

Les modalités de démarrage de la T2A SSR se précisent : envoi mensuel et compartiment activité

Les communications de la Tutelle aux établissements se multiplient quant aux modalités du démarrage de la T2A SSR au 1er mars 2016 et aux chantiers encore en cours sur la question.

Nous relevons, parmi d'autres communications faites aux établissements publics ou privés, une présentation DGOS-ATIH intitulée « Quel financement pour les SSR ? un modèle innovant » du 15 mars dernier pour la FHF Rhône-Alpes (lien vers le support disponible en Source en bas de l'article)

A retenir concernant le financement des établissements SSR à partir de 2016 en 4 parties, appelées compartiments :

- un **compartiment activité** lui-même en 2 parties : un socle, versé chaque mois, basé sur l'historique, représentant au moins 50% du financement et sécurisé sur 3 ans, et un financement à l'activité par séjour, basé sur le casemix GME
- un **compartiment molécules onéreuses**,
- un **compartiment plateaux techniques spécialisés** (PTS). Seul un nombre réduit de PTS seront éligibles à ce financement sous condition d'une activité minimale du PTS dans l'établissement
- un **compartiment MIGAC/MERRI**

Le socle devrait dans un premier temps permettre de financer les lignes de charge des établissements.

Source : « Quel financement pour les SSR ? un modèle innovant » (FHF Rhône-Alpes – 12 mars 2015)



L'allègement du codage des dépendances SSR en HC : premier bilan.

Depuis le 29 décembre 2014, pour la campagne 2015 du PMSI SSR, les établissements avec une activité SSR d'hospitalisation complète (HC) ont le choix entre continuer à coder les dépendances physiques et cognitives chaque semaine comme avant ou, à titre expérimental, de ne coder que les premières et dernières semaines du séjour et toutes les 4 semaines intermédiaires pour les séjours de plus de 4 semaines.

Une étude ATIH poussée menée en 2014 avait en effet conclu que ces 2 modes de saisie donnaient des résultats quasi identiques.

L'intérêt du 2eme mode de saisie allégée pour les établissements réside évidemment dans l'allègement du temps de codage des IDE dans les étages, un enjeu important en terme de charge de travail.

Presque 6 mois après que ce choix ait été donné aux établissements, nous avons voulu savoir quels étaient les choix concrets faits par les établissements SSR sur cette question.

Nous avons donc interrogé nos médecins DIM partenaires, sans prétention à une représentativité exacte mais suffisante pour en tirer une conclusion en cas de réponse fortement marquée.

Et c'est bien le cas car **plus de 95% des établissements SSR de l'échantillon sont restés dans le mode historique de recueil des dépendances chaque semaine.**

Parmi les raisons invoquées à ce choix massif, ci-dessus un verbatim :

- « trop compliqué de changer les habitudes de codage » que l'on a eu (ou a encore) par ailleurs du mal à mettre en place et à faire vivre
- « je ne connaissais pas cette possibilité ou « je ne m'en rappelais

plus »

- « trop compliqué à mettre en oeuvre car j'ai beaucoup de séjours longs de plus d'un mois », donc avec nécessité de les pointer pour vérifier qu'elles sont les 4eme, 8eme, etc... semaines à coder en intra-séjour
- « de toute manière mon logiciel de PMSI ne me le permet pas »

Commentaires

■ la contrainte de coder toutes les 4 semaines pour les longs séjours apparaît clairement, sur le terrain, comme une contrainte rédibitoire à la mise en place du dispositif allégé de recueil.

■ il faut laisser le temps que le dispositif soit connu et que les établissements prennent le temps d'en mesurer l'intérêt en terme de temps de travail économisé

Source : Guide Méthodologique du PMSI SSR 2015

Copyright © Lespmsi.com – 

Nouveau modèle de classification et de financement HAD : c'est parti

Un comité technique HAD important s'est tenu le 21 avril dernier dont l'ATIH vient de publier les supports (lien en Source en bas de l'article).

Les fédérations (FNEHAD, FHF, etc...) et l'ATIH ont acté le constat suivant :

Le modèle de description et de financement de l'HAD déployé en 2005 présente aujourd'hui des limites eu égard aux objectifs poursuivis en termes de développement

de ce secteur d'activité : un modèle qui date, un outil peu descriptif, qui offre peu de visibilité sur ce qui est payé, qui est peu compatible avec la mise en

oeuvre d'actions de pilotage ciblées.

Conséquence : l'ATIH, avec tous les acteurs concernés, à commencer par les ESHAD, s'engage donc dès maintenant dans la construction d'une nouvelle classification médico-économique pour l'HAD avec un objectif de mise en oeuvre à l'horizon 2019-2020.

Pour ce faire, l'ATIH s'est lancé dans une première étape jusqu'au 1er semestre 2016 de visites sur sites.

La nouvelle classification HAD s'appuierait, à ce stade, sur 3 parties :

- les éléments de contexte nosologique,
- le contexte socio-économique,
- la nature et l'intensité de la prise en charge réalisée (activité réalisée au domicile du patient, en particulier par les personnels paramédicaux)

Un nouveau comité est prévu en Juillet qui indiquera si le recueil du PMSI HAD sera modifié en 2016, sachant que le modèle actuel continue à être maintenu jusqu'à son remplacement par le nouveau modèle.

Première décision concernant le PMSI HAD 2016 : la mise en place d'un FICHCOMP pour recueillir la déclaration des molécules onéreuses

Source : Support de la réunion du 21 avril 2015 du Comité technique HAD



Les 30 règles de codage du guide des situations cliniques MCO en 2015

Le Guide Méthodologique du PMSI MCO 2015 propose **30 règles de codage identifiées chacune par un code** dans le chapitre intitulé « Guide des situations cliniques ». Ces règles peuvent ainsi être identifiées, dans les réponses aux

questions adressées à l'ATIH par les établissements de santé et dans les avis rendus par l'ATIH suite aux saisines des unités de coordination régionales dans le cadre des contrôles prévus aux articles L.162-22-17 et L.162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Nous avons réuni en 4 listes l'ensemble de ces **30 règles**.

1ere liste : 9 règles liées à l'hospitalisation pour diagnostic

[Règle D1] : Lorsque le séjour a permis le diagnostic de l'affection causale, elle est le DP.

[Règle D2] : Lorsqu'il n'a pas été découvert de cause à la symptomatologie, elle est le DP.

[Règle D3] : Lors des séjours (en général programmés) dont le motif a été une exploration nocturne ou apparentée telle que :

- l'enregistrement d'un électroencéphalogramme de longue durée : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.800 Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée ;
- un enregistrement polygraphique : dans ce cas le code imposé pour le DP est Z04.801 Examen et mise en observation pour polysomnographie Z04.800 ou Z04.801 s'impose comme DP quelle que soit la conclusion du séjour, qu'une maladie ait été diagnostiquée ou non.

[Règle D4] : Lors des séjours pour bilan préopératoire ou préinterventionnel. Z04.802 s'impose comme DP, qu'une affection soit ou non découverte au cours du bilan. Une affection découverte au cours du bilan est enregistrée comme un diagnostic associé. On prendra garde à l'emploi parfois inapproprié du mot « dépistage » dans le langage médical courant. Ce mot a dans la CIM-10 le sens de « recherche de certaines affections inapparentes par des examens effectués systématiquement dans des collectivités » (dictionnaire Garnier-Delamare). Les codes correspondants ne doivent donc pas être employés pour un patient présentant un problème personnel de santé. Il est erroné de coder comme un dépistage une situation d'examen diagnostique motivé par un antécédent

personnel ou familial (de cancer ou de polyadénome colique, par exemple) ou par une symptomatologie quelconque (élévation du PSA, par exemple). Dans ce cas le codage du DP ne doit pas faire appel aux codes des catégories Z11 à Z13 de la CIM-10. C'est la raison des explorations qui doit être codée, telle l'antécédent (catégorie Z80 et suivantes), le facteur de risque ou le signe clinique ou paraclinique qui les a motivées, dans le respect du principe général selon lequel le code le plus juste est le plus précis par rapport à l'information à coder.

[Règle D5] : Lorsque le séjour a été motivé par une poussée aiguë d'une maladie chronique ou de longue durée, cette maladie peut être le DP, que le diagnostic ait été ou non suivi d'un traitement.

[Règle D6] : L'affection chronique sous-jacente n'est pas le DP des séjours pour poussée aiguë quand la CIM-10 contient des rubriques ad hoc.

[Règle D7] : Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une complication d'une maladie chronique ou de longue durée, ou d'une complication du traitement de cette maladie, la complication est le DP, que le diagnostic s'accompagne ou non d'un traitement.

[Règle D8] : Lorsque le séjour a été motivé par le diagnostic d'une affection ou d'une lésion intercurrente indépendante de la maladie chronique ou de longue durée, qu'il ait ou non été suivi d'un traitement, l'affection ou la lésion est le DP.

[Règle D9] : Par convention on considère également comme une situation équivalente le bilan initial d'extension d'un cancer. En matière de choix du DP on l'assimile à la situation de la règle [Règle D1] : au terme du séjour concerné le DP est la tumeur maligne. On désigne par « bilan initial d'extension d'un cancer » le séjour au cours duquel sont effectuées les investigations suivant la découverte – le diagnostic positif – d'une maladie maligne, investigations notamment nécessaires pour déterminer son stade (par exemple, selon la classification TNM) et pour décider du protocole thérapeutique qui sera appliqué (bilan parfois dit de « stadification » préthérapeutique).

2eme liste : 13 règles liées à l'hospitalisation pour traitement

[Règle T1] : Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (« codes Z »).

[Règle T2] : Il existe des exceptions à la [Règle T1]

- le traitement de la douleur chronique rebelle : dans le cas d'un séjour dont le motif principal a été une prise en charge spécifiquement algologique, indépendante du traitement de la cause, le DP est codé R52.1 ; c'est le cas lorsque l'hospitalisation s'est déroulée dans une unité de prise en charge de la douleur chronique ;
- l'évacuation d'ascite : le code du DP d'un séjour dont le motif principal est
- l'évacuation d'une ascite est R18 ;
- l'évacuation d'épanchement pleural : le DP d'un séjour dont le motif principal est
- l'évacuation d'un épanchement pleural est codé, selon le cas, J90, J91 ou J94.- ;
- l'injection de toxine botulique : le code R25.2 Crampe et spasme peut être enregistré comme DP d'une hospitalisation pour cet acte, dès lors que l'hospitalisation respecte les conditions exposées dans le point 1.6 du chapitre I.

[Règle T3] : Dans la situation de traitement unique chirurgical, le DP est en général la maladie opérée. Le diagnostic résultant de l'intervention peut être différent du diagnostic préopératoire.

[Règle T4] : Un acte de chirurgie esthétique : on désigne ainsi toute intervention de chirurgie plastique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans son cas le DP doit toujours être codé Z41.0 ou Z41.1, à l'exclusion de tout autre code.

[Règle T5] : Un acte de chirurgie plastique non esthétique, de réparation d'une lésion congénitale ou acquise, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : le DP doit être codé avec un code des chapitres I à XIX ou un code de la catégorie Z42.

[Règle T6] : Une intervention dite de confort : on désigne par intervention « de confort » un acte médicotechnique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, autre que la chirurgie esthétique. Le DP de ces séjours doit être codé Z41.80 Intervention de confort, à l'exclusion de tout autre code.

[Règle T7] : Une intervention motivant une prise en charge dont le codage fait appel aux catégories Z40 et Z43 à Z49.

[Règle T8] : Traitement unique « interventionnel » : acte thérapeutique par voie endoscopique ou endovasculaire, imagerie interventionnelle.

[Règle T9] : Dans la situation de traitement unique médical, le DP est l'affection traitée.

[Règle T10] : la curiethérapie à bas débit de dose et les irradiations en dose unique : le DP doit être codé Z51.01, comme dans les autres cas d'irradiation externe et interne. L'injection de fer (pour carence martiale) en injection unique : le DP doit être codé Z51.2

[Règle T11] : les soins palliatifs : dès lors que leur définition est respectée, le DP est codé Z51.5.

[Règle T12] : L'accouchement normal : on désigne ainsi un accouchement en présentation du sommet sans complication, survenu chez une femme indemne de toute morbidité obstétricale. Le DP du séjour est codé 080.0 Accouchement spontané par présentation du sommet

[Règle T13] : La naissance d'un enfant séjournant en maternité avec sa mère : le DP du séjour du nouveau-né est codé avec la catégorie Z38 Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance

3eme liste : 6 règles liées à l'hospitalisation pour surveillance

[Règle S1] : Lorsqu'il n'est pas découvert d'affection nouvelle la surveillance est dite négative, le DP est un « code Z ».

[Règle S2] : Les codes de la catégorie Z94 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient transplanté, c'est-à-dire pour les séjours de surveillance après greffe d'organe ou de tissu au terme desquels

il n'est pas diagnostiqué de complication.

[Règle S3] : De même, les codes de la catégorie Z95 s'imposent en position de DP dans les situations de surveillance négative d'un patient porteur d'un implant ou d'une greffe cardiovasculaire compris dans la catégorie.

[Règle SD1] : Lorsqu'une affection nouvelle respectant la définition du DP est découverte, la surveillance est dite positive. Le DP est l'affection diagnostiquée.

[Règle SD2] : On assimile à la situation de surveillance positive les cas de séjours motivés par un antécédent de cancer, au cours desquels est découverte une récurrence. La tumeur récidivante est le DP

[Règle S4] : On assimile à la situation de surveillance négative les circonstances suivantes. Après accouchement dans un établissement de santé A, une mère et son nouveau-né sont transférés dans un établissement de santé B pour les soins du postpartum (soins standard, pas de complication, nouveau-né normal) ; en B

4eme liste : **2 règles pour les cas de plus d'un DP en termes de situation clinique**

[Règle M1] : Le DP étant le problème de santé qui a motivé l'admission, une telle circonstance ne peut être que rare. Le DP, déterminé à la sortie de l'UM, est alors celui des problèmes qui a mobilisé l'essentiel des efforts de soins.

[Règle M2] : Dans le cas où les deux problèmes auraient mobilisé des efforts d'importance comparable, c'est-à-dire dans le cas de prises en charge équivalentes, et dans ce cas seulement, le choix du DP parmi les ex æquo est laissé à l'établissement de santé

Source : Guide Méthodologique du PMSI MCO 2015



Attention aux reports automatiques de codage des maladies chroniques d'un séjour à l'autre

Nous attirons l'attention sur une pratique de codage PMSI que nous avons rencontrée dans plusieurs établissements et qui, appliquée « mécaniquement », peut s'avérer risquée.

Il s'agit pour des patients qui reviennent dans l'établissement après un certain temps, de **reporter le codage des maladies chroniques, codées dans un ou plusieurs séjours antérieurs, dans le dernier séjour.**

Quant on parle de maladies chroniques, on pense par exemple aux diabètes, aux maladies respiratoires, à l'alcoolisme, aux maladies neurologiques, aux maladies cardio-vasculaires, etc...

Deux idées de bon sens justifient cette démarche qui concerne aussi bien les PMSI MCO que SSR :

- Par définition, une maladie chronique constatée lors d'un séjour a de fortes chances de perdurer lors d'un nouveau séjour
- Les maladies chroniques sont souvent des comorbidités associées (CMA), donc intéressant directement la valorisation des séjours

D'ailleurs, plusieurs logiciels d'analyse du PMSI permettent de repérer ces situations et suggèrent de coder à nouveau les maladies chroniques dans le nouveau séjour si elles ne le sont pas, avec parfois une revalorisation possible du séjour.

Le point sur lequel nous attirons ici l'attention est l'application « mécanique » de cette pratique de codage PMSI sans référence au dossier médical du dernier séjour et surtout au caractère pertinent ou pas de la maladie chronique dans la prise en charge du dernier séjour.

En effet, une maladie chronique ne pourra être codée pour le dernier séjour que

si elle est rappelée explicitement dans le dossier médical, par exemple via la prise d'un médicament marqueur ET si elle est en rapport avec la prise en charge de CE séjour.

Donc prudence dans les recodages de maladies chroniques, le dernier mot revenant au médecin DIM.

Copyright © Lespmsi.com – 