

## RETOURS D'EXPERIENCE 2022

### Anomalies de Groupage et / ou Tarification

1

Nous vous transmettons dans ce document ce qui nous apparait être des anomalies de groupage et/ ou des problèmes de tarification. Nous souhaitons attirer votre attention sur de nouveaux points, et vous rappeler nos demandes antérieures.

#### A. Les nouvelles demandes

##### Problématique d'un acte interventionnel plus lourd que l'acte de chirurgie

Ci-dessous deux illustrations de la difficulté que pose la prise en compte de l'activité interventionnelle dans la classification par rapport à l'activité chirurgicale. Les deux cas soulevés relèvent de la cardiologie : le groupage en 05K19 Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, qui implique donc un acte lourd de rythmologie interventionnelle, est « écrasé » par l'épanchement péricardique dans un cas, ou par la pose de stimulateur dans l'autre cas. Ce 2<sup>ème</sup> cas est une demande qui vous a déjà été transmise (2017).

Par ailleurs, nous vous rappelons que nous portons une demande de revalorisation des GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en rythmologie que vous retrouvez au point C « les questions formulées en 2018 ».

##### Epanchement péricardique au cours d'un séjour avec réalisation d'un acte de cardiologie interventionnelle

Un séjour avec un acte lourd de rythmologie interventionnelle qui aurait été groupé dans la racine 05K19 (liste A-321), mais au cours duquel le patient présente un épanchement péricardique qui doit être évacué (acte CCAM DCJA001 -*Drainage d'une collection du péricarde, par thoracotomie ou par abord infraxiphoidien*), se trouve finalement groupé dans la racine 05C08. En effet, l'acte DCJA001 appartient à la liste A-031 qui est testée avant la liste A-321 et oriente le groupage en 05C08.

Il existe une réelle différence de tarifs entre les 2 racines : delta de 4575 à 9279 € (tarifs 2021)

GHS	GHM	LIBELLE	Borne s basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1817	05K191	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	-	4	6 241,48	-	232,18
1818	05K192	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2	-	9	8 200,05	-	194,19
1819	05K193	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3	-	30	12 278,17	-	898,67
1820	05K194	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4	-	-	15 983,78	-	-

GHS	GHM	LIBELLE	Borne s basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
1454	05C081	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, niveau 1	-	28	1 666,03	-	139,96
1455	05C082	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, niveau 2	-	29	2 658,01	-	115,62
1456	05C083	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, niveau 3	-	40	4 084,64	-	109,17
1457	05C084	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, niveau 4	11	64	6 704,68	291,12	184,48

## Pose de stimulateur cardiaque au cours d'un séjour avec réalisation d'un acte de cardiologie interventionnelle

L'acte de pose de stimulateur cardiaque étant « classant opératoire », il écrase le groupage de l'acte de cardiologie interventionnelle qui aurait conduit le séjour dans un GHM généralement mieux rémunéré.

Par exemple :

Un patient entre le 29/03 pour traitement d'une fibrillation auriculaire, il bénéficie le 30/03 de l'interruption des circuits arythmogènes : DEPF033, DEPF014 et DENF018. Les suites se compliquent d'une fraction d'éjection < 40% qui nécessite la pose le 06/04 d'un stimulateur cardiaque : DELF005.

Du fait de la réalisation de l'acte DELF005, le séjour groupe dans le GHM 05C141 à 1 533.21€

Si cet acte n'avait pas été réalisé le séjour grouperait en 05K191 à 5 666.93€ soit un delta de 4 133.72€

Ces situations ne sont pas exceptionnelles comme en témoigne le recensement suivant :

	Racine 05C15	Racine 05C14
Nombre total de séjours	40 989	8 484
Nombre d'actes DEPFxxx	641	559
Nombre d'acte DENFxxx	50	11
Nombre d'actes DDAFxxx	361	593

Nous vous remercions de bien vouloir étudier cette situation, d'autant que le delta s'est agrandi avec les tarifs 2022.

### Groupage de certaines activités interventionnelles en GHM en « M »

Certaines activités interventionnelles, en développement, entraînent un groupage dans un GHM en M alors que le groupage devrait être en K compte-tenu de la technique utilisée. En plus de la question de la juste description de l'activité produite, cela pose un problème de financement car elles aboutissent à un GHS « sous-valorisé » compte-tenu du coût du matériel utilisé pour ces interventions.

Cette problématique est bien illustrée par les embolisations artérielles qui se développent dans certaines prises en charge.

L'utilisation d'un DP « classique pathologie » aboutit à un GHM en « M » alors que l'utilisation d'un DP en « I » plus en correspondance avec l'acte réalisé aboutit à un GHM en « K ».

S'agit-il d'une mauvaise lecture du guide méthodologique concernant l'utilisation du DP « classique » ? La question de la pertinence des DP en « I » se pose. Le cas échéant, la création de racine interventionnelle pourrait-elle être étudiée ?

*Exemples :*

#### Adénome de prostate traité par embolisation

L'acte EDSF014 - Embolisation sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches de l'artère iliaque interne ou de plusieurs branches extradiaphragmatiques de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée est un acte classant non opératoire de la CMD 05.

Si l'on code en DP N40 (Adénome prostate), le séjour aboutit dans un GHM en « M » : 12M04\*  
Si codage avec un DP en « I » (en correspondance avec l'acte de type vasculaire), le groupage est en «K» : 05K25\*

12M041 : 436.40 euros / 05K251 : 1 754.15 euros

### **Varicocèle traitée par embolisation**

EGSF002 - Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée

DP : le DP I86.1 (Varices scrotales) aboutit à un GHM en « M » : 12M05\*.

Si on code en DP I86.8 moins précis (Varices d'autres localisations précisées), le groupage mène bien en racine 05K (05K26\*), plus conforme avec une description précise de l'activité produite. Mais utiliser ce codage contrevient aux instructions de la CIM.

12M051 : 979.34 euros / 05K261 : 1 1108.87 euros

### **Hémorroïdes traitées par embolisation**

EDSF012 - Embolisation sélective et/ou hypersélective de plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée

Si l'on code en DP K64.8 (Hémorroïdes), le séjour aboutit dans un GHM en « M » : 06M09\*.

Si codage avec un DP en I (en correspondant avec l'acte de type vasculaire) -I77.8- par exemple : le groupage est en « K » : 05K25\*

06M091 : 822.18 euros / 05K251 : 1 754, 15 euros

### **Thermoablations par radiofréquence**

Cette technique de destruction des tumeurs par la chaleur se développe et concerne plusieurs organes : foie, rein, os, thyroïde, poumon...

La situation est différente selon la localisation : Publication d'un avis HAS, acte CCAM existant, racine de GHM dédiée. En conséquence, il n'existe pas toujours de GHM pour ces procédures spécifiques, qui peuvent être groupées dans des GHM inadaptés et/ou dont les tarifs ne couvrent pas les coûts. A titre d'information, les aiguilles électrodes utilisées coûtent de 1000 à 1500 euros.

En 2014, une racine spécifique en K a été créée pour les séjours pour traitement des tumeurs hépatiques par radiofréquence : la racine 07K06 Actes thérapeutiques par voie vasculaire pour des affections malignes du système hépatobiliaire. La notice technique ATIH détaillant cette nouveauté (Notice technique n°CIM-MF-1213-3-2013 du 13 décembre 2013) indique d'ailleurs :

**« Ces traitements par radiofréquence étant a priori destinés à perdurer et leurs indications à s'étendre, l'ATIH sera en mesure de créer dans les autres CMD des racines « en K » de même nature, sous réserve de nouvelles indications validées par la HAS et d'évolution(s) de la CCAM. »**

### **TUMEUR DU REIN**

L'acte CCAM JANH798 Destruction de tumeur rénale par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique a été créé en 2020. C'est un acte classant de la CMD11 (*liste A-097 Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, sauf prostatectomies*).

ACTE CCAM	JANH798 - Destruction de tumeur rénale par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique
GHM/GHS	11C131 « Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques » : 978 euros

Nous souhaiterions que la création d'une racine en K soit étudiée.

### Dilatation coronaire au décours d'un bilan pré-opératoire avec coronarographie

Contexte : patient pris en charge pour un bilan préopératoire avec une coronarographie mais au décours de la coronarographie, une dilatation coronaire s'avère nécessaire pendant le même séjour.

Le guide indique de maintenir le Z04.802 Examen et mise en observation pour bilan préopératoire en DP quel que soit le résultat de la coronarographie. En conséquence ces dossiers restent groupés dans le GHM 23M20Z.

Le GHM « de dilatation » est perdu. Or, si codage d'un DP de cardiologie, on aboutirait dans un GHM 05K06\*

La lecture du guide méthodologique concernant la réalisation d'un geste curatif au cours d'un bilan préopératoire est-elle correcte ? Si tel est bien le cas, nous souhaiterions que soit investigué des solutions pour que le groupage prenne en compte l'acte de dilatation dans ce cas, et/ou de nouvelles consignes de codage permettant de mettre Z04.802 en DAS et non en DP.

### Mise à jour des tableaux ePMSI à la suite de l'instruction « gradation ambulatoire »

#### MAT2A/OVALIDE

Il serait intéressant de créer un ou plusieurs tableaux concernant l'analyse de l'activité ambulatoire (hors chirurgie ambulatoire) notamment un tableau avec le nombre d'interventions.

#### DATIM – Module Repérage d'atypies

Suite à la mise en œuvre de la nouvelle instruction « gradation ambulatoire », nous nous interrogeons sur la pertinence de certains tests DATIM compte-tenu de la possibilité de prises en charge en HDJ sans acte CCAM. Par exemple, pertinence de maintenir les tests 70, 73, 107 et 121 ?

#### Activité ambulatoire

Test	Libellé
Test 70	Nombre de racines avec un pourcentage atypique de séjours sans acte parmi l'ensemble des séjours sans nuitée
Test 71	Nombre de séjours sans nuitée et avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (SE)
Test 72	Nombre de séjours sans nuitée et avec un acte externe "forfait petit matériel" (FPM)
Test 73	Nombre de séjours sans nuitée et avec un acte externe "autre"
Test 106	Nombre de séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité dermatologique" (FSD)
Test 107	Nombre de séjours sans nuitée avec un code Z "atypique" en diagnostic principal
Test 108	Nombre de séjours sans nuitée de nouveau-né avec un mode de sortie décés sans code P95
Test 121	Nombre de séjours sans nuitée avec un acte et une anesthésie complémentaire

Enfin, en l'absence de contrôle T2A, les DATIM ne sont pas disponibles (pas de DATIM 2021 ni 2022). Or, au-delà de leur utilisation dans le cadre des contrôles T2A, les tests DATIM peuvent être utilisés par les ES dans un objectif qualitatif de contrôle interne.

### Accès au chainage PMSI

A la demande de la CNIL, l'ATIH a intégré un mécanisme de chiffrement des fichiers PMSI contenant la correspondance entre les pseudonymes, issus du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) et les identités des patients (numéro administratif).

Ce mécanisme, généré sur les postes de travail, modifie les données accessibles aux établissements.

Les formats d'entrée des logiciels déjà mis à disposition ne seront pas modifiés. Le NIR ainsi que les autres variables identifiantes dans les recueils (IPP ou le numéro administratif de la mère) ont fait l'objet d'opération de pseudonymisation et de chiffrement.

Pour les établissements, ces mesures de sécurité rendent impossible l'accès aux variables identifiantes dans les fichiers ANO ou ANO\_ACE issus du traitement des logiciels de transmission dans les établissements. Une fois retraitées, ces variables sont réinjectées dans les fichiers ANO ou ANO\_ACE, dans la consolidation des données dans e-PMSI puis dans les bases en ligne sur la plateforme des données hospitalières. A partir de là, les analyses peuvent être réalisées comme auparavant.

Il n'y a donc plus la possibilité par les établissements de « comptage de patients ».

Ces évolutions nous posent « question » : par exemple, un établissement de santé ne peut plus, a priori, calculer lui-même sa file active de chimiothérapie.

## B. Les questions formulées en 2019

### Séjours sous CEC avec coexistence de PONTAGE + VALVE (remplacement ou pose)

Lors de certaines prises en charge en chirurgie cardiaque, il peut être réalisé un pontage et un remplacement (ou pose) d'une valve, sous CEC.

Pour rappel, à ce jour et sauf erreur de notre part, les coexistences CCAM dans la fonction groupage V2019 ne reposent que sur :

- Remplacement de valve sous CEC +/- cathétérisme cardiaque coronarographie
- Pontage donc sous CEC +/- cathétérisme cardiaque coronarographie

Il ne faut pas non plus négliger les « coexistences » non reconnues dans la fonction groupage, mais dans l'arrêté prestation par dédoublement en GHS :

- DBLA004 sur 05C08 (plutôt subdivision)
- La Liste 3 de l'annexe 7 sur 05C06 ou 27C05
- DBKA009 sur 05C02 ou 05C03 (plutôt subdivision)
- Le SDC (supplément défibrillateur cardiaque) sur autre que 05C19

Ces prises en charge « séjours sous CEC avec Pontage + remplacement ou pose de valve » ne sont donc pas « repérées » par la fonction groupage ou l'arrêté prestation, alors que cette association représente une certaine fréquence et un surcout (malgré le LPP de la valve en sus).

A noter également une particularité : en fonction du fait de remplacer la valve sous CEC ou de poser la valve sous CEC en sus du pontage sous CEC, on tombe dans des GHM différents :

- 05C02 ou 03 si remplacement valve
- 05C04 ou 05 si pose valve, car « stoppé » par pontage

Analyse sur la base de données 2019 :

- Recherche des actes CCAM de pontages coronariens sous CEC dans les racines 05C02 ou 05C03
  - o 05C02 : fréquence de 24 %
  - o 05C03 : fréquence de 20 %
- Recherche des actes CCAM de poses de valves sous CEC dans les racines 05C04 ou 05C05
  - o 05C04 : 2.36 %
  - o 05C05 : 0% (4 au total)

Nous souhaiterions que soit étudiée la possibilité de faire cette distinction, fréquente dans la pratique médicale, à savoir sous CEC : pontage + remplacement de valve.

⇒ [Nous continuons de porter cette demande](#)

#### Borne basse du GHM « Nouveau-né » 15M05B – GHS 5904

Le GHS 5904 (correspondant au GHM 15M05B « Nouveau-nés [...], avec autre problème significatif ») est le second GHS de nouveau-né le plus fréquent après le GHS 5903 « Nouveau-nés [...], sans problème significatif ».

Pour ce GHS 5904, une borne basse à 4 jours a été introduite en 2017 pour les seuls établissements ex-OQN. Cette borne basse est sensiblement proche de la DMS.

L'existence de cette borne basse vient en contradiction avec les programmes PRADO de l'Assurance Maladie et constitue une différence de traitement avec les ES publics pour lesquels il n'existe pas de borne basse.

Il faut noter également que la borne haute est sensiblement différente également entre les deux secteurs avec une évolution différenciée : elle est passée de 27 à 19 pour le privé et de 13 à 7 pour le public.

#### Ex-OQN (2019)

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
5904	15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	4	19	946,03	151,92	60,00

#### Ex-DG (2019)

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
5904	15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	-	7	1 474,54	-	93,41

Nous vous rappelons la position de la FHP-MCO sur la révision des bornes lors de la campagne tarifaire 2017 :

« Nous rappelons que nous avons toujours défendu une actualisation de ces bornes car d'une part, il est illégitime que celles-ci soient différentes d'un secteur à un autre, et, d'autre part, il est essentiel d'accompagner les évolutions de pratiques. »

[...] Par contre, nous notons :

- **La création de bornes basses** (une quinzaine de GHS dont l'accouchement et le GHS 05K191) ce qui n'est pas une évolution acceptable compte-tenu des objectifs politiques relatifs au virage ambulatoire et au développement d'outils tels que PRADO qui visent à réduire la DMS.

Nous sommes favorables à l'application du modèle utilisant la loi statistique Gamma qui présente une meilleure stabilité. **Cependant, il est essentiel de mettre en place des « garde-fous » afin de ne pas conduire à des injonctions contradictoires entre les différentes mesures et outils mis en œuvre. En particulier, il n'est pas envisageable de constater que des bornes basses augmentent.**

⇒ Nous continuons de porter cette demande de suppression de la borne basse pour ce GHS.

### C. Les questions formulées en 2018

#### Revalorisation du GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en rythmologie

En complément de notre document Retour d'Expérience 2018, nous vous avons adressé cette demande en décembre 2018 (par mail à Thomas DEROCHÉ - Sous-directeur de la régulation de l'offre de soins – DGOS et Celine FAYE, Adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins - DGOS).

La demande détaillée figure en annexe de ce document.

- ⇒ Nous avons bien noté lors des réunions du Comité Technique plénier MCO du 02/07/2019 et du 22/10/2019 que cette demande figurait dans les travaux en cours de l'ATIH (« Transférer les actes DENF015, DENF017, DENF021, DEPF025 de la 05K20 à la 05K19 car ils nécessitent l'utilisation du système de cartographie et traitent des troubles du rythme cardiaque complexes ») et nous vous en remercions.
- ⇒ Les campagnes tarifaires 2020, 2021 et 2022 n'ont pas apporté de réponses aux établissements concernés. Ces travaux figurent ils toujours dans le programme de travail ATIH et si oui dans quel calendrier ?

#### Artérite digestive avec acte endovasculaire.

Dans le cas d'un trouble vasculaire aigu de l'intestin (thrombose de l'artère mésentérique : code CIM K55.0) traité par dilatation d'artère digestive avec pose d'endoprothèse (acte CCAM EDAF005) le groupage se fait dans une racine en M de la CMD 06. L'acte endovasculaire est ignoré, et non pris en compte dans la valorisation.

Alors que si on code en diagnostic principal I74.8 moins précis (embolie ou thrombose d'autres artères), le groupage mène bien en racine 05K, plus conforme avec une description précise de l'activité produite. Mais utiliser ce codage contrevient aux instructions de la CIM.

Il nous semble que deux pistes peuvent être étudiées :

- Modifier le guide de production, en citant cet exemple, pour ne pas tenir compte de la mention « à l'exclusion de ... » de la CIM
- ou ajouter le code K55.0 dans les diagnostics d'entrée de la CMD 05, indépendamment de son rôle dans la CMD 06

⇒ **Nous continuons de porter cette demande**

#### **Angioplasties coronaires en hôpital de jour**

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2019 et suite à notre RETEX 2018, la différence de valorisation entre le niveau T et le niveau 1 d'une angioplastie coronaire réalisée en ambulatoire (groupée dans la racine 05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde) a été prise en compte.

Dans la continuité, il nous paraîtrait pertinent d'un point de vue médical de subdiviser la racine de GHM 05K06, qui correspond à deux pratiques au sens de la CCAM : coronaires et artères distales. Nous vous remercions de bien vouloir étudier cette possibilité.

⇒ **Nous continuons de porter cette demande.**

### **D. Les questions formulées en 2017**

#### **Abcès du sein : prise en charge pour évacuation chirurgicale d'un abcès du sein**

Deux situations peuvent se présenter selon que l'on est dans un contexte puerpéral ou non :

- Diagnostic principal : N61 Affections inflammatoires du sein  
Ce code appartient à la liste des codes d'entrée dans la CMD 09  
Acte CCAM : QEJA001 Évacuation de collection de la glande mammaire, par abord direct ; code que la CCAM considère comme « généralement » réalisé sous anesthésie (code activité 4). Ce code qui était classant opératoire en V9, n'est pas sur la liste des actes classant 2017, mais Scansanté en donne la fréquence -théoriquement réservée aux seuls actes classants.  
L'association N61 + QEJA001 groupe dans un GHM Médical : 09M09
  - Diagnostic principal O91.1 Abcès du sein lié à l'accouchement  
Ce code appartient à la liste des codes d'entrée dans la CMD14. Là encore l'acte QEJA001 n'est pas classant.
- ⇒ **Suite à la refonte de la CMD09, l'acte QEJA001 n'est toujours pas classant opératoire. Nous maintenons donc notre demande de réévaluation du caractère « non classant » opératoire de l'acte QEJA001. Pour mémoire, la CCAM le considère comme « généralement » réalisé sous anesthésie (code activité 4).**

## E. Les questions plus générales

### Redondance Acte/Diagnostic

Nous profitons de ce document pour revenir sur cette problématique dont nous vous avons déjà fait part à de multiples reprises.

Dans sa partie sur l'emploi des codes du chapitre XXI de la CIM-10 (V.2.), le guide méthodologique généralise la règle de ne pas coder en DAS une prise en charge qui serait présente dans les actes CCAM, au motif d'une "redondance". Les codes des catégories concernées, en plus du Z51, sont donc Z43, Z45, Z93, Z95 et Z96.

*« Lorsqu'un code des catégories Z43 ou Z45 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z43. –ou Z45.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée »*

*« Lorsqu'un code de la catégorie Z51 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z51.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. »*

*« Lorsqu'un code des catégories Z93, Z95 ou Z96 de la CIM-10 correspond à une prise en charge pour laquelle un code d'acte existe dans la CCAM, la saisie dans le même RUM du code Z93.–, Z95.– ou Z96.– en position de diagnostic associé (DA) en sus de celui de l'acte est redondante et n'est pas justifiée. »*

Si nous comprenons que ces ajouts permettent d'apporter une cohérence par rapport aux réponses apportées dans AGORA à ces sujets, il nous semble que cela crée également de l'incompréhension : certains de ces codes étant également des CMA, cela conduit à se demander pourquoi ces codes sont des CMA si on ne peut pas les coder en DAS ?

Par ailleurs, cette généralisation nous pose problème pour la valorisation des séjours. Lors d'un séjour avec une prise en charge multiple, si la présence de l'acte CCAM implique de ne pas coder le code CIM correspondant, comment avoir accès au niveau de sévérité ? Par exemple, les établissements doivent pouvoir être rémunérés lors de la pose d'une chambre implantable (CIP), ou lors de la réalisation de chimiothérapie au cours d'une autre prise en charge. Dans l'attente des travaux sur les actes CMA, il nous apparaît important de permettre le codage des actes et des diagnostics.

Enfin, au niveau descriptif, à notre sens, il s'agit plus de cohérence que de redondance

Vous nous avez indiqué lors du comité technique MCO du 04/10/2017 que l'expertise était en cours. Nous vous remercions d'avoir pris note de cette problématique, et nous sommes dans l'attente des résultats.

### Les listes de CMA

En complément des travaux en cours à l'ATIH sur la révision de ces listes, la FHP MCO souhaite :

- Une plus grande transparence de la méthode d'élaboration des listes d'exclusion (DAS / DP) et une meilleure lisibilité de l'information sur ce sujet dans le manuel de groupage.

Nous vous remercions vivement de la création de l'observatoire et restons dans l'attente de sa mise en œuvre.

- **Remettre à l'ordre du jour la question du code acte CCAM ayant un pouvoir de CMA.**

Sur ce dernier point, il serait utile de disposer d'une analyse de l'effet case mix des GHM multi interventionnels, pour la raison suivante :

On peut comprendre que pour des situations chirurgicales générant très fréquemment deux, voire plus, interventions au cours d'un même séjour, le tarif du GHS soit réputé couvrir l'ensemble de la prise en charge quel que soit le nombre de passages au bloc opératoire.

Encore faut-il s'assurer qu'il en est de même dans tous les établissements et qu'il n'existe pas des situations défavorisant certains établissements, liées à un effet case mix.

Nous vous serions obligés de procéder à cette analyse et de nous faire part des résultats.

A titre d'exemple, cette prise en charge multiple au cours d'un même séjour pour vasculaires lourd :

DEUX Angioplasties des membres inf. n'ayant finalement pas pu empêcher l'amputation. L'acte d'amputation (opératoire Chir) emporte le groupage final : 05C13\* (amputation d'orteils) qui est bien moins tarifé (coûteux donc) que le GHM 05K06\* d'Endoprothèses hors infarctus

- **Réexaminer le pouvoir CMA des codes en « \_9 »**

Par exemple en cas de pneumopathie il est fréquent de ne pas pouvoir identifier le germe. Pourtant la prise en charge n'en est pas moins lourde.

Or, le code J15.9 groupe en niveau 2, alors que le code J15.8 groupe en niveau 3.

Cette question suppose aussi de redéfinir le codage des « suspicions de maladie »

## ANNEXE 1

### I. Demande de revalorisation du GHS de l'activité des arythmies cardiaques complexes en Rythmologie

Cette étude a été réalisée par la structure suivante :

Etablissement	SAS Société du Centre Médico Chirurgical Ambroise Paré
Nom du Représentant légal de l'établissement	Madame Dominique BOULANGE, Présidente
Nom et adresse du lieu d'implantation	27 Bd Victor Hugo 92200 Neuilly sur Seine
Courriel	pascale.prost@clinique-a-pare.fr
N° FINESS	920300753

Rédacteurs	Docteur Olivier THOMAS, Rythmologue Docteur Claude DUBOIS, Directeur Médical Docteur Angela MUSAT, Directeur de l'Information Médicale Madame Pascale PROST, Directrice Générale Madame Caroline HASCOET, Adjointe de Direction
------------	---

Le Centre Cardiologique du Nord (Saint-Denis) et la Clinique Pasteur (Toulouse) partagent également le portage du présent projet.

## I. Objet de la demande

Les dix dernières années ont vu le développement important de l'ablation endocavitaire des troubles du rythme cardiaque et en particulier la fibrillation auriculaire et les troubles du rythme ventriculaires dans les centres hautement spécialisés. Les nouveaux systèmes de cartographie intracardiaque haute résolution, la cryothérapie et les cathéters multi électrodes, ont permis aux équipes médicales hautement spécialisées, d'étendre le champ des interventions, de sorte que tous les troubles du rythme peuvent maintenant être guéris par ces techniques. Le traitement de ces troubles du rythme par technique endocavitaire figure d'ailleurs dans les recommandations des sociétés savantes (European Society of Cardiology).

Ces nouvelles technologies ont eu pour conséquence une modification de la proportion relative des arythmies traitées en faveur des arythmies complexes demandant des moyens techniques, humains, supérieurs et plus coûteux pour les établissements.

Les bénéfices pour les patients sont : une définition très précise des circuits ou des foyers de tachycardies complexes dont ils souffrent et un temps d'intervention encore plus réduit. Une meilleure définition permet par conséquent un guidage thérapeutique d'une très grande précision contribuant à réduire le nombre des lésions de radiofréquence pour une efficacité égale ou comparable et donc à augmenter la sécurité de telles procédures. Notion à laquelle les patients sont attachés tout autant qu'à l'efficacité. Les patients ainsi traités sont moins souvent hospitalisés, auront probablement moins d'arrêt de travail, ne prennent plus d'anti arythmiques (qui peuvent avoir beaucoup d'effets secondaires) et, pour certains patients, plus d'anticoagulants.

Le CMC Ambroise Paré est le plus grand centre français de rythmologie interventionnelle selon le classement 2018 du Point. Pour cette même publication, il est le premier centre cardiovasculaire et de rythmologie interventionnelle d'Ile de France, avec plus de 1 000 ablations endocavitaires par an. L'augmentation d'activité a nécessité l'ouverture d'une troisième salle en septembre dernier. Ces trois salles sont dédiées à ces techniques, équipées des systèmes de cartographie les plus récents.

L'établissement est nationalement et internationalement reconnu pour son offre de soins cardiologiques et son équipement, si bien que son recrutement de patients dépasse les limites de la région. Des centres régionaux périphériques et certains universitaires y adressent des patients en rythmologie.

Par ailleurs, l'établissement assure depuis plusieurs années, une mission de formation universitaire pour l'AP-HP, en accueillant des internes en médecine dans les services de réanimation, de cardiologie et d'anesthésie. Cet accueil permet aux internes de valider des semestres de leur cursus et d'accéder à une formation clinique et aux plateaux techniques invasifs. Enfin, la cardiologie de l'établissement et la rythmologie particulièrement contribuent très régulièrement à la publication de travaux dans des revues scientifiques internationales.

Parallèlement, depuis la création des GHM 05K19 et 05K20 en 2011, le tarif n'a pas été revalorisé à la hausse alors que les techniques sont dorénavant plus coûteuses pour nos structures.

Dans ce contexte, afin de poursuivre cette activité, prépondérante au sein des centres de rythmologie lourde et de pouvoir maintenir un équipement innovant, nous sollicitons une demande de revalorisation du tarif GHS.

L'innovation a un coût et les GHS actuels ne permettent pas de financer la prise en charge de l'ensemble des arythmies complexes. L'établissement a jusque-là fait l'effort de soutenir ses praticiens pour offrir à tous les patients de rythmologie le meilleur de la technologie en acceptant de les financer à pertes, situation difficilement tenable sur le long terme pour tout établissement de santé quel que soit son statut.

## II. Les différentes techniques du traitement des troubles du rythme par ablation

On peut classer les troubles du rythme en 2 catégories :

- Les troubles du rythme qui peuvent être traités avec **un système « conventionnel »** :
  - amplificateur de brillance pour visualiser les cathéters intra cardiaques,
  - baie d'électrophysiologie permettant de visualiser les tracés recueillis à l'intérieur du cœur,
  - cathéters d'ablations qui permettent de délivrer l'énergie et de « brûler » (par chaud, radiofréquence, ou par le froid, cryothérapie) les tissus responsables des arythmies. Ces arythmies sont :
    - les flutters communs
    - les faisceaux de Kent (syndrome de Wolf parkinson White)
    - les tachycardies jonctionnelles
- Les troubles du rythme **dits « complexes »**, qui nécessitent, en plus du matériel cité précédemment, l'utilisation d'un **système de cartographie tridimensionnelle**. Ce dernier comprend un capteur positionné sous le patient pendant la procédure, qui génère un champ magnétique et permet le repérage des cathéters intra cardiaques. Un système informatique permet de créer une reconstruction tridimensionnelle de la cavité cardiaque étudiée, de visualiser la position des cathéters dans cette image 3 D et d'analyser une très grande quantité de données enregistrées par ces cathéters (image 1).



**Image 1 : Système de cartographie Rhythmia**

Grâce à ces systèmes, il est aujourd'hui possible de comprendre les circuits très complexes de certaines arythmies cardiaques (fibrillation auriculaire, flutter de l'oreillette gauche, flutter cicatriciel) et de localiser avec une grande précision les foyers des arythmies dites « focales » (tachycardie atriales, extrasystoles ventriculaires) :

- Fibrillation auriculaire
- Tachycardies atriales (droites et gauches)
- Flutter auriculaire gauche et droit cicatriciel
- Extrasystoles ventriculaires et tachycardies ventriculaires (droites et gauches)

Cette meilleure compréhension permet aux rythmologues d'aller traiter ces arythmies avec une bien plus grande précision et une bien meilleure efficacité qu'en utilisant la technique conventionnelle. Les conséquences en sont des taux de succès bien plus élevés avec un risque de récurrence plus faible, des temps de procédure et d'irradiation très considérablement réduits, et une réduction également très importante du risque de complications (lésion des voies de conduction cardiaques nécessitant la pose d'un stimulateur cardiaque, perforation du cœur pouvant nécessiter une chirurgie cardiaque en urgence).

### III. Actes CCAM et GHM relatifs aux traitements des troubles du rythme par voie vasculaire

Dans la version actuelle de la CCAM, les actes orientent vers 2 GHM :

- Le GHM 05K19, pour les traitements dits « majeurs » des troubles du rythme,
- Le GHM 05K20, pour le traitement des autres troubles du rythme.

La place de la rythmologie interventionnelle dans la T2A a été dépendante de l'évolution de la classification des GHM. A la mise en place de celle-ci en 2004, la version 9 du manuel de classification ne disposait pas de GHM spécifique à cette activité. Il a fallu attendre l'année suivante pour voir la création au sein de la dixième version des GHM, avec l'aide du Dr Bruno CAUCHEMEZ, des racines de GHM 05K10 « Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaires sévère » et 05K11 « Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire », isolant les actes de rythmologie interventionnelle des autres actes nécessitant un cathétérisme cardiaque.

La refonte complète de la classification de GHM en 2009 a vu apparaître deux GHS pour le GHM 05K11 en introduisant la notion de réalisation de certains actes et en 2011 la version 11c a supprimé la racine du GHM 05K11 et a créé deux nouvelles racines de GHM en vigueur encore aujourd'hui.

#### a) Orientation vers le GHM 05K19

Les actes suivants, considérés comme des actes lourds de rythmologie interventionnelle, orientent vers le **GHM 05K19** - Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire :

- **DENF014** Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale
- **DENF018** Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale
- **DENF035** Destruction de plusieurs foyers et/ou interruption de plusieurs circuits arythmogènes ventriculaires avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
- **DEPF014** Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale
- **DEPF033** Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'ostium des veines pulmonaires avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée et voie transeptale

#### b) Orientation vers le GHM 05K20

Les actes ci-dessous, orientent quant à eux vers le **GHM 05K20** - Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire :

- **DENF015** Destruction d'un foyer ou interruption d'un circuit arythmogène ventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
- **DENF017** Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DENF021** Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DEPF025** Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée

- **DEPF004** Interruption complète de plusieurs voies accessoires de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
- **DEPF005** Interruption complète d'une voie accessoire de conduction cardiaque avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
- **DEPF006** Interruption complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DEPF010** Interruption de la voie lente ou de la voie rapide de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DEPF012** Interruption complète de circuit arythmogène au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée.

Les 4 actes qui figurent en rouge ci-dessus, nécessitent eux aussi l'utilisation d'un système de cartographie tridimensionnelle, pour des raisons explicitées plus haut. Ces actes orientent pour l'instant dans le GHM 05K20 et non pas dans le GHM 05K19. Ils ne sont donc pas considérés comme des actes lourds alors qu'ils nécessitent l'utilisation du système de cartographie et traitent des troubles du rythme complexe.

#### IV. Présentation de l'équipe en charge de l'activité

NOM Prénom	Fonction	ETP
Docteur THOMAS Olivier	Rythmologue	1
Docteur CAUCHEMEZ Bruno	Rythmologue	1
Docteur ALONSO Christine	Rythmologue	1
Docteur GRIMARD Caroline	Rythmologue	1
Docteur LAZARUS Arnaud	Rythmologue	0,5
Docteur JAUVERT Gaël	Rythmologue	1
Docteur MOUBARAK Ghassan	Rythmologue	0,75
Docteur ZAHO Alexandre	Rythmologue	1
Monsieur OKONSKI Aurélien	Cadre Radiovasculaire	1
Equipe infirmiers		4

V. Analyse du coût de l'utilisation d'un système de cartographie tridimensionnelle comparé au montant des GHS

Il existe actuellement sur le marché trois systèmes de cartographie endocavitaire : le système Carto 3, de la société Biosense Webster (Johnson and Johnson), le système Rythmia, de la société Boston scientific, et le système Ensite Verismo de la société st Jude médical (groupe Abbott). Le CMC Ambroise Paré dispose des deux premiers systèmes cités.

Voici le coût du matériel pour une procédure d'ablation avec ces systèmes en 2018 :

Coût Procédure Cartographie <b>Biosense</b>	<b>3 865,2 €</b>
Coût Procédure Cartographie <b>Rythmia</b>	<b>5 066,4 €</b>

Dans le tableau suivant figure la répartition des GHS de traitement de troubles du rythme pour l'année 2016, 2017 et pour les dix premiers mois de l'année 2018 au CMC Ambroise Paré :

GHM	Libellé GHM	2018 M10	2017 M10	2017 année complète	2016 année complète	Tarif 2018 Ile de France
05K191	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	525	412	517	493	6 034,94€
05K192	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2	13	25	27	52	7 928,70€
05K193	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3	4	3	4	0	11 871,89€
05K194	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4	0	1	1	0	15 454,88€
	<b>TOTAL</b>	<b>542</b>	<b>441</b>	<b>549</b>	<b>545</b>	

GHM	Libellé GHM	2018 M10	2017 M10	2017 année complète	2016 année complète	Tarif 2018 Ile de France
05K201	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	50	46	50	31	2 429,81€
05K202	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2		4	7	5	3 387,91€
05K203	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3		1	1	2	5 201,81€
05K204	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4	1				6 664,61€
05K20T	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	9	4	4	2	1 578,04€
	<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>62</b>	<b>40</b>	

Il apparait très clairement à la lecture de ce tableau que l'utilisation d'un système de cartographie tridimensionnelle pour un acte orientant vers le GHS 05K20 entraîne une perte financière pour l'établissement. Le tarif du GHS 05K20 pour les actes de niveau T, 1 et 2 (qui représentent la grande majorité des actes) ne couvre pas le coût d'utilisation d'un système de cartographie, sans compter tous les autres frais liés à l'hospitalisation (personnel soignant et administratif, hôtellerie, examens complémentaires, personnel, ...).

Le tableau suivant illustre la perte financière engendrée par la réalisation de ces actes (53 procédures sur les dix premiers mois de l'année 2018, ayant nécessité l'utilisation d'un système de cartographie, et ayant orienté vers un GHS 05K20) pour le CMC Ambroise Paré, soit 89 554 euros.

**Perte financière engendrée en 2018 par l'utilisation d'un système de cartographie pour certains actes de rythmologie**

GHM	Libellé GHM	M10 2018	M10 2017	Perte M10 2018	2018 avec coef prudentiel
05K201	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	50	46	<b>-71 769,5€</b>	121 490,50€
05K202	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 2		4	<b>0€</b>	0€
05K203	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 3		1	<b>0€</b>	0€
05K204	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 4	1		<b>2 799,4€</b>	6 664,61€
05K20T	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire, très courte durée	9	4	<b>-20 584,3€</b>	14 202,36€
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>55</b>	<b>-89 554,5€</b>	<b>142 357,47€</b>

A noter également qu'en ce qui concerne le GHM 05K19, le coût procédure cartographie Biosense pour le dispositif seul représentant 63,6% du CA GHS de niveau 1, (3 865,2€ de coût procédure pour 6 034,94€ de CA GHS), cette activité représente une perte importante pour l'établissement.

**Coût moyen d'un séjour**

	2015	2016	Évolution 2015 - 2016
Coût moyen du séjour (en €)	8 451	7 587	-10,2%
Nombre de séjours ENC	1 511	1 490	-1,4%
Intervalle de confiance borne basse (en €)	7 838	5 748	
Intervalle de confiance borne haute (en €)	9 064	9 426	

Source : ATIH – ENC 2016 ex-OQN

Les résultats de l'étude ENC ex OQN 2016 confirment cette tendance avec un coût complet du séjour du GHM 05K191 **de 7 587€**.

**VI. Proposition**

Notre demande consiste à élargir le GHS 05K19 aux actes ci-dessous qui utilisent le système de cartographie pour le traitement du trouble du rythme complexe :

- **DENF015** Destruction d'un foyer ou interruption d'un circuit arythmogène ventriculaire avec courant de radiofréquence, par voie vasculaire transcutanée
- **DENF017** Destruction d'un foyer arythmogène atrial avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DENF021** Destruction de plusieurs foyers arythmogènes atriaux avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée
- **DEPF025** Interruption complète de circuit arythmogène en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréquence, par voie veineuse transcutanée

De plus, comme mentionné plus haut, le coût du dispositif seul de cartographie représente 63,6% du CA GHS pour le niveau 1. Il serait donc nécessaire de réévaluer les GHS 1817 à 1820 pour tenir compte de ces évolutions technologiques depuis 2005 et de l'utilisation croissante des systèmes de cartographie tridimensionnelle en rythmologie interventionnelle.

## VII. Conclusion

L'ablation endocavitaire des troubles du rythme cardiaque est en pleine expansion en raison de la meilleure connaissance des mécanismes des arythmies, et du développement des technologies (cathéters, système de cartographie) permettant de les traiter de façon radicale et souvent définitive.

Ces techniques sont certes onéreuses mais les patients ainsi traités auront une meilleure qualité de vie. De plus, le coût initial de la procédure est vite amorti par les économies réalisées en termes de traitement médicamenteux, examens complémentaires, consultations chez le cardiologue, arrêts de travail...

Du fait de l'absence de revalorisation des GHS depuis 2011, l'ablation endocavitaire de certains de ces arythmies se fait à perte pour les centres tels que le CMC Ambroise Paré, mettant en péril la poursuite de cette activité, au détriment des patients et de la santé publique.