

CIRCULAIRE

CIR-7/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

24/03/2017

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Décisions UNCAM du 3 janvier 2017 et du 21 février 2017 concernant la Liste des Actes et Prestations et modifiant la CCAM (V46)

Liens :

Plan de classement :

P10-02 P06-01

P06-010106

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Les décisions UNCAM du 3 janvier 2017 et du 21 février 2017 ont été publiées au Journal Officiel.

Ces 2 décisions concernent la CCAM pour les médecins. La première crée 5 nouveaux actes thérapeutiques en chirurgie viscérale et 2 autres actes pour traiter des carcinomes cutanés ; elle tarifie également un geste complémentaire diagnostique. La seconde concerne l'imagerie et étend le modificateur Y aux radiologues et supprime le modificateur Z.

La version 46 de la CCAM met également en oeuvre le blocage de certaines associations d'échographie.

Cette nouvelle base CCAM est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

LAP; CCAM ; V46 ; coelioscopie ; photothérapie dynamique ; biopsie ; MICI ; modificateurs Y et Z ; blocage échographies

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



Mathilde LIGNOT-LELOUP

P/ Le Directeur Délégué
aux Opérations



Philippe TROTABAS

CIRCULAIRE : 7/2017

Date : 24/03/2017

Objet : Décisions UNCAM du 3 janvier 2017 et du 21 février 2017 concernant la Liste des Actes et Prestations et modifiant la CCAM (V46)

Affaire suivie par : Docteur Odile RAMES – DDGOS/DOS/DACT - odile.rames@cnamts.fr
Mme Christine VAULONT - DDGOS/DOS/DACT - christine.vaulont@cnamts.fr

Deux décisions UNCAM concernant la CCAM ont été publiées au Journal Officiel du 22 mars 2017. Ces 2 décisions, l'une datée du 3 janvier 2017 et l'autre du 21 février 2017, entreront en vigueur 30 jours après leur publication, soit le 21 avril 2017. Leur mise en œuvre est intégrée dans une nouvelle version de la CCAM, dite V46.

La présente circulaire a pour objet de :

- détailler le contenu de ces 2 décisions,
- présenter les modifications que la V46 va introduire dans l'outil de gestion.

I – CCAM : décision du 3 janvier 2017

La décision UNCAM du 3 janvier 2017 crée 7 nouveaux actes à la CCAM et apporte des modifications sur un acte et un geste complémentaire.

I.1. Actes de chirurgie viscérale par cœlioscopie

Les 5 actes de chirurgie viscérale inscrits actuellement à la CCAM sont des actes réalisés par laparotomie :

- la colectomie droite sans rétablissement de la continuité
- la colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité
- la suture de plaie de l'intestin grêle
- la splénectomie partielle
- l'hémostase splénique

A la suite des avis favorables de la HAS relatifs à la réalisation par cœlioscopie de ces 5 actes :

- en novembre 2014 pour les 2 actes de colectomie
- en février 2015 pour les 3 autres actes,

le Collège des Directeurs de l'UNCAM a décidé d'inscrire ces actes à la CCAM.

Les 2 actes de colectomie ainsi que celui de suture de plaie de l'intestin grêle sont inscrits au chapitre 07.03 « Actes thérapeutiques portant sur le tube digestif » ; les 2 autres sont inscrits au chapitre 05.03 « Actes thérapeutiques du système hématopoïétique ».

Les libellés de ces 5 actes sont les suivants :

- HHFC296 Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
- HHFC040 Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
- HGCC031 Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par cœlioscopie
- FFFC420 Splénectomie partielle, par cœlioscopie
- FFSC272 Hémostase splénique avec conservation de la rate, par cœlioscopie

Leurs tarifs, quel que soit le secteur conventionnel du médecin (art 2 de la décision), sont les suivants :

- HHFC296 Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
Activité 1 : 312,00 €
Activité 4 : 281,00€
- HHFC040 Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
Activité 1 : 445,00 €
Activité 4 : 296,00€
- HGCC031 Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par cœlioscopie
Activité 1 : 353,00 €
Activité 4 : 248,00€
- FFFC420 Splénectomie partielle, par cœlioscopie
Activité 1 : 496,00 €
Activité 4 : 268,00€
- FFSC272 Hémostase splénique avec conservation de la rate, par cœlioscopie
Activité 1 : 46100 €
Activité 4 : 427,00€

I.2. Actes thérapeutiques portant sur la peau et les tissus mous

La photothérapie dynamique (PTD) permet la destruction de cellules tumorales par action combinée d'un produit photosensibilisant (Metvixia®) et d'une source de lumière. Le Metvixia® est préférentiellement capté et métabolisé dans les cellules tumorales. Son activation entraîne une destruction sélective de ces dernières en respectant les tissus sains adjacents.

La HAS a formulé le 26 mai 2010 un avis favorable à l'inscription à la CCAM de « Séance de photothérapie dynamique de lésion cutanée après application topique de produit photosensibilisant ».

La décision UNCAM du 3 janvier 2017 crée une nouvelle subdivision : « 16.03.06.05 - *Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant* », au sein du sous chapitre « 16.03.06 - *Destruction de lésion de la peau et des tissus mous* » pour deux nouveaux actes, qui se distinguent par la taille de la zone traitée. La taille signalée dans les libellés correspond à celle de la zone traitée lors de chaque prise en charge.

Les libellés de ces 2 actes sont les suivants :

- QZNP086 Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant, sur moins de 10 cm²
- QZNP259 Destruction de lésion cutanée par photothérapie dynamique après application topique de produit photosensibilisant, sur 10 cm² ou plus

Les indications médicales de prise en charge de ces 2 actes sont identiques, à savoir : « *carcinome cutané superficiel en cas de lésion cutanée étendue ou de lésions cutanées multiples, après confirmation diagnostique par biopsie, selon les indications retenues par l'AMM* ».

A noter que ces 2 actes :

- sont remboursables sous conditions, c'est-à-dire que le code remboursement exceptionnel «X» porté par le médecin sur la feuille de soins indique que l'acte a bien été réalisé dans les conditions précisées sous le libellé ouvrant droit ainsi au remboursement de l'acte ;
- ouvrent droit au forfait sécurité dermatologie (FSD) pour l'établissement de santé :

Forfait Sécurité Dermatologie : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exercice de naevus cellulaires, de tumeurs malignes cutanées ou de lésions hypodermiques lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R 162-32 du code de Sécurité sociale.

Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien.

Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le Livre II.

Le tarif du FSD est fixé à 40€.

Les tarifs de ces 2 actes, quel que soit le secteur conventionnel du médecin (art 2 de la décision), sont :

- QZNP086 (moins de 10 cm²) : 49,84 €
- QZNP259 (10 cm² ou plus) : 87,58 €

1.3 Gestes complémentaires sur l'appareil digestif

Depuis 2005, le geste complémentaire HZHE002 « Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique » est inscrit à la CCAM sans tarif, son codage a de ce fait actuellement uniquement une vocation descriptive.

À la différence d'un acte, un geste complémentaire ne peut pas être réalisé seul : il s'agit d'un temps facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure. Par conséquent, il ne peut jamais être codé isolément mais uniquement en association à une liste finie d'actes autorisés. Les codes des gestes complémentaires autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations.

Conformément aux règles d'écriture de la CCAM, le libellé « Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique » s'entend « une ou plusieurs biopsies » et inclut donc le cas des biopsies multiples.

Dans le cadre des surveillances de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), les biopsies multiples préconisées par les sociétés savantes se distinguent par le grand nombre de biopsies nécessaires et le surcroît particulier de travail. Afin de favoriser la prise en charge médicale des MICI, le Collège des Directeurs de l'UNCAM a décidé de permettre la tarification du geste complémentaire HZHE002 dans cette indication.

Aussi, le libellé de ce geste complémentaire est inchangé, mais ses conditions de facturation sont précisées par la décision UNCAM du 3 janvier 2017. Celles-ci sont les suivantes :

Facturation : la facturation est limitée aux biopsies effectuées dans le cadre de la surveillance des MICI [maladies inflammatoires chroniques de l'intestin] répondant aux critères médicaux d'une ALD ; facturation pour une surveillance correspondant aux recommandations de l'ECCO [European Crohn's and Colitis Organisation], 4 biopsies minimum tous les 10 cm sur la totalité du colon sans coloration de repérage, 5 biopsies minimum ciblées avec coloration de repérage (optique ou électronique).

La tarification de cet acte complémentaire, quel que soit le secteur conventionnel du médecin (art 2 de la décision), est de 17,60€.

II – CCAM : décision du 21 février 2017

Pour quatre spécialités, dont la radiologie, les partenaires conventionnels se sont accordés pour une mise en œuvre en 2005 de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), avec des tarifs dits « de référence », équivalents aux cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), en tenant donc compte de la valeur de la lettre-clé correspondant à chaque acte.

La lettre-clé Z de la NGAP correspondant aux actes de radiographie, de scanographie et d'imagerie interventionnelle admettait quatre valeurs selon la spécialité réalisant ces actes :

Lettre-clé Z	Radiothérapeutes	Radiologues	Rhumatologues et pneumologues	Autres
Valeur	1,67 €	1,62 €	1,54 €	1,33 €

Ainsi, le tarif de référence des actes d'imagerie utilisant les radiations ionisantes a été construit sur la base de la lettre clé Z valorisée à 1,33 € et du coefficient des actes. Pour appliquer ce principe d'équivalence tarifaire durant une période d'observation fixée de 5 à 8 ans, deux modificateurs ont été inscrits au Livre II de la Liste des actes et prestations (LAP) avec un pourcentage correspondant aux écarts de valeurs de la lettre Z à la valeur « Autres » de 1,33 € :

Code	Libellé	Valeur
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	+15,8%

De ce fait, ces majorations introduisent une hiérarchisation spécifique des actes de radiologie selon les spécialités qui les réalisent. Or, conçue pour des enjeux de codage, de description et d'allocation des ressources, la CCAM est une liste d'actes décrits selon des règles et concepts, dont celui de l'absence de mention de la spécialité du médecin réalisant l'acte dans son libellé.

Après 12 ans de mise en œuvre de la CCAM, le Collège des Directeurs de l'UNCAM a décidé d'uniformiser à la LAP les modalités d'application des majorations Y et Z au chapitre 19 « Adaptations pour la CCAM transitoire » du Livre II.

Aussi la décision UNCAM du 21 février 2017, à la subdivision « 19.03.04 Autres modificateurs », modifie la LAP et :

- étend le modificateur Y aux actes de radiographie réalisés par un radiologue, en conservant sa valeur actuelle ;
- supprime le modificateur Z, par voie de conséquence ;

Ces modifications entraînent également un changement :

- de l'article III-2 du Livre III et l'annexe 1 de la LAP décrivant et listant l'ensemble des modificateurs,
- à l'ensemble des chapitres du Livre II, la mention du modificateur Z, remplacé par le modificateur Y, en regard des actes concernés. Les listes des actes concernés figurent en annexe de la présente circulaire.

III- CCAM V46 et outil de gestion

La version 46 de la CCAM contient la réactivation de la table CCAM des incompatibilités d'actes.

Cette table des incompatibilités s'applique à 18 associations d'actes d'échographie non facturables sur le plan réglementaire, en application des Dispositions Générales de la Liste des Actes et Prestations (LAP) :

Livre I et III de la LAP, Article III-3 B-2) Dérogation

« Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique. ».

Liste des associations interdites par la table des incompatibilités de la version 46 de la CCAM

Acte 1	LIBELLE Acte 1	Acte 2	LIBELLE Acte 2
PBQM003	Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
QEQM001	Echographie unilatérale ou bilatérale du sein	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
PBQM002	Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon	QEQM001	Echographie unilatérale ou bilatérale du sein
PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
KCQM001	Echographie transcutanée de la glande thyroïde	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
PBQM003	Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsuloligamentaire	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
HCQM001	Echographie transcutanée des glandes salivaires	KCQM001	Echographie transcutanée de la glande thyroïde
KCQM001	Echographie transcutanée de la glande thyroïde	KDQM001	Echographie transcutanée des glandes parathyroïdes
PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon	ZCQM005	Echographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
PBQM002	Echographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
PBQM004	Echographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations et de leur appareil capsuloligamentaire	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
PBQM001	Echographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
KCQM001	Echographie transcutanée de la glande thyroïde	PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon
QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous	QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous
QZQM001	Echographie de la peau, des ongles et/ou des tissus mous	ZCQM005	Echographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
PCQM001	Echographie de muscle et/ou de tendon	YYYY172	Echographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens, ou de vaisseaux périphériques

Les éditeurs de logiciels
ont été informés de cette modification.

Dès téléchargement de la version 46 de la CCAM sur le poste de travail du professionnel de santé, la facturation de l'une de ces associations sera bloquée, évitant ainsi les indus.

Le professionnel devra choisir un code unique correspondant à l'acte qui décrit au mieux son activité, pour le règlement de ses honoraires

Un plan d'accompagnement des professionnels de santé est mis en place par les CPAM.