Les nouveaux codes CIM-10 en 2013

Quelques chiffres sur les nouveaux codes CIM-10 en 2013 utilisables par les PMSI MCO, SSR, PSY et HAD par rapport à 2012 :

- 25 nouveaux codes CIM-10 en 2013 sur un total de 39 783 codes CIM-10 (voir la liste ci-dessous)
- Aucun code supprimé en 2013 par rapport à 2012
- 12 de ces nouveaux codes sur 25 relèvent de l'extension nationale ATIH
- 24 de ces nouveaux codes correspondent à des « éclatements » de sous-catégories à 4 caractères en sous-catégories à 5 caractères pour coder avec plus de précision

La liste des nouveaux codes CIM-10 :
E6603 : Surpoids dû à un excès calorique, de l'adulte ou de l'enfant
E6613 : Surpoids médicamenteux de l'adulte ou de l'enfant
E6683 : Autres surpoids de l'adulte ou de l'enfant
E6693 : Surpoids de l'adulte ou de l'enfant, sans précision
I7000 : Athérosclérose de l'aorte, sans gangrène
I7001 : Athérosclérose de l'aorte, avec gangrène
I7020 : Athérosclérose des artères distales, sans gangrène
I7021 : Athérosclérose des artères distales, avec gangrène
I7080 : Athérosclérose d'autres artères, sans gangrène
I7081 : Athérosclérose d'autres artères, avec gangrène
I7090 : Athérosclérose généralisée et sans précision, sans gangrène
I7091 : Athérosclérose généralisée et sans précision, avec gangrène
R4010 : État paucirelationnel
R4018 : Stupeur, autre et sans précision
R4020 : État végétatif chronique

R4028 : Coma, autre et sans précision
R4810 : Hémiasomatognosie
R4818 : Agnosie, autre et sans précision
R5210 : Douleur neuropathique
R5218 : Douleurs chroniques irréductibles, autres et non précisées
Z4780 : Soins de contrôle d'appareil externe de fixation ou de traction
Z4788 : Autres soins de contrôle orthopédiques NCA
Z9580 : Présence d'une endoprothèse vasculaire périphérique
Z9588 : Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires NCA
Z994 : Dépendance envers un cœur artificiel

Ces nouveaux codes sont entrés en vigueur à la date de démarrage de l'année 2013 correspondant à chaque PMSI (le 1er janvier pour la PSY et le 1er mars pour le MCO par exemple)

Mise à jour de la CIM-10 en 2013 pour les PMSI

[crealist]

Copyright © T2A Conseil

Etude IRDES : « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et

après la T2A »

Nous signalons pour information la publication d'une étude de l'IRDES sur l'impact de la T2A MCO entre 2002 et 2009 (voir lien ci-dessous)

On ne comprend toutefois pas très bien pourquoi cette étude ne paraît qu'en avril 2013 et, dans ce cas, pourquoi elle n'intègre pas les fortes évolutions constatées avec l'arrivée de la V11. Cela diminue très sensiblement son intérêt.

A noter dans l'annexe 4 de l'étude des listes de codes CCAM retenus pour caractériser des pathologies (cataracte, prothèse totale de la hanche, endoscopie, prostatectomie, résection du cancer du colon, accident vasculaire cérébral, infartus du myocarde) : cela peut servir de thésaurus.

IRDES – « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A » (Document de travail – Avril 2013)

[crealist]

Copyright © T2A Conseil

Etablissements SSR : pas de modulation des dotations sur

la base des GME en 2013

Très prochainement la DGOS va rendre public une circulaire précisant la rumeur qui courrait depuis quelques temps, à savoir qu'en 2013, les dotations aux établissements SSR ne seront pas modulées : ni bien sûr par les points IVA définitivement abonnés mais ni non plus par les GME entrés en oeuvre depuis le 1er avril.

Les ARS pourront toutefois moduler au cas par cas les dotations pour répondre à des situations particulières.

On ne saurait trop recommandé aux établissements du coup de profiter de cette année de répit pour bien caler la montée en puissance des GME qui vont être affinés, précisés, mais qui sont à la base de la T2A SSR.

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé (voir le paragraphe 6)

[crealist]

Copyright © T2A Conseil

Etude de l'évolution des DMS des GHS en 2013 pour les établissements ex-DG

Nous diffusons un extrait d'une étude que nous menons actuellement sur l'impact de l'évolution des DMS pour de

nombreux GHS à l'occasion de cette nouvelle campagne tarifaire 11e depuis le 1er mars 2013.

Les DMS (Durée Moyenne de Séjour) des GHS n'avaient pas bougé depuis le big-bang de l'arrivée de la V11 en 2009. Elles ont beaucoup été modifiées en 2013 avec des conséquences souvent importantes, en particulier pour les secteurs MCO sensibles aux séjours en EXH, au-delà de la borne haute, comme la Médecine. Très concrètement cela signifie que pour un même type de séjour (même durée, même profil médical, mêmes soins dispensés), le même séjour en 2013 va avoir plus de journées au-delà de la borne haute, donc moins de recette pour l'établissement.

2 remarques sur cet exemple d'impact de l'évolution des DMS des GHS en 2013 :

1. Si les DMS des GHS évoluent, c'est que les techniques et pratiques s'améliorent et nécessitent donc un temps d'hospitalisation moindre. Si l'établissement ne constate pas, toutes choses étant égales par ailleurs, cette évolution, il est temps d'échanger sur les pratiques médicales en interne.
2. Il est important, de notre point de vue, de distinguer les impacts dus aux DMS de celles liées aux évolution tarifaires pour ne serait-ce que distinguer ce qui « dépend », au moins en partie, des établissements (les DMS) de ce qui n'en dépend pas (les tarifs)

Donnons quelques résultats de notre étude sur les 2 649 GHS 2013 des établissements ex-DG :

- 43 GHS voient leur DMS augmenter de 0,10 jour (GHS 3974 et 1755) à 22,70 jours (GHS 4525)
- 1 716 GHS gardent la même DMS
- 516 GHS voient leur DMS baisser de 0,10 jour à … 60 jours (GHS 09C074) !
- Parmi les GHS qui ont une DMS qui baissent, 116 GHS

(donc 22,49% des GHS concernés) ont une DMS qui baisse de moins de 1 jours

Evidemment, chaque établissement, en fonction de son case-mix en GHS, constatera des effets différents.

Nous diffuserons prochainement un article similaire pour les établissements ex-OQN.

[crealist]

Copyright © T2A Conseil

CSARR et calcul du score de rééducation-réadaptation : le mystère de l'acte CCAM PEQP001

Dans le cadre de nos travaux d'analyse du CSARR, nous avons constaté un fait assez curieux relatif à l'acte CCAM PEQP001 « Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 3 articulations ou plus, par dynamomètre informatisé et motorisé « .

En effet, en GME, comme c'était déjà le cas avec les GMD, un petit nombre d'actes CCAM s'est vu attribué une pondération pour calculer le score de RR (Rééducation-Réadaptation). Parmi ces actes il y en a, et un seul, qui a la particularité …de **n'être plus codable depuis le 28/05/2009** : c'est notre fameux acte PEQP001 annoncé en titre de l'article !

Pour le vérifier, voir la fiche AMELI de cet acte CCAM.

Du coup on est peu dubitatif : l'acte n'étant plus codable, pourquoi l'inclure dans cette liste, surtout qu'il s'agit d'un tout nouveau manuel ?

On a pas trouvé d'explication sur AGORA à ce sujet.

Si l'ATH a une explication à proposer, nous serons heureux de vous la relayer telle quelle sur le blog.

La liste des actes CCAM concernés par une pondération de score RR est disponible dans l'annexe 8 du volume 1 du Manuel GME

Pour les personnes intéressées par ces sujets, nous vous rappelons notre journée de formation du 3 juin 2013 à Paris : « Maîtriser et pratiquer le codage CSARR en 2013 »

[crealist]

Copyright © T2A Conseil