sortie précoce de chirurgie

- Activité disponible sur ScanSanté
 - Accès : analyse de l'activité
 - HAD par mode de prise en charge
 - Mise à jour hebdomadaire des données

- Bilan de l'activité 2016 prévu en 2017
 - Bilan plus complet

Autres sujets

- Constitution d'un échantillon d'ESHAD volontaires test
 - Nouvelles consignes de codage
 - Recueil de nouvelles variables
 - ...

- Évolution des consignes de codage des modes d'entrée

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr

Modes de prise en charge

Retour à la diapositive discussion

- 01 – Assistance respiratoire
- 02 – Nutrition parentérale
- 03 – Traitement intraveineux
- **04 – Soins palliatifs**
- **05 – Chimiothérapie anticancéreuse**
- 06 – Nutrition entérale
- 07 – Prise en charge de la douleur
- 08 – Autres traitements
- 09 – Pansements complexes stomies
- **10 – Posttraitement chirurgical**
- 11 – Rééducation orthopédique
- 12 – Rééducation neurologique
- 13 – Surv. post chimiothérapie
- 14 – Soins de nursing lourds
- 15 – Éducation du patient
- 17 – Surveillance de radiothérapie
- **18 – Transfusion sanguine**
- **19 – Surv. de grossesse à risque**
- **21 – Post partum pathologique**
- 22 – PEC du nouveau-né à risque (jamais en MPA)
- 24 – Surveillance d'aplasie
- **29 – Sortie précoce de chirurgie (jamais en MPA)**
- 00 – Pas de MP associé
- 25 – PEC psy / sociale (jamais en MPP)