

COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 28 août 2013

Heure : 10h00-13h30

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

ATIH : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Max BENSADON ➤ Anne BURONFOSSE ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Sandra GOMEZ DGOS : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Virginie DUBOS ➤ Jean-Pierre BLEROT 	FHF : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bernard GARRIGUES CNIM : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bruno AUBLET-CUVELIER DREES : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Claude MOUQUET 	FHP-MCO : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Paule CHARLOT ➤ Laure DUBOIS FEHAP : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pierre METRAL FFCLCC : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Béatrice LE VU ➤ Sandrine BOUCHER
--	--	--

EXCUSES

- CNAMTS : Gaëlle LLORCA
- FHF : Véronique GILLERON
- ATIH : Housseyni HOLLA, Eric EKONG

1 ORDRE DU JOUR

A titre liminaire, l'ATIH évoque le fait que, dans le cadre de la mise en place d'un calendrier pluriannuel des travaux sur la classification, des travaux ont démarré en 2013 pour une implémentation dans la classification postérieure à 2014, 2015, voire plus tard. N'ayant pu être présentés lors du comité technique précédent, ils seront donc abordés en premier point de l'ordre du jour. En revanche, les travaux qui pourront figurer dans la version 2014 de la classification doivent être achevés fin août 2013. Le début des travaux ayant été décrits lors du précédent comité, la suite de ceux-ci fera l'objet du 2^{ème} point de l'ordre du jour. Ces travaux ayant fait l'objet d'une description dans le CR du précédent comité, les éléments de problématique et de contexte sont repris à l'identique dans le présent CR, et simplement complétés de l'état d'avancement des travaux.

2 TRAVAUX 2013 POUR 2015

a. La chirurgie ambulatoire et les niveaux de sévérité

Des travaux visant à la création de niveaux de sévérité en ambulatoire ont été demandés à l'ATIH. La notice technique de 2012 informait les établissements de la nécessité d'être exhaustifs sur la description de ces séjours (diagnostics associés et actes). Cette année, l'analyse a donc d'abord porté sur l'évolution du recueil des diagnostics associés (DA) dans les GHM en « J ».

Il apparaît que le nombre de séjours avec au moins un DA a baissé entre 2006 et 2012, dans le secteur ex-OQN, passant de 35% à 27% même si l'on note une stabilisation entre 2011 et 2012. Il est resté stable dans le secteur ex-DG, autour de 28% pour la même période. Parmi les DA codés, le pourcentage de codes appartenant à la liste des CMA est de 5% dans le secteur ex-DG et autour de 2,5% dans le secteur ex-OQN. L'âge moyen des patients concernés par les séjours de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2006 et 2012 de 4 ans dans le secteur ex-OQN et 5,5 ans dans le secteur ex-DG. Cette progression de l'âge moyen est deux fois plus rapide dans les séjours de chirurgie ambulatoire que pour les autres hospitalisations de la base nationale.

La FHP-MCO souhaiterait que le coût lié à la progression de l'âge moyen soit évalué.

La FEHAP évoque le fait que, dans ses établissements, le codage des dossiers de chirurgie ambulatoire est confié aux facturières. Ces facturières n'étant pas TIM, cela explique probablement aussi cette baisse du codage des DA.

Fort de ces constats, il semble difficile, au vu de l'exhaustivité du recueil disponible, de pouvoir différencier des niveaux de sévérité sur les diagnostics. Pourtant, il est bien entendu qu'ils peuvent induire une charge en soins plus importante mais non mesurable actuellement car non recueillie dans l'étude de coûts.

L'analyse a ensuite porté sur les actes codés dans les séjours de chirurgie ambulatoire (GHM en « J ») en les catégorisant en 3 groupes (actes classant opératoires et actes interventionnels lourds dans le groupe 1, actes interventionnels autres dans le groupe 2 et autres actes dans le groupe 3). L'idée était d'identifier si les séjours de chirurgie ambulatoire pouvaient comporter deux actes ou plus (notamment du groupe 1), ce qui pourrait être un fait marqueur d'un surcoût.

Cette « lourdeur » est identifiable dans l'ENC par le biais des ICR des actes. Ce travail impose d'éliminer les redondances obligatoires liées au codage des actes (notamment les activités 4) ou liées à la facturation (notamment tous les suppléments ou forfaits). Environ 15% des séjours de chirurgie ambulatoire du secteur ex-OQN et entre 10 et 12% des séjours du secteur ex-DG comportent au moins deux actes du groupe 1. Le travail se poursuit, notamment en éliminant les redondances obligatoires sachant aussi que le codage des actes est directement lié à l'affection traitée. En effet, les CMD 21, 09, 08 et 05 ont une fréquence plus importante et presque obligatoire d'actes opératoires et interventionnels majeurs. La sévérité devra probablement tenir compte de l'activité concernée.

Les fédérations proposent d'analyser le volume d'actes de radiologie ou de biologie dans ces séjours car il pourrait être marqueur d'une complexité de la prise en charge.

Le CNIM propose que le sujet de l'ambulatoire soit traité plus largement de façon à inclure l'hôpital de jour de médecine. A ce sujet, il est évoqué la nécessité, pour conserver une activité de médecine en ambulatoire, de revoir la circulaire frontière et/ou le guide méthodologique comme cela a déjà été fait précédemment pour inclure de nouveaux exemples qui permettraient ainsi de diminuer les contestations lors des contrôles externes de facturation.

La FHP-MCO souhaite aussi que soit traitée la chirurgie ambulatoire non classée dans un GHM en « J ».

L'ATIH propose que les travaux se mènent étape par étape et insiste auprès des fédérations pour que la description des diagnostics comme celle des actes augmente en exhaustivité dans le recueil.

b. Les demandes des fédérations

A ce jour, deux courriers émanant des fédérations ont été reçus à l'ATIH. Les demandes doivent faire l'objet de travaux pour pouvoir y répondre. Les travaux ont commencé et vont s'étaler dans le cadre du calendrier pluriannuel annoncé.

❖ **Mastectomies associées à un geste sur les ganglions sentinelles**

La technique de repérage et d'exérèse des ganglions sentinelles lors de tumorectomies, de mastectomies partielles voire, à un moindre niveau, dans les mastectomies totales permet d'éviter un curage axillaire dans un certain nombre de cas. Le curage se révèle parfois indispensable si les examens anatomopathologiques extemporanés retrouvent une atteinte ganglionnaire. Le repérage de ces ganglions sentinelles nécessite l'utilisation de radio-isotopes et/ou l'injection de produit colorimétrique. Les radio-isotopes représentent un surcoût, non pris en compte actuellement.

Il n'existe pas d'acte spécifique dans la CCAM concernant l'exérèse des ganglions sentinelles ni la détection colorimétrique de ces ganglions. Toutefois, il existe deux actes relatifs aux détections par radio-isotopes et des actes CCAM d'examens anatomopathologiques extemporanés dont l'extension documentaire A signifie que l'examen est réalisé pour l'analyse d'un ganglion sentinelle. Malheureusement, seuls 47 séjours dans la base nationale de coûts comportent cette extension documentaire. Il existe un surcoût de 200€ dans le secteur ex-OQN contre 1200€ dans le secteur ex-DG. Cette discordance n'est pas facilement explicable et nécessite la poursuite des travaux sur le sujet.

L'ATIH insiste à nouveau sur la nécessité d'un codage exhaustif de ces séjours afin d'en permettre une analyse correcte.

3 TRAVAUX 2013 POUR 2014

a. Les séjours avec radiofréquence hépatique

Problématique : les séjours comportant de la radiofréquence hépatique sont jugés mal valorisés actuellement dans la classification. Une demande d'analyse des séjours et de proposition d'une solution de classement plus adéquate a été formulée.

Constat : les actes concernant la radiofréquence hépatique sont des actes non classant dont les séjours sont principalement classés dans la racine 07M06 *Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas* et l'analyse portant sur les coûts confirme bien l'existence d'un surcoût des séjours de cette racine comportant un acte de radiofréquence hépatique. Le problème de valorisation concerne essentiellement le niveau 1 et, de façon moindre le niveau 2 (environ 10% d'écart de coût).

Il est constaté que les actes étudiés ne sont décrits dans la CCAM que pour les tumeurs malignes du foie et les métastases hépatiques, et les recommandations HAS ne concernent également que ces localisations. Cependant, dans la littérature l'utilisation des radiofréquences est décrite pour beaucoup d'autres localisations (dont en premier lieu rein, poumon, os).

Ainsi, l'absence d'actes dans la CCAM pour décrire les traitements par radiofréquences sur les reins, l'os ou l'appareil respiratoire laisse penser que ce défaut est actuellement réglé par un codage par assimilation, (normalement non autorisé avec la CCAM), perturbant l'analyse des données et des coûts.

Deux analyses : l'une portant sur les séjours de la CMD 07 classés en dehors de la racine principale 07M06 et l'autre sur les séjours en dehors de la CMD 07 visaient à différencier la proportion de traitements des tumeurs hépatiques par radiofréquence codées en DA, de l'utilisation de ces actes dans un codage « par assimilation ». Tout confondu, les analyses montrent que les traitements par radiofréquence sont réalisés pour les indications décrites par la HAS dans 70% des cas et dans presque 100% dans la racine 07M06. En dehors de la CMD 07, près de 200 séjours ont une tumeur hépatique traitée par radiofréquence mentionnée en DA. Dans près de 30% des cas, les diagnostics mentionnés ne sont pas en rapport avec les actes de destruction de tumeur hépatique.

En conséquence, deux solutions sont soumises à l'avis du comité pour prendre en compte le surcoût lié à cette technique : la création d'un GHS majoré sur le niveau 1 de la racine 07M06 ou la création d'une racine en « K » (technique interventionnelle) dans la CMD 07.

A l'unanimité, les membres du comité se prononcent pour la création de cette racine en « K » dans la CMD 07. Ils signalent que ces traitements par radiofréquence sont destinés à perdurer et leurs indications ont vocation à s'étendre. A l'avenir, une fois la création de nouveaux actes CCAM dans le cadre de nouvelles indications validées par la HAS, l'ATIH devra probablement créer dans les autres CMD des racines « en K » de même nature.

b. Les séjours avec occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence

Problématique : L'acte de traitement par radiofréquence de la grande veine saphène est un acte non classant (EJSF901) dont les séjours devraient se retrouver dans la racine 05M12 *Troubles vasculaires périphériques*. Or, il est constaté que cet acte se retrouve principalement dans des séjours de chirurgie de la racine 05C17 *Ligatures de veines et éveinages* qui concernent d'habitude la chirurgie « classique » des varices. Cet acte est alors principalement associé à un acte *d'exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct* (EJFA002) dans une proportion bien plus importante que l'acte majoritaire de ce GHM qui concerne *l'extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct* (EJGA002).

La recherche d'un classement pertinent de cet acte EJSF901 a donc été réalisée.

Il existe un autre acte dans la CCAM proche de EJSF901, l'acte EJSF900 *Occlusion de veine saphène par laser, par voie veineuse transcutanée*. Cet acte non classant se retrouve principalement dans la racine chirurgicale 05C17 et partage la même particularité d'écriture du libellé que l'acte EJSF901 en incluant ou non des actes chirurgicaux d'exérèse, de ligature de veines perforantes, de sclérose de vaisseaux. Par ailleurs, ayant tous deux des codes « 900 », ces deux actes sont non pris en charge par l'Assurance maladie. Dans la racine 05C17, la proportion de séjours de 0 jour pour ceux d'entre eux comportant l'un de ces actes est supérieure à celle des séjours comportant un autre traitement.

La solution proposée, compte tenu de leur particularité d'écriture incluant de la chirurgie dans leur libellé et de leur association très fréquente à des actes classant opératoires (laissant penser que l'inclusion « avec ou sans » dans leur libellé pencherait pour une fréquence plus importante de « avec » chirurgie) permettrait de proposer de les rendre classant opératoires dans la racine 05C17.

La FHF fait remarquer que cette proposition ne règle pas le sujet du statut de ces actes (en 900) dans la CCAM, et souhaite donc qu'une indication soit portée dans un document officiel, autorisant la réalisation de ces séjours alors que l'acte est non pris en charge par l'Assurance maladie.

Le comité valide à l'unanimité la solution proposée.

Par ailleurs, il existe dans la classification un autre GHM de traitement des varices, le GHM 05K18J, créé lors de la version 11, visant à individualiser des séjours courts pour traitement par sclérose de varices. L'effectif en hospitalisation était de 3500 séjours en 2006 et 1725 en 2007, actuellement il n'est plus que de 353 séjours, ces actes étant massivement pratiqués en ville.

La solution proposée est de supprimer ce GHM et de rendre les actes non classants.

Le comité opte, à l'unanimité, pour la suppression du GHM et du caractère classant de ces actes.

c. Les séjours longs pour tests allergologiques

Problématique : Il existe des prises en charge allergologiques très spécifiques, longues, principalement effectuées dans les CHU et pour lesquelles le codage et/ou l'orientation en GHM serait à revoir. En effet, en fonction du codage du DP choisi, l'orientation du séjour conduit dans des racines différentes, avec une rémunération différente. Des contrôles externes ont porté sur ces activités-là et il a donc été demandé de revoir les séjours afin de clarifier le codage et/ou de modifier le classement en GHM.

Pour répondre à cette situation, l'ATIH s'est livrée à la lecture des séjours longs d'allergologie quel que soit le GHM obtenu après groupage : 23M13Z *Désensibilisation*, 23M18Z *Tests allergologiques* et 23M20Z *Autres motifs de recours aux soins*. Il apparaît que les séjours longs se ressemblent, même si peu d'entre eux concernent les tests de réintroduction des médicaments, la plupart concernant les allergies alimentaires, les désensibilisations aux venins d'hyménoptères et autres allergies. Il est parfois retrouvé des actes en lien avec de la réanimation, parfois seulement la trace, en diagnostic associé, d'un choc allergique, témoignant soit d'une prise en charge survenue au cours du séjour, soit d'un antécédent mal codé. Compte tenu de ce codage hétérogène, il est donc proposé, de regrouper ces séjours dans une même racine (plutôt que de préciser les consignes de codage), en créant un GHM de « très courte durée » (GHM en T) et un GHM sans niveau de sévérité identique à l'existant. En d'autres termes, il est proposé le regroupement des racines 23M13 et 23M18 et le classement des antécédents d'allergie (catégorie Z88 de la CIM-10) actuellement classés dans la racine 23M20 dans cette nouvelle racine.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité moins une voix. La FHP-MCO s'abstient sur ce sujet par défaut de compréhension du contenu du GHM 23M18Z *Tests allergologiques* et notamment des séjours courts de ce GHM.

L'ATIH précise que la lecture a porté sur les séjours longs et non sur les séjours courts.

d. Les séjours pour pose de TAVI classés dans la racine 05C08

Les séjours actuellement classés dans la racine 05K21 ne posent pas de problème. Il existe actuellement un acte de pose de TAVI qui est classant opératoire et qui oriente les séjours le comportant dans la racine 05C08. Il est demandé d'étudier l'opportunité de le rendre classant dans la racine 05K21.

En termes de durée de séjours, les séjours avec pose de TAVI de la racine 05C08 ont des DMS plus longues (jusqu'au niveau 3) que ceux de la racine 05K21, et ce de façon plus marquée dans le privé que dans le public. En termes de coûts, dans le secteur ex-DG les séjours du 05C08 avec pose de TAVI sont plus coûteux que le reste de la racine pour les niveaux 1 et 2 et ressemblent à ceux de la racine 05K21 pour les niveaux 3 et 4. Il n'y a pas de données de coût exploitables pour le secteur ex-OQN.

Conclusion : En termes de classification Il n'y a pas d'urgence à changer les choses car il faut mener une réflexion plus globale sur la place de l'interventionnel par rapport à la chirurgie classique.

Cette conclusion déjà formulée lors de la réunion du comité technique en date du 28 juin, et réaffirmée au cours de la présente réunion. Il est rappelé qu'il ne semble pas nécessaire d'effectuer un changement pour la prochaine version de la classification des GHM, en raison du fait que ce changement pourrait se révéler moins favorable par rapport à la situation actuelle, et surtout moins pérenne. En effet, la réflexion qui doit être menée pourrait aboutir à une prise en compte différente de l'interventionnel dans la classification future. Par ailleurs, un changement du libellé de cet acte par l'Assurance maladie pourrait aussi conduire à revoir son statut dans la classification.

e. Les questions agora

Il avait été annoncé, lors de la précédente réunion du comité, que certaines questions portant sur la classification, posées dans le forum Agora, pourraient être traitées (et réglées) pour une mise en œuvre en 2014. Les questions suivantes, expertisées pendant l'été, sont présentées en réunion :

❖ **Les séjours codés N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale***

Problématique : les séjours comportant un code diagnostic N13.2, avec par ailleurs un acte « interventions transurétrales de prostate » sont actuellement groupés dans la racine 11C13 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques* et non dans la racine 11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires*.

L'explication de ce groupage est demandée sur Agora

L'étude réalisée montre que 5000 séjours environ sont concernés et que les durées des séjours comportant ces diagnostics et actes sont intermédiaires, plus longues que les séjours de la racine 11C11. Le changement d'orientation des séjours avec un DP N13.2 conduit à une baisse de la PVE de la classification (portant sur les durées) dans le secteur ex-DG, à une évolution positive dans le secteur ex-OQN, et une évolution légèrement positive au global pour la base nationale.

La FHF demande si l'on peut regarder les actes codés dans les séjours de ces racines avec DP N13.2 de façon à compléter l'information avant décision finale de classement de N13.2 dans la liste des *Lithiases urinaires*.

Néanmoins, le comité opte plutôt pour un classement de N13.2 avec les lithiases à l'inverse des autres DP en N13.

L'étude complémentaire montre que l'ensemble des séjours avec un DP de la rubrique N13 se comporte de façon similaire, les séjours sont intermédiaires en termes de durée et comportent à la fois des actes spécifiques des lithiases urinaires et des actes plus spécifiques de l'hydronéphrose. Toutefois les séjours codés N13.2 en DP comportent une proportion plus importante d'actes d'intervention sur les lithiases. Le classement de l'ensemble des séjours avec un DP en N13 dans la racine 11C11 serait délétère en termes de PVE pour les deux secteurs d'activité. Il semble plus opportun de s'en tenir au reclassement du seul code N13.2

Il est demandé aux membres du comité de confirmer leur accord pour l'option proposée : reclassement des séjours pour interventions transurétrales ou transcutanées avec un DP N13.2 *Hydronéphrose avec obstruction calculeuse rénale et urétérale* dans la racine 11C11 *Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires* et non plus dans la racine 11C13 avec les autres hydronéphroses.

❖ **Les séjours pour traitement des avulsions**

Le sujet est assez similaire à l'hydronéphrose. Les racines médicales d'otites contiennent aussi des séjours pour abcès dentaires.

La question posée sur Agora demande une correction de cette « anomalie ». La cohérence médicale n'est en effet plus respectée mais ces séjours sont plutôt plus longs et plus coûteux que les séjours pour d'autres affections dentaires. Un classement avec ces autres affections dentaires conduirait à pénaliser ces séjours et aboutirait à une moindre homogénéité en termes de durée et de coût. Même si le libellé de la racine ne mentionne pas la présence de ces séjours, leur classement est plus adéquat dans cette racine que dans celle des affections dentaires.

Il est proposé de ne rien changer à ce classement.

Le comité valide cette option à l'unanimité.

❖ La chirurgie cardiaque de la CM15

La chirurgie cardiaque pour les groupes de nouveau-nés 1 à 7 se répartit entre deux racines : la chirurgie majeure cardiaque (15C03) versus les autres chirurgies (15C04). L'une est spécifique de la cardiologie, l'autre ne l'est pas. La valorisation des séjours est très différente entre les GHM 15C03A et 15C04A (3 fois moindre pour ce dernier). L'ATIH a été sollicitée sur une liste d'actes de chirurgie cardiaque dont le classement dans la racine 15C04 est contesté. Parmi les actes cités, deux sont pratiqués sous CEC et un seul est présent dans la base ENC avec un coût moyen des séjours comportant cet acte de 24 000 euros et un effectif suffisant (55 séjours environ sur 1 an). Le classement de ce seul acte, voire des deux actes pratiqués sous CEC, dans le GHM 15C03A entraîne la baisse du coût de ce GHM, les autres séjours ayant un coût autour de 33 000 euros. De la même manière, les séjours restant dans le GHM 15C04A étant moins lourds que ceux comportant cet acte, le coût du GHM diminue légèrement.

La FHF souhaite que lui soit communiquée la liste des établissements réalisant ces prises en charge pour que la question, portée par un seul établissement, soit partagée par les autres établissements effectuant cette prise en charge et que la décision d'effectuer ou non ce changement puisse être prise collectivement. Elle se propose de porter la question lors de la réunion prochaine des DIM de CHU (intervenant début septembre) pour éclairer sa réponse à la question de l'opportunité de modifier le groupage.

Il est demandé au comité de se positionner sur l'opportunité de reclasser les séjours comportant les deux actes sous CEC dans la racine 15C03.

f. L'évolution du recueil

Lors du précédent comité, il avait été proposé d'introduire des modifications du recueil d'information pour 2014. L'une porte sur l'introduction d'un typage des diagnostics (seulement certains) basé sur la notion de « présent à l'admission » ou « non présent à l'admission ».

L'autre porte sur la remontée potentielle de l'information concernant le « terrain des patients », dans une zone spécifique.

Le sujet est à nouveau évoqué lors de la réunion, et il est proposé d'introduire un champ supplémentaire, de remplissage facultatif en 2014, portant sur un caractère (oui/non) pour typer chacun des diagnostics sur la notion de « présent à l'admission » ou « non présent à l'admission ». Constatant que pour certains diagnostics, la réponse à la question « présent ou non à l'admission » est évidente (exemple des maladies chroniques), il est également proposé de mettre à disposition une table permettant de limiter les cas pour lesquels l'information devra être produite.

La FEHAP signale qu'il importe de disposer d'une définition de ce qui est attendu dénuée de toute ambiguïté. L'ATIH répond que cela sera fait dans le cadre du « groupe diagnostics associés » issu du comité technique.

Par ailleurs, il est proposé qu'une zone dite « expérimentale » soit ajoutée au recueil dans la perspective de faire remonter à l'ATIH des informations utiles pour les études nécessaires aux évolutions futures de la classification. Les informations qualifiées d'expérimentales seraient remontées pendant une période de temps limitée, et pourraient varier en fonction des besoins exprimés. Ces informations, uniquement utilisées dans un but d'études classificatoires, ne seraient pas diffusées hors de l'ATIH.

Il est ainsi proposé de commencer ce recueil en 2014, par une information concernant « le terrain du patient ».

L'information utile concerne le terrain qui n'est actuellement pas décrit au titre des diagnostics associés, car ne répondant pas à sa définition. S'agissant de ce dernier point, le comité souhaite réfléchir à la proposition et s'exprimer lors de la transmission du compte rendu de la réunion.

4 QUESTIONS DIVERSES

La FHF souhaite que la remontée des informations concernant les extensions documentaires des actes CCAM qui devrait être rendue obligatoire en 2014 reste facultative en raison des problèmes que cela soulève tant en termes de mise à disposition du champ par les éditeurs informatiques que de problèmes organisationnels internes aux établissements pour récupérer les informations relatives aux anesthésies.

L'ATIH prend note de cette demande.

En raison du besoin de réflexion complémentaire exprimé en séance il est convenu que, pour les sujets relatifs à la chirurgie cardiaque dans la CM15, les hydronéphrose/lithiases ainsi que le « terrain du patient », une position écrite des membres du comité est attendue courant Octobre.