



TRANSFUSION.....

VISION « PMSI »

Tordons le cou à plein d'idées reçues

François DUFOSSEZ
GHT ARTOIS

Didier THEIS
CHRU de LILLE

La question simple

Selon vous

un acte transfusionnel « prévu » peut-il être réalisé à l'issue d'une séance d'hémodialyse sans souci ?

Sommaire

A) La transfusion simple hors complication

B) La transfusion et complication(s)

C) En dehors de la transfusion

et pour commencer... rappels en 2 minutes

2 minutes... sur les enjeux de la tarification 1/2

Avant 2004 ⇒ on était valorisé en dotation dite « globale » en public, avec déjà une remontée partielle d'activité en privé (qui restera partielle).

Après 2004 ⇒ on quitte cette vision dans le public en grande partie, pour mettre en place la T2A = tarification à l'ACTIVITÉ, souvent assimilée à une tarification à l'ACTE ce qui n'est pas toujours le cas.

Mais cette manière de raisonner amène à tort à penser un acte, une valorisation.

La valorisation des activités est un mécanisme assez technique, résultante de nombreux facteurs qui se répercutent sur la construction du tarif : les modalités de prise en charge du patient, de ses comorbidités et des complications des soins, les actes réalisés, le lieu de réalisation et la suite du parcours du patient.

Ici on va juste s'attacher à illustrer certaines situations, sachant que tous les ans il y a des modifications dans le mode de financement des activités.

2 minutes... sur les enjeux de la tarification 1/2

De manière (très) synthétique

Une activité est classée dans un groupe « descriptif » médico-économique dit GHM ou Groupe Homogène de Malade, puis de tarif appelé GHS (Groupe Homogène de Séjours)

Il existe des degrés de « sévérités » éventuels, révélant une mobilisation de ressources croissante selon la complexité des pathologies du patient, plus ou moins impactant sur les tarifs selon le mode de séjour (Hospitalisation, HdJ, Séance...)

Le tarif GHS est dans un tarif « tout compris » en public, partiellement tout compris dans le privé (hors rémunération médicale, hors dépassement).

Si la prise en charge ou le patient se complexifient, il y a un risque de déséquilibre entre le GHS (« recette ») et les coûts (« dépenses »).

Mots clés abordés: Diagnostic (P, A,...), Acte, Mode Hospitalisation, Sévérité, GHM, GHS

A) La transfusion simple hors complication (1/6)

En Hospitalisation complète ou en hospitalisation supérieure à 2 jours on a peu de possibilités de codage

- soit en code diagnostic
- soit ce qui semble plus logique un acte

DIAGNOSTIC : on dispose d'un seul code diagnostic = Z5130 Transfusion sanguine (globulaire, plaquettes, à répétition, massive ...) toujours le même code ⇔ utilisable en Diag Principal (DP) ou Associé (DAS)

ACTE

code	(valorisation)	intitulé
FELF011	46,14 €	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine
FELF006	46,14 €	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire
FELF003		Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures
FELF008	61,22 €	Transfusion de concentré de globules rouges, à domicile
FELF007	55,62 €	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à 40 ml/kg, chez le nouveau-né
JQLF001	47,25 €	Transfusion chez le foetus, par ponction du cordon ombilical
FELF002	55,62 €	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire, chez le nouveau-né
FEPP003		Séance d'érythraphérèse thérapeutique avec transfusion de globules rouges [échange érythrocytaire]
code	(valorisation)	intitulé
FELF004		Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures
FELF001		Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale

À noter la parution de proposition de codage, datant du 01/12/2008 (référentiels) « RUM en hématologie »
https://sfh.hematologie.net/sites/sfh.hematologie.net/files/medias/documents/rum_en_hemato_oncologie.pdf
 Qui comportait à l'époque, quelques situations cliniques

A) La transfusion simple hors complication (2/6)

DIAGNOSTIC : on dispose d'un seul code diagnostic = Z5130 Transfusion sanguine (globulaire, plaquettes, à répétition, massive) toujours le même code ⇒ utilisable en Diag Principal (DP) ou Associé (DAS)

2 SITUATIONS :

- a) + simple : une administration en hospitalisation hors hôpital de jour ⇒ on code un acte ou le diagnostic Z5130 en diagnostic associé
- ↳ Il n'y a pas de compensation par des recettes supplémentaires (Z5130 est une sévérité 1).
- b) L'hôpital de jour avec plusieurs situations
- Vient pour administration de concentrés globulaire
 - soit DP Z5130 (transfusion simple) ; GHM du type séance = 28Z14Z (transfusion en séance) ; tarif GHS 2023 = 714,84 € public et 668,28 € privé
 - soit DP = pathologie anémiant et Z5130 en diagnostic associé; le GHM et la valorisation GHS dépendront du diagnostic principal
 - soit vient pour une autre raison : prenons le cas d'une séance d'hémodialyse normale en centre simple (375,48 € en tarif public), mais si on ajoute la transfusion (diagnostic ou acte) dans la réalisation de la séance, le tarif ne changera pas... donc attention (GHS « tout compris »).

(NB : Hôpital de jour sous réserve de l'administration du produit de manière conforme, dans un lieu habilité (CSP D6124-301-1), avec une surveillance tracée)

En conclusion il faut faire attention dans les hôpitaux de jour dans la confusion des situations.
Qu'est ce qu'une SEANCE ?

A) La transfusion simple hors complication (3/6)

FOCUS séance

Que ce soit dans le Guide (Méthodologique du PMSI ou OVALIDE/Tests qualité du PMSI - 2022)

La définition est la suivante

Au sens du PMSI, une séance est :

- une venue dans un établissement de santé — « venue pour séance » — limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales)
- ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d'entrée),
- impliquant habituellement sa fréquentation itérative (nécessité), pour l'un des motifs thérapeutiques suivants **à l'exclusion de tout autre** :
 - **épuration extrarénale,**
 - **chimiothérapie** (pour tumeur ou pour affection non tumorale),
 - **radiothérapie** (préparation et irradiation),
 - **transfusion sanguine,**
 - **oxygénothérapie hyperbare,**
 - **aphérèse sanguine,**
 - **injection de fer (pour carence martiale).**

La séance est un traitement considéré répétitif par nature (même si il n'a lieu qu'une fois) : un traitement est répétitif soit parce que son efficacité dépend d'un cumul posologique (chimiothérapie, radiothérapie...), soit parce que, son effet s'épuisant, il doit être renouvelé (dialyse rénale, transfusion sanguine...).

DONC une journée ou nuit /un MOTIF UNIQUE donc Dialyse et Transfusion = 2 MOTIFS ++++

A) La transfusion simple hors complication (4/6)

FOCUS Hémodialyse

Juste pour compléter ce focus

La séance d'hémodialyse a un tarif unique en centre lourd de 608€90 et en centre normal 375€48 (28Z04Z)

Si on regarde dans l'étude nationale de cout (ENC) de 2021 la plus récente

On a les dépenses moyennes constatées nationalement par postes de dépenses et par GHS

À titre d'information les dépenses « moyenne nationale » par postes spécifiques sont

LABO = 11,58 € Pharmacie = 21,29 € (dont dépense « moyenne nationale » de SANG = 1,49€)

À titre d'info le tarif de cession en décembre 2021 d'un culot globulaire est de 207,87 €

Sans compter le matériel pour passer le culot, le temps infirmier, les contrôles, les coûts de logistiques internes, a biologie en sus etc... disons au minimum 300 €

↳ donc un patient hémodialysé reçoit en France un seul culot tous les 16 mois si on se contente de compenser le coût moyen du culot et du geste pour un coût global de 300€ (toutes les 202 séances).

↳ une transfusion peut exister effectivement en hémodialyse car on a des dépenses constatées, mais probablement rarement une transfusion en cours de séance d'hémodialyse sauf urgence le nécessitant.

A) La transfusion simple hors complication (5/6)

ACTE : en situation habituelle (HORS REANIMATION)

code	(valorisation)	intitulé
FELF011	46,14 €	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine
FELF006	46,14 €	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire
FELF003		Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures
FELF008	61,22 €	Transfusion de concentré de globules rouges, à domicile
FELF007	55,62 €	Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à 40 ml/kg, chez le nouveau-né
JQLF001	47,25 €	Transfusion chez le fœtus, par ponction du cordon ombilical
FELF002	55,62 €	Transfusion de produit sanguin labile non érythrocytaire, chez le nouveau-né
FEPF003		Séance d'érythraphérèse thérapeutique avec transfusion de globules rouges [échange érythrocytaire]

Attention :

En fait ces actes ne permettent pas d'augmenter la valorisation des séjours.

La valorisation « apparente » des actes ne sert pas dans la facturation d'une hospitalisation (de jour, ou autre).

Si on code un acte de cette série, il n'est pas nécessaire de code le diagnostic Z5130

En conclusion simple, les codifications d'acte de transfusion sont donc indicatives sans compensation de dépenses supplémentaires.

A) La transfusion simple hors complication (6/6)

ACTE : en REANIMATION ou en situation de transfusion massive

code	(valorisation)	intitulé
FELF004		Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures
FELF001		Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine, au cours d'une intervention sous anesthésie générale ou locorégionale

La situation est différente

Si ces actes ne permettent pas d'augmenter « directement » la valorisation des séjours, en revanche l'acte **FELF004** est un acte marqueur de réanimation dont une seule occurrence suffit à basculer un séjour même court en forfait réanimation (pour une structure autorisée, et avec un patient « grave » IGS \geq 15).

(pour rappel Forfaits 2023 : en Soins Intensifs : SI = 484,21 €/jour , en Réanimation : REA = 967,28 €/ jour ou SI issu de Réa = 484,21 €/jour)

Donc ici un patient en REANIMATION, avec une transfusion massive amène → + 484,21 €/jour

Le code FELF001 est destiné plus à un contexte de chirurgie mais n'apporte aucune revalorisation.

Si on code un acte de cette série, il n'est pas nécessaire de code le diagnostic Z5130

En conclusion simple, en cas de situation de réanimation, FELF004 suffit à basculer en général en mode réanimation, dont le forfait journalier est plus intéressant de 484,21 €/jour.

B) La transfusion et complication(s) (1/2)

Donc uniquement Hospitalisation Hors hôpital de jour

Les diagnostics de complications seront codés en diagnostic associés (DAS) et pourront amener à des sévérités croissantes augmentant la valorisation du séjour en parallèle d'une prise en charge médicale qui se complexifie.

- Frissons hyperthermie R509 (sev1) ou infection ? T802...sev 2
- Urticaire L500 (sev1)
- Choc hémolytique si hémolyse sans choc T808 (Hémolyse Aigue post Transfusionnelle sev1)
si choc = D599 Choc hémolytique (Anémie hémolytique acquise) sev2
- Choc anaphylactique cf T80x (Complications consécutives à une transfusion)

T800	Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	2
T801	Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	2
T802	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	3
T803	Réaction d'incompatibilité ABO	1
T804	Réaction d'incompatibilité Rh	1
T805	Choc anaphylactique dû au sérum	1
T806	Autres réactions sériques	1
T808	Autres complications consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	1
T809	Complication consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion, sans précision	1

- Œdème pulmonaire lésionnel J81 (sev3)

B) La transfusion et complication(s) (2/2)

Donc souvent des sévérités de type 1

mais parfois des épisodes plus graves sévérité 2 et 3

Attention, pour rappel, uniquement valorisables en hospitalisation conventionnelle)

Et... aussi à titre de rappel... un code diagnostic associé apportant

- une sévérité 2 ne compte qu'en cas de séjour d'une durée ≥ 3 nuits
- une sévérité 3 ne compte qu'en cas de séjour d'une durée ≥ 4 nuits

T800	Embolie gazeuse consécutive à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	2
T801	Complications vasculaires consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	2
T802	Infections consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	3
J81	Oedème pulmonaire [Oedème pulmonaire lésionnel]	3

C) En dehors de la transfusion

Les cas seront très similaires au cas de la transfusion

Si au cours hospitalisation, sans complications, soit codage diagnostic, soit parfois acte

Si en Hôpital de jour, parfois groupage spécifique (Aphérèse), soit groupage liée à la pathologie

On retient

Z5131 Séance d'aphérèse sanguine → 28Z16Z Aphéreses sanguines en séances 1436,43€ pub 718,24€ priv

Administration de produits dérivés du sang

- Troubles de la coagulation (ex hémophilie...) ex administration de Kanokad® (PPSB)
à titre indicatif soit pathologie / soit R58 (hémorragie) GHM 05M23T (2023 = 667,09€ public)
- Perfusion d'immunoglobulines
à titre indicatif soit pathologie / soit Z291 (Immunothérapie prophylactique) GHM 23M14Z (2023 = 551,81 €)
- Fer (Ferinject , Anémie) → abordé dans la prochaine présentation
- Autres ?
- Enfin un autre sujet à aborder, la gestion des hémorragies importantes....

C) En dehors de la transfusion

En fait la transfusion en cas d'hémorragie sévère ou non pose 2 questions

- 1) La prévention de ces gestes « hémorragiques » connus → on arrive sur une notion de préparation
 - a) Gestion des autotransfusions
 - b) Fer injectable (cf Diaporama suivant)
 - c) PBM (cf diaporama suivant)
 - d) Et donc RAAC (ou Récupération Améliorée Après Chirurgie) qui demande un parcours de soins et donc la Tarification s'envisage non pas sur un séjour, mais sur un parcours incluant des venues multiples et une prise en charge multiple

- 2) LES HEMORRAGIES SEVERES
 - a) Bien sûr on revient à la situation transfusion et complications
 - b) On a aussi la gestion complexes des consommations de facteurs qui va amener à des situations cliniques ou a des gestes de chirurgie salvatrices
 - c) Mais de plus en plus on a affaire à des solutions techniques très chères qui ne sont pas forcément remboursées en « SUS » du GHS, or il est nécessaire de penser à un cadre de financement. (pour exemple l'hémorragie du post partum immédiat...)

La réponse simple

un acte transfusionnel « prévu » peut il être réalisé à l'issue d'une séance d'hémodialyse sans souci ?

NON

effectivement une séance ne contient qu'un seul type de prise en charge ici la séance d'hémodialyse. *La transfusion « prévue » sera un deuxième geste distinct, même réalisée le même jour « pour confort du patient »*