

CCAM : - REGLES D'APPLICATION POUR LA TARIFICATION

1) Acte global

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global.

Chaque libellé décrit un acte complet et comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément au descriptif de cet acte dans la CCAM.

L'acte global peut être :

- un acte isolé, *i.e.* un acte qui peut être réalisé de manière indépendante,
- une procédure, *i.e.* un regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

Pour un acte donné, une ou plusieurs activités peuvent être identifiées par un code activité. A chaque activité correspond un tarif qui ne peut être facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins concourent à la réalisation de cette activité.

Lorsqu'une procédure est identifiée dans la CCAM, les actes isolés qui la composent ne peuvent être facturés dans la même journée, même s'ils sont réalisés par des médecins différents.

Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes réalisés en plusieurs phases. Dans ce cas, chaque phase est décrite de manière distincte. A chaque phase correspond un tarif facturé le jour de sa réalisation.

Un geste complémentaire peut être associé à un acte global. Il s'agit d'un geste facultatif qui ne peut être réalisé de manière indépendante. Les gestes complémentaires autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés et donnent lieu à un codage et une facturation.

Pour les actes "chirurgicaux" ou "interventionnels/invasifs", l'honoraire recouvre :

- la période pré-interventionnelle (en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication) ;
- la période per-interventionnelle ;
- la période post-interventionnelle et, ce, pendant une période de 15 jours après la réalisation de l'acte pour un suivi "habituel", hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non. Toutefois, si après la sortie du patient de l'établissement, le médecin confie le suivi post-interventionnel à un autre praticien, ce dernier pourra facturer les actes qu'il pratique.

Consensus sur la notion d'acte global.

2) Les modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte et/ou pour sa valorisation. Les modificateurs autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés. Ils s'appliquent à une liste précise d'actes excluant ceux pour lesquels ils sont implicites ou interdits.

Pour un même acte, quatre modificateurs peuvent être codés mais seulement deux peuvent être tarifés.

Les modificateurs retenus et les taux de majoration des tarifs correspondants sont :

- ◆ **"urgence"** (nocturne, dimanche et jours fériés) : acte non prévu 8 heures auparavant, réalisé entre 20 heures et 8 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
 - pour les actes en urgence implicite¹11%
 - pour les actes non en urgence implicite.....32%

Les horaires retenus pour la définition de l'urgence devront être équivalents à ceux définis dans le cadre de la permanence des soins.
- ◆ **"ASA ≥ 3"** pour les actes d'anesthésie.....20%
- ◆ **"âge"** :
 - pour les actes dits "chirurgicaux", les actes d'anesthésie "habituelle" et de réanimation :
 - ≤ à 28 jours.....40%
 - > à 28 jours et < à 3 ans.....23%
 - pour les actes dits "médicaux" et les actes d'anesthésie "complémentaire"
 - < à 5 ans.....17%
 - pour tous les actes
 - > 80 ans.....20%

(non cumulable avec le modificateur ASA ≥ 3)
- ◆ **"antécédent d'intervention chirurgicale"** pour les actes chirurgicaux à visée thérapeutique par abord direct ou par accès endoscopique transpariétal sur un site précédemment opéré par abord direct, depuis plus de 20 jours, ayant subi des modifications tissulaires entraînant un allongement de la durée opératoire de plus de 30%30%
- ◆ **"indice de masse corporelle ≥ 35 kg/m²"** pour les actes chirurgicaux par cervicotomie, par laparotomie, par lombotomie ou par abord direct sur la hanche.....30%
- ◆ **"bilatéral"** :
 - même mode d'accès ou même technique.....40 %
 - modes d'accès différents (ou en l'absence de mode d'accès, techniques différentes)75 %
 - actes d'anesthésie (pour acte bilatéral).....40 %

Deux modificateurs n'ont pas été retenus : "polydéficience" et "antécédent de radiothérapie".

Consensus sur les modificateurs et sur la demande des syndicats d'étudier, dans le cadre de la **maintenance**, l'urgence diurne.

Observation des syndicats : application du modificateur "urgence" à partir du samedi 12h, dans le cadre de la permanence des soins.

¹ On entend par actes en urgence implicite, les actes qui sont réalisés en urgence pour le patient habituel et dont le score intègre cette notion.

3) Les associations

L'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient par le même médecin.

L'association d'actes entraîne une minoration de la valeur des actes associés à l'acte principal (acte dont le tarif est le plus élevé). Les taux d'association sont différents selon que les actes associés sont pratiqués ou non, par le même mode d'accès ou la même technique ou selon qu'il s'agit d'actes d'anesthésie ou d'actes de traitement de polytraumatisme (association lésionnelle traumatique grave viscérale et/ou encéphalique avec ou sans lésion orthopédique mettant en jeu le pronostic vital).

Les taux d'associations retenus sont :

- même mode d'accès ou même technique 40 %
- modes d'accès différents, ou en l'absence de mode d'accès, techniques différentes 75 %
- pour les actes d'anesthésie 40 %
- pour les actes de traitement de polytraumatisme 75 %
- pour les gestes complémentaires 100 %

La règle d'association est la suivante : l'acte dont le tarif est le plus élevé (acte principal) est facturé à 100 % de son tarif, le deuxième à 40 % ou 75 % de son tarif et le troisième à 40 % ou 75 % de son tarif, selon leur nature par rapport à l'acte principal.

Il n'est pas possible de facturer une association de plus de 3 actes, y compris les gestes complémentaires éventuels, à l'exception :

- des interventions pour polytraumatismes ou traumatismes multiples y compris pour les actes effectués sur la main,
- des actes réalisés dans une unité de réanimation².

Dans ces cas là, le taux d'association est de 75 % pour le 2^{ème} acte et les actes suivants.

Lorsqu'il s'agit d'une association avec un geste complémentaire, celui-ci peut être codé et tarifé par un médecin différent de celui qui a réalisé l'acte. Dans tous les cas, il est facturé à taux plein.

Si pour des raisons médicales, et en dehors des actes réalisés dans une unité de réanimation, un médecin réalise des actes à des moments différents (non continus) de la même journée, et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier du patient, tenu à la disposition du service médical.

Cas particuliers

- **Associations d'actes cliniques et d'actes techniques**

En attendant la mise en œuvre de la CCAM clinique, les règles de la NGAP continuent de s'appliquer. Les actes techniques ne se cumulent pas avec les actes cliniques (consultations, visites, honoraires de surveillance, actes cliniques cotés en K) lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps, par le même médecin, sauf exceptions prévues à l'article 11A des Dispositions générales de la NGAP : cumul d'une radiographie pulmonaire avec une consultation pour les pneumologues, cumul de l'ECG avec une consultation ou une visite et consultation avant une intervention chirurgicale pratiquée en urgence.

Réserve des syndicats sur le non cumul d'une consultation avec un acte d'ostéodensitométrie ou de gazométrie artérielle (cf. *supra*).

² telle que définie dans le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002.

- Associations d'actes techniques CCAM et d'actes techniques NGAP

Certains actes techniques réalisés par des médecins et par des chirurgiens-dentistes, des sages femmes ou des auxiliaires médicaux demeurent inscrits en NGAP. Lorsqu'un médecin réalise un de ces actes, dans le même temps qu'un acte technique CCAM, ce sont les règles de la NGAP qui s'appliquent.

Consensus de la majorité des membres du Comité de pilotage sur les associations.

Observation de la CSMF : maintien de sa demande d'un taux d'association pour "même mode d'accès ou même technique" de 50 % au lieu de 40 %.

De plus elle souhaite, dans le cadre de la maintenance, que les associations fréquentes soient inscrites sous forme de procédures.

4) Actes incompatibles

Les règles de construction de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités entre les actes. Ces incompatibilités sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il s'agit en particulier de l'impossibilité d'associer :

- des actes composant une procédure,
- un acte incluant un autre acte et ce dernier,
- un acte comportant la mention « avec ou sans » un autre acte, et ce dernier,
- des actes identiques³, sauf pour les actes réalisés sur la main et pour les anesthésies complémentaires,
- un acte diagnostique et un acte thérapeutique réalisés sur un même site anatomique avec un accès identique.

Consensus sur les incompatibilités.

IV - FIXATION DU CHAMP CCAM *versus* NGAP

La CCAM comprend l'ensemble des actes techniques effectués par les médecins.

Les dispositions ou les **actes qui continuent à relever de la NGAP** sont les suivants.

- L'ensemble des actes cliniques : C, CALD, FPE, Forfait thermal, CS, CSC, FP, CNPSY V, VS, VNPSY, les honoraires de surveillance.
- L'ensemble des majorations existantes dans la NGAP (Dispositions générales) :
 - majorations nuit, dimanche et jours fériés pour les actes maintenus en NGAP
 - majorations liées aux actes cliniques :
 - majorations de déplacement (MD - MDE - MDN - MDI - MDD)
 - majoration d'urgence (MU)
 - majorations provisoires cliniciens (MPC)
 - majorations actes techniques :
 - pour soins d'urgence pratiqués au cabinet par un médecin généraliste (K14)
 - pour soins au cabinet d'un médecin de montagne (K6)
- Les majorations pour des actes liés à un accouchement (titre XI - chap II) :
 - majoration astreinte opérationnelle (MA)

³ Actes identiques : actes décrits par le même libellé dans la CCAM et repérés par le même code principal à sept caractères, mettant en jeu une même action, selon le même mode d'accès et la même méthode si le libellé les précise, même s'ils ne sont pas médicalement strictement semblables en raison de variations topographiques, techniques...

- majoration garde sur place (MG)
- L'acte d'urgence K 25 (titre XV - chapitre I).
- Les actes cliniques cotés en K :
 - "prise en charge diagnostique et thérapeutique... d'une lésion ostéo-articulaire (titre I - chap IV)
 - "certificat d'internement et séances de psychothérapie de groupe" (titre XIII - chap. II),
 - "assistance pédiatrique avant la naissance...", "mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né...", "forfait de surveillance d'un nouveau né en unité de néonatalogie..." (titre XI - chap. II),
 - "bilan ostéo-articulaire..." et "bilan musculaire..." (titre XIV - chap. I, sec. 1).
- Les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse

A l'issue de la réunion du 9 mars 2004 entre les représentants des professionnels, la mission NGAP de la CNAMTS, l'ATIH et le PN, il a été consensuellement proposé de retenir, en attendant la CCAM clinique, une nomenclature provisoire de chimiothérapie anti-cancéreuse en NGAP fondée sur une rémunération forfaitaire selon 2 types de forfaits :

 - l'un correspond à l'élaboration du protocole,
 - l'autre à la prescription et au suivi de cures de chimiothérapie anti-cancéreuse ambulatoire en établissement.
- Les actes dentaires (titre III - chap IV, V, VI, VII, VIII) :
 - les actes réalisables par les chirurgiens-dentistes et les stomatologues restent en NGAP pour ces deux professions jusqu'à leur intégration à la CCAM ; quand ces actes sont réalisés en établissement avec anesthésie générale, les actes chirurgicaux sont facturés en NGAP *et les anesthésies correspondantes en CCAM* ;
 - *les actes réalisables uniquement par les stomatologues (actuellement réalisés en KCC) sont à la CCAM.*
- Les actes de radiographies dentaires (3^{ème} partie, chap II, art.3) :
 - les actes réalisables par les chirurgiens-dentistes et les stomatologues restent en NGAP pour ces deux professions ;
 - *ces mêmes actes, réalisables par les radiologues, sont également à la CCAM et sont facturés en CCAM par les radiologues.*
- Les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux :
 - les actes de rééducation de la voix, du langage et de la parole (titre IV - chap II art. 2),
 - les actes de rééducation (titre XIV),
 - les soins infirmiers (titre XVI).
- L'ensemble des pratiques médicales complémentaires réalisées par les médecins thermalistes (titre XV - chap. IV, art. 3).
- Les actes de pédicurie (titre XII, chap II, art. 3)
- Les actes d'anatomocytopathologie resteront provisoirement à la NGAP jusqu'à leur intégration à la CCAM.
- Les actes des sages femmes et des auxiliaires médicaux resteront à la NGAP jusqu'à la mise en œuvre de la Classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS).

Les médecins biologistes utiliseront les cotations inscrites à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), qui sont identiques à celles de la NGAP, pour leurs prélèvements avec leur propre lettre clé.

