

Dr. Bruno STACH

(23/09/2014)

Présents : Drs. Yves DECALF, Bruno STACH, Christian Michel ARNAUD, José BRASSEUR, André CELERIER, Philippe CHALABREYSSE, Dominique ENGALENC, Philippe HOUCHE, Edouard LETELLIER, Alain MAC CALLUM, Milka MARAVIC, Jean Philippe MASSON, Eric PERCHICOT, Bruno PERROUTY, Georges REUTER, Yves VERHAEGHE, Pierre Etienne CAILLEUX.

Excusés : Drs. Patrick GASSER, Patrick ASSYAG, Jacques RIVOALLAN, Claude COHEN, Charles DZVIGA, César DALLOUL, Franck DEVULDER,

I. Présentation des Dispositions Générales de la CCAM (les points forts)

a. La CCAM ce sont trois livres et annexes :

- Le livre 1 : les Dispositions Générales,
- Le livre 2 : la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie (codes, libellés, modificateurs, gestes complémentaires, chapitre 19 passage NGAP CCAM)
- Le livre 3 : les Dispositions Diverses,
- Les Annexes du livre 3.

b. La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global (LIVRE 1 article I-6 des DG CCAM) :

- Un libellé décrit un acte diagnostique et/ou thérapeutique complet et achevé, dans le même temps d'intervention,
- Chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art. Sont implicitement regroupés tous les gestes nécessaires à son exécution,
- L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés,
- Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés.

c. Les associations d'actes :

- Ceci concerne la Réalisation de plusieurs actes différents, dans **le même temps**, pour le même patient, **par le même médecin**,
- 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**,
- Après avoir vérifié que les actes ne sont pas des actes qui ne peuvent être réalisés seuls : « complémentaires » ou « suppléments » de l'acte principal (dans la fiche de l'acte) car, dans ce cas, c'est 100 % pour l'acte complémentaire ou le supplément sans code spécial.

d. Règles générales pour les actes associés de la CCAM (Livre 3 article III-3 A) :

- Association de **deux actes** maximum dans le même temps :
 - le premier à 100 % : code : 1,
 - le second à 50 % : code : 2,
 - Exceptions dans certains cas : second acte à 75% le code est 3, second acte à 100% le code est 4, parfois troisième acte possible à 50% code 2, à 100% code 4,
- Association d'actes la même journée par le même médecin : elle est possible pour raisons médicales ou dans l'intérêt du patient : 100 % : code : 5 livre 3 article III-3 B-H
- Discussion sur les cas particuliers d'association d'actes de radiologie, d'échographie dont l'échographie obstétricale, de chirurgie de membres différents...

e. Association acte CCAM et Consultation (livre 3 article III-3 A) Pas de code d'association si association autorisée acte CCAM et NGAP :

- Cs (C2) + Radio thorax (100 %) pour Pneumos,
- Cs (C2) en clinique chirurgiens + intervention urgente (100 %),
- Cs (C2) + ECG (100 %),
- Cs (C2) + Ostéo densitométrie (100%) Rhumatos, Ré adaptateurs,
- Cs ou C + Echographie obstétricale (10 0%) (1 fois/trimestre) MG, Gynéco, Obstétricien,
- Cs (C2) + Biopsie (à 50 %) Dermatos MG,
- Cs (C2) ou C + Prélèvement cervico vaginal (à 50 %).

f. CCAM : les Modificateurs (Livre 1 I-9 et Livre 3 III-2 et annexe 1) :

- Un modificateur est une information qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte et/ou sa valorisation,
- le praticien pourra coder jusqu'à 4 modificateurs parmi la liste des modificateurs compatibles avec l'acte,
- à chaque code modificateur correspond une majoration du tarif de base,
- Les modificateurs prévus en CCAM ne s'appliquent pas aux actes restant en NGAP, de même les majorations NGAP ne sont pas applicables en CCAM,
- Rappel des 4 modificateurs cible annexe 6 du livre 3 (X, I, 9 et O) suite au CAS : ces modificateurs n'existeront plus après la dernière actualisation prévue en Janvier 2015.

g. La prise en charge (Livre 1 article I-4 et I-5) :

- Remboursement sous conditions :
 - Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin porte le code remboursement exceptionnel «X» sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.
- Accord préalable, actes soumis à cette formalité **AP** :
 - le patient est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée par le médecin qui doit dispenser l'acte. Lorsque les honoraires sont réglés directement aux médecins, la demande d'accord préalable est adressée au contrôle médical par le médecin. L'absence de réponse dans les 15 jours = accord,

- **discussion sur la nouvelle décision du 24 Juin 2014 : article L. 315-2 du code de la sécurité sociale**
- Compte rendu :
 - Chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé,
- Remboursement pour pathologie inhabituelle **I-15** :
 - le médecin adresse au contrôle médical une demande écrite motivée. L'absence de réponse dans les 15 jours = accord.

h. Les notes d'utilisation (livre 1 I-13 H)

- Ces notes d'utilisation sont situées soit sous les libellés, si elles sont d'ordre particulier, soit en tête de chapitre ou de subdivision, si elles sont d'ordre général. Elles peuvent être :
 - **explicatives** : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision,
 - **indicatives** : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés,
 - **d'exclusion** : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives,
 - **de prise en charge** : conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation - conditions de facturation.

i. Le code de l'acte 7 caractères :

AB CD NNN 4 lettres et 3 chiffres

- AB = Topographie :
 - A = Codage du système,
 - B = Codage de l'organe ou de la fonction,
- CD = Action et Accès :
 - C = Action principale du libellé,
 - D = Accès ou technique utilisée,
- NNN compteur sans signification pour différencier les actes ayant le même code en 4 lettres.

j. Codage: les informations obligatoires :

- LE CODE PRINCIPAL de l'acte: **7 caractères** = description du libellé dans la CCAM,
- LE CODE PHASE : un caractère, uniquement en établissement (bordereau) = 0 (*zéro*), lorsqu'il n'y a qu'une phase. Il ne varie que lorsque l'acte comprend plusieurs étapes, souvent à des dates différentes (indiqué dans la CCAM),
- LE CODE ACTIVITE : 1 caractère de 1 à 5 identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins différents. Il est indiqué dans la CCAM :
 - = 1 pour le geste principal,
 - = 2 ou 3 pour les 2^{èmes} ou 3^{èmes} gestes éventuels d'autres médecins,
 - = 4 pour le geste d'anesthésie locale ou locorégionale,
 - = 5 pour la surveillance d'une CEC, par un médecin autre que le Chirurgien intervenant.
- Et ensuite si c'est le cas, les codes modificateur et association,

II. Cellule d'interprétation de la CHAP du 17 septembre 2014 :

Présentation et discussion de l'article 18.B : Acte ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (C2). Le projet est présenté à l'ensemble des participants ainsi que les corrections envisagées. Accord de l'ensemble des présents sur les modifications. Ce projet sera discuté en cellule d'interprétation de la CHAP le 17 septembre 2014 au matin.

III. ODJ de la CHAP du 17 septembre 2014 :

Il est prévu un vote pour l'inscription de trois actes d'occlusion de veines saphènes par injection intraveineuse de produit sclérosant avec guidage échographique (EJSF007, EJSF019, EJSF021) à la subdivision 04.04.03.08 « Occlusion de veine du membre inférieur ». Le Président du Syndicat National des Médecins Vasculaires, Docteur Bruno GUILBERT, et le Docteur André CELERIER ont rapporté les points essentiels à discuter avant le vote concernant ces actes.

Le deuxième point qui sera abordé portera sur les modifications de la liste des actes et prestations de deux actes de sclérose de veine du membre inférieur à la subdivision 04.04.03.08 « Occlusion de veine du membre inférieur » et de la note d'indication des deux actes d'injection de toxine botulique dans les muscles striés.

Les questions diverses porteront sur les travaux en cours de la HAS sur le traitement des symptômes du bas appareil urinaire liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate par laser et celui sur le réglage d'un système de stimulation cérébrale profonde.

IV. Questions diverses :

- Demande du Docteur Bruno PERROUTY pour que la cotation AAQP006 soit étendue à l'ensemble des EEG réalisés avec un appareil numérique et avec vidéo-EEG. Il y a actuellement un travail en cours à la HAS concernant ces actes,
- Actes de naso-fibroscopie : pas de nouvelles actuelles,
- Actes de Biologie moléculaire : faire une demande d'actes selon les modalités explicitées.

PROCHAINE REUNION U.ME.SPE.-CHAP N° 8
MERCREDI 10 DECEMBRE 2014 de 10h00 à 12h30
Salle du Conseil Confédéral