

CIRCULAIRE

CIR-25/2014

Document consultable dans Médi@m

Date :

24/12/2014

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Décision UNCAM du 9 septembre 2014 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) ; nouvelle version de la CCAM (V38)

Liens :

Cir-4/2014

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☐ CARSAT
☐ UGECAM ☒ CGSS ☒ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 a été publiée au Journal Officiel du 18 novembre 2014. Les mesures qu'elle contient concernent les médecins (2 actes d'injection de toxine botulique ; geste complémentaire du guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique de membre ; 2 actes d'occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence) et les chirurgiens-dentistes (modifications de la CCAM activité bucco-dentaire).

Une nouvelle base CCAM (version 38) est mise à disposition des éditeurs de logiciels selon le circuit en vigueur.

Ces mesures entrent en vigueur le 18 décembre 2014.

Mots clés :

CCAM ; V38 ; activité bucco-dentaire ; injection toxine botulique; guidage échographique anesthésie loco-régionale

Pour le Directeur Délégué
aux Opérations



Pierre PEIX

Pour la Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Philippe ULMANN

CIRCULAIRE : 25/2014

Date : 24/12/2014

Objet : Décision UNCAM du 9 septembre 2014 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) ; nouvelle version de la CCAM (V38)

Affaire suivie par :

Christine Vaulont – christine.vaulont@cnamts.fr

Dr Yves Allieux – yves.allieux@cnamts.fr

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 a été publiée au Journal Officiel du 18 novembre 2014. Les mesures de cette décision sont applicables le 18 décembre 2014. Ces mesures concernent les médecins et les chirurgiens-dentistes.

I – Actes d'injection de toxine botulique

I.1. Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale

Avant la décision UNCAM du 9 septembre 2014, l'acte d'«Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale par urétrocystoscopie» était inscrit à la CCAM sous le code JDLE900, avec la mention « non pris en charge ». Suite à l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 3 octobre 2012, il a été décidé de le tarifier.

Cet acte, réalisé en établissement de soins, ne s'adresse qu'aux patients atteints d'affection neurologique, traumatisme médullaire (paraplégie, tétraplégie) ou sclérose en plaque. Il ne peut être pratiqué que pour des patients utilisant l'autosondage.

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 garde le même libellé pour cet acte mais lui attribue un nouveau code **JDLE332**, au sein du Livre II de la LAP, à la subdivision 08.02.03.12 « Autres actes thérapeutiques sur la vessie ».

Son tarif est de 127,62 € et n'est pas différencié en fonction du secteur conventionnel/contrat du médecin qui le pratique.

La décision UNCAM, conformément aux préconisations de la HAS, précise dans la note d'indication de cet acte « traitement de l'incontinence urinaire par hyperactivité détrusorienne neurologique [HDN] de l'adulte, après échec d'un traitement médicamenteux anticholinergique, chez les patients blessés médullaires ou atteints de sclérose en plaques, utilisant l'autosondage comme mode mictionnel ».

Cet acte est remboursable **sous conditions (RC)**.

I.2 Injection de toxine botulique dans le creux axillaire

L'injection de toxine botulique est indiquée en cas de transpiration axillaire excessive, résistante aux traitements locaux et entraînant un retentissement psychologique et social important. C'est un acte réalisable en cabinet, mais le médicament « toxine botulique » relève d'une prescription hospitalière stricte, et ce **afin d'éviter les dérives de remboursement en matière de médecine esthétique**.

Compte tenu du coût du médicament, l'acte est tarifé en hôpital de jour, avec un GHS spécifique.

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 crée un nouvel acte au sein du Livre II de la LAP, à la subdivision 16.04.03 « Actes thérapeutiques sur les glandes sudoripares et sébacées ».

L'indication médicale de prise en charge est précisée en note d'indication : «Hyperhidrose axillaire sévère résistante aux traitements locaux et à l'origine d'un retentissement psychologique et social important chez l'enfant de plus de 12 ans et chez l'adulte», conformément à l'avis de la HAS.

Le tarif de cet acte est de 32,04 € et n'est pas différencié en fonction du secteur conventionnel/contrat du médecin qui le pratique.

Cet acte est **soumis à accord préalable**.

II – Guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique

Dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins, les parties signataires ont proposé d'inscrire « *sur la liste des actes et prestations l'acte d'échographie permettant le guidage dans le cadre d'une anesthésie loco-régionale périphérique* ».

L'anesthésie locorégionale (ALR) réalise un blocage réversible de la conduction de l'influx nerveux grâce à l'utilisation d'anesthésiques locaux, permettant d'anesthésier une partie déterminée du corps. Le principe consiste à déposer l'anesthésique local à proximité du nerf à bloquer en évitant l'injection intra neurale, source de lésions et de séquelles nerveuses. Plusieurs techniques de repérage des nerfs sont utilisées, dont le guidage échographique qui permet la visualisation en temps réel de la réalisation du bloc nerveux périphérique

Suite au rapport d'évaluation technologique de la HAS de mars 2014, le geste complémentaire suivant est inscrit à la subdivision CCAM «18.02.17.03 Autres gestes complémentaires d'anesthésie» créée à cet effet :

CODE	LIBELLÉ	ACTIVITÉ	PHASE	REMBT. sous conditions	ACCORD préalable
	18.02.17.03 Autres gestes complémentaires d'anesthésie				
AHQJ021	Guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique de membre ou de la paroi abdominale <i>Facturation : ne peut pas être facturé pour :</i> - les anesthésies rachidiennes ; - les actes de prise en charge de la douleur chronique ; - les actes de pose de cathéter veineux. Anesthésie	1	0		
		4	0		

Cet acte est décrit et tarifé pour l'activité d'anesthésie-réanimation uniquement.

Les spécificités d'un geste complémentaire (concept défini afin de ne pas alourdir la description en CCAM¹) sont les suivantes :

- ✓ Seule dérogation reconnue au principe d'acte global en CCAM, un geste complémentaire n'est pas un acte global² mais un temps facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.
- ✓ Un geste complémentaire ne peut pas être réalisé seul : il est toujours codé en association avec un acte principal.

Ainsi, le geste complémentaire AHQJ021 doit uniquement être codé en plus de l'acte d'anesthésie principal concerné. Les règles de facturation pour l'association d'actes technique, y compris les gestes complémentaires, figurent à l'article III-3 B) de la LAP.

Il est important de noter qu'à l'instar du supplément YYYY041 pour récupération peropératoire de sang, ce nouveau geste complémentaire AHQJ021 n'est pas mentionné en regard de chacun des actes pour lesquels l'activité d'anesthésie réalisée peut justifier son codage. Cependant, le geste complémentaire AHQJ021 doit être codé dans le respect des dispositions de l'article I-7 « Anesthésie-Réanimation » du Livre Ier qui indique notamment dans son premier alinéa :

«L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.»

Ainsi, ce geste complémentaire ne doit être codé et pris en charge qu'en cas d'anesthésie locorégionale isolée, et non en cas de la réalisation pour un même acte principal d'une anesthésie générale et d'une anesthésie locorégionale.

Pour prendre en compte la dérogation au principe de mention des gestes complémentaires au Livre II et éviter une confusion avec le code YYYY028 de guidage échographique inscrit au Chapitre 19, des modifications ont été apportées aux livres I et III de la LAP.

¹ En l'absence du geste complémentaire, il serait nécessaire de décrire pour chaque situation médicale concernée, d'une part, un acte sans le geste complémentaire, et, d'autre part, un acte avec le geste complémentaire.

² cf. Article I-6 du Livre I de la liste des actes et prestations.

Le livre Ier est ainsi modifié :

- a) Le septième alinéa de l'article I-6 « Acte global » est modifié pour inscrire l'existence de dérogations au principe de mention des gestes complémentaires au Livre II ;
- b) Le quatrième alinéa de l'article I-7 « Anesthésie-réanimation » est modifié pour préciser les deux dérogations.

Le livre III est ainsi modifié :

- a) A l'article III-3 B) 2. « Dérogations », au paragraphe d), après les mots: « L'acte de guidage échographique », est inséré le code: « YYYY028 ».
- b) A l'annexe 2 « Règles d'association (article III-3 B du livre III) », au paragraphe d), après les mots: « L'acte de guidage échographique », est inséré le code: « YYYY028 ».

Le tarif de l'activité 4 de ce geste complémentaire est de 28,44 €.

III- Mesures diverses

III-I Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence : inscription de 2 nouveaux actes EJSF008 et EJSF032 et suppression de l'acte EJSF901

Un acte d'occlusion de varices par radiofréquence était inscrit à la CCAM mais n'était pas pris en charge. Il s'agissait de l'acte EJSF901 :

Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée,
Avec ou sans : guidage échographique, exérèse, ligature et/ou sclérose de veine variqueuse, ligature de veine perforante

Le 18 décembre 2013, le collège de la HAS a rendu un avis favorable à l'inscription à la LAP de l'acte d'occlusion de grande veine saphène par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée, selon les conditions énoncées dans le rapport d'évaluation technologique-actualisation du rapport de 2008 paru le même jour.

Ainsi, la décision UNCAM du 9 septembre 2014 crée 2 actes au livre II à la subdivision 04.04.03.08 « Occlusion de veine du membre inférieur ». En conséquence, l'acte EJSF901 est supprimé de la CCAM.

Les 2 nouveaux actes sont les suivants :

EJSF008 : Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique

Indication : *Insuffisance de grande veine saphène dont le reflux a été mis en évidence par échodoppler*

Environnement : *en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993*

Facturation :

- le tarif prend en compte le guidage échographique
- la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations du 16 avril 2008 et du 18 décembre 2013 de la Haute autorité de santé [HAS]
- prise en charge provisoire dans l'attente de la réévaluation de l'acte par la HAS selon les préconisations du rapport d'évaluation de la HAS du 18 décembre 2013

Son tarif est de 107,88€ et les médecins de secteur 1 et de secteur 2 ayant adhéré au CAS peuvent coter les modificateurs X et I. Pour ces praticiens, au 1^{er} janvier 2015, le tarif de cet acte passe à sa valeur cible, soit 147,21€.

EJSF032 : Occlusion de la grande veine saphène au-dessus du tiers moyen de la jambe par radiofréquence, par voie veineuse transcutanée avec guidage échographique et phlébectomie homolatérale, et/ou ligature de veine perforante de la grande veine saphène homolatérale

Avec ou sans : sclérose de veine perforante, superficielle, collatérale et/ou accessoire homolatérale

Indication : *Insuffisance de grande veine saphène dont le reflux a été mis en évidence par échodoppler*

Environnement : *en secteur opératoire selon les termes de l'arrêté du 7 janvier 1993*

Facturation :

- le tarif prend en compte le guidage échographique
- la procédure de guidage échographique doit être conforme aux évaluations du 16 avril 2008 et du 18 décembre 2013 de la Haute autorité de santé [HAS]
- prise en charge provisoire dans l'attente de la réévaluation de l'acte par la HAS selon les préconisations du rapport d'évaluation de la HAS du 18 décembre 2013

Son tarif est de 138,71€ et les médecins de secteur 1 et de secteur 2 ayant adhéré au CAS peuvent coter les modificateurs X et I. Pour ces praticiens, au 1^{er} janvier 2015, le tarif de cet acte passe à sa valeur cible, soit 191,43€.

III-2 Nouveau tarifs au 1^{er} janvier pour l'acte QEMA020

La décision UNCAM du 17 décembre 2013 a créé un nouvel acte QEMA 020 « Reconstruction du sein par lambeau DIEP ». Comme indiqué dans la circulaire 4/2014 du 18 mars 2014, cet acte devait atteindre son tarif cible au 1^{er} janvier 2015, tarif qui nécessitait une décision UNCAM.

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 fixe les tarifs de cet acte au 1^{er} janvier 2015 à : 850,80€ pour l'activité 1 et 425,40€ pour l'activité 2.

Ces tarifs peuvent être pratiqués par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins (CAS défini aux articles 36 et suivant de la convention nationale médicale)³.

III-3 CCAM activité bucco-dentaire

(Affaire suivie par : Danièle Duglué - danièle.duglue@cnamts.fr et Dr Gérard Sornin -gerard.sornin-ext@cnamts.fr)

A. Modifications introduites par la décision UNCAM du 9 septembre 2014

1 - Introduction de notes de précision

- des notes de précisions (facturation, indications, modificateurs ...) qui existaient auparavant à la NGAP ;

³ Pour les autres praticiens, les tarifs sont inchangés, soit 657,67€ pour l'activité 1 et 328,84€ pour l'activité 2.

- la mention « remboursement sous conditions » pour les actes en rapport avec les agénésies multiples liées à une maladie rare et les séquelles d'une tumeur de la cavité buccale.

2 - Tarification de l'acte LBGD001 – Ablation de moyen de contention maxillaire

Il existe actuellement à la CCAM un acte d'ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal, mais non pris en charge.

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 crée cet acte LBGD001 au sein du Livre II de la LAP, à la subdivision 07.02.02.01 « Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule ».

Le tarif de cet acte est fixé à 41,80 €.

B. Modifications introduites dans l'outil de gestion

L'attention des caisses est appelée sur le fait qu'il a été attribué aux 4 actes d'adjonction d'éléments intermédiaires de bridges (codes HBMD490, HBMD 342, HBMD479 et HBMD433) un tarif de 0,10€.

Cette tarification à 0,10€ a pour objet de permettre à nouveau le codage, la facturation et la transmission de ces actes dans les systèmes d'information.

D'autres modifications sont effectuées dans l'outil de gestion :

- suppression des incompatibilités des localisations dentaires 14 et 24 de l'acte HBGD002 - *Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines* ;
- pour l'acte HBQK041 - *Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës*, le nombre localisation dentaire minimum attendue est mis à 0 ;
- pour l'acte LBLD006 - *Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique*, le nombre localisation dentaire minimum attendue est mis à 0 ;
- modification des coefficients de majoration pour les DOM dont l'attribution aux actes avait été inversée.

Du fait des mesures contenues dans cette décision UNCAM et qui concernent la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), **une nouvelle version de ce document, dite V38**, a été mise à disposition des éditeurs de logiciel selon la procédure habituelle.

Il est rappelé ici qu'une précédente version de la CCAM, **dite V37**, a été mise en œuvre suite à la décision UNCAM du 24 juin 2014, publiée au JO du 28 août 2014 et entrée en vigueur le 29 août 2014. Cette version V37 a fait l'objet d'une information au réseau par le biais d'une actualité dans Mediam, à la rubrique Gestion du Risque, le 29 août 2014. Cette décision étendait aux mammographies de dépistage du cancer du sein et de suivi le supplément archivage numérique (YYYY600 dont la valeur est de 1,5 €) qui existait à la CCAM pour les examens scanographiques ou remnographies.