COMITE TECHNIQUE MCO Plénier

Compte-rendu de réunion

Date : 18 Septembre 2014

Heure : 14h00-17h00

Lieu : ATIH Paris

PARTICIPANTS

<p>FEHAP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pierre METRAL ➤ Catherine REA <p>FHF : Excusée</p> <p>FHP-MCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marie-Paule CHARLOT ➤ Laure DUBOIS <i>consultante FHP-MCO</i> ➤ Michèle BRAMI ➤ <p>UNICANCER :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Béatrice LE VU ➤ Sandrine BOUCHER 	<p>CNAMTS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Annie FOUARD <p>CNIM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Excusé <p>DREES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingrid LEFEBVRE-HOANG <p>DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Isabelle PETIT ➤ <p>DSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Damien DUMONT 	<p>ATIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anne BATAILLARD ➤ Anne BURONFOSSE ➤ Joëlle DUBOIS ➤ Eric EKONG ➤ Catherine LE GOUHIR ➤ Meriem SAID ➤ Philippe De MEY ➤
--	--	--

ORDRE DU JOUR

Présentation et validation des évolutions de la classification pour la campagne 2015

CMA – CMD 17 – Diabète – Cancérologie - Chirurgie Ambulatoire – Autres travaux

En préambule l'ATIH signale que la FHF, suite aux problèmes de grève et de transports n'a pas pu être représentée.

1 LES TRAVAUX PRIORITAIRES

a. Les CMA

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

- La révision a eu lieu à méthodologie constante.
- Les résultats présentés sont quasi définitifs, il existe quelques ajustements à finir mais qui ne devraient pas modifier la structure générale des résultats.
- A l'issue du premier traitement statistique, il y avait 10% de diagnostics éligibles au changement mais au final moins de 2% de diagnostics ont été modifiés. Il existe donc une stabilité des CMA, par diagnostic et sur la répartition par niveaux.
- Un certain nombre d'arbitrage ont été réalisés, notamment pour les codes obésité qui n'ont pas changé de niveau.
- Le diagnostic « état grabataire » a été maintenu en niveau 3 alors que d'un point de vu statistique il aurait dû passer en niveau 2. Mais dans la notice, l'attention sera attirée sur l'importance de respecter la définition du guide pour coder cet état, de façon à maintenir l'effet du diagnostic par un codage approprié.
- Les niveaux de sévérité des diagnostics suivis comme priorités de contrôle ne sont pas modifiés.
- Sur le plan de l'impact en termes de séjours, tous secteurs confondus seuls 1,2% des séjours changent de niveau. Soit le même ordre de grandeur que lors de la dernière révision.
- Les mouvements correspondent à une augmentation des séjours de niveaux 1 et 4 et une diminution des séjours de niveaux 2 et 3.
- L'estimation de l'impact de la révision basée sur le nombre de journées théoriques montre qu'aucun groupe d'établissements n'a de variation supérieure à 0,5% des journées. L'impact sur les établissements montre qu'en moyenne les modifications en nombre de journées varient de 0,10 ou 0,14%, ce qui reste assez faible.
- Les tendances sont identiques entre les deux secteurs, un peu plus marquée dans les établissements ex-OQN, et les CLCC sont les établissements dont le nombre de journées est le plus impacté.

Une fois finalisée, la liste des CMA sera envoyée aux Fédérations hospitalières qui pourront ainsi signaler les diagnostics ayant des classements qu'elles considèrent comme « aberrants ». La liste ne sera pas rediscutée code par code, et seuls les cas jugés comme vraiment problématiques seront revus par l'agence qui pourra éventuellement procéder à des ajustements.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- La FEHAP souhaite savoir si l'impact des CMA est différent entre la chirurgie et la médecine, et souligne que, compte tenu de la politique forte sur les séjours de niveau 1 et de la tendance à une prise en charge de plus en plus courte, une révision des seuils, notamment pour le niveau 2 pourrait être envisagée.
 - L'agence précise que l'analyse de l'impact n'a pas été différenciée selon la nature de l'activité et que la question des seuils pourrait être revue dans le cadre d'une réflexion générale sur la méthodologie des CMA. En effet la méthodologie actuelle retient un effet constant sur toute la classification, alors qu'en réalité, l'effet peut être variable selon les racines.
- La FHP-MCO s'interroge sur le fait que les changements impactent les GHM et partant de là, les coûts.
 - L'ATIH confirme que les mouvements de séjours peuvent entraîner une variation de la DMS pour certains GHM et donc potentiellement une modification des coûts.

- UNICANCER souligne que si une prise en charge est faite sur une durée plus courte, par ce système elle est moins bien valorisée.
 - Pour l'ATIH il n'y a pas de lien obligatoire et direct de ce type. En effet, un séjour plus court dans un GHM dont la DMS, (et donc potentiellement le coût de référence), a augmenté, n'est pas obligatoirement pénalisé.
- la CNAMTS a également interrogé sur l'évolution des CMA faisant l'objet d'une surveillance particulière
 - l'ATIH répond que les évolutions de ces CMA n'étaient pas significatives.

b. Révision de la CMD17

Les travaux ont été menés selon 5 orientations qui ont été détaillées dans un rapport envoyé en préalable à la réunion.

La dernière action à mener sur la refonte est de revenir auprès des experts médicaux pour finaliser la racine des hémopathies myéloïdes chroniques qui présente une hétérogénéité. Le rendez-vous est en cours d'organisation.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- Pour la FEHAP : la PVE est conservée mais cette notion statistique ne garantit pas la pertinence clinique des actes de chirurgie et il faudrait un travail médical complémentaire avec les experts. Elle demande également s'il est possible d'isoler les actes thérapeutiques spécifiques des pathologies de la CMD17. Enfin elle souligne que si les prises en charge initiales ou de consolidation sont faciles à coder, la survenue et l'hospitalisation pour complications (fièvres, etc..) sont en revanche plus difficiles à coder et qu'il serait nécessaire d'apprécier ces situations.
 - Pour la chirurgie l'ATIH rappelle que le classement des actes s'est d'abord basé sur une analyse statistique car pour les experts le traitement des affections de la CMD17 n'étant pas chirurgical il n'a pas été possible d'avoir la même approche que pour les racines médicales, construites elles à dire d'experts. En première intention ce sont donc les DMS des actes dans la CMD 17, mais aussi hors CMD17 qui ont été analysées. Une analyse de la cohérence du classement obtenu a ensuite permis de finaliser les listes.
 - par contre il n'est pas possible d'isoler des actes thérapeutiques spécifiques du fait de l'hétérogénéité des pathologies d'entrée de la CMD et du fait que tous les actes chirurgicaux sont éligibles.
 - Enfin, concernant les situations cliniques l'ATIH retient cette remarque comme une piste de travail pour le sous-groupe technique.
- FHP-MCO : la DMS n'est pas toujours un critère pertinent pour qualifier la sévérité du séjour, car cette variable peut être liée à l'organisation du service et aux modes de prise en charge à domicile. Le nom actuel des racines de chirurgie implique un jugement de valeur sur les actes réalisés et il faudrait les revoir. Enfin cette classification ne prend pas en compte spécifiquement le malade splénectomisé, qui est un malade à risque infectieux.
 - Pour les actes, l'analyse des DMS nationales, dans et hors CMD17, ainsi que la relecture médicalisée limite a priori les biais liés à des organisations particulières.
 - Pour les patients splénectomisés l'ATIH fait remarquer que cette spécificité est plutôt de l'ordre de la CMA. Il est envisagé en séance la possibilité de créer un code « Z » pour signaler cet antécédent. *Mais après vérification il existe un code permettant d'identifier cette situation (D73.0 Hyposplénisme : Asplénie post-chirurgicale - Absence (complète ou partielle) (de) post-opératoire rate...)*
 - Enfin l'agence s'engage à travailler sur des noms de racines chirurgicales plus neutres.

- UNICANCER : l'acte de « Curiethérapie ophtalmique » qui est classant dans les racines en C est à mettre dans la liste des actes classant dans la racine de curiethérapie en K. La pertinence des racines en K est impactée par le fait que les DMI sont inclus dans le tarif. Il serait pertinent de nommer la racine de curiethérapie de prostate « curiethérapie de prostate par implant permanent » plutôt que de la réduire aux seuls grains d'iode. L'autre racine serait nommée « autres curiethérapie »

2 DIABETE

La proposition de l'ATIH pour la campagne 2015 :

- Création d'un niveau T1 pour la racine 10M13 ce qui permettra d'isoler les séjours plus longs pour bilan.
- Travail en lien avec le groupe d'experts désigné par la Fédération des Spécialités Médicales pour mieux définir les différentes situations cliniques et modalités de prises en charge. Ce travail pourrait déboucher sur des évolutions du guide méthodologique 2015.
- En parallèle une réunion entre DGOS, CNAMTS, DSS et ATIH pourrait être organisée pour présenter les évolutions de la classification et expliquer les travaux en cours afin d'anticiper la manière dont ces éléments pourraient être pris en compte dans les prochaines campagnes de contrôle.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FEHAP : Diabète déséquilibré et poussée aiguë ne sont pas la même chose, mais la confusion est entretenue par certaines réponses de l'ATIH sur AGORA. Une expertise objective concernant les différentes situations est donc nécessaire. Pour les travaux avec les experts il serait intéressant de ne pas donner trop de poids aux données statistiques dans la mesure où elles pourraient orienter les réflexions. Enfin la création de niveaux sera peut être nécessaire à terme.
 - L'ATIH confirme qu'il s'agit bien d'une réflexion à point d'entrée clinique, mais signale cependant que l'on peut objectiver les limites de la classification actuelle à travers l'analyse des bases.
- FHP-MCO : La SFD a étudié le nombre de patients en hospitalisation complète qui répondaient à la définition de diabète déséquilibré : seuls 60% des séjours sont dans ce cas, et donc 40% correspondent à une autre prise en charge. Par ailleurs certaines équipes font de l'éducation thérapeutique autorisée et cette pratique n'est pas prise en compte par la classification/les tarifs.

3 CANCEROLOGIE

Ganglion sentinelle

L'ATIH rappelle que les travaux ont montré qu'il existait un surcoût dans les séjours au cours desquels on retrouvait un acte de détection radio isotopique. Pour autant il a été estimé qu'une évolution de la classification n'était pas la meilleure réponse et que les travaux visant à une éventuelle prise en charge du surcoût se poursuivraient désormais dans le cadre de la campagne tarifaire.

L'agence rappelle également que des éléments complémentaires sur les surcoûts sont attendus de la part d'UNICANCER.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FHP-MCO : Si l'analyse de la DMS n'est pas probante, l'analyse de l'activité et des coûts liés aux blocs opératoires pourrait expliquer une partie du surcoût observé.
- UNICANCER : évoque sa difficulté à recueillir des éléments complémentaires sur les surcoûts pour l'instant.

Chimio-embolisation hépatique

Demande d'Unicancer : réorienter dans la racine interventionnelle 07K06 les séjours pour chimio-embolisation hépatique (EDLF016 : *Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée* et EDLF017 *Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée*) actuellement classés dans la racine 07M06.

L'analyse montre que 80% des séjours avec chimio embolisation sont classés dans la racine 07M06 et le reste principalement dans les racines 17M06 et 23M06.

Sur le plan des DMS les séjours avec chimio-embolisation hépatique de la racine 07M06 sont comparables aux autres pour les niveaux 1, mais inférieures pour les autres niveaux ; et « assez proches » pour les niveaux 1 et 2 au sein de la racine 07K06.

La comparaison des coûts met en évidence un net surcoût des séjours avec chimio-embolisation hépatique de la racine 07M06 pour les niveaux 1. Ce surcoût existe, mais est moins marqué avec les séjours de la racine 07K06. Par ailleurs les coûts des séjours dans les GHM en T sont également nettement supérieurs et beaucoup plus proches des GHM en T de la racine 07K06.

Au final, l'agence propose de rendre classant dans la racine 07K06 les 2 actes de chimio embolisation hépatiques.

4 CHIRURGIE AMBULATOIRE

L'ATIH présente l'évolution du codage des Diagnostics Associés

- 26% des séjours de chirurgie ambulatoire ont au moins un DA codé en 2013
- Il n'y a pas d'évolution du codage des DA sur la période 2009-13
- Seuls 2% des séjours (1,5% dans le secteur exOQN et 2,4% dans le secteur exDG) ont un DA qui « porte » un niveau de sévérité.
- 86% des DA qui « portent » un niveau de sévérité sont des CMA de niveau 2.

L'augmentation des séjours de chirurgie ambulatoire pose la question de la prise en compte de la complexité des patients. Mais l'agence souligne le manque d'éléments pour appréhender la réalité de la complexité de la chirurgie ambulatoire.

En effet la méthode actuelle des CMA, qui est basée sur l'allongement de la durée de séjour liée à la présence d'un DA, semble sur le principe peu adaptée pour identifier la complexité/lourdeur d'un patient pris en ambulatoire. Et les outils disponibles pour identifier les surcoûts sont également limités s'il s'agit de différencier les coûts de séjours de 0jours au sein du même GHM.

Compte tenu de ces éléments, l'agence n'envisage pas d'évolutions de la classification pour les séjours ambulatoires en 2015, mais souhaite lancer des travaux exploratoires sur l'hétérogénéité intra racine des actes, la recherche d'une variabilité des coûts des séjours de chirurgie ambulatoire ainsi que sur les perspectives d'évolution de la classification (autres variables recueillir...).

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FEHAP : La question de l'ambulatoire est vaste. Il faut définir la notion d'ambulatoire, regarder les actes dans chaque GHM, identifier les cas où l'environnement (âge, éloignement, isolement) fait que l'ambulatoire n'est pas possible. Un groupe d'experts travaille sur ce thème, et notamment sur la manière d'organiser l'avant et l'après, avec une réflexion en termes de parcours de CA. Elle souligne également les limites du « tout ambulatoire » car le retour des usagers n'est pas toujours positif. Deux pistes de travail sont évoquées :
 - Réfléchir à la règle « des 12 heures » utilisée à l'étranger où le patient est considéré comme traité en ambulatoire s'il est sorti moins de 12 heures après prise en charge effective. Il peut donc sortir après une nuit de surveillance si l'intervention a été tardive, ce qui permet d'optimiser l'organisation.
 - Identifier une liste de diagnostics à dire d'experts qui permettrait de mettre des niveaux sur les séjours de chirurgie ambulatoire et analyser les coûts ENC et les ICR.
- FHP-MCO : Si la chirurgie ambulatoire est réalisée, c'est que l'établissement a été capable d'anticiper la prise en charge des patients les plus lourds. Par contre le codage de DA n'est pas fait en chirurgie ambulatoire car cela ne rapporte rien sur le plan financier. Et enfin le recueil manque d'éléments d'appréciation de quelques situations critiques (ASA en particulier)

5 AUTRES TRAVAUX

Infections ostéoarticulaires

Les travaux ont montré une hétérogénéité de la racine chirurgicale spécifique (08C56 : Interventions pour infections ostéoarticulaires) avec une variabilité importante des DS et du recrutement des établissements

L'ATIH propose pour la campagne 2015 la suppression de la racine 08C56 et la création de deux racines

- une racine « Interventions majeures pour infections ostéoarticulaires »
- une racine « Autres interventions pour infections ostéoarticulaires ».

Des travaux ont également été menés sur les listes de diagnostics d'IOA conduisant dans les racines médicales et chirurgicales qui n'étaient pas exactement les mêmes.

Mais l'harmonisation des listes aboutissant plutôt à une dégradation de la PVE, l'agence n'envisage pas d'évolutions des listes en 2015 mais plutôt un travail avec les experts des centres de référence IOAC sur les diagnostics d'entrée.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FEHAP : Il faudrait peut-être diriger les interventions minimales vers les GHM sans infection complexe.
 - L'ATIH répond que cela n'est pas possible car les GHM ne sont pas spécifiques des infections complexes, mais des infections ostéoarticulaires complexes ou non.

Autres thèmes pour lesquels l'agence ne propose pas d'évolution de la classification en 2015

- TAVI : pas d'évolution des séjours avec acte DBLA004 dans racine 05C08
- Remicade : pas de segmentation de la racine 28M17Z
- Transsexualisme : activité très faible et moins de 10 établissements concernés. Poursuite des travaux dans le cadre de la campagne tarifaire
- Polyhandicap lourd : moins de 1000 séjours en 2013. Les travaux vont se poursuivre pour voir s'il existe dans le PMSI des caractéristiques pour ces prises en charges.

Principaux points évoqués par les Fédérations :

- FEHAP : Pour le polyhandicap lourd, les listes ont été faites à dire d'experts, et présentent des redondances. Il pourrait également y avoir une sous-estimation, le codage à partir de 4 listes n'étant pas naturel. Il y a enfin un enjeu en termes de lisibilité pour les établissements prenant en charge ce type de patients et des tableaux spécifiques OVALIDE pourraient être intéressants.
 - L'ATIH précise qu'elle va analyser le codage en recherchant le nombre de séjours avec des codes figurant dans seulement 3 des 4 listes.

Recueil - Nomenclature

- IVG et BIG : Pour compenser la suppression des bulletins d'interruption de grossesse (BIG), trois nouvelles variables vont être intégrées au RSS : Nb IVG antérieures / Année IVG précédente / Nb de naissances vivantes antérieures
 - FEHAP : Cette décision complexifie le recueil et ne répondra pas complètement aux besoins. Ce mode de recueil ne comptera pas les IVG médicamenteuses non hospitalisées
- CIM10 :
 - Mises à jour liées à l'OMS
 - Création d'extensions nationales :
 - Précarité / Infectieux
 - Extension DP Z40.0
 - Saisie obligatoire du caractère fermé ou ouvert d'une fracture
 - UNICANCER demande si le recueil de la CIMO pour les cancers sera mis en œuvre en 2015.
 - L'ATIH répond que le recueil est complexe et qu'une étude de faisabilité sera réalisée en 2015.

- **CCAM usage PMSI** : 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 2015, cette extension sera portée sur un nombre restreint de codes.. La modification du format pour ces extensions aura lieu en 2015 et sera annoncée aux éditeurs.
 - FEHAP : Depuis 3 ans des extensions documentaires sont codées mais non utilisées. Il faudrait clarifier le signalement et l'utilisation de ces extensions, refaire la liste si cela doit être utilisé pour l'anesthésie.

6 POINTS DIVERS

- Précarité : La liste finalisée des codes concernés n'a pas été restituée au groupe de travail. Elle sera ajoutée au diaporama.
- La notion de typage des diagnostics (« présent à l'admission » par exemple) n'est plus d'actualité dans le recueil.
- Une uniformisation des guides méthodologiques de l'ATIH est en cours, mais pas de modifications majeures de fond prévues pour le guide MCO 2015.
- Les remarques sur le dernier CR ont été intégrées : il sera mis en ligne rapidement.
- Le Sous-Groupe de travail technique se réunira avant la fin de l'année.