

Version 11 des GHM



- Rappel des travaux de fond
- Présentation des modifications



Les grandes modifications de la version 11 des GHM

- Les CMA
 - refonte de la liste
 - augmentation du nombre d'exclusions DP/CMA
 - mise en 3 niveaux de sévérité
- La suppression de la CM 24 (< 2jours)
- La création d'une centaine de nouvelles racines



Les grandes modifications de la version 11 des GHM

- Suppression des groupes *Actes sans relation avec le DP*
- Nouvelle définition du diagnostic principal
- Nouvelle définition du DAS
- Le double codage † / *
- Le *case-mix* en racines de GHM



Quelques choix méthodologiques

- Pour les CMA
 - Travailler en durée et non en coût
 - N'utiliser que les CMD « standard »
 - Rendre inéligible un certain nombre de codes
 - Mettre au point trois critères pour qu'un code soit éligible
 - Ajouter des conditions d'accès aux niveaux (durée) et des équivalences d'âge
- Pour la suppression de la CM 24
 - Lecture aisée de l'activité ambulatoire
 - Ne pas laisser des taux significatifs de séjours très courts dans des GHM à DMS plus élevée



Réalisation des listes d'exclusions

- À généraliser pour tous les codes niveau 4 caractères
 - Pour être à égalité avec les CMA version 10
 - Pour pouvoir rechercher un effet survalorisant non masqué par la redondance de codage
- Choix d'une méthode automatisée
 - Liste des codes CIM non éligibles à l'effet CMA
 - Écriture de règles en ajoutant de l'expertise médicale
 - Transposition des anciennes règles
 - Création de nouvelles règles (DP/DAS, GHM/DAS)
 - Résultat : -1M de couples (CMA V10) à + 8,8M (CMA V11)
- Validation médicale par lecture de RSA (environ 100 000)
 - Exclusions en trop avec durée longue dans un niveau bas
 - Exclusions manquantes avec durée courte dans un niveau élevé

Étape
fin V11



Les 3 critères pour être une CMA

Ex : B00 Infection par le virus de l'herpes

base publique (2005 + 2006) hors CM 14 15 24 25 26 27 28 90

code	Nb GHM		Nb RSA		Nb jour en +		%age en +		Effet Isolé	Effet brut	Effet « Fetter »		
B00.0	68	116	4.3	56	26	40	0.5	8	----- x-----			Eczéma	
B00.1	164	741	7.4	93	79	183	0.5	7	----- x-----			Derm. Vésic.	
B00.2	107	437	5.3	75	33	87	-0.4	-8	----- -----			Stomatite	
B00.3	3	41	94	10.1	119	34	65	5.4	65	----- xxxxxxx---		OK	Méningite
B00.4	3	40	116	15.6	192	14	25	5.9	82	----- xxxxxxxxx---		OK	Encéphalite
B00.5	65	224	2.2	32	20	110	0.3	5	----- ---			Aff. oeil	
B00.7	3	24	58	40.1	414	24	58	40.1	414	----- xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx		OK	Disséminée
B00.8	1	78	160	11.2	138	57	110	5.2	67	----- xxxxxxxx--- ---		OK	Autres
B00.9	153	625	9.8	125	88	234	1.7	25	----- xx-----			NON SAI	

Effet brut

Effet Isolé



La refonte des CMA : différences intersecteurs pour le nombre de codes qui sont CMA

Global	Privé	public	total
+	+	+	1691
		-	47
	-	+	1382
		-	45
-	+	+	4
		-	55
	-	+	93
		-	104
total			3421



Les CMA nouvelles et perdues

- CMA perdues : 1000 sur les 2000 existantes
- CMA gagnées : 2000

- CMA perdues B15.9, B18, E11.5..., E24 (Cushing), F10.0, I20.1, I20.8, I20.9, N70.0
- CMAS perdues I34, I35, I36, B15.0

- CMA nouvelles J20, J21, K22.1, K22.2, G93.2 (HTIC bénigne), M90.7....

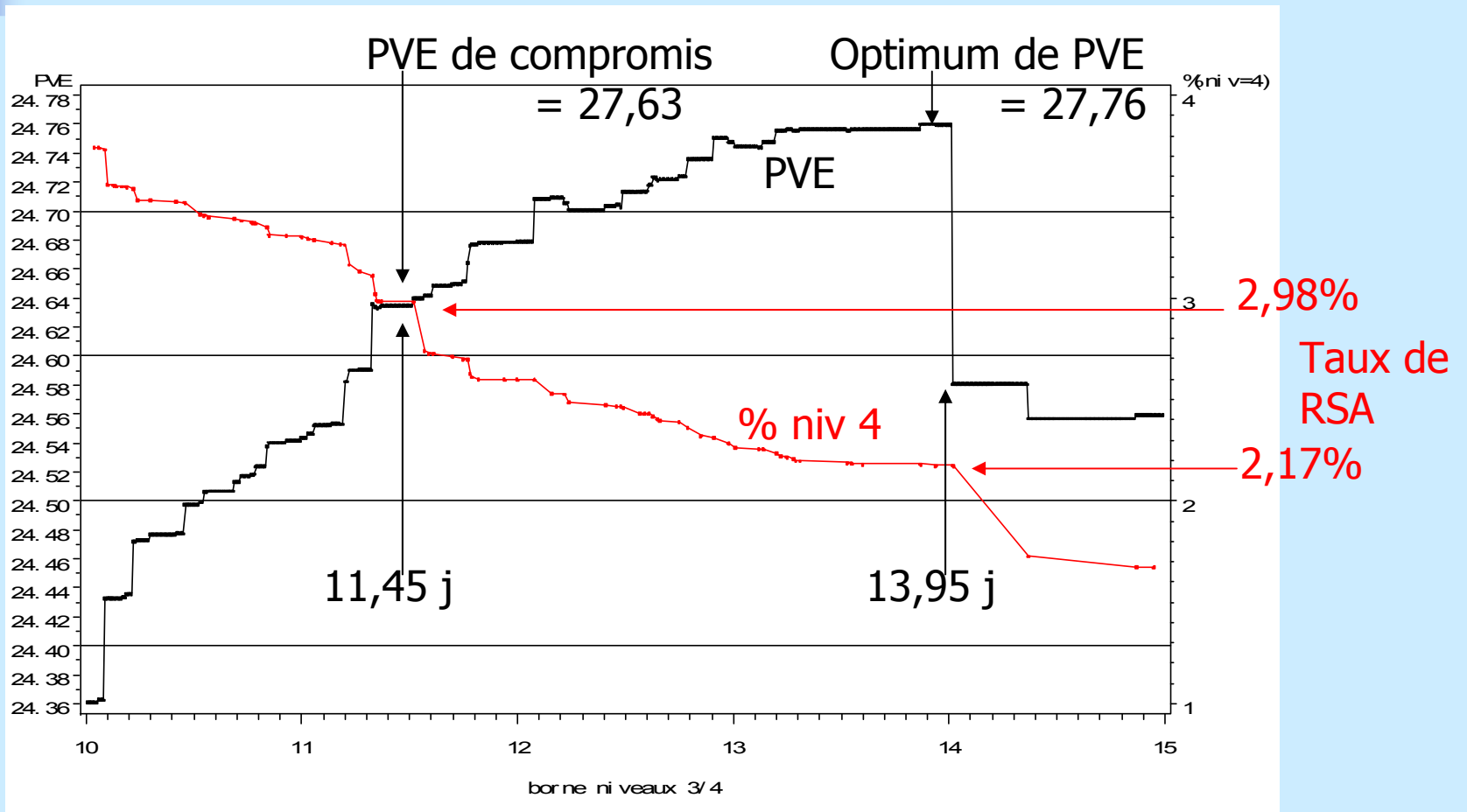


Mise en classes de sévérité

- Validation des 4 niveaux (le 1er est « sans CMA ») à toutes les racines éligibles à l'effet CMA
 - Important pour inciter à la prise en charge des patients lourds
 - L'alternative est la solution australienne
- Étape statistique importante pour trouver les seuils produisant \uparrow PVE la + importante
- Analyse médicale des 3 listes obtenues
 - Bonne cohérence niveau/contenu médical
 - Pas assez de codes dans le niveau le + élevé
 - Modification du seuil avec légère perte de PVE



Où mettre le curseur entre niveaux 3 et 4 ? Cas du secteur public avec le coefficient public



base publique (2005 + 2006) hors CM 14 15 24 25 26 27 28 90

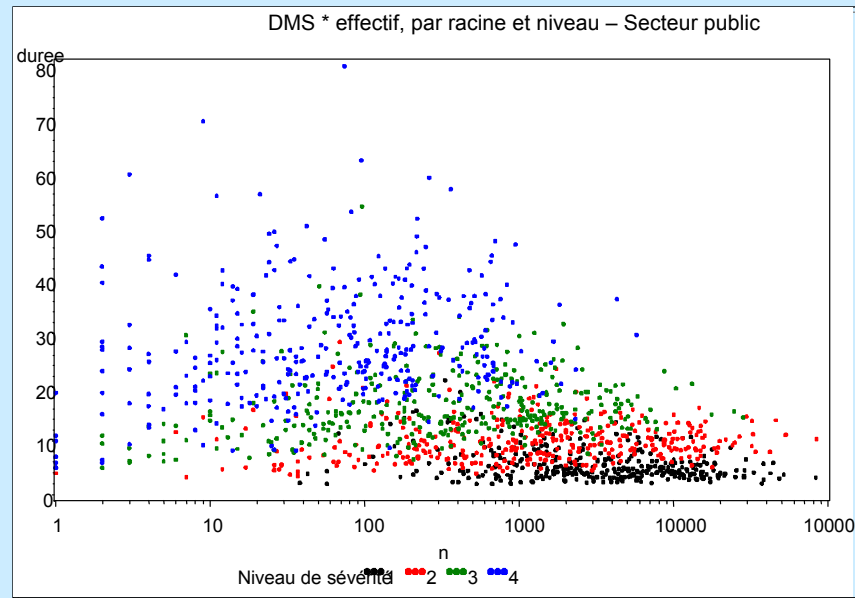
Quelques PVE sur la durée

Facteurs	Public		Privé	
	Nb de groupes	PVE	Nb de groupes	PVE
GHM V10	559	20.01	557	30.73
CMD	19	2.4	19	5.1
Sous CMD	43	3.9	43	7.1
racines	355	13.6	353	26.1
Niveau de sévérité	4	19.9	4	20.2
Niveau x CMD	76	21.3	76	23.1
Niveau x sous CMD	170	22.9	170	24.8

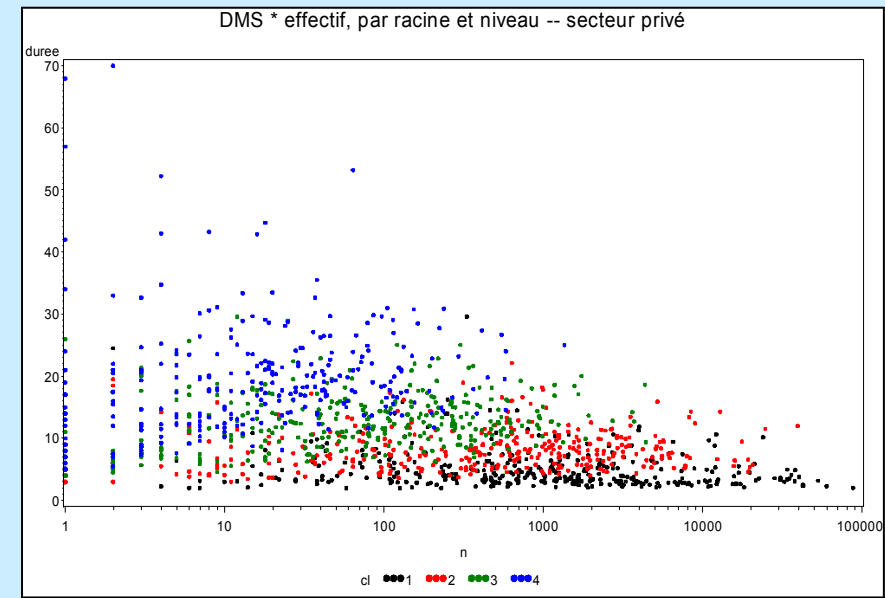
bases hors CM 14 15 24 25 26 27 28 90



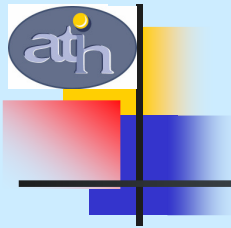
Étude de la DMS par effectif pour chaque nouveau groupe



secteur ex DGF



secteur ex OQN



Répartition des séjours selon le niveau de sévérité et le type d'établissement : secteur ex-DGF

Type	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CH	1402610	660267	304250	91767	57.0	26.9	12.4	3.7	49.3	70.2	75.0	75.3
CHR	967736	322482	164926	63536	63.7	21.2	10.9	4.2	47.5	62.6	64.9	64.9
CLCC	64789	16699	8143	2199	70.6	18.2	8.9	2.4	54.0	59.9	59.1	60.7
PSPH	213115	88313	40247	12226	60.2	25.0	11.4	3.5	53.1	69.1	74.3	73.9

Base publique hors obstétrique, néonatalogie, séjours <2 jours, séances



Répartition des séjours selon le niveau de sévérité et la concentration de racines de GHM : secteur ex-OQN

Nombre racines ↓	Effectif par niveau				Fréquence par niveau				Age moyen par niveau			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1-9	42637	5767	1141	126	85.8	11.6	2.3	0.3	55.2	65.8	72.1	69.1
10-19	101204	19037	4829	1014	80.3	15.1	3.8	0.8	54.3	70.5	75.9	72.6
20-29	138442	26834	6870	1395	79.8	15.5	4.0	0.8	53.5	71.0	75.9	75.4
30-39	254142	58270	15670	3329	76.7	17.6	4.7	1.0	54.7	71.8	75.1	74.7
40-49	407471	98650	28396	7149	75.2	18.2	5.2	1.3	54.7	71.1	74.3	73.9
>49	691588	200048	64416	16953	71.1	20.6	6.6	1.7	53.8	71.2	74.8	74.1

Base privée hors obstétrique, néonatalogie, séjours <2 jours, séances

Conditions d'utilisation des CMA

- Durées minimum pour chaque niveau
- Équivalences « âge »
 - 3 tranches d'âge > 69 ans, > 79 ans et < 2ans
 - < 2 ans → niveau 1 à niveau 2 si durée correcte
 - > 69 ans → niveau + 1 sauf pour niveau 4
 - > 79 ans → niveau + 1
 - Effet adapté à chaque racine de GHM
 - L'âge peut n'avoir aucun effet
 - L'effet existe si la durée est conforme
- Équivalence « décès » : niveau 1 → 2
- Les exclusions (anciennes et nouvelles)



Validation des travaux de CMA et niveaux

- Lecture d'environ 100 000 RSA
 - Niveau 4 très correct
 - Niveau 3 correct
 - Niveau 2 à surveiller de près
 - Niveau 1 avec des séjours qui seront en niveau 2, 3 (plus rarement 4) avec les CMA V11 bien codées
- Analyse des niveaux par racine
 - En effectifs : hiérarchie respectée sauf GHM très lourds
 - En coûts bruts : hiérarchie respectée
 - En case-mix

La suppression de la CM 24

- Création de GHM de chirurgie ou de techniques interventionnelles en ambulatoire (J en fin de code)
 - Strictement sans nuitée
 - Chaque fois que l'effectif le permettait et que l'activité était conforme à ce mode de prise en charge
- Création de GHM de très courte durée (T en fin de code)
 - Destinée aux racines d'activité médicale
 - Trois types : 0, 0-1 ou 0-2 jours (en fait, nuitées)
 - Justifiés médicalement et par la DMS du niveau 1



La création de nouvelles racines

- Pour segmenter des racines chirurgicales sur la notion de pathologies « froides » ou « chaudes »
- Pour distinguer des interventions ou des pathologies sur la sévérité du diagnostic principal
- Pour augmenter les racines « moins de 18 ans »
 - Soit pour mieux valoriser
 - Soit pour moins valoriser
- Pour isoler des activités (chirurgicales ou médicales) devenues suffisamment fréquentes



Les nouvelles racines de GHM V11

1 Les segmentations « chaud/froid »

exemples

- Embolisation intracrânienne ± hémorragie
- Cholécystectomie ± affections aiguës
- Prothèse de hanche ± traumatisme récent
- Intervention hanche, fémur ± trauma récent
- Itv sur le genou ± traumatisme
- Itv cheville, arrière pied ± fracture

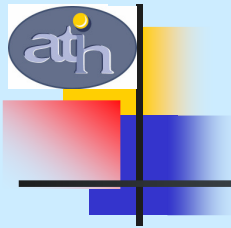


Les nouvelles racines de GHM V11

2. segmentations sur pathologie ou âge

exemples

- Itv intraoculaire \pm affections sévères
- Itv \pm majeure tête et cou
- Itv majeure rachis \pm fracture ou déformation
- Fracture, luxation... jambe \pm 18 ans
- Fracture rachis *versus* luxation
- Trouble métabolique \pm 18 ans *versus* trouble nutritionnel \pm 18 ans
- Infection urinaire \pm 18 ans
- Trouble lignée érythrocytaire \pm sévère \pm 18 ans



Les nouvelles racines de GHM V11

3. autres exemples

exemples

- Hydrocéphalie
- Anévrisme cérébral
- Certaines interventions pour stomie
- Affection sévère du tube digestif
- Tumeur bénigne de l'appareil digestif
- Affection hépatique sévère
- Traction continue hanche, fémur
- Reconstruction des seins
- Cervicocystopexie
- Fièvre indéterminée >17 ans



Les autres changements

1- création de codes CIM-10

- Prise en compte des nouveautés OMS
- Création de codes pour faciliter l'orientation dans des GHM nouveaux
 - DP imposé pour certaines prises en charge
- Création de nombreuses extensions pour les antécédents d'affections guéries
 - Pour faire maigrir la CMD 23
 - Pour mieux reclasser les CMD 23 de la 24
- Forte augmentation des codes interdits (DP, DR, DAS)
 - Pour augmenter la valeur explicative sur les coûts ou la DMS
 - En tenant compte des autres champs du PMSI



Les autres changements

2- GHM exploration, surveillance

- Dans (pratiquement) chaque CMD
- Objectif : faire maigrir la CMD 23
- Pas de durée imposée, mais pas de niveau de sévérité
 - DMS doit rester basse
 - Non éligibles aux niveaux
- Une double origine pour les RSA
 - Le DP appartient à la CMD
 - Le DR appartient à la CMD après avoir (virtuellement) « switché » le DP et le DR
 - RSA avec acte classant sont classés dans les GHM ad hoc
 - Tous les autres sont classés dans le GHM « explorations et surveillance » et pas un autre groupe médical



Les autres changements

3- suppression des ex 901

- Les motifs
 - Effectifs faibles
 - Valorisation à la moyenne inadaptée
- Le nouveau groupage
 - Dans le groupe médical du DP
 - Le DAS qui est à l'origine de l'acte devrait être CMA
 - L'acte devrait être payé (à la moyenne) par les niveaux
 - Ajout d'un « flag » pour indiquer que c'est un GHM médical avec un acte opératoire



Les autres changements

4- une nouvelle définition du DP

Définition

- Le DP du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, déterminé à la sortie de l'UM
- Le DP ne peut jamais être un problème inexistant à l'entrée du patient dans l'UM et apparu au cours de l'hospitalisation dans celle-ci



Les autres changements

4- une nouvelle définition du DP

Le DP

- Ne sera plus une complication du motif d'hospitalisation ou du traitement
- Ne sera pas une affection apparue pendant le séjour et sans relation avec les symptômes d'entrée



Les autres changements

4- une nouvelle définition du DP

- Algorithme de choix du DP pour les multiRUM
 - Idéalement : le DP du 1^{er} RUM
 - La réalité est plus complexe
 - RUM non prioritaires
 - DP avec codes R ou Z (sauf soins palliatifs, sevrage d'alcool ou de drogue)
 - Durée < 1 jour ou < 2 jours
 - DP imprécis
 - L'acte reste prioritaire

Création de pénalités et c'est le DP du RUM le moins pénalisé qui sera retenu comme DP du RSA



Les autres changements

5- une nouvelle définition des DAS

Définition

- Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP – ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR –, et constituant :
 - un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
 - ou une complication du DP ;
 - ou une complication du traitement du DP.

- Un diagnostic associé est dit significatif :
 - s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ;
 - ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection.



Les autres changements

6- les couples * †

- Les deux codes doivent être enregistrés
- En position de DP, le code à enregistrer sera celui correspondant à la prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins.
L'autre sera en position de DAS



Les autres changements

7- autre nouveauté du RSA

- Zone de confirmation de codage
 - Pour les séjours très courts dans GHM à DMS élevée
 - Concerne peu de racines
 - Peu de RSA actuellement
 - Pour responsabiliser l'établissement sur le paiement
 - Tarifs élevés pour des RSA « erronés » même en borne basse
 - Organisation propre à chaque établissement



Lecture de l'activité médicale : règles d'écriture

- La racine du GHM
 - Les 4 premiers chiffres et lettres restent inchangés
Ex : 05C06

- La terminaison
 - Soit le niveau de sévérité 1, 2, 3 et 4
 - Soit le J pour l'ambulatoire strict
 - Soit le T pour les très courtes durées



Lecture de l'activité médicale : règles d'écriture

Les autres terminaisons possibles

- Pour les CMD 14, 15 et 25
 - On garde la terminaison A, B, C et D
- Pour les GHM de décès
 - On conserve la terminaison en E
- Les GHM non segmentés se terminent toujours par la lettre Z



Lecture de l'activité médicale

- Facilité avec les racines de GHM
- Le cumul par niveau a un sens
 - Globalement
 - Par CMD ou sous-CMD
- Attention aux simulations V11 avec fichiers antérieurs
- Ne pas oublier que
 - On peut avoir des RSA dans une CMD sans que le DP soit spécifique de cette CMD
 - codes Z uniquement
 - Liste très limitée
 - On peut avoir des actes classants opératoires dans des groupes médicaux (c'était déjà le cas pour les CMD sans test sur les actes)



La version 11 des GHM

- Un groupage (plus qu'une version) profondément modifiée
- Un rattrapage du retard par rapport aux classifications de patients les plus avancées
- Une occasion
 - D'adapter la classification après quelques années de T2A
 - D'effectuer un certain nombre de corrections permises par la mise à plat des tarifs
- Une version qui offre des possibilités de modulation de valorisation pour les années qui viennent sans modification importante

Arrêté prestations

- Financement de certaines activités par des GHS spécifiques
 - Soit un GHM = plusieurs GHS
 - Soit plusieurs GHM = un GHS
- Il existe toujours des bornes basses et hautes pour chaque GHM
 - Calculées de façon à ne pas entraîner de distorsions du codage
 - Règles particulières pour le paiement des extrêmes en raison des niveaux de sévérité



Arrêté « prestations »

Suppléments SRA et SSC

- ❖ suppression du droit d'option
- ❖ SRA et SSC ne peuvent plus être facturés à partir du 1^{er} mars 2009 (seulement REA, STF et SRC)

Supplément SRC : prise en charge dans une unité obligatoire (code 03 ou 14) et

- ❖ réalisation d'un acte appartenant à une liste restrictive
- ❖ ou prise en charge suite à un passage en réanimation
- ❖ ou IGS ≥ 7 (sans critère d'âge) et un DP parmi une liste
- ❖ ou IGS ≥ 15 (sans critère d'âge)