

# Session actualités PMSI 2019

14 novembre 2018

# Programme de la session

- **Accueil à partir de 12h45**
- **Introduction : 13h30**
- **HAD : 13h45**
- **MCO : 14h15**
- **Pause**
- **Nomenclature : 15h15**
- **SSR : 15h45**
- **Psychiatrie : 16h15**
- **Fin : 17h00**

# Introduction

Dr Joëlle DUBOIS

# 1- HAD

**Dr Diane WALLET**

# Plan

---

- **Évolution du recueil :**
  - Travaux classificatoires & nouvelle variable
  - Définition du Diagnostic principal (DP)
  
- **Point d'information : Maladie Neuro-dégénérative (MND)**
  
- **Calendrier prévisionnel publication**
  
- **Format des fichiers HAD**

# Évolution du recueil

## Travaux classificatoires et nouvelle variable

## Rappel : Le modèle de financement actuel

- Le modèle de financement actuel de l'HAD est basé sur un modèle tarifaire dégressif prenant en compte le mode de prise en charge principal (MPP), le mode de prise en charge associé (MPA) et l'IK.
- La combinaison MPP x MPA x IK forme un GHPC
- Le tarif est dégressif en fonction de la durée de la séquence
- Les groupes tarifaires (GT) mélangent des prises en charges médicalement différentes.
- Ainsi, une journée pour chimiothérapie peut être dans le même groupe qu'une journée pour pansement si les tarifs appliqués sont les mêmes

## Conséquences

---

- L'étude des groupes tarifaires ne permet pas à l'HAD de retrouver son case mix.
- Le pilotage de l'activité au niveau national par une action sur les tarifs est difficile : la seule possibilité est de modifier les pondérations des MPP et MPA, méthode qui ne permet pas toujours une action sélective.



## Travaux nouvelle classification en HAD

- Le modèle doit passer de grille tarifaire à un modèle de financement s'appuyant sur une classification médico-économique :
  - Chaque séjour doit être classé dans un groupe et un seul, d'effectif satisfaisant au plan statistique.
  - Tous les séjours d'un groupe doivent avoir une homogénéité médicale et nécessiter des moyens économiques similaires
- Les travaux sont basés sur :
  - Le recueil en HAD
    - Base nationale PMSI et ENC
    - Lecture de séjours, travaux statistiques
  - L'expertise des professionnels de terrain
    - Groupe experts en information médicale en HAD

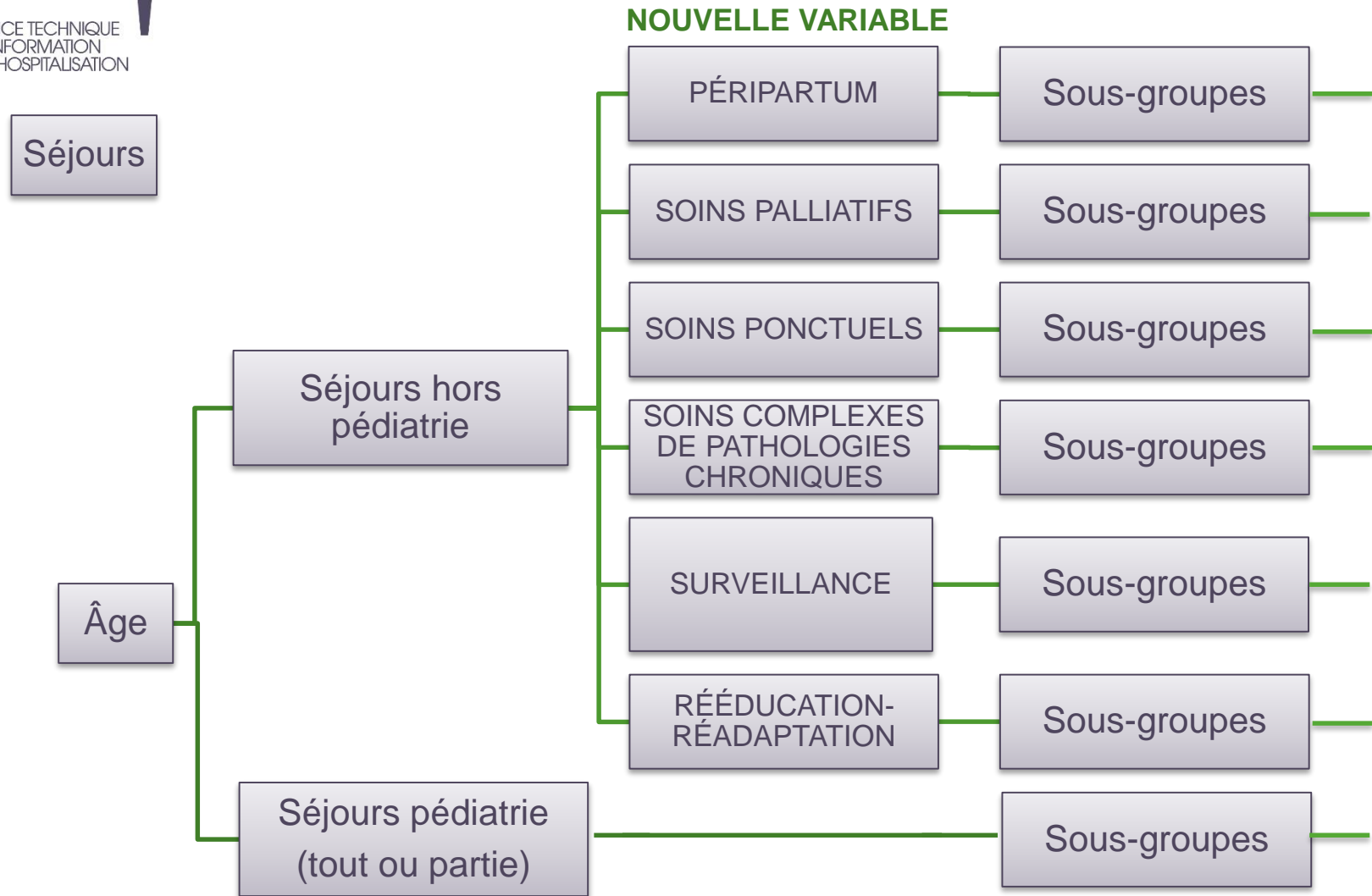
# Comment médicaliser la nouvelle classification ?

---

- En prenant en compte le projet médical à l'entrée du patient en HAD
  - Comment recueillir des informations sur le projet médical ?
- Grâce à la création d'une nouvelle variable PMSI
  - Renseignée par le médecin HAD
- La nouvelle variable
  - précise le projet médical principal pour lequel le patient est admis en HAD
  - sera le point d'entrée du séjour du futur algorithme de classification

# Ébauche d'arbre de groupage

## Structure générale



## La nouvelle variable : « nature du séjour »

- Dénomination : « **nature du séjour** »
- Date de mise en oeuvre : **1<sup>er</sup> mars 2019**
- Les consignes de codage de la « nature du séjour » seront décrites dans le guide méthodologique HAD 2019
  - La modalité sera à renseigner une seule fois en début de séjour
  - Mise en place probable de contrôle de la qualité du codage de cette variable (codes-retours)
- Élaboration de tableaux OVALIDE restituant le codage de la « nature du séjour »
- Le recueil de la nouvelle variable en 2019 ne modifie en rien le modèle de tarification actuel
  - Financement identique basé sur le triplet MPP, MPA et IK.

# Évolution du recueil

## Définition du diagnostic principal (DP)

## Définition du diagnostic principal (DP) 1/2

- L'apparition de la nouvelle variable dans le PMSI HAD invite à revisiter la définition du DP
  - Pour améliorer la qualité du codage
  - Pour utiliser ces données dans les travaux d'une nouvelle classification
- La définition du DP est actuellement liée au MPP :
  - Le diagnostic principal (DP) est l'affection ou problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD qui mobilise l'essentiel des soins et justifie le MPP mis en œuvre par l'équipe.

## Définition du diagnostic principal (DP) 2/2

- Dans la perspective de la mise en place du nouveau modèle de classification, la définition pourrait évoluer de la façon suivante :
  - Le diagnostic principal (DP) est le problème de santé qui a motivé l'admission en HAD en lien avec le projet médical à l'entrée du séjour d'HAD
  - Dans la plupart des cas, ce changement de définition ne devrait pas modifier les pratiques de codages actuelles.

## Autre question relative à la qualité du codage des diagnostics

---

- Les pratiques de codage des diagnostics en HAD sont peu encadrées
- Il en résulte :
  - Une hétérogénéité des codages selon les établissements
  - Une difficulté d'interprétation des données du PMSI
- Action :
  - Mettre en place un code erreur pour l'utilisation d'un code CIM-10 à 3 caractères lorsque des codes à 4 caractères sont disponibles ?
  - Mise en œuvre : 1<sup>er</sup> mars 2019 ?



# Point d'information : Maladies Neuro Dégénératives (MND)

# Maladies Neuro Dégénératives (MND)

- Mesures financières pour HAD prenant en charge des patients atteints de MND
  - Enveloppe fermée : 6,4 M€ en crédits AC délégués en 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2018
  - Publication de la fiche technique sur le site de la DGOS
    - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/microsoft\\_word\\_-\\_fiche\\_technique\\_accompagnement\\_had\\_mnd.nov2018.docx.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/microsoft_word_-_fiche_technique_accompagnement_had_mnd.nov2018.docx.pdf)
- Patients concernés
  - Séquences et journées de 2017
- Liste de 72 codes CIM-10
  - Maladies d'Alzheimer et pathologies apparentées
  - Maladie de Parkinson et certains autres syndromes extrapyramidaux et troubles de la mobilité
  - SEP et autres maladies démyélinisantes du système nerveux
  - SLA et autres affections dégénératives du système nerveux central
- Conditions d'éligibilité
  - Diagnostics en position de DP ou DCMPP
  - Séjours de plus de 20 jours, IK ≤ 30

# Publications HAD

## Calendrier prévisionnel

---

- Guide méthodologique PMSI 2019 :
  - Version provisoire : courant décembre 2018
  - Version définitive: mars 2019
- Notice technique 2019 : mi-décembre 2018
- Formats PMSI 2019 : fin novembre 2018
- Sources FG V2019
  - Livraison : mi-décembre 2018
  - Tables définitives fournies fin février 2019

## Formats 2019 des fichiers HAD

- **RPSS groupés/non groupés** → nouvelle variable sur 2 caractères : « nature du séjour »
- **Fichier des conventions HAD-ESMS** → inchangé
- **VIDHOSP** → nouveau format V013
- **FICHCOMP médicament** → inchangé
- **RSF** → inchangé

**Merci pour votre attention**

## 2- MCO

**Dr Catherine LE GHOUIR**

# Plan

---

- Conversions Hospitalisation partielle (HP) - Hospitalisation Complète (HC)
- Demandes de la DREES
  - IVG
  - Enregistrement des nouveau-nés
  - Enregistrement des bébés auprès de leur mère (BAM)
  - Transferts en provenance des maisons de naissance
- Impact PLFSS 2019 sur le recueil :
  - Urgences : prestations non suivies d'hospitalisation
  - Financement forfaitaire pour certaines pathologies chroniques

# Conversions

## Hospitalisation partielle (HP) - Hospitalisation Complète (HC)



## ○ Demande HAS :

- Indicateur qualité portant sur les conversions :
  - chirurgie ambulatoire => hospitalisation complète
- Chirurgiens et anesthésistes : identifier le motif des conversions

## ○ Proposition de l'ATIH :

- Englober dans cette démarche toutes les conversions HP=>HC
  - Chirurgie ambulatoire
  - Les hospitalisations programmées d'HDJ (médecine ou secteur interventionnel)
  - Les séances

# Périmètre

---

- **Séjours initialement prévus en HP :**
  - pour lesquels le patient est secondairement admis en hospitalisation complète
- En incluant également
  - les **PIE** pour l'établissement prestataire
  - les admissions en **HP après passage aux urgences**
- **Hors activité ambulatoire foraine**
  - Séjours de 0 jour en UM HC

## Nouvelle variable dans le RSS (1/2)

- **Variable «conversion HP-HC»** au sein du RSS :
  - Un caractère
  - Deux valeurs envisagées :
    - Conversion
    - Pas de conversion
    - La valeur «vide» sera aussi acceptée dans les autres RUMs du séjour
- **Selon les pratiques** des établissements :
  - RSS Multirums avec 1<sup>er</sup> RUM HP : variable à coder dans le 1<sup>er</sup> RUM après mutation en provenance de l'HP
  - Écrasement du RUM HP : dans le premier RUM HC
    - SIH ou facturation DMT
    - variable à coder dans le premier RUM

## Nouvelle variable dans le RSS (2/2)

---

### ○ Variable déclarative

- Sans impact classificatoire ou financier

### ○ Codes erreurs

- Codes erreurs non bloquants en fonction

- des situations (mono ou multiRums)
- et des saisies ou absences de saisies de la variable

### ○ Des **tableaux OVALIDE** seront mis en place

## Demandes de la DREES

- **IVG**
- **Enregistrement des nouveau-nés**
- **Enregistrement des bébés auprès de leur mère (BAM)**
- **Transferts en provenance des maisons de naissance**

# Périnatalité : suppression de l'UM IVG (72)

---

- Problème de **préservation d'anonymat** des patientes :
  - Ré identifications dans certains établissements
- **En pratique** les IVG devront être enregistrées
  - selon leurs caractéristiques médicales : en gynécologie médicale ou en obstétrique ;
  - à défaut en chirurgie indifférenciée (UM53) ;
  - à défaut en médecine indifférenciée (UM29) ;
  - à défaut dans une UM existante.
- **Structures** : seule activité gynécologique concerne l'IVG : les enregistrer dans les UM déjà existantes de médecine ou chirurgie.

# Enregistrement des nouveau-nés

---

## ○ Objectif :

- **Différencier** les nouveau-nés nés dans l'établissement des nouveau-nés nés hors de l'établissement (ex transférés)
- **Création d'une modalité de la variable «mode d'entrée»** : entrée naissance : valeur N
  - Uniquement pour les séjours de naissance dans l'établissement

# Enregistrement des bébés auprès de leur mère (BAM)

---

## ○ Information obligatoire dans **Eurostat en 2021**

- BAM = bébés se portant bien, non hospitalisés pour un problème médical les concernant
- Actuellement de nombreuses erreurs :
  - Variable codée pour des séjours en néonatalité
  - Variable non codée pour des bébés en maternité sans acte particulier
- Établissements ex-DG :
  - **Variable déclarative**
  - « hospitalisation d'un N-né auprès de la mère » doit être codée à 1 dans **VIDHOSP**
- Pour les ex-OQN, la variable est calculée à partir d'éléments de facturation
- Création tableaux **OVALIDE** dans la rubrique périnatalité



# Transferts en provenance des maisons de naissance

---

## ○ Maisons de naissance

- Expérimentation depuis 2015
- 8 établissements

## ○ Identification des transferts :

- Recueil des numéros des séjours concernés dans un fichier **FICHCOMP** dédié
- Recueil ne concernera que les transferts de mère et/ou de nourrisson nécessitant une **prise en charge spécifique**
  - Ex : le nouveau né sans problème (BAM non N) auprès de sa mère transférée ne devra pas faire l'objet de ce recueil
- Activation de la variable «TOP maison de naissance » dans les RSA

## Impact PLFSS 2019 sur le recueil

- **Urgences : prestations non suivies d'hospitalisation**
- **Financement forfaitaire pour certaines pathologies chroniques**

# Urgences : prestations non suivies d'hospitalisation

---

- **Urgences** : nouvelles prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation
  - Concerne la réorientation des patients vers les médecins généralistes ou maisons de santé
  - Recueil à venir, en cours d'élaboration

# Financement forfaitaire pathologies chroniques

---

## ○ 2019 : pathologies concernées

- IRC (insuffisance rénale chronique)
- Diabète

## ○ Objectif :

- Financement de coordination et prévention (éducation thérapeutique ; diététiciennes)

## ○ Recueil :

- Logique de file active : lien = IPP
- IPP dans VIDHODP ; RSF ACE et RSF
- Et fichiers de type DATEXP

# Au total : évolution des fichiers MCO

---

- RSS :
  - Nouvelle variable : « conversion HP-HC »
  - Nouvelle valeur **mode entrée naissance** « N »
- FICUM : inchangé
- VIDHOSP :
  - Nouveau format V013 : **ajout IPP**
  - Rappel : coder à 1 la variable **BAM** le cas échéant
- RSF ACE et RSF : **ajout IPP**
- FICHCOMP : inchangés
  - Mais nouveau FICHCOMP : « **en provenance de maison de naissance** »
- FICHSUP : inchangés
- **DATEXP** : nouveaux fichiers maladies chroniques

# Publications MCO

## Calendrier prévisionnel

---

- Guide méthodologique PMSI 2019 :
  - Version provisoire : courant décembre 2018
  - Version définitive: mars 2019
- Notice technique 2019 : mi-décembre 2018
- Formats PMSI 2019 : fin novembre 2018
- Sources FG V2019
  - Livraison : mi-décembre 2018
  - Tables définitives fournies fin février 2019

**Merci pour votre attention**

**Pause**



## 3- Nomenclatures

Dr Nicole MELIN



# Nomenclatures

**CIM – CCAM – CSARR -  
médicaments**

**Évolutions 2019**



# Évolutions OMS – CIM-10 – synthèse

- **2019 : année d'évolutions majeures**
- **49 catégories et souscatégories créées avec leur notes**
- **16 catégories et souscatégories supprimées avec leur notes**

*Les codes supprimés sont remplacés par des codes créés ou déjà existants*
- **18 notes ajoutées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories créées**
- **5 notes supprimées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories supprimées**
- **8 libellés modifiés : groupe, catégorie, sous catégorie**
- **23 notes modifiées**



## Mises à jour OMS : remplacement de codes

- **Les codes U06.- Maladies dues au virus ZIKA sont remplacés par :**
  - A92.5 maladie due au virus ZIKA
  - P35.4 Maladie congénitale due au virus ZIKA
- **Le code B59† Pneumocystose (J17.3\*) est remplacé par B48.5† Pneumocystose (J17.2\*)**
- **Le code G56.4 Causalgie est remplacé par les codes G90.6 Syndrome douloureux régional complexe de type II**
- **Les codes K58.0 / K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec / sans diarrhée sont remplacés par K58.1 / K58.2 K58.3 / K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec....**
- **Le code M31.2 Granulome malin centrofacial, supprimé doit être codé par C 86.0 Lymphome extranodal à cellules NK/T, type nasal**



## Mises à jour OMS : autres créations de codes - 1

- **G83.6 Paralyse faciale du neurone moteur supérieur [NMS] [MNS]**
- **G94.3\* Encéphalopathie au cours de maladies classées ailleurs**
- **J98.7 Infections respiratoires non classées ailleurs**
- **K55.3 Angiodysplasie de l'intestin grêle**
- **K66.2 Fibrose rétropéritonéale**
- **M75.6 Lésion du labrum [bourelet glénoïdien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule**
- **R00.3 Activité électrique sans pouls, non classée ailleurs**
- **R17.0 Hyperbilirubinémie, avec mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **R17.9 Hyperbilirubinémie, sans mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **T76 Effets non précisés de causes externes**
- **Z22.7 Infection tuberculeuse latente**



## Mises à jour OMS : autres créations de codes - 2

- Ajout de sous catégorie avec un 4<sup>e</sup> caractère aux codes suivants pour identifier le monoxyde de carbone
  - X47 Intoxication accidentelle par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
  - X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
  - X88 Agression par des gaz et émanations
  - Y17 Intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée
  - Y19 Intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision, intention non déterminée
- Conséquences, les codes de lieux et d'activité présents en 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> positions seront déplacés en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> positions



# Mises à jour OMS : autres modifications

## ○ Modifications de libellés de groupe, catégorie, souscatégorie

- I62.0 Hémorragie sousdurale (~~aigüe~~) (non traumatique)
- R17 ~~Ictère, sans précision~~ Hyperbilirubinémie, avec ou sans ictère, non classée ailleurs
- Conséquences des créations de catégories et souscatégories pour T75.8 , X47, X67, X88, Y17

## ○ Ajout de subdivision facultative

- B18 Hépatite virale chronique

*Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme cinquième caractère supplémentaire avec les catégories B18.0– B18.1:*

- 0 phase d'immunotolérance
- 9 phase autre et non spécifiée

- O24 Diabète sucré au cours de la grossesse

*Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute manifestation en cours du diabète sucré*

## ○ Ajouts, modifications suppressions de notes

- E05 Thyrotoxicose [hyperthyroïdie

- Affection (de l') (du) :

- • cœur † (I43.8\*)

- • œil † (H58.8\*) } d'origine thyroïdienne (thyrotoxicque)

- R95 Syndrome de la mort subite du nourrisson

- Comprend : mort subite (inexpliquée) (du nourrisson) avant l'âge d'un an



# Évolutions nationales – CIM-10 – synthèse

---

- **Stades de l'insuffisance cardiaque**
- **O04 : Avortement médical**
- **P95 : Mort fœtale (de cause non précisée)**





# Stades de l'insuffisance cardiaque

## ○ Portant sur les codes

- I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
- I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
- I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

## ○ En 5<sup>e</sup> caractère

## ○ Trois stades de sévérité

- -0 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $\geq 50$
- -1 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 50$  et  $\geq 40$
- -2 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 40$
- -9 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée



# Subdivision catégorie O04 Avortement médical

## ○ O04 Avortement médical

*[Voir les subdivisions avant O00]*

*Comprend : avortement thérapeutique*

*interruption de grossesse :*

- *légale avec intervention d'un professionnel de santé*
- *thérapeutique*

**À l'exclusion de : avortement clandestin : O05-**

- O04.-0 Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG ans le cadre légal]
- O04.-1 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale
- O04.-2 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause maternelle
- O04.-3 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour association de causes fœtale et maternelle

## ○ Guide méthodologique

- Maintien de la consigne de codage du Z640 par convention

## ○ Ajustements de codes à apporter à « l'arrêté IVG »



## Subdivision catégorie P95 Mort fœtale

### ○ P95 Mort fœtale (de cause non précisée)

- P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum suite à une interruption médicale de grossesse
- P95.+1 Mort fœtale in utero en dehors d'une interruption médicale de grossesse
- P95 .+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une interruption médicale de grossesse

*Fœtus vivant au début du travail mais dont le décès est constaté au cours du travail ou à l'accouchement.*

- P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une interruption médicale de grossesse

### ○ P96.4 Interruption de grossesse affectant le fœtus et le nouveau-né

*À l'exclusion de : interruption de grossesse affectant la mère (O04.-)*

- Son codage n'est plus nécessaire pour identifier mort fœtale avec interruption de grossesse

### ○ Ajustements à apporter à

**l'Instruction\_DGOS\_DGS\_DREES\_Mortinatalité\_26\_10\_2011**



# Mises à jour nationales – autres modifications

## ○ Corrections de libellés

- X38 **Victime** d'inondation

- Y70–Y82 Appareils médicaux associés à des accidents au cours **de leur usage** diagnostique et thérapeutique

- Z50.0 Rééducation **cardiaque**

- Z50.5 **Orthophonie**

## ○ Corrections de notes de F80.1, F80.2, F80.3 Trouble de l'acquisition du langage,....., **Aphasie acquise avec épilepsie...**

- dysphasie et aphasie (R47.0-)



# Évolutions CCAM descriptive à usage PMSI : synthèse

- **Déclinaison des libellés de Bypass gastrique pour obésité morbide (2018)**
- **Déclinaison des libellés de césarienne**



# Déclinaison des libellés de bypass gastrique pour obésité

- **Déclinaison des libellés HFCC003 et HFCA001 de Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, selon le type d'anse réalisé:**
  - Anse en Y
  - Anse en oméga
- **Pour en assurer un meilleur suivi, en accord avec la Société savante concernée.**
- **Libellés déclinés et introduits dans la CCAM descriptive à usage PMSI V5 2018 – septembre 2018**



# Libellés de bypass gastrique

HFCC003	-01	<b>Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par cœlioscopie</b>	
HFCC003	-02	<b>Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par cœlioscopie</b>	
HFCA001	-01	<b>Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en Y, pour obésité morbide, par laparotomie</b>	
HFCA001	-02	<b>Court-circuit [Bypass] gastrique avec anse montée en oméga, pour obésité morbide, par laparotomie</b>	

Jusqu'à la fin 2018 le codage des codes pères n'induirait pas de rejet



# Libellés de bypass gastrique : conséquences

- Les libellés déclinés gardent toutes les caractéristiques de leur code père, y compris pour le paiement à l'acte et l'orientation dans la classification MCO
- Libellés soumis à la procédure de l'accord préalable (AP), comme tous les libellés du sousparagraphe 07.03.02.09 *Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide ; extension à mentionner dans l'AP*
- À partir du 1<sup>er</sup> trimestre 2019 procédure d'accord préalable dématérialisée pour tous les codes du sousparagraphe 07.03.02.09 ; seuls les codes fils figureront dans le menu déroulant





# Description des césariennes

- **Déclinaison des 4 libellés de césarienne de la CCAM comme les accouchements par voie naturelle selon la parité et si la grossesse est unique ou multiple:**
  - Accouchement unique par césarienne ....., chez une primipare
  - Accouchement unique par césarienne ....., chez une multipare
  - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une primipare
  - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une multipare



# Déclinaison des césariennes

JQGA002	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA003	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>
JQGA002	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA003	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>
JQGA002	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA003	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>
JQGA002	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne programmée, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA003	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>
JQGA004	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA005	-11	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une primipare</b>
JQGA004	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA005	-12	Accouchement <b>unique</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une multipare</b>
JQGA004	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une primipare</b>	JQGA005	-21	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une primipare</b>
JQGA004	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie, <b>chez une multipare</b>	JQGA005	-22	Accouchement <b>multiple</b> par césarienne au cours du travail, par abord vaginal, <b>chez une multipare</b>



## ○ Actes d'évaluation / rééducation des AVQ (11.02.01)

- Création de :
  - ZFR+199 "Séance de réadaptation aux activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ]
  - ZFR+031 Séance de réadaptation aux activités sociales de la vie quotidienne [ASVQ]
  - ZFR+237 Séance de réadaptation aux activités sociales de la vie quotidienne [ASVQ] avec mise en situation dans un environnement reproduisant le lieu de vie
- Suppression de : ZGQ+217 Évaluation des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ], les activités instrumentales et/ou les activités sociales de la vie quotidienne [AIVQ et/ou ASVQ], par questionnaire

## ○ Modification de la rédaction de 4 libellés

- ANQ+179 Hétéro-évaluation de la douleur d'un patient sans communication verbale fiable [patient dyscommunicant]
- CDR+018 Séance de rééducation des troubles de l'audition
- ZFR+213 Séance de réadaptation aux activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ] avec mise en situation dans un environnement reproduisant le lieu de vie
- ZFR+137 Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques et/ou sportives de précision et d'adresse

## ○ Modification de notes

Réaffectation des notes « Avec ou sans : enregistrement du son et/ou de l'image » des libellés décrits par les orthophonistes

# Calendrier



- **Annexe V de la notice PMSI : 1<sup>e</sup> version mise en ligne mi-novembre**
- **CIM-10FR à usage PMSI : mise en ligne fin novembre ?**
- **CCAM descriptive à usage PMSI : mise en ligne concordante avec CCAM v55**
- **CSARR : mise en ligne fin novembre ?**

# Enquête médicaments à l'hôpital 2019

- **Enquête Achat et consommation de médicaments à l'hôpital**
  - Médicaments intra GHS et liste en sus
  - Établissements de santé avec PUI
  - Transmission des informations par les pharmacies hospitalières en utilisant le logiciel IDEM de l'ATIH
  
- **Calendrier prévisionnel**
  - Période recueil 1<sup>er</sup> février au 31 mars 2019



# Référentiel des indications des médicaments de la liste en sus

## ○ Référentiel par indication

- Obligatoire pour les séjours démarrant au 1 septembre 2018 pour les établissements MCO
- Facultatif pour les établissements HAD jusqu'au 28 février 2019

## ○ Règles de valorisation

- Présence d'un code d'indication
- Tolérance si le code est erroné jusqu'au 28 février 2019



# Recueil : indication du médicament

## ○ Fichier de mise à jour

- Regroupe les données en code UCD et en code d'indication
- Disponible sur le site de l'ATIH
- Au format CSV

UCD 7	SPECIALITE	CODE_LES	INSCRIPTION	UCD 13	DCI	LABO	LIB INDICATION	DATE DEBUT	DATE FIN	CLASS IND 1	CLASS IND 2	GENER
9196246	ABELCET	I000001	oui	3400891962468	AMPHOTERICINE B	C.S.P.	Traitement des aspergilloses et des candidoses systémiques chez les sujets ayant développé une insuffisance rénale sous amphotéricine B définie par l'élévation de la créatinémie au-dessus de 220 micromol/l ou l'abaissement de la clairance de la créatinine au-dessous de 25 ml/min.	01/03/2014		Anti infectieux	Infection fongique	
9196246	ABELCET	I000002	oui	3400891962468	AMPHOTERICINE B	C.S.P.	Traitement des aspergilloses et des candidoses systémiques en cas d'altération pré-existante et persistante de la fonction rénale définie par la créatinémie supérieure à 220 micromol/l ou la clairance de la créatinine inférieure à 25 ml/min.	01/03/2014		Anti infectieux	Infection fongique	
9423742	AFSTYLA	I000390	oui	3400894237426	lonoctocog alfa	CSL BEHRING	le traitement et la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A (déficit congénital en FVIII).Indiqué dans tous les groupes d'âges	23/01/2018		Facteur de coagulation	Déficit congénital en facteurs de coagulation	Princeps



# Médicament sous Autorisation Temporaire d'Utilisation - ATU

- **Le recueil actuel des médicaments sous ATU**
  - FICHCOMP-ATU pour les ex-DG
  - RSF-H pour les ex-OQN
  
- **Étude, par le ministère, de la faisabilité du recueil des indications pour les médicaments sous ATU à l'identique des médicaments inscrits sur la liste en sus**
  - Ajout d'une variable dans le format du FICHCOMP-ATU ?
  - Quel format ?
  - Indications ATU non stabilisées - Référentiel ? Fréquence de mise à jour ?
  - ATU de cohorte vs ATU nominative ?
  - Post-ATU ?



**Merci pour votre attention**

## 4- SSR

**Dr Sophie BARON**

# Plan

---

- Evolution recueil 2019
  - Suppression Zaigu
  - Date actes CCAM Obligatoire
- Cim-10 : Focus SSR
- Classification GME 2019
  - FG GME 2019 : Nouveaux contrôles

## Evolution du recueil et consignes de codage

# Recueil PMSI SSR 2019

## Suppression du Zaigu

---

- Codage des événements aigus intercurrents en DAS
- Consignes de codage (1/2)
  - lorsqu'un événement intercurrent intervient en semaine n :
    - Le codage de la morbidité principale de la semaine n sera identique à celui de la semaine n-1
    - L'affection intercurrente sera codé en DAS lors de la semaine n, et sur les semaines suivantes jusqu'à la fin de sa prise en charge

# Recueil PMSI SSR 2019

## Suppression du Zaigu

---

- Consignes de codage (2/2)
  - lorsqu'un événement survient la première semaine de prise en charge en SSR
    - Et que lors de cette première semaine la prise en charge concerne uniquement l'affection aiguë
      - FPP Z51.88 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
      - MMP l'affection aiguë

# Recueil PMSI SSR 2019

## Date acte CCAM

---

- Date de réalisation obligatoire pour les actes CCAM
  - Homogénéité avec les autres champs
- Section IV du Guide méthodologique :  
« HIÉRARCHISATION ET CODAGE DES INFORMATIONS MÉDICALES  
DANS LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ »
  - Paragraphe 2 : les actes médicaux

# Evolution CIM-10 : Focus SSR



# Evolution CIM-10 : Orthophonie et Rééducation cardiaque

---

- Changement des libellés :
  - Z50.0 : rééducation cardiaque
    - Anciennement rééducation des cardiaques
    - Ajout d'une note d'inclusion : Réadaptation cardiaque
  - Z50.5 : orthophonie
    - Anciennement rééducation du langage



# Stades de l'insuffisance cardiaque

## ○ Portant sur les codes

- I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
- I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
- I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche

## ○ En 5<sup>e</sup> caractère

## ○ Trois stades de sévérité

- -0 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $\geq 50$
- -1 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 50$  et  $\geq 40$
- -2 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG]  $< 40$
- -9 : avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée

# Classification GME 2019 & Nouveaux contrôles Fonction de Groupage (FG)

# Classification GME en 2019

## Calendrier prévisionnel

---

- Aucune modification
- Intégration des évolutions nomenclatures
- Version sera qualifiée de V2019
  
- Mise en œuvre semaine 10
  - la semaine commençant le lundi 4 mars 2019

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôles sur le nombre de réalisation de l'acte CSARR
  - nb total de réalisations supérieur à 14 par RHS
    - Non bloquant
    - Portée du contrôle : nb de réalisations par RHS pour une même combinaison code-acte / code intervenant / modulateur de lieu / étape d'appareillage
    - Description : la FG-SSR signale en erreur un RHS lorsque :
      - Pour les actes CSARR de type « individuel dédié strict », « individuel non dédié possible » ou « collectif » : la somme du nombre de réalisations dans ce RHS est  $>14$  pour au moins une combinaison code-acte / code intervenant / modulateur de lieu / étape d'appareillage

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôle sur le nb de réalisations de ZZC+221 (1/2) :
  - Acte CSARR ZZC+221 : nb de réalisations atypique
    - Non bloquant
    - Portée du contrôle : Hospitalisation complète; plusieurs RHS d'un même SSRHS
    - Description : la FG-SSR signale en erreur les RHS d'hospitalisation complète qui ne respectent pas la règle suivante : lorsque l'acte ZZC+221 est codé 1 fois la semaine n, il ne devrait pas être recodé avant 3 semaines minimum.

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

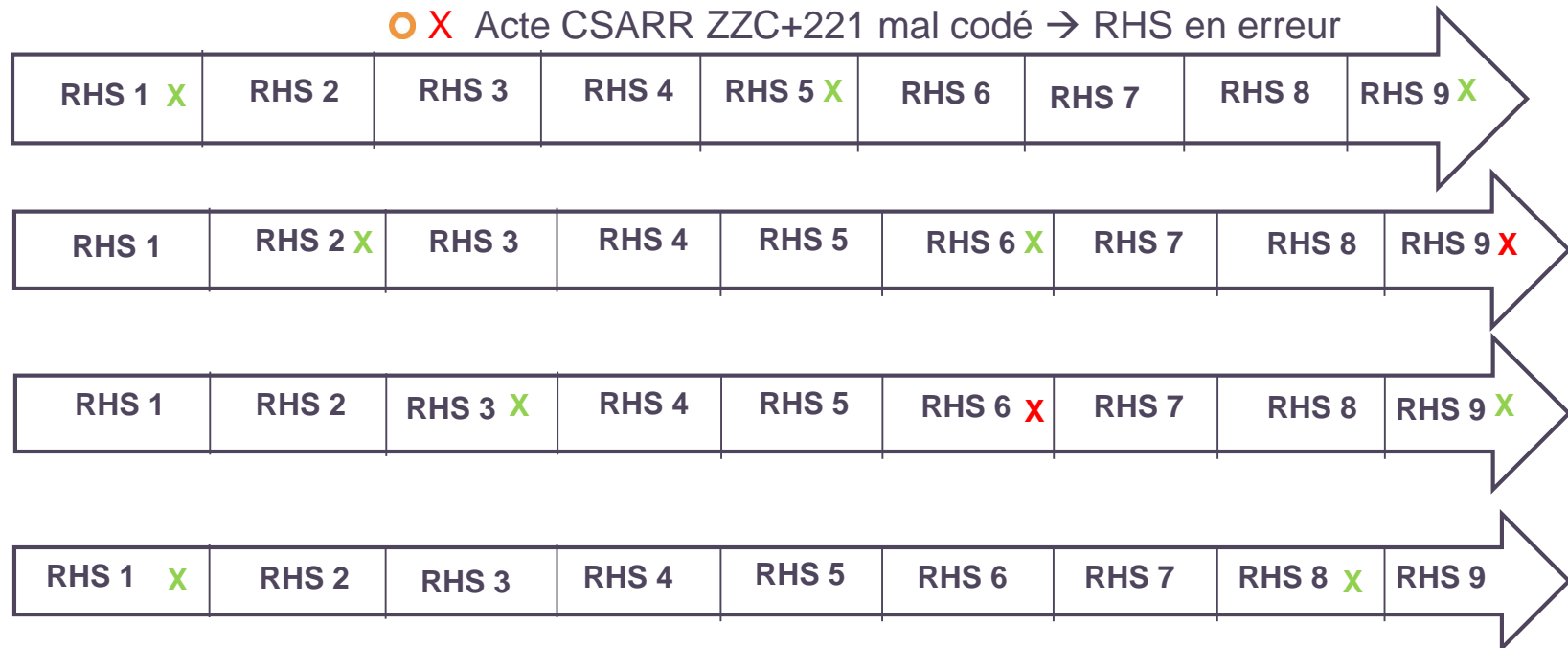
○ Contrôle sur le nb de réalisations de ZZC+221(2/2) :

○ Acte CSARR ZZC+221 : nb de réalisations atypiques

○ Exemples :

○ X Acte CSARR ZZC+221 bien codé

○ X Acte CSARR ZZC+221 mal codé → RHS en erreur



# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôles sur le « code intervenant » (1/2) :
  - Acte CSARR : code intervenant « 21 » (Infirmier) non attendu
    - Non bloquant
    - Portée du contrôle : incompatibilité de 2 variables dans un RHS
    - Description : la FG-SSR signale en erreur un RHS lorsqu'au moins un des codes actes CSARR « QZQ+104 », « ANQ+126 », « ZGQ+046 », « DKQ+008 », ou « PEQ+038 » est associé au code intervenant « 21 » (Infirmier).



# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôles sur le « code intervenant » (2/2):
  - Acte CSARR : code intervenant « 88 » (Autre intervenant) non attendu
    - Non bloquant
    - Portée du contrôle : incompatibilité de 2 variables dans un RHS
    - Description : la FG-SSR signale en erreur un RHS lorsqu'au moins un des codes actes CSARR « PEQ+038 », « QZQ+104 », « ANQ+126 », « ZGQ+046 », « HSQ+237 », « ZZC+221 », « DKQ+008 » est associé au code intervenant « 88 » (Autre intervenant).

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

### ○ Contrôle sur les gestes complémentaires

#### ○ Geste complémentaire codé isolément

- Non bloquant
- Portée du contrôle : plages de valeurs de 2 variables dans un RHS
- Description : la FG-SSR signale en erreur un RHS pour lequel un ou plusieurs actes CSARR « Geste complémentaire » sont les seuls actes CSARR codés.

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôle sur les combinaisons des étapes d'appareillage autorisées
  - Acte CSARR : code supplémentaire «appareillage» non autorisé
    - Non bloquant
    - Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RHS
    - Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS qui contient au moins un acte CSARR de type « acte d'appareillage avec étapes » et dont le champ code supplémentaire « appareillage » est renseigné avec des valeurs différentes de « A », « B », « C », « AB », « AC », « BC », « ABC », quelle que soit la casse.
  - Rappel : lorsque plusieurs étapes sont réalisées pour un même acte d'appareillage, il convient de coder l'ensemble des étapes en une seule fois.

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

### ○ Contrôle sur le Nb de patients

#### ○ Mise à jour du contrôle 151

#### ○ Description : la FG-SSR considère comme erroné un RHS contenant au moins un acte CSARR dont le nombre réel de patients ne respecte pas toutes les règles suivantes :

- sa valeur doit être renseignée et différente de zéro quelque soit l'acte
- Pour un acte CSARR de type « collectif », sa valeur doit être :
  - $\geq 2$  pour tous les actes
  - Et  $\leq 25$  à l'exclusion de l'acte ZZR+026
- Pour un acte CSARR de type « individuel dédié strict », sa valeur doit être égale à 1
- Pour un acte CSARR de type « individuel non dédié possible », sa valeur doit être  $\geq 1$  et  $\leq 8$

# FG GME 2019

## Contrôles de la FG

---

- Contrôle sur le nombre d'intervenant
  - Mise à jour du contrôle 121
  - Description : la FG-SSR signale en erreur un RHS contenant au moins un acte CSARR de type pluri-professionnel dont le nombre d'intervenants n'est pas  $\geq 2$  et  $\leq 10$ . Pour les actes non « pluri-professionnel », cette valeur est facultative.
  - Ce contrôle « Non Bloquant » en 2019

# Publications SSR

## Calendrier prévisionnel

---

- Guide méthodologique PMSI 2019 :
  - Version provisoire : courant décembre 2018
  - Version définitive : mars 2019
- Notice technique 2019 : mi décembre 2018
- Formats PMSI 2019 : fin novembre 2018
- Sources FG V2019
  - Sources de la FG V2019 : fin novembre 2018
  - Tables définitives : fin février 2019
- Manuel des GME : février 2019

# Formats des fichiers SSR

---

- RHS → inchangé
- FICUM → inchangé
- VIDHOSP → nouveau format V013. (cf MCO)
- RSF-ACE → (cf MCO)
- RSF → inchangé
- FICHCOMP → inchangés

**Merci pour votre attention**



# 5- Psychiatrie

**Dr Anis ELLINI**

# Evolution RIM-P 2019-2020

---

- 4 grandes thématiques du programme de travail
  - Parcours des patients
  - NTIC Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication
  - Autonomie/Fonctionnement
  - Prises en charge particulières
  
- & Recueil des mesures de contention et isolement

- Recueil des mesures de contention et isolement
  - Publication d'un document de synthèse des consignes de recueil : Annexe du CR du Comité technique plénier de juillet 2018 :  
[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech\\_psy\\_2018-07-03.zip](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1382/cotech_psy_2018-07-03.zip)
  - Attente de la publication d'un Cahier des charges DGOS- Comité de pilotage national sur la psychiatrie

## ○ Parcours des patients

- Impossibilité de « Chainage » des activités ambulatoires exclusives

- Recueil du N° de sécurité sociale dans les prises en charge ambulatoires : Travaux en cours

- Pas de description des journées de présence en PEC à temps partiel

- Recueil des journées de présences

- Dispositif de description des activités combinées

# Evolution RIM-P 2019-2020

---

- NTIC Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication
  - Téléconsultation
  - Téléexpertise

# Evolution RIM-P 2019-2020

---

## ○ Autonomie / fonctionnement

### ○ Echelle AVQ inadaptée

## ○ Prises en charge particulières

- Urgences
- Mère-bébé
- Thérapie familiale

# RIM-P 2019

## Calendrier prévisionnel

---

- Mise en œuvre au 1er janvier 2019
  
- Publications
  - Documentation 2019 :
    - Guide RIM-P2019 → Mi novembre 2018 (version provisoire)
    - Notice technique PMSI Psy 2019 → Mi novembre 2018
  - Nomenclatures 2019 :
    - CIM-10 FR, CCAM descriptive → cf nomenclature
  - Formats RIM-P 2019 : → fin novembre 2018



# Formats 2019 des fichiers RIM-P

---

- RPS → inchangé
- RAA → inchangé
- FICHCOMP → inchangé
- VIDHOSP → nouveau format V013 (cf MCO)
- RSF → inchangé

**Merci pour votre attention**

## **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**

13, rue Moreau 75012 Paris  
Téléphone : 01 40 02 75 63  
Fax : 01 40 02 75 64

**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**