

# FICHE MÉDICALE DE RECUEIL DU PRATICIEN CONSEIL (une fiche par RUM)

(à transmettre au médecin du DIM avant concertation)  
Seul le recodage impactant la facturation est renseigné

Établissement : CLINIQUE D'ARCACHON		FINESS : 330780206	Date début contrôle : 13/02/2018
N° champ : 1	Libellé champ de contrôle : Champ 1 : séjours ayant des caractéristiques communes séjours de niveau 2 3 et 4 mono RUM		N° OGC : 76
Dossier manquant : 0		Dates du séjour : 05/04/2016 au 11/04/2016	

Données du séjour	Âge	Sexe	Date nais.	Durée séjour	Mode entrée	Provenance	Mode sortie	Destination	Nb RUM	Nb DPI	Nb séances	Psy E&B;	Psy D.S
Établissement	54	2		6	8	8	8	0					
Recodage	54	2		6	8	8	8	0					

Données du RUM	Éts détails SP	UM	IGS II	Durée RUM	Nature suppl.	Nb suppl.
N° RUM Établissement : 1/1	0	40 C	II	6	du 05/04/2016 au 11/04/2016	
N° RUM Recodage : 1/1	0	40 C		6	du 05/04/2016 au 11/04/2016	

Codage de l'Établissement				Recodage	
DP	F329	EPISODE DEPRES. SAI		C189	
DR	F329			C189	
DAS	Code	Pos	Libellé	Code	Pos
	Z511	3	SEANCE DE CHIMIOThERAPIE POUR TUM.	C189	

Actes	Code	Pos	Libellé	Code	Pos

GHM établissement : 19M113	GHS établissement : 7086	GHM après recodage : 17M061	GHS après recodage : 6487
Praticien conseil			Médecin DIM
Recodage impactant la facturation : oui		Accord [X] Désaccord [ ]	
GHS injustifié : non			
Nom du praticien conseil responsable du codage :			
Dr VIGNAL			

En fonction des DR/DR et actes retenus par le PC, seul le recodage d'une des CMA les plus élevées ayant une incidence sur le GHM est sur la facturation des suppléments sera renseigné. Hors RCI injustifié avec actes externes, seuls les actes classants seront recueillis.

## CONCERTATION 1/2 — Argumentaire du médecin contrôleur

**Date :** 13/03/2018

**Argumentaire :**

124 : La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 21 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 22 février 2008. En préalable, chapitre VI, paragraphe 1.2 : « Les circonstances du diagnostic préalable n'importent pas (...) La situation de traitement est présente lorsque le diagnostic de l'affection est fait au moment de l'entrée du patient dans l'unité médicale et que l'admission a pour but le traitement de l'affection. » Le non-respect des règles porte sur le diagnostic principal (DP) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Le DP n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre VI, paragraphe 1.2.1 : « La dénomination traitement répétitif rassemble les traitements qui, par nature, imposent une administration répétitive. (...) Dans les situations de traitement répétitif le codage du DP utilise des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (codes Z >). [Règle T1]. La règle est la même si la prise en charge, incidemment, n'a lieu qu'une fois : c'est la nature du traitement qui est prise en considération. (...) Les séjours pour chimiothérapie, radiothérapie, transfusion sanguine, aphérèse sanguine, oxygénothérapie hyperbare, injection de fer (pour carence martiale) qu'il s'agisse de séances ou d'hospitalisation complète, doivent avoir en position de DP le code adéquat de la catégorie Z51 de la CIM10. » Au vu des éléments présents dans le dossier du patient, alors que l'admission a été motivée par un traitement correspondant à la définition de traitement répétitif, l'établissement n'a pas retenu en DP le code du chapitre XXI de la CIM-10 en Z imposé par l'annexe II.

## CONCERTATION 2/2 — Décision finale

<b>GHS initial :</b> 7086	<b>GHS avant concertation :</b> 6487	<b>GHS final après concertation :</b> 6487
---------------------------	--------------------------------------	--

**Décision :** Maintien de l'avis initial du médecin contrôleur

**Date de concertation :** 13/03/2018