

# Les ICR des actes de la CC

La nouvelle classification d'actes médicaux (CCAM) a nécessité une nouvelle évaluation des indices de coûts relatifs (ICR). Les ICR sont un des outils PMSI permettant de déterminer des coûts moyens par groupe homogène de malades (GHM). Ils sont la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des coûts totaux annuels des blocs médicotéchniques. Les nouveaux ICR ont repris l'essentiel des principes des ICR du catalogue des actes médicaux (CdAM). Les changements les plus importants concernent les spécialités d'anesthésie et de réanimation, et la plus grande précision dans la définition des données, qui en facilitera la maintenance.

Les nouveaux ICR seront publiés cet été dans une première version, encore imparfaite. Des études sur le terrain compléteront les travaux de validation.

## Introduction

Les indices de coût relatif (ICR) ont été élaborés dans le cadre du PMSI du secteur MCO (médecine/chirurgie/obstétrique), comme l'un des outils de calcul des coûts moyens par GHM (groupe homogène de malades), traduits ensuite en échelle de coûts relatif, les indices synthétiques d'activité (ISA). L'ICR est la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des coûts totaux annuels des blocs médicotéchniques, en fonction des actes pratiqués. Certains établissements ou organismes ont pu les utiliser pour d'autres applications, mais nous le verrons, l'outil n'est pas nécessairement bien adapté. Les ICR relèvent de la mission de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Cet outil est essentiel pour le PMSI, puisqu'il permet l'affectation d'environ 25 % des coûts des hospitalisations MCO du secteur

public, et plus encore dans le secteur privé. La construction de cette nouvelle version a fait appel aux méthodes utilisées par les ICR du CdAM, tout en introduisant des outils

simplifiant la maintenance. Les options théoriques choisies, les méthodes employées, la situation actuelle, sont présentées ici, ainsi que la suite à donner.

## Les finalités des ICR

Les coûts par GHM (et les points ISA qui en découlent) sont évalués chaque année à partir des données comptables de quelques dizaines d'établissements publics participant à l'étude nationale des coûts (ENC). Depuis peu, des établissements privés font la même étude, avec la même méthodologie. Ces établissements disposent d'une comptabilité analytique qui permet d'affecter à chaque patient une partie des dépenses totales. Le principe en est simple. On affecte directement au séjour les coûts facilement identifiables, tels les prothèses ou certains médicaments très coûteux. Les autres dépenses sont affectées à chaque séjour selon des clés de répartition. L'établissement est découpé en sections d'analyse financière (SA), dont les coûts totaux annuels (personnels, matériel, amortissement...) sont connus. Chaque service clinique constitue une SA, ainsi que chaque groupe de blocs opératoires ou de blocs médicotéchniques. Pour les services cliniques, la durée de séjour constitue la clé de répartition. Pour les blocs opératoires ou médicotéchniques, c'est l'ICR. Par exemple, une section d'analyse de bloc opératoire dans un établissement a effectué pour l'année des actes totalisant 500 000 points ICR, pour des dépenses totales réelles, selon sa comptabilité analytique, de 5 000 000 € (soit 10 € le point ICR). Un séjour pour lequel le patient aura subi une intervention de 72 ICR dans cette SA, se verra attribuer un coût de  $72 \times 10 = 720$  € pour cette intervention.

Les ICR sont également utilisés en tant que mesure standard des ressources allouées à un acte, par exemple pour mesurer ou comparer la production de blocs ou d'établissements ou affecter des personnels (à partir du

sous-total ICR représentant la charge en personnel soignant). Ce type d'application doit être réalisé avec prudence : des méthodes restent à développer pour permettre l'utilisation des ICR hors de leur champ initial.

Les ICR ne sont pas une mesure absolue du coût d'un acte. Les ICR sont obtenus à partir des coûts, certes, mais d'une partie seulement des coûts afférents, et plus encore d'une partie des coûts directs. Cela n'entraîne pas un non-paiement aux établissements d'une partie de leurs dépenses, celles qui sont « oubliées » par les ICR. Il n'en est rien, puisque les ICR sont une clé qui permet de répartir la totalité des coûts réels annuels de chaque bloc. Pour que la clé de répartition soit pertinente, la partie des coûts qui n'est pas prise en compte dans le calcul doit être à peu près proportionnelle à la partie mesurée. Par exemple, on peut supposer que les petits consommables sont liés à durée de l'intervention, et sont ainsi reliés positivement (mais peut-être pas vraiment proportionnellement) à la partie des coûts entrant dans l'ICR. Veiller à une définition homogène des ICR sur l'ensemble des spécialités permet d'assurer cette proportionnalité.

Les données composant les ICR (nombre de personnes, durées, matériel) ne sont pas non plus des standards. L'ICR est calculé dans le cadre d'un patient « normal » pour la spécialité (on exclut donc les situations rares : obèses, âge < 2 ans...). L'ICR est parfois une moyenne de situations différentes, quand le libellé de l'acte permet des modes de réalisations différents, associé à un travail médical du même

ordre (d'où un seul libellé CCAM), mais un coût total différent. L'environnement joue un aussi rôle important (expertise du médecin, nature de l'établissement). Par exemple le coût horaire d'un matériel dépend essentiellement de sa durée annuelle d'utilisation, et nous avons dû fixer des références auxquelles ne pourraient se plier tous les établissements. Nous avons tenu compte de la réglementation en vigueur, par exemple sur le matériel nécessaire dans un bloc opératoire, la qualification du personnel, le nombre d'infirmières pour une dialyse... Mais les ressources figurant dans les ICR n'ajoutent aucune règle supplémentaire

aux établissements. Les ICR ne pourraient pas constituer des références opposables lors de procédures de justice.

Les ICR sont différents des travaux menés par la CNAM sur les points travail affectés à chaque acte CCAM. Ces points travail sont utilisés pour déterminer le montant des honoraires médicaux des médecins libéraux, pour la seule partie « travail médical » de leur activité. Les différences avec les ICR sont les suivantes :

- les points travail mesurent uniquement le travail médical. La CNAM mesure les coûts de la pratique (matériel, personnel) essentiellement par une méthode indirecte (déclaration de revenus) ;

- la valorisation de l'activité médicale est différente dans les deux cas :

- pour les points travail, la CNAM, en accord avec les organisations de médecins libéraux, a utilisé une échelle subjective, dépendant de plusieurs critères (durée, stress, compétence technique et effort mental) <sup>1</sup>,
- pour les ICR, le médecin est un salarié, et ses coûts dépendent uniquement du salaire moyen (d'où un coût horaire) et la durée de l'acte.

Cependant, nous avons utilisé dans les ICR les estimations de la durée de l'activité médicale « peropératoire » mesurée par l'étude CNAM.

## Définition des ICR

Les ICR des actes CdAM représentent la plus grande partie des coûts directs, correspondant à la période pendant laquelle le patient est présent dans la salle. « La plus grande partie » signifie ici que l'on prend en compte les coûts en personnel médical, en personnel soignant et en matériel, ainsi que quelques consommables coûteux, et ceux d'imagerie. Sont exclus la plus grande partie des consommables, les prothèses (affectées directement au patient) et les coûts hors présence du patient dans la salle, coûts d'organisation, de secrétariat, et de nettoyage par exemple. Les coûts ICR sont de plus relatifs à la pratique de l'acte dans une situation idéale, « dans les règles de l'art », définie par des experts, qui correspond plus ou moins aux situations réelles. S'agissant des ICR de la CCAM, ces choix n'ont pas été remis en cause.

La nature du type de patient a été modifiée. L'ICR CCAM est défini à partir du patient standard (c'est-à-dire le plus habituel), et non plus à partir du patient moyen (moyenne qui inclut les cas extrêmes). À dire d'expert, il est difficile d'évaluer les fréquences et les effets de ces extrêmes. Ces situations

particulières (obésité, jeune âge...) pourraient être prises en compte ultérieurement par les codes « modificateurs » de la CCAM. Les ICR de deux disciplines ont été également modifiés. L'ICR d'anesthésie était calculé à l'aide d'une formule assez complexe, où intervenait la nature de l'anesthésie, la durée de l'acte et l'état du patient <sup>2</sup>. Cette formule ne donnait que partiellement satisfaction aux anesthésistes, et la manière de coder l'anesthésie a profondément changé entre le CdAM et la CCAM. Il a donc été décidé, en accord avec la société d'anesthésie, de déterminer un ICR par acte de la CCAM, selon les mêmes principes que pour les autres actes, en explicitant les ressources utilisées en personnel, matériel et temps.

Une partie des coûts de réanimation (coûts en personnels) était répartie selon l'échelle oméga <sup>3</sup>, obtenue également par une formule complexe à partir d'actes spécifiques de réanimation. Le catalogue d'actes ayant changé, une méthodologie semblable aux ICR des autres spécialités a été retenue.

Les ICR étaient décomposés en trois sous-totaux :

- IAM : coût du personnel médical,
- IAS : coût du personnel non médical (essentiellement personnel soignant),
- ICRM : coût du matériel (et du consommable quand il y en avait, essentiellement pour l'imagerie).

Ces définitions sont toujours valides, mais l'ICRM incorpore un peu plus de consommables. Par ailleurs, une représentation des données plus complète est mise en œuvre, permettant de décomposer toutes les ressources consommées, et de faciliter ainsi la maintenance.

La France est certainement une exception dans ce domaine. Des systèmes analogues au PMSI, issus des DRG américains, existent dans de nombreux pays, mais peu ont développé une échelle de coût en propre. La notion d'ICR est particulière à la France. L'idéal serait que chaque établissement soit capable de déterminer les coûts propres à chaque intervention, en mesurant les ressources réellement consommées

1. Rapport CNAM, « Méthodologie : hiérarchisation du travail médical des

actes techniques médico-dentaires selon les libellés de la classification commune

des actes médicaux ».  
 2. Bulletin officiel, 95-4 bis.  
 3. Idem.



en personnel, matériel et consommables. En France, par exemple, le secteur privé est capable de fournir des prix, correspondant à ses factures, mais ces prix sont probablement assez éloignés des coûts réels, tant les négociations sur les tarifs sont complexes. Le faible niveau de développement du système d'information dans les établissements justifie donc l'introduction des « standards » ICR. Ces standards semblent aussi avoir l'avantage de permettre l'utilisation des ICR pour d'autres objectifs, mais ils pourraient être remplacés ultérieurement par des moyennes observées. Voici, à titre d'exemple, la solution adop-

tée par deux pays voisins. En Belgique, la nomenclature d'actes INAMI permet de valoriser, selon une échelle à 15 niveaux, la consommation en personnel soignant de chacun des 8000 actes de cette nomenclature. Cette échelle est bâtie à dire d'expert, traduite en temps de travail (comprenant l'ensemble de l'activité afférente à l'acte, pour ce personnel). Elle est utilisée à des fins tarifaires ou d'organisation. À l'inverse, en Suisse, la constitution de l'échelle de coût des AP-DRG est effectuée à l'aide d'une comptabilité analytique, comme en France, mais la clé de répartition

équivalente aux ICR est basée sur la durée, effectivement mesurée, de chaque intervention. D'un côté, cette clé est donc plus proche du coût réel, car elle se base sur une dépense de ressources effective, mais elle est cependant moins précise, car elle néglige les facteurs autres que le temps (nombre de personnes, type de matériel). Elle est d'autant plus exacte qu'elle ne sert de clé de répartition que pour des interventions de même type, donc sur des « sections d'analyse » homogènes, où ne se mélangent pas une opération à cœur ouvert et une appendicectomie.

## La méthode d'évaluation des ICR

### Principes généraux

Lors de la réalisation de la CCAM, il a été choisi de refaire l'évaluation des ICR plutôt que de reprendre ceux du CdAM. La correspondance CdAM/CCAM n'était pas bijective, de sorte que l'affectation des ICR était problématique pour au moins 1/3 des actes. Par ailleurs, les évaluations ICR du CdAM n'étaient pas sans défaut. Ils dataient de plus de cinq ans. Leurs auteurs les avaient considérés comme une première version, imparfaite, qui devait être améliorée dans une seconde étape, ce qui n'a été que partiellement fait compte tenu de la lourdeur d'une telle évaluation. Enfin, il fallait si possible être cohérent avec les travaux de la CNAM sur la CCAM.

Toutefois, les mêmes principes de construction ont été conservés : mesurer l'essentiel des coûts directs, durant la présence du patient dans la salle, selon une pratique « dans les règles de l'art » établie par des experts désignés par les sociétés savantes. Les ICR CCAM doivent pouvoir s'appliquer au secteur public et au secteur privé. Ce qui a plusieurs conséquences :

- l'expertise doit comprendre des experts des deux secteurs, c'était aussi le cas des ICR CdAM ;
- les ICR doivent pouvoir s'utiliser comme clé de répartition sur des totaux différents. Aucune hypothèse n'étant alors exclue sur le financement du secteur privé, il fallait pouvoir différencier par exemple la

part d'honoraires médicaux et même séparer certains types de matériels ;

- la structure des coûts (salaires, type de personnel, matériels) pouvant être différente dans les deux secteurs, il fallait pouvoir permettre l'obtention d'ICR différents par secteur, si cela était jugé utile.

Les deux premiers points conduisent à un classement des ressources plus fin que les trois catégories utilisées précédemment pour les ICR CdAM.

Bien qu'une partie des actes soit évaluée par plusieurs sociétés savantes, il n'y a qu'un seul ICR par acte, avec un traitement particulier pour la réanimation. Les évaluations d'un même acte par plusieurs sociétés savantes permettent de comparer les niveaux moyens de ressources attribués par chaque groupe d'experts, afin d'homogénéiser en retour les ICR entre discipline.

### Les combinaisons d'actes

Contrairement à la NGAP, par exemple, les ICR du CdAM ne comportaient pas de règle spécifique pour les cas où une même intervention entraînait le codage de plusieurs actes. Les ICR associés à tous les codes étaient simplement additionnés, comme s'il s'agissait d'interventions indépendantes. Certains actes CdAM (du type voie d'abord) tenaient compte de cela, mais pour les autres, la méthode retenue faisait que l'on additionnait

par exemple plusieurs fois les coûts liés aux installations et désinstallation des patients. Pour y remédier, deux conditions ont été introduites :

- savoir que différents actes sont effectués pendant la même intervention ;
  - définir une méthode de combinaison des ICR plus judicieuse que la simple somme.
- Or, la CCAM est munie de règles d'utilisation, qui portent par exemple sur les combinaisons licites de codes pour une même intervention. Les établissements de l'ENC sont incités à mettre progressivement en place un système d'information permettant de recueillir l'information nécessaire à ces validations, qui permette en particulier de relier les codes relatifs à une même intervention. Les formules permettant la combinaison des ICR pourront être mises en œuvre dans un prochain temps. Les ICR publiés cette année seront encore simplement additifs, sans tenir compte d'aucune règle d'association.

### Les modificateurs

Les actes CCAM pourront être accompagnés de modificateurs (par exemple du type urgence, âge extrême, obésité). Ces modificateurs pourraient être utilisés dans la partie tarifante de la CNAM. Leur utilisation pour les ICR a été reportée dans l'attente des règles portant sur les tarifs.

## La structure des données

La maintenance des ICR du CdAM a été rendue difficile par le nombre limité de données informatisées. Pour le personnel soignant, on ne connaissait que la durée totale (installation, temps peropératoire, désinstallation) et le nombre moyen de personnes, qui peut varier selon ces trois périodes. Par ailleurs, ni la décomposition des salles en différents matériels, ni leurs coûts, n'étaient documentés.

Une structure permettant de stocker chacune des ressources utilisées pour chaque acte, avec leurs fonctions, a donc été élaborée. Par exemple, un enregistrement différent est créé pour chaque type de personnel et chaque type de fonction répertoriés. Chaque acte peut ainsi être détaillé en autant de ressources en personnel, matériel ou consommables que nécessaire.

La structuration des données s'est accompagnée d'une représentation simplifiée des actes. Pour les actes chirurgicaux, trois périodes ont été définies : installation/peropératoire (intervention du médecin principal)/désinstallation. Pour certains actes techniques, des périodes de surveillance ou de calcul ont été rajoutées.

Les ressources ont des attributs (par exemple le type de sous-ICR ou la période d'utilisation de la ressource) qui permettent d'effectuer diverses opérations sur les ICR (par exemple de calculer l'ICR d'une combinaison d'actes). Elles sont reliées à des fichiers précisant leurs coûts.

## Le temps médical

Chaque code CCAM (en y incluant le code activité) correspond à une seule discipline, et donc à un seul « médecin responsable ». L'acte peut aussi nécessiter un ou plusieurs « aides-opérateurs ». La nature de ceux-ci dépend du contexte (secteur public/privé en particulier). La durée de la partie peropératoire de l'acte a été estimée dans l'étude « point travail » de la CNAM par un panel de nombreux experts. Les résultats de cette étude ont donc été repris avec l'autorisation de la CNAM. Cette durée constitue la base de l'évaluation des ICR.

## L'évaluation des ressources par les experts

L'ensemble des sociétés savantes ayant en propre au moins une dizaine d'actes CCAM a été sollicité par la mission PMSI, en janvier 2001, pour désigner quatre experts (deux publics, deux privés). Il leur était demandé d'affecter à chaque acte les ressources en personnel soignant et en matériel (salles, matériel proprement dit, consommables coûteux). La définition des salles et matériels est plus spécifique que pour les ICR CdAM. La définition antérieure des « salles » permettait d'y placer du matériel utilisé dans seulement la moitié des interventions affectées à la salle. Ce qui a pour inconvénient de lisser les coûts des interventions, et pourrait participer à l'écrasement des coûts par GHM.

Le travail était relativement standardisé pour les disciplines chirurgicales. Il fallait définir quelques types de salles, parfois une seule, quelques matériels supplémentaires, définir des durées d'installation/désinstallation par type d'intervention et préciser le nombre et la nature des soignants pour les trois périodes. Bien souvent, il n'y avait pas de

consommable coûteux. Les autres disciplines nécessitaient des représentations particulières car le temps médical n'y joue plus nécessairement un rôle central, et les consommables peuvent être très coûteux (radiologie interventionnelle).

## La mesure des coûts

La détermination des coûts des ressources évaluées par les experts médicaux a été confiée à une équipe du CNEH. Cette équipe enquête auprès d'établissements, pour expliciter le contenu exact des salles, ou déterminer des prix sur catalogue. Elle vérifie que les expertises « selon les règles de l'art » correspondent à des pratiques courantes. Il leur a été demandé de faire spécialement attention à la durée d'utilisation des matériels un peu spécifiques, puisque c'est le coût horaire qui est utilisé pour déterminer les ICR. Ces durées d'utilisation ne sont pas identiques dans tous les établissements, il est donc nécessaire de définir un environnement standard pour ce type d'équipement.

L'ensemble de leurs évaluations sera transmis à l'ATIH, la maintenance pourra s'appuyer sur des données précises.

## Le bilan - L'avenir

Le travail ne s'est pas déroulé selon le calendrier prévisionnel. Les raisons en sont diverses. Il avait été par exemple prévu initialement de fournir aux sociétés savantes une ébauche du travail demandé, discipline par discipline. Certaines incompréhensions de la part des sociétés savantes se sont fait jour, notamment en relation avec les travaux avec la CNAM. Cependant, les ICR CCAM devraient être disponibles cet été. Pour la majorité des actes, l'ICR se basera sur des évaluations validées. Pour les actes des sociétés n'ayant pas participé suffisamment tôt au travail, les évaluations de la valeur de l'ICR total s'appuieront sur le temps médical, qui est connu, et sur sa corrélation avec l'ICR total, qui est forte.

S'agissant de la maintenance des ICR, la plupart des spécialités disposent maintenant d'une description assez précise des

types de salles, de leur fonction, du rôle et de l'usage d'un grand nombre de matériels et de consommables, d'une décomposition minimale de la structure des actes, et des fonctions du personnel qui y participe. La base de données permet de se relier directement aux éléments de coûts. Ceci constitue un bilan particulièrement positif.

Les travaux futurs sont de plusieurs ordres :

- terminer le travail en cours avec les sociétés savantes ;
- valider les évaluations, par des enquêtes diverses ;
- maintenir les ICR, pour suivre l'évolution des pratiques ;
- finaliser les modules du type « combinaison d'actes » ou « modificateur d'acte » ;
- faire évoluer la définition même des ICR au fur et à mesure que les systèmes d'information hospitaliers



# Les ICR des actes de la CCAM

Les sociétés savantes seront donc encore sollicitées, les établissements aussi. La question de la validation est en effet essentielle. Elle ne peut se faire qu'en réalisant des enquêtes sur site. La qualité des ICR peut être testée d'après les données de l'ENC. On y constate malheureusement que la valeur du point ICR ne semble pas constante: elle varie plus que du simple au double selon le GHM. Une des raisons structurelles tient au fait que la partie de coût « non mesurée » dans l'ICR dépend de la spécialité, de 10 % à 30 % probablement, mais cela ne pourrait pas expliquer l'ampleur des variations observées. Ces variations proviennent probablement de différences de comportement des experts entre spécialités, qu'il est assez difficile de corriger après coup, à partir d'actes évalués en commun: ils ne sont pas toujours réalisés avec la même expérience, dans un environnement semblable. Tout ceci souligne la nécessité d'une validation sur le terrain. Les ICR CdAM avaient subi eux aussi un traitement pour une homogénéisation interspécialités. Enfin, une validation sur des données réelles permettrait de tester la validité du modèle ICR: les variations de pratique, pour un même acte, entre établissements, sont-elles suffisamment petites

pour qu'un ICR standard y ait un sens? Ou bien faut-il amener progressivement les établissements à corriger les valeurs standard par la mesure de leur propre pratique?

Pour les objectifs de l'ENC, ces variations du coût du point imposent de rendre les sections d'analyse de coûts de la comptabilité analytique aussi petites que possible, compte tenu d'autres contraintes sur la possibilité de déterminer les dépenses totales, qui pèsent en sens contraire. On voit, là encore la différence de contraintes sur les ICR, selon qu'on les utilise en tant que norme globale et outil de comparaison de production, ou comme clé de répartition pour une comptabilité analytique.

Pour les objectifs de standardisation, pour la mesure de la productivité de blocs opératoires, il devrait être possible de construire, a posteriori, un indice qui tienne compte de la valeur du point d'ICR observé dans l'ENC, pas nécessairement par acte, mais par catégorie d'actes. Dans la suite, il faudra éventuellement mieux différencier et concilier les objectifs purement comptables de l'ENC et ceux plus généraux de mesure de l'activité. Les données complètes des ICR du CdAM n'ont pas été publiées, en particulier ni les effectifs, ni les durées. La raison essen-

tielle en était la qualité insuffisante des données. Cet argument est à double tranchant, car en l'absence de publication personne (ou presque) ne pouvait signaler les anomalies. L'autre raison était la crainte de voir ces effectifs et durées être utilisés à des fins peu en rapport avec leur nature: standards d'organisation, ou même lors de procédures juridiques.

## Conclusion

Il y aura donc des ICR cette année sur les actes CCAM. Pour la plupart des spécialités, leur élaboration s'est appuyée sur le modèle précédent des ICR du CdAM. L'anesthésie et la réanimation verront leur méthodologie transformée. Mais le travail n'est pas pour autant terminé. Le recueil n'est pas encore complet, et il faudra valider l'outil, le faire évoluer, en tenant compte de l'état des systèmes d'information. Leur amélioration permettra aussi le maintien de l'outil à moindre coût.

Que soient remerciés les nombreux experts qui ont bien voulu dégager du temps pour cet important travail. ■

## QUESTIONS D'ACTUALITÉ Hôpital 2007

Dr E. HORNUS

### Hôpital 2007

L'annonce du plan Hôpital 2007 et les nombreux rapports qui l'ont accompagné renforce l'urgence de la mise en place de la tarification à l'activité. Dans ce cadre, le PMSI est amené à jouer un rôle central et sa prise en compte dans la médicalisation des options stratégiques des établissements de santé.

Le plan Cancer, déjà plus élaboré, prévoit la mise en place d'un dossier informatisé en réseau. Les problèmes techniques et organisationnels que cette mise en réseau soulève va renforcer l'importance des systèmes d'information hospitalier et le professionnalisme des médecins de DIM.

### Modification GHM

La transmission des dernières données PMSI a intégré une nouvelle liste de molécules onéreuses et une évaluation de l'activité réanimation. En ce qui concerne les molécules onéreuses, leur prise en compte est sujette à la détermination de leur utilisation. Les systèmes d'information ayant parfois des difficultés pour repérer l'utilisation de certains médicaments généralistes pour la cancérologie, ces données peuvent manquer de fiabilité. En ce qui concerne la réanimation, le nouveau groupeur permet de repérer les unités fonctionnelles prenant en char-

ge un certain pourcentage de patients ayant consommé des actes de réanimation (liste fermée). Le groupeur permettra donc de pondérer spécifiquement les patients lourds hospitalisés dans ces unités. Ces modifications ont entraîné quelques retards de transmission des données PMSI.

### CCAM

L'incertitude n'est pas encore complètement levée en ce qui concerne l'utilisation de la CCAM, en particulier chez les fournisseurs de logiciels. Cependant, un nombre de plus en plus important d'établissements commence à substituer pour le PMSI la CCAM au CDAM.

Des logiciels de formation et d'aide au codage sont en cours de publication

par l'ATIH. La CNAM a publié pour les fournisseurs de logiciels un cahier des charges et une base test pour valider les projets.

En tout état de cause, un gros effort sera demandé d'ici la fin de l'année aux établissements de soins pour mettre à niveau leurs systèmes d'information.

### PMSI psy

Les expérimentations en grandeur réelle sont en cours et un logiciel groupeur a été mis à disposition des DIM.

## INFO en SANTÉ

33, avenue d'Italie  
75013 Paris  
Tél. : 01 44 06 84 44  
Fax : 01 44 06 84 45  
E-mail : fhf@fhf.fr  
Site : www.fhf.fr

### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Gérard Larcher

### RÉDACTEUR EN CHEF

Gérard Vincent

### RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Bernard Garrigues

### COMITÉ DE RÉDACTION

Yann Bubien, Bruno Aublet-Cuvelier,  
Éric Lepage, Régis Beuscart,  
Michel Calmon, Thierry Courbis,  
Pierre Dujols

### SECRÉTAIRES DE RÉDACTION

Isabelle Hollinger, Laurence Mauté

### MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION

Héral

### IMPRIMEUR Pharmapost

### CORRESPONDANCE Yann Bubien

y.bubien@fhf.fr