Qualité de codage CIM-10 dans les RIM-P (étude)

Nous signalons une étude récemment publiée sur la qualité du codage CIM-10 dans les RIM-P en 2015 et 2016.

Résultats publics :

Entre 2015 et 2016, le pourcentage de résumés sans diagnostic principal (DP) baisse légèrement pour les prises en charge à temps complet (5,2 % versus 3,8 %),
temps partiel (6,3 % versus 4,9 %) et en ambulatoire (9,9 % versus 8,9 %).
Les codes CIM-10 utilisés en position de DP ou de diagnostics associés (DA), alors qu'interdits en DP et DA, sont principalement des codes appartenant au chapitre V Troubles mentaux et du comportement.

Seulement 1/3 des résumés et 1/2 des patients pris en charge à temps complet ou partiel ont deux codes CIM-10 distincts ou plus renseignés dans l'année (1/5 et 1/4 en ambulatoire).

Dans l'année, 90 % des établissements utilisent pour coder les DP ou DA, < 550 codes distincts pour le temps complet, < 270 pour le temps partiel et < 950 pour l'ambulatoire.

En moyenne, le nombre de codes CIM-10 distincts utilisés dans l'année pour coder les DP ou DA est environ deux fois moins important en temps partiel, qu'en temps complet ou ambulatoire.

La diversité des codes CIM-10 utilisés est faible et stable en 2015 et 2016, notamment pour ceux décrivant l'environnement socio-économique, la résistance au traitement ou la non-observance.

Source : Qualité du codage des diagnostics et motifs de prise en charge (principal et associés) dans le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) en 2015 et 2016, France – (Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (Volume 67, Issue 5))

Evolutions du format des RSF A en 2020

Le format des RSF A (début de facture) change en 2020 avec les 2 modifications suivantes :

 # Ajout de la variable « code postal du lieu de résidence du patient »
Sur 5 positions à la place du filler (lui aussi sur 5 positions) qui suivait la date de sortie
Information disponible dans les RSS/RSA lorsqu'il y a une admission mais pas connue pour les passages aux urgences (ATU)
Information obligatoire

 # Ajout du numéro d'identification permanent du patient (IPP)
Sur 20 positions
A la fin du RSF A
Permettra de chaîner les DATEXP (MRC, DMI intraGHS, …) au patient

Modifications valables pour les 4 établissements ex-OQN des 4 champs PMSI.

Ces modifications entrent en vigueur au début d'année PMSI 2020 de chaque champ PMSI.

Source : Formats PMSI 2020

Version provisoire du CSARR

2020

L’ATIH a publié la version provisoire du CSARR 2020.

Cette version est quasi-identique à la version 2019, en particulier :
aucun ajout et aucune suppression d’actes
pas de modifications des pondérations

Les évolutions de la version CSARR 2020 :
nouveau contrôle de la FG : pour les actes individuels non dédiés, « le nombre de patient à renseigner est compris entre 2 et 8 inclus » (voir sousparagraphe 3.3.3.2 Situation 2 : acte dit « individuel non dédié »)
nouveau contrôle de la FG : pour les acte collectifs, « le nombre de patients à renseigner est compris entre 2 et 25 inclus, sauf pour ZZR+026 Séance collective d’information du patient et/ou de son entourage, en dehors d’un programme d’éducation thérapeutique, où le nombre maximum de patients peut dépasser 25 » (voir sousparagraphe 3.3.3.3 Situation 3 : acte dit « collectif »)
5 modifications de libellés :
le titre du paragraphe 07.01.05 devient « Autres actes d’évaluations des fonctions de l’appareil locomoteur et des fonctions liées au mouvement »
le libellé de l’acte ZZM+216 devient « Fabrication ou fourniture de dispositif d’aide au maintien de la posture verticalisée ou allongée »
le libellé de l’acte ALQ+105 devient « Évaluation des capacités cognitives et comportementales nécessaires pour la conduite d’un véhicule automobile »
le libellé de l’acte ZZQ+085 devient « Évaluation des capacités sensitives et motrices nécessaires pour la conduite d’un véhicule automobile sans adaptation personnalisée »
le libellé de l’acte ZZQ+291 devient « Évaluation des capacités sensitives et motrices nécessaires pour la conduite d’un véhicule automobile avec adaptation personnalisée »

D’autres évolutions majeures cette fois, dépendantes de la nouvelle version de classification GME, devraient être mises en oeuvre pour la version 2021 (pondérations différenciées par type d’intervenant, nouvelles pondérations, listes fermés d’actes CSARR marqueurs de spécialités pour certains GN, …).

Rappelons que seule la publication à venir au Bulletin officiel fera foi.

Source : CSARR 2020 (ATIH – Version provisoire)

Publication de la CIM-10 2020

Mise à jour 17 avril 2020 : Ajout des extensions au code U07.1 et version au format ClaML
La version du volume 1 de la CIM-10-Fr PMSI est actualisée avec les nouvelles extensions PMSI du U07.1 COVID-19, permettant d'identifier les différentes prises en charge en lien avec l'épidémie de COVID-19.
Une version au format ClaML est également publiée et disponible sous ce lien.

Pas d'évolution par rapport à la version CIM-10 2019, en particulier aucun ajout et aucune suppression de codes, si ce n'est quelques micro-évolutions de libellés.

Rappel : la CIM-10 2020 comprend la dernière évolution de la CIM-10 2019 (voir article « Ajout du code CIM-10 U07.0 Affection liée au vapotage à partir du 24 septembre 2019«)

Sources : Volume 1 (Table analytique) de la version provisoire de la CIM-10 2020 – Modifications de la CIM-10 introduites en 2020 (ATIH)

Un financement complémentaire pour les permissions de sorties pour les adultes

hospitalisés en SSR

Depuis le 1er mars 2019, les établissements SSR peuvent facturer un supplément transport dénommé ST3 (191 €) lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie
(en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale).

Ce financement est censé couvrir les dépenses afférentes à un aller-retour.

Voir article « Les suppléments transport SSR ST1, ST2 et ST3 à partir du 1er mars 2019«

Une instruction de la DGOS datée du 11 octobre 2019 précise les points suivants :

Dans le cadre de la campagne de financement des établissements de santé pour 2020, ces suppléments pourront faire l'objet de modulations afin notamment de mieux prendre en compte les transports longs.
Dans l'attente de ces travaux, au vu des contraintes spécifiques supportées par les établissements de soins de suite et de réadaptation devant traiter un grand nombre de demandes de transports longs particulièrement coûteux, ces établissements pourront transitoirement, à compter du 1er octobre 2019, **pour les transports liés à des permissions de sortie de plus de 60 km, bénéficier d'un financement ad hoc de crédits AC venant doubler les recettes perçues au titre de ces transports «longs» par la seule facturation du ST3.**

Pour permettre la mise en œuvre de cette mesure, les établissements SSR tous secteurs confondus sont invités à transmettre aux ARS à la fin de chaque mois, **un décompte des transports «longs», ayant donné lieu,
depuis le 1er octobre 2019, à la facturation d'un ST3 et dont la distance aller-retour excède 60 km.**

Ce décompte sera accompagné pour les établissements sous DAF du fichier de remontée d'information FICHSUP ST et pour les établissements sous OQN du support de facturation du supplément ST3

Les établissements de santé, pendant cette période transitoire comme, pour

l’avenir, dans le cadre de la modulation des suppléments en fonction de la distance, sont appelés à conserver dans leurs documents de facturation les preuves de la distance des transports correspondants, dans l’hypothèse d’un contrôle par les services de l’assurance maladie.

Source : Instruction no DGOS/R1/DSS/SD1A/2019/221 du 11 octobre 2019 relative à l’attribution d’un
financement complémentaire pour les transports d’adultes en SSR dans le cadre de la mise
en œuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de
financement de la sécurité sociale pour 2017) pour les permissions de sortie des patients
adultes hospitalisés en SSR