Calcul et utilisation du score RR en PMSI SSR

Mise à jour : mai 2017, tenant compte des évolutions 2017 du PMSI SSR

Calcul du score RR

Cet algorithme est défini dans le chapitre des principes de classification du volume 1 du manuel de groupage des GME. Nous avons pensé utile de le présenter de manière autonome et commentée ici.

Le score des actes de rééducation-réadaptation (score RR) est calculé en additionnant les pondérations de chaque acte de rééducation-réadaptation codé (à partir du CSARR et de la CCAM) en tenant compte d'éventuels modulateurs associés à l'acte, puis en divisant le résultat obtenu par le nombre total de jours de présence en semaine (du lundi au vendredi) dans la période (séjour ou semaine : voir ci-dessous).
Les pondérations des actes CSARR et CCAM sont disponibles dans l'annexe 8 du volume 1 du manuel de groupage des GME.

Dans les situations où aucun jour de semaine n'est coché, les jours de week-end sont utilisés pour calculer ce score.

Pour un séjour d'hospitalisation complète (HC), le score RR est calculé sur l'ensemble des RHS du séjour. On a donc un score RR par séjour.

Pour un séjour d'hospitalisation à temps partiel (HP), le score RR est calculé indépendamment pour chaque RHS. Pour un séjour d'HP, il y aura donc autant de score RR que de semaines dans le séjour.

Utilisation du score RR dans la classification GME

Pour un certain nombre de RGME, la classification en RGME tient compte du score RR de façon quantitative et en deux classes (inférieur ou supérieur à un seuil pouvant varier selon les RGME).
Exemple : dans le GN 0856 (Affections non traumatiques de la colonne vertébrale), toute chose étant égale par ailleurs, la classification en racine B ou C va se faire en fonction du score RR du séjour ou de la semaine <= à 60

(0856B) ou >= à 61 (0856C)
Les seuils RR en 2017 sont 60 et 90.

Remarque : le calcul du coefficient de spécialisation se fait à partir des pondérations CSARR uniquement et ne fait pas intervenir le score RR

Source : Manuel de groupage GME 2017 (volume 1)

Copyright © Lespmsi.com –

Les 8 priorités nationales des contrôles T2A en 2016

La DGOS a rendu public ce 27 avril la liste des priorités nationales de contrôles T2A pour les établissements concernés, donc les activités MCO et HAD à ce jour. Cette liste est à peu près la même que l'année dernière :

#1 Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité (essais cliniques de phase 1, interventions dites « de confort » mentionnées comme non remboursables à la classification commune des actes médicaux (CCAM), surtout les actes d'implantologie et de chirurgie réfractive)
#2 Le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants (la règle dite « S1 », à savoir les situations d'une prise en charge dite « de surveillance négative »; le classement d'un séjour dans un groupe homogène de séjour (GHS) mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage du diagnostic principal ou de l'acte classant)
#3 Les séjours avec comorbidités (surtout celles associées (CMA) uniques de niveaux de sévérités 3 sur des séjours de courte durée, dont l'absence de prise en charge peut mettre en jeu l'état de santé et bénéficiant d'une définition robuste des critères diagnostiques)
#4 Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour (les venues itératives hors séances, les prises en charges aboutissant à réaliser aucun/un seul acte, les séjours d'hospitalisation dans lesquels seuls des actes ou consultations externes ont été réalisés…)

#5 Les prestations interétablissements que sont les transferts inférieurs à deux jours (en ciblant les établissements prestataires)
#6 Les ré-hospitalisations le même jour sur un même site géographique
#7 LAMDA dans les établissements ex-DG
#8 Le contrôle des structures HAD (avec un préciblage national en fonction des atypies des séquences, des atypies de combinaisons entre modes de prises en charge et diagnostics)

Ces priorités se déclinent et peuvent être complétées au niveau des ARS en région.

Conseil : en lien avec la priorité #1, bien vérifier sur pièce la pertinence des codages de DP en Z (hors SP)

Source : INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2016/130 du 21 avril 2016 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2016.

Copyright © Lespmsi.com –

Publication des tables OVALIDE MCO 2016 : nouvelles tables et nouvelles DMS par GHM

Comme chaque année à cette époque, l'ATIH a publié les tables OVALIDE MCO mises à jour pour la campagne V2016 du 1er mars 2016 :
1 – CCAMInfo : table des caractéristiques des codes actes CCAM
2 –·DiagInfo : table des caractéristiques des codes diagnostics CIM-10
3 – DMInfo : table des caractéristiques des codes LPP des dispositifs médicaux
4 – MEDInfo : table des caractéristiques des codes UCD des médicaments
5 – GHMInfo (exDGF et exOQN) : Informations relatives aux GHM et utilisées dans

DATIM
6 – GHSInfo (exDGF et exOQN): Informations relatives aux GHS utilisées dans le test 44 pour les établissements exDGF et exOQN
7 – RacineInfo (exDGF et exOQN) : Informations relatives aux racines de GHM.

Concrètement ce sont surtout les fichiers DiagInfo pour les codes CIM-10, RacineInfo et GHMInfo qui sont utiles pour les analyses (exemples : les codes CIM-10 imprécis, les pourcentages de séjours d'une racine avec CMA 2 ou 3, **DMS « officielles » des GHM**, etc…).

La liste des codes CIM-10 dans le fichier DiagInfo est calée sur la liste des codes CIM-10 PMSI 2016 , donc sans le I20.0+0 et avec les très improbables codes X34 de tremblement de terre. A noter une petite bizarrerie : 1 seul code CIM-10 voit son caractère imprécis changer entre 2015 et 2016 : le code D649 « Anémie sans précision » qui était imprécis en 2015 et ne l'est plus en 2016.
Rappelons que ce référentiel DiagInfo peut être utilisé avec profit pour les PMSI SSR, PSY et HAD.

La liste des DMS GHM change complètement, en diminution pour la quasi totalité des GHM.

En 2016, aucun test n'est supprimé ou ajouté par rapport à la version 2015 : voir le guide de lecture OVALIDE MCO (version OQN et DGF) dans la liste des liens du blog ou en Sources ci-dessous

Sources : Guide de lecture OVALIDE MCO 2016 DGF – Guide de lecture OVALIDE MCO 2016 OQN – Fichiers OVALIDE MCO (fichiers excel dans un zip)

Publication du décret GHT au JO – Le texte final pour les

DIM

Ce 29 avril est paru au JO le décret instituant dans la loi les GHT avec leurs modalités de fonctionnement (voir lien en Source).

Nouveautés de la version finale du décret par rapport à la dernière version, intéressant les DIM :
– Possibilité pour un établissement de déroger à un GHT. Cela concerne essentiellement des établissements psychiatriques qui en avaient fait la demande
– Limitation dans le temps (10 ans) des GHT
– Présent dans une mouture précédente,in fine, l'avis du collège ou de la commission médicale ne sera pas requis pour la désignation du médecin responsable du DIM de territoire.

Ci-dessous la partie du décret relatif aux DIM de territoire :

« Sous-section 2
« Département d'information médicale de territoire
« Art. R. 6113-11-1.-Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.
« Art. R. 6113-11-2.-I.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.
« II.-Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.
« III.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.
« Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.
« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-3.-Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :
« 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;
« 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 ;
« 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;
« 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

Source : Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

---

Les listes CIM-10 et CCAM annexes de l'arrêté Prestations MCO 2016 en Excel

En complément de l'arrêté prestations MCO pour la campagne 201, l'ATIH vient de publier au format Excel les listes de codes CIM-10 et CCAM à usage PMSI impliqués dans les différents groupages en GHS et calculs de suppléments.

Parmi les listes disponibles, citons :

- Actes permettant la valorisation d'une séance de radiothérapie en sus du GHS

couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient (Annexe 4 - Liste 1)

- GHS excluant le paiement des actes de radiothérapie en sus (Annexe 4 -Liste 2)
- Actes permettant la facturation d'une séance de dialyse en hospitalisation en sus d'un GHS (Annexe 5 – Liste 1)
- GHS excluant le paiement des actes de dialyse en sus (Annexe 5 – Liste 2)
- Actes CCAM de mastectomie permettant la facturation du GHS 3362, 3363, 3364 ou 3365 (Annexe 6)
- Actes CCAM marqueurs de suppléance vitale pour lesquels une occurrence suffit (Annexe 7 – Liste 1)
- Diagnostics et actes CCAM associés autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue (Annexe 8 -Liste 1)
- Actes CCAM autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue (Annexe 8 -Liste 2)
- Diagnostics et actes associés autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue pour les enfants de moins de 18 ans (Annexe 8 -Liste 3)
- Actes CCAM donnant lieu à rémunération sur la base d'un FFM (Annexe 10)
- Actes CCAM donnant lieu à rémunération sur la base d'un SE1, d'un SE2, d'un SE3 ou d'un SE4(Annexes 11)
- GHM autorisant le supplément ante partum (Annexe 12 – Liste 1)
- Affections relatives à l'ante partum (Annexe 12 -Liste 2)

Source: Annexes Arrêté Prestations MCO 2016 (format Excel)