

COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 13 avril 2017

Heure : 14h30-17h00

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

FEHAP : ➤ Pierre METRAL ➤ Françoise DURANDIERE FHF : ➤ Bernard GARRIGUES ➤ Sandra GOMEZ UNICANCER : ➤ Béatrice LE VU ➤ Sandrine BOUCHER FHP-MCO : ➤ Michèle BRAMI ➤ Laure DUBOIS	CNIM / SOFIME : ➤ excusés DSS : ➤ Excusée DREES : ➤ Fabien TOUTLEMONDE CNAMTS ➤ Excusée	DGOS : ➤ Isabelle PETIT ➤ Marion FAGES ATIH : ➤ Anne BATAILLARD ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Éric EKONG ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Carole LE-LEPLAT ➤ Vincent PISETTA ➤ Raphaël SIMON
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ORDRE DU JOUR : Programme de travail 2017

- Recueil
 - Recueil des séances au traitement
- Autres sujets information médicale
 - Production Information médicale / recueil
 - Nomenclature
 - Définition des diagnostics
- Demandes spécifiques « 2017 »
- Projet Classification « en cours »
 - Meilleure prise en compte de l'ambulatoire dans la classification
 - Complications et comorbidités associées (CMA)
- Points divers

Préambule

Ceci est la présentation, à cette date, du programme de travail. Comme chaque année il sera complété en cours d'année par des demandes spécifiques. L'ordre de présentation a été modifié par rapport à celui du diaporama, les questions de recueil et d'information médicale étant traitées en premier.

1 RECUEIL A LA SEANCE

Il est prévu de mettre en place un nouveau mode de recueil des séances. Plus précisément, une évolution du format de recueil des séances est souhaitée, afin de rendre ces informations plus faciles à traiter et exploiter (format base de données). Il est proposé de s'appuyer sur le projet, géré par la DGOS, de refonte du financement de la radiothérapie, pour tester un nouveau mode de recueil au traitement. Pour information, un test de recueil est prévu en 2017 sur ce champ.

Ce nouveau mode de recueil s'étendra ultérieurement à d'autres types de séances : la chimiothérapie et la dialyse. Il devrait, en outre, permettre de mieux décrire qualitativement les séances.. Ce nouveau mode de recueil sera construit en collaboration avec le terrain, et surtout avec les producteurs des systèmes d'information des établissements de santé.

UNICANCER signale qu'il sera difficile d'étendre ce type de recueil à toutes les séances, car il est difficile de définir les limites de la chimiothérapie. Par ailleurs, ce type de recueil n'allège pas la charge de travail, il la complexifie. Il faut donc que la plus-value apportée par cette évolution soit majeure car elle est très lourde à mettre en œuvre. Il existe de plus un projet de recueil des molécules et des indications dans un fichier de type FICHCOMP qui apportera déjà beaucoup d'informations pour la chimiothérapie.

La FHF constate que ce type de recueil doublonnera avec le registre REIN. Elle rappelle qu'il existe une différence entre modalités de recueil et financement au parcours. En complément, et dans un premier temps, la FHF demande que soit arrêtée la possibilité de ne faire qu'un seul RSS pour une série de séances. Cette première mesure simplifiera déjà l'analyse des séances.

La FEHAP indique que les producteurs des systèmes d'information des établissements de santé ne sont pas les interlocuteurs prioritaires dans cette démarche, s'il s'agit de collecter des données de fond. Il faut déjà définir l'objectif et travailler avec les fédérations. Par ailleurs, le calendrier semble bien serré pour tester et mettre en œuvre une telle mesure.

L'ATIH assure que tous les développements seront faits en concertation.

2 INFORMATION MEDICALE

2.1 ADAPTATION DU RECUEIL

L'ATIH reçoit de nombreuses demandes pour adapter le recueil à des objectifs différents de ceux du PMSI. Par exemple, la HAS a fait plusieurs demandes, en particulier une requête pour les aider à collecter le taux de conversion de la chirurgie ambulatoire en chirurgie conventionnelle par des consignes de codage, ou la possibilité de recueillir la latéralité des poses de prothèses. Mais d'autres structures portent ce type de demandes. De ce fait, l'ATIH propose de mettre en place un groupe d'experts DIM pour aider à la proposition de solutions opérationnelles et pour s'assurer de la faisabilité des solutions proposées.

Sur le point précis du codage de la latéralité des prothèses, la FHF propose de demander à la CNAM une extension officielle qui soit utilisable pour tous les codes CCAM. Cette solution serait plus simple que la CCAM descriptive qui a été imposée sans aucune discussion. La FEHAP signale qu'aucune information n'a été donnée concernant cette mesure, et que cela a conduit à des situations de blocage du groupage.

La FEHAP confirme que les demandes se multiplient et sont pressantes. Il devient nécessaire de définir des règles du jeu en matière de calendrier, délai de réponse et critères de décision.

2.2 DEFINITION PRECISE DES DIAGNOSTICS DE LA CIM-10

L'ATIH annonce la mise en place d'une procédure de fond pour gérer la définition précise des diagnostics, en partenariat avec la commission référentiels et nomenclatures de la SOFIME.

La FHF rappelle qu'il existe des sujets connus pour lesquels la procédure peut être accélérée car il existe des consensus sur les critères de description. Par ailleurs, pour améliorer la description des diagnostics, il faut s'appuyer sur les extensions américaines ou canadiennes déjà créées car elles respectent les formats et les paramètres de la CIM-10 et sont déjà intégrées dans la CIM-11.

UNICANCER rappelle sa demande spécifique d'intégrer le codage CIM-O dans le PMSI pour une meilleure description des séjours de cancérologie, notamment pour les sarcomes d'organes. Par ailleurs, elle signale que, pour certains contrôleurs, l'association dague et astérisque est jugée comme obligatoire pour coder un DP et son DA, donc quand ce marquage n'existe pas, les dossiers sont recalés.

Sur le sujet spécifique du financement des actes d'occlusion de la grande veine saphène, la FHP-MCO demande pour cet acte la création d'un GHS ou l'autorisation d'utiliser le titre V, car il n'existe pas de solution classificatoire.

3 CLASSIFICATION

3.1 MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE L'AMBULATOIRE DANS LA CLASSIFICATION

Se reporter au diaporama présenté en séance.

En résumé, l'ATIH présente les concepts qui sous-tendent les travaux menés sur le sujet, les résultats de ces travaux ainsi que les évolutions proposées qui concernent principalement l'utilisation des actes dans la classification. Les travaux de l'ATIH ne sont pas encore assez avancés pour proposer une évolution pour les racines médicales, puisqu'ils ont porté principalement sur les actes. L'ATIH indique que ses prochains travaux sur le champ ambulatoire seront basés sur cette analyse de la lourdeur des actes, et que la CMD 09 sera choisie pour définir la méthodologie.

Pour la FHF, concernant la définition du périmètre de l'ambulatoire, il est nécessaire de ne pas s'immiscer dans la gestion des établissements qui subissent des contraintes organisationnelles. Dans l'analyse des associations d'actes, la FHF propose de ne prendre en compte que les actes classant dans 2 CMD différentes ou appartenant à deux chapitres différents de la CCAM. Les résultats valables en CMD09 ne seront pas forcément applicables aux autres CMD. Dans l'analyse de la lourdeur clinique, l'utilisation du caractère CMA des diagnostics est gênant car il est établi sur l'allongement de la DMS qui est non pertinent dans un contexte de séjours de 0 jour. Il faudrait travailler sur la nature des diagnostics et leur combinatoire. Par ailleurs, le codage des DA dans les séjours de 0 jour est limité. Pour le champ médical, la FHF regrette le retard d'évaluation et signale qu'il faut, rapidement, se donner les moyens d'évoluer car la médecine est en train de disparaître de l'hôpital.

Toutes les fédérations signalent les problèmes soulevés par la méthodologie de l'ENC pour la valorisation des séjours de 0 jour et, de ce fait, les limites de ce critère dans le calcul du surcoût lié à la lourdeur des séjours. En effet, la construction de l'ENC fait que la multiplicité des actes augmente systématiquement les coûts. Mais, a contrario, l'ENC ne recueille pas la charge en soins qui permettrait d'identifier d'autres surcoûts. Il existe sûrement des associations de diagnostics ou des diagnostics qui alourdissent la charge en soins, mais ce n'est pas capté par l'ENC. Il est donc nécessaire d'améliorer le recueil de l'ENC pour s'appuyer dessus.

La FEHAP signale que les données 2011-2013 de l'ENC sont concomitantes de la montée en charge de l'ambulatoire et qu'il est probable que des données plus récentes seraient différentes. Elle propose de travailler sur la cohérence des actes et des DP à l'intérieur des groupes, avant de s'attaquer à des données plus complexes.

UNICANCER alerte sur les effets établissements, entre ceux monothématiques coûteux et les établissements moins coûteux à activités variées. Il faudrait rechercher s'il existe une hétérogénéité inter-établissements. Elle rappelle le problème de hiérarchie des racines en K dans la CMD17, affectant le classement de la curiethérapie de prostate.

La DREES signale que l'effet de l'âge élevé retrouvé dans les analyses est contre-intuitif. Les hypothèses avancées par les fédérations sont multiples : soit un biais de sélection des patients si la majorité des patients

âgés sont traités pour cataracte, soit un effet du modèle. En effet, en changeant certains paramètres comme la définition des actes multiples, l'âge n'aurait peut-être pas le même effet. La DREES propose de raffiner le modèle en prenant en compte les interactions.

3.2 METHODOLOGIE DES CMA

Se reporter au diaporama présenté en séance

L'ATIH présente les différentes étapes de la méthodologie des CMA et les problématiques liées à leur mise en œuvre. Pour conclure l'ATIH ne propose pas encore d'orientation particulière mais il existe un certain nombre de paramètres à revoir, à présent que le diagnostic a été fait. Des améliorations seront proposées, sans perdre de vue des évolutions plus majeures. Il est prévu un travail pluriannuel pour faire évoluer cette méthodologie, tout en étant présents au rendez-vous de la mise à jour en V2019. Par ailleurs l'ATIH a entendu la demande concernant la gestion des exclusions et va proposer une procédure spécifique (type « observatoire des exclusions »).

La FHF rappelle son scepticisme sur la validité médicale de certaines exclusions DP/DA liées aux CMA. Les exemples suivants sont proposés : pyélonéphrite et SRIS avec défaillance organe, choc septique et septicémie à streptocoques, ACFA et PTH, anémie post-hémorragique aiguë et gonarthrose, etc. Elle souligne la nécessité de faire remonter les exclusions pour les évaluer et les corriger. Elle rappelle qu'une des premières mesures à prendre serait de travailler sur les définitions des diagnostics. Par ailleurs, si le système se stabilise, cela semble une bonne chose car cela voudrait dire que le système ne bougera plus, et éviterait le déclassement lié à la réduction de la durée de séjour. La FHF signale que l'effet « décès » est limité au passage du niveau 1 à 2 sans aller au-delà, et qu'il pourrait être étendu.

4 POINTS DIVERS

Quatre points sont soulevés. Ils seront explorés en vue de produire des consignes de codage/recueil pour 2018, si nécessaire.

- il existe une incohérence entre la construction des CMA des CMD 14 et 15 et la consigne du guide méthodologique sur le sujet des transfusions. Le guide précise que si l'acte de transfusion est codé, il n'est pas nécessaire de mettre le diagnostic en DA. Mais le diagnostic en DA est le mécanisme qui assure les CMA dans la classification de la CMD 14.
- La montée en charge des interventions (chirurgicales et psychiatriques) sur le fœtus avant sa naissance conduit au blocage de certains séjours du fait de verrous existants, dans la fonction groupage, pour des actes réalisés sur le bébé, pendant le séjour de la maman.
- Sujet PIE : Pour des services de réanimation qui reçoivent de l'extérieur des patients qu'ils renvoient une fois l'épisode aigu traité (séjours mono-RUM), les contrôles refusent le DP d'étiologie et gardent le DP de symptôme, ce qui conduit à une valorisation inadaptée.
- Il existe un problème pour la valorisation des actes multiples de revascularisation (pontage artériel périphérique) au sein d'un même séjour. Il existe une nécessité de faire émerger une prise en compte des séjours multi actes, pour ne plus exclure la prise en charge des complications.