

## COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

### Compte-rendu de réunion

Date : 15 avril 2015

Heure : 10h00-13h00

Lieu : ATIH Paris

#### PARTICIPANTS

<p><b>FEHAP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pierre METRAL</li> </ul> <p><b>FHF :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Véronique GILLERON <i>consultante FHF</i></li> <li>➤ Sandra GOMEZ</li> <li>➤ excusé : B Garrigues</li> </ul> <p><b>UNICANCER :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Béatrice LE VU</li> <li>➤ Sandrine BOUCHER</li> </ul> <p><b>CNAMTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Florence MULLER</li> </ul>	<p><b>FHP-MCO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Laure DUBOIS <i>consultante FHP-MCO</i></li> <li>➤ Michèle BRAMI</li> <li>➤ excusée : Marie-Paule CHARIOT</li> </ul> <p><b>DREES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ingrid LEFEBVRE-HOANG</li> </ul> <p><b>DGOS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Virginie DUBOS</li> </ul>	<p><b>CNIM :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Excusé</li> </ul> <p><b>DSS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aurélie OLIVIER</li> </ul> <p><b>ATIH :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anne BATAILLARD</li> <li>➤ Anne BURONFOSSE</li> <li>➤ Joëlle DUBOIS</li> <li>➤ Éric EKONG</li> <li>➤ Carole LÊ-LEPLAT</li> <li>➤ Meriem SAID</li> </ul>
---	---	---

#### ORDRE DU JOUR

- Présentation des travaux MCO en cours, sur le volet « information médicale »

## Préambule

L'ODJ initial a été ajusté : ce n'est pas le programme de travail 2016 du service CIM MF qui va être présenté mais l'état d'avancement des travaux en cours relatifs aux sujets information médicale. Deux points majeurs seront traités : CMA et prise en compte de la pratique ambulatoire dans la classification GHM.

Mais il existe d'autres thèmes de travail (recueil, nomenclature, recueil séances, IOAC, etc.) qui doivent être mis en perspective et priorisés avec ces deux axes majeurs.

Le programme de travail 2016 quant à lui doit être discuté puis validé avec les partenaires institutionnels avant sa présentation officielle. A ce programme prévisionnel, pourront s'ajouter des thèmes proposés par les Fédérations.

La **FEHAP**, soutenue par la **FHF**, demande que le sujet des radiations partielles soit abordé en CT. En effet, pour la FEHAP l'aspect technique doit être débattu dans cette instance, et notamment l'exploration de la possibilité de mise en œuvre de la mesure via FICHCOMP plutôt que via la fonction groupage. L'ensemble des fédérations souhaitent disposer de l'algorithme qui sera mis en œuvre. La FHP-MCO rappelle la problématique des cancers multiples dont le codage est probablement sous-estimé actuellement.

L'**ATIH** signale que cette question concerne le groupe opérationnel médicament, et que les paramètres de l'algorithme ont été définis et présentés lors de la précédente réunion de ce groupe. L'algorithme est construit à partir des variables identifiables au travers du PMSI. Les notions fines telles que par exemple l'histologie ou l'existence de médicaments hors liste en sus ne sont toutefois pas accessibles dans cet algorithme. Elle précise enfin que l'algorithme n'est pas encore définitif car certains ASMR sont en cours de révision par la HAS.

La **DSS** complète l'information en signalant qu'un groupe opérationnel est prévu en mai 2016.

La **FEHAP** demande à ce que le sous-groupe du CT concernant le codage des bilans et des explorations soit réuni cette année. L'ATIH définira le planning de réunion en fonction du programme 2016 final.

**UNICANCER** signale un manque de visibilité sur les travaux concernant les hôpitaux de jour en médecine. Par ailleurs, un plan de travail sur la radiothérapie a été défini lors d'un COPIL. Ce plan a défini 5 groupes de travail dont certains sont en lien fort avec ce CT.

UNICANCER s'interroge également sur le recueil des infos sur la MIG primo prescription de la chimiothérapie car le cadrage ne semble pas très précis sur les traitements concernés. L'ATIH précise qu'il existe un guide de recueil rédigé par la DGOS et l'INCa et publié sur le site de l'Agence (<http://www.atih.sante.fr/consultations-primo-prescriptions-de-chimiotherapie-orale>).

## 1 CMA

La révision des CMA pour la campagne 2015 avait permis d'identifier 2 points d'amélioration de la méthode.

- Le premier point concernait la révision des regroupements de codes CIM-10.
- Le second concernait l'utilisation de l'effet local des CMA dans une sous-population pour moduler à la hausse ou à la baisse les effets des CMA dans des zones précises de la classification (modulation des effets).

Les travaux entrepris en 2014 ont été poursuivis et les regroupements de codes CIM-10 ont été revus. Certains ajustements et l'évaluation de l'impact des modifications sur la classification sont encore à réaliser avant de présenter les résultats de ces travaux.

La réflexion sur la modulation se poursuit mais n'est pas encore suffisamment aboutie pour envisager une mise en œuvre lors de la révision des CMA pour la V2017.

En plus du diaporama présenté, les précisions suivantes sont apportées :

- Les autres paramètres de la révision des CMA, comme les seuils des niveaux de sévérité et les durées minimales des séjours ne seront pas revus pour la V2017.
- Cette révision des regroupements est faite à méthodologie constante. Il s'agit d'une première étape. Toutes les autres questions concernant la méthode des CMA sont susceptibles de révision à l'avenir.

La **FEHAP** demande de tracer et d'afficher les règles utilisées pour une bonne lisibilité des regroupements. Elle propose de profiter de ce travail pour faire un lien entre les pathologies et leurs complications. Par exemple, le pontage artériel du membre inférieur pour thrombose présente des complications de type re-thrombose, mais il existe une exclusion spécifique car le code CIM-10 utilisé pour la re-thrombose est le même et qu'il n'y a pas de code spécifique pour la récurrence.

Elle rappelle également la nécessaire lisibilité sur les autres aspects de la méthodologie CMA (seuils de durées de séjours pour accession aux niveaux, seuils d'allongement des durées de séjours et exclusions)

La **FHF** signale que les autres pays ont corrigé ce manque par une variable de type « présent à l'admission ». Il existe donc des moyens hors CIM-10 d'identifier ces situations, en changeant le recueil. La FHF signale l'existence de règles automatiques d'exclusion de certains codes CIM-10 qui mériteraient une révision.

**UNICANCER** demande la liste des regroupements actuels signale des aberrations de niveau CMA, notamment pour les codes concernant la dénutrition. Par ailleurs UNICANCER rappelle que le travail sur les CMA a été lié avec celui sur la révision des bornes basses.

**L'ATIH** rappelle que la liste des regroupements a été publiée lors de la mise en œuvre des CMA. Elle demande également des précisions écrites sur les aberrations relevées par les fédérations. Elle signale enfin que la révision des bornes basses est un sujet traité dans le volet « campagne ».

**UNICANCER** demande que les impacts des modifications des CMA soient donnés non seulement en volumétrie mais aussi en effets économiques, au moins sur les codes ayant les plus gros volumes.

## 2 AMBULATOIRE

L'ATIH présente son projet de travail sur l'ambulatoire qui repose sur 3 axes

- Axe 1 : Quantifier et qualifier les évolutions de l'activité MCO de 2006 à 2014
- Axe 2 : Améliorer la description des séjours
- Axe 3 : Expertise des évolutions possibles

Les résultats de l'axe 1 sont présentés ainsi que les premiers travaux réalisés dans le cadre de l'axe 2. Ces travaux concernent la revue de la littérature et l'analyse de certains paramètres de la classification comme le potentiel ambulatoire des racines ou la « lourdeur » dans la pratique ambulatoire.

En plus du diaporama présenté (voir PJ au présent CR), les précisions suivantes sont apportées :

- La revue de la littérature n'a pas pour objectif d'identifier des modèles transposables à notre pratique mais de donner des pistes sur la façon dont la problématique a été traitée à l'étranger. Elle permet d'évaluer les évolutions possibles et constitue une aide à la décision.
- Concernant les analyses statistiques de l'axe 2, seules les méthodes sont présentées car le plan d'analyse est en cours de finalisation.

La **FEHAP** rappelle la difficulté à décrire les prises en charge intermédiaires, à la frontière entre HdJ et activité externe.

Concernant les nomenclatures d'actes, la **FHF** signale qu'une classification sur la consultation médicale de ville sans acte est en cours d'élaboration par la Société de médecine générale en lien avec la CCAM. Des travaux sont en cours pour typer les actes intellectuels, identifier les critères de complexité et de lourdeur d'acte intellectuel. Cette initiative existe dans le cadre des négociations conventionnelles. La **FHP-MCO** signale que ce type de démarche existe depuis les années 2000.

Concernant la présentation des résultats de l'axe 1 et la réalité du virage ambulatoire dans le secteur MCO, les Fédérations font les remarques suivantes :

La **FHP-MCO** signale que, pour les racines en K, la pratique majoritaire est l'endoscopie digestive. Selon elle, il existe par ailleurs des freins financiers au développement de l'activité ambulatoire notamment en cardiologie interventionnelle. La fédération souligne également qu'il existe un problème de définition de l'ambulatoire en médecine non résolu depuis 20 ans, et qui gêne les analyses.

Pour la **FEHAP**, les séjours passés par des UHCD devraient être exclus de l'ambulatoire médical.

La **FHF** pense qu'actuellement le développement de l'hospitalisation en 0 jour pour un motif purement médical représente un risque financier majeur pour les établissements..

**Pour la majorité des fédérations**, dire qu'il n'y a pas eu de virage ambulatoire en médecine est incorrect car ce virage a eu lieu en transférant des séjours d'hospitalisation vers la pratique en consultation externe, probablement en lien avec les contrôles importants faits par l'Assurance Maladie.

Concernant la présentation des méthodes envisagées pour l'axe 2, la **FEHAP** ne note pas de problème sur la conception de l'analyse mais s'interroge sur les retours attendus par l'ATIH.

**Pour l'ATIH** aucun retour spécifique n'est attendu à ce stade. Il s'agit d'une démarche d'information sur l'avancement des travaux. L'agence précise par ailleurs qu'un lien est fait entre ces travaux et ceux actuellement en cours pilotés par la DGOS visant notamment à définir le périmètre de l'activité interventionnelle.

### 3 POINTS DIVERS

La **FHP-MCO** souhaite proposer 3 sujets de travail :

- Il existe 2 racines pour la même activité de création de fistule artério-veineuse qui historiquement avaient le même tarif. Ce n'est pas le cas dans la V2016. Il existe effectivement des coûts de production différents.
- Les actes d'escarrotomie sont classés dans des GHM adaptés, sauf pour la déclinaison selon le nombre d'actes réalisés. Deux des actes (QZTA003 et QZTA 007) sont classés dans la CMD17 et pas les autres.
- Le DP des séjours de réanimation peut poser des problèmes lors des contrôles.

La Fédération transmettra un document de synthèse de ces demandes.

### 4 PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Le programme travail 2016 sera présenté lors d'un prochain CT qui se tiendra début juillet.

Un avis de réunion sera transmis prochainement aux membres du Comité Technique