

ANNEXE 5

CRITERES DE DECISION POUR CONTROLE DU GHM 23Z02Z SOINS PALLIATIFS CORRESPONDANT AUX GHS 7992 7993 7994

1. CONTEXTE

1.1. Exposé de la situation

La prise en charge des soins palliatifs est inscrite dans les priorités nationales de contrôle T2A en 2010 sous 2 aspects :

- Contrôles administratifs de l'adéquation de la facturation aux reconnaissances contractuelles (contrôle de facturation de GHS majorés par des établissements ne disposant pas de reconnaissance de lit identifié ni d'autorisation d'unité de soins palliatifs)
- Contrôles sur site, dans le cadre de l'art L 162-22-18 du CSS, de l'adéquation du codage à la prise en charge médicale et soignante.

La DHOS et l'assurance maladie ont souhaité poursuivre les contrôles sur ce thème compte tenu de l'augmentation très importante du nombre de séjours classés dans le GHM 23Z02Z (+ 96 % entre 2004 et 2008), et ce malgré l'absence et dans l'attente de l'élaboration de recommandations de codage par les experts sous l'égide du ministère.

Dans ce contexte, la DCCRF propose un arbre de décision en vue d'harmoniser les décisions des médecins contrôleurs. Il s'appuie sur la définition des soins palliatifs telle qu'elle apparaît dans la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, la circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002 n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, et la circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs et l'article L1110-10 du CSP .

Il n'a pas valeur de référentiel et est uniquement destiné à aider à formuler des avis homogènes sur le territoire national afin d'identifier les anomalies avérées. Il sera amené à évoluer lorsque les référentiels paraîtront.

1.2. Rappel

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectifs, dans une approche globale et individualisée, de soulager la douleur physique et les autres symptômes (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...), de prendre en compte la douleur psychologique et spirituelle dans le respect de la personne soignée atteinte d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital en phase avancée ou terminale. En conséquence, ils sont susceptibles d'associer :

- une prise en charge de la douleur
- une prise en charge psychologique : c'est dans ce cadre, que l'intervention d'un psychologue peut-être proposée
- des soins de nursing (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, ...)

- un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...)
- un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles
- une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée.
- un accompagnement de la famille et des proches.

Des traitements invasifs peuvent être encore institués à la phase « initiale » des soins palliatifs (« initiale » par opposition à la phase terminale). Il s'agit de chirurgie d'occlusion, chimiothérapie ou radiothérapie à visée antalgique ou de réduction tumorale, pose de prothèses oesophagienne ou biliaire, Ils se distinguent des traitements curatifs par leur objectif centré sur l'amélioration du symptôme et non sur la maladie causale.

De même, les soins palliatifs, tout en cherchant à éviter les investigations déraisonnables, incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge.

1.3. Principes de la décision lors du contrôle sur site

La décision se fonde :

1. sur la détermination de la situation clinique, en référence au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009 - BO n°2009/5bis - fascicule spécial) ;
2. en cas de situation de traitement médical unique, sur la conformité de la prise en charge constatée au travers des éléments présents dans le dossier médical à la définition des soins palliatifs et au contexte pathologique;
3. sur la réalité du passage dans un lit identifié pour cette activité ou dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé, en cas de facturation de GHS majoré.

2. ELABORATION DE L'AVIS

2.1. Détermination de la situation clinique

Compte tenu de la rédaction du guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009 - BO n°2009/5bis - fascicule spécial) en application de la règle 11 (p 48) le choix du DP dans la situation de soins palliatifs ne se pose plus dans le cas d'un patient hospitalisé pour une situation clinique de traitement unique médical, en effet dès lors que la définition des soins palliatifs est respectée, le DP doit être codé Z51.5.

Il conviendra en premier lieu de déterminer si le patient est hospitalisé pour une situation clinique de traitement unique médical, et d'éliminer les autres situations cliniques et particulièrement :

- la situation clinique de diagnostic
- la situation clinique de traitement répétitif (notamment chimiothérapie)
- la situation clinique de traitement unique chirurgical (notamment chirurgie d'occlusion)
- la situation de surveillance

Au terme de l'analyse, le séjour peut correspondre à plusieurs situations cliniques, par exemple :

- hospitalisation pour symptômes neurologiques ; découverte d'une hémorragie méningée nécessitant une prise en charge en soins palliatifs d'emblée ; mise en œuvre de cette prise en charge au cours du même séjour ;
- hospitalisation pour surveillance après traitement d'un cancer ; découverte de localisations secondaires multiples ; mise en œuvre de soins palliatifs et d'une chimiothérapie palliative.

En ce cas de situations cliniques multiples, le guide méthodologique prévoit que le diagnostic principal est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins [règle M1].

En cas de prise en charge équivalente (dont la réalité doit être contrôlable dans le dossier du malade), le choix du DP est laissé à l'établissement [règle M2].

Si, au terme cette analyse, la situation clinique retenue n'est pas celle de traitement unique médical, le code Z51.5 peut être retenu en DAS si les éléments du dossier du patient le permettent (cf infra).

Pour une hospitalisation liée à un cancer au stade terminal et se terminant par un décès, et si la situation clinique retenue est bien celle de traitement unique médical, mais que les éléments du dossier n'attestent pas d'une prise en charge répondant à la définition des soins palliatifs (cf infra), le DP pourra être, selon les cas :

- le motif précis du décès si il existait à l'entrée dans l'unité médicale, qu'il a été identifié et pris en charge, tel une insuffisance cardiaque, une embolie pulmonaire, une hémorragie...,
- le cancer lui-même, s'il n'a pas été identifié de cause précise au décès.

2.2. L'adéquation de la prise en charge à la définition des SP

À titre préliminaire, il convient de rappeler qu'en l'absence de référentiel validé concernant la justification médicale de la démarche de soins palliatifs, il n'est pas possible de mettre en cause la justification médicale des soins.

La définition des soins palliatifs repose sur plusieurs critères qui doivent être examinés successivement :

- la présence d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ;
- la preuve de soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire ;
- l'estimation des différents types de soins mis en œuvre dans le cadre de la prise en charge

2.2.1. La pathologie

Le dossier du patient doit mentionner, pour l'hospitalisation en cause, une maladie grave, évolutive précisée comme mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Il peut s'agir d'un cancer, d'une maladie neurologique dégénérative, du sida ou de tout autre état pathologique lié à une insuffisance fonctionnelle décompensée (cardiaque, respiratoire, rénale) ou à une association de plusieurs maladies.

2.2.2. Le caractère interdisciplinaire

La prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs requiert l'intervention coordonnée de professionnels de santé et du secteur social, au minimum 3 intervenants de disciplines différentes. Cette prise en charge multidisciplinaire ne se limite pas à l'intervention de tel ou tel acteur spécifique, mais elle s'évalue plutôt sur la dynamique du travail en équipe multi et interdisciplinaire, en tenant compte des réunions de synthèse interdisciplinaires, des réunions de transmissions interdisciplinaires et des interventions d'une équipe de bénévoles d'accompagnement, liée par une convention conforme. Elle s'appuie sur un projet de soins continus et régulièrement réévalué.

S'il ressort, dans le dossier de la personne malade qu'il y a eu, au cours du séjour en cause, une réunion de synthèse et/ou des transmissions pluridisciplinaires la concernant, le caractère interdisciplinaire de la prise en charge sera avéré.

Les comptes rendus de la réunion et/ou des transmissions doivent être présents dans le dossier médical du séjour. Pour faciliter les contrôles, il sera nécessaire de mettre à disposition des médecins contrôleurs un document décrivant succinctement l'organisation de ces réunions de synthèses, de ces transmissions pluridisciplinaires et du travail pluridisciplinaire.

S'il ressort, dans le dossier de la personne malade qu'il n'y a pas eu de réunion de synthèse ni de transmissions pluridisciplinaires la concernant au cours du séjour en cause, le médecin qui assure le contrôle devra rechercher si au cours du séjour, outre le personnel médical, infirmier, aide soignant, ... au moins un des professionnels suivants - psychologues, psychiatres, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, art thérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ...- est intervenu. Les comptes rendus des interventions doivent figurer dans le dossier du malade.

2.2.3. Les soins mis en œuvre

Outre les éléments précédents, le contrôle portera sur le type des soins mis en œuvre auprès du patient.

La mobilisation des ressources sera estimée au travers des documents présents dans le dossier médical et soignant du séjour contrôlé.

La prise en charge est réputée conforme à la définition si elle associe **au moins 3 des soins** parmi les suivants, au vu des éléments figurant au dossier :

- une prise en compte de la souffrance globale du patient avec une prise en charge de la douleur,
- une prise en charge psychologique : c'est dans ce cadre, que l'intervention d'un psychologue peut-être proposée
- des soins de nursing (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, ...)

- un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...)
- un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles
- une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée.
- un accompagnement de la famille et des proches.

Pour valider cette prise en charge, on doit retrouver dans le dossier du séjour contrôlé :

- pour la prise en charge de la douleur:
 - l'évaluation systématique et répétée de la douleur, avec des outils validés.
 - la mise en œuvre et le suivi des traitements appropriés, conformes aux recommandations professionnelles.
- pour la prise en charge psychologique (prise en compte de la souffrance psychique) :
 - la fonction de ceux qui interviennent et participent à cette prise en charge
 - l'évaluation de la connaissance ou non, par le malade, du diagnostic, du pronostic, ...
 - l'opportunité de l'intervention d'un psychologue : a-t-elle été proposée, acceptée, refusée, réalisée, jugé non pertinente, ... ?
- pour les soins de nursing (hygiène, mobilisation, soins de bouche, soins d'escarres ...) :
 - le plan de soins journalier individuel objectivant les interventions
 - la fiche d'observation et de transmission (interventions venant modifier le plan de travail, difficultés diverses rencontrées, évolution générale positive ou négative)
- pour la prise en compte des autres symptômes :
 - l'évaluation des symptômes, autres que la douleur, gênant la qualité de vie
 - la mise en œuvre et suivi des traitements appropriés, conformes aux recommandations professionnelles.
- pour l'accompagnement de la personne malade :
 - la fonction de ceux qui interviennent et participent à cet accompagnement.
 - des précisions sur ce qui est réalisé en particulier les entretiens et les échanges dans le cadre de la relation d'aide et l'écoute sur les thèmes suivant :
 - aide et soutien de la personne dans ce qu'elle vit et dans la façon dont elle le vit,
 - aide à l'expression de son questionnement, de ses souffrances, de ses difficultés, de ses peurs, de ses choix, de ses désirs, de ses projets, ...,
 - aide au cheminement de la personne, dans la connaissance de sa maladie et ou de son état, (si elle le souhaite),
 - participation aux prises de décisions et aux réflexions éthiques qui la concernent, ...
- pour la prise en charge sociale :
 - l'opportunité de l'intervention d'une assistante sociale: un soutien social a-t-il été proposé, accepté, refusé, réalisé ou jugé non pertinent ?
 - les souhaits du patient sur son devenir, (retour à domicile, rapprochement familial), s'il les a précisés et les moyens nécessaires mobilisés pour réaliser ces souhaits.

2.3. Le passage en lit identifié ou en unité de soins palliatifs

La possibilité de facturer un GHS majoré de soins palliatifs est liée à la réalité de la prise en charge dans un lit :

- pour le GHS 7994, lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé ;
- pour le GHS 7993, lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé.

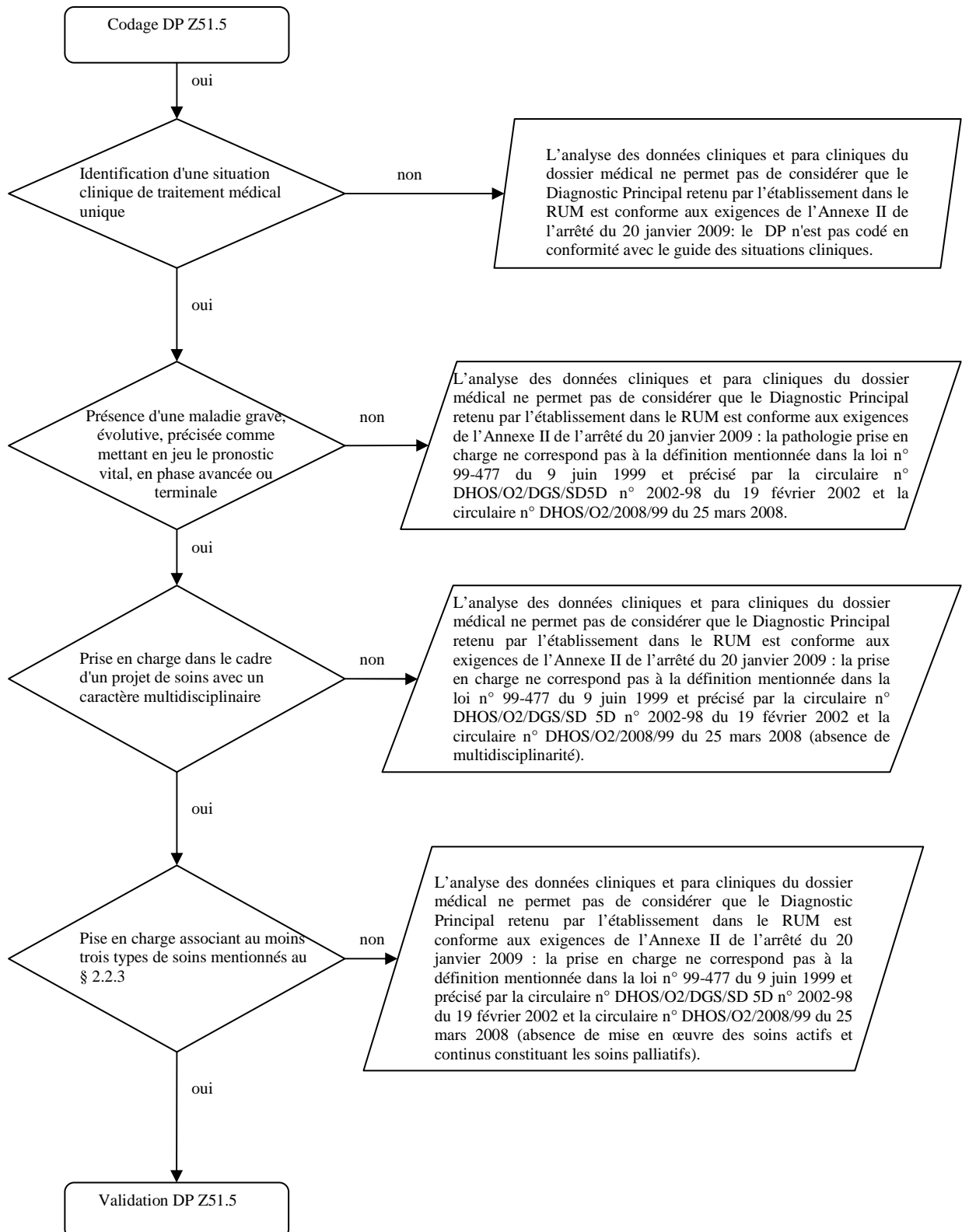
Les conditions de facturation sont remplies si :

- l'établissement possède une autorisation pour une UM de soins palliatifs ou une reconnaissance de lits identifiés
- les éléments du dossier (étiquettes, feuille de température, dossier administratif, ...) attestent que le malade a été hospitalisé dans une unité médicale de soins palliatifs ou une unité possédant des lits identifiés de soins palliatifs

3. ALGORITHME ET ARGUMENTAIRE

3.1. Choix du DP

L'algorithme et les différents argumentaires sont résumés dans les schémas suivants :



3.2. Facturation du GHS majoré

En fonction de la situation :

- facturation du GHS 7993 / 7994,
- absence d'autorisation / reconnaissance ou prise en charge en dehors d'une unité mettant en œuvre l'autorisation / reconnaissance,
- pour les séjours dont la date de sortie est comprise entre le 28 février 2009 et le 28 février 2010,

l'argumentaire sera :

"Conditions de facturation du GHS non-conforme à l'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, article 6, I, 2°, a) :

- *soit* : l'établissement ne possède pas d'unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre lui et l'agence régionale de santé.
- *soit* : l'établissement ne possède pas de lit identifié pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre lui et l'agence régionale de santé.
- *soit* : le patient n'a pas été pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité
- *soit* : le patient n'a pas été pris en charge dans un lit dédié de soins palliatifs identifié pour cette activité."