

Valorisation actes en anesthésie, réanimation et unité de surveillance continue

Christophe Baillard¹, Abou Diallo², Claudie Menguy³

¹Service d'Anesthésie-Réanimation, GHU Paris-Seine-Saint-Denis, CHU Avicenne, Bobigny 93009, CHU Jean-Verdier, 93140 Bondy & Service d'Anesthésie, Centre Hospitalier intercommunal André-Grégoire, 93105 Montreuil

EA 34-09, UFR SMBH Université Paris 13

christophe.baillard@avc.aphp.fr

²Service d'Information Médicale, GHU Paris-Seine-Saint-Denis, CHU Jean Verdier, 93140 Bondy

abou.diallo@jvr.aphp.fr

³Service d'Information Médicale, Centre Hospitalier intercommunal André Grégoire, 93105 Montreuil

claudie.menguy@chi-andre-gregoire.fr

POINTS ESSENTIELS

- Les établissements de santé doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité avec pour objectif (i) le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et (ii) l'organisation de l'offre de soins (planification).
- Dans le cadre de l'hospitalisation, la valorisation financière des actes est comprise dans le groupe homogène de séjour (GHS) dans le secteur public contrairement au secteur privé lucratif où les actes s'additionnent au GHS.
- Pour l'anesthésie, la valorisation s'exprime en déclarant notre activité en miroir de l'activité interventionnelle en utilisant la CCAM sur laquelle s'appuie l'indice du coût relatif (ICR). Les ICR "anesthésie" peuvent être utilisés aussi pour appréhender la charge de travail globale d'un service.
- Trois éléments contribuent à valoriser l'activité relative à un séjour en réanimation et/ou en USC : (i) le niveau de valorisation du GHS, (ii) le supplément journalier et (iii) les actes particuliers
- La plupart des GHS se déclinent en 4 niveaux de sévérité croissante qui sont déterminants en termes de valorisation. Le niveau de sévérité est ajusté au besoin par les diagnostics associés significatifs (en tant que comorbidité associée). Il est essentiel d'enregistrer tous les DAS pour ne pas prendre le risque d'omettre une complication ou morbidité associée qui pourrait modifier le GHS avec pour corollaire, une majoration significative de la valorisation financière.
- Les conditions menant à une facturation du supplément journalier en USC sont multiples et beaucoup plus complexes que celles menant à une facturation du

supplément REA. Elles conduisent à un exercice difficile consistant à bien définir les critères d'éligibilité des patients et à l'apprentissage du "bon" codage. Il faut observer que, pour le calcul de l'IGS, les points générés par l'âge doivent être déduits ce qui nécessite là encore un exercice supplémentaire.

- Il appartient aux équipes et notamment aux référents « codage » de chaque unité de travailler en lien avec le département d'information médicale de son établissement.

1. INTRODUCTION

La valorisation des actes en anesthésie-réanimation peut s'entendre comme un moyen d'identifier notre activité. Il s'agit de produire des informations "normalisées" dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Dans son préambule, le guide de contrôle externe MCO [1] précise que « depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité. Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;
- pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Notre discipline participe grandement à l'allocation des ressources des établissements de santé, le PMSI étant l'outil incontournable. Dans le cadre de l'hospitalisation, la valorisation financière des actes est comprise dans le groupe homogène de séjour (GHS) dans le secteur public contrairement au secteur privé lucratif où les actes s'additionnent au GHS.

2. ANESTHÉSIE

La valorisation s'exprime en déclarant notre activité en miroir de l'activité interventionnelle en utilisant la classification commune des actes médicaux (CCAM) sur laquelle s'appuie l'indice du coût relatif (ICR). L'ICR est la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier la part relative des coûts des unités médico-techniques en fonction des actes pratiqués. Les ICR représentent environ 25 % des coûts des séjours chirurgicaux ou interventionnels. Les ICR "anesthésie" peuvent être utilisés aussi pour appréhender la charge de travail globale d'un service, et offrent un outil permettant ainsi de comparer les services d'anesthésie entre eux.

2.1. Conditions de codage des actes d'anesthésie

Il est sans doute utile de préciser ici que les actes n'apportent de valorisation financière que dans le système de paiement à l'acte. Les conditions de codage des actes ou gestes d'anesthésie font l'objet de recommandations qui sont reportées ici [2]. Il est important de rappeler que la CCAM n'envisage la possibilité de coder que les gestes d'anesthésie générale

ou locorégionale (Activité 4). La réalisation d'une anesthésie locale n'est pas repérable et est comprise dans la description de l'acte à l'exécution duquel elle participe.

L'anesthésie générale ou locorégionale nécessite une surveillance particulière pour sa réalisation et ses suites, distincte de celle de l'acte lui-même ; c'est ce sens qui est donné au terme anesthésie. Elle ne peut être signalée que si elle est réalisée par un praticien différent de l'exécutant du geste principal. Ainsi, l'anesthésie rétrobulbaire, ne peut être mentionnée par un code Activité 4 que si un praticien différent de l'opérateur ophtalmologue l'a réalisée et surveillée. L'inverse est également vrai concernant la pose des chambres implantables sous anesthésie, l'anesthésiste en charge du patient ne pouvant être l'opérateur. Par contre, l'anesthésie locale est ordinairement pratiquée par l'exécutant de l'acte.

Les actes de la CCAM qui acceptent un code activité 4 sont des actes qui, le plus souvent (80 % des cas au moins), sont réalisés avec une anesthésie générale ou locorégionale. À l'inverse, les actes de la CCAM qui n'acceptent pas l'activité 4, sont réalisés le plus souvent sans anesthésie générale ou locorégionale. L'activité 4 est une notion fondamentale, notamment dans le cadre de l'ambulatoire. Tous les actes qui, au sens de la CCAM, acceptent un code activité 4, peuvent, lorsqu'ils sont réalisés, lors une prise en charge hospitalière de moins d'une journée, donner lieu à facturation d'un GHS [3].

2.2. Modalités de codage des actes d'anesthésie

Aucun geste d'anesthésie ne peut être mentionné seul : il doit toujours accompagner l'exécution et être rattaché à un code d'acte interventionnel d'activité 1. Au regard de la CCAM, il existe deux types d'actes selon le mode d'anesthésie utilisé :

- ceux qui sont généralement réalisés sous anesthésie (actes dits avec anesthésie habituelle) ;
- ceux pour lesquels une anesthésie, d'ordinaire inutile, peut s'avérer nécessaire dans des conditions particulières (actes dits avec anesthésie complémentaire).

Pour un libellé d'acte donné, cette caractérisation est fixée : il ne peut y avoir qu'un seul comportement pour coder l'anesthésie d'un acte, quels que soient les habitudes du praticien ou l'état du patient.

2.2.1. Actes avec anesthésie habituelle

Dans le cas d'une anesthésie habituellement nécessaire, l'utilisateur trouvera à sa disposition un code Activité particulier, dont la valeur est constamment 4 dans l'ensemble de la CCAM par exemple :

HHFA016 : Appendicectomie, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, Activité 1, ICR 177, 183 euros. Code anesthésie, activité 4, ICR 63, 104 euros.

GFFA013 : Lobectomie pulmonaire, par thoracotomie, Activité 1, ICR 528, 615 euros. Code anesthésie, activité 4, ICR 204, 378 euros.

Le codage relatif aux actes avec anesthésie habituelle peut faire l'objet d'une délégation en raison de sa méthode à caractère systématique presque automatique, mais les actes avec

anesthésie complémentaire, les codes modificateurs et les actes complémentaires nécessitent une certaine expertise pour parvenir à une déclaration exhaustive et pertinente.

2.2.2. Actes avec anesthésie complémentaire

Les actes effectués facultativement sous anesthésie sont repérés par la mention de l'un des 7 codes d'anesthésie figurant dans la liste des gestes complémentaires du sous chapitre 18.01 de la CCAM. Ils comprennent 6 codes de niveau croissant en termes de valorisation. Plus le niveau est élevé moins il existe de code interventionnel d'activité 1 l'autorisant. Le 7e code correspond à l'analgésie péridurale pour accouchement par voie basse. Le choix du code (et donc de sa valeur ICR et de rémunération dans le cadre du paiement à l'acte) est prédéterminé et apparaît dans la CCAM au-dessous du libellé de l'acte interventionnelle d'activité 1 :

ZZLP030 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 2 :

Activité 4, ICR 24, 58 euros. Par exemple :

GBPE001 : Méatotomie nasale moyenne, par endoscopie, Activité 1, ICR 50, 167 euros. Acte à anesthésie facultative. Si anesthésie réalisée (au sens donné plus haut) : code anesthésie autorisé : ZZLP030.

ZZLP054 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 3 : Activité 4, ICR 35, 72 euros. Par exemple :

CBLD001 : Pose bilatérale d'aérateur transtympanique, Activité 1, ICR 32, 86 euros. Acte à anesthésie facultative. Si anesthésie réalisée (au sens donné plus haut) : code anesthésie autorisé : ZZLP054

ZZLP042 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 4 : Activité 4, ICR 40, 84 euros. Par exemple :

DHSF001 : Pose d'un filtre cave inférieur temporaire, par voie veineuse transcutanée, Activité 1, ICR 237, 167 euros. Acte à anesthésie facultative. Si anesthésie réalisée (au sens donné plus haut) : code anesthésie autorisé : ZZLP042

ZZLP008 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 5 : Activité 4, ICR 45, 94 euros. Par exemple :

EGAF001 : Dilatation intraluminale de la veine rénale sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée, Activité 1, ICR 382, 355 euros. Acte à anesthésie facultative. Si anesthésie réalisée (au sens donné plus haut) : code anesthésie autorisé : ZZLP008

ZZLP012 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 6 : Activité 4, ICR 67, 141 euros. Par exemple :

EDLF008 : Pose d'endoprothèse couverte dans plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée, Activité 1, ICR 694, 533 euros. Acte à anesthésie facultative. Si anesthésie réalisée (au sens donné plus haut) : code anesthésie autorisé : ZZLP012

AFLB010 Anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse, Activité 4, ICR 82, 209 euros.

ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire, de niveau 1

Activité 4, ICR 20, 48 euros. Par convention, les actes dont le libellé n'est pas accompagné d'un code de geste complémentaire et qui ne sont pas considérés comme avec anesthésie habituelle (qui ne disposent pas du code Activité 4) autorisent l'ajout de ce code lorsqu'une anesthésie complémentaire au sens donné plus haut a été réalisée.

Un code d'anesthésie complémentaire ne peut bien sûr pas être utilisé avec un code d'acte autorisant le code Activité 4 pour un même acte interventionnel.

Par contre, dans certaines situations où il existe plusieurs actes simultanés dont l'un d'entre eux ne génère pas d'activité 4 il est nécessaire d'ajouter un acte d'anesthésie complémentaire, par exemple :

Fibroscopie + coloscopie sous anesthésie générale

Coloscopie : HHQE 005 : activité 1 et 4

Fibroscopie œsogastroduodénale : HEQE002 : activité 1 seule, nous rajoutons l'acte d'anesthésie complémentaire.

2.2.3. Code extension documentaire

Quelle que soit la modalité de codage du geste d'anesthésie (anesthésie habituelle ou complémentaire), l'utilisateur peut préciser la technique employée par l'un des codes documentaires suivants. L'extension documentaire était jusque-là facultative et avait pour seul objectif d'apporter un élément descriptif de la technique utilisée sans modifier l'ICR ni la tarification. Le codage d'extension documentaire deviendra obligatoire en 2014.

- 1 anesthésie générale
- 2 anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale
- 3 anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie]
- 4 anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire
- 5 anesthésie locorégionale intraveineuse
- 6 anesthésie générale avec anesthésie locorégionale.

Une table de cohérence limite l'usage de ces codes aux seules techniques médicalement possibles pour un acte donné.

2.2.4. Code modificateur

L'utilisation de codes "Modificateurs" qui suivent est également possible dans toutes les situations de codage du geste d'anesthésie. Ces codes ne modifient pas l'ICR, ils modulent la valorisation de l'acte en ajoutant un supplément financier dans le cadre du paiement à l'acte.

- Code Urgence **F** : Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié, tarif : 19,06 euros. Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 8 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection

mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

- Code Urgence **U** : Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h : 25,15 euros. Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 8 heures, hors dimanche ou jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
- Code Age du patient **A** : Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans, tarif 23 euros.
- Code **7** : Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention, tarif majoré de +4 %.

2.2.5. Code supplément

Ces codes ne modifient pas l'ICR, ils modulent la valorisation de l'acte en ajoutant un supplément financier dans le cadre du paiement à l'acte.

YYYY041 : Supplément pour récupération peropératoire de sang (Filtration et réinjection du sang épanché, avec lavage). Récupération peropératoire ou postopératoire immédiate, c'est-à-dire initialisée en salle d'opération et retransfusée dans les 6 heures suivantes ; volume récupéré supérieur ou égal à 15 % de la volémie ; la récupération peropératoire ne peut pas être facturée avec la récupération postopératoire. Activité 4, tarif 83,60 euros.

2.2.6. Gestes complémentaires en anesthésie

L'activité d'anesthésie est définie par la somme :

- des actes d'anesthésie générale et locorégionale repérés de manière spécifique par une activité de type 4,
- deux gestes particuliers complémentaires, spécifiques de l'anesthésie (dans le libellé) codés désormais en activité 4 :

GELE001 Intubation trachéale par fibroscopie ou dispositif laryngé particulier, au cours d'une anesthésie générale. Activité 4 : anesthésie. ICR 20. Tous les gestes d'anesthésie générale autorisent ce code.

FELF001 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale. Activité 4 : anesthésie. ICR 30. Ce geste n'est associable qu'à une liste limitée d'actes interventionnels.

- d'actes particuliers intéressant les anesthésistes réanimateurs (mais aussi d'autres spécialistes tels les réanimateurs médicaux, par exemple les surveillances, les transfusions de produits sanguins, les poses de cathéters centraux etc. Ils peuvent être réalisés et donc codés au bloc opératoire et/ou en salle de surveillance post-interventionnelle. Ces actes, non spécifiques à l'anesthésie réanimation, ont dans la

CCAM une activité de type 1 et seront précisés dans le chapitre relatif à la réanimation et unité de surveillance continue.

3. RÉANIMATION ET UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE (USC)

Trois éléments contribuent à valoriser l'activité relative à un séjour en réanimation et/ou en USC :

1. Le niveau de valorisation du GHS
2. Le supplément journalier
3. Les actes particuliers

L'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation précise les prestations donnant lieu à une prise en charge [4]:

1° Des forfaits de séjour et de soins dénommés «groupes homogènes de séjours» (GHS), établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM).

2° Pour la réanimation et les USC, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits.

3.1. Valorisation du GHS

Toute hospitalisation donne lieu à la production d'un résumé standardisé de séjour (RSS) constitué d'un ou de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). L'anonymisation du RSS est à l'origine du résumé de sortie anonyme (RSA) qui est transmis à l'Agence Régionale de santé, par le biais de la plate forme sécurisée "e-PMSI" (outil de l'Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation, ATIH). L'unité médicale est un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients. Les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité ou d'une reconnaissance contractuelle doivent isoler dans leur découpage les unités médicales de réanimation et d'USC. Le RUM contient des informations codées de natures administratives et médicales, notamment (i) les diagnostics (Classification internationale des maladies, CIM10) et (ii) les actes (Classification commune des actes médicaux, CCAM). L'ensemble des informations permet le classement du séjour dans un GHM ou groupage.

Le diagnostic principal (DP) du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, pris en charge pendant le séjour et déterminé à la sortie de l'unité médicale. Le DP du séjour est un élément primordial du classement en GHM mais il n'est pas le seul puisque le groupage est le résultat d'un algorithme qui combine le DP, les diagnostics associés, les actes opératoires classants, le mode de sortie, l'âge du patient et la durée du séjour.

Lors d'un séjour comprenant une hospitalisation dans plusieurs unités médicales, le RSS comprend plusieurs RUM et pour chacun d'eux un DP. Le DP du séjour sera déterminé par ordre préférentiel, par la présence d'un acte classant chirurgical, à défaut ce sera le diagnostic principal du RUM dont la durée de séjour est la plus longue.

Un problème de santé inexistant à l'admission ou étranger au motif de celle-ci, et apparu ou découvert au cours du séjour dans l'UM, ne peut jamais être le DP. Le DP est déterminé à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale, ce qui permet de le préciser au mieux. D'une manière générale plus le DP est précis (préférer une pathologie, un diagnostic étiologique à un syndrome ou symptôme) et plus le GHM est valorisé. Par exemple : hospitalisation en raison d'une confusion ; découverte d'une tumeur cérébrale ; DP : tumeur cérébrale. Le codage de la confusion en DP dirige vers le GHM 19M07 dont la valorisation va de 2021 € pour le niveau 1 à 8333 € pour le niveau 4. Si le diagnostic de Tumeur cérébrale est indiqué en DP le GHM sera 01M26 dont la valorisation va de 2682 € pour le niveau 1 à 10120 € pour le niveau 4 (**tableau 1**).

GHM		niveau 1	niveau 2	niveau 3	niveau 4
19M07	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	2 021 €	3 965 €	5 603 €	8 333 €
01M26	Tumeurs malignes du système nerveux	2 682 €	4 916 €	7 211 €	10 120 €

Les diagnostics associés significatifs

Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP. Un diagnostic associé est significatif s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ; ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. Ne doivent pas être retenus comme significatifs les antécédents guéris, les maladies stabilisées ou les facteurs de risque n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge.

La plupart des GHS se déclinent en 4 niveaux de sévérité croissante qui sont déterminants en termes de valorisation. Le niveau de sévérité est ajusté au besoin par les diagnostics associés significatifs (en tant que comorbidité associée). Il est essentiel d'enregistrer tous les DAS pour ne pas prendre le risque d'omettre une complication ou morbidité associée qui pourrait modifier le GHS avec pour corollaire, une majoration significative de la valorisation financière. Par exemple, un patient vient en réanimation pour décompensation d'une BPCO. L'origine de la décompensation est infectieuse, les prélèvements retrouvent un staphylocoque métiR.

GHS		décompensation infectieuse	staphylocoque aureus	résistance à la méticilline
04M201	bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 1	1913 euros		
04M202	bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 2			
04M203	bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3		5155 euros	
04M204	bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 4			7218 euros

Diagnostic relié

Le diagnostic relié (DR) a pour rôle, en association avec le DP, de rendre compte de la prise en charge du patient lorsque celui-ci n'y suffit pas en termes médicoéconomiques. Sa détermination repose sur trois principes : il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 ; le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé ; le DR répond à la question : «pour quelles maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été effectuée ? ».

3.2 Le supplément journalier [4]

Pour que ces suppléments soient attribués, il faut avant tout que le DIM indique sur le RUM le niveau d'autorisation d'unité médicale par un code spécifique : 01 pour la réanimation, 02 pour les soins intensifs, 03 pour les unités de surveillance continue.

3.2.1. En réanimation

Un supplément dénommé « réanimation » (REA) peut être facturé (tarifs 2013 privé : 650,36 euros; public : 808,61 euros) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation et :

1. qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur ≥ 15 (pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte) et
2. qu'un des actes (de suppléance vitale) de la liste 1 figurant en annexe 7 (de l'arrêté) y a été effectué, ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant en annexe 7 (de l'arrêté) y ont été effectuées.

La liste 1 comprend 38 actes de suppléance vitale (dit actes marqueurs de réanimation) dont 4 spécifiques aux nouveau-nés (annexe). Une seule occurrence au cours du séjour en réanimation est suffisante pour que, associé à un IGS ≥ 15 relevé au cours des 24 heures suivant l'admission, le supplément REA soit appliqué chaque jour du séjour. Ainsi, dès lors que le supplément REA est facturé au moins une fois au cours du séjour, il le sera quotidiennement pour toute la durée du séjour en réanimation.

Par exemple, un acte de la liste 1 intervenant à j3 d'un séjour en réanimation de 6 jours, conduira à la facturation du supplément REA pendant l'ensemble du séjour soit 6 jours (associé à un IGS ≥ 15 relevé au cours des 24 heures suivant l'admission). Il est donc particulièrement important de ne pas omettre de coder un acte marqueur de réanimation de la liste 1 même avec une seule occurrence par séjour.

Il est probable que les conditions de facturation du supplément REA évolueront vers des modalités plus contraintes : supplément "soins intensif" pour les jours sans acte marqueur par exemple?

La liste 2 ne comprend qu'un seul acte : ventilation mécanique intratrachéale avec $PEP \leq 6$ et $FiO_2 \leq 60\%$, par 24 heures. Trois occurrences sont nécessaires au cours du séjour excluant par exemple le sevrage de la ventilation mécanique postopératoire de quelques heures au supplément REA.

Un supplément dénommé « soins intensifs » (STF) est facturé (privé : 325,18 ; public : 404,79 euros en 2013) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation et que les conditions définies pour le supplément REA ne sont pas remplies.

3.2.2. *Unité de surveillance continue*

Un supplément dénommé « surveillance continue » (SRC) peut être facturé (privé: 260,14 euros; public : 323,83 en 2013 euros) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de surveillance continue et que l'une des conditions suivantes est remplie :

- le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément REA
- le patient présente un IGS ≥ 7 , après déduction des points générés par le critère de l'âge, et le diagnostic principal (ou un des diagnostics associés) établi correspond à un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixés par la liste 1 figurant en annexe 8 ;
- le patient présente un IGS ≥ 15 , après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
- un acte de la liste 2 établie en annexe 8 a été effectué.

Les conditions menant à une facturation du supplément SRC sont multiples et beaucoup plus complexes que celles menant à une facturation du supplément REA. Elles conduisent à un exercice difficile consistant à bien définir les critères d'éligibilité des patients et à l'apprentissage du "bon" codage notamment pour les conditions 2 et 4. Il faut observer que, pour le calcul de l'IGS, les points générés par l'âge doivent être déduits ce qui nécessite là encore un exercice supplémentaire. La liste 1 de l'annexe 8 contient 272 diagnostics dont 86 associés à un acte (combinaison à connaître) et la liste 2 pas moins de 1126 actes !

Dans chaque unité, les référents du codage ont donc l'obligation d'analyser leur activité en terme de diagnostics et d'actes thérapeutiques afin d'affiner la concordance avec la liste 1. Les actes chirurgicaux d'un établissement doivent être analysés au regard de la liste 2 afin de déterminer ceux permettant la facturation du forfait SRC. Ce travail doit être réalisé en concertation avec le département d'information médicale (DIM) de l'établissement.

3.2.3. *Logique médicale et financière du supplément journalier*

Le taux moyen de journées de réanimation avec supplément est de 85 % (ATIH). Un taux faible de journées avec supplément pénalise financièrement l'établissement car ces unités induisent un surcoût de fonctionnement non négligeable. En corollaire, une telle situation pourrait conduire l'établissement à repenser le dimensionnement d'une unité réputée "à faible

taux de valorisation” à la baisse avec deux arguments principaux: (i) médical, l’inutilité en terme de besoin médical puisque les patients ne justifient pas de séjourner dans l’unité au regard des critères de facturation du supplément journalier et (ii) financier.

Bien évidemment, ce raisonnement sera d’autant plus valide et acceptable par les cliniciens que les critères de facturation du supplément seront adaptés aux besoins des patients ce qui est particulièrement important pour les USC. Les disciplines médicales, et notamment l’anesthésie-réanimation, participent à l’élaboration de ces critères, mais il faut reconnaître qu’ils répondent pour beaucoup à des logiques de réanimation. Seul le 4e critère fait appel à une spécificité du post-interventionnel.

Les logiques de postopératoire et d’anesthésie font appel à la nécessité de disposer de lits d’amont et surtout d’aval à la SSPI. Il s’agit ici pour l’anesthésiste-réanimateur de répondre pleinement au contrat qui le lie avec son patient en disposant d’une structure lui permettant au besoin d’assurer et d’assumer une surveillance répétée et prolongée au-delà de celle habituellement réalisée en SSPI (<24 h). Il s’agit des patients les plus « lourds » mais qui ne présentent pas de défaillance d’organe donc non éligibles à la réanimation. Les patients les plus « lourds » ou mieux « les plus à risque de défaillances » sont ceux ayant bénéficié d’une chirurgie et/ou ceux présentant un terrain « à risque ». Concernant la chirurgie, la liste est clairement définie, mais il en est tout autrement concernant le risque lié au patient. Une réflexion doit en effet être menée pour que les critères d’éligibilité prennent en compte aussi les caractéristiques du patient, notamment ses antécédents médicaux et/ou son état de santé (cardiaque, respiratoire, rénal pour ne citer que ceux là). Il existe de nombreux scores ou outils évaluant « le risque patient » comme le score ASA ou évaluant le risque dans sa globalité comme le score de POSSUM pour ne citer qu’un exemple qui devraient être utilisés comme critères d’éligibilité. L’enjeu pour notre discipline est important.

En tant que soignant nous n’avons bien évidemment pas obligation à respecter les critères conduisant à la facturation du supplément pour admettre un patient si nous le jugeons pertinent médicalement, mais il est tout aussi vrai que le taux de supplément est un élément décisionnel dans la gestion administrative de ces unités que nous ne pouvons ignorer.

3.3. Actes médicaux

Les actes médicaux doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d’entrée et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM.

Les actes sont valorisés en point ICR, activité 1, et ajoutent un supplément financier dans le cadre du paiement à l’acte. Comme nous l’avons vu, certains actes médicaux contribuent à l’autorisation de facturation du supplément journalier, ils sont donc, en termes de valorisation financière, particulièrement importants à coder. Il s’agit pour le supplément REA des actes (dit de suppléance vitale) de la liste 1 et 2 figurant en annexe 7 et, pour le supplément SRC, de la liste 1 de l’annexe 8 de l’arrêté de 2009. Il appartient aux équipes et notamment aux

référents codage de chaque unité en lien avec le DIM de sélectionner les actes les plus fréquemment utilisés afin d'établir une liste la plus représentative et la plus ergonomique.

CONCLUSION

Le codage relatif aux gestes d'anesthésie et aux séjours dans nos unités de réanimation et d'USC permet, au-delà d'un descriptif toujours valorisant pour une discipline, d'associer une relative charge de travail (ICR) et un financement. Nous avons un rôle important à maintenir et à faire valoir auprès des institutions et tutelles pour faire coïncider au mieux les logiques financières et médicales.

Nous remercions Madame Michèle Rozet, secrétaire médicale, hôpital Jean Verdier, Bondy, pour son assistance technique.

RÉFÉRENCES

[1] Guide de contrôle externe MCO. Disponible sur le site de l'agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr>

[2] Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Disponible sur le site de l'agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr/?id=00024000B9FF>

[3] DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 et circulaire complémentaire de 2010, N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010.

[4] Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Version consolidée au 17 avril 2013