

NOUVEAU

La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) entrera en application le 1^{er} juin prochain. *Voici un nouvel article présentant les principales caractéristiques de cette nomenclature médicale technique.*

Les actes et leur tarification à la CCAM

Marc Sabek

Docteur en Sciences Odontologiques, Docteur en Droit, Expert près la Cour d'appel d'Orléans

Le principe de l'acte global

Comme en NGAP, l'acte listé à la CCAM décrit une séquence diagnostique, préventive ou thérapeutique complète et achevée, c'est-à-dire comportant tous les gestes utiles et nécessaires à sa réalisation de manière indépendante.

La notion d'acte global est un principe fondamental de la CCAM. L'acte correspond à la description qu'il aurait dans un ouvrage technique de référence. Chacun des libellés est en effet élaboré dans le but de décrire un acte dans l'intégralité de sa réalisation, dans le respect des règles de l'art.

Autrement dit, le libellé d'un acte inclut implicitement tous les temps indispensables qui concourent habituellement à son achèvement, et indique que sa réalisation suit une technique ou utilise une méthode actuellement considérée comme conforme aux données acquises de la science et validée.

L'acte global peut être un acte isolé ou une procédure.



L'acte isolé

Acte unique, réalisable de façon indépendante, de complexité variable. Le terme isolé n'est jamais écrit dans le libellé, il est implicite.

Exemple

HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
[F, U]	(ZZLP025)

La procédure

Ensemble d'actes isolés, réalisés couramment ensemble, dans le cadre d'interventions réglées. La combinaison des actes d'une procédure est suffisamment fréquente et standardisée pour qu'elle aboutisse à une formulation regroupant les actes en question.

Exemple

HBPD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
[F, U]	(ZZLP025)



Conséquences du principe

Trois règles permettent de bien coder suivant le principe de l'acte global :

- Le praticien doit coder en choisissant la modalité la plus simple, la plus complète et la plus synthétique de description de l'acte réalisé.

Autrement dit, si une procédure décrit deux actes distincts, il choisit la procédure.

- Le code utilisé est celui du libellé dont l'intitulé correspond le plus exactement possible à la description de l'acte effectué. Il est interdit de coder « par assimilation » un acte non inscrit à la CCAM.

- Bien que la CCAM ait une vocation d'exhaustivité, certains actes en sont absents.

Sur les documents médicaux (dossier du patient, devis, note d'honoraires, etc.), le chirurgien-dentiste inscrit la mention « non codé » et un libellé conforme à une terminologie admise par la littérature professionnelle contemporaine.

Mais le principe de l'acte global comprend deux dérogations.

Le geste complémentaire

À la différence d'un acte global, un geste complémentaire ne peut pas être réalisé indépendamment. Il s'agit d'un geste facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.

Les combinaisons d'un geste complémentaire avec un acte global sont précises et limitées.

Les seuls actes avec lesquels un geste complémentaire peut être utilisé sont repérés dans la CCAM par une indication particulière de son code, placée sous le libellé.

Trois codes sont placés sous le libellé de « Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification » pour indiquer les trois seuls actes complémentaires pouvant être réalisés avec l'acte principal :

Exemple

HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
[N]	(ZZLP025, HBQK040, HBQK303)

- **ZZLP025** pour l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (réalisée par un médecin anesthésiste) ;

- **HBQK040** : pour la réalisation de deux « Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique » (forfait endodontique, 2 radios) ;

- **HBQK303** : pour la réalisation de trois « Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique » (forfait endodontique, 3 radios).

Le supplément

Comme le geste complémentaire, le supplément ne peut pas être réalisé indépendamment. Il concerne généralement une variante technique rendue nécessaire par la situation clinique.

Les 8 codes mentionnés sous le libellé correspondent aux 8 actes complémentaires ou suppléments pouvant être réalisés avec cet acte.

Exemple

HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents
[N]	(YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158



« **YYYY259** Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique » sera facturé avec l'acte principal de la prothèse amovible 8 dents.

Les associations d'actes

Il s'agit d'actes réalisés par le même chirurgien-dentiste, sur le même patient, dans le même temps opératoire (la même séance), sans qu'il y ait d'autres considérations. Il existe cependant des incompatibilités d'association.

- Ainsi, deux actes ne peuvent être associés s'il existe un troisième qui décrit les deux actes à la fois, c'est-à-dire qu'ils sont décrits ensemble en procédure.

On ne peut donc coder deux fois **HBBD005** (« Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent ») mais un seul **HBBD006** (« Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents »).

- De même, et comme en NGAP, on ne peut associer un acte technique avec la consultation ou la visite.

Les gestes complémentaires et les suppléments, codés avec les actes en association, sont tarifés à taux plein.

La tarification et la prise en charge

Le passage en CCAM n'apporte aucun changement par rapport à la situation antérieure (avec la NGAP): seuls les actes remboursables (pris en charge) peuvent être « facturés »* à l'assurance maladie et figurent sur la feuille de soins. Les actes NR sont « facturés » exclusivement sur une note d'honoraires remise au patient en fin de traitement.

La prise en charge peut être variable et une note de facturation en précise alors les conditions en fonction de la fréquence de l'acte ou de son indication médicale, etc.

Exemple

HBJD001	Détartrage et polissage des dents
----------------	-----------------------------------

Facturation : Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois
Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum

* Il faut bien entendre le verbe « facturer » ici au sens du jargon de l'Assurance maladie. Il signifie éditer et signer une feuille de soins (électronique ou papier) précisant les codes CCAM des actes réalisés et qui sont remboursables par la Sécurité sociale.

La note de facturation, sous le libellé, indique la fréquence de la prise en charge de l'acte par l'assurance maladie obligatoire.

Si, pour un patient donné, cet acte devait être réalisé plus fréquemment, par exemple deux fois par trimestre, les actes additionnels par rapport à la fréquence ci-dessus donnent lieu à des honoraires non remboursables (suivant devis préalable).

Le respect des conditions légales

Indépendamment de toute nomenclature, la prise en charge des actes médicaux est conditionnée par des dispositions législatives. Elles demeurent les mêmes, que cette nomenclature soit la NGAP ou la CCAM. Ces conditions sont :

- les actes doivent être médicalement justifiés ;
- ils doivent être effectués personnellement par le chirurgien-dentiste dans son domaine de compétence ;
- ils doivent être conformes aux données acquises de la science ;
- ils doivent respecter les recommandations de bonne pratique clinique et les références professionnelles, les engagements conventionnels et ceux prévus dans les différents contrats (bonne pratique, pratique professionnelle, santé publique).

L'accord préalable

Enfin, la prise en charge peut être conditionnée par l'accomplissement des formalités d'accord préalable.

Les actes soumis à la formalité de l'accord préalable sont repérés dans la liste des actes remboursables par les lettres « AP ». Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

Quand l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical, sur l'imprimé spécifique, une demande d'accord préalable remplie et signée.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée, ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable. La réponse de la caisse d'Assurance maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^e jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle. L'absence de réponse, pendant plus de quinze jours, de l'organisme, équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'Assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le chirurgien-dentiste dispense l'acte, mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

Honoraires et Nomenclatures: la CCAM

Marc Sabek

À paraître très prochainement !

voir page 22

Nouveau

