

Date :

20/01/2022

Domaine(s) :

Gestion des prestations en nature
Gestion du risque

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

Objet :

CCAM - V65 - Inscription et facturation de l'acte de second avis expertal en ACP.

Liens:

CIR-9/2010

CIR-14/2014

Liens externes :

Plan de classement :

P06-010101 REMBOURSEMENTS
FSE

P10-02 ACCOMPAGNEMENT DES
PROFESSIONNELS DE SANTE ET
DES ETABLISSEMENTS

Emetteur(s) :

DDGOS / DDO

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs | CRAM CPAM CNAMTS URCAM CARSAT CNAM
UGECCAM CGSS CTI

Directeur Comptable et Financier | Cnam CPAM CARSAT CGSS
CTI UGECCAM

Agents Comptables | URCAM CNAMTS CPAM CRAM CARSAT
Cnam UGECCAM CGSS CTI

DCGDR

Médecins conseil | Régionaux Chef de service

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

La décision de l'UNCAM du 10 juillet 2020 a été publiée au Journal Officiel du 12 septembre 2020. Modifiant la LAP avec une version V65 de la base CCAM, elle inscrit, notamment au Livre II de la LAP, deux actes d'examen anatomocyto-pathologique (ACP) expertal, avec une application à compter du 12 octobre 2020. Cette circulaire présente les particularités de ces actes et fait un focus sur les principes de facturation de l'acte ZZQX065 d'examen histopathologique ou cytopathologique pour second avis.

Mots clés :

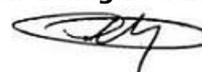
LAP ; CCAM ; V65 ; Second Avis d'Expert ; Second Avis d'Expert ; Facturation

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



Marguerite CAZENEUVE

Le Directeur Délégué aux Opérations



Pierre PEIX



Objet : CCAM - V65 - Inscription et facturation de l'acte de second avis expertal en ACP.

Affaire suivie par :

DIR/DDGOS/DOS/DACT dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

La décision de l'UNCAM du 10 juillet 2020 modifiant la Liste des actes et prestations (LAP) a été publiée au Journal Officiel du 12 septembre 2020.

Au 4° de son article premier, cette décision porte la mesure d'inscription au Livre II (CCAM) de la LAP, dans une nouvelle subdivision « 17.02.07 – Examen anatomocytologique expertal », de deux actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP).

Cette mesure est entrée en application 30 jours après la publication au JO de la décision de l'UNCAM, soit le 12 octobre 2020.

Dans ses articles 32 et 33¹ intégrés dans le code de la santé publique (CSP), le code de déontologie médicale impose aux médecins le recours à un avis d'expert lorsque la situation le nécessite.

La difficulté de certains diagnostics en anatomie et cytologie pathologiques (ACP), la description permanente de nouvelles entités tumorales, le remaniement constant des classifications histologiques et histopathologiques, l'implication grandissante des données ACP dans la prise en charge thérapeutique des patients porteurs de cancer, expliquent la nécessité et l'augmentation des demandes de second avis expertal.

Objet d'une mesure d'évaluation dans le Plan Cancer 2009/2013², l'activité de second avis diagnostique et de double lecture de cancers rares en ACP est un enjeu de santé publique lié à l'impact pronostique et thérapeutique d'une amélioration du diagnostic histopathologique, particulièrement en cancérologie.

¹ Article 32. – « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. » ; Article R. 4127-32 du CSP ;

Article 33. – « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. » ; Article R. 4127-33 du CSP ;

² Mesure au titre de l'action 20.3 « Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytologie »



En 2005, dans l'attente d'une prise en charge encadrée par l'Assurance Maladie, ces activités ont été décrites au référentiel des actes hors nomenclature de biologie et d'ACP, dit de Montpellier, avec un financement pour les établissements de santé par des enveloppes MERRI³ dédiées.

Compte tenu de la refonte du Référentiel de Montpellier en un Référentiel des actes innovants hors nomenclatures (RIHN) et sa liste complémentaire (LC), l'activité de second avis d'expert ACP hors relecture de cancers rares ne bénéficie plus du financement MERRI « actes hors nomenclature de biologie et d'ACP ».

Par conséquent, deux nouveaux actes d'examen histopathologique ou cytopathologique de médecin pathologiste expert sont désormais inscrits et pris en charge au Livre II de la LAP (Cf. ci-après).

Leur prise en charge et facturation est conditionnée par le respect de plusieurs dispositions décrites dans des notes d'utilisation.

Cette activité de second avis d'expert et de seconde lecture en ACP est pratiquée très majoritairement par des médecins pathologistes hospitaliers.

Sous l'égide du Conseil National Professionnel d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (CNPath), l'Association Française d'Assurance qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP) a développé et mis en place un outil informatique de suivi et d'analyse des demandes de second avis à visée diagnostique pour différents contextes, dont ceux correspondants aux deux actes inscrits.

Cet outil permettra ainsi d'identifier les pathologistes réalisant ces expertises.

17.02.07 Examen anatomocytopathologique expertal

Le pathologiste expert doit exercer en relation avec un centre de compétence ou de référence et disposer dans son environnement des moyens techniques nécessaires pour aboutir à un diagnostic et un pronostic dans le champ des

³ Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

		<i>pathologies relevant de son expertise</i>
Code	Libellé	Tarifs (en euros)
ZZQX065	<p>Examen histopathologique ou cytopathologique pour second avis</p> <p><i>A l'exclusion de : Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour seconde lecture (ZZQX086)</i></p> <p><i>Coder éventuellement : la réalisation de techniques complémentaires d'anatomie et cytologie pathologiques nécessaires à l'avis expertal</i></p> <p><i>Par lésion de diagnostic difficile, on entend : une lésion dont l'interprétation de l'examen histopathologique ou cytopathologique, incluant la séquence de colorations standards et éventuellement spéciales, de l'immunocytohistochimie et autres techniques, ne permet pas à l'observateur d'aboutir à un diagnostic de certitude ou aboutit à des diagnostics différents suivant les observateurs ou encore ne permet pas d'aboutir à une évaluation complète des facteurs pronostiques et prédictifs</i></p> <p><i>Indication : le pathologiste confronté au problème d'une lésion de diagnostic difficile ayant une incidence pronostique ou thérapeutique, qu'il ne peut résoudre seul en respectant son obligation de moyens, adresse à son initiative, à un expert de son choix, le matériel nécessaire à cet examen expertal de seconde intention, conformément aux recommandations de bonne pratique en vigueur</i></p> <p><i>Environnement : Dans ou en relation avec un centre de compétence ou de référence, tels que définis par la Haute autorité de santé dans son rapport d'évaluation technologique de décembre 2009</i></p> <p><i>Recueil prospectif de données : le pathologiste à l'initiative de la demande renseigne l'outil de suivi des demandes d'avis mis en place par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques [AFAQAP] sous l'égide du Conseil National Professionnel d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (CNPath)</i></p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>– par un pathologiste expert dans le domaine concerné, identifié dans l'outil de suivi des demandes d'avis mis en place par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques [AFAQAP]</i> <i>– ne peut pas être facturé pour :</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>. l'envoi d'un compte rendu complémentaire au compte rendu initial</i> 	<p>60 €</p>

	<p><i>. un cancer rare relevant d'un circuit de double lecture systématique des prélèvements tumoraux mis en place par l'Institut national du cancer [INCa]</i></p> <p><i>. des demandes de techniques supplémentaires seules</i></p> <p><i>. la réalisation par le pathologiste expert d'une technique déjà réalisée en première intention par le pathologiste demandeur</i></p> <p><i>– deux techniques complémentaires au plus peuvent être facturées par l'expert en lien avec cet examen de second avis</i></p>	
ZZQX086	<p>Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour seconde lecture</p> <p><i>Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour double lecture</i></p> <p><i>Indication : cancers entrant dans le champ des missions des réseaux nationaux anatomopathologiques pour cancers rares dont la liste est actualisée et publiée par l'Institut national du cancer [INCa]</i></p> <p><i>Environnement : dans le cadre d'un réseau labellisé comme réseau national de référence pour cancers rares</i></p>	

L'acte ZZQX086 est inscrit sans tarif, restant financé par une enveloppe budgétaire MERRI.

L'acte ZZQX065, et ses éventuels actes associés inscrits à la LAP, sont facturables selon les mêmes dispositions réglementaires de facturation que les autres actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) du Livre II de la Liste des actes et prestations (LAP).

Remarque : Les modalités de facturation des techniques complémentaires de l'examen de second avis qui ne sont pas inscrites à la Liste des actes et prestations (LAP) sont précisées par instruction ministérielle en vigueur relative au Référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN).

En application de la note de facturation de l'acte ZZQX065 (et ses éventuelles techniques complémentaires associées), son remboursement par l'assurance maladie est conditionné par la facturation de l'acte par le pathologiste expert/requis (ou son établissement) et non par le médecin pathologiste demandeur/requérant lorsque celui-ci exerce en cabinet libéral. Dans ce cas, le médecin pathologiste expert ou son établissement ne doit donc pas facturer son second avis au pathologiste demandeur.

Les modalités et circuits de facturation sont précisés selon le secteur d'exercice du médecin pathologiste expert et le contexte de réalisation auprès du patient des prélèvements dont un premier examen a conduit à la demande de second avis d'expert.

Ces modalités et circuits sont décrits dans les deux tableaux ci-après. Ces tableaux ne traitent pas les cas d'un second avis expertal réalisé pour un patient demandé au sein d'un même établissement ou d'un même cabinet libéral, non pris en charge conformément aux notes renvoyant au rapport de la Haute autorité de santé et aux recommandations de bonne pratique.

En termes de prérequis, le pathologiste requérant transmet au pathologiste expert (requis) les informations médico-administratives nécessaires à la facturation de l'acte ZZQX065. En effet, il est rappelé que, conformément aux articles R161-46 et R161-42 du code de la sécurité sociale, les prélèvements et pièces transmises au médecin pathologiste requérant doivent être accompagnée d'un bon de prélèvement comportant notamment des informations nécessaires pour compléter sa feuille de soins pour la prise en charge par l'Assurance Maladie :

- selon que la feuille de soins est électronique (FSE) ou soit rédigée sur papier (FSP) :
 - o en cas de FSE, l'identifiant du bénéficiaire des soins (l'assuré ou son ayant-droit),
 - o en cas de FSP, « *les noms, prénoms, portés par le professionnel, l'organisme ou l'établissement et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, les noms, prénoms, portés de manière identique, et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de son ayant droit ou, à défaut de la connaissance de son numéro d'immatriculation, sa date de naissance et son rang dans le cas de dates de naissance identiques entre plusieurs ayants droit de l'assuré* » ;
- s'il y a lieu, le fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident ;
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée (cf. infra) ;
- l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie.

Il convient que l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie concerne celui du régime obligatoire et, le cas échéant, celui de l'organisme complémentaire d'assurance maladie.

Quel que soit le secteur d'exercice du médecin pathologiste expert, lorsque le second avis expert est réalisé pour un patient hospitalisé dans un établissement public de santé (anciennement sous dotation globale, dit ex-DG), ce second avis ne donne pas lieu à facturation de l'acte ZZQX065 à l'assurance maladie, le GHS étant un « tout compris », englobant la rémunération des actes.

1. Second avis réalisé par un expert pathologiste exerçant en établissement de santé public

Pour un pathologiste expert hospitalier, s'il s'agit d'un patient en hospitalisation dans un autre établissement, les modalités de facturation des prestations inter-établissements (PIE) sont à appliquer, qu'il s'agisse ou non d'établissements de secteurs différents

Dans le cas d'une hospitalisation en établissement privé, l'acte ZZQX065 se rattache au séjour et doit figurer sur la facture du séjour (bordereau S3404) en renseignant comme exécutant le N° FINESS de l'établissement du pathologiste expert hospitalier.

L'établissement privé remboursera ensuite du montant perçu l'établissement public du pathologiste expert.

Contexte patient / prélèvement		Expert pathologiste public (Etablissement B de rattachement)
Secteur public (Etablissement A)	Patient hospitalisé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PIE* = Etablissement B facture à Etablissement A ➤ L'établissement A est rémunéré par le GHS « tout compris » ➤ PIE* = Etablissement A rémunère l'établissement B
	Patient en consultation externe	Etablissement B facture à l'Assurance Maladie (AM) selon les modalités FIDES ⁴ .
Secteur privé	Patient hospitalisé (Etablissement A)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PIE* = Etablissement B facture à l'établissement A ➤ Facturation, complémentaire (additive) le cas échéant ⁵, à l'AM sur le bordereau S3404 établissement A avec n° FINESS établissement B ➤ PIE* = L'établissement A rémunère l'établissement B
	Cabinet ville / Centre de santé ou consultation externe	Etablissement B facture à l'AM selon les modalités FIDES ⁴ .

* Prestations inter-établissements

2. Second avis réalisé par un expert pathologiste libéral

⁴ Pour les établissements qui, en pratique, ne sont pas encore en FIDES, les anciennes dispositions de valorisation de l'activité par l'ATIH s'appliquent.

⁵ La réglementation prévoit que l'ensemble des actes relatifs à un séjour hospitalier en établissement de santé privé, y compris ceux réalisés à l'extérieur de l'établissement par un tiers, figurent sur le bordereau de facturation du séjour émis par l'établissement privé.

Dans le cas d'actes réalisés à l'extérieur par un tiers, il est cependant admis qu'une facture complémentaire puisse être émise par l'établissement. La transmission par les établissements de factures complémentaires ne doit pas rectifier les autres éléments de la facture initiale.

Dans l'hypothèse d'une facture complémentaire, celle-ci est émise en rappelant le N° de GHS de la facture initiale.

Contexte patient / prélèvement		Expert pathologiste libéral
Secteur public (Etablissement A)	Patient hospitalisé	Le pathologiste expert libéral facture à l'établissement A qui le rémunère en retour.
	Patient en consultation externe	L'expert pathologiste facture à l'AM.
Secteur privé	Patient hospitalisé (Etablissement A)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La facturation de l'acte de l'expert est réalisée via le bordereau S3404 de l'établissement A, avec le n° AM de l'expert ➤ Facturation, complémentaire le cas échéant^{5 6} ➤ Paiement à l'expert pathologiste libéral⁷
	Cabinet ville / Centre de santé ou consultation externe	L'expert pathologiste facture à l'AM.

Les deux actes ZZQX065 et ZZQX086 sont exclus du parcours de soins coordonné.

Le dépassement du seuil réglementaire n'est pas un motif d'exonération du ticket modérateur. Toutefois, la participation de l'assuré peut être supprimée (exonération) ou réduite pour les actes d'ACP pour d'autres motifs : exonération liée à l'assuré, ALD, hospitalisation dans un établissement de santé lorsqu'il est effectué un ou des actes dont la base de remboursement est égale ou supérieure au seuil⁸

⁶ Cf. Convention nationale des médecins – Titre 5, Sous-Titre 4 « Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé », « Actes réalisés dans un établissement de santé visé au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale »

⁷ Le paiement est effectué sur le compte mandataire du praticien de la clinique ou directement au professionnel.

⁸ Cf. § IV de l'article R322-8 du code de la sécurité sociale.

Références réglementaires pour la facturation complémentaire (additive) de l'établissement privé A recevant une facturation d'un second avis d'expert en ACP

- [Code de la sécurité sociale, article R. 161-42](#) notamment : « Les compléments de facturation correspondant aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjoints du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'article R. 161-47 court à compter de la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement ».
- Circulaire ministérielle du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie
- Guide méthodologique PMSI – En principe général, la facturation d'un séjour ne doit intervenir que lorsque l'établissement est en possession de la totalité des éléments constitutifs du séjour.
- Mode opératoire du bordereau S3404

Coder ZZQX065 ou ZZQX086 ?

Les éléments ci-dessous ont vocation à répondre aux questions de codage CCAM que peuvent susciter les situations suivantes.

Conformément aux articles I-4 et I-13 du Livre Ier de la Liste des actes et prestations (LAP), « les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes », décrites par des notes, doivent être respectées pour une prise en charge ou le remboursement par l'Assurance Maladie.

Ainsi, en application des notes d'indications respectives affectées aux actes ZZQX065 et ZZQX086, le contexte de réalisation de l'examen expertal doit être pris en compte, l'orientation pertinente de la demande d'avis étant un prérequis.

- 1 Lésion de diagnostic difficile que le pathologiste requérant ne peut résoudre seul en respectant son obligation de moyens et orientation vers un expert hors réseau cancer rare de l'INCa :
 - ↪ quel que soit le diagnostic porté par le pathologiste expert (requis), l'acte d'examen expertal est codé ZZQX065 pour le remboursement par l'assurance maladie ;
 - ↪ si le pathologiste expert aboutit, après son examen, au diagnostic d'un des cancers listés par l'INCa, le réseau national pour cancers rares concerné sera requis pour une seconde lecture qui sera codée ZZQX086 ;
- 2 Lésion de diagnostic difficile et orientation pour expertise vers un réseau national de l'INCa pour cancer rare :
 - ↪ que le diagnostic porté par l'expert confirme ou non un cancer rare, l'acte d'examen expertal est codé ZZQX086 restant financé par l'enveloppe MERRI.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Caisse nationale