

4.5.5 Des règles de syntaxe

« avec » : relie deux actions : « amygdalectomie avec adénoïdectomie » Il s'agit d'une procédure introduit la technique utilisée, il existe alors le libellé « sans » la technique
« coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, **sans laser** »
« coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, **avec laser** »

« et » = « avec » sens différent de la CIM 10

« ou » : proposition alternative

« et/ou » : « et » ou « ou »

Echographie transcutanée de la vessie **et/ou** de la prostate

4.5.6 Des conventions d'écriture

Crochets [] = synonymes

« au lit du malade » : acte réalisé au lit du malade

« chirurgical » : acte réalisé au bloc opératoire (si l'acte est réalisé au cabinet ou au lit, ce code ne peut pas être utilisé)

4.5.7 Des annexes

« **Par...**, **on entend...** » correspond à des définitions strictes de termes :

Par fracture complexe, **on entend** : fracture multifragmentaire, ou fracture avec enfoncement ostéochondral nécessitant un geste de relèvement

« **Comprend** » précise les conditions d'utilisation des libellés

Actes thérapeutiques sur les brûlures de la peau et des parties molles

Comprend : brûlure de la peau et des parties molles, érythrodermie bulleuse avec épidermolyse [Lyell]

Notes d'inclusion : précisent le contenu implicite d'une action

Les résections intestinales sans rétablissement de la continuité **incluent** les stomies correspondantes.

Si le contenu correspond à des **Actes Isolés**, l'association de leur code avec celui de l'acte considéré est impossible

« **Avec ou sans** » : action ou technique réalisée de façon facultative et dont la réalisation effective ou non n'est pas discriminante

Décaillotage de la vessie par endoscopie **Avec ou sans** : électrocoagulation de la vessie

Le code précédent est incompatible avec celui de « destruction de lésion de la vessie par endoscopie »

« **Par** » : tout **acte thérapeutique** inclut l'**acte diagnostique** réalisé dans le même temps opératoire et par la même voie d'abord

Kystectomie ovarienne par coelioscopie

Le code de cet acte est incompatible avec celui de « exploration abdominale par coelioscopie »

P - 5

Des exemples : ils sont en italique sous les libellés, non limitatifs ; utilisent des termes ou des expressions du langage médical :

Cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie *Interventions de Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, Scali, par laparotomie*

Notes d'exclusion : strictement limitatives, elles précisent les conditions dans lesquelles le ou les libellés ne doivent pas être employés :

Système tégumentaire **A l'exclusion de** : actes sur les paupières, l'auricule, le nez, les lèvres, la marge anale, les organes génitaux externes et le périnée.

« **Avec guidage...** » en fin de libellé : correspond à la technique utilisée, le codage de l'acte d'imagerie est alors interdit.

4.6 Les Modificateurs

Le modificateur 'est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation et/ou la valorisation de l'acte : Urgence, Obésité, Age, ASA >3, Férié..

Tout modificateur n'est applicable qu'à une liste finie d'Actes Isolés ou de Procédures.

Il est autorisé de coder au maximum 4 modificateurs par acte.

Le code modificateur pourra être rejeté s'il est non prévu car sans objet au plan médical ou s'il est déjà implicite dans l'acte

5 GLOSSAIRE

CCAM : Classification Commune des Actes médicaux

CCAPS : Classification Commune des Actes des Professionnels de Santé

CDAM : Catalogue des Actes Médicaux

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (ou CNAM)

CTANM : Commission de terminologie de l'Académie Nationale de Médecine

ENC : Etude Nationale de coûts.

GALEN : Generalized Architecture for Languages, Encyclopedias and nomenclatures in Medicine

ICR : Indice de Coût Relatif.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PERNNS : Pôle d'Expertise de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'information

6 BIBLIOGRAPHIE

1- Classification Commune des actes médicaux Tome1 et 2 (téléchargeables sur <http://www.cnamts.fr>)

Copyright :

Dr Bohrer - DIM - CHD Félix Guyon Saint Denis Réunion

P - 6

LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

1 QU'EST CE QUE LA CCAM ?

La CCAM a pour but de remplacer tant la NGAP qui sert à la cotation des actes et à leur facturation en libéral et dans les établissements de santé, que le CDAM qui sert au codage des actes des RSS dans le cadre du PMSI. Ces deux outils n'étant pas compatibles une classification unique a été réalisée par les services de l'ETAT, le PERNNS et le pôle Nomenclature de la CNAMTS.

La CCAM n'est que la première partie de la CCAPS (Classification Communes des Actes de Professionnels de Santé). Et ne concerne que les actes techniques médicaux et dentaires..

Les lettre-clés concernées sont les suivantes :

BDC, BR2, BR4, D, DC, K, KC, KCC, KE, KMO, PRA, RIN, SC, SCM, SPR, ORT, PRO, TO, Z, ZN, ainsi que la plupart des K (environ 95%).

Nous avons réalisé ce document qui se veut pratique à partir des rares données disponibles en Septembre 2001. En effet nous ne connaissons pas de manière exhaustive la codification des actes isolés et des procédures, ni les actes complémentaires, ni les modificateurs, ni toutes les règles de codage, ni enfin les tarifs.

2 QUELLE EST LA STRUCTURE DE CETTE CLASSIFICATION ?

A chaque acte correspond :

Code, Libellé, Score du travail médical, Durée, Coût de la pratique, Prix unitaire et ICR. Mais aussi code activité, modificateurs applicables, actes associables et incompatibles.

3 QUELLES SONT SES PROPRIETES ?

Exhaustive

Bijective : A un libellé correspond un code et un seul

Non ambiguë dans la rédaction des libellés

(norme européenne GALEN et de la CTANM)

Maniable par un nombre limité de codes

Evolutive révision tous les ans et refonte tous les 7 ans.

Neutre vis à vis de la tarification

4 LES 5 PRINCIPES DU LIBELLE.

4.1 Principe 1 : l'Acte Global

Chaque acte comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art

Ex : Colectomie gauche sans libération de l'angle gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie (La colostomie, temps obligé de l'acte n'est pas explicitée et son codage sera impossible avec cet acte.)

P - 1

Il existe deux types d'actes Globaux :

Acte isolé (AI) : acte indépendant "Cholécystectomie par vidéolaparoscopie"

Procédure (P) : regroupement d' Actes Isolés "Amygdalectomie avec adénoïdectomie"

Il n'existe jamais de geste élémentaire (temps obligé d'un acte isolé ou d'une procédure)

4 cas particuliers et 5 dérogations à l'acte global.

4.1.1 Cas particuliers :

Actes à plusieurs équipes : Sous le libellé de l'acte global figure la description des différents temps interventionnels :

Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec transplant libre de jéjunum

1- temps cervicothoracique

2- temps thoracoabdominal

Actes à plusieurs phases : Si la réalisation de l'acte global impose une succession de temps distincts, décalés dans le temps, chacun des temps est appelé « phase de traitement » et figure sous le libellé :

Fermeture progressive d'une omphalocèle ou d'un laparochisis

- 1ère phase : pose de prothèse pariétale

- 2ème phase : réintégration progressive des viscères abdominaux

- 3ème phase : fermeture définitive de la paroi abdominale

Chaque étape est codée le jour de sa réalisation

Actes sur une durée prolongée : La réalisation de ces actes nécessite une continuité du soin initial, sans distinction possible de phases différentes

Réduction orthopédique progressive d'un déplacement ostéoarticulaire, par traction continue

Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage

L'acte ne sera codé qu'une fois

Anesthésie hors chirurgie dentaire : On ne fait jamais d'acte d'anesthésie isolé. Tout acte de chirurgie ou interventionnel effractif est un acte, en fait à deux équipes ; ces deux temps ne sont pas identifiés sous chaque libellé mais le seront par l'affectation d'un attribut « **code activité** » spécifique à l'anesthésie (code 4). Sauf pour les actes avec anesthésie facultative où un code complémentaire d'anesthésie pourra alors être utilisé.

4.1.2 Dérogations :

Actes réalisés en séance : actes techniques identiques ou de même nature dont la durée est inférieure à 24h

Séance de photocoagulation rétinienne

Séance d'administration d'un agent pharmacologique anticancéreux par voie intraveineuse, < 12 h (chimiothérapie)

Ces actes sont codables à chaque séance, ou chaque jour où l'acte ainsi décrit est réalisé

P - 2

Acte complémentaire (AC) : acte facultatif qui ne peut être réalisé de manière indépendante.

Episiotomie

Prélèvement peropératoire d'autogreffe osseuse

Tout AC n'est autorisé qu'avec une liste finie d'Actes Isolés ou de Procédures. Il faut coder l'AC réalisé avec le code de l'acte principal

Acte complémentaire d'anesthésie : autorisé pour des actes pour lesquels l'anesthésie générale ou locorégionale est facultative (code activité 1)

Accouchement avec ou sans anesthésie péridurale

Avulsion de dent de sagesse avec ou sans AG.

Associations prévues : correspondent à plusieurs temps d'une même intervention, chacun de ces temps ayant plusieurs modalités

Exérèse-curage-reconstruction

Ces associations prévues sont indiquées dans la CCAM par la mention « coder éventuellement » Au niveau du sous-chapitre des « laryngectomies », il est indiqué *coder éventuellement* : le curage lymphonodal et le type de réparation

Associations non prévues : il existe une infinité théorique d'associations d'actes. Autorisation d'association de libellés sous **4 conditions** :

- l'un des libellés **n'est pas un temps obligé** de l'autre

- cette association **ne correspond pas, à une procédure**

- cette association **ne correspond pas à une association** prévue

- **signalement par le praticien** de cette association non prévue par un code

Il faut alors coder les actes réalisés et renseigner le caractère supplémentaire « association non prévue »

4.2 Principe 2 : classement par grands appareils

La classification est structurée par appareil en **17 chapitres**.

A noter que l'imagerie n'est pas individualisée mais incluse dans les différents chapitres dans les actes diagnostics.

Dans chaque chapitre les actes sont regroupés en actes diagnostics et actes thérapeutiques. Et dans chaque catégorie les libellés sont alors classés de la manière suivante :

Actes diagnostics : la technique puis la topographie

Actes thérapeutiques : la topographie puis l'action

4.3 Principe 3 : niveau de détail suffisant

Le niveau de détail doit être adéquat :

Suffisant pour répondre aux deux objectifs de la CCAM (description de l'activité et allocation budgétaire par le PMSI ou le paiement à l'acte)

Non excessif, d'où la création d'un attribut "extension documentaire" pour apporter des précisions aux actes à la demande des sociétés savantes.

4.4 Principe 4 : non-mention de la pathologie

Distinction des actes en fonction de leurs particularités techniques et non par référence à l'affectation traitée.

P - 3

4.5 Principe 5 : précision de chaque libellé

Ceci nécessite 7 types de "règles"

4.5.1 Règles de construction de chaque libellé

4 axes pertinents :

Action : obligatoire

Topographie : obligatoire (sauf chapitre 17)

Voie d'abord : obligatoire (sauf si évidente)

Technique : facultative

Ex : Biopsie / du rein / par voie transcutanée / sans guidage
Biopsie de peau

4.5.2 Règles de vocabulaire

Harmonisation systématique des termes utilisés selon un mode de construction normalisé européen (GALEN)

Peu ou pas de termes imprécis (correction, traitement...)

Harmonisation des termes

* Définitions des actions et des voies d'abord en annexe

* Pas de mot ayant plusieurs sens

* Pas de nom propre

Utilisation de la Nomenclature Anatomique Internationale Francisée :

Pli vocal [corde Vocale]

Tonsilles palatines [Amygdales]

4.5.3 Règles d'orthographe et de grammaire

Emploi du singulier : information de type générique = un ou plusieurs

Article « de » = un ou plusieurs

Biopsie de peau : 1 ou plusieurs biopsies

Adjectif « un » ou « une » implique un autre libellé avec « plusieurs »

Exérèse **d'une** hernie discale lombaire par abord postérieur

Exérèse **de plusieurs** hernies discales lombaires par abord postérieur

4.5.4 Cas du Bilatéral

Un libellé mentionnant « unilatéral » Implique un autre libellé mentionnant « bilatéral »

Plastie unilatérale d'oreille décollée

Plastie bilatérale d'oreille décollée

Un libellé mentionnant « unilatéral ou bilatéral »

Soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe

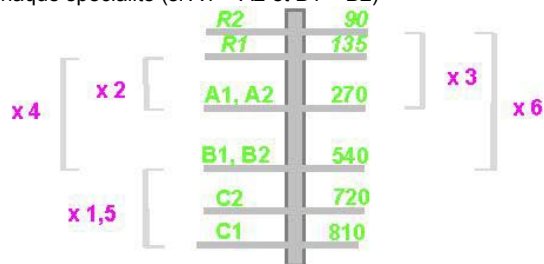
Un libellé sans autre précision = acte réalisé en unilatéral pour les organes pairs et si besoin il faut alors appliquer le modificateur « bilatéral »

Kystectomie ovarienne : exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) sur un ovaire

Nous souhaitons que ce document pourra vous être utile lors de vos premières utilisations de la CCAM.

P - 4

Résultats après optimisation sous contraintes :
 égalisation des couples actes-liens et proportionnalité conservée dans chaque spécialité (si A1 = A2 et B1 = B2)



On peut alors vérifier que les rapports ont été conservés dans chaque spécialité.
 Ces scores correspondent au travail médical ou **W**.

Les 7200 actes ont été "scorés" d'un minimum de 5 à un maximum de 3990.
 Dont 80 % entre 53 et 1042 et 50% entre 107 et 550.

8.1.4 Le coût de la pratique

L'approche du **coût de la pratique** se fait à partir des charges. Les charges professionnelles sont celles qui incombent en propre au praticien : personnel, loyer, matériel médical, frais financiers...

Ce coût est donc estimé directement en francs ou euros par acte pour être intégré à l'honoraire

Il ne comprend pas les dépenses à la charge des établissements
 Ce sont les coûts **observés** et non les coûts "normés" :

charges générales : répartition de l'ensemble des coûts (directs et indirects) liés à la pratique habituelle **au prorata du travail médical**

surcoûts : affectation des coûts directs **uniquement pour des activités spécifiques** non réalisées par tous les praticiens. Elles sont estimées en surcoût moyen par acte.

On calcule les charges générales élémentaires par point travail (Cg) :

Au total le coût de la pratique = Charge générale élémentaire x Charge de travail + Surcoût s'il existe pour cet acte.

$$CP = Cg * W + S$$

8.2 Evaluation de l'honoraire

$$\text{Un Code} = \text{un Libellé} = \text{un Prix Unitaire}$$

La Tarification concerne la fixation dans le cadre d'une négociation globale avec les syndicats médicaux du facteur de conversion monétaire (FC) du travail médical permettant de calculer le prix du travail = **W x FC**.

Le facteur de conversion monétaire (FC) est la valeur en Francs ou en Euros d'un point travail

L'honoraire peut donc se calculer ainsi : Honoraire = Prix du travail médical + Coût de la pratique.

$$H = W * FC + Cg * W + (S)$$

9 METHODOLOGIE D'ELABORATION DES ICR

9.1 Définition, constitution et utilisation

L'**indice de coût relatif** (ICR) est le *standard en termes de mobilisation de ressources (personnels, matériels...)* [d'un acte réalisé] « dans les règles de l'art » - CdAM A 96-10bis-

Il situe sur une échelle relative le coût direct total de réalisation d'un acte dans des conditions idéales

Il se décompose ainsi :

$$ICR = (IAM + IAS + ICRM) * k$$

indice d'activité médicale (IAM) : coût du personnel médical

indice d'activité soignante (IAS) : coût du personnel soignant

indice de consommation de ressources matérielles (ICRM) : coût des salle et matériel

Utilisation initiale limitée au secteur MCO des établissements en dotation globale :

clé de répartition des charges totales d'un bloc
 médicotechnique : calcul du coût d'un acte

dans l'ENC : calcul du coût des GHM (points ISA)

dans un établissement (comparaisons intra-établissement et inter-établissements)

mesure du niveau d'activité (somme des points ICR)

A terme (?), IAS et ICRM base **possible** de calcul de la rétribution des établissements privés (= FSO)

Calcul de la valeur de l'ICR

L'ICR est calculé pour chaque sous code « *Activité* »

HHFA001 : Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque

HHFA001||1 Geste chirurgical

HHFA001||4 Geste d'anesthésie générale ou locorégionale

IAM = coût de l'intervenant médical **IAM = 1 intervenant x coût horaire x durée acte** (tous les éléments sont disponibles)

IAS = somme des coûts des personnels par fonction : *déterminer le personnel nécessaire par fonction (non par qualification), avec leur nombre et leur temps de présence*

ICRM = coût de la salle et des équipements *il faut préciser le type de salle utilisée (avec équipement de base), les équipements « mobiles » spécifiques.*

Copyright :
 Dr Bohrer - DIM - CHD Félix Guyon Saint Denis Réunion

LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX (Suite)

7 CODIFICATION ET CODAGE

Chaque acte ou prestation élémentaire est identifié par un code.

Un Code = un Libellé

Le système de codage repose donc sur la saisie du code et de ses attributs pour codage, tarification et PMSI.

Codes descriptifs de l'acte **Codes supplémentaires**



Code descriptifs de l'acte :

- ① code de l'acte
- ② code activité
- ③ code extension documentaire
- ④ code phase de traitement

Code supplémentaires :

- ⑤ et ⑥ Modificateurs
- ⑦ Association non prévue
- ⑧ Remboursement exceptionnel

Pour le **PMSI** on utilise :

- ① code de l'acte
- ④ code phase de traitement

Pour la **tarification on** utilisera :

- ① code de l'acte
- ② code activité
- ④ code phase de traitement

Modulée par :

- ⑤ Modificateurs
- ⑦ Association non prévue
- ⑧ Remboursement exceptionnel

7.1 Code de l'acte

7 caractères alphanumériques calés sur la structuration des libellés

(4 lettres et 3 chiffres pour le compteur)

Exemple 1 : Evacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie sans résection costale : Code : **GGJA002**

Topographie : "Cavité Pleurale" = **GG**

Première lettre : système Système respiratoire = **G**

Deuxième lettre : l'appareil ou de la fonction : Plèvre = **G**

Action principale : "Evacuation" = **J**

Mode d'accès ou technique utilisée : "par thoracotomie" = **A**

Compteur = **002** (pour différencier les actes ayant même code anatomique, même code d'action et même code d'abord ou de technique)

Exemple 2 : Evacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie **avec** résection costale : Code : **GGJA004**

7.2 Code activité

Le code activité identifie les actions des différents intervenants pour un même acte.

Exemple 3 : Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin (**JDFA010**)

JDFA010 1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire

JDFA010 2 : ostéotomie du bassin

JDFA010 4 : anesthésie

Les codes activités sont définis pour chaque code.

Sur les **7200** codes, **4500** ont deux codes et **50** ont plus de deux codes d'activité.

7.3 Code extension documentaire

L'extension documentaire a été créée à la demande des sociétés savantes, il donne un niveau de détail supplémentaire, qui ne modifie pas significativement les moyens mis en œuvre.

Il est alphanumérique sur une position, et devra avoir été validé par la structure de maintenance de la CCAM avant création et intégration aux tables officielles.

Ce code est bien entendu facultatif.

Exemple 4 : Dilatation intraluminale d'une branche de l'aorte abdominale à destinée digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (**EDAF005**)

Ci-dessous exemple de deux Codes "Documentaires" sur les six validés des branches de l'aorte abdominale

F : tronc cœliaque

I : artère splénique

7.4 Code phase de traitement

Exemple 5 : Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps (**MJMA006**)

1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct Avec ou sans : réfection des poulies

2 : transplant libre de tendon de la main

Sur les **7200** actes, **50** codes acte / activité ont des phases de traitement.

7.5 Modificateurs

Les Modificateurs : précisent les circonstances de l'acte qui sont valorisés ou non valorisés

U : Urgence (+ 20%)

A : score ASA>2 (+ 10%)

F : jour Férié (+ 15%)

Pour la description :

- le nombre de modificateurs disponibles sera d'une dizaine

- à un acte donné, certains d'entre eux seront applicables

- le praticien pourra coder jusqu'à 4 modificateurs

Pour la tarification :

- 2 modificateurs seulement pourront être facturés

- l'application de ces modificateurs entraînera une majoration, exprimée en pourcentage du tarif de base

P - 8

Exemple 6 : Anesthésie pour splénectomie totale, par laparotomie Avec ou sans : greffe de rate (**FFFA001**)

Intervention en urgence, un jour férié, chez un patient ASA3

1er modificateur : **F** (jour férié) (15%)

2ème modificateur : **U** (urgence) (20%)

3ème modificateur : **A** (score ASA>2) non valorisé

Tarification

Base 457,6 Euros (ou 3001,66 FF)

$457,6 * (1+20\% +15\%) = 617,76$ Euros (ou 4052,24 FF)

7.6 Association non prévue

Interdites : actes composant une procédure, actes implicites, « Amygdalectomie par dissection » et « Adénoïdectomie »

Prévues : actes associables, gestes complémentaires,...

« Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par laparotomie ou abord lomboabdominal » et « Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboabdominal, par laparotomie »

Non prévues : associations non prévisibles et non exclues

« Appendicectomie, par laparotomie » et « Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe »

En ce cas, ce code supplémentaire permet de rembourser des associations d'actes non prévues, mais non exclues.

Les valeurs différentes du code permettront de distinguer les taux d'abattement applicables aux actes de cette association

4 actes maximum

1 = association non prévue même mode d'accès

2 = association non prévue modes d'accès différents (60%)

plus de 4 actes

3 = polytraumatismes

4 = associations > 4 actes.

Exemple 7 :

Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras, à foyer ouvert (**MCCA008**)

Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe (**NCCA013**)

2 : Association non prévue, modes d'accès différents (60%)

Tarification

MCCA008 Base 163,2 Euros (ou 1070,52 FF)

NCCA013 Base 282,2 Euros (ou 1851,11 FF)

$282,2 + (60\% * 163,2) = 380,12$ Euros (ou 2493,42 FF)

7.7 Remboursement exceptionnel

Pour chaque acte, la nomenclature précise son "admission au remboursement" : "remboursable", "non remboursable", "remboursable selon circonstances".

Pour les actes de cette dernière catégorie seulement, un code devra être indiqué par le professionnel lorsque l'indication médicale autorise le remboursement de l'acte.

Exemple 8 : Rhinoplastie primitive de la pointe (**GAMA008**)

1 : demande de remboursement exceptionnel

P - 9

8 TARIFICATION

8.1 Hiérarchisation du travail médical et des coûts

Pour tarifier, il faut évaluer séparément le travail médical et le coût de la pratique. La hiérarchisation du travail médical et des coûts est donc la base de la refonte des honoraires. Elle attribue un score pour chaque acte.

8.1.1 Le "Scorage"

C'est l'évaluation du travail médical pour chaque acte par rapport à un acte de référence

L'acte de référence est un acte fréquent, bien standardisé, de travail modéré, servant d'unité de mesure pour tous les actes de la spécialité, dont le score est fixé à 100 par convention.

4 critères ont été retenus : Durée, Stress, Compétence technique, Effort mental.

Ce scorage est réalisé en deux temps :

en intra spécialité puis en inter spécialité en s'appuyant sur des actes liens

8.1.2 Scorage intra spécialité

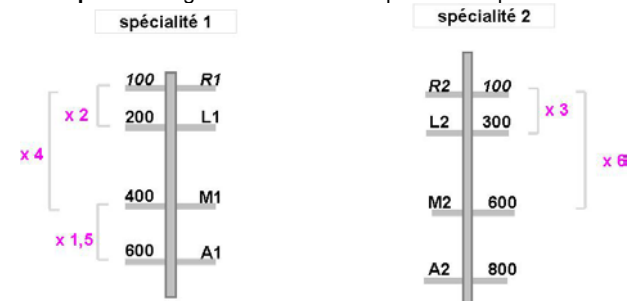
Acte de référence = Score 100 : « Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec [ECG] discontinue »

Acte à valoriser « Échographie-doppler transthoracique du cœur et des gros vaisseaux » **Score 137**



8.1.3 Scorage inter spécialité

Exemple : Scorage de 4 actes réalisés pour deux spécialités :



Utilisation de 3 types de binômes pour créer des passerelles :

Libellé commun : Une seule valeur sur l'échelle unique

Acte-lien : Valeur proche pour ces 2 actes

%-lien : Travail de l'anesthésie proche de 75 % du travail de chirurgie.

Nous souhaitons que ce document pourra vous être utile lors de vos premières utilisations de la CCAM.

P - 10