

# Comité Technique MCO

**07/07/2014**

# Ordre du Jour

- 1. Travaux prioritaires: CMA – CMD17**
- 2. Diabète**
- 3. Ganglion sentinelle**
- 4. Autres travaux**
- 5. Travaux Nomenclature**

# 1. Les travaux prioritaires

- CMA
- CMD 17

# 1.1 Révision des CMA: état d'avancement

## **CMA: Méthode**

---

- **Les CMA interviennent quand un DP est accompagné d'un ou plusieurs DA**
  - Allongement de la DS
- **La mesure de l'effet d'un DA sur la DS d'un séjour**
  - **Effet brut** : allongement de DMS pour les séjours pour lesquels ce code diagnostic est enregistré en DA
  - **Effet isolé** : mesure l'effet d'un DA sur la DS « indépendamment » du DP et des autres DA de ce séjour
  - **Effet isolé de type Fetter** : % de séjours, avec ce diag et aucun diag avec un effet supérieur, au-dessus de la médiane de leur groupe

# CMA: principes statistiques et règles des modifications

## ○ Principes statistiques

- Effet isolé sur la DS
  - Dans [1,5 ; 5) jours → niveau 2
  - Dans [5 ; 10) jours → niveau 3
  - Dans [10 ; +) jours → niveau 4
- Effet isolé de type Fetter > 55%

## ○ Règles des modifications

- Les effets sont mesurés chaque année sur 2 années glissantes
  - une modification de niveau ne peut intervenir qu'après 2 changements
- Les effets sont calculés sur exDG, exOQN et sur l'ensemble
  - Changement sur Ensemble → changement **admissible**
  - Changement sur Public seul ou Privé seul → critère d'effectifs

# CMA: règles de révisions

- Calcul des effets
- Analyse globale des résultats
- Revue systématique de toutes les évolutions
  - Des arbitrages sont nécessaires
    - Les codes imprécis (SAI) ne peuvent pas avoir un niveau + élevé que des codes dont ils sont le SAI
    - Effets de seuils
      - Evolutions « limites »
    - Si modifications de consignes de codage
    - .....

# 1<sup>er</sup> Résultats

## Classement statistique des diagnostics

### ○ Evolution globale

Niveaux	V11f	V11g		Var poids
1	59,1%	61,0%	↗	3,2%
2	29,5%	27,9%	↘	-5,4%
3	7,3%	6,8%	↘	-7,9%
4	4,0%	4,3%	↗	6,7%
TOT	100%	100%		

Niveaux V11f	Nb de diag par niveau					% par niveau				% changement
	1	2	3	4	TOT	1	2	3	4	TOT
1	6 683	308	36	1	7 028	95,1%	4,4%	0,5%	0,0%	4,9%
2	527	2 851	91	34	3 503	15,0%	81,4%	2,6%	1,0%	18,6%
3	40	149	653	31	873	4,6%	17,1%	74,8%	3,6%	25,2%
4	4	6	24	446	480	0,8%	1,3%	5,0%	92,9%	7,1%
TOT	7 254	3 314	804	512	11 884					10,5%



# Revue des évolutions: Quelques exemple concrets...

code / regpt	libellé	effectif total	niveau actuel	niveau calculé	Evolution	Commentaires	Tendance
D62	anémie post Hgie aigüe	89 707	2	3	↗	Evolution codage en 2013	→
R651	SRIS avec défaillance organique	28 333	3	4	↗	Evolution codage sepsis	→ ↗
A419	sepsis SAI	11 861	3	4	↗	code imprécis - Evolution codage sepsis	→
I611	Hgie intracereb hemisph corticale	882	3	4	↗	RAS	↗
K65-1	[PERITONITE AIG.]	20 029	3	4	↗	RAS	↗

code / regpt	libellé	effectif total	niveau actuel	niveau calculé	Evolution	Commentaires	Tendance
J159	Pneumopathie bactérienne SAI	21 936	2	3	↗	code imprécis - Codes + précis N2	→
L899	ulcère de décubitus et zone de pression SAI	10 794	2	3	↗	code imprécis - Codes + précis N2	→
R44	hallucinations	28 065	2	3	↗	Vol passe de 7 à 28000? - Codage?	?

code / regpt	libellé	effectif total	niveau actuel	niveau calculé	Evolution	Commentaires	Tendance
E46	malnutrition protéino-énergétique, SAI	56 398	2	3	↗	code imprécis - Codes + précis N2	→
E440	malnutrition protéino-énergétique modérée	180 095	3	3	→		?
E441	malnutrition protéino-énergétique légère	37 474	2	2	→		?

# Revue des évolutions: Quelques exemple concrets...

code / regpt	libellé	effectif total	niveau actuel	niveau calculé	Evolution	Commentaires	Tendance
C77	TM des gg lymphatiques, secondaire et non précisée	29 450	2	1	↘	Codes de la CMD17 en cours de modification	→
D60	APLASIE MEDULLAIRE ACQUISE PURE	1 671	3	2	↘		?
I802	PHLEBITE ET THROMBOPHLEBITE D'AUTRES VSSX. PRO	34 517	3	2	↘	Niv3 uniquement dans le ExDG	→ ↘
L984	ulcération chronique de la peau NCA	7 516	3	2	↘		↘

code / regpt	libellé	effectif total	niveau actuel	niveau calculé	Evolution	Commentaires	Tendance
E6601	obésité IMC>40 et <50	103 638	2	1	↘		?
E6602	obésité IMC>50	15 532	3	2	↘		?
E6681	obésité NCA IMC>40 et <50	11 392	2	1	↘		?
E6692	obésité SAI IMC>50	6 214	3	2	↘		?

## **Suite des travaux**

---

### **○ Courant juillet**

- Fin de l'analyse des évolutions à l'issue du traitement statistique
- Arbitrages

### **○ Fin juillet**

- Stabilisation de la liste pour la campagne 2015
- Simulation = impact sur les séjours

### **○ Communication des résultats aux membres du CT**

## **1.2 Révision de la CMD 17 : Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus**

**Classification 2015**

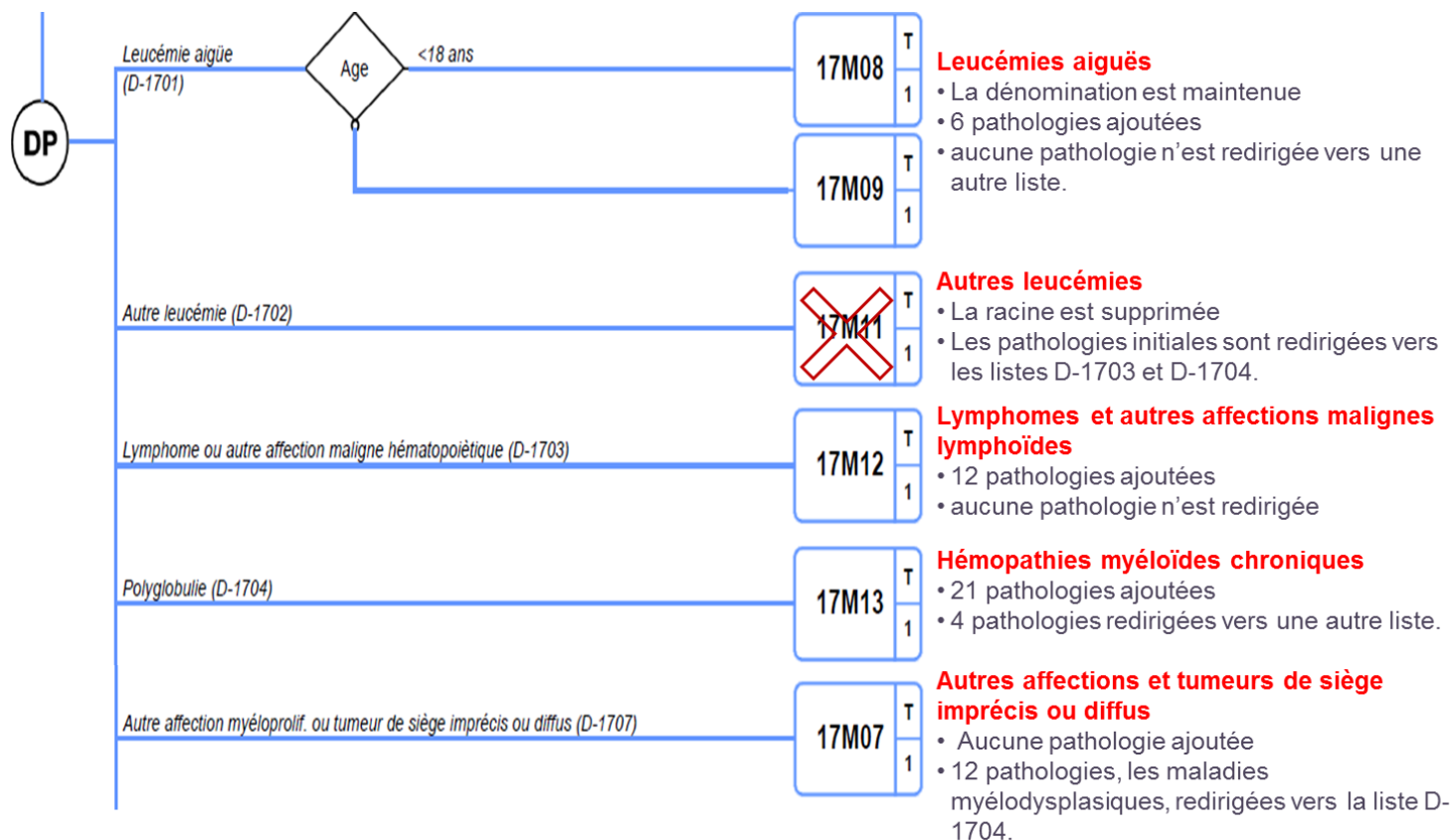
*Service CIM-MF*

- 1. Evolution des racines médicales**
- 2. Evolution des racines chirurgicales**
- 3. Evolution des racines interventionnelles**
- 4. Suites des travaux**

- 1. Evolution des racines médicales**
2. Evolution des racines chirurgicales
3. Evolution des racines interventionnelles
4. Suites des travaux

# Evolution des racines médicales

## ○ Résultats de l'expertise des hématologues désignés par la FSM sur les titres des racines et le contenu médical des racines



# Redirection de diagnostics

---

- **Après les modifications des hématologues, la liste « Autres... » a été revue par les médecins ATIH**
  - Les tumeurs solides de siège un peu précisé ont été exclues
  - Redirigées vers une CMD pertinente médicalement avec leur libellé
    - Ex : Tumeur du rétro-péritoine → CMD06 ; digestif
- **Z40.0 = opération prophylactique**
  - Test = en fonction de l'acte réalisé (mastectomie, ovariectomie)
  - Classification 2015 = une extension au code Z40.0 sera créée pour identifier l'organe opéré



# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

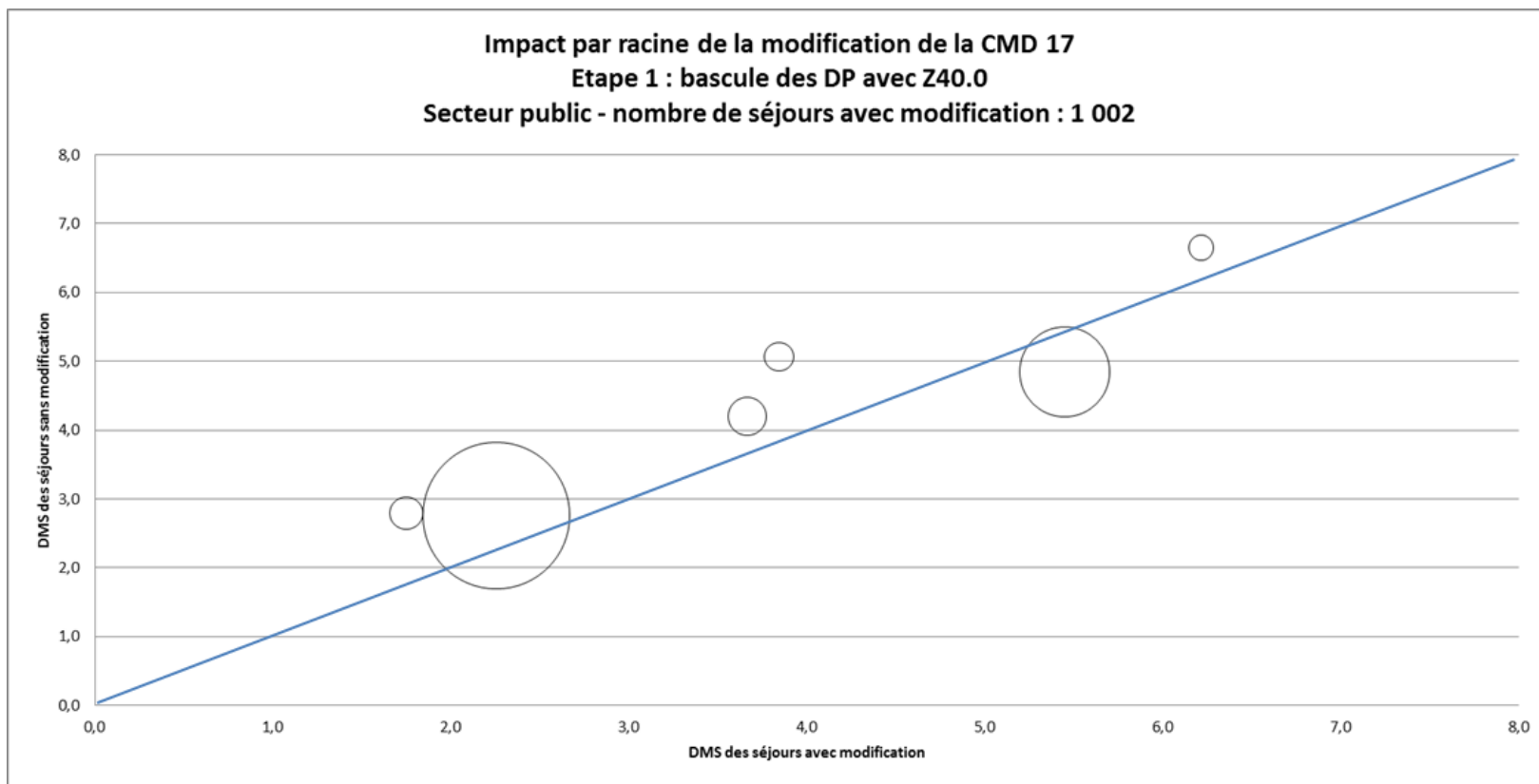
---

## ○ Nombre cumulé de séjours modifiés selon l'état d'avancement

- Étape 1 : reclassement des séjours avec DP « Z40.0 »  
→ 1 448 séjours modifiés (dont 1 002 dans le public)
- Étape 2 : + reclassement des séjours avec DP de tumeur solide  
→ 8 178 séjours modifiés (dont 5 214 dans le public)
- Étape 3 : + modifications de l'activité médicale de la CMD 17 (GHM en M)  
→ 21 160 séjours modifiés (dont 17 131 dans le public)

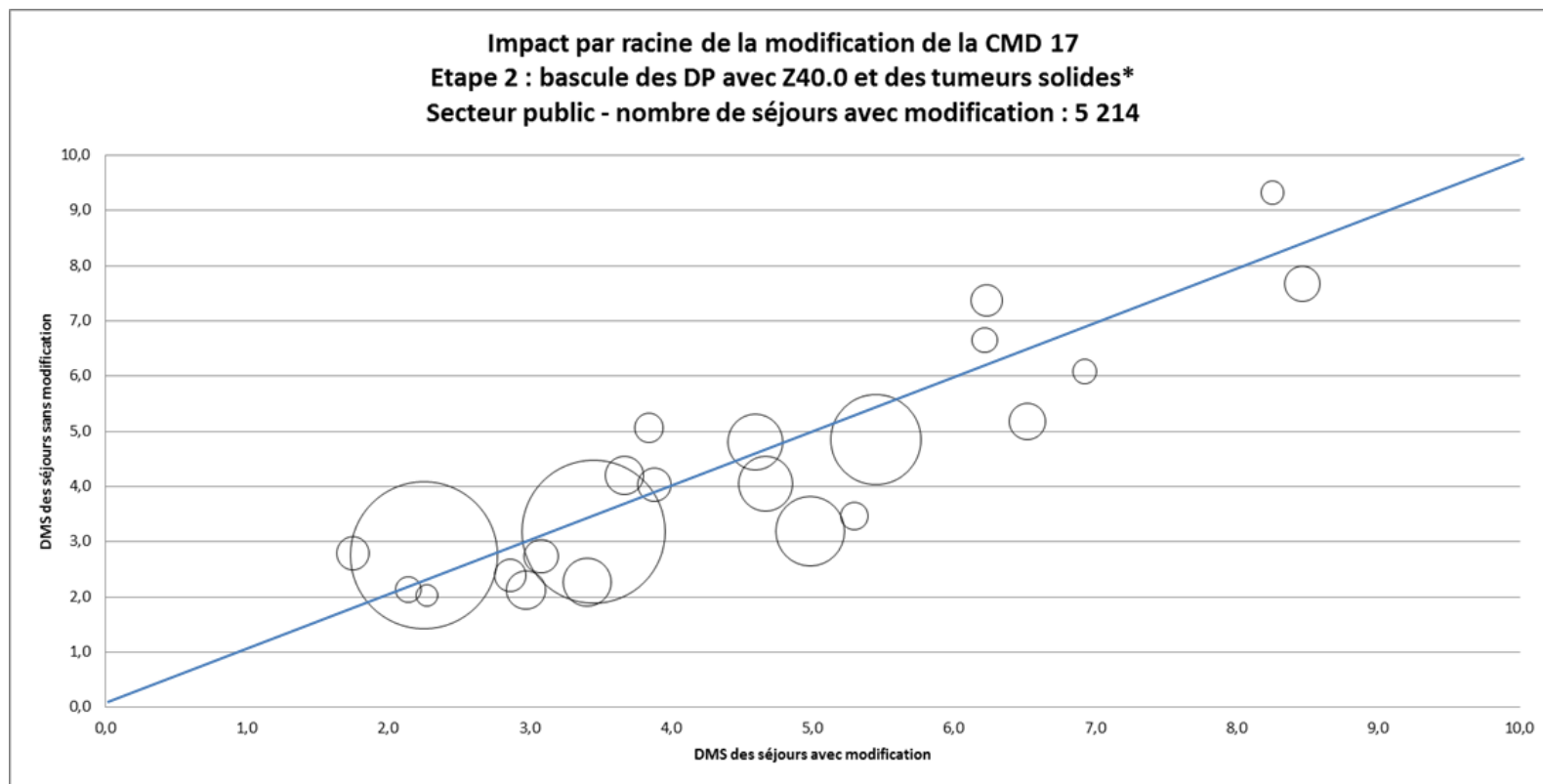
# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

- Comparaison des DMS pour chaque racine de niveau 1 (au moins 10 séjours retenus) : modification = DP avec Z40.0
- Étape 1 (Z400) : **secteur public**



# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

- Comparaison des DMS pour chaque racine de niveau 1 (au moins 10 séjours retenus) : modification = DP avec Z40.0 ou TS
- Étape 2 (Z400 + tumeurs solides) : [secteur public](#)



# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

## ○ Impact après l'étape 3: Secteur public

N	racines finales									
racine v11 f	_17M05	_17M06	_17M07	_17M08	_17M09	_17M11	_17M12	_17M13	_17M14	Total
17M05	8 384									8 384
17M06	1 386	153 291								154 677
17M07			3 243		999			5 293		9 535
17M08				1 065						1 065
17M09					6 373					6 373
17M11							2 435	1 187		3 622
17M12				104	422		22 456			22 982
17M13					74		17	2 621		2 712
17M14									20 901	20 901
Total	9 770	153 291	3 243	1 169	7 868	0	24 908	9 101	20 901	230 251
DMS niveau 1	racines finales									
racine v11 f	_17M05	_17M06	_17M07	_17M08	_17M09	_17M11	_17M12	_17M13	_17M14	Total
17M05	3,7									3,7
17M06	3,7	2								2,1
17M07			1,5		1,8			1,6		1,6
17M08				0,9						0,9
17M09					1,3					1,3
17M11							1,2	1,2		1,2
17M12				1,3	1,8		1,2			1,2
17M13					1,7		0,8	0,7		0,7
17M14									0,2	0,2
Total	3,7	2	1,5	1	1,4		1,2	1,2	0,2	1,8

# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

## Impact après l'étape 3: Secteur privé

N	racines finales									
racine v11 f	_17M05	_17M06	_17M07	_17M08	_17M09	_17M11	_17M12	_17M13	_17M14	Total
17M05	36									36
17M06	30	15 201								15 231
17M07			471		78			670		1 219
17M08				1						1
17M09					246					246
17M11						0	165	82		247
17M12					37		2 195			2 232
17M13					2		1	203		206
17M14									652	652
Total	66	15 201	471	1	363	0	2 361	955	652	20 070
DMS niveau 1	racines finales									
racine v11 f	_17M05	_17M06	_17M07	_17M08	_17M09	_17M11	_17M12	_17M13	_17M14	Total
17M05	4,2									4,2
17M06	4,7	2,5								2,5
17M07			1,7		2,2			1,8		1,8
17M08				0						0
17M09					1,5					1,5
17M11							1	0,7		0,9
17M12					1,5		1,4			1,4
17M13					0		2	0,8		0,8
17M14									0,8	0,8
Total	4,5	2,5	1,7	0	1,7		1,4	1,5	0,8	2,2

# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

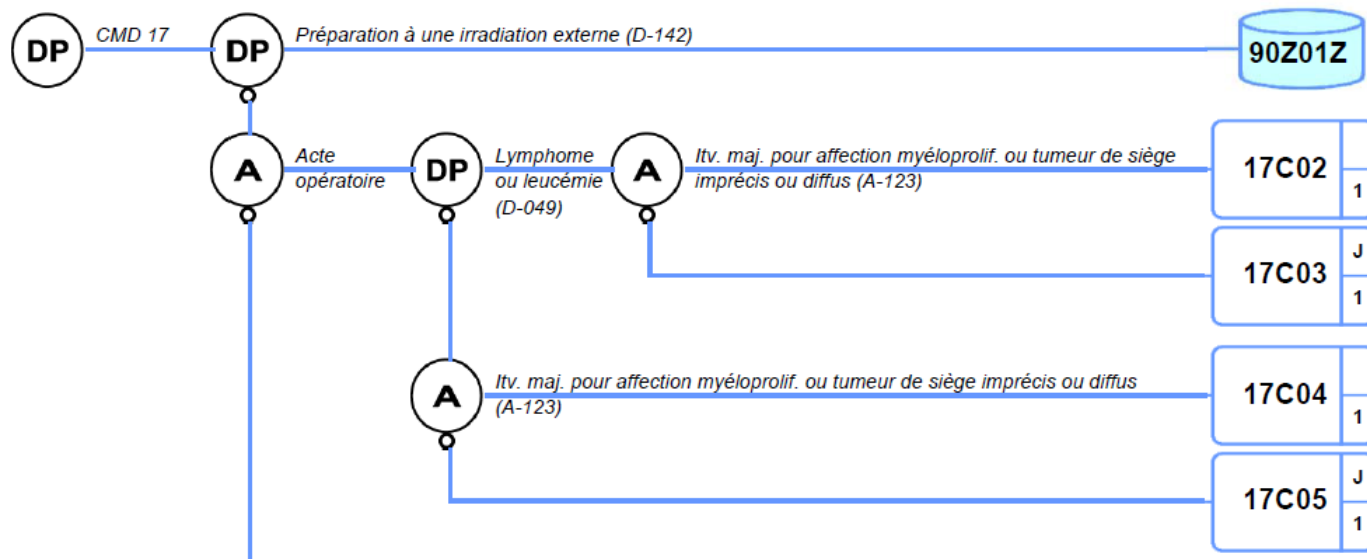
## ○ PVE selon les étapes de groupage

<b>CMD 17</b>		Z400	+ TS	+ 17M
	V11 F	Étape 1	Étape 2	Étape 3
Public	57,4207	57,4350	57,5177	57,5409
Privé	49,6794	49,6824	48,7813	48,629
Base nationale	56,5328	56,5464	56,5561	56,5712

<b>TOUTE CMD (hors 28,90)</b>		Z400	+ TS	+ 17M
	V11 F	Étape 1	Étape 2	Étape 3
Public	50,3254	50,3258	50,3261	50,3267
Privé	57,9868	57,9874	57,9863	57,9845
Base nationale	52,4255	52,4259	52,4259	52,4262

1. Evolution des racines médicales
- 2. Evolution des racines chirurgicales**
3. Evolution des racines interventionnelles
4. Suites des travaux

# Evolution des racines chirurgicales



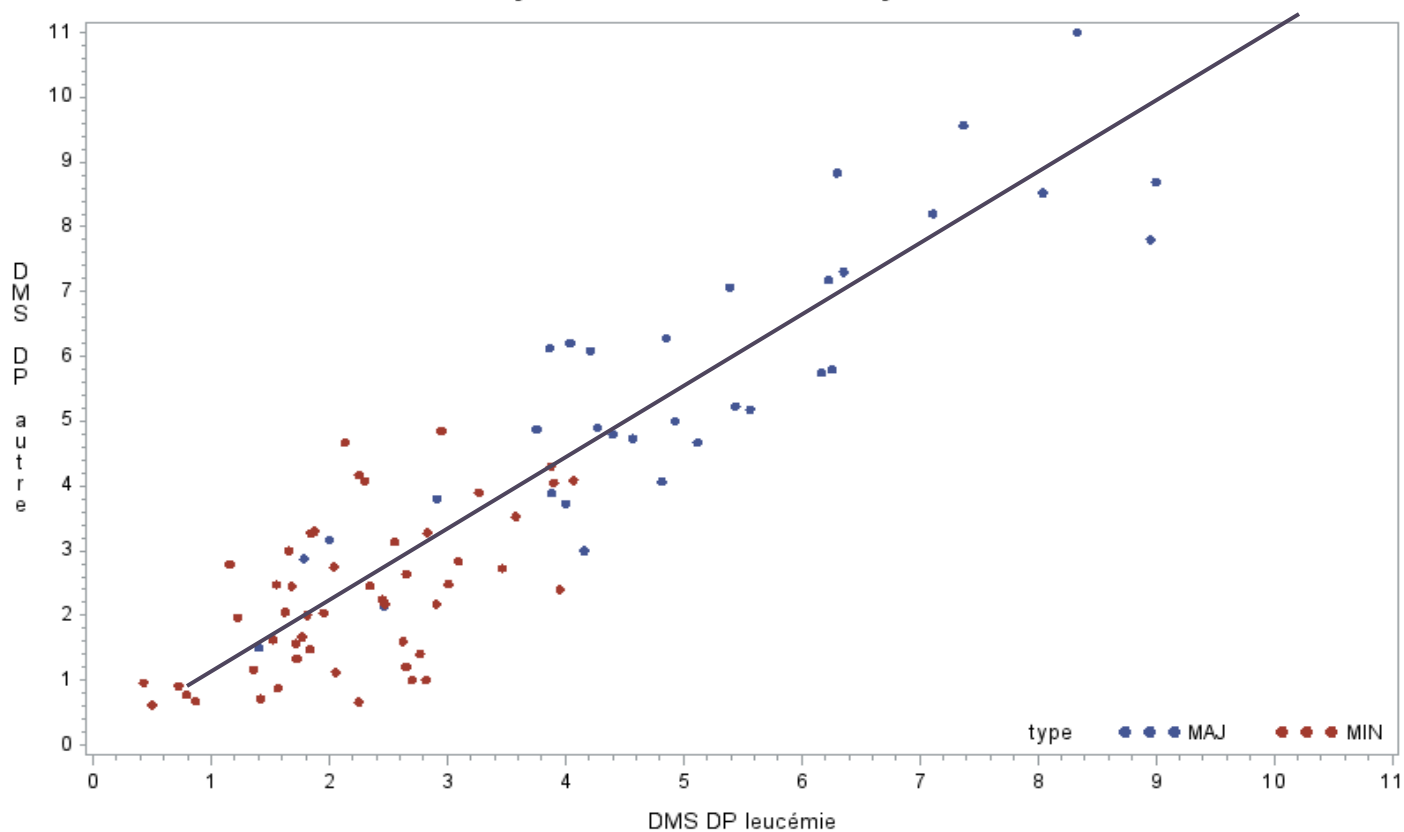
- La 1<sup>ère</sup> segmentation se fait d'abord sur le diagnostic (« Lymphome ou leucémie » versus « Autres »)
- La 2<sup>ème</sup> segmentation est basée sur deux listes d'actes (« Majeurs » et « Mineurs »)
- L'analyse des DMS montre que la segmentation sur le diagnostic n'apporte rien en termes d'homogénéité



# Modifications des racines C

## DMS par acte, leucémie versus autres, secteur public

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (public)**  
 Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre

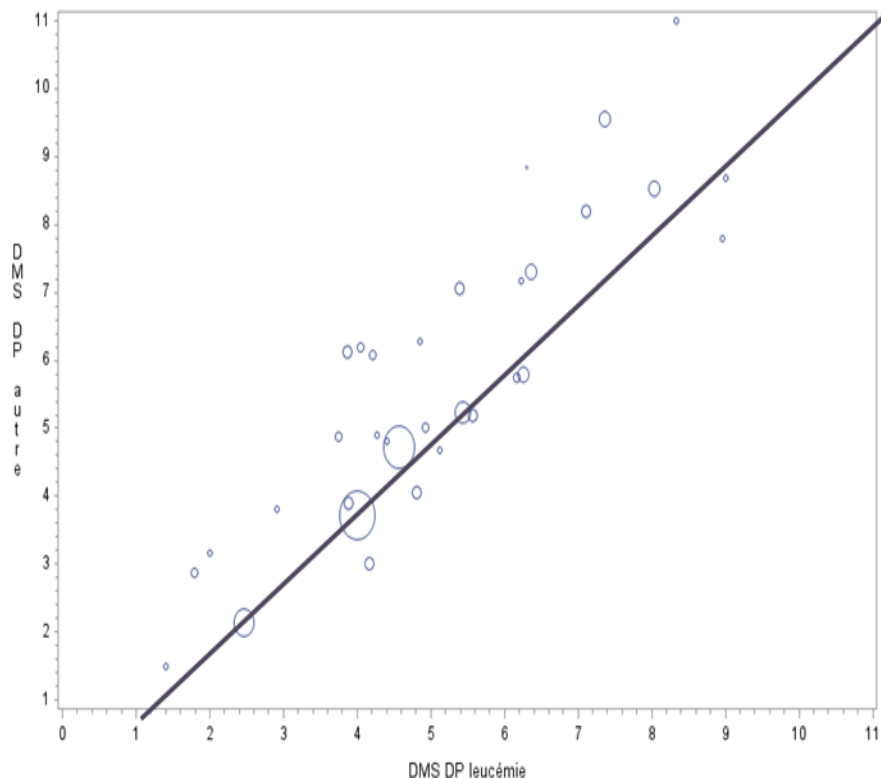


# Modifications des racines C

## DMS par acte, leucémie versus autres, secteur public → effectifs

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (public) - interventions majeures**

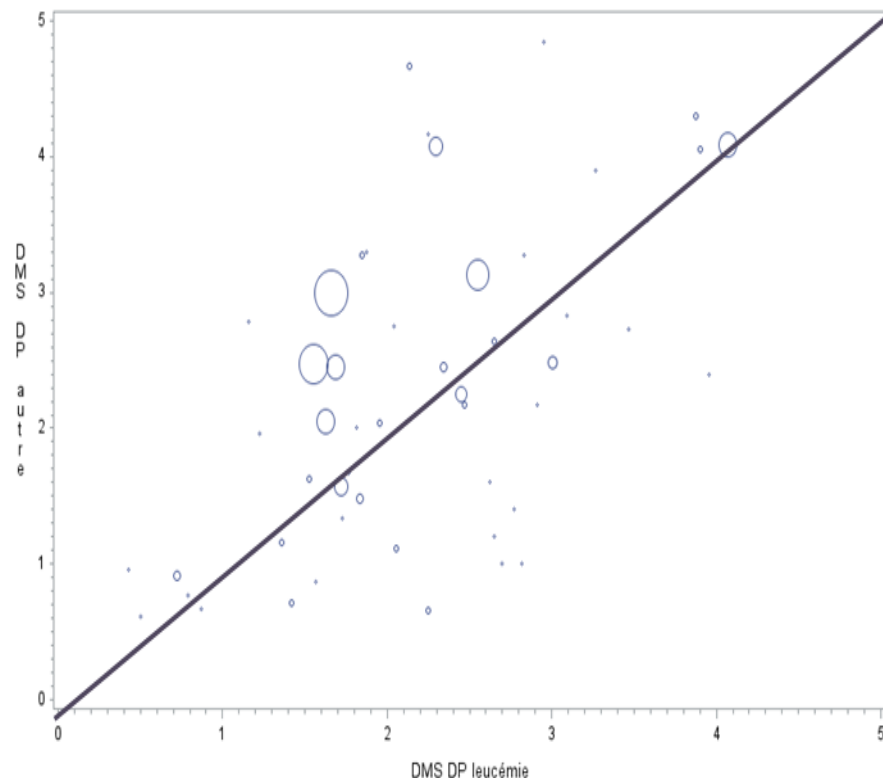
Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre



La taille de la bulle est proportionnelle à l'effectif si DP de leucémie

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (public) - interventions non majeures**

Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre



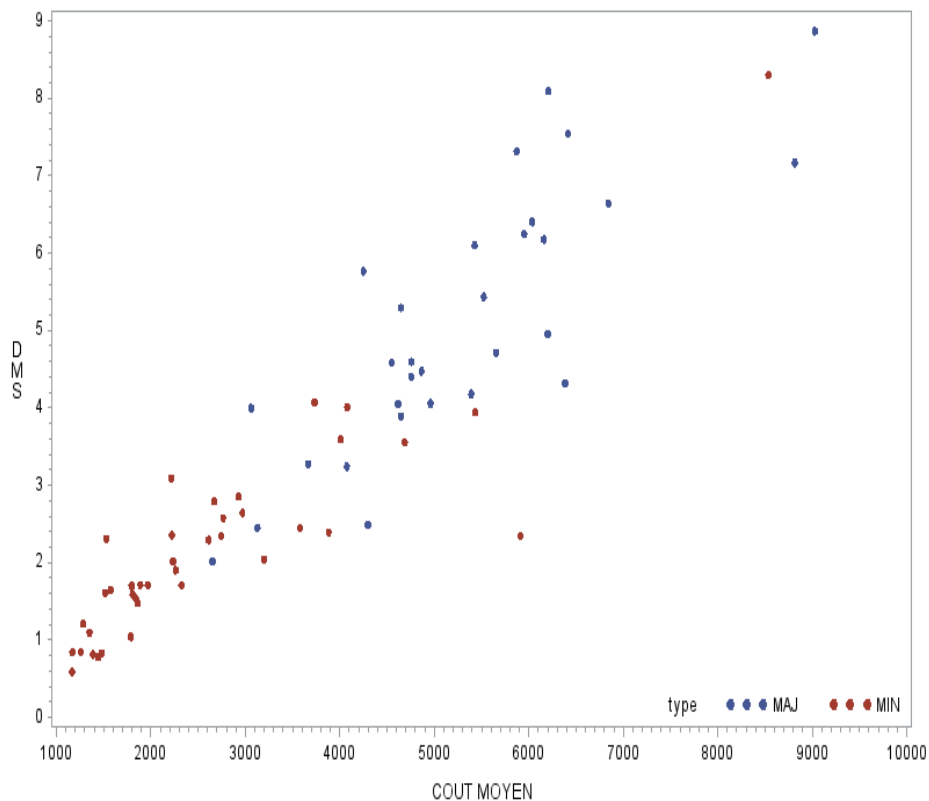
La taille de la bulle est proportionnelle à l'effectif si DP de leucémie

# Modifications des racines C

## DMS versus Coût par acte

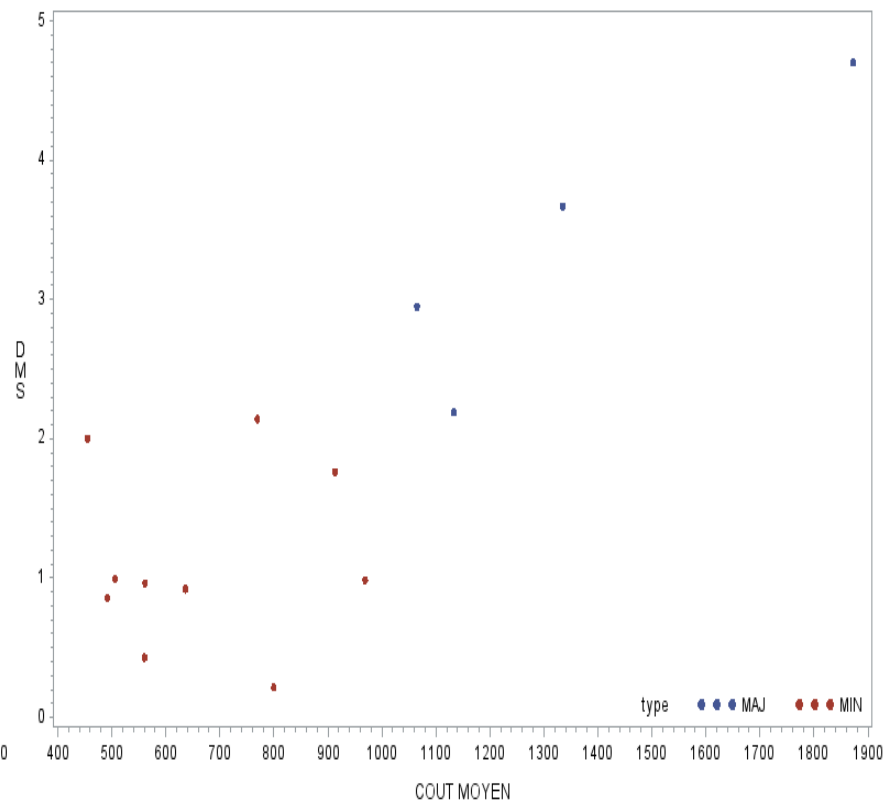
Base 2011 à 2013 et ENC 2010 - 2011 - CMD 17 - chirurgie (public)

Relation entre la DMS et le COUT pour chaque acte opératoire  
 Au moins 10 séjours retenus pour chaque acte (ENC et BN)



Base 2011 à 2013 et ENC 2010 - 2011 - CMD 17 - chirurgie (privé)

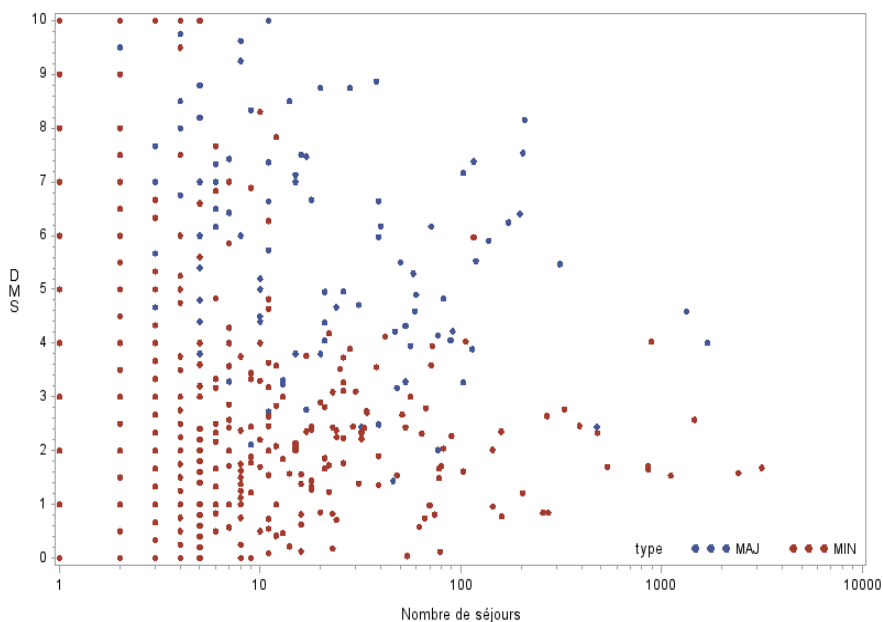
Relation entre la DMS et le COUT pour chaque acte opératoire  
 Au moins 10 séjours retenus pour chaque acte (ENC et BN)



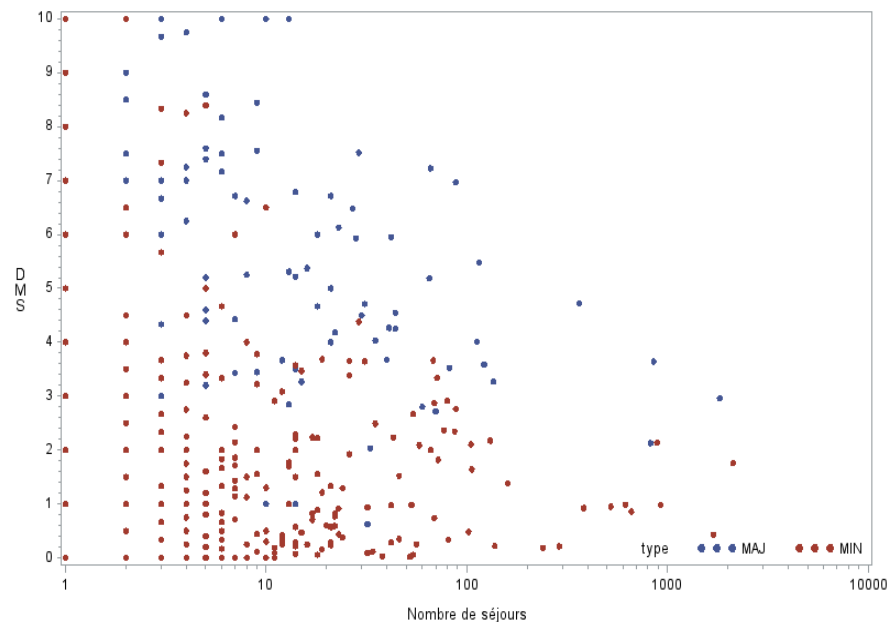
# Modifications des racines C

## Pertinence des 2 listes (« Majeurs », « Mineurs ») → DMS

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (public)**  
 Répartition des actes opératoires selon la DMS, l'effectif et le type



**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (privé)**  
 Répartition des actes opératoires selon la DMS, l'effectif et le type



- Pas de distinction nette, en termes de DMS, entre les deux types d'actes
- Poids de la pathologie sous-jacente (l'intervention ne justifie pas toujours la DS à elle seule)
- Classement initial non optimal

## Modifications des racines C

**Pertinence des 2 listes (« Majeurs », « Mineurs »)  
 → Effectifs (2013)**

Racine		Public		Privé		Total	
		Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Lymphome ou leucémie	17C02	2 147	2 135	1 821	1 819	3 968	3 954
	17C03	4 666	4 666	2 606	2 606	7 272	7 272
Autres	17C04	728	307	411	172	1 139	479
	17C05	2 665	1 676	1 990	1 559	4 655	3 235
Total		10 206	8 784	6 828	6 156	17 034	14 940

- La redirection d'un certain nombre de diagnostics de tumeurs solides vide les deux racines « Autres »
- → Nécessité de nouvelles racines

## Modifications des racines C

- Premier test: reclassement des actes en 3 groupes selon la DMS de niveau 1 (base 2011-2013)
  - « Sévères » si  $DMS \geq 6$  dans le public ou dans le privé
  - « Modérés » si  $3 \leq DMS < 6$  dans le public ou dans le privé
  - « Légers » si  $0 \leq DMS < 3$  dans le public et dans le privé

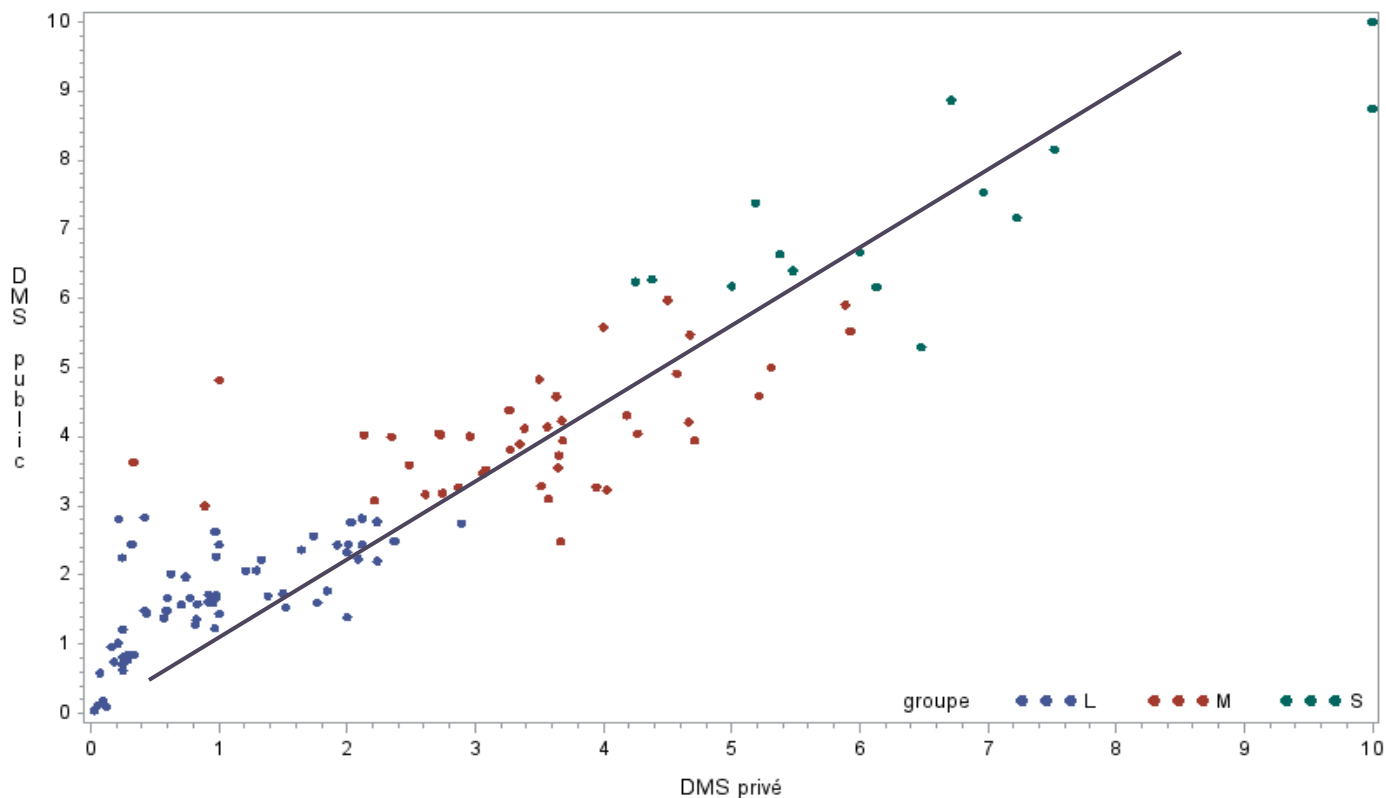
		N niveau 1	N total	% en CMA	ICR moyen
LEGERS	[0 – 3)	28 629	34 353	16,7%	166
MODERES	[3 – 6)	13 140	18 550	29,2%	293
SEVERES	[6 et +]	2 857	6 805	58,0%	459
?			682		446

? Pas de séjours en niveau 1 → pas de critère de DMS → SEVERES

# Modifications des racines C

## ○ DMS « public » versus « privé » pour cette segmentation

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie**  
 Comparaison des DMS selon le secteur et le groupe  
 Au moins 10 séjours retenus pour chaque acte et chaque secteur



# Modifications des racines C

## ○ PVE selon les étapes de groupage

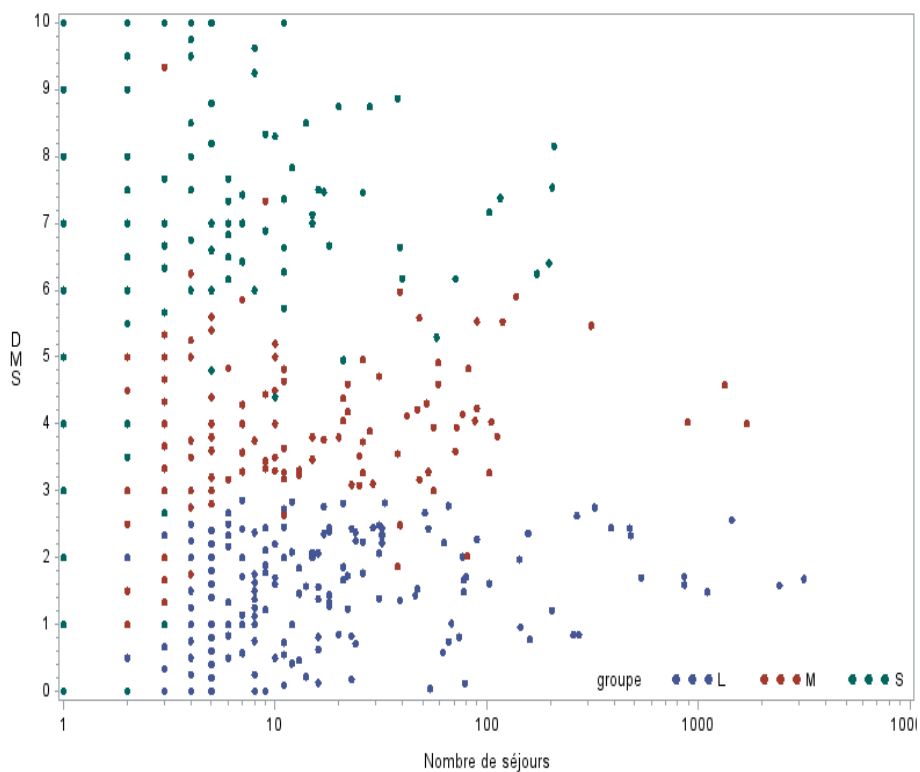
CMD 17		Z400	+ TS	+ 17M	+ 17C (0/3/6)
	V11 F	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
Public	57,4207	57,4350	57,5177	57,5409	57,5752
Privé	49,6794	49,6824	48,7813	48,629	48,7096
Base nationale	56,5328	56,5464	56,5561	56,5712	56,6302



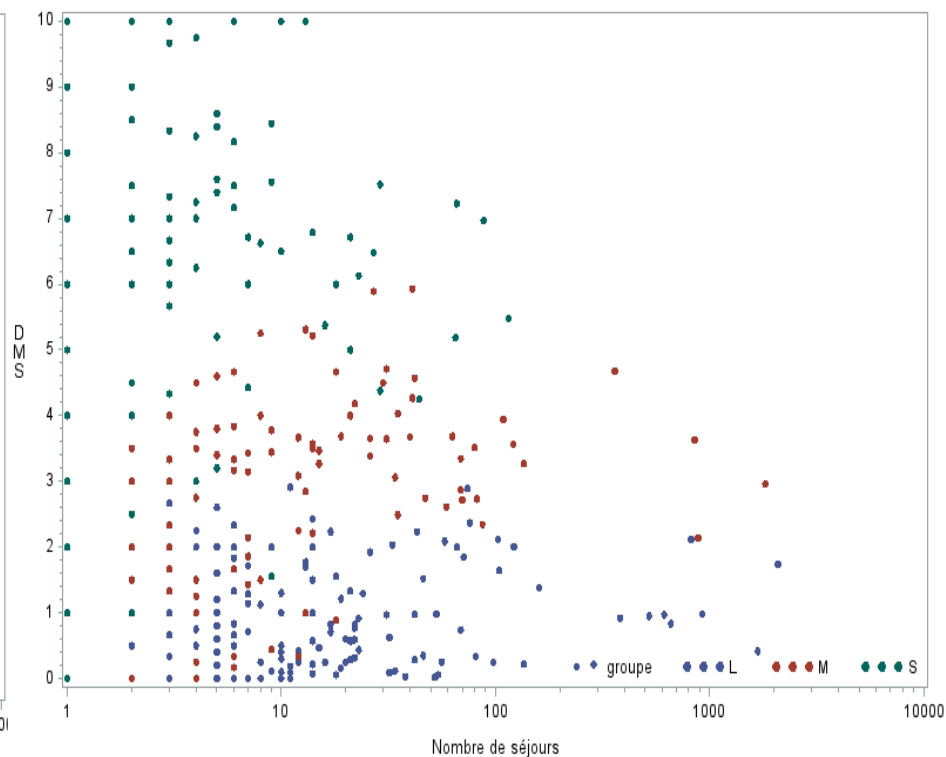
# Modifications des racines C

○ La création des 3 racines avec ces seuils n'est peut-être pas optimale

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (public)**  
 Répartition des actes opératoires selon la DMS, l'effectif et le type

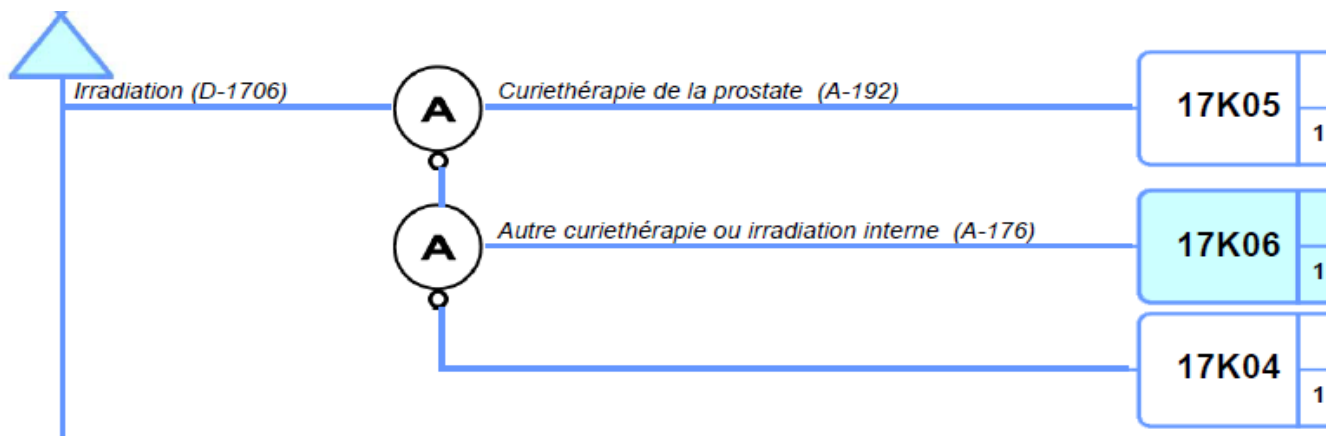


**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (privé)**  
 Répartition des actes opératoires selon la DMS, l'effectif et le type



1. Evolution des racines médicales
2. Evolution des racines chirurgicales
- 3. Evolution des racines interventionnelles**
4. Suites des travaux

# Evolution des racines interventionnelles

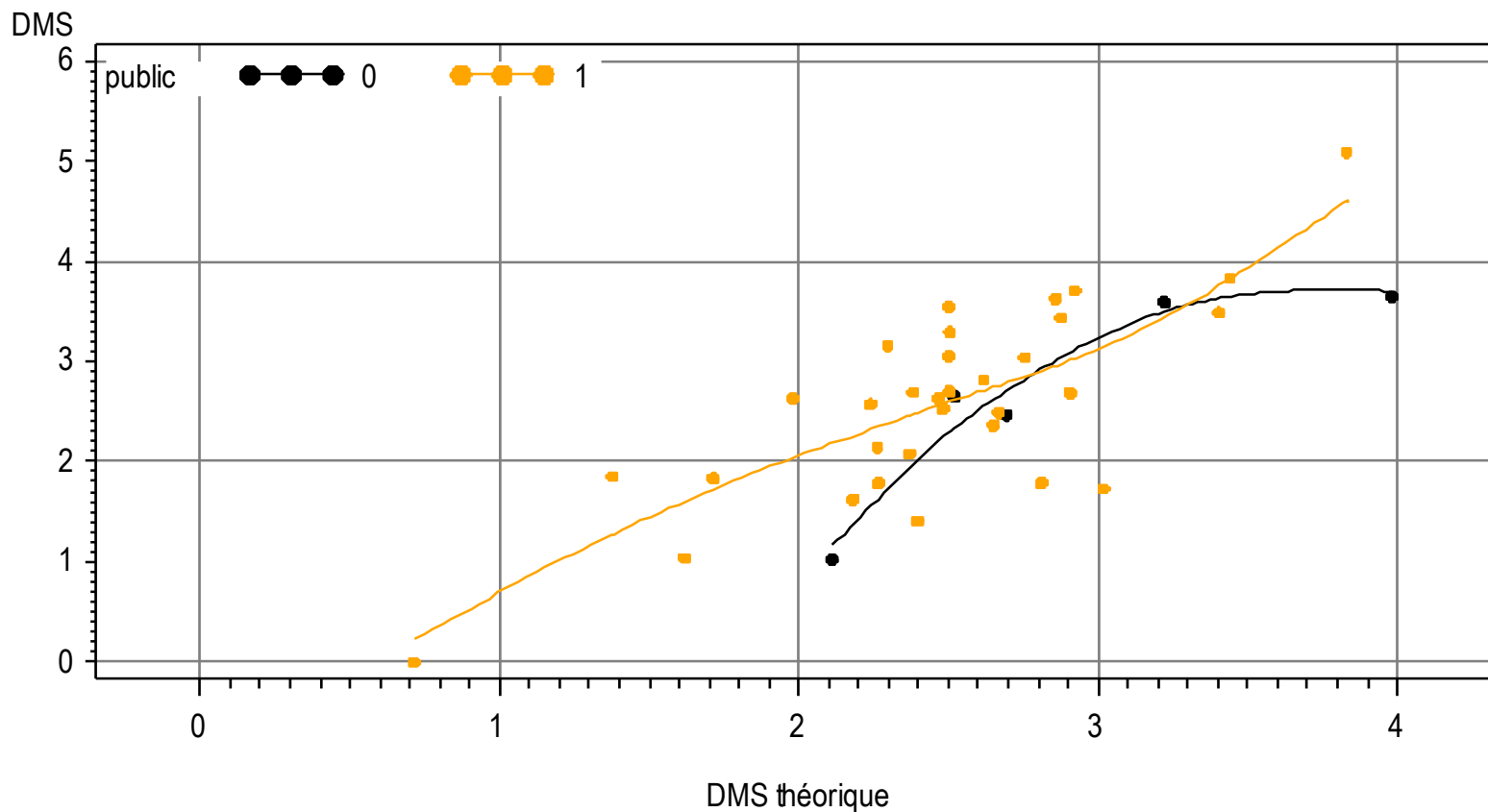


## ○ Analyse DMS/coûts= hétérogénéité de la racine 17K06

- Contient les actes des autres curiethérapies (hors grains d'iode prostate), l'irathérapie, l'embolisation hépatique et l'irradiation interne de lésions osseuses
- Irathérapie (75% des séjours) :
  - DMS = 2,5 j et coût 2 500€
- Curithérapie intracav utérovaginale (481):
  - DMS = 3,5 j et coût 6 800€

# Analyse statistique : hétérogénéité

Bases 2013 - DMS normalisée par acte  
17K06=Autres curiethérapies et irradiations internes



1. Evolution des racines médicales
2. Evolution des racines chirurgicales
3. Evolution des racines interventionnelles
- 4. Suites des travaux**

## Suite des travaux

---

### ○ Courant juillet

- Finaliser la révision des racines chirurgicales
  - Affiner les seuils
  - Nombre de racines
  - « Toilettage » médical
- Engager la révision des racines en K
  - Segmentation selon les techniques.

### ○ Fin juillet

- Au minimum stabilisation des évolutions pour les racines chirurgicales
- « Idéalement » finalisation des travaux racines interventionnelles
- Analyse des impacts

### ○ Communication des résultats au membres du CT

## 2. Diabète

# Les situations cliniques

- La surveillance du diabète
  - se code avec un code Z
  - orientée vers la racine 10M13 *Exploration et surveillance*
- Le diagnostic et le traitement du diabète
  - se codent avec un code diabète en E10 à E14
  - orientés vers les racines 10M02 ou 10M03 *Diabète en fonction de l'âge (+/- 35 ans)*
- Les autres codes Z de motifs de recours pour le diabète
  - orientés vers le GHM 23M08J *Diabète*
  - ou vers racine 23M06 *Autre facteur influant sur l'état de santé*



## Situation clinique PMSI

- Pour les fédérations hospitalières, le diabète déséquilibré pourrait correspondre à la notion de poussée aiguë
- Le guide définit la poussée aiguë de la maladie chronique ou de longue durée. Dans cette situation, le langage médical courant emploie volontiers les qualificatifs de maladie « déséquilibrée », « décompensée », « déstabilisée » ou « exacerbée ».
- Lorsque le séjour a été motivé par une poussée aiguë d'une maladie chronique ou de longue durée, cette maladie peut être le DP, que le diagnostic ait été ou non suivi d'un traitement. **[Règle D5]. »**

- La **poussée aiguë** est caractérisée par une rupture thérapeutique et une réévaluation globale de la prise en charge du fait du risque d'évolution vers une urgence métabolique.
- La définition de la poussée aiguë est réalisée à partir d'une nécessité de prise en charge particulière :
  - nécessité de recourir à un schéma insulinique avec plusieurs injections quotidiennes d'insuline ou une insulinothérapie par pompe ;
  - nécessité de débiter ou modifier une insulinothérapie chez un patient à haut risque.

## Éléments tarifaires (ex-DGF)

- Valorisation de la prise en charge du diabète
  - Séjours de 0 jour
    - 711 € pour la surveillance négative (GHM 10M13Z)
    - 475 € pour le diagnostic ou le traitement du diabète (GHM 10M03T)
    - 517 € pour les autres motifs de recours (GHM 23M08J);
  - Séjours de 1 jour et +
    - 711 € pour la surveillance (GHM 10M13Z)
    - 1 875 € ou plus selon les niveaux pour diagnostic ou le traitement du diabète (GHM 10M031)
    - 1 409 € pour les autres motifs de recours (GHM 23M061)

# Comportement des établissements

- Pour les **racines 10M13 Surveillance et 10M03 Diabète**
- **2 pics de durée de séjour à 0 et 4 jours**
  - Les 0 jour → plutôt HDJ (poss ZHTCD puis sortie domicile?)
  - Les 4 jours → Hosp. De Semaine ou HC
- **Sur le plan tarifaire**
  - Les 0 jour pour patients venus pour (surveillance de) diabète :
    - mieux valorisés dans le GHM 10M13 Surveillance
    - moins bien valorisés sans les GHM 10M03T ou 23M06J
  - Les 4 jours pour patients venus pour (surveillance de) diabète :
    - moins bien valorisés dans le GHM 10M13 Surveillance
    - mieux valorisés sans les GHM 10M03T ou GHM 23M06J

# Comportement des établissements

- **Pour être correctement valorisé les établissements de santé codent**
  - L'hôpital de jour comme surveillance
  - L'hôpital de semaine ou les séjours de 4jrs comme diagnostic et traitement d'un diabète
- Cette façon de coder est majoritaire
- Objet de désaccord des contrôleurs
  - En cas de contrôle une partie des séjours est redressée en surveillance

# Solutions envisageables

## ○ Classification

- Segmenter le GHM 10M13Z d'exploration et de surveillance en deux GHM T et Z.

### ○ Avantages

- Valorisation correcte des séjours de plusieurs jours
- Simplicité
- Ne nécessite pas de précision de définition du diabète déséquilibré

### ○ Inconvénients

- Peut diminuer la valorisation pour les séjours de 0 ou 1 jour actuellement dans cette racine.
- Création d'un nouveau GHM

## ○ Classification

- Dans le guide assimiler à la notion de poussée aiguë les situations décrite par la SFD-SOFIME
  - **Avantage**
    - Réorientation des séjours dans les racines diabète
    - Meilleure valorisation des séjours de plusieurs jours
  - **Inconvénients**
    - Ne règle pas la valorisation des séjours pour surveillance de quelques jours ou d'une semaine
    - La « poussée aiguë » de diabète n'est pas une notion habituelle du langage médical

## ○ Nomenclatures

- Créer des extensions de codes pour le diabète déséquilibré
  - Le diabète dit déséquilibré n'est pas un code CIM-10.
  - Le diabète « décompensé » est une extension dans les CIM-10 allemande et suisse.
  - Les DRG dans ces pays n'utilisent pas cette extension pour le groupage.
  - Ces extensions ne régleront pas la difficulté actuelle



# Propositions

## ○ Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13

○ Impact *ENC 2011-2012, secteur public, coût total T2A*

Racine	N					DMS					Coût				
	J/T	1/Z	2	3	4	J/T	1/Z	2	3	4	J/T	1/Z	2	3	4
10M02	2 796	11 277	8 250	3 040	327	0.3	5.2	7.0	10.6	19.0	666	2 303	3 036	4 544	8 733
10M03	1 307	4 387	1 485	199	24	0.3	5.0	7.1	9.3	19.5	630	2 747	4 073	5 190	13 161
10M13	40 640	2 712				0.0	3.1				713	1 950			
23M08	5 132					0.0					594				

## ○ Envisager une modification du guide

○ Prise en compte de la définition SFD-SOFIME de la poussée aiguë

## ○ Pas de création de code de diabète déséquilibré

○ Complexifie le codage

○ permettrait de mieux repérer mais pas d'impact sur le groupage.

### 3. Ganglion sentinelle

# Demande Unicancer

- Lors de tumorectomie pour cancer du sein, demande de distinction entre "avec" ou "sans" ganglion sentinelle.
- Motifs
  - Peut éviter un curage axillaire et ses conséquences
  - Surcoût mal pris en charge :
    - Surcoût lié à la réalisation de l'acte (médecine nucléaire ; examen anapath extemporané)
    - Surcoût lié à l'organisation
    - Impact pour la chirurgie ambulatoire (rendue impossible...)

## Éléments de problématique

- la CCAM ne comporte pas de code spécifique pour la technique du gg sentinelle
  - Formellement il n'est pas possible d'identifier de manière certaine les séjours au cours desquels la technique a été réalisée
- Il existe 2 actes pour la détection avec radio isotopes:
  - ZZQL010 et ZZQL013
    - détection peropératoire / pré et per opératoire
- Il existe des actes pour les examens anatomopathologiques extemporanés
- Il existe aussi une détection colorimétrique

## Ce qui est acquis

○ au 1<sup>er</sup> juin 2014 création de 3 codes

### **Anatomopathologie pour les gg sentinelles**

- FCQX005: Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle
- FCQX008: Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles
- FCQX007: Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles

○ Repérage possible

- A court terme dans la BN
- A moyen terme dans la base ENCC

## Données dans la base séjours 2013

- Racine 09C04 : mastectomies totales pour tumeur maligne :
  - 19 700 séjours
  - 2 741 séjours avec détection radio-isotopique
- Racine 09C05 : mastectomie subtotale pour tumeur maligne :
  - 51 488 séjours
  - 20 246 séjours avec détection radio-isotopique
    - dont 2 046 séjours en 09C05J.

# Diffusion et développement de la technique

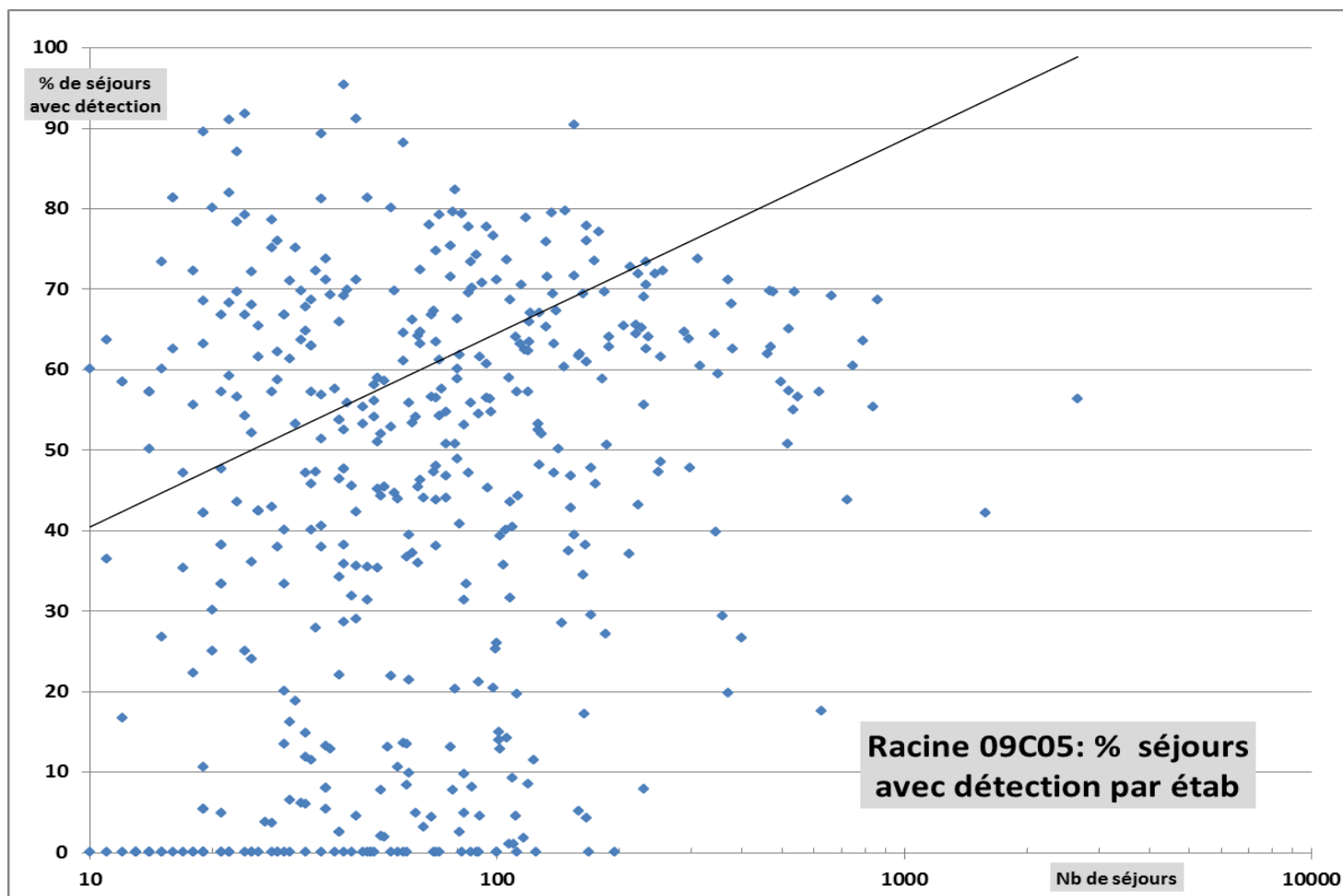
## ○ Par CMD

- la CMD 09 regroupe 99% des séjours avec détection radio-isotopique
- les CMD 13 et 17 : 0.3 et 0.4%

## ○ Evolution du %tage de séjours avec détection radio-isotopique

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>09C05</b>	<b>28,8%</b>	31,8%	35,4%	39,1%	<b>39,3%</b>
<b>09C04</b>	<b>7,5%</b>	9,3%	11,2%	13,3%	<b>13,9%</b>
<b>09C11</b>	<b>3,1%</b>	3,5%	3,7%	4,3%	<b>3,7%</b>

# Diffusion et développement de la technique





# Impact sur la durée de séjour (base 2012 regroupée V11e)

---

- Recherche d'éléments objectifs sur les DS
  - Ganglion sentinelle « probable » si
    - Mastectomie et Radio isotopes +/- Ex anapath extemporané
- La fiabilité du codage rend l'estimation de la technique assez imprécise, mais les résultats ne semblent pas incohérents
  - 09C05 Min d'au moins 20% et Max probablement > 50%.
  - 09C04 Min d'au moins 5% Max de l'ordre de 20%.
- Les résultats montrent que les DS sont peu affectées par la technique du ganglion sentinelle
  - *tab en annexe*

# Résultats sur la base ENC

## ○ Recherche d'un différentiel de coûts lié aux deux actes de radio-isotopes

		effectifs		Effet	
	niveau	ExOQN	ExDG	ExOQN	ExDG
<b>09C04</b>	<b>1</b>	471/101	1442/350	<b>120 NS</b>	<b>1468 ***</b>
	<b>2</b>	151/26	497/81	<b>417 NS</b>	<b>1297 ***</b>
	<b>3</b>	8/0	79/17	-	<b>2390 ***</b>
	<b>4</b>	2/0	6 / 1	-	-
<b>09C05</b>	<b>J</b>	207/34	423/283	<b>80 NS</b>	<b>1325 ***</b>
	<b>1</b>	859/1414	2202/2330	<b>163 ***</b>	<b>1012 ***</b>
	<b>2</b>	80/98	212/212	<b>-211 NS</b>	<b>958 ***</b>
	<b>3</b>	oct-14	56/29	<b>268 NS</b>	<b>962 NS</b>
	<b>4</b>	3/0	11/1	-	-

- Secteur exDG surcoût assez généralisé, de l'ordre de 1000€ ou plus
- Secteur exOQN : surcoût significatif dans un seul des GHM

# Propositions

---

## ○ Pas d'évolution de la classification

- Segmentation sur la technique peu pertinente
  - Faible lisibilité
    - nécessiterait une multiplication des racines
  - Solution non pérenne
    - Développement dans d'autres localisation (pelvis)
  - Potentiel de diffusion important mais limité
    - Non indiqué pour tous les Kc du sein (Reco HAS – INCa 2010)
- Faisabilité
  - Pas d'acte
- Pas d'impact sur les DS

# Propositions

---

## ○ Poursuite des travaux dans le cadre de la campagne tarifaire

- Ne pas pénaliser les établissements qui suivent les bonnes pratiques
  - Il existe un surcoût
  - Technique de référence pour certains stades
- Analyse du différentiel de coût
  - Postes impliqués
  - Poids des radio isotopes dans le surcoût
    - Sollicitation UNICANCER
- Modalités éventuelles de prise en charge du surcoût
  - Majoration? Supplément?
    - Lié à une association d'actes?

## **4. Autres travaux**

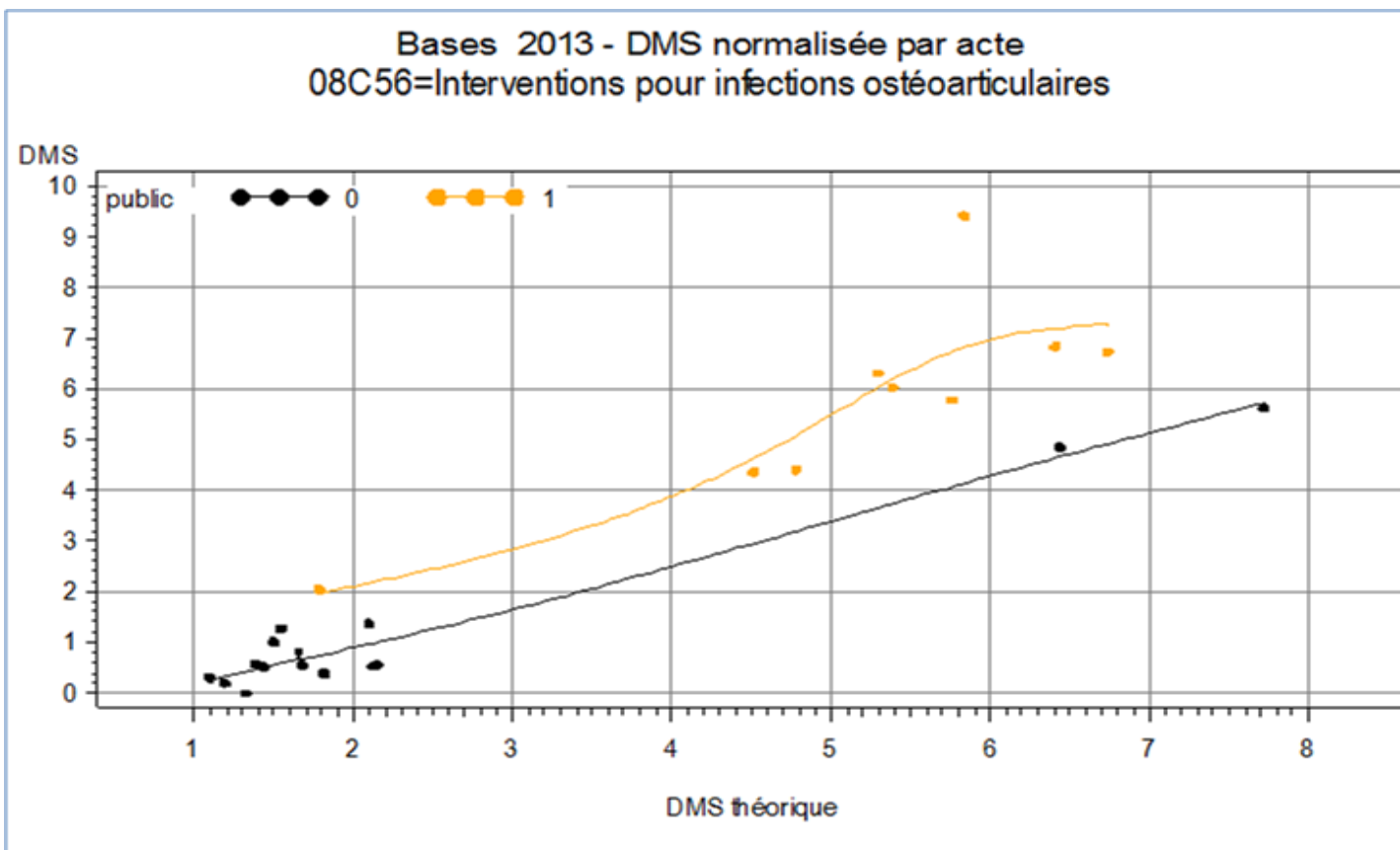
**Infection Ostéo Articulaire**  
**Suivi des TAVI**  
**Chirurgie ambulatoire**  
**Autres**

# Infections Ostéo Articulaires

- Une demande initialement centrée sur la majoration des IOAC
- Les travaux retrouvent une possibilité d'amélioration de la classification
  - Racine hétérogène par construction
    - Orientation si acte classant opératoire et infection ostéo-articulaire
    - Quelle que soit la nature/topographie de l'intervention
  - Variabilité importante
    - Des durées de séjour
    - Du recrutement des établissements

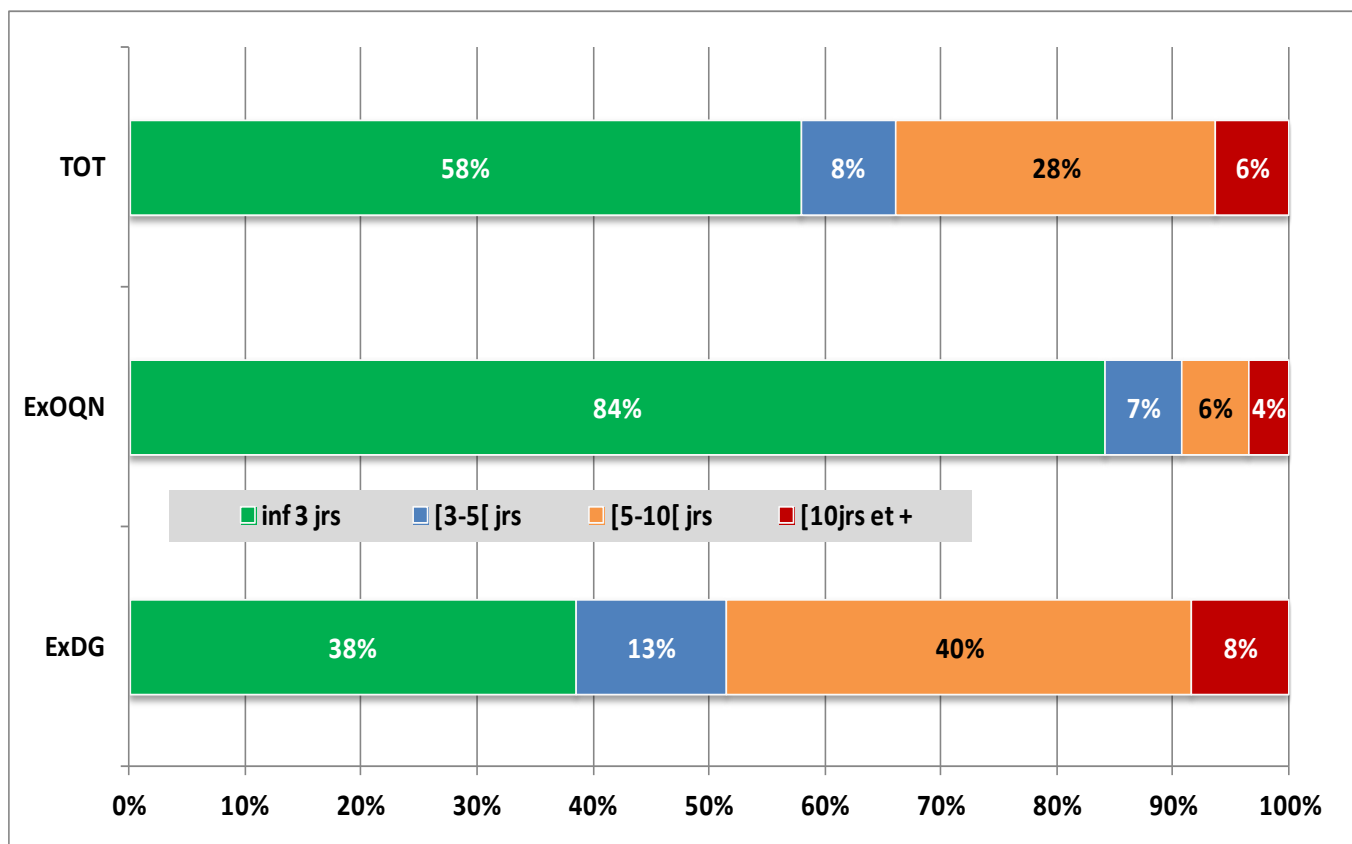
# Infections Ostéo Articulaires

- L'hétérogénéité de la racine (niveau 1) impacte les établissements
- Recrutement plus lourd dans le secteur public



# Infections Ostéo Articulaires

- DMS des racines où se répartiraient les séjours (niv1) en l'absence de 08C56





# Infections Ostéo Articulaires

## Propositions

---

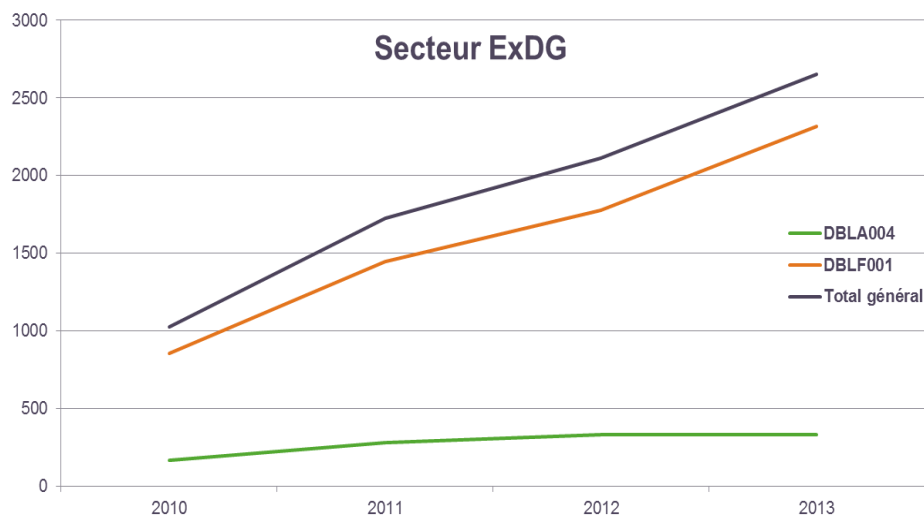
### ○ Segmentation de la racine

- actes « lourds » et actes « légers »
  - Améliore la description médicale et l'homogénéisation des GHM
  - Incite au codage IOA en revalorisant les actes lourds
    - Revalorise les IOAC qui seraient principalement classées dans la racine lourde

### ○ Révision de la liste des IOA

- Concordance liste IOA médicales et chirurgicales
- Permettrait de reclasser des séjours dans la racine 08C56

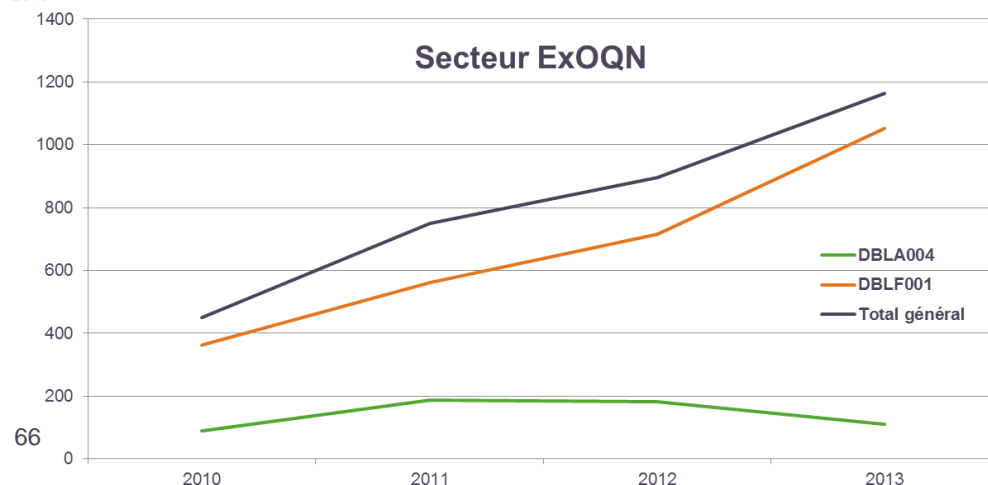
# Suivi des TAVI



**Pas d'évolution de la classification à prévoir**

○ Racine 05C08 Suivi des séjours avec acte DBLA004

○ Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC



- **Pas de modifications prévues pour la campagne 2015**
- **Travaux en cours**
  - Suivi montée en charge codage actes et CMA
- **Travail exploratoire à engager**
  - Hétérogénéité intra racine des actes
  - Recherche d'une variabilité des coûts et des éventuelles variables explicatives

### ○ Chimio-embolisation hépatique

- Demande UNICANCER de classement dans la même racine que la radiofréquence hépatique
  - Les surcoûts seraient similaires
- Expertise en cours

### ○ Rémicade

- Demande DGOS de segmentation de la racine 28M17Z
  - Création d'une racine spécifique pour réintégration du rémicade
- Expertise en cours

## Autres points

### ○ Transsexualisme

- Demande SOFECT de création d'une racine spécifique pour les actes chirurgicaux liés au transsexualisme

- Les actes

JZMA001	Plastie des organes génitaux externes pour transsexualisme masculin
JHLA001	Armature d'un néopénis
JHMA007	Phalloplastie par lambeau cutané libre
JHMA004	Phalloplastie par lambeau cutané tubulé pénien
JHMA008	Phalloplastie par lambeau inguinal pédiculé

- Expertise en cours

- Activité 2012: 105 séjours et 11 établissements concernés

## 5. Travaux nomenclature

**CIM 10**

**CCAM**

**Médicaments et dispositifs médicaux**

# CIM-10

# Mises à jour de la CIM-10 liées à l'OMS

## ○ Année de modifications mineures

- Essentiellement modifications de notes ou d'inclusions
- Pour le diabète

les mentions de *insulinodépendant* et *non insulinodépendant*  
sont remplacées par *de type 1* et *de type 2*



# CIM-10 Création d'extensions nationales -1-

- Précarité : meilleure description de précarité
  - Travail réalisé avec le sous-groupe technique
  - Précision de définition et consignes de codage et création de 19 extensions de code (revenus, analphabétisme, non compréhension du français, sans abri, logement, absence de couverture sociale, personne isolée...)

## ○ Infectieux :

- Créations de codes pour décrire les situations de résistance aux anti-infectieux sur portage sain
- Précision des consignes d'utilisation des codes de résistance
- Enrichissement des codes de résistance aux antibiotiques dont situation de BHRe
- Création de codes spécifiques pour identifier certains germes *acinetobacter*, *citrobacter*
- Clarification et simplification des consignes de codage des infections graves et des codes de sepsis
- Actualisation du fascicule d'infectieux et publication d'outils

- **Création d'extensions en Z40.0** *Opération prophylactique pour facteur de risque de tumeurs malignes* pour identifier les organes concernés : sein, ovaire, colon, autres
- **Proposition de rendre obligatoire la saisie du caractère fermé ou ouvert d'une fracture** (chapitre 19 de la CIM). Les fractures non précisées comme fermée ou ouverte se codent en fracture fermée.

**CCAM**

## Vers une CCAM descriptive

- Sur le modèle de la CIM-10 : CIM-10 pour usage PMSI
  - Identification des mises à jour annuelles de l'OMS
  - Identification des adaptations propres à l'ATIH
  - Publication sur le site de l'ATIH
- CCAM pour usage PMSI

# CCAM pour usage PMSI – 1<sup>e</sup> étape

- **Informations portées en regard des codes et libellés pour en faciliter la recherche**
  - Subdivisions de rangement
  - Codes activité
  - Gestes complémentaires
  - Anesthésies complémentaires
- **Informations propres au PMSI :**
  - Caractère classant opératoire
  - Listes pour classification des GHM
- **Autres informations**
  - Actes admettant un forfait : FSD, FSM, SE
- **Identification des mises à jour CNAMTS**
- **Identification des adaptations ATIH**

Ajout de note d'indication et d'environnement découlant des avis ANAES/HAS
- **Signalement des informations peu utiles pour le recueil PMSI**

## Extensions ATIH pour la CCAM -1-

- Dédoublement de libellé "ou" en 2 libellés,
  - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras, par abord direct*
    - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main*
    - *Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et à l'avant-bras, par abord direct*
- Dédoublement de libellé de durée prolongée
  - *Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], par traction continue ou suspension*
    - *Pose du dispositif de traction*
    - *Surveillance de la réduction orthopédique par traction*

## Extensions ATIH pour la CCAM -2-

- Évolution des libellés et des notes d'un acte déjà inscrit suite à avis positif de la HAS pour rendre les libellés en adéquation avec l'évolution des techniques
- Introduction des libellés ayant bénéficié d'un service attendu "suffisant" ou "indéterminé" de la HAS
- Recours à un code spécifique dérivé du code à 7 caractères de l'acte de type LLLLCCC-CC  
**⇒ évolution du format de recueil 2015**
- Publication une fois par an.



## Place de la CCAM descriptive

- Après évaluation HAS ayant estimé un SA suffisant ou indéterminé
- En amont de la décision de remboursement
- Permet le recueil de données sur les modalités de réalisation et de coût utilisable lors de la décision de remboursement
- Retour "au droit commun" dès lors que l'acte est inscrit au J.O.

# CCAM pour usage PMSI

---

- Un document évolutif
- Avec l'aide des utilisateurs
- Remarques à faire à l'adresse

[Nomenclatures-de-sante@atih.sante.fr](mailto:Nomenclatures-de-sante@atih.sante.fr)

# Médicaments et dispositifs médicaux

# Évolution des codes UCD

---

- Les codes UCD des médicaments sont modifiés et passent de 7 à 13 caractères
  - Le code 9147957 devient 34008 **9147957** 7
  - La clé est calculée par rapport aux chiffres précédents
- Évolution des formats de recueil
- Table de correspondance

# Calcul de la clé de contrôle

## Clé de contrôle de l'ucd 13



### ➤ Calcul de la clé de contrôle

1. attribuer le rang : numéroter les chiffres de 1 à 13 de droite à gauche	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Code	3	4	0	0	8	9	1	4	7	9	5	7	<u>2</u>	
2. additionner les chiffres du code de rang pair....		4		0		9		4		9		7		= 33
3. multiplier le résultat par trois														33 x 3 = 99
4. additionner les chiffres du code de rang impair....	3		0		8		1		7		5			= 24
5. additionner les étapes 3 et 4														99+24 = 123
6. soustraire le résultat de l'étape 5 du multiple de 10 supérieur														130-123 = 7
Code EAN complet	3	4	0	0	9	3	0	0	0	0	1	2	I	

Lorsque le résultat de la phase 5 est un multiple de 10 (ex. : 60, 70, 80), le caractère de contrôle est égal à 0

Merci de votre attention

**Agence technique de l'information  
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

**[www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)**

# ANNEXES

**CMA**



# 1<sup>er</sup> Résultats

## Classement statistique des diagnostics

### ○ Evolutions pour les NRSA $\geq 500$

Niveaux	V11f	V11g		Var poids
1	59,5%	61,2%	↗	2,8%
2	29,4%	27,6%	↘	-6,3%
3	6,8%	6,8%	→	0,0%
4	4,3%	4,5%	↗	4,8%
<b>TOT</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		

Niveaux	Nb de diag par niveau					% par niveau				% changement
V11f	1	2	3	4	TOT	1	2	3	4	TOT
1	4 758	162	27	1	4 948	96,2	3,3	0,5	0	3,8
2	318	2 072	57		2 447	13	84,7	2,3		15,3
3	9	59	475	20	563	1,6	10,5	84,4	3,6	15,6
4			4	353	357			1,1	98,9	1,1
<b>TOT</b>	<b>5 085</b>	<b>2 293</b>	<b>563</b>	<b>374</b>	<b>8 315</b>					<b>7,9</b>

# 1<sup>er</sup> Résultats

## Classement statistique des diagnostics

### ○ Evolutions pour les NRSA < 500

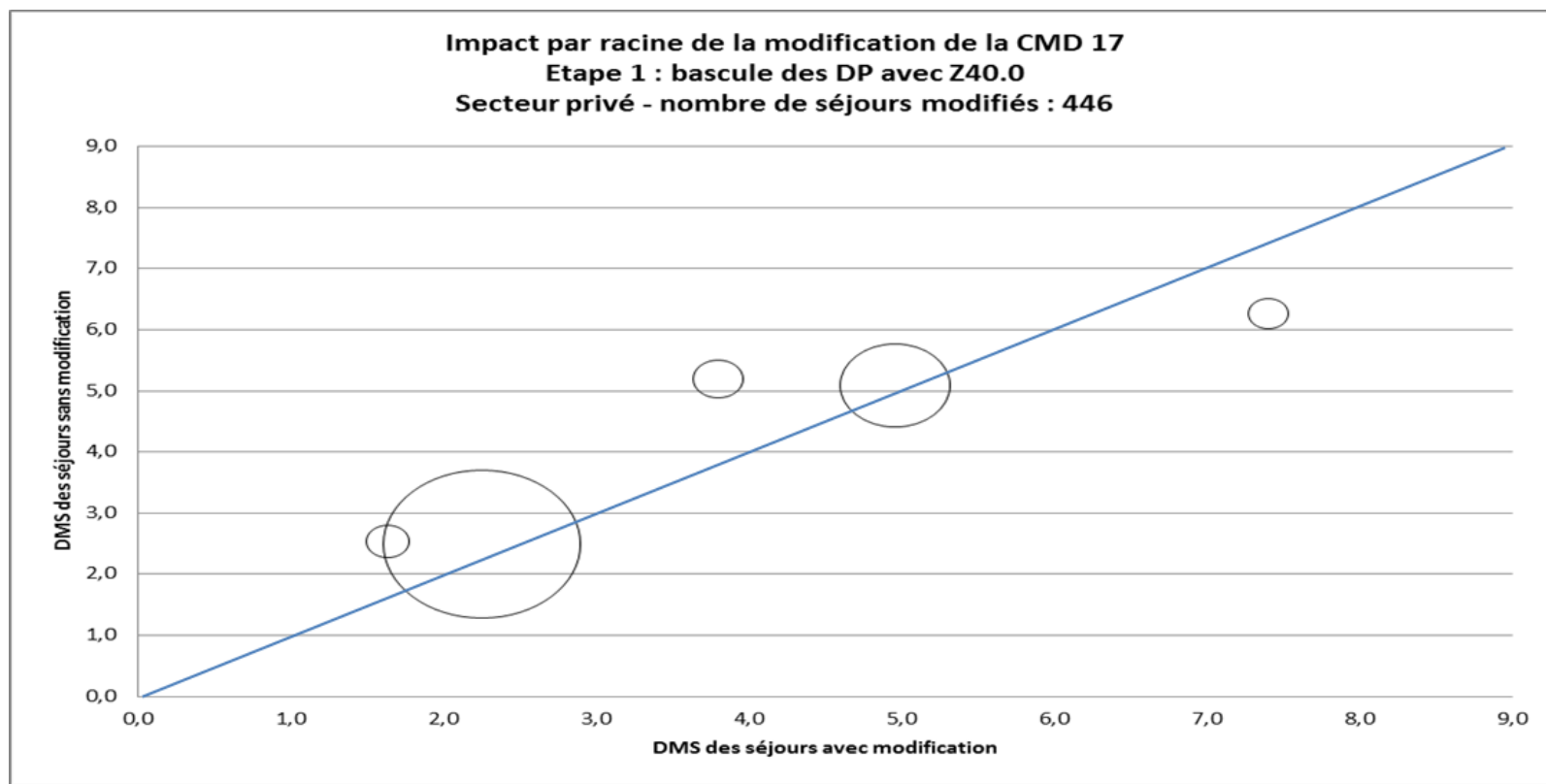
Niveaux	V11f	V11g		Var poids
1	58,3%	60,8%	↗	4,3%
2	29,6%	28,6%	↘	-3,3%
3	8,7%	6,8%	↘	-22,3%
4	3,4%	3,9%	↗	12,2%
TOT	100%	100%		

Niveaux V11f	Nb de diag par niveau					% par niveau				% changement
	1	2	3	4	TOT	1	2	3	4	TOT
1	1 925	146	9		2 080	92,5	7	0,4		7,5
2	209	779	34	34	1 056	19,8	73,8	3,2	3,2	26,2
3	31	90	178	11	310	10	29	57,4	3,5	42,6
4	4	6	20	93	123	3,3	4,9	16,3	75,6	24,4
TOT	2 169	1 021	241	138	3 569					16,6

## **CMD 17**

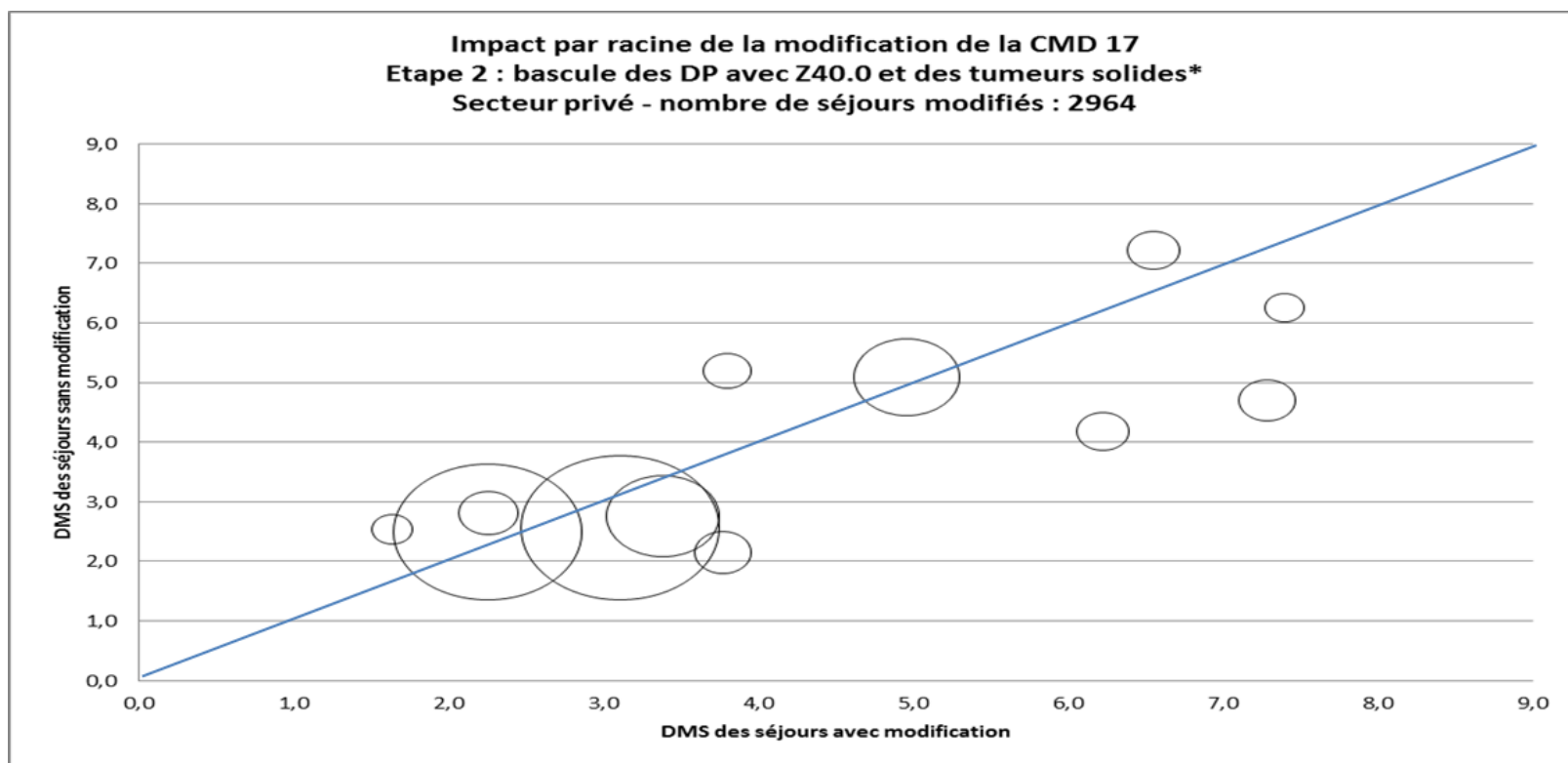
# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

- Comparaison des DMS pour chaque racine de niveau 1 (au moins 10 séjours retenus) : modification = DP avec Z40.0
- Étape 1 (Z400) : secteur privé



# Impact du reclassement des séjours classés actuellement en CMD 17

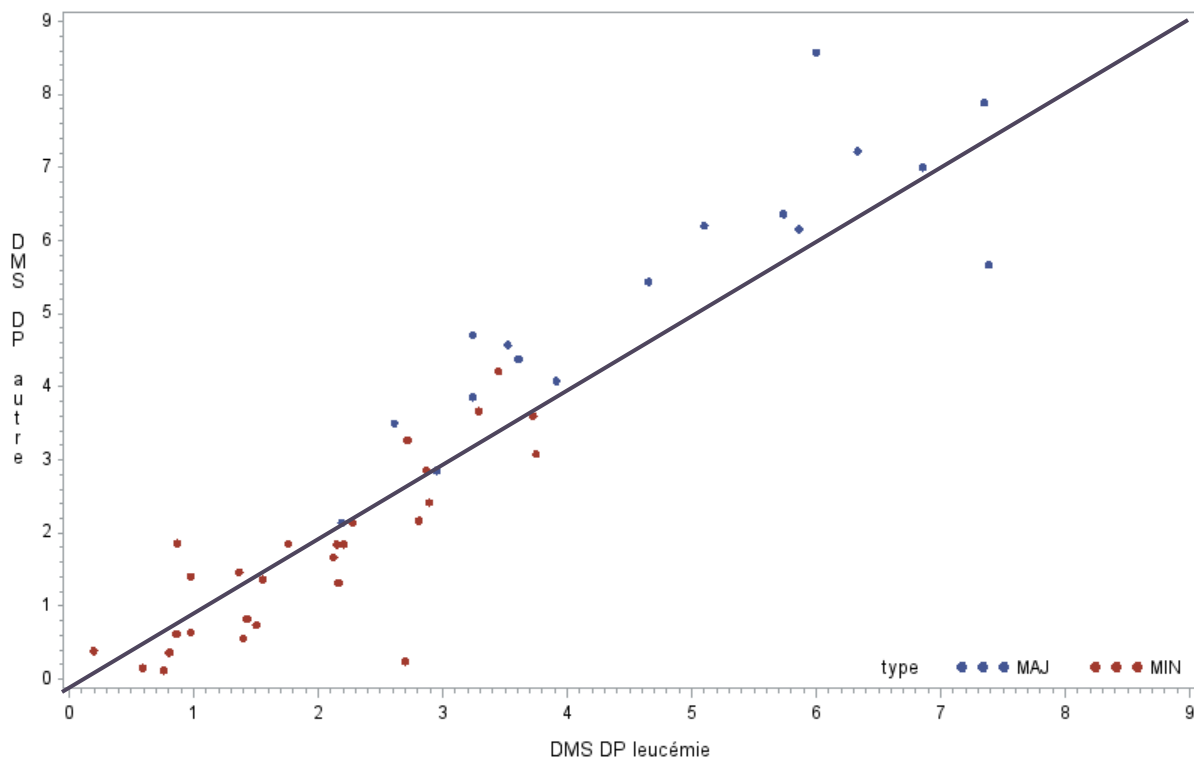
- Comparaison des DMS pour chaque racine de niveau 1 (au moins 10 séjours retenus) : modification = DP avec Z40.0 ou TS
- Étape 2 (Z400 + tumeurs solides) : secteur privé



# Modifications des racines C

## DMS par acte, leucémie versus autres, secteur privé

**Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (privé)**  
 Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre

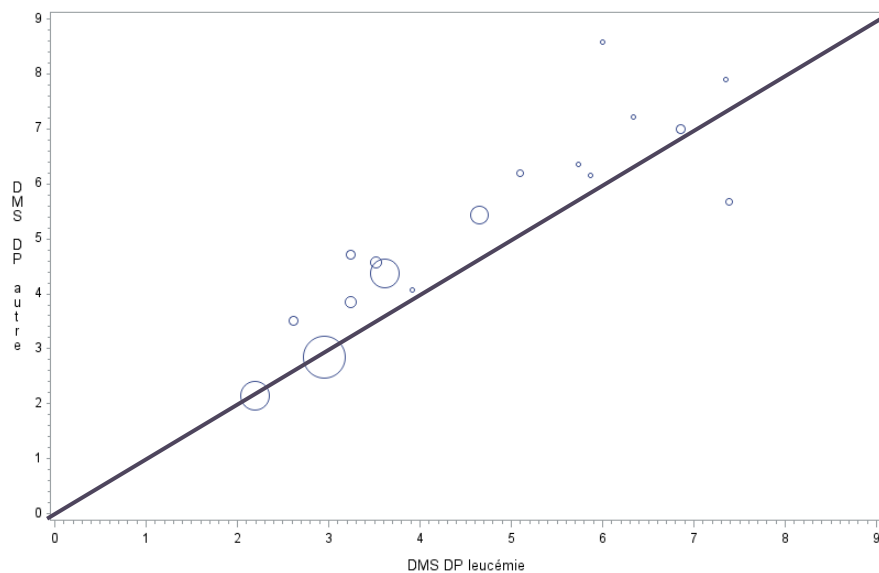


# Modifications des racines C

## DMS par acte, leucémie versus autres, secteur privé → effectifs

Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (privé) - **interventions majeures**

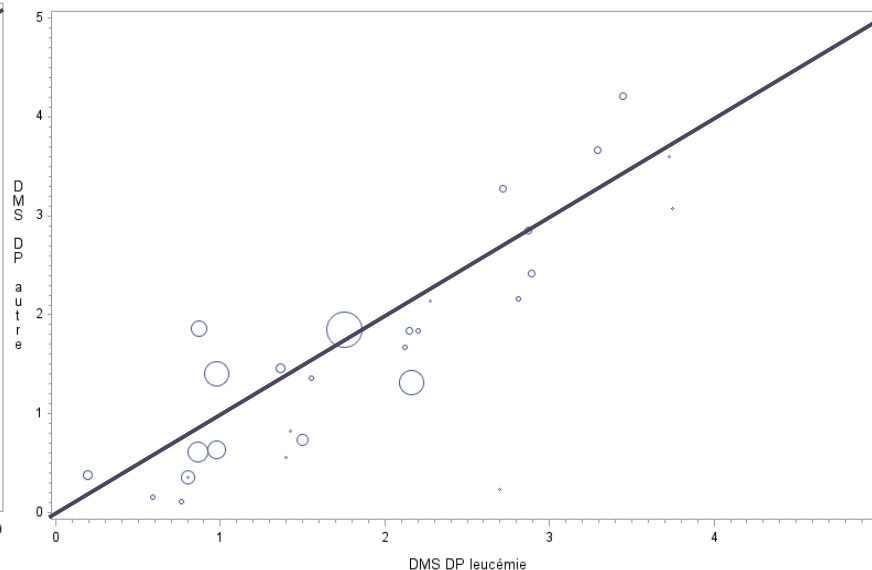
Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre



La taille de la bulle est proportionnelle à l'effectif si DP de leucémie

Base 2011 à 2013 - CMD 17 - chirurgie (privé) - **interventions non majeures**

Actes communs : comparaison des DMS leucémie vs autre  
 Au moins 10 séjours si DP leucémie et 5 séjours si DP autre



La taille de la bulle est proportionnelle à l'effectif si DP de leucémie

# Ganglion sentinelle



# Impact sur la durée de séjour (base 2012 regroupée V11e)

					% séjour avec				Effet sur la DMS			
					Rx-isotope OU anapath extempo	Rx-isotope ET anapath extempo	anapath extempo	Rx- isotope	Rx-isotope OU anapath extempo	Rx-isotope ET anapath extempo	anapath extempo	Rx-isotope
09C04	1	ExOQN	5 617	5.3	22.1	8.4	15.9	14.6	-0.00	-0.25	0.15	-0.31
		ExDG	8 529	5.1	22.6	8.1	10.2	20.5	0.03	0.00	0.07	-0.00
	2	ExOQN	2 066	7.2	20.5	6.7	15.7	11.5	-0.15	-0.74	-0.16	-0.48
		ExDG	2 770	6.9	20.3	7.7	9.9	18.1	-0.27	-0.63	-0.34	-0.38
	3	ExOQN	186	10.5	21.0	5.4	14.0	12.4	0.98	-0.26	1.47	-0.11
		ExDG	435	10.1	14.7	5.3	7.4	12.6	-0.87	1.42	1.09	-1.06
	4	ExOQN	22	16.7	13.6	0.0	13.6	0.0	0.27	.	0.27	.
		ExDG	44	22.5	18.2	2.3	4.5	15.9	-6.85	-9.48	5.52	-10.8
					% séjour avec				Effet sur la DMS			
					Rx-isotope OU anapath extempo	Rx-isotope ET anapath extempo	anapath extempo	Rx- isotope	Rx-isotope OU anapath extempo	Rx-isotope ET anapath extempo	anapath extempo	Rx-isotope
09C05	1	ExOQN	20907	2.6	61.4	27.5	41.7	47.1	0.18	0.22	0.37	0.04
		ExDG	26500	2.3	55.1	20.4	26.3	49.3	0.02	0.04	0.16	-0.05
	2	ExOQN	1947	4.7	62.4	29.7	47.6	44.5	-0.16	-0.42	-0.12	-0.38
		ExDG	2140	5.1	51.1	21.4	28.5	44.0	-0.37	-0.39	-0.27	-0.44
	3	ExOQN	272	7.4	51.5	20.2	42.3	29.4	-0.55	-0.39	-0.31	-0.79
		ExDG	402	8.0	41.0	14.7	23.9	31.8	-0.83	-0.67	-0.32	-1.15
	4	ExOQN	23	17.3	52.2	17.4	52.2	17.4	-6.09	-7.76	-6.09	-7.76
		ExDG	58	15.3	24.1	8.6	12.1	20.7	0.53	6.74	2.88	1.74

# Précarité

# Précarité

**Tableau de synthèse**

Code existant	Libellé code	Décision	Détail
Z59.5	Pauvreté extrême	Création d'extensions (4)	Z59.50 Absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières Z59.58 Situations de pauvreté extrême, autres et non précisées
Z59.6	Faibles revenus	Création d'extensions (2)	Z59.60 Bénéficiaires de la CMUC Z59.61 Bénéficiaires de l'AME Z59.62 Bénéficiaires de minima sociaux Z59.68 Faibles revenus, autres et non précisés
Z56.0	Chômage, sans précision	Non retenu. Pas de modification	
Z55.0	Analphabétisme et faible niveau éducatif	Création d'extensions (2)	Z55.01 Analphabétisme et illétrisme Z55.08 Faibles niveaux éducatifs, autres et sans précision
Z55.1	Scolarité inexistante ou inaccessible	Précision de définition	
Z60.1	Situation parentale atypique	Non retenu. Pas de modification	
Z60.2	Solitude	Création d'extensions (2)	Z60.20 Personne vivant seule à domicile Z60.28 Solitudes, autres et non précisées
Z60.3	Difficultés liées à l'acculturation	Création d'extensions (2)	Z60.30 Difficultés liées à la langue Z60.38 Difficultés d'acculturation, autres et non précisées
Z59.7	Couverture sociale et secours insuffisants	Création d'extensions (2)	Z59.70 Absence de couverture sociale Z59.78 Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
Z59.0	Sans abri	Précision de définition	
Z59.1	Logement inadéquat	Création d'extensions (5)	Z59.10 Logement insalubre ou impropre à l'habitation Z59.11 Logement sans confort Z59.12 Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne Z59.13 Logement en habitat temporaire ou de fortune Z59.18 Logements inadéquats, autres et non précisés