

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

Les modèles de prédiction des réadmissions en MCO en 2019

Nous signalons un intéressant papier de synthèse sur l'état de l'art quant à la modélisation des réadmissions hospitalières.

Quelques informations à retenir :

- A ce jour, pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à haut risque de ré-hospitalisation
- Pathologies où le taux le plus important de réadmissions a été observé : insuffisance cardiaque, les pneumonies, les hépatopathies et l'infarctus du

myocarde à sa phase aiguë

- La distinction entre réadmissions programmées et inopinées affecte les résultats des modèles mais le PMSI permet mal de repérer cette distinction.
- Modèles les plus cités dans la littérature pour prédire le risque de réadmission : modèles de régression logistique, modèles de Cox, modèles à hasard proportionnel
- Les tentatives plus récentes de modélisation du risque de réadmission aboutissent à une c statistique de 0.75 à 0.92 pour certaines populations (NB : c statistique = analyse de la discrimination d'un test, c'est-à-dire de sa capacité par rapport au simple hasard à séparer les sujets)
- Principaux facteurs qui influencent les réadmissions : antécédents des patients (ex : plusieurs hospitalisations l'année précédent un séjour, admission par les urgences), durées de séjour, comorbidités
- Les modèles de deep learning (apprentissage profond) sont de plus en plus utilisés et obtiennent généralement de meilleurs résultats que les autres types de modèle de régression classiques

Ce papier est produit par Kaduceo, société spécialisée en analyse de données de santé. Une riche bibliographie l'accompagne.

Source : article « Etat de l'art : Prédiction des réadmissions hospitalières » (Kaduceo – 2019)

Les nouveautés du PMSI MCO en 2020

Mise à jour Janvier 2020 : la liste exhaustive et à jour des nouveautés 2020 du PMSI MCO est disponible [ici](#).

Lors d'une session d'actualité qui s'est tenue le 7 novembre, l'ATIH a présenté aux établissements les nouveautés attendues du PMSI 2020 par champ PMSI.

Précision : à cette heure, ces informations sont uniquement consultatives, certaines de ces nouveautés pouvant in fine ne pas entrer en vigueur en 2020 ou sous une forme modifiée. Seules les communications officielles (notices ATIH, publications J0, guide méthodologique, manuel de groupage, ...) feront foi.

Nous nous limitons aux nouveautés pour lesquelles des informations précises sont communiquées et nous renvoyons au support de cette réunion (lien en Source) pour plus d'informations sur les autres travaux en cours.

Nouveauté MCO #1 – Passage des actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie de 08C40 « Arthroscopies : autre localisation » à 08C58 « Arthroscopies de l'épaule »

Les 6 actes thérapeutiques sur les muscles, tendons et tissus mous de l'épaule sous arthroscopie sont transférés de la liste A-279 à la liste A-358 (ils deviennent ainsi classants dans la racine 08C58 plutôt que dans la 08C40)

Les 6 actes thérapeutiques :

MEQC001 : Exploration de la bourse séreuse subacromiale, par arthroscopie

MEQC002 : Exploration de l'articulation de l'épaule, par arthroscopie

MJDC001 : Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie

MJEC001 : Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

MJEC002 : Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

MJFC001 : Exérèse de calcification intratendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie

Nouveauté MCO #2 – Cholécystectomie et ablation de lithiases intra biliaires par voie endoscopique en deux temps, au cours du même séjour

Lorsqu'un séjour associe une cholécystectomie (liste A-056 avec les 2 actes de cholécystectomie : HMFA007 et HMFC004) à l'un des 19 actes endoscopiques thérapeutiques listés ci-dessous, le séjour sera orienté vers la racine 07C12 « Autres interventions sur les voies biliaires sauf cholécystectomies isolées »,

sinon (donc si le séjour a bien un acte de la liste A-056 mais aucun des 19 actes endoscopiques thérapeutiques de la liste ci-dessous), le séjour sera orienté, comme aujourd'hui, dans la racine 07C13 « Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës » s'il a au moins 1 diagnostic de la liste D-066 « Affection biliopancréatique aiguë » parmi ses DP et DAS sauf ses DR et sinon dans la racine 07C14 « Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës »

Liste des 19 actes endoscopiques thérapeutiques :

HMAE002 Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie

HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie

HMPE001 Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]

HMLE002 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie

HMLE003 Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie

HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique

HMGE001 Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie

HMKE001 Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie

HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie

HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie

HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique

HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie

HMNE002 Lithotritie des conduits biliaires par ondes de choc, par cholangioscopie rétrograde

HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie

HNLE001 Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie

HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie

HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie

HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]

HNCJ001 Anastomose entre une cavité collectée du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastroduodénoscopie avec guidage échoendoscopique

Nouveauté MC0 #3 – Nouveau recueil dans un fichier DATEXP pour les DMI appartenant à la liste dite intra-GHS

Depuis avril 2016, pour 4 catégories homogènes de dispositifs médicaux nécessitant une évaluation :

- ✕ les défibrillateurs cardiaques implantables avec sonde endocavitaire (simple, double et triple chambre) ;
- ✕ les défibrillateurs cardiaques implantables sans sonde endocavitaire ;
- ✕ les stents intracrâniens utilisés dans l'angioplastie des sténoses athéromateuses ;
- ✕ les valves cardiaques chirurgicales biologiques.

les seules DMI en question qui peuvent être achetés et utilisés par les établissements de santé sont inscrits dans la liste « intra-GHS » (dernière version : Janvier 2018). Plus d'informations [ici](#).

A partir du 1er janvier 2020, ces DMI intra-GHS devront être obligatoirement recueillis, sans valorisation, dans un fichier DATEXP avec les 3 informations suivantes : code, date de pose, nombre d'unités implantées

Nouveauté MCO #4 – Gradation des prises en charge ambulatoires

Il s'agit de remplacer la circulaire frontière en clarifiant la gradation des prises en charge ambulatoires et permettre ainsi la levée du moratoire sur les contrôles T2A pour les HDJ de médecine, prévue en mars 2020.

Cela aura pour conséquence :

- # de nouvelles conditions de facturation des GHS de 0 nuit (voir ci-dessous)
- # le recueil de 4 nouvelles variables (voir ci-dessous)
- # la suppression de plusieurs prestations facturées en externe : AP2/ FPI/ SE5/ SE6

La classification pour les séjours 0 nuit en GHM M ou Z ne changera pas pour la CMD 28 « Séances », la CMD15 « Nouveau-nés », en cas de présence d'un code d'anesthésie complémentaire, en cas de présence d'un acte classant, en cas de mode de sortie Transfert, en cas de Décès, pour les UM d'UHCD (autorisation 7A et 7B), en cas de soins palliatifs (GHM 23Z02T), en cas de présence du DAS Z53.2 « Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées ».

Dans les autres cas, il sera tenu compte de 4 nouvelles variables :

- # Contexte patient codé 0 ou 1

Surveillance particulière (= nécessité de mobiliser des moyens supplémentaires pour la prise en charge du patient) codée 0 ou 1
Administration d'un produit de la Réserve Hospitalière (RH) codée 0 ou 1
Nombre d'interventions TOTALES (= Prestations intellectuelles, actes (nomenclaturés ou non)) codé selon 3 modalités >3, = 3, <3

Si le séjour médical de 0 nuit a les 3 variables Contexte, Surveillance particulière et Administration d'un produit de la RH codées à 0 et la variable Nombre d'interventions TOTALES codée à 3, le séjour sera groupé dans un nouveau GHS dit « GHS intermédiaire ».

Si le séjour médical de 0 nuit a les 3 variables Contexte, Surveillance particulière et Administration d'un produit de la RH codées à 0 et la variable Nombre d'interventions TOTALES codée < 3, le séjour sera à facturer en externe.

Dans les autres cas, le séjour sera groupé dans le GHS inchangé.

Source : Support session Actualités DIM PMSI 2020 (ATIH)

Les nouveautés attendues du PMSI SSR en 2020

Lors d'une session d'actualité qui s'est tenue le 7 novembre, l'ATIH a présenté aux établissements les nouveautés attendues du PMSI 2020 par champ PMSI.

Précision : à cette heure, ces informations sont uniquement consultatives, certaines de ces nouveautés pouvant in fine ne pas entrer en vigueur en 2020 ou sous une forme modifiée. Seules les communications officielles (notices ATIH, publications J0, guide méthodo, ...) feront foi.

Nouveauté SSR 2020 #1 – Nombre maximum de patients pour les actes CSARR individuels non dédiés et collectifs

Ces nombres maximum seront indiqués dans la version 2020 du Guide de lecture du

CSARR.

Jusqu'à ce jour, l'ATIH communiquait sur un même nombre maximum de 25 patients pour tous les actes collectifs et de 8 pour tous les actes individuels non dédiés.

Pour les utilisateurs PMSISoft SSR : 2 approches possibles.

1ere approche : écran « Base des actes CSARR » + sélectionner le type d'actes (individuels non dédiés ou collectifs) dans le filtre « Type d'actes » + trier la colonne « Nb réel de patient » = la liste des actes CSARR voulus avec leur nombre réel de patients triés du plus grand ou plus petit.

2eme approche : requêteur SSR + «]0 » dans le filtre « Collectif » ou le filtre « Individuel non dédié possible » de l'onglet de filtres CSARR + «]Nmax » dans le filtre « Nb Patients » (où Nmax = 25 pour les actes collectifs et Nmax = 8 pour les actes individuels non dédiés) + sélection « CSARR » dans les résultats

Nouveauté SSR 2020 #2 – Pas d'ajout ou de suppression d'actes dans la version 2020 du CSARR

Nouveauté SSR 2020 #3 – Limitation du nombre de séances pour un même acte en HdJ

Via la Fonction de Groupage

Nouveauté SSR 2020 #4 – Extension de la liste des actes CSARR non attendus pour les types intervenants « Infirmier » (code 21) et « Autre intervenant » (code 88)

Ce dispositif est déjà en vigueur : voir article « Nouveaux contrôles de la Fonction de Groupage SSR V2019»

En 2020, de nouveaux actes CSARR (évaluation des troubles de la déglutition, séance de rééducation à la marche, évaluation comportementale) seront considérés comme non attendus (et non pas interdits) pour les types intervenants « Infirmier » et « Autre Intervenant ».

La pondération CSARR des actes codés dans ces conditions sera alors égale à 0

Rappel : ces couples « Actes CSARR non attendus – Type intervenant » sont lisibles dans le tableau OVALIDE SSR « 1.Q.6.TIACS – Type d'intervenant atypique pour un acte CSARR » qui affiche, par type d'hospitalisation, le nombre de RHA

et de séjours concernés par chaque couple (acte CSARR non attendu – type intervenant).

Pour les utilisateurs PMSISoft : identification de ces couples dans le requêteur SSR après avoir saisi les listes des actes CSARR non attendus dans l'onglet de listes CSARR (requête standard à enregistrer)

Nouveauté SSR 2020 #5 – Mise à jour des pondérations CSARR

A partir de l'ENCC 2017

Certains actes pourraient avoir une pondération différente selon le type intervenant.

Les pondérations seront multiples de 5. Aujourd'hui les pondérations peuvent prendre n'importe quelle valeur entière.

Ces nouvelles pondérations seront utilisées dans la nouvelle classification en 2021 : voir article « La nouvelle classification des séjours SSR en 2021»

Source : Support session Actualités DIM PMSI 2020 (ATIH)

La nouvelle classification des séjours SSR en 2021

Lors d'une session d'actualité qui s'est tenue le 7 novembre, l'ATIH a présenté aux établissements les grandes orientations de la nouvelle classification des séjours SSR qui a vocation à entrer en vigueur en mars 2021 pour l'année PMSI 2021.

Un travail en cours sur l'indice de lourdeur et sur l'indice de sévérité (voir ci-dessous) pour les 4 principales CM 01, 04, 05 et 08 sera présenté en Comité Technique début 2020.

Précision : il s'agit d'une présentation uniquement informative. Seules les

futures communications officielles (notices ATIH, publications J0, manuel de groupage, ...) feront foi.

Schéma général en 4 niveaux de classification successifs

1er niveau : classification du séjour en GN

Les règles de classification en CM puis en GN ne changent pas.

Elles restent basées sur le codage médical CIM-10 en morbidités principales, essentiellement en MMP.

Cette classification en GN permet de distinguer les pathologies qui sont prises en charge.

2eme niveau : classification selon le type de réadaptation

Avec 5 types de réadaptation : Pédiatrique, Spécialisée, Globale Importante, Autres, Indifférenciée

La distinction entre ces 5 types se fera via le codage des actes RR en CSARR et CCAM et l'âge (pour la pédiatrie)

3eme niveau : classification selon le niveau de lourdeur

Via l'âge, le codage des dépendances et la prise en compte de date d'intervention chirurgicale.

4eme niveau : classification selon l'indice de sévérité

Via le codage des CMA avec les règles d'exclusion actuelle.

Source : Support session Actualités DIM PMSI 2020 (ATIH)