

Rencontre Club des Médecins DIM FHP-MCO

Intervention ATIH

29 mars 2019

Ordre du jour

- Évolutions de la classification en 2019
 - CMD 09
 - CMA
- Évolutions des nomenclatures CIM et CCAM
- Évolution des recueils et des consignes de codages
 - Variable de conversion de chirurgie ambulatoire
 - Mode d'entrée du nouveau-né
- Annexes : TU médecine

Évolutions de la classification en 2019

CMD 09 : racines chirurgicales

En 2019 :

Mise à jour des consignes de codage du ganglion sentinelle dans la notice Financement

Finalisation des travaux :

Relecture des listes d'actes par des médecins cliniciens

Mise à jour des analyses statistiques : PVE, redistribution des journées

Intégration dans la FG

Calcul des tarifs

En 2019

Intégration de **l'acte EJSF032** : « *Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale* »
vers la racine 05K26 « *actes thérapeutiques sur les accès vasculaires ou les veines par voie vasculaire* »

Prise en compte de la sévérité dans la classification

Constats partagés lors du dernier CT MCO

Après 3 cycles de révisions des CMA, à méthodologie constante, les impacts sont relativement peu importants

Des évolutions méthodologiques sont nécessaires

Contexte propice : STSS (réforme du financement), Art. 51, ...

Conclusions largement partagées : « ajustement aux risques présentés par le patient »

Refondre la méthode de prise en compte de la sévérité au-delà de l'évolution méthodologique des CMA (dans un 1^{er} temps sur le versant médical).

Prise en compte de la sévérité dans la classification

Quelques éléments à prendre en compte pour repenser les complications et les morbidités

Caractéristiques socio-économiques,

Caractéristiques démographiques,

Antécédents du patient (ville et hôpital),

Variable(s)/caractéristique(s) présente(s) à l'entrée (notamment stade de la maladie)

Complications au cours du séjour

...



Nomenclatures

CIM – CCAM

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

Évolutions nationales CIM-10

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

Peut-être codé seul pour :

nouveau-né survivant quelques heures ou jours après interruption de grossesse ?

« jumeau » survivant après extraction sélective de fœtus jumeau ?

Autres situations ?

Ajustements à apporter à

l'Instruction_DGOS_DGS_DREES_Mortinatalité_26_10_2011

Évolutions nationales CIM-10

Stades insuffisance cardiaque

○ Identification de trois stades de sévérité

- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≥ 50
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < 50 et ≥ 40
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] < 40
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée

○ 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 attente des conclusions FSM : codes concernés

○ Consignes à prévoir sur le guide méthodologique

Évolutions ATIH CCAM

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

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**

Libellés de bypass gastrique

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

A partir du 1^{er} mars 2019, le codage des codes pères n'est plus autorisé

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^{er} 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



Nomenclatures

CIM – CCAM

Travaux 2019

Traduction de la CIM-11

Prioritaire pour le service et l'agence

Mobilise toute l'équipe CIM-MF

1^{re} étape pour juin 2019, pour implémentation dans la base OMS, puis affinage

CIM-10

Pas d'évolutions OMS

Évolutions ATIH ?

E13 Autres diabètes sucrés précisés

J80.0 Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte

O60.3 Accouchement prématuré sans travail spontané

Z37 Résultat de l'accouchement

Z 40 –Z54 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques

Z74.2 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins

Z97.8 Présence d'autres appareils précisés

Z99.8 Dépendance envers d'autres machines et appareils auxiliaires

Fonction des moyens et des impacts sur la classification

Travaux CCAM

CCAM version 56 mise en œuvre le 1^{er} avril ▶ Version 2 CCAM descriptive à usage PMSI 2019

Deux autres versions en préparation : mise en œuvre avant juin

Demande par la CNAM de déclinaison de codes dans la CCAM descriptive à usage PMSI pour certains actes de chirurgie robotique

- Chirurgie urologique et gynécologique

- Chirurgie colique et chirurgie de l'obésité

- Chirurgie thoracique et ORL

- Chirurgie des curages ganglionnaires

Accompagnement de la révision de la CCAM

Variable de conversion chirurgie ambulatoire

Contexte et contraintes

Demande HAS :

Indicateur qualité portant sur les conversions de séjours en chirurgie ambulatoire => hospitalisation

Chirurgiens et anesthésistes : identifier les motifs des conversions

Constat

La règle d'une seule DMT par séjour s'impose dans certains établissements,

La possibilité de réaliser des multiRum à partir d'HP n'est pas constante dans les SIH

Nécessité d'obtenir un recueil identique pour tous les établissements :

Ceci y compris pour les établissements qui peuvent conserver les différents RUM

Proposition ATIH validée /experts DIM/CT MCO

Définition

Séjours initialement prévus en unité d'hospitalisation partielle, pour lesquels le patient est secondairement admis en hospitalisation complète

Périmètre :

Toutes les conversions HP=>HC

- Chirurgie ambulatoire

- Les hospitalisations programmées d'HDJ (médecine ou secteur interventionnel)

- Les séances

- les PIE pour l'établissement prestataire

- les admissions en HP après passage aux urgences

Hors activité ambulatoire foraine

Évolution du format du RSS

- Création d'une variable «conversion» au sein du RSS (un caractère)
- Donnée à renseigner
 - Dans le 1^{er} RUM en HC
 - Précise l'existence ou non d'une conversion
 - 2 valeurs envisagées :
 - «1» : OUI (Conversion) ;
 - «2» : NON (Pas de conversion) ;
 - La valeur peut également être à blanc (RUM non concerné)

Suivi et corrections

Erreurs non bloquantes :

152 Variable conversion renseignée à OUI et UM de type HP

153 Condition de conversion présente et variable mise à non

154 Condition de conversion possible et variable à vide

Tableau OVALIDE dédié

Dans 1.D.2.CMGHS: Case-Mix GHM –Hors séance: tableau avec décompte par racine ayant au moins un séjour avec la variable conversion complétée

Racine	Nombre de séjours avec Conversion	Nombre de séjours avec Absence de conversion	Nb de séjours Non concernés
06C05	10	1	2
...			

Mode d'entrée du nouveau-né

Demandes DREES (17 juillet 2018)

- Eurostat 2021 : obligation d'identification des nouveau-nés hospitalisés auprès de leur mère
- Améliorer le recueil d'information concernant les séjours des nouveau-nés auprès de la mère :
 - Mode d'entrée «N» naissance : ce mode d'entrée concerne uniquement les nouveau-nés nés dans l'établissement
 - Rappel des consignes de production des données concernant les nouveau-nés auprès de leur mère

Mode entrée du nouveau né

Mode entrée du RSS = N

Nouveau-né bien portant né dans l'établissement

Nouveau-né muté en néonate. dans l'établissement

Enfant mort-né à la naissance

Mode entrée du RSS = 8

Nouveau-né né à domicile ou en maison de naissance

Mode entrée du RSS = 7

Nouveau-né transféré en provenance d'un autre établissement

Contrôles et suivi

Erreurs bloquantes :

190 âge incompatible avec mode d'entrée N

191 mode d'entrée N incompatible avec DP Z76.2

Ovalide :

Tableau récapitulatif des modes d'entrée par UM
pour les séjours de la CMD 15

ANNEXES

Bornes basses tarifaires et bornes classificatoires

Tarif unique de médecine

Les bornes

Pour mémoire

Pour un GHM, deux bornes basses peuvent s'appliquer

Les **bornes basses tarifaires** : détaillées dans l'arrêté tarifaire

→ **Si un séjour du GHM a une durée inférieure à cette borne, il n'est pas financé au tarif plein, mais subit une décote (EXB)**

Les **bornes classificatoires** (niveaux de sévérité 2/3/4)

Se comportent comme un seuil de durée pour atteindre un niveau de sévérité

Un séjour de niveau 2 ne peut avoir une durée < 3 jours

Un séjour de niveau 3 ne peut avoir une durée < 4 jours

Un séjour de niveau 4 ne peut avoir une durée < 5 jours

Sont inhérentes à la classification et sont utilisées dans la fonction groupage

→ **Si un séjour avec une CMA de sévérité N avec une durée < N+1 jours, le séjour est alors groupé dans le niveau N-1**

Suppression des BB tarifaires

Un peu d'histoire

Lors de la campagne 2014

Suppression des BB de niveau 1 pour les racines sans GHM en J

Généralisation du tarif unique (1/J) pour les racines avec GHM en J

→ Disparition de l'ensemble des BB sur le niveau 1

Lors de la campagne 2017

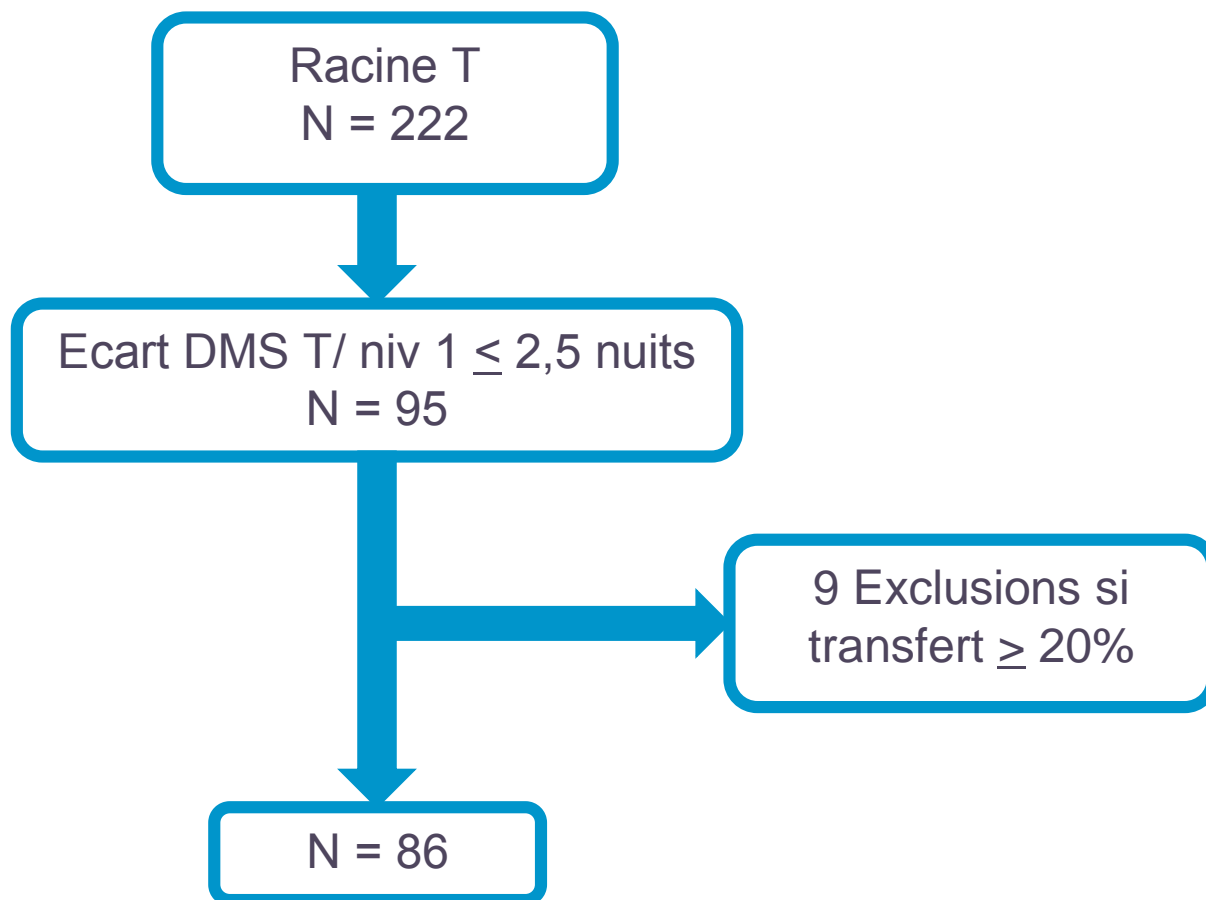
Mise à jour des bornes en fonction d'un nouvel algorithme

→ Tendance à la baisse ou suppression des BB sur les niveaux 2,3 et 4

Critères d'inclusion

- Critères d'inclusion
 - Racine en T Ecart entre le T et la DMS de niv 1 \leq à 2,5 **nuits**
 - Transferts < 20%
 - Expertise médicale de chaque racine restante

Résultats



Méthode d'analyse des racines

Méthode : association des critères suivants :

Répartition des durées de séjour de niveau 1

Nombre de diagnostics (à 3 caractères) dans la racine
DMS et effectifs des principaux diagnostics (à 3
caractères)

Comparaison des T et niv 1 sur :

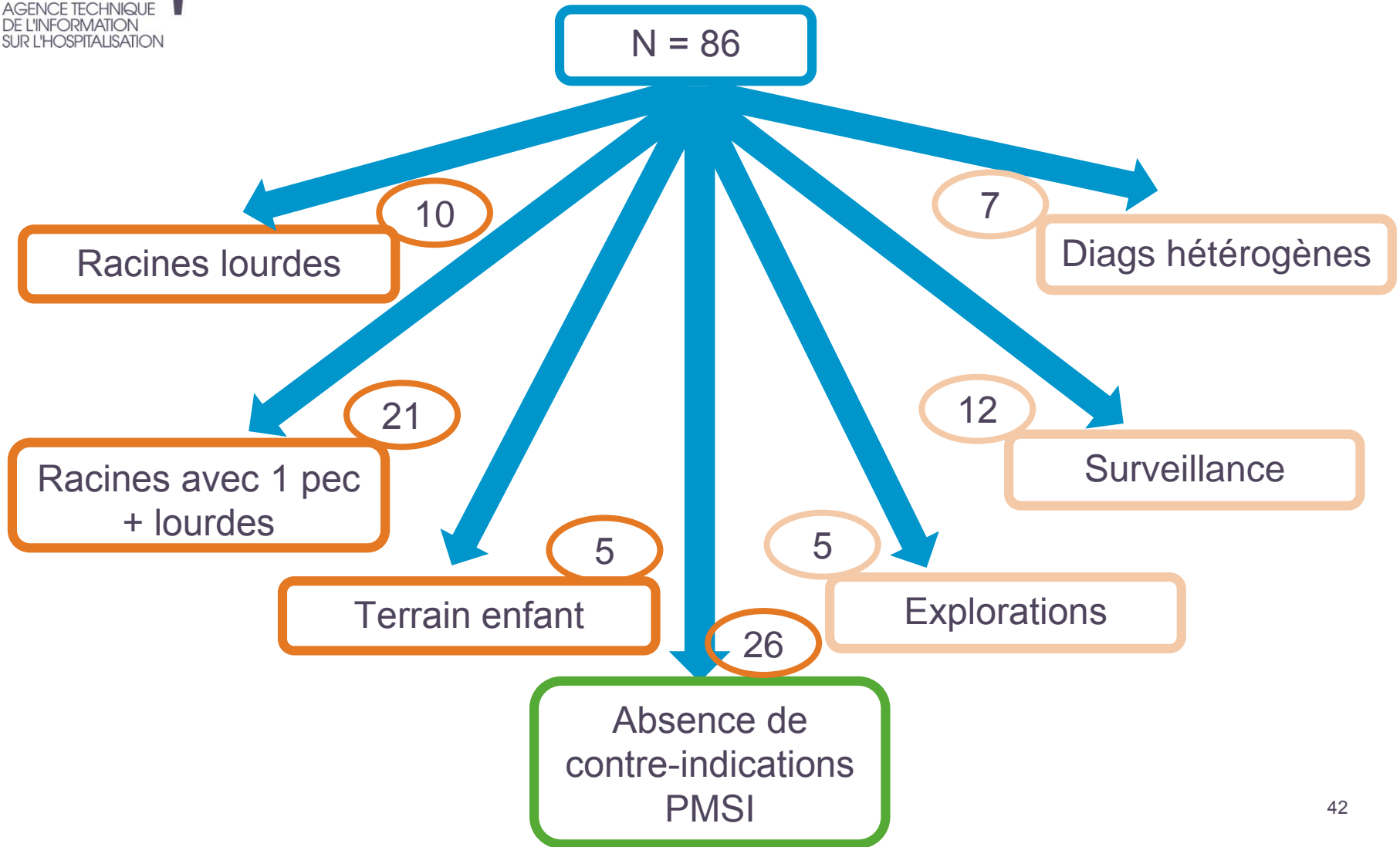
DP

DAS

Actes

Caractéristiques des patients : âge

Résultats



Racines éligibles

Racine	Libellé	Effectif Niv 1
01M22	Migraines et céphalées,	29 289
03M04	Otitis moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans,	3 601
03M07	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche,	9 086
03M09	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans,	3 424
04M25	Grippes,	3 512
05M08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque,	30 541
06M05	Autres tumeurs malignes du tube digestif,	8 273
06M11	Ulcères gastroduodénaux non compliqués,	2 135
06M20	Tumeurs bénignes de l'appareil digestif,	11 360
07M08	Autres cirrhoses et fibrose hépatique,	2 206
07M09	Hépatites chroniques,	617
08M06	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge inférieur à 18 ans,	812
08M18	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif,	2 496

Racines éligibles

Racine	Libellé	Effectif Niv 1
08M33	Ablation de matériel sans acte classant,	770
09M03	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans,	37 673
09M10	Tumeurs malignes des seins,	1 041
09M11	Tumeurs de la peau,	1 408
11M02	Lithiases urinaires,	10 082
11M07	Tumeurs des reins et des voies urinaires,	2 705
11M12	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	10 710
12M03	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin,	978
12M04	Hypertrophie prostatique bénigne,	713
13M03	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin,	1 032
13M06	Autres infections de l'appareil génital féminin,	815
16M13	Autres troubles de la coagulation,	4 363
17M17	Autres affections et tumeurs de siège imprécis ou diffus,	2 683