

### Les mesures tarifaires

Le médecin traitant perçoit chaque année 40 euros pour chacun de ses patients de 16 ans ou plus exonérés du ticket modérateur au titre d'une ALD.

Pour les médecins correspondants exerçant en secteur à honoraires conventionnels (dit secteur 1), les consultations effectuées dans le cadre d'un suivi coordonné avec retour d'informations vers le médecin traitant sont valorisées à 22 euros pour les généralistes et à 27 euros pour les spécialistes.

Pour les situations médicales complexes, un avis ponctuel de consultant est valorisé à 40 euros (50 euros pour les psychiatres et neurologues).

Si le patient consulte hors du parcours de soins coordonnés, le spécialiste bénéficie d'une autorisation de dépassement plafonné.

Si le médecin correspondant est généraliste, sa consultation est valorisée à 22 euros... Pour les spécialistes exerçant en secteur à honoraires libres (dit secteur 2), un nouveau secteur optionnel leur est proposé. Dans cette nouvelle option, le spécialiste consulté comme correspondant dans le cadre du parcours de soins coordonnés pratique les tarifs conventionnels en échange d'une participation des caisses à ses cotisations sociales.

Il s'agit là d'un rapprochement entre secteur à honoraires conventionnels et secteur à honoraires libres.

D'autres mesures tarifaires ont été mises en place, notamment pour les enfants de moins de 16 ans.

Ce cadre technique étant mis en place, il reste aux partenaires de la convention à renforcer le contenu médical du rôle du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention et du dépistage.

## La révolution de la classification commune des actes médicaux : CCAM

### Fathia Sahraoui

Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

### Damien Jolly

Département d'information médicale, centre hospitalier universitaire de Reims

### Pierre-Henri Bréchat

Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP); Lapss de l'ENSP

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est le nouvel outil de référence pour la description et le codage des actes techniques médicaux effectués dans les cabinets médicaux libéraux et réalisés par les médecins, dans les établissements de santé publics et privés. Elle sera déployée ensuite pour les actes cliniques. C'est la première étape vers la CCAPS (classification commune des actes des professionnels de santé) qui devrait permettre d'uniformiser le système des recueils de l'activité de l'ensemble des professionnels de santé. Elle permet de mesurer l'activité médicale, d'évaluer les coûts et de facturer les actes médicaux. La première version a été mise en œuvre en janvier 2004 et la version tarifante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, avec une extension aux actes de consultation. La CCAM a été élaborée en partenariat entre les services techniques du ministère de la Santé et les caisses d'assurance maladie, en collaboration étroite avec les représentants des sociétés savantes sur des principes clairement définis *a priori*.

### Pourquoi une nouvelle nomenclature ?

Les deux outils de recueil utilisés jusqu'à présent pour décrire l'activité médicale et établir sa tarification

sont respectivement la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CdAM). Aujourd'hui ils apparaissent obsolètes, incomplets, mal hiérarchisés, non actualisés, comportant parfois des incohérences et des distorsions tarifaires, notamment entre disciplines médicales différentes, justifiant la création de la CCAM. La NGAP subsiste, au moins transitoirement, pour certains champs comme les actes cliniques (consultations, visites), les actes de prélèvements de biologie, les actes paramédicaux, les actes des anatomo-pathologistes et les actes dentaires et de stomatologie.

### De quoi est composée la CCAM ?

C'est une liste de libellés codés décrivant des actes auxquels il est possible d'adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. C'est une classification hiérarchique, structurée en chapitres, correspondant aux grands appareils ou systèmes. Un classement par spécialité aurait en effet entraîné beaucoup de doublons, un certain nombre d'actes pouvant être effectués par plusieurs spécialités. Des outils informatiques ont été créés pour faciliter les recherches par arborescence, par mot clé, avec une assistance au codage.

### Quels en sont ses principes ?

La CCAM se veut exhaustive, maniable et évolutive. Elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte avec un niveau de détail suffisant mais non excessif, et à servir de base à la tarification en secteur libéral et à l'allocation de ressources aux établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI.

Les termes anatomiques médicaux utilisés proviennent de la nomenclature anatomique internationale francisée. Les termes ont été validés par la Commission de terminologie et de néologie. Les actes qu'elle contient sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise à jour de la classification et sur l'inscription desquels la Haute Autorité de santé (HAS) s'est prononcée favorablement.

Chacun des actes diagnostiques ou thérapeutiques est décrit par un libellé selon le principe fondamental de l'acte global, c'est-à-dire comportant implicitement l'ensemble des gestes utiles et nécessaires à l'exécution de l'acte dans la règle de l'art. La CCAM a été conçue de telle sorte que le praticien puisse, dans la grande majorité des cas, décrire son acte avec un seul code. Le vocabu-

### La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Cette méthode de régularisation de l'évolution des dépenses de soins exprime la volonté de mener des actions résolues impliquant l'ensemble du corps médical afin de favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective.

Cet effort repose sur trois principes : la détermination d'engagements quantifiés et régionalisés, un suivi paritaire et décentralisé, une révision annuelle des objectifs.

### Les engagements

Des engagements sur la qualité des prescriptions sont conclus chaque année entre les syndicats signataires de la convention et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sur des thèmes pour lesquels sont portés des constats partagés d'écart important

entre pratiques et référentiels médicaux ou de différence significative de pratique ou de consommation entre régions ou pays comparables, qui ne s'expliquent pas par l'état sanitaire des populations concernées.

Pour chacun des thèmes d'engagement retenus, des objectifs chiffrés sont déterminés et déclinés pour chaque région.

En 2005, les priorités retenues visaient à diminuer significativement les prescriptions d'antibiotiques, d'anxiolytiques et d'hypnotiques, à appliquer les recommandations de bonne pratique lors de la prescription de statines, à augmenter la prescription de médicaments génériques, à respecter la réglementation concernant les prescriptions en rapport avec les affections prises en charge à 100 % et à maîtriser les prescriptions des arrêts de travail.

laire a été harmonisé pour garantir la cohérence de l'ensemble.

### Une codification complexe...

Dans le codage descriptif d'un acte technique médical, doivent être renseignés obligatoirement le code de l'acte, le code activité et le code phase. Gestes complémentaires et modificateurs permettent une éventuelle majoration du tarif de l'acte lorsqu'ils sont signalés et autorisés.

1. Le code de l'acte : chaque acte est décrit par un libellé qui est repéré par un code alphanumérique à 7 caractères composé de 4 lettres et de 3 chiffres. Les 4 premiers décrivent l'acte (organe, action, accès ou technique), les 3 derniers constituent un compteur aléatoire. Exemple : **NZH001** : Biopsie osseuse et/ou biopsie articulaire/du membre inférieur/par voie transcutanée sans guidage.

2. Le code activité permet de différencier des gestes réalisés au cours d'un même acte par des intervenants différents (ex : acte de chirurgie nécessitant l'intervention du chirurgien et de l'anesthésiste).

3. Le code phase de traitement permet de prendre en compte le fait que la majorité des actes sont exécutés en un temps ; certains actes obligent à recourir à des épisodes

successifs et complémentaires les uns des autres, réalisés à des moments différents, ou phases de traitements signalées par un code spécifique. Chacun est un élément de la réalisation de l'acte global désigné par le libellé (ex : reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps).

D'autres codes peuvent être utilisés : code « association » pour signaler la réalisation d'actes différents au cours d'une même séance de soins ; code « extension documentaire » qui permet de fournir un détail supplémentaire sur les modalités d'exécution de l'acte. C'est l'ensemble des éléments constitutifs de ces codes actes, recueillis isolément ou en association, qui permet de calculer la tarification des actes réalisés. Pour l'hospitalisation publique, la rémunération des actes médicaux effectués est comprise dans la valorisation de groupe homogène de séjours (GHS) correspondant au groupe homogène de malades (GHM) dans lequel le séjour sera finalement classé.

### ... Avec une mise en place plutôt chaotique !

Au cours de l'année 2005, trois versions successives de la CCAM devraient être utilisées. De nombreux aménagements, négociés avec

les différents syndicats médicaux représentatifs, vont permettre d'estomper les incidences pécuniaires de sa mise en place sur les revenus moyens des différentes spécialités médicales, apparues à certains comme inacceptables. Ces adaptations, parfois un peu « brutales », mais dictées par le pragmatisme, ont sans doute fait perdre beaucoup à la « noble philosophie » qui avait prévalu lors de l'élaboration initiale de la CCAM. Il faut espérer que ces modifications ne seront qu'adaptatives et transitoires, et que le débat pourra se recentrer sur l'utilisation de cette classification comme un véritable indicateur de santé et non pas seulement comme un instrument tarifaire. ■

La CCAM est consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'assurance maladie, [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), ainsi que sur le site de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr).