

MARSEILLE, le 12 juillet 2004



CIRCULAIRE N°95 - 07/04

➔ A PROPOS DE LA NOMENCLATURE

Les bruits les plus divers circulent sur la nouvelle nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) : ils sont sans fondement !

Où en est-on ?

- la phase de **hiérarchisation intra-spécialité** est terminée ; elle a déterminé le nombre de **points-travail** pour chaque acte,
- la phase de **hiérarchisation inter-spécialité** est prévue pour le dernier trimestre 2004,
- le **coût de la pratique**, déterminé pour chaque acte, sera défini début 2005.

On peut espérer que **fin 2005**, au plus tard, la **CCAM sera opérationnelle pour l'ACP**. La rémunération du travail médical (la valeur du point applicable à toutes les spécialités sera discutée par les syndicats, les Caisses et l'Etat d'ici le 1^{er} octobre 2004) additionnée du coût de la pratique déterminera l'**honoraire** pour chaque acte.

La hiérarchisation des actes est construite avec la participation des Sociétés Savantes (ex. : Société Française de Pathologie pour les ACP), sans intervention des syndicats.

Le syndicat des médecins ACP interviendra dans le coût de la pratique et pourra éventuellement faire corriger auparavant les libellés d'actes (discordance avec la pratique – actes oubliés, actes incomplets ...).

Ceux qui souhaitent des explications sur la CCAM, pourront lire l'analyse suivante du Docteur Yves DECALF, responsable de la nomenclature à la CSMF et membre du COPIL de la nomenclature.

Docteur Marie-Christine DAUGE
Présidente

Docteur Jean-Paul DONZEL
Président délégué pour la section libérale

☛ CCAM (Classification commune des actes médicaux) 20 Juin 2004 – Dr Y. DECALF

L'objectif de la réforme de la Nomenclature est de créer un instrument unique (remplaçant les deux nomenclatures actuelles NGAP en libéral, CDAM en hospitalisation), précis, équitable, et évolutif de hiérarchisation des actes (et par là même de tarification tout au moins pour le libéral), en dissociant pour les actes techniques :

- le Travail médical (hiérarchisé de façon experte) (scoré en nombre de points pour chaque acte) ; la valeur du point de travail médical, identique pour toutes les spécialités, doit être négocié avec les Caisses d'Assurance Maladie
- du Coût de la Pratique (estimé à partir de la situation actuelle par les charges globales de chaque spécialité), qui sera divisé par le nombre de points de travail médical de la spécialité. On obtient ainsi un montant appelé charge par point de travail médical, variable suivant chaque spécialité.
- l'Honoraire par acte est la somme de ces deux composants : nombre de points affecté à chaque acte multiplié par la valeur unique du point + montant du coût de la pratique.

Exemple :

-Dans la nomenclature actuelle (NGAP), l'épreuve d'effort est coté K 40 de façon globale comprenant à la fois le travail médical et les charges.

*La valeur de la lettre clé K est fixée par la convention ou le règlement minimal conventionnel ; elle est affectée pour chaque acte d'un coefficient multiplicateur qui est dans l'exemple choisi 40.

*L'honoraire est égal à $K * 40$ ($1,92€ * 40 = 76,80€$).

-Dans la future CCAM, l'épreuve d'effort est dissociée :

- en Travail médical fixé à 84 points
- auquel on ajoute un Coût de la pratique.

*La valeur du point de travail médical sera fixée par la convention ou le règlement minimal conventionnel pour toutes les spécialités: si par exemple le point est établi à 0,45€, la valeur du travail médical sera de $0,45 * 84$ soit 37,80€.

Il s'y ajoute le montant du coût de la pratique indiqué dans la CCAM par exemple 32,76€.

*L'honoraire est égal à la somme Travail médical ($0,45€ * 84 = 37,8$) et Coût de la pratique (32,76€) soit au total 70,56€.

Seule la valeur du point de travail médical est négociée. Le montant du coût de la pratique est déterminé de façon experte.

MODALITES DE LA CONSTRUCTION du TRAVAIL MEDICAL

La quantification du Travail médical a été réalisée en 2 phases :

1°) une de hiérarchisation à l'intérieur de chaque spécialité, construite par les experts des Sociétés Savantes de la spécialité.

- Le travail médical est déterminé en fonction pour chaque acte de 4 critères durée -stress- compétence technique -effort mental, par rapport à cet acte de référence.

- La hiérarchisation à l'intérieur de chaque spécialité se fonde sur le positionnement de chaque acte de la spécialité par rapport à un acte choisi par les experts comme « acte de référence » (servant d'unité de mesure), qui se situe en général dans la partie moyenne de l'échelle de la spécialité. Cet acte est affecté initialement dans cette phase d'intra spécialité d'un coefficient de 100 points de travail médical. Tous les autres actes de la spécialité sont quantifiés en plus ou en moins, par rapport à cette référence.

- on obtient ainsi l'échelle des actes pour la spécialité.

2°) l'autre de hiérarchisation entre les différentes spécialités selon une méthodologie retenue par le pôle Nomenclature de la CNAMTS.

Elle se fonde sur la notion d'actes liens, qui sont des actes équivalents en terme de travail médical entre différentes spécialités.

La construction d'une seule échelle de travail médical commune à l'ensemble des actes fait ensuite appel à une méthode complexe appelée « maximisation » ou « optimisation sous contraintes ».

*les experts de chaque spécialité déterminent des actes liens, c'est-à-dire jugés initialement équivalents entre différentes spécialités. Chaque spécialité a été croisée en moyenne avec 3 ou 4 autres. Il est retenu en moyenne une dizaine d'actes liens par croisement entre deux spécialités.

*on égalise les scores de travail de ces actes équivalents entre les spécialités par la méthode de maximisation sous contraintes. On constitue ainsi une échelle unique de l'ensemble des actes de toutes les spécialités.

*à la fin de cette phase, les actes de chaque spécialité gardent leur hiérarchie initiale les uns par rapport aux autres, mais leur valeur en terme de travail médical a été modifiée en plus ou en moins. Ainsi un acte, initialement positionné à 100, pourra devenir 80 ou 120.

Une vérification de cohérence a été ensuite réalisé par le moyen d'une étude de l'intensité de chaque acte, c'est-à-dire : le travail médical à la minute, qui s'échelonne entre un peu moins de 3 points et un peu plus de 4 points de travail médical à la minute.

Cette Nomenclature a été construite par le pôle nomenclature de la CNAMTS, avec l'aide des seules Sociétés Savantes pour cette phase de travail médical. L'inter spécialité a été élaboré suivant une méthodologie propre à la CNAMTS

Dans l'exemple, l'épreuve d'effort a été déterminée par les experts, comme acte de référence en cardiologie. Il a donc été scoré initialement à 100. Il devient après la phase d'inter spécialité scoré à 84.

MODALITES DE CONSTRUCTION du COUT DE LA PRATIQUE

Rappelons que le coût de la pratique s'ajoute à la rémunération du travail médical dans la détermination de l'honoraire : une valeur unique en Euros sera affectée à chaque acte.

Le choix a été fait de le construire à partir de l'estimation du montant total de charges, pour chaque spécialité (coût observé) et non d'analyser pour chaque acte son coût dans « les règles de l'art », ce qui était impossible à réaliser pour les 7000 actes de la CCAM. La base retenue est celle d'études de la DREES, éliminant les extrêmes.

Cependant, certains actes de coût important, non pratiqués par l'ensemble de la spécialité, appelés actes à surcoûts font l'objet d'une valorisation supplémentaire.

On conserve les forfaits existants, par exemple en matière de scanner et d'IRM.

1°) La règle de base ou effet du passage CCAM en NGAP sur le taux de charges :

Le montant total observé actuellement des charges à partir du % de charges retenu restera le même, pour chaque spécialité lors du passage de la NGAP à la CCAM.

Exemple 1 : *Dans une spécialité x, le montant des charges observé dans la NGAP est de 450 Millions d'Euros (correspondant à un taux de charges de 45%). Ce montant de charges restera le même dans la future CCAM.*

Si cette spécialité est valorisée dans la future CCAM, son nombre de points de travail médical augmentera, donc le montant total des honoraires. Les charges restant identique à 450 Millions d'Euros, mathématiquement le taux de charges diminue. Dans l'exemple, il baisse de 45% à 39%. C'est une spécialité gagnante. Son revenu et augmente.

Exemple 2 : *A l'inverse, dans une spécialité y, le montant des charges observé dans la NGAP est de 450 Millions d'Euros (correspondant à un taux de charges de 39%). Ce montant de charges restera le même dans la future CCAM.*

Si cette spécialité est dévalorisée dans la future CCAM, son nombre de points de travail médical diminuera, donc le montant total des honoraires. Les charges restant identique à 450 Millions d'Euros, mathématiquement le taux de charges augmente. Dans l'exemple, il augmente de 39% à 45%. C'est une spécialité perdante. Son revenu net diminue.

2°) Modalités de calcul du coût de la pratique en CCAM :

On évalue, à partir du taux de charges constaté en NGAP, un montant correspond aux charges de tous les actes de la spécialité desquelles on isole si nécessaire les charges correspondant au surcoût de certains actes.

Le montant en charges, hors surcoût, est ensuite divisé par le nombre de points de travail médical évalué globalement dans la spécialité ; ce qui détermine une charge par point de travail médical, pour chaque spécialité. *Dans l'exemple de la cardiologie, ce montant est de 0,39€.*

Chaque acte est ainsi affecté en fonction de son nombre de points de travail médical, d'un montant coût de la pratique. Un surcoût est affecté directement aux actes concernés.

Dans l'exemple choisi de l'épreuve d'effort, qui est un acte sans surcoût, (correspondant à 84 points de travail médical), le coût de la pratique sera égal à 84*0,39€ (valeur estimée pour l'instant de la charge par point travail en cardiologie). Il apparaîtra dans la CCAM, sous la forme d'une valeur de 32,76€. S'il s'agissait d'un acte à surcoût, on ajouterait le montant du surcoût au 32,76€.

DISPOSITIONS GENERALES DE LA CCAM

La CCAM sera soumise à certaines règles, comme la NGAP l'était dans ses dispositions générales.

- la notion d'acte global :

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : c'est-à-dire que chaque libellé comprend tous les éléments nécessaires à sa réalisation.

Pour la CSMF, l'acte global se définit par l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen du praticien, conformément aux règles de l'art et au descriptif de cet acte dans le libellé de la CCAM.

En matière d'intervention chirurgicale, il comprend la période pré interventionnelle immédiate (en dehors de la consultation pendant laquelle l'indication est posée) et le suivi habituel de l'acte (hors complications) pendant une durée de x jours. La période de 20 jours proposée par le pôle Nomenclature nous paraît d'un autre temps, lorsque l'on regarde la durée moyenne de séjour, actuellement en établissement hospitalier.

-les modificateurs:

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte et/ou sa valorisation ; il exclut les actes pour lesquels il est implicite. Il s'applique à la fois sur le travail médical et le coût de la pratique et concernent une liste d'actes : *par exemple un ongle incarné ne pourra être coté en urgence !*

Un cumul est possible sur 2 modificateurs mais 4 modificateurs pourront être codés.

*critères d'âge (< 28 jours +40%, < à 3 ans +23% pour les actes nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale, < à 5 ans +17% pour tous les actes) ; âge > ou = à 80 ans + 20%, non compatible avec le modificateur ASA pour le même intervenant.

*pour les anesthésistes l'ASA 3 et 4 +20% : «réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient présentant une perturbation sévère d'une fonction vitale ou mettant en jeu son pronostic vital »

*pour les anesthésistes et chirurgiens (abdominale et cervicale) l'IMC > à 35: +30%

*pour le chirurgien intervention sur antécédent d'intervention chir précédente depuis plus de vingt jours avec modifications tissulaires (brides) augmentant la durée de l'acte de plus de 30%: +30%

*l'urgence Nuit WE JF (Samedi à partir de 12H ?)

L'urgence diurne (hors WE et JF) n'a pas pour l'instant été retenue, faute de données suffisantes sur sa fréquence, mais cela n'a pas notre accord.

Ceci ne concerne pas les actes comprenant implicitement dans leur libellé la notion d'urgence.

La définition proposée pour l'urgence est la suivante : « réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20Heures et 8 Heures, le Dimanche ou un jour férié pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles».

Le taux retenu est de 32% (11% pour la Nuit WE et jours fériés, 21% pour l'urgence).

- les associations d'actes techniques

Les associations existantes actuellement avec les Consultations sont maintenues. Nous demandons la possibilité d'association Cs – gazométrie artérielle pour les Pneumologues, et Cs – ostéodensitométrie pour les rhumatologues.

Une association correspond à la réalisation de plusieurs actes différents, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin.

3 actes associés sont possibles, y compris les actes complémentaires, sauf pour les traumatismes multiples et la réanimation, qui pourront associer plus de 3 actes.

Les règles seront les suivantes :

* voie différente ou technique différente 75%

*même voie ou même technique 40%, ceci n'a pas notre accord : pour la CSMF, c'est 50%

*pour les actes d'anesthésie 40%, ceci n'a pas notre accord : pour la CSMF, ces actes obéissent aux mêmes règles que l'ensemble.

*Acte complémentaire à 100%. L'acte complémentaire est un geste facultatif au cours d'un acte isolé et ne peut être réalisé de manière indépendante.

*pour les poly traumatismes et les actes de réanimation : 75% pour tous les actes.

LE CODAGE

La mise en place de la CCAM permettra enfin, grâce au codage associé, d'avoir une connaissance réelle de la fréquence des actes diagnostic et thérapeutique effectués par les médecins. C'est un outil indispensable au moment où le concept de maîtrise médicalisée refait surface.

La CCAM est beaucoup plus précise que la NGAP. Elle est fondée sur un classement par appareil.

Le Code principal comportera 7 caractères 4 lettres et 3 chiffres :

* la première lettre concerne le grand appareil, par exemple G pour l'appareil respiratoire.

* la deuxième lettre l'organe (ou la fonction) dans cet appareil - par exemple **GF** concerne l'appareil respiratoire (G) et dans cet appareil le poumon (F)-

- * la troisième lettre l'action – par exemple l'évacuation d'un épanchement pleural, c'est **J**-
- * la quatrième lettre identifie la voie d'abord (ou la technique utilisée) – ex ponction de cet épanchement par voie trans cutanée c'est **B**, si c'était par thoracotomie, c'est **A** –
- * les 3 chiffres suivants servent à différencier les actes ayant le même codage en lettres.

Il s'y ajoute dans une autre case un **code d'activité** du praticien, qui identifie les différents intervenants pour un même acte – exemple 1 pour le chirurgien et 4 pour l'anesthésiste -

Dans certains cas d'actes en plusieurs temps – cela concerne le bordereau 615 - il s'ajoute un code de phase de traitement, ainsi qu'un possible code documentaire : cela a été demandé par les sociétés savantes, mais n'est pas encore validé.

Au code principal et d'activité, on adjoint éventuellement les codes des **modificateurs** : U pour un acte réalisé en urgence, E pour un enfant de moins de 5 ans...

Pour certains actes à surcoût, on indique un code supplémentaire « C ».

Rassurons nous cependant, il semblerait qu'avec 6 codes les cardiologues, par exemple, décrivent 90% de leur activité !!

Dans l'exemple de l'épreuve d'effort, le codage sera DZRP001.

D correspond au système (Cœur et gros vaisseaux), Z à l'organe («cœur sans précision»), R à l'action (« stimulation »), P à la technique (« autre moyen ») et 001 un compteur à 3 chiffres destiné à une différenciation plus précise de certains actes.

LE COPIL

Un comité de pilotage tri partie Etat (représenté par la direction de la SS), Caisses, Syndicats représentatifs médicaux (2 CSMF 2 SML 1 FMF 1 Alliance 1 MGF), sous la coprésidence du Pr Jean Escat et de Mr Christian Prieur, a été mis en place le 09/10/2003. Les décisions sont prises suivant la méthode du « consensus suffisant de chaque partie ». Il a 3 missions :

- la validation des travaux menés sur la CCAM Technique
- le suivi collectif des pratiques et des comportements induits par la CCAM, lors de sa mise en œuvre
- le suivi technique des travaux de la CCAM clinique
- et un calendrier : Juillet 2004 pour la CCAM technique, janvier 2005 pour la CCAM Clinique

Pour cela, ce COPIL est aidé par

- un comité de 5 experts médicaux qui donne son avis sur « les doléances des différentes spécialités », comprenant un chirurgien, un anesthésiste, un radiologue, un pneumologue et un médecin de médecine générale. Ce comité a recueilli les remarques de chaque spécialité et il établit un rapport sur lequel le COPIL arbitrera.
- un comité de 4 experts économiques afin d'éclairer le Copil sur la méthodologie utilisée pour l'élaboration du coût de la pratique. Il vient d'en valider, avec quelques rares modifications la méthodologie.

Le COPIL n'est pas une entité juridique. Pour assurer ses missions fondamentales - suivi de la mise en place de la CCAM , libellés nouveaux ou obsolètes, actualisation du coût de la pratique - il sera indispensable de procéder à son officialisation, afin de disposer d'une structure efficace de maintenance, indispensable pour la gestion future de la CCAM.

LE COUT DE LA CCAM TECHNIQUE

Le principe d'un coût équivalent par rapport à l'ancienne NGAP ne peut être posé comme préalable. En effet il s'agit d'un investissement pour l'avenir qui nécessitera des ressources adéquates. Cet investissement a été chiffré par les Caisses en janvier 2003 à 180 Millions d'euros (honoraires remboursés, année pleine), ou environ 220 Millions d'€ en remboursable. Dans les conditions actuelles de rémunération des actes médicaux, aucune spécialité ne pourra accepter une baisse importante de ses honoraires comme conséquence de la mise en route de la CCAM.

Pour cela, dans la composition de l'Honoraire, il est nécessaire de prévoir, outre le Travail médical et le Coût de la pratique, un **COUT SUPPLEMENTAIRE** (Le rapport du Pr Escat avait parlé de : « part modulable »), destiné, entre autres, à atténuer l'impact négatif sur tel ou tel acte ou groupe d'actes, ou à promouvoir d'autres.

Afin de ne pas remettre en cause la hiérarchisation du travail médical, ce coût supplémentaire pourrait s'intégrer au coût de la pratique. Il permettrait :

- de réduire l'impact CCAM sur certaines spécialités ou groupe d'actes
- de préserver certains actes importants en exercice libéral, dans telle ou telle discipline, que l'on pourrait appeler « actes phares ». Ces actes phares peuvent se situer aussi bien dans des spécialités « perdantes », que « gagnantes », lors du passage en CCAM.

Ce coût supplémentaire pourrait être dans certains cas « amortis » sur 8 ans (délai identique à celui envisagé pour la mise en place de la Tarification à l'activité), c'est-à-dire réduit à zéro dans ce délai, pour certaines spécialités, actes ou groupe d'actes : il s'agit alors d'un coût correcteur initial. Pour d'autres, il serait intégré de manière définitive (en particulier dans le cas de baisses considérables qui peuvent parfois être supérieures à 20%, ne pouvant être supportées).

D'après les chiffres (à valider), dont nous disposons à ce jour, la neutralité financière de la CCAM, se situe avec une valeur du point de travail médical aux environs de 0,44€ (point remboursable). L'investissement de 180 Millions d'€, en remboursé pourrait être utilisé, à la fois pour majorer cette valeur du point et pour financer le coût supplémentaire.