

Troisième Comité technique HAD Visioconférence Paris-Lyon – Mardi 05/07/2011

Pièces jointes : présentation de l'ATIH.

Participants

ATIH : Joëlle DUBOIS, Sandra GOMEZ, Housseyni HOLLA, Françoise MEGAS

CNAMTS : Michel ARENAZ

CNIM : Emmanuel HORNUS (centre hospitalier du val d'Ariège)

DREES : Hélène VALDELIEVRE

FEHAP : Samah BEN ABDALLAH (conseiller santé social du pôle sanitaire), Éric DUBOST (directeur de Soins et santé, Rillieux-la-Pape)

FFCLCC : Frédéric GOMEZ (DIM Centre Léon Bérard Lyon)

FHF : Françoise LAPIERRE (DIM CHU Grenoble), Michèle DESCHAMPS (Adjointe, Pôle Finances et BDHF)

FHP : Michel COUHERT (Directeur de la Stratégie, des Affaires Économiques et Réglementaires)

FNEHAD : Olivier PAUL (délégué national), Bruno LAPIERRE (DIM CH de Villefranche-sur-Saône)

Excusés : Valérie-Jeanne BARDOU (FFLCC), Carmen FUERTES GERMAIN (DGOS), Laure-Marie ISSANCHOU (DSS), Sabine LABATUT (CNAMTS), Jean-François NOURY (ATIH), Elisabeth RICHARD (CNAMTS), Richard OUIN (FHP), Nathalie SANCHEZ (FHF)

Ordre du jour de la réunion

1. Validation du compte-rendu de la réunion précédente
2. Activité HAD 2010, rapports 2009 & 2010
3. Propositions de modifications de la classification des GHPC pour 2012
4. DATIM HAD 2011
5. Points divers

1- Validation du compte-rendu de la réunion précédente

1-1 Validation

- ✓ Le compte-rendu (CR) du précédent comité technique HAD (09 février 2011) est **validé** par l'ensemble des participants.
- ✓ *S Gomez* (ATIH) précise qu'à l'issue du dernier comité, un addendum a été rajouté au CR pour 1) revenir et confirmer les résultats d'activité présentés par l'ATIH le 09/02/2011 et 2) reprendre le mail adressé le 14 février 2011 par l'ATIH (J-F Noury) aux membres du comité technique sur la synthèse des remarques et des dernières modifications proposées au guide méthodologique 2011.
- ✓ *O Paul* (FNEHAD) signale que d'après l'éditeur de logiciel DIXIT, les tableaux MAT2A ne mentionnent pas les séquences pour lesquelles il y a un/des acte(s) CCAM.
- ✓ Le GHPC 9999 (erreur) pouvant être dans le respect du Guide méthodologique (ex. pour la plupart des alertes non bloquantes signalées par la fonction groupage¹), *B Lapierre* (FNEHAD)

¹ A l'exception d'une association MPP x MPA « inhabituelle » donnant lieu à l'erreur non bloquante 530 pour laquelle un GHPC* et un GHT sont attribués

s'étonne que l'ATIH fasse l'analyse de l'activité HAD hors des séquences groupées en erreur par la fonction groupage. L'ATIH maintient son choix d'analyser l'activité hors séquences erreur et d'analyser à part les GHPC groupés en erreur, que ceux-ci correspondent à des séquences bloquées et non valorisées (GHPC 9999 + GHT 99) ou à des séquences en alerte non bloquées et valorisées (GHPC 9999 + GHT attribué).

1-2 Publication des CR des comités techniques HAD

- ✓ Dans un souci de transparence vis-à-vis des professionnels de l'information médicale impliqués dans le champ HAD, l'ATIH exprime son souhait de **publier le compte-rendu des comités techniques HAD pléniers sur son site internet**. Cette proposition est retenue par les participants avec effet rétroactif aux deux précédents comités techniques HAD (CR du 20 décembre 2010 et CR du 09 février 2011).
- ✓ Afin que le compte-rendu des comités techniques pléniers puisse être mis à disposition sur le site internet de l'agence dans un délai rapide après les réunions, un nouveau mode de validation de ces documents est adopté : après transmission par mail de l'ATIH d'une première proposition de CR, les membres du comité disposeront de 15 jours pour faire état de leurs éventuelles remarques ; ces remarques seront prises en compte dans la version définitive du CR qui sera publiée sur le site internet de l'ATIH ; cette publication interviendra quelques jours après que cette version ait été adressée pour ultime relecture aux membres du comité plénier.

2- Résultats de l'activité d'HAD en 2010

- ✓ *F Megas* (ATIH) présente un **panorama de l'activité d'HAD en 2010** :
 - analyse globale des séjours d'HAD
 - analyse des séjours d'HAD pédiatrique
 - analyse de séjours groupés en « erreur » (GHPC 9999)
 - le recueil des actes CCAM en 2010
- ✓ **Les principaux résultats des analyses descriptives montrent que :**
 - en 2010, l'activité d'HAD a poursuivi sa progression (+10% environ entre 2009 et 2010) : 292 établissements pour approximativement 149 000 séjours et 3 453 000 journées consacrées à 95 000 patients ; en pédiatrie, la progression annuelle est plus modeste (2%) : 11 800 séjours et 138 000 journées consacrées à 6 700 patients
 - les patients pris en charge en HAD sont le plus souvent et comme en 2009, des patients lourds, algiques et parfois en fin de vie (3 principales associations : 04-Soins palliatifs X 00-Pas de protocole associé, 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 00-Pas de protocole associé, 09-Pansements complexes et soins spécifiques X 14-Soins de nursing lourds correspondant aux prises en charge des principaux diagnostics décrits (DP) : ulcères, escarres, tumeurs et soins palliatifs)
 - en pédiatrie, les 3 principales associations sont 1) pour les enfants < 1an : 22-Prise en charge du nouveau né à risque X 00-Pas de protocole associé, 15-Education du patient et de son entourage X 00-Pas de protocole associé, 15-Education du patient et de son entourage X 25-Prise en charge psychologique et/ou sociale, 2) pour les enfants ≥ 1an : 13-Surveillance post chimiothérapie X 00-Pas de protocole associé, 01-Assistance respiratoire X 06-Nutrition entérale, 08-Autres traitements X 00-Pas de protocole associé
 - les actes CCAM sont rarement décrits par les établissements lors des séjours d'HAD (pour approximativement 149 000 séjours en 2010, moins de 2% décrivent au moins 1 acte) ; en revanche quand les actes d'un séjour sont décrits par 1 établissement, ils le sont a priori complètement : en moyenne 11 actes sont décrits/séjour comprenant des actes
 - les 3 premiers MPP où des actes sont décrits (totalisant approximativement 60% des 27 000 actes décrits) sont : 06-Nutrition entérale, 04-Soins palliatifs, et 01-Assistance respiratoire ; pour ces trois MPP, un voire deux actes représentent l'essentiel des actes mentionnés :

- dans 86% des cas de nutrition entérale, l'acte signalé est HSLD0010 *Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures*
- dans 74% des cas d'assistance respiratoire, l'acte signalé est GLLD0030 *Ventilation spontanée au masque facial, par canule nasale ou par sonde nasopharyngée, sans aide inspiratoire, avec pression expiratoire positive [VS-PEP] [Continuous positive airway pressure] [CPAP]*.
- dans 40% des cas de soins palliatifs, l'acte signalé est ANMP0010 *Mise en place et surveillance d'une analgésie contrôlée par le patient [ACP] [PAC]*.

✓ **Rapports d'activité 2009 et 2010** : les rapports d'activité HAD 2009 & 2010 réalisés par l'ATIH reprenant tous les MP étudiés en tant que MPP et MPA sont en cours de finalisation. Ils seront publiés rapidement sur le site de l'ATIH (fin Juillet 2011).

✓ **Points discutés/suggérés** :

1) présentation de l'activité :

- *E Hornus* (CNIM) : 1) intérêt de disposer d'autres indicateurs d'activité que les « journées ». Un indicateur d'activité HAD permettrait de comparer les groupes de patients et devrait idéalement refléter la lourdeur relative (équivalent du point ISA en MCO) ; 2) Il serait intéressant que l'ATIH analyse les effets territoriaux d'une nouvelle implantation d'un établissement HAD, par exemple sur le MCO
- *H Valdelièvre* (DREES) : il serait pertinent, plutôt que donner l'âge moyen des patients tous séjours/MP confondus (ce qui mélange tous les patients pris en charge en HAD, des nouveau-nés aux grands vieillards suivis à domicile ou en EHPAD), de donner les âges moyens par MP
- *O Paul* (FNEHAD) La publication de nouvelles règles à propos des MP dans le Guide méthodologique est toujours suivie d'effets qui peuvent rendre compte de la variabilité observée des résultats d'activité (deux premiers mois vs. les 10 autres mois aussi entre années).

2) guide méthodologique :

- *S Ben Abdallah* (FEHAP) : l'appellation correspondant à un code retour 530 de la FG qui dans le Guide méthodologique désigne une « association MPP x MPA inhabituelle » n'est pas judicieuse puisqu'en 2010 ces associations représentent 8.2% environ des journées d'HAD. Un autre adjectif serait plus adapté dans le prochain Guide méthodologique.

3) actes CCAM :

- *F Lapierre* (FHF) : le recueil des actes n'étant pas tarifant, les éditeurs informatiques (et les établissements) n'y portent que peu d'intérêt. Il serait judicieux que l'ATIH qui rencontre régulièrement les prestataires & éditeurs informatiques insiste auprès d'eux sur l'importance de ce recueil
- *F Gomez* (FFCLCC) : le recueil des actes est très lourd à réaliser par les établissements et cela peut expliquer que certains le fassent très bien et d'autres pas du tout
- *E Hornus* (CNIM) : intérêt potentiel de DATIM HAD ? *S Gomez* (ATIH) insiste sur le suivi mensuel des transmissions qui pointera le recueil des actes
- *B Lapierre* (FNEHAD) : 1) certains actes réalisés en HAD peuvent être décrits au moyen de la CCAM (ex. ponction d'ascite) mais des actes spécifiques devraient pouvoir exister en HAD ; par exemple l'auto-injecteur programmable de morphine (et non la pompe) très souvent prescrit au patient en cas d'association 04-Soins palliatifs X 07-Prise en charge de la douleur (GHPC *correspondant à une association MPP x MPA inhabituelle) n'existe pas dans la CCAM. Sans acte CCAM, l'association peut paraître non justifiée ; 2) il n'est pas toujours simple de disposer du poids exact du patient alité/en soins palliatifs. Or les actes CCAM de nutrition entérale imposent de le connaître. Sans les actes correspondants, est-il possible de justifier certain MP (comme le MP 06-Nutrition entérale) ou ces MP échapperont-ils à la valorisation ?
- *S Ben Abdallah* (FEHAP) : 1) pourquoi recueillir des actes puisque le modèle tarifaire ne le prévoit pas ? 2) La CCAM est globalement inadaptée pour l'HAD ; d'autres nomenclatures doivent permettre de décrire les autres activités (infirmières, rééducation) ;

4) Importance de la description pour comprendre l'activité :

- *M Arenaz* (CNAMTS) : pour que le modèle tarifaire HAD évolue, il faut d'abord que la description des patients et de l'activité soit la plus complète possible (description des patients, de leur prise en charge, des actes, des dates correspondantes et autres variables conformes au dossier médical) ;
- *H Holla* (ATIH) : le dispositif tarifaire de l'HAD est sommaire et l'insuffisance de l'information médicalisée en HAD est notoire. L'HAD qui est une hospitalisation à part entière doit rattraper son retard par rapport au MCO. Plutôt que d'obliger à la description en rendant le recueil des variables obligatoires, l'ATIH mise sur la pédagogie et la coopération : l'agence est d'accord pour rencontrer, avec les fédérations, les prestataires de services informatiques.

3- Propositions de modifications de la classification des GHPC pour 2012

Trois propositions ont été présentées par l'ATIH en Comité technique (cf. présentation ATIH et ci-dessous). Certaines sont concordantes avec celles adressées par mail quelques jours avant le Comité technique par *O Paul* (FNEHAD) (mail du 01/07/2011) et *S Ben Abdallah* (FEHAP) (mail du 04/07/2011). Toutes les propositions/suggestions des fédérations n'ont pas été revues par l'ATIH et traitées conjointement lors du Comité technique.

Toutes les propositions de modifications de la classification des GHPC pour 2012 seront revues lors des deux séances de travail prévues durant l'été 2011 pour poursuivre les travaux classificatoires (cf. § 6).

3-1 Mettre en conformité la FG et le Guide HAD pour les 7 MPP qui doivent être obligatoirement associés à un MPA ?

✓ Cela a représenté environ 9 200 J en 2010 et les MPP concernés sont :

- MPP 01 Assistance respiratoire
- MPP 02 Nutrition parentérale
- MPP 06 Nutrition entérale
- MPP 11 Rééducation orthopédique
- MPP 12 Rééducation neurologique
- MPP 14 Soins de nursing lourds
- MPP 17 Radiothérapie (Surveillance de radiothérapie en 2010).

✓ Proposition de l'ATIH : dès mars 2012, et pour être en conformité avec le Guide méthodologique qui précise que ces MPP doivent être obligatoirement associés à un MPA autorisé, les séquences où ces MPP ne seront pas associés donneront lieu à une erreur bloquante et les journées correspondantes seront plus du tout valorisées (GHPC 9999 +GHT = 0).

✓ Discussions

- *S Ben Abdallah* (FEHAP) : a priori pas de remarque
- *B Lapierre* (FNEHAD) donne des exemples de la limite entre les HAD et les SSIAD complexes et fait remarquer par exemple à propos du MPP 14 que, dans sa pratique, celui-ci peut être isolé : en tout début de séjour HAD ou parce qu'une modalité associée autorisée (ex. MPA 06) est provisoirement stoppée pour un motif médical, ce qui signifie dans les deux cas, l'arrêt de l'HAD. *B Lapierre* insiste sur la nécessité de permettre la poursuite d'un projet thérapeutique en HAD même quand les modalités de celui-ci sont temporairement réduites ou interrompues, notamment parce qu'il s'agit parfois de phases de complications ou d'aggravation du patient (exemple sepsis sur la voie veineuse centrale). *B Lapierre* insiste pour que ce cas particulier soit mentionné dans le prochain Guide méthodologique et fait remarquer que la non autorisation du MPP 14 seul pour le type de séquence évoqué peut inciter artificiellement les HAD à coder des associations 14 X 25 ou 14 X 15 alors qu'elles ne sont pas justifiées par la réalité de la prise en charge

- *S Gomez, H Holla (ATIH)* : nécessité pour l'ATIH de mettre en conformité la FG et le Guide méthodologique ; ce qui n'empêche pas, si le Guide (parce qu'il ne décrit pas toutes les situations, les exceptions) et le modèle sont incomplets, qu'il faille les compléter
- *B Lapierre (FNEHAD)* prend aussi l'exemple de l'association 14 X 01 (Soins de nursing lourds X Assistance respiratoire) qui manque actuellement (non prévue) ce peut amener à coder 14 X 00 (Soins de nursing lourds X Pas de protocole associé), ces deux associations étant par ailleurs identiquement valorisées (sur la base du MPP et de l'IK). A partir de cet exemple et sans revenir sur l'intérêt potentiel de l'association 14 X 01 actuellement non prévue, *S Gomez, (ATIH)* insiste sur la nécessité pour l'ATIH, afin de pouvoir faire évoluer la classification, de disposer de la réalité des prises en charge, ce que permet le Guide (cf. Appendice A, § 2²) : dans le cas réel d'une association 14 X 01, il faut décrire 14 X 01 et non 14 X 00 même si ces deux associations sont identiquement valorisées.

3-2 Prévoir de nouvelles associations ?

- ✓ Pour *B Lapierre (FNEHAD)*, l'exemple cité plus haut de l'association actuellement non prévue 14 X 01 (Soins de nursing lourds X Assistance respiratoire) (cf. § 3-1) montre qu'il y a peut être lieu de prévoir un nouveau GHPC et un nouveau GHT pour 2012.

3-3 Elargissement de la liste des GHPC aux associations asymétriques ?

- ✓ **Rappel** : il s'agit d'associations MPP X MPA non prévues dans les deux sens dans la liste des GHPC :
 - A x B prévu, mais pas B X A (83 associations au total) : Ex. 01 X 13 prévu et pas 13 X 01 ; 04 X 05 prévu et pas 05 X 04
 - De mars à décembre 2010, cela représente 2 617 J et les 2 principaux exemples (69% du total) ont été détaillés (cf. présentation ATIH) : association 14 X 01 (Soins de nursing lourds X Assistance respiratoire) et association 21 X 10 (Post-partum pathologique X Post traitement chirurgical)
 - Question de l'ATIH : faut-il ouvrir la liste des GHPC à ces associations asymétriques ?
 - Proposition de l'ATIH : a priori non, mais Il faut revoir toutes les combinaisons A x B et B x A en groupe de travail en considérant les plages d'IK respectives, les DP, les DA et les actes décrits en 2010 pour comprendre la typologie des patients et des prises en charge associées.
- ✓ **Discussions**
 - *B Lapierre (FNEHAD)* reprend l'exemple des soins de nursing lourds associés à de l'oxygénothérapie + kinésithérapie ; en pratique, l'association 14 X 01 (Soins de nursing lourds X Assistance respiratoire) pourra être codée 01 X 14 (Assistance respiratoire X Soins de nursing lourds) alors que cette association ne correspond pas à la réalité de la prise en charge. Quant à l'association 10 X 21 (Post traitement chirurgical X Post-partum pathologique), elle est plus valorisée que MPP 10 seul.
 - *E Hornus (CNIM)* : si le codage des diagnostics (principaux et associés) ne permet pas de faire la différence entre 10 X 21 (association prévue : Post traitement chirurgical X Post-partum pathologique) et 21 X 10 (association actuellement non prévue : Post-partum pathologique X Post traitement chirurgical), il faut demander l'avis aux sociétés savantes sur ce qui les différencie ; si rien ne les différencie, pourquoi une association est possible et pas l'autre ?
 - *M Arenaz, (CNAMTS)* insiste pour que les établissements ne confondent pas description de l'activité et la tarification des GHPC (on peut décrire l'association 14 X 01 même si elle n'est pas tarifée pour l'instant).

² « L'enregistrement dans les résumés par sous-séquence (RPSS) de combinaisons de MPP et MPA et IK ne figurant pas dans la liste des GHPC de l'appendice C est prévu. »

3-4 Elargir certaines plages d'IK pour les patients très dépendants ?

- ✓ En 2010, l'ATIH a dénombré 132 008 J pour lesquelles une association MPP X MPA était autorisée mais pour lesquelles les IK décrits étaient en dehors des plages prévues ; les trois principales associations observées sont :
 - 14³ X 12 (Soins de nursing lourds X Rééducation neurologique)
 - 09 X 00 (Pansements complexes et soins spécifiques X Pas de protocole associé)
 - 14 X 25 (Soins de nursing lourds X Prise en charge psychologique et/ou sociale).
- ✓ Pour ces trois associations, l'ATIH propose d'élargir l'association aux valeurs d'IK manquantes pour des patients très dépendants et ne pas créer les GHPC correspondant à des valeurs d'IK a priori extrêmes ou aberrantes (10% ?, 60% et plus) :
 - IK = 30%, « *patient est sévèrement handicapé* »
 - IK = 20%, « *patient, très malade, nécessitant un traitement de soutien actif* » ?
 - IK = 10%, « *Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement* ».

Pertinence ?
- ✓ De façon plus globale l'ATIH suggère de revoir rapidement en juillet et août 2011 en groupe de travail, la possibilité ou non d'élargir la liste des GHPC pour quelques associations de MP pour lesquelles les plages d'IK actuellement prévues peuvent paraître trop étroites au vu de la réalité déclarée. Les suggestions adressées par les fédérations seront aussi revues lors des deux séances de travail sur la classification prévues durant l'été 2011 (cf. § 6).
- ✓ Discussions
 - F Lapiere (FHF) : pour une analyse de ces associations et de la dépendance, il faut aussi considérer l'analyse des AVQ relativement aux IK.

4- DATIM HAD

- ✓ F Megas (ATIH) présente l'essentiel des 23 tests constituant l'outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RAPSS (cf. détails dans la présentation de l'ATIH). Des exemples détaillés de RAPSS correspondant à 2 tests positifs sont détaillés : test 141 : Nombre de séquences avec une association MPP X MPA non autorisée, test 232 : Nombre de séjours de plus de 23 jours avec un nombre de séquences élevé.
- ✓ La mise en ligne de DATIM est prévue par l'ATIH pour M9 2011, c'est à dire début octobre 2011. La diffusion du Guide de lecture DATIM et des tables est habituellement faite au moment de la mise en ligne sur le site.
- ✓ Discussion : E Hornus (CNIM) suggère la diffusion préalable des algorithmes avant mise en ligne de DATIM prévue pour M9 ce qui serait utile à la fois aux établissements d'HAD mais aussi aux sociétés prestataires de services informatiques.

³ Le MPP 14 Soins de nursing lourds, associé, n'est prévu que pour des patients dont l'IK est compris entre 40% et 50% (IK 40% : « Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers » ; IK 50% « Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents »).

5-Points divers : tour de table des autres sujets d'intérêt

5-1 COPIL HAD

- ✓ *H Holla* (ATIH) informe les membres du Comité technique HAD de la **décision de la DGOS de regrouper le COPIL HAD au COPIL MCO**. Ainsi la dernière réunion du COPIL MCO-HAD a eu lieu le Lundi 04/07/2011 et la FNEHAD était représentée par Mr O Paul. Aucun sujet en rapport avec l'HAD n'était soumis à arbitrage ou à présentation particulière. Il reviendra bien au comité technique HAD de faire la synthèse des points techniques qu'il souhaitera porter à l'arbitrage du COPIL ; les arbitrages de type « campagne » ne se feront jamais en Comité technique HAD mais bien en COPIL MCO-HAD.
- ✓ *O Paul* (FNEHAD) et *S Ben Abdallah* (FEHAP) prennent acte de la décision de la DGOS, et font part de leur étonnement relatif à cette décision pour laquelle ils n'ont pas souvenir d'avoir été informés (FEHAP) et qu'ils jugent déséquilibrée au vu des enjeux de l'HAD ; la FNEHAD et la FEHAP réitèrent leurs attentes pour que l'HAD ne soit pas marginalisée au prochain COPIL MCO-HAD.

5-2 Liste de médicaments facturables en sus

O Paul (FNEHAD) signale que la nouvelle liste commune de spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation MCO et HAD et récemment publiée sur le site de l'agence⁴ n'est pas adaptée aux prises en charge HAD. Ce point doit être signalé à la DGOS afin d'obtenir une **liste spécifique**. La FNEHAD signale qu'une enquête sur l'utilisation des molécules onéreuses en HAD est en cours.

5-3 Référentiels HAS en HAD

- ✓ A la demande de la DGOS et de la FNEHAD, les **premiers référentiels de l'HAS (ou Recommandation de Bonne Pratique) sur des prises en charge en HAD datés d'avril 2011 ont été publiés sur le site de l'HAS le 28/06/2011**⁵. Ils concernent les « situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum ».
- ✓ Le **Guide méthodologique 2012 devra en tenir compte**, en particulier dans l'appendice F du Guide méthodologique où sont définis les MP⁶ et leurs contenus parfois imprécis. D'autres référentiels sont à venir.
- ✓ L'Assurance maladie (*M Arenaz*) a noté avec intérêt la publication de ces documents ; cependant elle a aussi noté que **des imprécisions subsistent** sur les propositions de la HAS concernant la fréquence recommandée des visites et qu'elles peuvent conduire à interprétation, ce qui justifie selon elle que des précisions soient apportées par les professionnels. Par ailleurs, l'Assurance maladie insiste sur **l'importance dans ces MP (et de façon plus globale dans tous les MP) de la description précise des patients (DP, DA) et des actes**.

⁴ <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000028FF>

⁵ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum?xtmc=HAD&xtcr=8

⁶ MP 19 : Surveillance de grossesse à risque, MP 20 : Retour précoce à domicile après accouchement (ancien libellé jusqu'en 2009 : Post-partum physiologique), MP 21 : Post-partum pathologique.

5-4 Bases chaînées

Etude des filières et des prises en charge avec le chaînage MCO-HAD : l'ATIH diffuse les bases PMSI (chaînage des séjours patients possible si autorisation de la CNIL). Les demandes doivent être adressées à demande_base@atih.sante.fr.

5-5 ENC HAD

Apport des résultats bientôt accessibles de l'ENC HAD dans la hiérarchie des coûts par et entre GHPC, dans l'interprétation de la classification actuelle des GHPC et dans la confrontation des coûts des GHPC et des tarifs établis par l'ATIH.

6- Prochaines réunions

6-1 Groupe de travail technique

- ✓ **Objet** : Suite des discussions techniques sur les propositions de modifications de la classification des GHPC et des modifications à apporter au Guide méthodologique pour 2012
- ✓ **Participants** : ATIH, DGOS, DSS, CNAMTS, médecins DIM nommés par les fédérations
- ✓ **Date 1** : mercredi 20 juillet 2011 de 10H à 13H en visioconférence à l'ATIH (Lyon et Paris).
- ✓ **Date 2** : lundi 05 septembre 2011 de 10H à 13H en visioconférence à l'ATIH (Lyon et Paris)

6-2 Comité technique HAD

- ✓ **Date (à confirmer)** : mercredi 28 septembre 2011 de 10H à 13H l'antenne parisienne de l'ATIH.