

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

COMMUNICATION 2005 :

ADAPTATIONS POUR UNE CCAM TRANSITOIRE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	3
2. LISTE DES ADAPTATIONS DE LA CCAM 2005.....	5
<u>2.1</u> <u>CODE NON UTILISÉ : SUPPLÉMENT DE CHARGES EN CABINET (ART. I-3 : CODAGE)</u>	5
<u>2.2</u> <u>CHANGEMENT DE VOCABULAIRE :</u>	5
2.2.1 <i>Remboursement exceptionnel et entente préalable (art. I-4 : prise en charge)</i>	5
2.2.2 <i>Les gestes complémentaires (art. I-6 : acte global)</i>	6
<u>2.3</u> <u>CAS PARTICULIER DE L'ANESTHÉSIE (ART. I-7 : ACTES D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION)</u>	6
<u>2.4</u> <u>RÈGLES D'ASSOCIATION</u>	8
<u>2.5</u> <u>MODIFICATEURS (ARTICLE III-2 ET ANNEXE 1 DU LIVRE III)</u>	12
3. ANNEXE 1 : VALEURS EN EURO ET POURCENTAGES DES MODIFICATEURS.....	13

1. Introduction

La Classification Commune des Actes Médicaux est la liste des actes médicaux techniques, codée, commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale. La liste établie par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Livre II de la décision du 11 mars 2005) est la liste des actes de la CCAM pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. Elle remplace la NGAP pour tous les actes relevant de son champ d'application. Les dispositions générales qui s'y appliquent sont décrites dans les livres I et III de la décision de l'UNCAM, correspondant respectivement aux Dispositions générales et Dispositions diverses. Par commodité, on les appellera DGDD dans le reste du document.

Continuent à relever des dispositions de la NGAP :

- les actes des anatomo-cytopathologistes,
- les actes de prélèvement des médecins biologistes,
- les actes de pratique thermale,
- les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse,
- les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux,
- les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes,
- les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux,
- les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités tels que les radiographies dentaires, lorsqu'ils sont réalisés par des médecins stomatologistes.

L'objectif de cette communication est :

- d'une part, de présenter les adaptations transitoires de cette classification qui reprennent des dispositions tarifaires de la NGAP,
- d'autre part de faciliter son application notamment dans les progiciels médicaux.

Seuls les textes réglementaires reprenant les DGDD de la CCAM publiés au Journal officiel s'imposent au médecin. Leur traduction dans les progiciels médicaux constitue uniquement une aide à la codification et à la tarification, et n'est pas exhaustive.

Il appartient donc au médecin de vérifier la conformité de la tarification qu'il pratique à la réglementation.

Les progiciels disponibles à ce jour sur le marché disposent d'ores et déjà des fonctionnalités de la CCAM. Seule la mise à jour des données est nécessaire pour l'application de la CCAM 2005.

La base CCAM :

La base informatique contient l'ensemble des actes de la CCAM qui se répartissent en 4 familles¹ :

- pris en charge et remboursables,
- pris en charge mais non affectés d'un honoraire, par exemple actes pris en charge sous forme de forfaits ou pris en charge uniquement en secteur public
- pris en charge et remboursables sous conditions, par exemple actes remboursables s'il s'agit de réparation d'un traumatisme mais non remboursables s'il s'agit d'esthétique
- non pris en charge

Dans la base, le champ « admission au remboursement » permet de distinguer parmi les actes affectés d'un tarif, les actes :

- pris en charge et remboursables, de type 1
- pris en charge et remboursables sous conditions, de type 3

Tous les actes sans tarif, qu'ils soient pris en charge mais non affectés d'un honoraire ou non pris en charge, sont de type 2.

Dans la décision de l'UNCAM, seuls figurent les actes pris en charge et remboursables. L'avenant conventionnel qui fixe les tarifs des actes ne reprend que les actes pris en charge et remboursables affectés d'un honoraire.

¹ Ces 4 familles d'actes sont codés dans le champ « conditions générales ».

2. Liste des adaptations de la CCAM 2005

La première étape de mise en œuvre de la CCAM maintient un certain nombre d'actes à leur valeur antérieure. Les DGDD ont été établies à partir des dispositions de la NGAP et ont été adaptées pour en permettre le codage. Ainsi, les majorations liées aux actes techniques ont été transcrites sous forme de « modificateurs ».

Dans certains cas, il n'a pas été possible d'établir une correspondance entre les libellés de la NGAP et ceux de la CCAM ou de transcrire une disposition tarifaire particulière (par exemple le supplément pour numérisation en radiologie). **Un chapitre transitoire (chapitre 19)** intègre les cas où cette correspondance n'a pu être établie. Par exemple, la réanimation sera rémunérée sous la forme de forfaits facturés par patient, par 24h, par médecin, et non à partir des actes de suppléance ou de surveillance dont les codes et libellés figurent dans la CCAM descriptive. En revanche, ces actes peuvent être codés pour permettre la description fine de l'activité.

De même, la description en CCAM des séances d'irradiation en radiothérapie n'était pas compatible avec la rémunération de la NGAP. Des libellés spécifiques ont donc été créés dans le chapitre 19, ainsi que des modificateurs spécifiques pour permettre de coder et facturer ces actes en CCAM transitoire. Pour le chapitre 19, les codes des actes sont particuliers : les 4 premiers caractères sont « YYYY ».

2.1 Code non utilisé : supplément de charges en cabinet (art. I-3 : codage)²

La notion de supplément de charges en cabinet n'est pas retenue dans les DGDD 2005.

Les médecins n'ont donc pas à demander sa prise en compte sur la facture.

Aucune adaptation des progiciels n'est à prévoir.

Le concept reste cependant présent dans la base CCAM. Pour chaque acte ce supplément est valorisé à zéro euro.

2.2 Changement de vocabulaire :

2.2.1 Remboursement exceptionnel et entente préalable (art. I-4 : prise en charge)

> Remboursement exceptionnel

La notion d'acte « remboursable selon circonstances » est renommée acte « remboursable sous conditions » dans les DGDD 2005. Ces actes sont repérés dans la base et dans la liste des actes publiée.

Ce changement de vocabulaire ne modifie pas la liste de ces actes déjà identifiés sous cette notion, ni leur mode de facturation. Pour les actes en question, lorsque les conditions sont vérifiées, le médecin doit mentionner le code "remboursement exceptionnel" sur la feuille de soins. Pour la feuille de soins papier, le code « remboursement exceptionnel » se note "x" dans la zone "éléments de tarification CCAM".

> Entente préalable

La notion « entente préalable » est renommée « accord préalable » dans les DGDD 2005.

Les actes soumis à accord préalable sont identifiés dans la base CCAM et dans la liste des actes publiée, comme prévu initialement.

² Les articles font référence aux DGDD de la CCAM

2.2.2 Les gestes complémentaires (art. I-6 : acte global)

Certains actes ne peuvent pas être facturés isolément.

Ils figurent soit au chapitre 18, soit au chapitre 19. Il s'agit soit de gestes complémentaires, soit de suppléments. Ils sont identifiés dans la base CCAM.

> Les gestes complémentaires :

Ils accompagnent nécessairement un autre acte, ils ne peuvent pas être réalisés seuls. Cependant il est possible de réaliser l'acte principal sans l'accompagner de geste complémentaire. Ces gestes complémentaires sont décrits au chapitre 18 de la nomenclature CCAM.

Exemple : surveillance EEG per-opératoire (AAQP004)

> Les suppléments de rémunération :

Ces actes ne peuvent pas être facturés seuls. Ces actes sont décrits au chapitre 19. Les 4 premiers caractères de leur code CCAM sont toujours YYYY.

Exemple : supplément pour injection per-opératoire de produit de contraste dans les voies bilio-pancréatiques (YYYY400).

Par ailleurs, lorsqu'un geste complémentaire ou un supplément est associé à un autre acte (association de 2 actes), il s'agit nécessairement d'une association répertoriée : le médecin n'a pas à renseigner sur la facture les codes associations pour ces deux actes.

2.3 Cas particulier de l'anesthésie (art. I-7 : actes d'anesthésie réanimation)

Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par un code activité spécifique d'anesthésie-réanimation (activité 4), il est possible de coder la réalisation d'une anesthésie si elle est indiquée en regard de l'acte. Cinq libellés d'anesthésie sont prévus et décrits dans le chapitre 18 de la CCAM. Ils comportent un code principal chacun et une activité 4 à laquelle correspond le tarif.

Il s'agit des actes suivants :

- quatre libellés d'anesthésie générale ou locorégionale (niveaux 1 à 4)

ATTENTION : ces 4 actes sont des actes isolés et non pas des actes complémentaires au sens de la base CCAM, bien qu'ils soient libellés « complémentaire d'un acte » dans la nomenclature.

En conséquence, quand ils sont associés à un autre acte d'anesthésie, ils subissent la règle d'abattement pour association.

- anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (péridurale)

Cette anesthésie ne peut être associée à aucune autre anesthésie

Plusieurs cas de figure sont possibles :

- **Cas n°1** : le geste d'anesthésie est décrit par l'acte principal, avec un code activité 4

Acte	Activité	Médecin
Acte A : acte principal activité de chirurgie	1	Chirurgien
Acte A : acte principal activité d'anesthésie	4	Anesthésiste

- **Cas n°2** : le geste d'anesthésie n'est pas décrit par l'acte principal : un des 5 gestes d'anesthésie du chapitre 18 est utilisé.

Acte	Activité	Médecin
Acte A « accouchement » : acte principal activité de chirurgie	1	Chirurgien
Acte B : anesthésie péridurale	4	Anesthésiste

- **Cas n°3** : Association de 2 actes pour lesquels les gestes d'anesthésie sont décrits par les actes principaux avec une activité 4

Acte	Activité	Médecin	Réduction pour association	
Acte A : activité de chirurgie du premier acte	1	Chirurgien	Non car acte de prix le plus élevé	100%
Acte B : activité de chirurgie du second acte	1	Chirurgien	Oui car associé à l'acte A	50%
Acte A : activité d'anesthésie du premier acte	4	Anesthésiste	Non car acte de prix le plus élevé	100%
Acte B : activité d'anesthésie du second acte	4	Anesthésiste	Oui car associé à l'acte A	50%

- **Cas n°4** : Association de 2 actes pour lesquels l'un des 2 gestes d'anesthésie est décrit par l'acte principal avec un code activité 4 et l'autre par un code spécifique (geste d'anesthésie du chapitre 18).

Acte	Activité	Médecin	Réduction pour association	
Acte A : activité de chirurgie du premier acte	1	Chirurgien	Non car acte de prix le plus élevé	100%
Acte B : activité de chirurgie du second acte	1	Chirurgien	Oui car associé à l'acte A	50%
Acte A : activité d'anesthésie du premier acte	4	Anesthésiste	Non car acte de prix le plus élevé	100%
Acte C : anesthésie générale ou loco-régionale de niveau 1	4	Anesthésiste	Oui car associé à l'acte A	50%

2.4 Règles d'association

A la mise en place de la CCAM 2005, la majorité des associations sont des associations non répertoriées.

De ce fait, le médecin est tenu, dans la majorité des cas, de renseigner, pour chaque acte de la facture, le code association.

Signification des codes association :

Rappel : Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes.

Les valeurs de code association initialement envisagées correspondaient aux significations suivantes :

- 1 : association non prévue même voie ou même technique
- 2 : association non prévue voie différente ou technique différente
- 3 : poly-traumatismes ou traumatismes multiples
- 4 : anesthésie

Ces valeurs ont été modifiées pour permettre une application des règles NGAP.

Dans le cas d'associations non répertoriées, à présent, le code indique la règle qui s'applique :

- | | |
|---|---------|
| 1 : acte de tarif le plus élevé non réduit | -->100% |
| 2 : acte réduit | --> 50% |
| 3 : acte réduit | --> 75% |
| 4 : actes spécifiques non réduits | -->100% |
| 5 : actes non réduits car réalisés au cours d'une même journée, dans certains cas | -->100% |

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec les DGDD. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels quand ils sont en pourcentage ; ce pourcentage ne s'applique pas aux modificateurs en montant forfaitaire (urgence, par exemple).

Certaines valeurs du code association doivent être identiques sur tous les actes d'une même association non répertoriée. Il s'agit des valeurs 4 et 5. Tous les actes de l'association portent le code 4 ou le code 5.

Les autres valeurs (1, 2 ou 3) peuvent être combinées sur les actes d'une même association. Dans ce cas, le code association de l'acte de prix le plus fort est égal à 1, ainsi que ceux des autres actes à taux plein : gestes complémentaires, suppléments ou autres actes décrits au paragraphe 4 du présent document (radios...).

☞ CAS GENERAL : l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, **le second est tarifé à 50%** de sa valeur ; à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Les suppléments éventuels peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Application :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. Il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle (chapitre 19/01.09.02).

Application :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	Ne rien coder	100%
2 ^{ème} acte = Geste complémentaire ou supplément	Ne rien coder	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	Ne rien coder	100%

☞ PAR DEROGATION A CES DISPOSITIONS :

1 – Dans certains cas, **l'association de deux actes au plus**, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, **le second est tarifé à 75 %** de sa valeur. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein. Les suppléments éventuels peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Cette règle s'applique aux actes de chirurgie portant sur : des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre.

Application :

règle	code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. Il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle (chapitre 19/01.09.02).

Application :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	Ne rien coder	100%
2 ^{ème} acte = Geste complémentaire ou supplément	Ne rien coder	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	Ne rien coder	100%

2 - Dans certains cas, **l'association de trois actes au plus**, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, **le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur**. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein. Les suppléments éventuels peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Cette règle s'applique aux actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes.

Application :

Règle	code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%
Supplément ou geste complémentaire autorisé en plus des 3 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 3 codes dont 2 sont, soit des gestes complémentaires, soit des suppléments, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. Il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle (chapitre 19/01.09.02).

Application :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	Ne rien coder	100%
2 ^{ème} acte = Geste complémentaire ou supplément	Ne rien coder	100%
3 ^{ème} acte = Geste complémentaire ou supplément	Ne rien coder	100%
Supplément autorisé en plus des 3 actes	Ne rien coder	100%

3 - Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas là, deux actes au plus peuvent être tarifés à taux plein. Le code association est **4** pour chacun des actes. Si le libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être associé à aucun autre acte de scanographie.

4 - Dans certains cas, plusieurs actes peuvent être associés et tarifés à taux plein

Cette règle s'applique aux :

- actes de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
- actes de guidage radiologique ou scanographique associés à un autre acte ;
- actes d'électrodiagnostic de stimulation et d'électromyogramme, quel que soit le nombre d'actes ;
- actes d'irradiation en radiothérapie, quel que soit le nombre d'actes ;
- actes de médecine nucléaire ; dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés ;
- actes associables aux forfaits de cardiologie et de réanimation (chapitre 19) qui sont introduits par la note « coder éventuellement ».

Si ces actes sont associés entre eux, coder **4** pour chacun d'entre eux.

Si des actes décrits aux paragraphes précédents 1, 2 ou 3 sont associés avec des actes décrits au paragraphe 4, les premiers suivent les règles qui leur correspondent avec les codes adéquats ; pour les seconds, le code «4» est remplacé par le code «**1**».

5 - Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical. Il doit alors indiquer le code association 5 pour chaque acte.

2.5 Modificateurs (article III-2 et annexe 1 du livre III)

Rappel : Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Certains suppléments ou majorations NGAP ont été intégrés sous forme de modificateurs.

De ce fait,

- d'une part la liste des modificateurs est plus importante que celle initialement prévue,
- d'autre part il est à présent prévu que 4 modificateurs puissent être tarifants.

Les valeurs des modificateurs sont

- soit un pourcentage qui majore le tarif de l'acte,
- soit un montant forfaitaire qui s'ajoute au tarif de l'acte.

Les notions d'urgence et de jour férié de la NGAP sont reconduites. Elles correspondent aux modificateurs U, P ou S pour les urgences et F pour les jours fériés.

Exemple d'utilisation de 4 modificateurs : *une radio comparative du coude pour un enfant de 2 ans un jour férié.*

Les modificateurs utilisés sont :

- C : réalisation d'une radio comparative des membres
- E : enfant de moins de 5 ans en radiologie
- F : jour férié
- Z : modificateur pour un acte de radiologie réalisé par un radiologue

Les modificateurs sont codés en regard de chaque acte/activité.

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Dans le cas d'une association d'actes, un seul modificateur urgence (U, P, S ou F) peut-être facturé.

La liste des modificateurs prévus est en annexe 1 du présent document.

3. Annexe 1 : Valeurs en euro et pourcentages des modificateurs

Codes	Modificateurs	Valeurs
T	Acte bilatéral	50 %
M	Acte bilatéral de chirurgie sur les membres	75 %
R	Acte bilatéral de radiographie conventionnelle	100 %
C	Acte de radiographie comparative	40 %
U	Acte réalisé en urgence par les médecins autres que pédiatres et omnipraticiens, la nuit entre 20h et 08h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h et de 06h à 08h	35 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h	40 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	40 %
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an	25 %
G	Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans	25 %
G	Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans	25 %
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions	25 %
6	Intervention itérative sur les voies biliaires	25 %
6	Intervention itérative sur les voies urinaires	25 %
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions	20 %
8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires	20 %

Communication sur la CCAM 2005

8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires	20 %
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	20 %
J	Majoration transitoire de chirurgie	6,5%
K	Majoration forfait modulable, pour les chirurgiens exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant opté pour l'option de coordination	11,5%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste	4%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	20 %
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	21,8 %
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue	15,6 %
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	40 %
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	100 %
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	200 %
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	300 %
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	400 %