



## Propositions pour une Version 11 de la classification des GHM

---

Journée du CHIM  
9 mars 2007  
Points sur les travaux



## En préambule

---

- Troisième étape dans l'adaptation de la classification des GHM à la T2A
- Des propositions de modifications
  - Faciles à décrire (3 grosses modifications)
  - Avec des conséquences sur tous les tarifs
  - En cours de discussion donc non encore validées
- Une occasion de plus d'analyser les bases
  - Évolution du codage de 2001 à 2004
  - Avec quelles conséquences
  - Tests de simulation effectuée sur les bases 2005



## Quelques réflexions à propos de variations souvent importantes des case-mix

- GHM sans CMA
  - Gros effectifs et présents dans tous les établissements
  - Variations difficiles à interpréter
- GHM avec CMA(S)
  - Trop petits effectifs dans beaucoup d'établissements
  - Petits effectifs dans les gros établissements
  - Deux causes difficiles à départager (rattrapage ou surcodage)
- Les conséquences
  - Des variations sur les coûts moyens dans l'ENC
  - Des prévisions budgétaires justes à qq % délicates même en dehors de toute modification de la classification



## Peut-on expliquer les variations avec un retour à la source des données ?

- OUI, mais pas toutes
- Un exemple avec une enquête informelle auprès d'un DIM
  - Un pan d'activité qui a disparu suite à un accord avec un autre établissement
  - La décentralisation du codage pour un service avec une grosse activité (résultats moins bons)
  - Une consigne de codage juste avec un fort retentissement sur 1 ou 2 GHM



## Les trois sujets de la version 11 des GHM

- Les CMA
  - Refonte de la liste des CMA
  - Augmenter le nombre de niveaux de sévérité en les appliquant tous aux GHM
- Le diagnostic principal
  - Modification de sa définition
  - Modification de l'algorithme de choix pour les multi RUM
- CM 24
  - Suppression de cette CMD
  - Création de vrais groupes ambulatoires dans les autres CMD

Il y a une logique qui relie ces trois propositions



## Point sur les travaux « CMA » 1. les étapes

- Pour la refonte de la liste des CMA
  - Retenir une ou plusieurs méthodes
  - Automatiser la fabrication de listes d'exclusions
  - Définir des critères de regroupements pour les affections rares
  - Établir des règles d'appartenance à la liste des CMA
  - Établir des règles d'application des CMA
- Pour les niveaux de sévérité
  - Choisir le nombre de niveaux (1 sans, 2 légère, 3 modérée, 4 sévère)
  - Définir les bornes de chaque niveau de sévérité



## Point sur les travaux « CMA » 1bis. Refonte des CMA

- Recherche méthodologique pour la refonte
  - 5 méthodes au départ dont 2 irréalisables,
  - 3 pouvant être utilisées en complémentarité
  - 2 retenues *in fine*
- les critères qui rendent un code éligible
  - Ne pas faire partie des codes exclus d'emblée
  - Effet isolé sur la DMS d'un GHM (= ou > 20%)
  - Effet isolé sur le coefficient « Fetter like »
    - Taux de RSA au dessus de la médiane (= +1jour)
    - Taux fixé à 55 % (et non 75% qui limiterait les CMA aux CMAS actuelles)

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

7



## Point sur les travaux « CMA » 1ter. Création des niveaux de sévérité

- Reprise du programme fait pour la refonte des niveaux de sévérité de la CMD 15
- Recherche des bornes par des méthodes statistiques pour définir les limites entre les niveaux 2/3 et 3/4
- Résultats
  - Entre niveau 2 et 3 : + 5,3 jours
  - Entre niveau 3 et 4 : + 13,9 jours

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

8



## Point sur les travaux « CMA » 2. les premiers résultats

- Travaux effectués sur la base publique
  - Effectif insuffisant de la base privée quand on enlève les CMD 14, 15, 23, 90 et la CM24
  - Vérification dans un deuxième temps
- Une liste provisoire qui exclut
  - Les codes O et P avec peu d'effet sur les autres CMD
  - Les codes V, W, X, Y insuffisamment réglementaires
- Plus d'ajouts que de suppressions
  - Quelques affections à fort surcoût
  - Beaucoup d'affections à faible surcoût du fait de l'abaissement du seuil à 20% d'augmentation de la DMS
  - Plus de codes Z avec des surcoûts pour la précarité

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

9



## Point sur les travaux « CMA » 2ter. Résultats synthétiques

Première liste provisoire et incomplète

Autant d'ajouts  
que  
de codes retenus

Proposition de CMA pour la version 11

Anciennes  
CMA  
Codes à 4 caractères

|       | NON   | OUI           | TOTAL  |
|-------|-------|---------------|--------|
| NON   | 5603  | → <b>1290</b> | 6893   |
| OUI   | → 594 | <b>1241</b>   | → 1835 |
| TOTAL | 6197  | → <b>2531</b> | 8728   |

Rappel : il manque les codes de grossesse et nouveau-né.

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

10



## Point sur les travaux « CMA » 3. la suite des travaux

- Premier calcul de PVE
  - Sans aucun raffinement (effet marginal)
  - En créant tous les GHM (effectif nul peu gênant)
  - Dans les deux secteurs d'hospitalisation
- Simulation financières sur les budgets
  - Sur les journées gagnées ou perdues
  - Sur les tarifs (trouver une méthode acceptable)
- Raffinement
  - De la liste des CMA
  - Des listes d'exclusions
  - Du programme pour les niveaux de sévérité

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

11



## Préambule aux réflexions « DP »

Des inégalités  
devant la notion  
de multi-RUM

RSS Multi-RUM

| hôpital         | Pourcentage<br>hors CM 24 | Pourcentage<br>CM 24 |
|-----------------|---------------------------|----------------------|
| Grenoble        | 42                        |                      |
| Nîmes           | 17                        |                      |
| HCL             | 15                        |                      |
| AP-HP           | 9,4                       | 0                    |
| St<br>Marcellin | 0                         |                      |
| Rouen           | 40                        | 15                   |

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

12



## Réflexions à propos du DP

- Peut-on modifier la définition actuelle ?
  - Moins bien adaptée avec plus de niveaux de sévérité : absence de niveau de sévérité si la complication est codée en DP (à quoi servent les niveaux 3 et 4 ?)
  - Sujette à de nombreuses contestations dans les contrôles
- Peut-on améliorer l'algorithme de choix du DP ?
  - Mis à mal avec l'augmentation du nb de RUM/RSA
  - Exclure du DP du RSA : les DP de SI, SC, Réa, (sauf quand c'est le seul séjour (ou le 1<sup>er</sup> ?)) « urgence » ?
  - Restreindre encore plus le choix en cas de modification de la définition ?

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

13



## Réflexions à propos de la CM 24

- Les sujets
  - Augmentation en part d'hospitalisation
  - Une forte demande de lisibilité de l'activité ambulatoire
  - Une organisation des soins qui amèneront en CM 24 des actes lourds
  - De nombreux GHM à créer pour améliorer la description
- Une solution : supprimer la CM 24

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

14



## Que veut dire : « suppression de la CM 24 » ?

- Créer de vrais groupes « ambulatoires » dans les CMD ad hoc
  - Remplacer certains groupes transversaux par des règles de codage et réorientations de DP
  - Perdre l'activité 0 jours pour de nombreux groupes
- Quid du modèle tarifaire ?
  - Possibilité de conserver le même si nécessaire
  - Profiter de la souplesse offerte par le regroupement
    - Isoler l'activité ambulatoire
    - construire des bornes basses autrement ?
    - Avoir le même tarif pour une activité quel que soit le mode de prise en charge ?

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

15



## Quelques commentaires sur cette proposition

- Est-ce un retour en arrière ? **NON**
  - On intègre aussi l'ambulatoire
  - On exclut les séances de cette proposition
- Comment peut-on justifier une telle modification ?
  - Abaissement du seuil « CMA » et + de niveaux de sévérité
  - L'existence d'un GHM « sans CMA » plus proche de la réalité donc avec une baisse de la DMS
  - Une segmentation systématique des GHM pour améliorer la description médicale
  - L'utilisation des GHS pour diminuer le nombre de groupes tarifaires si nécessaire

version 11 des GHM - journée CHIM-mars 2007

16



## Conclusion

- Beaucoup de sujets intéressants sur le plan de la recherche fondamentale
- Un pragmatisme de circonstance
  - pour répondre aux demandes prioritaires
  - Pour respecter les délais
- Quelques nouvelles difficultés
  - Des variations au niveau établissement qui peuvent rendre obsolète une solution avant sa mise en place
  - Les bases utilisées sont « avant contrôle »