

Les évolutions du recueil PMSI SMR

Dr Nathalie DUCRET
DIM SOLIMED
Journée du CRAIM 2024



La création du PMSI
pour le secteur des
Soins Médicaux et de Réadaptation

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

- ▶ Parallèlement à la mise en place du PMSI MCO, le besoin d'étendre le PMSI aux structures de Soins Médicaux et Réadaptation (SMR) devient évident, pour des raisons similaires de transparence et de rationalisation des coûts. Secteur qui se nommait à l'époque le « **Moyen Séjour** »
- ▶ **En 1995, le ministère de la Santé initie une expérimentation**, qui vise à adapter le système PMSI à ce secteur, qui présente des durées de séjour plus longues et une prise en charge centrée sur la rééducation et la réadaptation
- ▶ Les principales missions de cette expérimentation ont été :
 - **L'analyse des besoins spécifiques** des établissements SMR : évaluer la nature des données requises pour refléter fidèlement les caractéristiques des soins prodigués en SMR, où la **prise en charge est plus complexe et multidimensionnelle**
 - **Le développement des outils de classification adaptés** : distinguer les différents types de prise en charge (rééducation fonctionnelle, gériatrie, neuro-rééducation, etc.). Concevoir des outils de classification propres au secteur SMR, en tenant compte des indicateurs comme **l'état de dépendance des patients et la lourdeur des soins nécessaires**
 - **La faisabilité de la collecte des données médicales et administratives** : mesurer la capacité des établissements à recueillir et encoder les données nécessaires. Impliquant de former les professionnels de santé à l'utilisation de nouvelles classifications et de codes spécifiques au secteur SMR

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

Les Résultats et Enseignements des Expérimentations de 1995



Ces expérimentations ont été essentielles pour mettre en évidence certaines spécificités du secteur SMR, notamment :

- ❖ **La diversité des profils de patients** : les patients en SMR présentaient des **besoins très variables**, souvent associés à des pathologies chroniques, des situations de dépendance, et des objectifs de réadaptation complexes. Cela contrastait avec les séjours plus standardisés du MCO
- ❖ **La durée des séjours** : en SMR, les séjours sont plus longs, ce qui nécessite des approches de mesure d'activité adaptées pour **prendre en compte la durée et l'intensité des soins**, en plus de la nature des actes médicaux eux-mêmes
- ❖ **L'intégration des objectifs thérapeutiques** : pour les SMR, il est essentiel de suivre l'évolution des patients vers des objectifs de réhabilitation et d'autonomie, ce qui rend le **modèle de codification plus complexe** que celui en MCO

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

En 1997, la France lance une **expérimentation plus structurée du PMSI en SMR**

- ▶ Panel d'établissements SMR répartis sur le territoire français, sélectionnés pour tester la faisabilité du PMSI dans divers contextes (types d'établissements, zones géographiques, spécialités en SMR)



▶ Résultats et Enseignements de l'Expérimentation de 1997

- ❖ **Nécessité d'une adaptation des outils de codage** : il devient clair que les **outils de codage utilisés en MCO ne sont pas directement transférables au SMR**. Une codification spécifique est donc développée, permettant de mieux capter **la diversité des soins et la variabilité des besoins**
- ❖ **Difficulté de gestion de la variabilité des séjours** : contrairement aux séjours MCO souvent plus courts et standardisés, les **séjours SMR sont plus longs et les besoins évoluent au fil du temps**. Cela rend nécessaire l'élaboration **d'indicateurs de suivi de la progression des patients**
- ❖ **Importance de la formation et de l'accompagnement des équipes** : les établissements participants soulignent l'importance de former le personnel à ces nouvelles méthodes de collecte et de codage, car l'intégration du PMSI dans le secteur SMR implique un **changement de culture administrative et médicale**

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

Arrêté du 1^{er} juillet 1998

- ▶ Obligation de collecte pour les établissements publics et privés non lucratifs
- ▶ Mise en place d'un **Recueil Hebdomadaire Standardisé (RHS)** : description des indicateurs et moyens consommés toutes les semaines du lundi au dimanche pour tous les patients présents au cours d'une période donnée
- ▶ Contenu du recueil :
 - ❖ « **Diagnostic Principal** » : à l'aide de la Classification Internationale des Maladies 10^e version (**CIM10**)
 - Finalité Principale de Prise en charge (FPP)
 - Manifestation Morbide Principale (MMP)
 - Affection Etiologique (AE)
 - ❖ **Actes médicaux** : à l'aide du Catalogue des Actes Médicaux (**CdAM**)
 - ❖ **6 variables de Dépendance** : nouvelle échelle inspirée de la grille de Katz concernant « **Habillage** », « **Alimentation** », « **Continence** », « **Locomotion** », « **Communication** », « **Comportement** ». Echelle à 4 niveaux : 1-Autonome, 2-Supervision, 3-Aide partielle, 4-Aide totale
 - ❖ **Activités de Rééducation-Réadaptation_Réinsertion** : **recueil en Minutes** du temps réel des séances avec les patients vis-à-vis de 10 activités (bilan, rééducation cardiaque, rééducation mécanique...). Cumul de tous les intervenants au cours de la semaine (**CdARR**)

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

Arrêté du 1^{er} juillet 1998

→ 1^{ère} classification pour le secteur « Moyen Séjour » en

Groupes Homogènes de Journées

- Mise en place par la « mission PMSI » de la DHOS
- Classement de chaque RHS dans un GHJ, indépendamment des uns des autres
- Arbre de décision utilisant les variables telles que l'âge du patient, sa pathologie dominante, son niveau de dépendance physique, l'incidence d'une intervention chirurgicale récente, deux niveaux de lourdeur de prise en charge clinique PCTL et PCL et deux niveaux de rééducation-réadaptation

→ Evolution en 2002 avec intégration des actes médicaux selon la Classification Commune des Actes (CCAM), en remplacement du CdAM

La création du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

Arrêté du 25 juin 2003

- ▶ Recueil obligatoire pour les **établissements privés lucratifs**
- ▶ Harmonisation entre établissements publics et privés, facilitant les analyses comparatives et permettant aux ARH une meilleure planification des ressources
- **Même modèle pour l'ensemble des structures de Moyen Séjour** en France
- Transmissions des RHS à l'intention des ARH, tous les 6 mois, via une disquette par courrier postal 



Les évolutions du PMSI
pour le secteur des
Soins Médicaux et de Réadaptation

Evolution entre 2000 et 2008

► Evènements impactant les évolutions du modèle PMSI-SMR

- ❑ **2000** : Création de **l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)**, DÉCRET n° 2000-1282 du 26 décembre 2000
Etablissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Siège de l'agence à Lyon et une antenne à Paris
- ❑ **2001** : Mise en place d'une **Etude Nationale des Coûts (ENC)** dans le secteur « Moyen Séjour », à partir de l'activité 2000
- ❑ **2004** : L'arrivée de la **Tarifification à l'Activité (T2A)** pour le secteur MCO, puis 2005 pour l'HAD
- ❑ **2008** : La **réforme des Autorisations d'activité** avec une nouvelle dénomination
« Moyen Séjour » ⇒ **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)**

Les évolutions du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

1^{ères} Evolutions majeures en 2009

- ▶ **NOMENCLATURE** des actes de rééducation-réadaptation : mise en place d'une **déclaration à l'acte avec des codes d'actes du CdARR**
 - Arrêt du recueil des minutes, remplacées par codes d'actes/types d'intervenant
- ▶ **CLASSIFICATION** : Remplacement des GHJ par une classification en **Groupes de Morbidités Dominantes (GMD)**, associés à un index de consommations de ressources, à partir du **même recueil le RHS**
 - Attribution nombre points à chaque RHS constituant un Indice de Valorisation de l'Activité
 - **Modèle des points IVA**
 - Nombre de points IVA propre à chaque établissement, permettant aux ARH d'**ajuster leurs budgets globaux SSR entre 2009 et 2012**
- ▶ **ENC SSR** : ENC à méthodologique commune → **ENCc**

Les évolutions du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

2èmes Evolutions majeures en 2013

- ▶ **NOMENCLATURE des actes de rééducation-réadaptation** : remplacement du CdARR par le **Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation-Réadaptation (CSARR)** → codes d'actes/types d'intervenant
- ▶ **CLASSIFICATION** : Remplacement du modèle IVA par un modèle en **Groupes Médico-Economiques (GME) version1**, à partir du **même recueil (RHS)**
 - Attribution d'un GME à :
 - ❖ Chaque RHS pour l'hospitalisation à temps partiel
 - ❖ **Chaque séjour** administratif pour l'hospitalisation complète
 - GME basé sur une subdivision en :
 - Catégories Majeures (comme le MCO)
 - Groupes Nosologiques
 - Racines de GME (vocabulaire semblable au MCO)
 - Niveaux de sévérité (semblable au MCO, à 2 niveaux)

Réformes du financement pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

Dotation Modulée à l'Activité (DMA) en 2017

Introduction d'une DMA basée sur les GME et une échelle de tarifs des Groupes Médico-Tarifaires (GMT)

- 1^{ère} « tarification à l'activité » pour le secteur SMR
- Démarrage à 10% à compter du 01 mars 2017 pour tous les établissements SMR

Les évolutions du PMSI pour le secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

3èmes Evolutions majeures en 2022

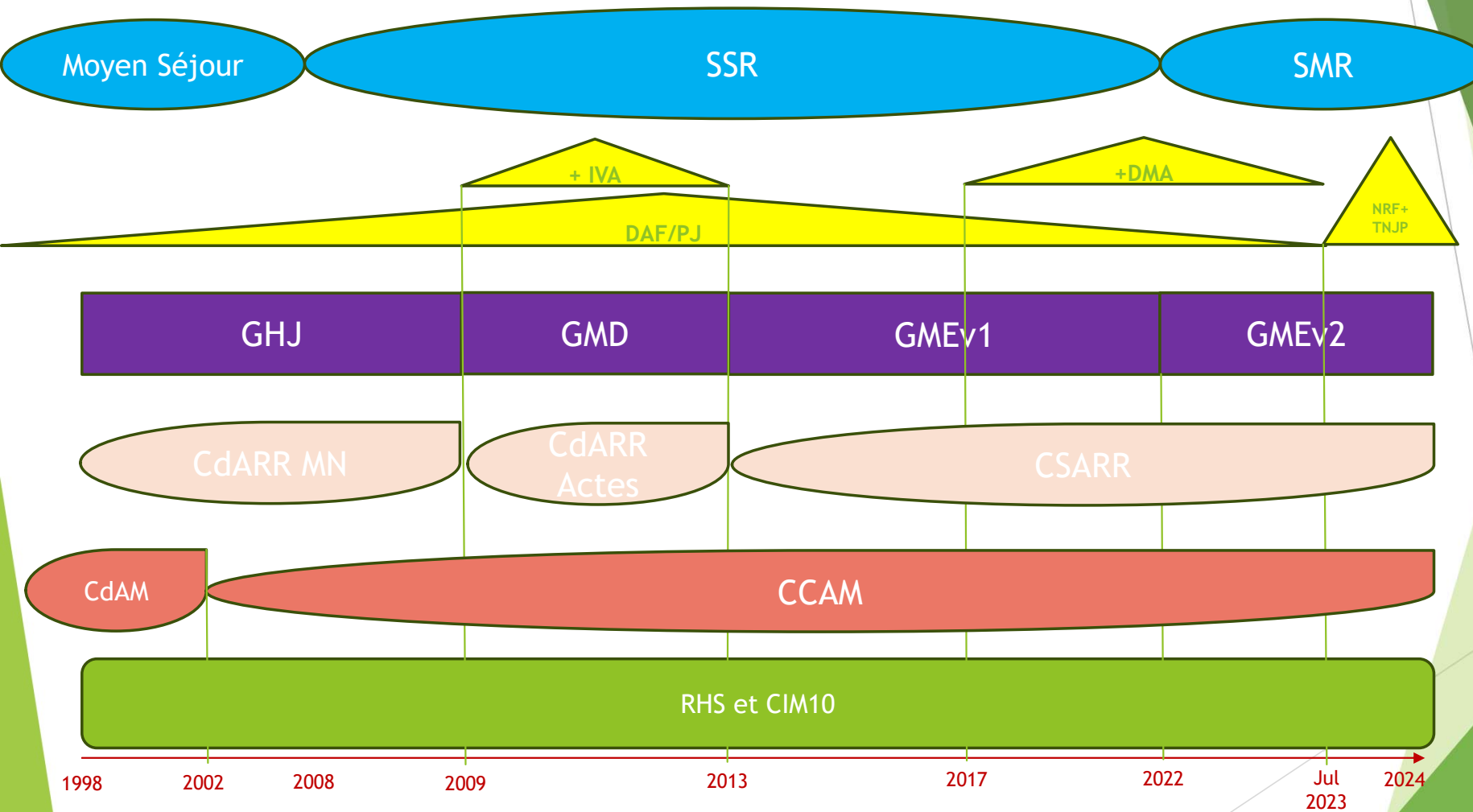
- ▶ **CLASSIFICATION : Groupes Médico-Economiques (GME) version2,** à partir du **même recueil (RHS)**
 - Attribution d'un GME à : *inchangée*
 - ❖ Chaque RHS pour l'hospitalisation à temps partiel
 - ❖ **Chaque séjour** administratif pour l'hospitalisation complète
 - GME basé sur une subdivision en :
 - Catégories Majeures
 - Groupes Nosologiques
 - **Racines de GME** → **remplacé par des « Types de Réadaptation » et des « Niveaux de Lourdeur »**
 - Niveaux de sévérité

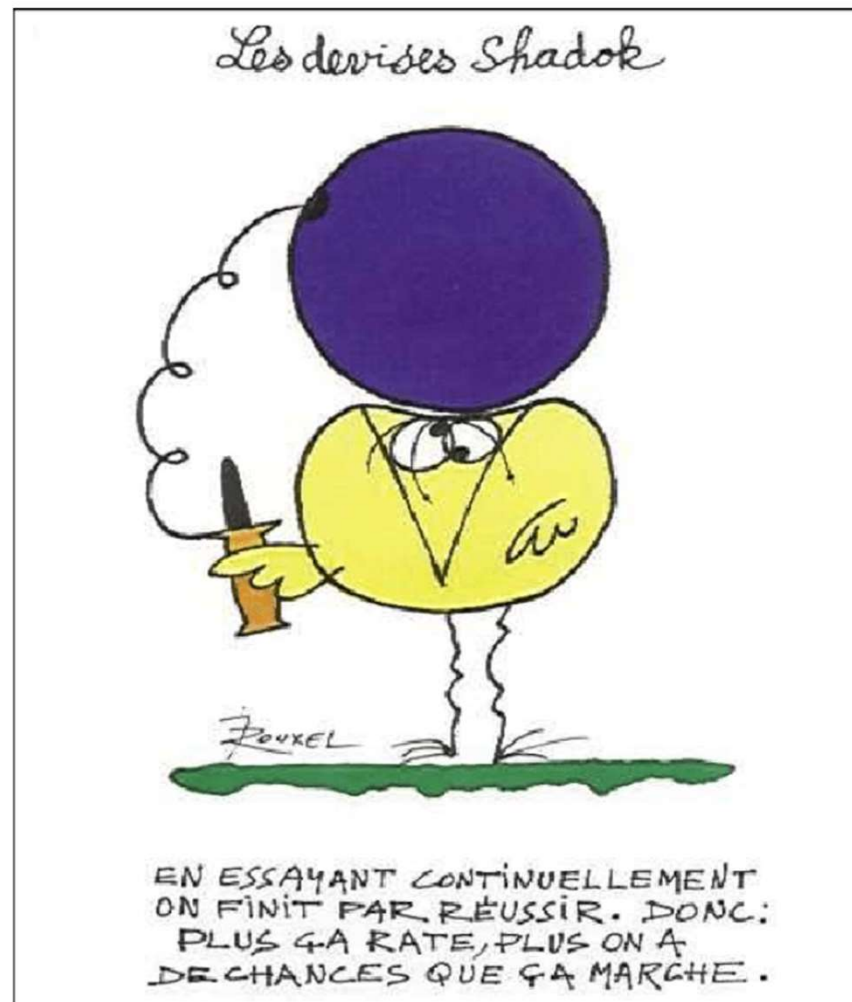
Les nouvelles réformes du secteur des Soins Médicaux et de Réadaptation

2022-2024

- ▶ La nouvelle réforme des **Autorisations d'activité** avec une nouvelle dénomination :
« SSR » → **Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)**
- ▶ La réforme de la **Tarifification Nationale Journalière des Prestations (TNJP)**, à compter du 01/07/2023 pour ex-DAF et 01/01/2024 pour ex-OQN
- ▶ La « **nouvelle réforme du financement SMR** »
ni une « DMA », ni « la T2A »... aucun nom spécifique à ce jour,
à compter du 01 juillet 2023 pour tous

En image...





En vous remerciant pour votre attention