

Monsieur Jean DEBEAUPUIS

Directeur Général

Direction Générale de l'Offre de Soins

14 avenue Duquesne

75350 PARIS SP 07

Paris, le 21 avril 2015

Nos réf. : 15-080/FHF/ FHP-MCO/FEHAP/UNICANCER/SOFIMe

Objet : CCAM descriptive

Monsieur le Directeur Général,

Par la présente nous vous faisons part des difficultés techniques rencontrées par les établissements et vous demandons de surseoir à la mise en œuvre de la dualité entre la CCAM descriptive de l'ATIH et la CCAM tarifante de l'Assurance Maladie pour 2015.

Nous apprécions et approuvons l'objectif de la CCAM descriptive qui est de disposer d'une plus grande souplesse pour introduire des actes validés par la HAS mais non encore intégrés par la procédure de publication via l'UNICAM pour décrire au mieux l'activité médicale mais les modalités techniques adoptées pour servir cet objectif posent des difficultés rédhibitoires aux établissements.

Conceptuellement, 1 seule CCAM déclinées en 2 formats différents

La CCAM est née après plusieurs années de travail pour rapprocher la partie descriptive portée par le CdAM et la partie tarifante portée par la NGAP. Cette classification COMMUNE était très attendue par les professionnels de l'hospitalisation française car elle était porteuse de cohérence et de simplification. Elle était une avancée importante pour les systèmes d'information de santé français. S'il était attendu par tous une amélioration des délais et modalités d'inscription de nouveaux actes dans le dispositif T2A, aucun acteur ne souhaitait que cela aboutisse de facto à gérer à nouveau 2 catalogues ou nomenclatures, à formats différents (7 et 10 caractères) et qui évolueraient de manière plus ou moins synchrones mais avec des impacts divergents.

Cette mesure représente pour le secteur de l'hospitalisation une régression très importante. Elle est significative de l'absence de concertation avec la médecine hospitalière, et plus globalement de l'exclusion de celle-ci de la gestion et des travaux d'évolution de la CCAM.

Techniquement, la solution adoptée ne peut pas être gérée dans les établissements :

Nous nous attendions à une version descriptive complémentaire, cohérente et emboîtée dans la version de référence, utilisée pour la tarification de la T2A et des actes médicaux (FIDES, honoraires), ce qui permettait de gérer un recueil unique dans les établissements. Mais le choix d'une version

d'emblée nécessaire pour la tarification des séjours mais incompatible avec la facturation des actes (FIDES/actes externes, honoraires) est ingérable pour les établissements (la version descriptive est nécessaire au groupage en GHS, et pour la facturation des suppléments REA, ou SRC). Au-delà de la faisabilité pratique et la complexification des recommandations de codage, cela signifie qu'il n'est plus possible de faire un recueil unique et d'utiliser une seule des deux nomenclatures sans engendrer des anomalies de facturation, pour la T2A comme pour les honoraires.

En termes de gestion de référentiel :

La CCAM sert aujourd'hui simultanément les deux objectifs de facturation des actes médicaux (honoraires des praticiens libéraux, actes et consultations externes en FIDES) et de facturation T2A des séjours (classement GHM, calculs de suppléments journaliers REA, SRC et exonération du TM) :

La saisie des codes CCAM est généralement effectuée par le professionnel qui réalise un acte médico-technique. Il utilise pour cela un outil logiciel métier, lequel distribue ensuite les informations saisies, d'une part au moteur de facturation et d'autre part au groupeur PMSI (codes actes, phase, activité, modificateurs, extensions documentaires, ...).

L'introduction de deux CCAM modifie les règles de distribution des informations saisies ; les 2 objectifs cités ci-dessus ayant dorénavant, malgré un recouvrement partiel initial des deux classifications, des règles de codage, des libellés et des codes potentiellement différents.

Notons en particulier que :

- la partie descriptive ne devra pas être transmise au moteur de facturation mais est nécessaire pour la facturation des suppléments journaliers et de certains GHS,
- certains actes ne seront pas pris en compte (actes en 800),
- l'ATIH n'annonce pas de règles de gestion permettant aux établissements d'anticiper les évolutions,
- l'ATIH ne présente pas de dispositif de synchronisation des évolutions apportées par l'Assurance Maladie.

En termes de recommandations de codage :

Aucune garantie n'est à ce jour donnée sur la cohérence des règles d'utilisation des codes des deux CCAM (tarifante et descriptive) et son maintien dans le temps.

A titre d'exemple, la situation introduite par la suppression de l'acte de pose d'un ballonnet intragastrique pour obésité morbide, par oeso-gastro-duodéoscopie du fait d'un avis HAS négatif, alors que l'Assurance Maladie l'a conservé.

A l'inverse, l'absence d'informations sur les GHM qui seront obtenus par les actes de la CCAM descriptive n'existant pas dans la CCAM-Assurance Maladie posera un problème important aux établissements de santé.

Enfin et surtout, les règles fondant le codage de la CCAM : acte global, activité, bilatéralité, modificateurs, extension tarifante, s'appliquent-elles à la fois aux actes de la CCAM descriptive et à celle de la CCAM tarifante ?

Financièrement c'est une mesure très coûteuse pour tous les établissements de santé :

Les établissements de santé se retournent vers leurs éditeurs de logiciels médicaux pour leur demander les évolutions nécessaires pour mettre en œuvre cette mesure 2015. Outre le temps nécessaire pour chacun d'entre eux aux développements (format de recueil passant de 7 à 10

caractères, gestion distinctes de 2 référentiels l'un passant de 7 à 10 caractères, l'autre restant inchangé, fonctionnalités de saisie permettant la prise en compte des extensions descriptives), les établissements devront tester ces nouvelles fonctionnalités, former les professionnels et modifier les outils de suivi et autres tableaux de bord.

Dans chaque système d'information ce sont tous les logiciels médico-techniques qui sont concernés :

outils dédiés de saisie d'actes, logiciels de blocs opératoires, dossier informatisé d'anesthésie, logiciels d'imagerie médicale, logiciels des SAU (services d'accueil et d'urgences), logiciels d'exploration fonctionnelle, logiciels de réanimation, chaînes de facturation médicale, infocentres, SIAD ...

Ceci aura évidemment pour les établissements de santé un coût considérable au moment même où il leur est demandé d'accentuer les économies qu'ils doivent réaliser pour soutenir l'effort national de redressement des comptes.

En conclusion, si l'ensemble des professionnels et des fédérations étaient demandeurs depuis de nombreuses années d'une solution pour plus de souplesse afin de libérer l'évolutivité du caractère « descriptif » (qui était, rappelons-le, un des axes fondateurs de la CCAM) au dépens de son caractère « commun », nous constatons que ce caractère essentiel (l'unicité) disparaît avec la solution technique retenue aujourd'hui. A ce stade cette solution complique considérablement les travaux de tous les acteurs du domaine de l'hospitalisation française (éditeurs de logiciels et établissements de santé).

Les mises à jour nécessaires auraient pu être intégrées dans la CCAM commune, le format NX permettant dès lors d'enrichir les notes nécessaires à l'utilisation des consignes de codage.

Nous vous demandons de sursoir à cette mise en œuvre qui serait lourdement préjudiciable à nos établissements de santé et aux systèmes d'information de santé, le temps de trouver des modalités techniques mieux adaptées.

Nous demandons par ailleurs que les médecins hospitaliers soient désormais intégrés à la gestion de la CCAM et de ses évolutions.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.



Gabriel NISAND
Président
SOFIME



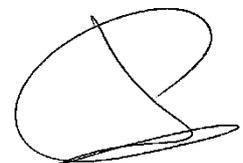
Yves-Jean DUPUIS
Directeur Général
FEHAP



Gérard VINCENT
Délégué Général
FHF



Pascale FLAMANT
Déléguée Générale
UNICANCER



Thierry BECHU
Délégué Général
FHP-MCO

Copie : M. Holla Housseyni, Directeur, ATIH
M. Nicolas Revel, Directeur Général, CNAM
M. Régis Senegou, Président, LESISS
M. Philippe Burnel, Délégué, DSSIS