Codage CCAM et fonction groupage V11 en cardiologie. Rôle des praticiens dans les établissements MCO

RÉSUMÉ : La tarification à l'activité T2A est le mode actuel de financement des établissements MCO publics et privés. Elle repose en grande partie sur la codification de l'activité médicale représentée par les actes réalisés par les praticiens et les séjours des patients.
Le PMSI par les actes CCAM et les catégories majeures de diagnostics déterminent par des algorithmes de groupage la production de GHM. Ces groupes Homogènes de Malades sont ensuite valorisés en données tarifaires et deviennent des GHS Groupes Homogènes de Séjour. La version de groupage V11 remplace depuis le 1er mars 2009 la V10. Ce nouvel outil de codage des GHS est plus complet et prend en charge les pathologies complexes et les comorbidités associées. La durée de séjour est délimitée par des Bornes Basses et Hautes qui sont définies pour chaque GHM. Ces bornes ont un rôle majeur dans le tarif du GHS.
Il faut bien connaître cette nouvelle version V11 pour valoriser à leur tarif adéquat l'ensemble des GHS que nous produisons. Nous sommes dans une logique médico-économique qui implique tous les acteurs de l'hôpital.

→ **A. DIBIE**
Service de Cardiologie,
Institut Mutualiste Montsouris,
PARIS.
Hôpital Antoine Béclère,
CLAMART.

Le système actuel de financements des établissements de santé MCO repose à 100 % sur la Tarification à l'Activité dite T2A. Le but de ce système est de rémunérer l'activité médicale réelle en nature et volume et d'harmoniser le mode de financement des établissements publics et privés pour faciliter à terme leur rapprochement. Mais aussi de responsabiliser les acteurs de la santé dans leurs établissements.

La T2A est basée d'une part sur le financement direct lié à l'activité : paiement par forfait pour les séjours GHM (Groupe Homogène de Malades), rémunération des consultations, des actes externes, de l'HAD, des molécules onéreuses et des DMI (Dispositif Médicaux Implantables). D'autre part sur les dotations MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) et par un forfait annuel "urgences, gardes et astreintes".

Dans ce mode de financement T2A, les praticiens des 2 secteurs, public et privé, ont un rôle essentiel, car ils ont en charge en collaboration avec le DIM

T2A	Tarification à l'Activité	**RUM**	Résumé d'Unité Médicale
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	**RSS**	Résumé Standardisé de Sortie
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information	**EXB**	Borne Extrême Basse
		EXH	Borne Extrême Haute
CCCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	**DP**	Diagnostic Principal
		CMA	Comorbidité Associée
GHM	Groupe Homogène de Malades	**ATIH**	Agence Technique de l'Information Médicale
GHS	Groupe Homogène de Séjour		

(Département d'Information Médicale) la codification de leur activité médicale en GHM. La fonction groupage est l'outil qui sert à produire les GHM et à traduire en données économiques ces séjours devenus GHS (Groupes Homogènes de Séjour) payés sur une base forfaitaire aux établissements de santé. Chaque GHS a un tarif particulier donné par deux échelles tarifaires nationales différentes pour les secteurs publics et privés. Le GHS du secteur privé est un forfait qui n'inclut pas les honoraires des praticiens.

Rappel méthodologique

Les différentes pathologies sont classées dans l'une des 28 Catégories Majeures de Diagnostics (CMD). La pathologie cardiovasculaire est la CMD 05. Le Diagnostic Principal (DP) et/ou les actes "classants" selon un algorithme de groupage, conduisent à la production d'un GHM (***fig. 1***).

Codage et fonction groupage des GHM

Depuis le 1er mars 2009, la fonction groupage version 11 (V11) est venue remplacer la version V10.

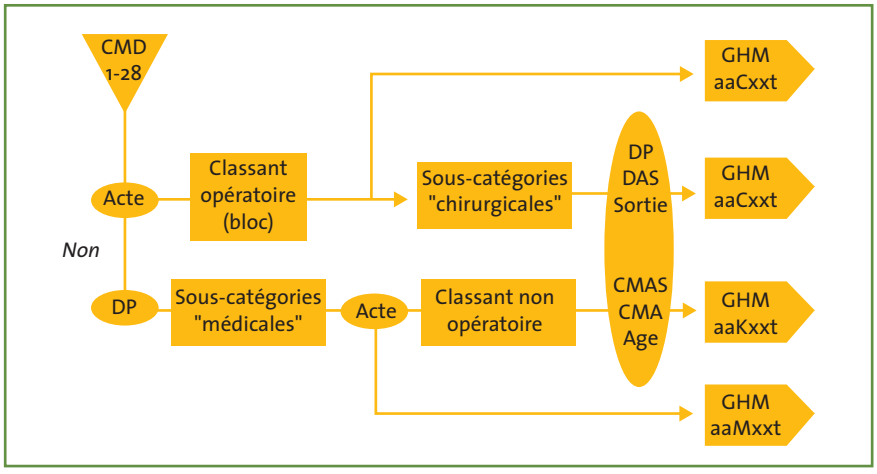

Fig. 1 : Production du GHM.

- 589 GHM "racine" ont 4 niveaux de sévérités (1876 possibilités).
- 94 GHM sans segmentation (un seul niveau) Z.
- 22 GHM avec complexité/ABCD.
- 10 GHM avec décès E (RSS mode de sortie 9).
- 114 GHM ambulatoire (0 nuit) J.
- 175 GHM très courte durée T : To séjour : 0 jour.
  T1 séjours : 0 et 1 jour.
  T2 séjours : 0, 1 et 2 jours.

Tableau I : GHM, caractéristiques des "racines".

1. Pourquoi la V11 ?

Les intentions annoncées par les autorités de tutelles sont d'améliorer la prise en charge médico-économique de certains GHM/GHS qui était considérée insuffisante sous la V10, de mieux prendre en compte les pathologies complexes, d'affiner les diagnostics, d'évaluer plus précisément la sévérité du patient (la liste des diagnostics sévères et comorbidités associées CMA est passée de près de 2600 à 4700), cela afin d'adapter les durées de séjour aux niveaux de sévérité du GHM.

Pour ces raisons, la V11 modifie très sensiblement les GHM dont le nombre est passé de 800 à 2 291 (***tableau I***) et [1].

La plupart des GHM de la V10 avaient deux niveaux de sévérité : les GHM terminés par V (sans CMA) et les GHM terminés par W (avec CMA). Ces GHM ont maintenant 4 niveaux de sévérité déterminés par les comorbidités associées CMA (liste par niveau de sévérité), mais aussi et dans certaines conditions, par l'âge du patient lorsqu'il est considéré comme un facteur aggravant. Plusieurs âges peuvent influer : < 2 ans, > 69 ans, > 79 ans.

Surtout, chaque GHM est encadré par une durée minimale de séjour ou Borne Basse (EXB Extrême Basse) et par une Borne Haute (EXH Extrême Haute) pour chaque niveau de sévérité.

- Durée minimale de séjour EXB : variable, niveau 1 (selon le GHM),
- durée minimale de séjour EXB : > 3 jours, niveau 2,
- durée minimale de séjour EXB : > 4 jours, niveau 3,
- durée minimale de séjour EXB : > 5 jours, niveau 4.

Ces durées de séjour doivent être respectées si l'on veut être rémunéré au tarif adéquat du niveau du GHS.

2. Exemples

L'exemple proposé concerne une chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC + cathé et/ou coronarogra-

	EXB	EXH	Tarif
GHM 05C021 niveau 1 :	6 J	31 J	14 428 €

Tableau II : Exemple d'une chirurgie de remplacement valvulaire.

Dans ce même GHM, pour les niveaux 2, 3, 4 si le séjour est inférieur à la EXB. C'est un forfait global qui sera déduit du tarif par séjour :

Niv 2, EXB 8	EXH 46	Tarif 17 596 €	Forfait déduit si séjour inférieur à EXB 3 168 €
Niv 3, EXB 11	EXH 63	Tarif 21 039 €	Forfait déduit si séjour inférieur à EXB 3 443 €
Niv 4, EXB 17	EXH 105	Tarif 24 735 €	Forfait déduit si séjour inférieur à EXB 3 696 €

Tableau III : Exemple de tarifs et du forfait Borne Basse EXB par niveau de sévérité.

GHS05C191 : *Pose d'un défibrillateur cardiaque niveau 1 : EXB 3 J, EXH 14 J*
Tarif du GHM 4 310 €
Forfait Borne Basse EXB 3 567 €

Tableau IV : Vigilance sur le respect de la Borne Basse EXB.

phie. Les montants sont exprimés dans le ***tableau II***.

Si la durée effective de ce séjour est inférieure à la Borne Basse EXB 6 J, une somme de 2 404 €, par jour sera déduite du forfait du GHS. Il sera alors rémunéré à l'établissement 14 428-2 204 € soit 12 224 € (***tableau III***).

Mais pour équilibrer le coût réel d'un GHM, la Borne Haute EXH est prise aussi en considération. Si le patient, pour une raison de complication médicale, est sorti au-delà de la Borne Haute, un forfait par jour supplémentaire vient s'ajouter au forfait de base du GHM/GHS.

En dehors des GHM de chirurgie cardiaque, cette règle s'applique de la même façon en cardiologie interventionnelle coronaire et en rythmologie où il faut être particulièrement attentif car le forfait Borne Basse EXB s'applique dès le niveau 1 (***tableau IV***).

Si la durée de ce séjour en niveau 1 est inférieure à la Borne Basse EXB 3 J, le GHS sera payé 4310-3567 €, soit 724 €. C'est-à-dire exactement le tarif de la pose d'un défibrillateur cardiaque GHS 05C19T (très courte durée 0 journée), soit 724 €.

La démarche est identique pour les séjours des patients traités par angioplastie coronaire avec endoprothèse dans le contexte d'un infarctus aigu (GHM racine 05K05) ou dans la pathologie coronaire ischémique stable : endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde GHM racine 05K06, éligible aux 4 niveaux de sévérité. Un âge > 79 ans intervient pour les niveaux de sévérité et classe un séjour de niveau 1 en niveau 2 ; mais attention à bien respecter la Borne Basse EXB niveau 2 qui est de 3 J minimum, sinon le GHM sera rétrogradé automatiquement en niveau 1 et donc payé sur la base niveau 1. **Cette logique du respect de la Borne Basse corrélée au niveau de sévérité est une règle simple qui doit être connue si nous voulons valoriser correctement les séjours de nos patients.** Toutes ces données sont disponibles dans le manuel des GHM-Version n° 11b-2010 de l'ATIH [2].

Comment coder les comorbidités associées ?

Il est difficile pour nous, praticiens de terrain, d'identifier les CMA sévères, qui font passer le GHM d'un niveau 1 à 2, chez les patients coronariens pris

POINTS **FORTS**

Les Bornes Basses EXB sont déterminantes dans le paiement du forfait. Attention, ces Bornes Basses different selon les niveaux de sévérité 1, 2, 3 et 4 du GHS.

Tenez compte aussi des Bornes Hautes EXH (plus longs séjours : rémunération complémentaire).

Coder toutes les CMA et vérifier l'âge du patient (> 69 ans ou > 79 ans) qui peut faire changer le niveau du GHM.

La majorité des GHM de cardiologie interventionnelle sont de niveau de sévérité 1.

La rémunération des GHS niveau 1 est inférieure dans la V11 comparée à la V10.

Globalement, la V11 valorise bien les GHS de niveaux 3 et 4, mais ils sont exceptionnels en cardiologie interventionnelle, plus fréquents en chirurgie cardiaque.

Correspondre régulièrement avec le DIM de l'établissement de santé.

Consulter le site de l'ATIH.

Avoir un bon logiciel de codage où apparaît le GHM et ses niveaux de sévérités.

		V10	
	Endop + Infarc	05K05V	05K05W
V11	05K051	97 %	33 %
	05K052	3 %	48 %
	05K053		17 %
	05K054		3 %

Tableau V : Ventilation du GHS de la V10 à la V11.

en charge en aigu. Cette notion est encore plus vraie pour les niveaux 3 et 4. Par exemple, certaines infections aiguës comme une entérite à *Salmonella* (A02.0) font passer le GHM en niveau 2, une endocardite aiguë ou sub-aiguë en niveau 4, un état de démence vasculaire (F01.9) en niveau 3 [3]. **La qualité et l'optimisation du codage des GHM, et en particulier des CMA, s'améliore progressivement avec l'expérience du codage, lorsque ce travail se fait par des échanges d'informations régulières entre les cardiologues et le DIM, qui suit l'évolution et les mises à jour de la V11 communiquées par l'ATIH** [2].

Tarification des GHS et V11

En cardiologie interventionnelle, sur les données du PMSI disponibles, la comparaison des GHS correspondants entre la V10 et la nouvelle fonction de groupage V11 permet de constater, dans les GHM les plus courants de coronarographie et d'angioplastie, que la ventilation se fait majoritairement vers les GHS de niveau 1. Leurs tarifs, (échelle des tarifs 2009) pour les niveaux 1 et 2 sont inférieurs à ceux de la V10 ; à l'inverse, les tarifs sont plus élevés pour les GHS de niveaux 3 et 4.

Exemple de GHS V10 ventilé en V11 :
Endoprothèse vasculaire et infarctus du myocarde
V10 : GHM 05K05V (sans CMA) et GHM 05K05W (avec CMA)
V11 : GHM racine 05K05 (4 niveaux de sévérités) :
On remarque que la plupart des GHM avec CMA se retrouvent classés dans les niveaux 1 et 2, respectivement 33 % et 48 %. Les niveaux 3 et 4 ne représentent que 17 % et 3 % (***tableau V***).

Le forfait du GHS 05K05W V10 qui devient 05K051 niveau 1 enV11 fait apparaître une diminution de 1 600 € dans l'échelle tarifaire publique et 567 € dans le privé. A l'inverse, si on compare le tarif de 5 022 € du GHS 05K06W avec CMA (V10) au tarif du GHS 05K063 (V11) de niveau 3, égal à 6 780 €, la revalorisation est de 1 758 €. Ce type de comparaison peut être répété pour tous les GHM de pathologie cardiaque.

Conclusion

La mode de financement T2A fondé en premier sur l'activité médicale nécessite pour les établissements MCO publics et privés d'être très vigilants. La nouvelle version de groupage V11 qui gouverne la codification des actes et des séjours est plus complète et prend mieux en charge les pathologies complexes. Mais elle est difficile à maîtriser et oblige à une grande rigueur si nous voulons valoriser à leur vraie valeur les GHS. Nous sommes tous concernés, gestionnaires, équipe paramédicale et médecins dans cette nouvelle règle médico-économique de gestion qui responsabilise l'ensemble des acteurs de nos établissements de santé.

Bibliographie

1. Liste des GHS/GHM : voir *Journal Officiel* du 28 février 2009.
2. Site de l'ATIH (Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation) **www.atih.sante.fr**
3. Caranhac G. Le PMSI nouveau est arrivé. Cath'lab n° 7 p10, octobre 2009.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.