

COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 07 Juillet 2014

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

FEHAP : ➤ Pierre METRAL ➤ Catherine REA FHF : ➤ Bernard GARRIGUES ➤ Véronique GILLERON <i>consultante FHF</i> ➤ Sandra GOMEZ FHP-MCO : ➤ Marie-Paule CHARLOT ➤ Laure DUBOIS <i>consultante FHP-MCO</i> ➤ Michèle BRAMI	UNICANCER : ➤ Béatrice LE VU ➤ Sandrine BOUCHER CNIM : ➤ Bruno AUBLET-CUVELIER DREES : ➤ Ingrid LEFEBVRE-HOANG ➤ Marie Claude MOUQUET DGOS : ➤ Isabelle PETIT DSS : ➤ Damien DUMONT	ATIH : ➤ Anne BATAILLARD ➤ Anne BURONFOSSE ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Eric EKONG ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Nicole MELIN ➤ Laurent VOISIN ➤ Meriem SAID ➤ Philippe De MEY ➤ Alain PATRIS ➤ Guylène ROBERT
---	---	---

1 ORDRE DU JOUR

Point sur les différents travaux classification en vue de la campagne 2015

CMA – CMD 17 – Diabète – Ganglion sentinelle – Autres travaux - Nomenclature

En préambule l'ATIH signale qu'un certain nombre de thèmes ont été abordés et suivis dans les sous-groupes techniques (ex groupe DA) et que les problématiques sont connues. Cette réunion plénière a pour objectif de faire une synthèse des travaux en matière d'information médicale pour l'année 2015. Certains de ces sujets seront ajustés pendant l'été pour être achevés fin juillet. Une dernière réunion est prévue courant septembre pour statuer sur ces sujets.

Le diaporama présenté en séance est joint au présent CR.

2 LES TRAVAUX PRIORITAIRES

a. Les CMA

L'ATIH précise que

- Les résultats présentent les évolutions potentielles de niveau pour les codes CIM-10, à l'issue de l'analyse statistique. Il s'agit donc du maximum de changement que trouve la statistique en appliquant les seuils. Cependant il ne s'agit que de la première étape de la révision, ces résultats étant ensuite analysés médicalement, diagnostic par diagnostic pour statuer sur les évolutions.
- Tous les codes de la CIM-10 sont testés, à l'exception d'un certain nombre de codes très imprécis qui sont exclus d'emblée.
- Les données présentent l'évolution globale du nombre de codes impactés par l'analyse, mais ces chiffres ne préjugent pas du nombre de séjours impactés par les CMA. Cette variable sera calculée une fois les niveaux de sévérité des codes arrêtés.
- Actuellement, la liste des diagnostics pouvant potentiellement changer de niveau est en cours d'évaluation médicale. La liste finale des CMA sera établie fin juillet avec les simulations d'impact sur les séjours. L'ATIH enverra un rapport fin juillet pour discussion lors du prochain CT MCO.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FHP-MCO : Le besoin de niveaux de sévérité en chirurgie ambulatoire devient important, compte tenu de la généralisation de la pratique. Des patients niveau 2 ou 3 sont traités de cette façon sans prise en compte de leurs comorbidités.
 - o Sur ce point l'agence souligne qu'il s'agit d'une demande également portée par la DGOS et qui est en cours d'expertise. Le problème est cependant complexe compte tenu du fait que la méthode utilisée pour identifier les CMA est basée sur un allongement des durées de séjour, mais également du fait de l'actuel manque d'élément de mesure de la charge de travail/soins.
- FEHAP :
- Pour être éligible à une CMA, il existe une durée de séjour minimale (3, 4 ou 5 jours) et il pourrait être intéressant de revoir ces seuils car la tendance est au raccourcissement des séjours, qui deviennent souvent inférieurs aux seuils en vigueur, même pour des patients avec comorbidités. Ceci vaut notamment pour les niveaux 1 qui deviennent J. Par ailleurs, une baisse des niveaux de sévérité peut avoir un impact sur l'enveloppe nationale d'une part, mais aussi sur les revenus des établissements d'autre part. Il faudra donc être attentif à ce paramètre.
- UNICANCER : Souligne la nécessité de disposer de l'estimation du nombre de séjours changeant de niveau pour avoir une idée de l'impact véritable de la révision.

b. Révision de la CMD17

Les travaux réalisés à ce jour conduiront à des évolutions concernant les racines médicales, chirurgicales ou encore interventionnelles (voir le diaporama présenté en séance, plus détaillé que les points marquants ci-dessous).

L'ATIH précise que

- L'analyse se fait sur les séjours des racines de niveau 1+T/J pour pouvoir maîtriser le paramètre de l'allongement des DMS lié aux comorbidités. Par contre l'analyse des résultats en termes de PVE se fait sur tous les niveaux.
- Le rapatriement de certains diagnostics chirurgicaux et des opérations prophylactiques dans d'autres CMD que la 17 permet de remettre dans des racines plus pertinentes les interventions spécifiques (mastectomie, colectomie, etc.) pouvant être rattachées à une CMD d'organe. La comparaison des racines d'accueil avant et après rapatriement montre une homogénéité acceptable des DMS et donc un bon classement global après changement.

- S'agissant des racines chirurgicales, l'objectif est de caractériser globalement les actes par leur DMS, c'est pour cette raison que dans l'analyse les actes des séjours de 0 jours sont pris en compte (qu'ils soient ou non dans un GHM en J). Il s'agit d'une approche statistique qui se poursuit dans un deuxième temps par une analyse plus médicale pour affiner les racines.
- Les modifications et leurs tests vont être finalisés pour fin juillet : affinage des seuils pour les racines de chirurgie, travail sur les racines interventionnelles et plus spécifiquement sur la curiethérapie.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FEHAP : Pour le travail sur la chirurgie, l'analyse initiale aurait pu être faite en s'appuyant sur les listes médicales revues par les experts qui ont été sollicités pour aider l'Agence dans ses travaux sur la CMD 17. Le cas des leucémies aigües est évoqué.
 - o Sur ce point l'agence précise que, compte tenu du résultat des travaux exploratoires, des discussions avec les experts et surtout de la grande diversité des actes dans cette CMD, c'est le choix d'affiner le regroupement par « lourdeur » d'acte qui a été jugé comme le plus pertinent. Cependant l'agence regardera s'il existe un enjeu particulier pour les leucémies aigües.
- FHP-MCO : La splénectomie est le seul acte chirurgical qui soit véritablement un acte thérapeutique dans cette CMD. Il serait important de la prendre en compte en tant que tel, de même que les actes sur les ganglions.
- FEHAP/FHF : Il serait logique de faire une racine regroupant les actes sur les ganglions, du moins avec les accès superficiels.
 - o Sur ce point l'agence souligne que, pour la splénectomie il y a vraisemblablement des volumes insuffisants pour l'individualiser mais surtout que, comme pour les actes sur les ganglions, la segmentation en 3 racines basée sur la lourdeur des actes devrait permettre d'améliorer la cohérence médico-économique des racines.
- FEHAP/FHF : interrogent l'agence sur l'intérêt d'une analyse qui mélange les J/T et les niveaux 1.
 - o Pour l'agence cette méthode permet de travailler sur l'activité standard des racines, identifie la DMS moyenne par acte et permet des comparaisons inter-racines. C'est la méthode classique de travail, et elle permet une analyse de ce qui regroupe la majorité des séjours. Pour autant il est vrai que, dans certains cas, il existe des limites; et ceci notamment lorsque les niveaux de sévérités élevés regroupent un grand nombre de séjours. Dans ces cas il pourrait être intéressant d'intégrer les niveaux 2 à l'analyse.
- FHF: Il faudrait différencier les patients hospitalisés pour radiothérapie parce qu'ils habitent loin des appareils des autres patients, voir quel type de radiothérapie est réalisé.
 - o L'agence évoque la difficulté à identifier ces patients.
- FHP-MCO : Dans l'interventionnel, compte tenu du coût élevé des grains d'iode, il serait pertinent de laisser la racine prostate.
- UNICANCER: Les curiethérapeutes sont sensibles à cette partie de la classification car la curiethérapie est dans une racine hétérogène en termes de techniques et la CCAM manque d'actes pour décrire précisément ce qui est réalisé chez tous les patients. De plus, les fils d'iridium n'étant plus disponibles, les curiethérapies de bas débit ne sont plus possibles, ce qui majore le ressentiment de la profession. La fédération demande s'il est envisagé de travailler avec la SFRO dans ce domaine.
 - o Pour l'agence les travaux sur l'interventionnel débutent, et aucune piste n'est privilégiée à l'heure actuelle. Le cas échéant, un contact avec les sociétés savantes sera pris en fonction des problématiques rencontrées. Enfin, sur le plan de la création d'actes CCAM, il convient de se tourner vers la CNAMTS.

3 DIABETE

Eléments de contexte

Les travaux font suite à une demande des fédérations concernant les consignes d'utilisation des codes en Z avec les problèmes lors de contrôles concernant le codage de la prise en charge de patients pour diabète déséquilibré avec plusieurs jours d'hospitalisation. En effet pour être correctement valorisé des établissements de santé peuvent coder l'hôpital de jour comme surveillance et l'hospitalisation complète comme diagnostic et traitement d'un diabète. En cas de contrôle, cette façon de coder fait l'objet de désaccord avec les contrôleurs et une partie des séjours peut être redressée en surveillance.

Dans ce cadre, la société française de diabétologie (SFD), en lien avec la SoFIME, a précisé la définition d'une poussée aiguë du diabète ainsi que les situations cliniques de prise en charge, avec des critères basés sur les recommandations HAS 2013

Proposition d'évolution pour 2015 de l'ATIH :

- Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13 pour les séjours courts de surveillance. Les séjours longs restant dans le GHM en Z
- Envisager une modification du guide
- Pas de création de code de diabète déséquilibré

Principaux points évoqués par les Fédérations :

FEHAP :

- Le diabète déséquilibré devrait conduire à un codage du diabète en DP. Plusieurs réponses AGORA vont dans ce sens, mais, l'Assurance maladie s'appuie sur quelques divergences et sur le manque de précision du guide méthodologique pour opérer des redressements et demander un codage de surveillance pour toutes les situations en dehors du diagnostic de la maladie ou de l'apparition de complications.
- Suite à ces directives, le codage a été modifié dans certains établissements : les données de 2013 présentées dans le diaporama de l'ATIH ne reflètent pas ce changement de codage et n'évaluent pas la perte financière, pour les établissements concernés et obligés de coder des séjours complexes dans une racine Z.
- Les Fédérations sont consensuelles pour suivre la définition proposée par la SOFIME mais l'Assurance maladie (AM) suivra toujours le guide. Il faut donc l'appui de l'ATIH pour que l'AM donne des consignes dans ce sens à ses contrôleurs, ainsi qu'un *addendum* au guide 2014 qui vient d'être publié. Cette action rapide limitera un impact financier non négligeable.
- Cette année, du fait du codage des diabètes déséquilibrés en surveillance, il faut mettre des niveaux de sévérité dans la racine 10M13 car de nombreux séjours longs vont arriver, sans possibilité de CMA.
- Par ailleurs, la gestion par l'Assurance maladie de la temporalité des modifications est variable selon les sujets, et elle utilise comme référence soit le guide de l'année de production de l'information, soit le guide en vigueur de l'année où elle réalise le contrôle....

FHF

- Le diabète déséquilibré, n'est pas une hospitalisation pour surveillance mais une prise en charge pour rééquilibrage. Le contrôle AM ne reconnaît pas le diabète déséquilibré, surtout s'il est pris en charge de façon programmée.
- La Fédération souhaite une correction du guide car cela réglerait tous les problèmes actuels et les conflits avec l'AM. Les modifications 2013 n'ont pas suffi à stopper les contrôles AM.

Pour les fédérations, la règle « D5 » ("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") s'applique dans le cas du diabète déséquilibré.

L'ATIH

- Précise que la référence en matière de codage est le Guide méthodologique de l'année de production de l'information. Les saisines ou Agora traitent de questions dans un contexte particulier qui doit toujours être rappelé pour interpréter correctement les réponses données par l'ATIH. C'est souvent cette absence de contexte qui laisse penser à des différences de jugement.
- Signale que le guide 2014 vient d'être publié et qu'il semble prématuré d'envisager un *addendum*.
- Souligne que, dans la définition de la SFD, la poussée aigüe ne semble pas obligatoirement équivalente au diabète déséquilibré puisque des conditions supplémentaires sont ajoutées.
- S'engage à réexaminer l'ensemble des points évoqués, et présentera les résultats de sa réflexion ainsi que les éventuelles évolutions de la proposition faite pour 2015 lors du prochain CT.

4 GANGLIONS SENTINELLE

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

- Les effectifs présentés sont issus de la base ENC
- Ils représentent les séjours avec et sans acte radio-isotopique pour répondre à la question du coût.

La solution proposée par l'ATIH n'est pas classificatoire mais tarifaire, la poursuite des travaux s'intégrera donc désormais dans le calendrier de la campagne tarifaire 2015.

En l'état il reste nécessaire d'affiner le différentiel de coût, notamment le poids des radio-isotopes dans le surcoût observé. Dans cette optique l'agence sollicite UNICANCER pour lui apporter des éléments issus des informations recueillies dans les CLCC.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

UNICANCER:

- Il est abusif de conclure que la technique du ganglion sentinelle n'augmente pas la durée de séjour dans la mesure où, du fait de cette technique, certains séjours ne peuvent pas être réalisés en ambulatoire
- La différence de DMS est située entre les racines J et le niveau 1 puisque, du fait de sa complexité, la technique du ganglion sentinelle est peu réalisée en ambulatoire, donc très peu en J. Il faudrait regrouper les 2 niveaux pour explorer les durées de séjours, et les coûts.
- Le tarif unique fait peser une pression plus forte sur les établissements de santé qui réalisent la technique du ganglion sentinelle, suivant au mieux les recommandations, car il existe une difficulté plus importante à réaliser le séjour en ambulatoire et donc une difficulté supplémentaire à atteindre les taux cibles d'ambulatoire.
 - o Pour l'agence, au sein de chaque niveau de sévérité on ne retrouve pas d'allongement de la DS lorsqu'il y a un ganglion sentinelle. Quant à la pression évoquée sur les établissements pour le développement de la chirurgie ambulatoire, elle doit être replacée dans le contexte de la politique tarifaire d'incitation avec la mise en place de tarifs uniques.

5 AUTRES TRAVAUX

L'ATIH présente les décisions prises sur les infections ostéo-articulaires complexes (IOAC) et les TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation).

L'évaluation est en cours pour la chimio-embolisation, le Remicade et le transsexualisme.

Pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire en 2015, les travaux consistent à suivre la montée en charge du codage des actes et des DA. Les perspectives d'évolutions sont repoussées à 2016 dans l'attente des résultats des travaux portant sur l'hétérogénéité des actes intra racine et la possibilité d'identifier des facteurs de surcoûts (CMA ou autre).

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FHF : le rapprochement tarifaire systématique et généralisé des J et des 1 est une « absurdité » d'un point de vue médical.
- FEHAP/FHF/FHP-MCO : s'interrogent, pour le rémicade, sur la pertinence et la faisabilité d'une segmentation de racine sur la base d'un médicament
- FHF/FHP-MCO : Même si leur nombre est encore faible, les interventions pour transsexualisme pourraient se développer dans les prochaines années.

6 NOMENCLATURES

Modifications de la CIM 10

L'ATIH présente les mises à jour OMS qui seront peu nombreuses pour 2015.

Les conclusions des travaux du sous-groupe technique sur les codes "précarité" et "infectieux" sont présentées ainsi que la saisie obligatoire du caractère *ouvert* ou du caractère *fermé* lors du codage des diagnostics de *fracture*.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- La DREES signale une demande de code pour identifier les enfants nés sans vie, comme le Z37 pour les enfants vivants.
- UNICANCER demande, outre les codes CIM10 déjà recueillis, un recueil obligatoire des codes d'anatomie pathologique des cancers (CIMO), notamment pour les cancers rares .
- Pour la FHF il faut prévoir d'autres germes dans la liste des bactéries résistantes.

L'évolution du codage des fractures ne soulève pas de remarques particulières.

Modifications de la CCAM

L'ATIH annonce la mise en place progressive pour 2015 d'une CCAM descriptive pour usage PMSI avec création d'un code à 10 caractères pour identifier les extensions de codes nécessaires aux besoins de l'ATIH. Cela va entraîner une évolution du format de recueil, dont les éditeurs de logiciels seront informés.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- Cette évolution est plutôt bien accueillie par la FHF, la FHP-MCO et UNICANCER.
- UNICANCER demande si le datage des actes est devenu obligatoire. Dans le cas du dédoublement des actes exposé dans le cadre de la CCAM descriptive, un nouveau calcul de l'ICR devrait être prévu. En effet, si le code était inscrit 2 fois, il pourrait y avoir un impact sur l'étude des coûts (2 fois l'ICR ?).
- L'ATIH précise que le datage des actes est obligatoire selon les règles de codage CCAM . L'acte reste univoque pour la tarification, quand il est admis au remboursement. Les codes créés par l'ATIH étant uniquement descriptifs, ils se comporteront comme les actuels codes de format LLLL9cc pour les actes dits *en phase de recherche clinique* (service attendu indéterminé par la HAS). Les remarques sur les ICR seront expertisées.

Évolution du format du code UCD des médicaments

Ce code passe de 7 à 13 caractères, le support de recueil actuel permet la prise en compte de cette évolution.

7 CALENDRIER

La prochaine réunion du **Comité technique se tiendra courant septembre.**

Une invitation sera adressée prochainement par mail