

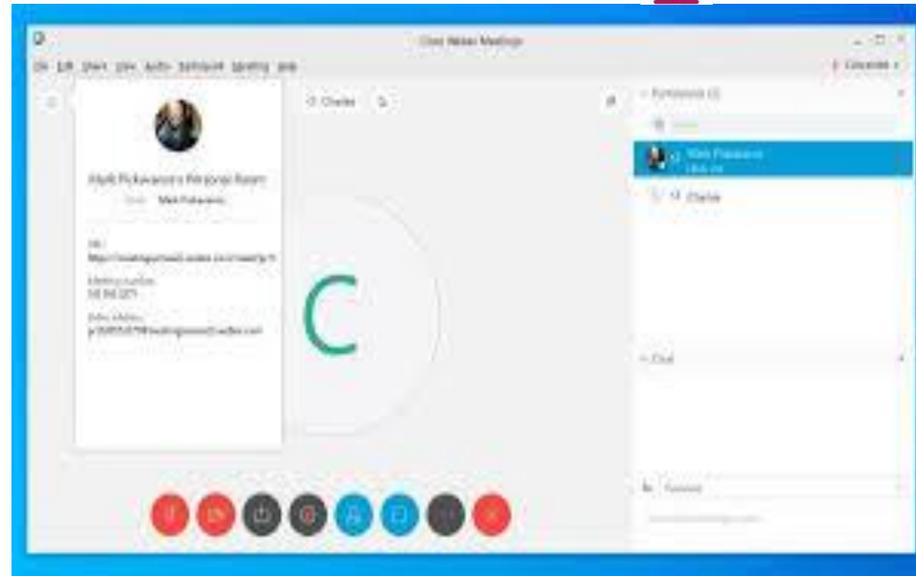
Nouveautés PMSI 2022

7 avril 2022

Session Actualités PMSI 2022

Le chat pour communiquer avec nous !

Pour plus de confort (bande passante et gestion de la parole) les
micros sont coupés



Session Actualités PMSI 2022

Le chat pour communiquer avec nous !



Où ?

Le Chat se trouve dans la fenêtre à droite de votre écran
Il est suivi par l'équipe de l'ATIH



Comment ?

- Partager vos questions avec l'ensemble des participants : par défaut
- Poser une question en privé à un animateur : choisir son nom



Pour être efficaces

- Soyez concis
- Précisez au mieux vos questions pour éviter les quiproquos

Session Actualités PMSI 2022

Le chat pour communiquer avec nous !



Traitement des questions

- Réponses à la fin des présentations, recensées par l'ATIH
- Recensement des questions : se poursuit après les présentations



Suite de la visio conférence

- Questionnaire d'évaluation 
- Diaporama disponible sur le site de l'ATIH

Problèmes techniques

- Vous pouvez nous contacter par mail
secretariat.cim-mf@atih.sante.fr

Ordre du jour

- MCO
 - Information médicale
 - Sepsis
 - CAR T cells
 - HTNM / Engagement maternité
 - Dispositifs médicaux intra GHS
 - Forfait Maladie Rénale Chronique
 - Admissions directes non programmées
 - CCAM descriptive
 - Dénutrition
 - Classification
 - Questions/réponses CMD09
- DRUIDES
- HAD
 - Information médicale

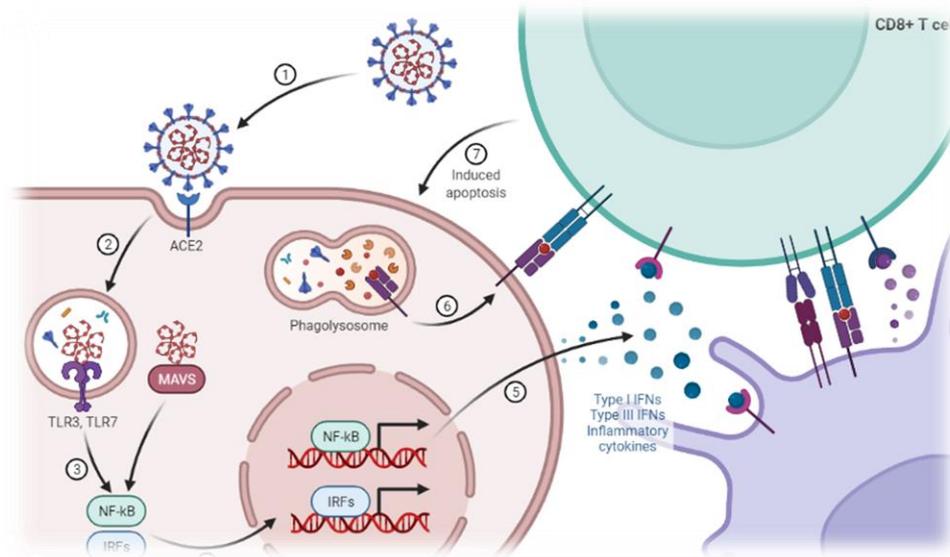


AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

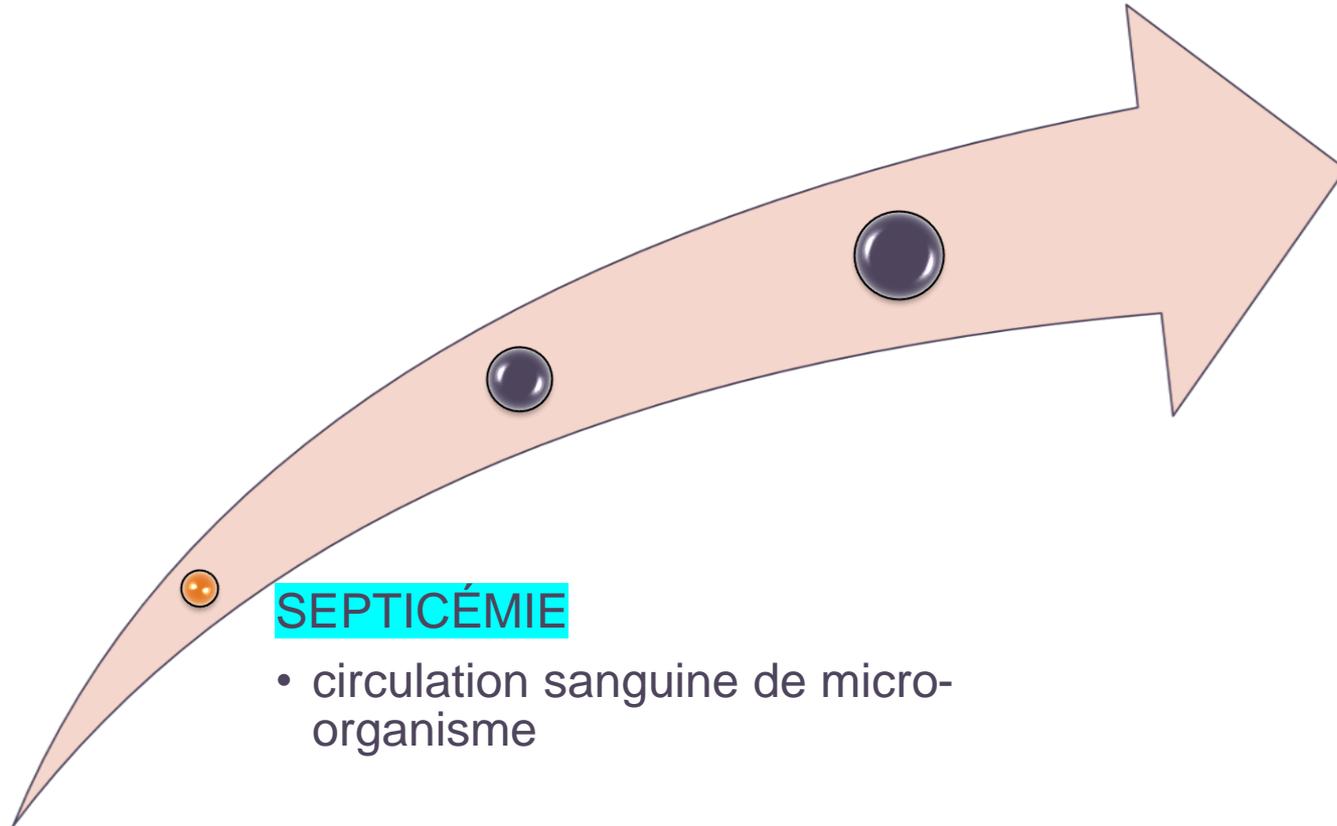
MCO

13, rue Moreau
75012 Paris
Téléphone: 01 40 02 75 63
Fax: 01 40 02 75 64
www.atih.sante.fr

Sepsis



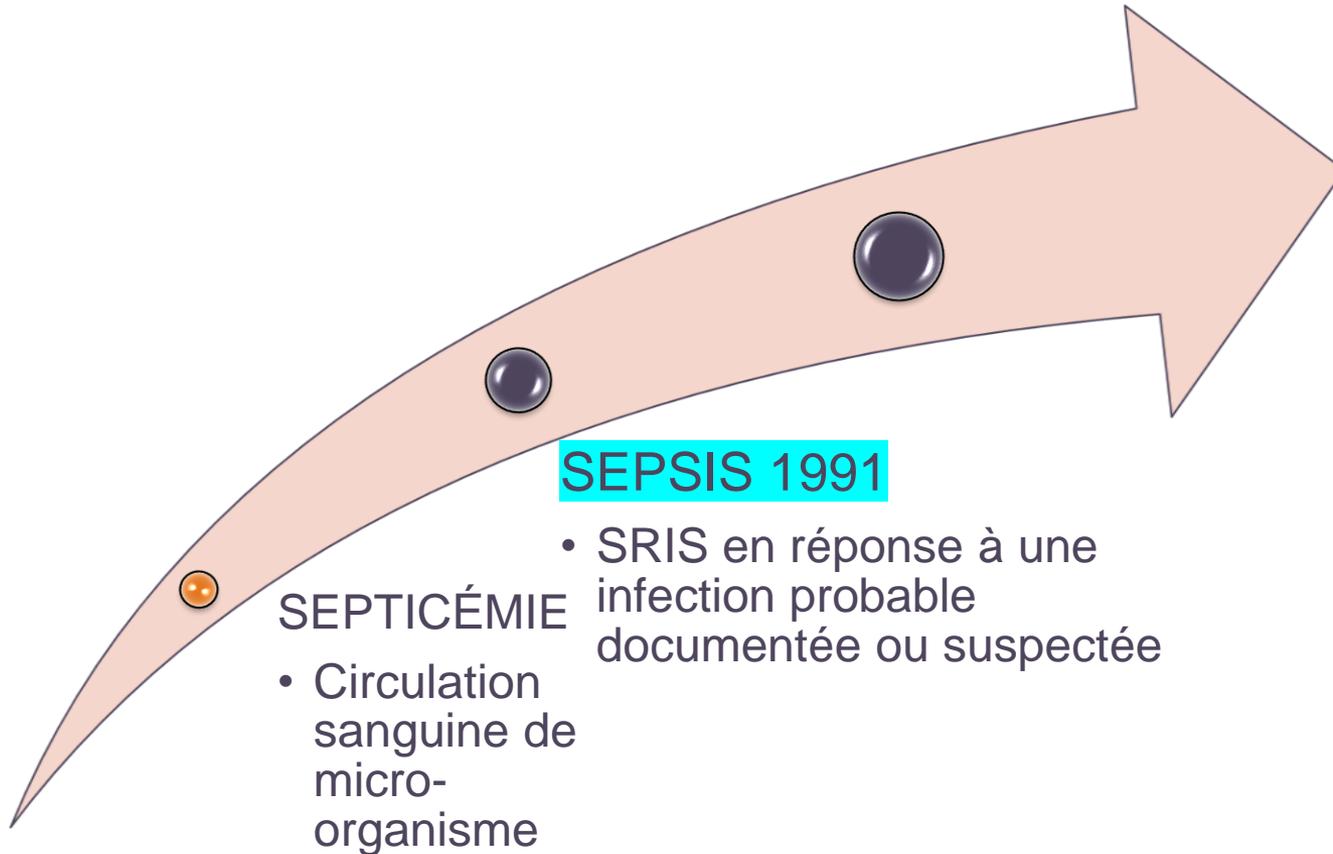
Définitions cliniques



SEPTICÉMIE

- circulation sanguine de micro-organisme

Définitions cliniques



Définitions cliniques

Clinical Review & Education

Special Communication | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)

RAPPORT

AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

Sepsis – Tous unis contre un fléau méconnu

Djillali Annane

Chef du service de Médecine Intensive Réanimation
 Hôpital Raymond Poincaré (APHP),
 Directeur équipe Larenes U1173 (Infection&Inflammation)
 Doyen de la Faculté Simone Veil
 Université de Versailles SQY ; Université Paris 9

SEPTICÉMIE

- Circulation sanguine de micro-organisme

SEPSIS 1991

- SRIS en réponse à une infection probable documentée ou suspectée

SEPSIS 2016

- Infection + défaillance d'organe, pouvant être définie par les scores SOFA

Recommandations de codage 2021



Sepsis = infection + défaillance d'organe

- Le SRIS d'origine infectieuse ne définit plus le sepsis à lui seul
- La positivité d'hémoculture ne constitue plus un critère diagnostique

Comment tracer et coder la défaillance d'organe ?

- Les scores SOFA : outil proposé mais non obligatoire
- Codage des insuffisances rénales, respiratoires, circulatoires, hépatiques...

Sepsis : DP ou DA ?

- DAS : règle habituelle, infection d'organe en DP
- DP lorsque mutation en soin critique pour le sepsis
- DP lorsque l'infection ne peut être rapportée à un organe précis

Recommandations de codage 2021



Sepsis = infection + défaillance d'organe

- Le SRIS d'origine infectieuse ne définit plus le sepsis à lui seul
- La positivité d'hémoculture ne constitue plus un critère diagnostique

Comment tracer et coder la défaillance d'organe ?

- Les scores SOFA : outil recommandé mais non obligatoire
- Codage des insuffisances rénales, respiratoires, circulatoires, hépatiques...

Sepsis : DP ou DA ?

- DAS : règle habituelle, infection d'organe en DP
- DP lorsque mutation en soin critique pour le sepsis
- DP lorsque l'infection ne peut être rapportée à un organe précis

→ **difficultés** : exceptions aux règles sur la place du code, codage des infections hors sepsis notamment bactériémies, inquiétudes sur l'impact classificatoire...

→ **travail d'analyse de ces difficultés fin 2021 par l'ATIH**

Travaux ATIH : dernier trimestre 2021

Etude impact

- Base PMSI 2019
- Impact en terme de codage, de classification, de niveaux de sévérité des séjours « ex-sepsis »

Codage des séjours : bactériémies hors sepsis

- Autorisation des codes A49.- en DP
- Recommandation de codage des agents infectieux (B95-B98)

Classification des séjours avec DP A49.-

- Analyse de cohérence médicale
- Identification des racines 18M10 *Maladies infectieuses sévères* et 18M11 *Autres maladies infectieuses ou parasitaires*
- Contrôle de cohérence par analyse des séjours

Mise à jour de la liste pour supplément de surveillance continue

- Code R65.1 n'est plus disponible au codage
- Risque de perte de supplément SRC
- Intégration des diagnostics de sepsis autorisant la facturation du supplément

Travaux ATIH : premier trimestre 2022

Ateliers en groupe de travail

- SoFIMe
- Fédérations hospitalières
- Janvier et Février 2022

Echanges

- Etude d'impact
- Les mesures pour 2022
- Périmètre des problèmes restant à traiter

Elaboration du programme de travail 2022

- Travaux ATIH
- GT technique

Programme de travail 2022

Algorithmes de codage

- Création et discussion en GT
- Ciblés sur les besoins exprimés par les utilisateurs : sepsis et infections hors sepsis : bactériémies, infections à partir d'un foyer endoveineux...

Mises à jour des recommandations de codage

- A partir du travail structurant sur les algorithmes
- Après concertation avec le groupe de travail

Adaptation du fascicule et du GM

- Résultat final des travaux précédents

Travaux d'évaluation des séjours

- Evaluation et suivi des séjours pour sepsis sur la base 2021-22
- Evaluation des séjours de bactériémies hors sepsis : réévaluation de la cohérence de la solution classificatoire, étude des niveaux de sévérité

CAR T cells

Valorisation

- La valorisation des séjours pour CAR T Cells est double : le GHS + complément forfaitaire
- Le séjour codé en fonction de la pathologie prise en charge est valorisé à hauteur de son niveau de sévérité.
 - l'acte FGLF671 « *administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse* » doit être codé
- Déclaration des médicaments **dans FICHCOMP** liste en sus, support du complément forfaitaire

Hébergements temporaires non médicalisés / Engagement maternité

- Période HTNM-P2 pour les données de janvier à décembre 2021
 - → clôturée
- Pour 2022
 - L'outil de transmission reste MATIS
 - Les transmissions mensuelles alimenteront les périodes M1, M2, M3 etc
 - Fin des périodes spécifiques

Engagement maternité

○ Publication prochaine de l'arrêté

○ → Complément à la notice technique HTNM

○ *Eléments préliminaires (non définitifs)*

	HTNM	Engagement maternité
Consultations	Non autorisé	Ok consultations d'obstétrique
Maximum	21 nuitées max	21 nuitées max pour grossesses pathologiques 5 nuitées max pour grossesses physiologiques
Maximum non applicables	Tous DOM TOM	Uniquement la Guyane
Début du recueil	1er janvier 2022	Date de publication de l'arrêté (courant avril probablement)
Patients étrangers	Se font rembourser par leur régime étranger par leurs propres moyens	Démarche faite par la CPAM
Accompagnants	1 et 2 max si patient mineur	Pas de limite
Montant de la nuitée	80 euros	80 euros

Dispositifs médicaux intra GHS

DM intra-GHS (1)

Catégories de DM déterminées au regard de leur caractère invasif

- défibrillateurs, stents intracrâniens, valves cardiaques chirurgicales biologiques...

Inscription sur la liste intra-GHS

- Sur la base de l'avis rendu par la CNEDiMTS à l'issue de son évaluation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prennent la décision d'inscrire (par un arrêté publié au JO) ou non les dispositifs médicaux sur la liste « intra-GHS ».
- Sous forme de nom de marque ou de ligne générique

Publication de la liste intra-GHS

- Après publication des arrêtés d'inscription
- Sur le site du ministère : [liste intra-GHS](#)

DM intra-GHS (2)

Suivi en vie réelle des DM intra-GHS

- prise en charge des dispositifs médicaux inscrits subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives à leurs utilisations en vie réelle.

Recueil par FICHCOMP

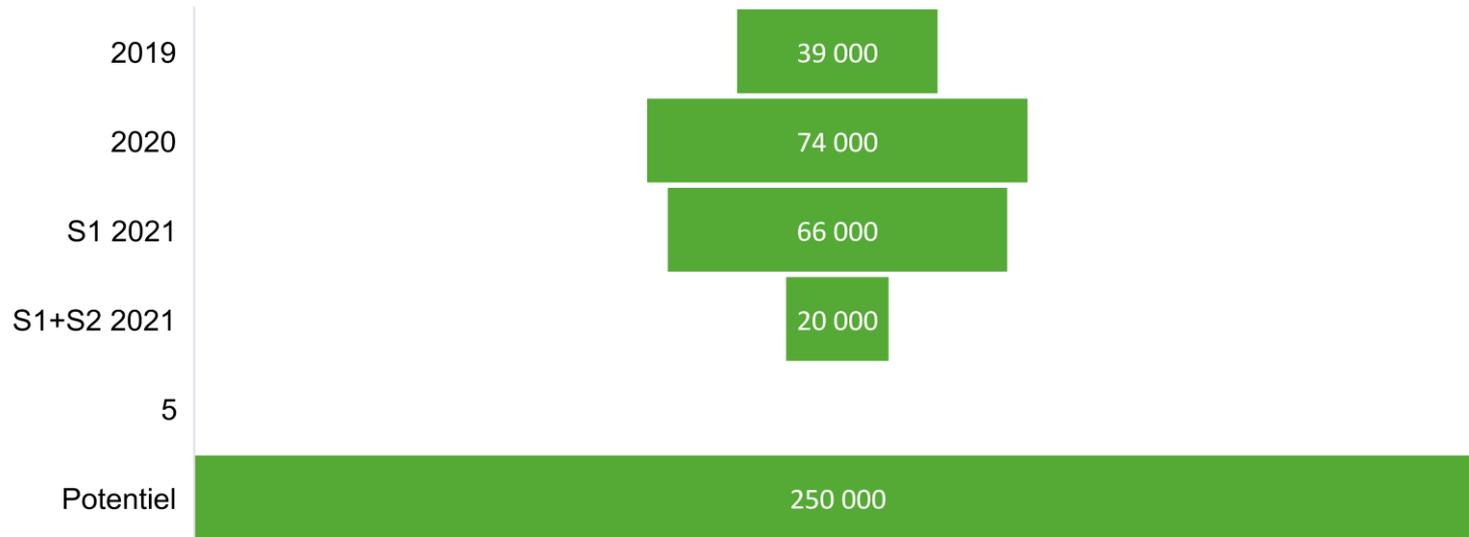
- Fichier lié au séjour
- Date de mise en application = 1^{er} avril 2022
- Restitution : plateforme des données hospitalières

Identifiant unique des DM

- IUD-ID, introduit par le règlement européen de 2017
- Référentiel de mise à jour mensuelle sur le site du ministère : [Référentiel IUD-ID des DM intra-GHS](#), importé sur le site de l'ATIH
- Mise à jour de ce référentiel avec les outils M3, problèmes de format d'IUD-ID dans le fichier initial

Forfait Maladie Rénale Chronique

Dynamique du forfait MRC



- La validation ARS des données S1+S2 2021 est attendue pour le 8 avril

Recueil de l'INS en 2022

- L'IPP n'est pas suffisant pour permettre un chaînage satisfaisant entre le recueil MRC et le PMSI

Patients du forfait MRC en 2020 qui ont été pris en charge également **au sein du même établissement** au moins une fois :

En hospitalisation	En consultation externe	Total	Pourcentage
Non	Non	46 646	64%
Non	Oui	9 810	13%
Oui	Non	6 246	9%
Oui	Oui	10 405	14%
		Total : 73 107	

- Le recueil de l'INS permettra d'améliorer ce chaînage

Mise en œuvre du recueil de la qualité de vie (PROMIS29) et de l'expérience patient

	Entrée	Sortie 1 vers l'ATIH	Sortie 2 fichier pour EvalSanté
Adresse mail du patient	Oui	Non	Oui
Variable « transmissions de l'adresse mail du patient »	Oui	Oui (refus de transmission email ou pas d'email)	Non
Indicateur de saisie d'une adresse mail	Pas une variable	Oui → Modulation à la qualité	Non

○ Mise en œuvre prévue pour le S1 2022 (à confirmer)

○ *Sous réserve de finalisation juridique du dispositif*

- Modalités d'information des patients
- Accès aux réponses par l'établissement (DIM, néphrologues)
- Accès aux données par le niveau national

Admissions directes non programmées

Réponses aux questions adressées à adnp75@atih.sante.fr

- Le périmètre du recueil et de l'incitation **comprend bien** :
 - Les GHM en C
 - Les séjours du périmètre réalisés dans des (futurs) hôpitaux de proximité
- Le périmètre du recueil et de l'incitation **ne comprend pas** :
 - Les séjours réalisés après transfert depuis une USLD

Programme de travail 2022

- Suivi au fil de l'eau du codage de la variable Non programmé
- Appui de la DGOS pour la construction de l'incitation financière
 - Pour l'heure, il est envisagé une répartition de l'enveloppe de financement :
 - Au volume d'activité réalisé en 1^{ère} année
 - Au volume d'activité et à la progression en 2^{ème} année.

Nouveautés CCAM Descriptive à usage PMSI V1 2022

Nouveautés CCAM descriptive V1 2022

- Cette publication est la 1^e version de CCAM descriptive à usage PMSI en 2022, elle prend en compte :
 - Des évolutions de la CCAM Descriptive à usage PMSI
 - Des évolutions de la V69 de la CCAM

Création d'extensions de codes PMSI

- Extensions de codes pour les modalités de description du PTS Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement (AQMM)
- Dans le cadre du futur modèle de financement du SSR
- Les codes « pères » des 10 nouveaux actes CCAM avec extensions PMSI *avec ou sans AQMM* ne sont plus autorisés au codage en SSR pour le recueil M3
- Les actes CCAM concernés sont :
 - NKQP001 Analyse instrumentale de la cinématique de la marche
 - NKQP002 Analyse baropodométrique de la marche
 - PEQP002 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient
 - PEQP004 Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient monodéficient
 - AHQP002 Électromyographie par électrode de surface, avec enregistrement vidéo

Inscription d'un acte provisoire en CCAMd (1/2)

- À la subdivision « *04.05.09 Autres actes thérapeutiques sur les vaisseaux* »
- Inscription de l'acte de pose du DM NEOVASC REDUCER « *DZBF800 Réduction du diamètre du sinus coronaire par pose d'endoprothèse avec angiographie, par voie veineuse transcutanée* »
- Validité et prise en charge transitoire de 12 mois à partir du 23/03/2022. Groupage dans la racine 05K06
- Note d'information DGOS et notice technique ATIH à paraître avant fin mars
- Préfigure l'inscription d'autres actes provisoires en attente d'évaluation HAS

Inscription d'un acte provisoire en CCAMd (2/2)

- À la subdivision « *17.03.06 Autres actes thérapeutiques, sans précision topographique* »
- Inscription de l'acte « *ZZEA800 Transplantation exceptionnelle de tissus et d'organe* »
- Suivi PMSI avec groupage dans « *27C07 Autres transplantations* » avec les DP « *absence acquise de...* », mais facturation directe par l'ARS
- Mise en œuvre au 1^e mars 2022

Nouveautés CCAM V69

○ Concernent la facturation :

- La création d'un nouveau paragraphe « *19.02.12 Gynécologie* » au sous-chapitre « *19.02 Suppléments* »
- Qui comprend le nouveau supplément « *YYYY071 Supplément pour réalisation d'une colposcopie* »

○ Mise en œuvre au 1^e avril 2022

Dénutrition de la personne âgée de 70 ans et plus



Codage à l'issue de 3 étapes

Mise à jour 2021 des recommandations de la HAS concernant la dénutrition des personnes âgées de 70 ans et plus

→ Mise à jour des recommandations de codage dans le guide méthodologique de l'ATIH



1 Diagnostic positif

- Clinicien
- Le patient est-t-il dénutri ?



2 Diagnostic de sévérité

- Clinicien
- La dénutrition est-elle sévère ?



3 Codage

- Codeur
- Comment coder la dénutrition ?

Diagnostic positif de la dénutrition (70 ans et +)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques

(1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques

(1 seul critère suffit)

Diagnostic positif de la dénutrition (70 ans et +)

Une dénutrition est-elle présente ?

Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique

Critères phénotypiques

(1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$.
- Sarcopénie confirmée par une réduction quantifiée de la force et de la masse musculaire (cf texte de la recommandation).

Critères étiologiques

(1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques.
- Absorption réduite (malabsorption/maldigestion).
- Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

Sévérité de la dénutrition (70 ans et +)

Dénutrition modérée

(1 seul critère suffit)

- $20 \leq \text{IMC} < 22$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L.

*Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée. * Mesure de l'albuminémie par immunonéphélémétrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.*

Sévérité de la dénutrition (70 ans et +)

Dénutrition modérée

(1 seul critère suffit)

- $20 \leq \text{IMC} < 22$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ et $< 10\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ et $< 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* > 30 g/L.

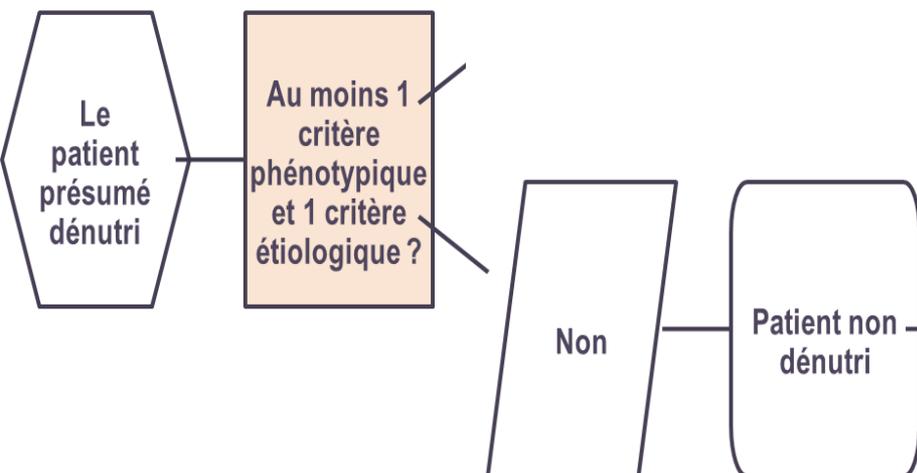
Dénutrition sévère

(1 seul critère suffit)

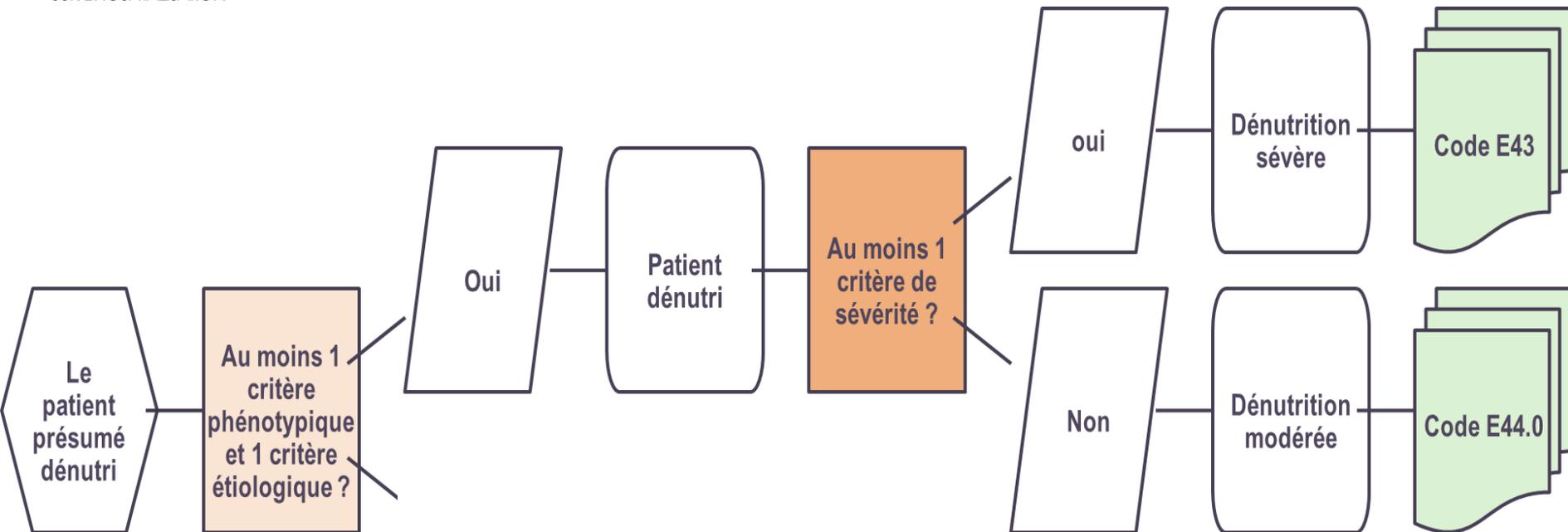
- $\text{IMC} < 20$ kg/m².
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* ≤ 30 g/L.

*Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée. * Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.*

Codage de la dénutrition (70 ans et +)



Codage de la dénutrition (70 ans et +)



E43

Malnutrition protéinoénergétique grave, sans précision

E44.0

Malnutrition protéinoénergétique modérée

Classification MCO

Questions/réponses CMD09

Druides

Druides : Rappel

- Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des données des Etablissements de santé
 - Remplacer tous les outils de transmissions des établissements, de tous les champs d'activité par **1 seul Outil**
 - « **Commander à distance** » la plateforme e-pmsi (Génération des tableaux Ovalide et récupération, Validation)
 - Architecture en **modules**
 - Amélioration et fonctionnalités nouvelles :
 - Automatisation des Mises à jour
 - Rapports : Synthèse et détail
 - Format : Txt, Csv, XML, Json

Druides : Rappel

- 2 produits Basées sur les mêmes modules
 - Druides : (anciennement : Client minimal ATIH)
 - Druides API : destiné aux éditeurs pour intégration dans le SIH

Druides : Phase actuelle

- 2^{ème} Phase de test Etablissement Ex-DG et Ex-OQN
 - 13 établissements.
 - Débuté mi-décembre, encore en cours.
 - Versions :
 - 3 versions correctrices consécutives testées : 0.5.5.0, 0.5.6.0 et 0.5.7.0
 - Participation : retours de 6/7 établissements
 - Points d'attention :
 - Format des fichiers : RSF et UM notamment
 - Plateforme de test e-pmsi
 - Prochaine version à tester Mi avril : 0.5.7.8

Druides : phases prochaines

- Prochaines étapes :
 - Phase de test et d'apprentissage ouverte à tous les établissements : Fin-avril ?
 - Evolutions à intégrer :
 - Mode « hors connexion »
 - Module : Visual (Qualité, Séjours...)
 - Nouveautés recueil 2022
 - Module monitoring et ergonomie
 - Généralisation pour M5 2022 (initialement prévue pour M3)



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

HAD

13, rue Moreau
75012 Paris
Téléphone: 01 40 02 75 63
Fax: 01 40 02 75 64
www.atih.sante.fr

Modifications du chapitre VII (1/3)

- Oxygénothérapie nasale à haut débit (Optiflow®)
 - Contexte covid : augmentation des prises en charge avec des dispositifs type Optiflow mais sans solution de codage
 - Ouverture du codage du MP01 d'assistance respiratoire
 - Pour les dispositifs d'oxygénothérapie nasale à haut débit (exemple : Optiflow®, ...)
 - En MPA et MPP du MP01

Modifications du chapitre VII (2/3)

○ Séances de rééducation réalisées au domicile

- Contexte : les patients pris en charge en HAD peuvent requérir des séances de rééducation (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ...) dans le cabinet des professionnels libéraux
 - Habitudes du patient
 - Refus de déplacement
- Règles actuelles de codage des MP11 et 12 de rééducation orthopédique et neurologique
 - 100% (5/5 en MPP et 3/3 en MPA) des passages des acteurs de rééducation doivent être effectués au domicile du patient
- → Ouverture à la réalisation de ces séances en dehors du domicile
 - **2 sur 5 séances en dehors du domicile maximum** pour le codage en **MPP**
 - **1 sur 3 séances en dehors du domicile maximum** pour le codage en **MPA**
 - « *l'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer des soins au domicile du patient* »

Modifications du chapitre VII (3/3)

- Traitements administrés en sous-cutané et intramusculaire
 - Contexte : les différents MP existants ne couvrent que partiellement ces traitements
 - MP05 pour les chimiothérapies anticancéreuses
 - MP08 pour certains traitements (exemple : réponses Agora pour l'hypnovel appartenant à la réserve hospitalière)
 - Besoin :
 - Prévoir le codage des administrations sous-cutanées et intramusculaires dans le guide méthodologique pour d'autres situations
 - Dans le MP08 *Autres traitements* :
 - Ouverture du codage en MPP ou MPA « *lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 (médicament à usage hospitalier ou état polypathologique ou sévérité de l'état pathologique) et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors l'utilisation du MP08 est autorisée.* »
 - + Renvoi vers cette consigne dans le MP03

Prestations interactivités HAD/SSR

- Certains patients pris en charge en HAD bénéficient de prise en charge de jour en SSR
- Règles existantes :
 - Facturation d'un GHT pour cette journée d'absence déjà prévue par l'arrêté « prestations » MCO/HAD
 - Mais une rédaction du guide méthodologique non sécurisante
- → Intégration des « établissements de soins médicaux et de réadaptation » et des « soins de réadaptation »

L'absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, interrompt le séjour d'hospitalisation à domicile.

En revanche, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu dans les cas suivants :

- passage du patient par un service d'accueil des urgences de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) *non suivi d'une hospitalisation* ;
- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD (MCO ou établissement de soins médicaux et de réadaptation) d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, soins de réadaptation, etc.) au cours d'une journée sans absence de nuit du patient de son domicile⁴ ;

Modifications de pondérations des MP

- Certaines mesures Ségur concernent des catégories de personnel spécifiques dont les sages-femmes
- → Modifications de pondérations des MP 19 et 21

19 – Surveillance de grossesse à risque	4 1,039
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,15 1,2492

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