

CCAM

La classification commune des actes médicaux

Sommaire

Historique	3
Les textes officiels	5
Classement des actes	5
Règles de fonctionnement	6
Acte global	6
Dérogation à l'acte global	6
Association d'actes	7
Facturation	7
Code de l'acte	8
Code activité	8
Code Phase de traitement	8
Code modificateur	8
Code Association	9
Le nombre de dents	10
Les codes de regroupement	10
Résumé	11

La Classification commune des actes des professions de santé (CCAPS) est destinée à décrire et coder l'activité de tous les professionnels concernés, dans le cadre des obligations réglementaires leur incombant d'une part, dans l'objectif plus large de la mise en place d'un système d'information de santé (SIS) d'autre part. La CCAM concerne la description des seuls actes à l'usage des professions médicales.

Généralités :

La CCAM est un ensemble ordonné d'articles dans lesquels figurent des formules décrivant l'activité des professionnels de santé : les libellés. L'objectif primordial de cette classification est de permettre le recueil d'informations concernant la production de ces professionnels, dans les limites assignées actuellement à son champ de couverture. Pour aider au traitement de ces données, chaque libellé est repéré par un code alphanumérique, ce qui facilite les opérations de recueil, de stockage et d'analyse aux fins de connaissance, de comparaison ou de suivi.

Une des raisons de la création de la CCAM est l'utilisation actuellement obsolète de deux nomenclatures d'actes pour décrire l'activité médicale incompatibles entre elles et imparfaites : la NGAP : Nomenclature générale des Actes Professionnels en place depuis 1945 prévoyant le paiement à l'acte, utilisée par les praticiens libéraux. Le CdAM : Catalogue des Actes Médicaux et le PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information utilisé pour facturer en milieu hospitalier.

La CCAM est un nouveau référentiel d'actes, une liste unique décrivant toute l'activité médicale par un code et un libellé. La loi initialise l'obligation réglementaire du codage des actes en date du 4 janvier 1993 puis par une ordonnance du 24 avril 1996.

On peut adjoindre aux actes décrits en CCAM des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle se veut exhaustive, maniable et évolutive.

Les actes médicaux décrits par la CCAM sont les actes professionnels relevant de la compétence des membres des seules professions médicales, définies à l'article L4111-1 du Code de la Santé publique. Selon les versions de publication, le champ d'application de la CCAM peut être restreint en fonction de la qualification des professionnels concernés ou la nature des actes décrits.

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 s'est prononcée favorablement. La CCAM ne doit en effet pas contenir d'acte obsolète, c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité. Elle ne doit pas non plus comporter d'acte " non éprouvé ", selon la terminologie proposée par le conseil national de l'Ordre des Médecins. La Haute autorité de santé peut cependant donner des recommandations restrictives pour certains actes inscrits, dont la réalisation lui paraît exiger une qualification de l'exécutant ou un équipement particulier, ou devoir être limitée à certaines indications. Ceux des actes qu'elle estime nécessaire d'encadrer dans l'attente

d'une validation plus complète sont inscrits dans la CCAM comme « actes en phase de recherche clinique », et repérés de façon particulière.

Si elle ne décrit que des actes dont la validité a été appréciée par la Haute autorité de santé et supposés réalisés dans les règles de l'art, la CCAM ne saurait être considérée comme un instrument d'évaluation de la qualité ; coder un acte signale sa réalisation sans préjuger du respect des standards de bonnes pratiques admis au moment de son exécution.

Cette liste d'actes est utilisée par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, c'est un système d'information et de facturation commun. Ses propriétés sont : l'exhaustivité car elle répertorie tous les actes remboursables ou non ; la bijectivité, un libellé non ambigu est équivalent à un code et un seul ; il existe des notes explicatives de réalisation et de facturation ; elle est compréhensible par tous et évolutive ; de nouveaux actes peuvent rapidement être décrits dans la CCAM, pour une adaptation aux techniques et pratiques dès validation par la Haute Autorité de Santé.

Historique

1999 : Écriture et Création des libellés CCAM dentaire par les experts de la profession : élaboration commune des sociétés savantes, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de l'Assurance Maladie, hiérarchisation intra spécialité en points travail et hiérarchisation inter spécialités.

La tarification des actes selon la hiérarchisation, n'a pas été retenue car elle ne tenait pas compte des contraintes économiques de l'Assurance maladie et des actes perdants pour les chirurgiens-dentistes.

2005 : la CCAM devient le référentiel des actes techniques médicaux excepté ceux communs aux chirurgiens-dentistes et stomatologues; pour ces raisons tarifaires, la profession est restée sur le bord de la route avec une nomenclature obsolète.

2006 : la mise en place de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes de chirurgie dentaire est mise à l'étude. Selon le texte de la Convention, elle devrait permettre une nouvelle étape dans la mise en conformité des honoraires des soins opposables avec les conditions économiques et médicales utiles à leur réalisation.

2007 : mise en place d'un groupe de travail avec les différents syndicats de chirurgiens-dentistes pour relire les libellés CCAM décrits en 1999 , les adapter à l'exercice et faire un travail de correspondance entre les actes NGAP et actes CCAM pour en définir la cotation.

2003 et 2009 : enquêtes sur la fréquence des actes dentaires sur un échantillon représentatif pour déterminer la répartition des actes, évaluer la valeur de la base de remboursement des nouveaux actes et l'impact sur le remboursement total de l'assurance maladie.

2011 : négociation sur l'adaptation des règles de fonctionnement de la CCAM à l'exercice dentaire, la gestion des spécificités comme les bridges, les conditions d'attributions, etc...

Avril 2012 : l'avenant 2 conventionnel publie les actes en cours de transposition de la NGAP en CCAM.

Octobre 2012 : La Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels valide la transposition NGAP en CCAM

Novembre 2013 : Publication au Journal Officiel de l'Avenant N°3

L'avenant N°3 conventionnel définit les conditions d'application dans les cabinets dentaires, la date étant le 1^{er} Juin 2014.

Ce qui change :

Le passage des actes techniques dentaires de la NGAP en CCAM induit la disparition des lettres clés et coefficients pour les actes en D, DC, SC, SPR, Z pour les omnipraticiens. Ne restent de la NGAP que les actes correspondant aux lettres clés C, CS, V, VS, TO, et accessoires IF, IK, IKM, IKS.

Les orthodontistes exclusifs restent en NGAP et continueront à facturer les actes en Z, TO et CS.

La CCAM comporte actuellement un catalogue d'environ 630 actes dentaires définissant la presque totalité de l'activité de façon précise et évolutive parmi l'ensemble des 7500 environ actes médicaux. Elle met en évidence environ 80 actes non remboursables, clairement définis et justifiés médicalement. C'est aussi un outil de dialogue et d'échanges avec les financeurs pour faire évoluer les tarifs des actes pris en charge et créer éventuellement une prise en charge pour d'autres. Environ 360 actes CCAM ont été « importés » depuis la NGAP.

La CCAM est un catalogue d'actes pris en charge et non pris en charge par l'Assurance maladie qui choisit ceux qu'elle veut rembourser. Les actes non pris en charge par l'Assurance maladie n'ont pas de tarif de référence. Il n'y a aucun changement du mode de tarification :

- actes pris en charge opposables,
- actes pris en charge à honoraires libres
- actes non pris en charge NPC ou NR on ne parle plus de HN (Hors Nomenclature)

La description de la CCAM

Les textes officiels

3 Livres

- Livre I : Dispositions générales, Il contient les règles de prise en charge des actes et les définitions des termes utilisés.
- Livre II: La liste des actes CCAM avec le détail de la prise en charge par l'Assurance Maladie. , Il décrit l'ensemble des actes avec les codes, libellés et les propriétés de chaque acte
- Livre III: Dispositions diverses décrit les règles de fonctionnement et les exceptions

2 Avenants conventionnels

1 Charte

Classement des actes

Le volume analytique de la CCAM est structuré par des subdivisions constituant 4 niveaux hiérarchiques différents : chapitres, sous chapitres, paragraphes, sous paragraphes.

Les libellés de la CCAM sont répartis en 18 chapitres, premier niveau du classement hiérarchique. Ces chapitres sont repérés par un nombre en chiffres arabes sur deux caractères. Le classement est fait par grands appareils (organes) et non par spécialités médicales.

Les chapitres 01 à 16 sont définis par le système anatomophysiologique. Les actes dentaires sont principalement au niveau 7 « Système digestif ».

Le chapitre 17 réunit tous les actes pour lesquels aucune précision n'est fournie quant au système ou à l'appareil concerné. Le chapitre 18 comporte les listes distinctes des gestes complémentaires d'une part, des modificateurs d'autre part.

CODE	LIBELLE
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents

Le niveau final de description est l'acte décrit par un seul libellé, précédé par un code. Les libellés des actes décrivent un traitement et pas une pathologie avec un niveau de détail nécessaire et suffisant pour le rendre unique.

Règles de fonctionnement

Acte global

Un libellé décrit un acte diagnostique et/ou thérapeutique complet et achevé. Chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des actes nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art. L'anesthésie locale pour les actes de petite chirurgie fait partie de l'acte. Il comprend, pour le professionnel de santé qui réalise l'acte la période pré (hors la consultation à l'origine de l'acte) et post opératoire (en ce qui concerne les conséquences directes liées à l'acte) pendant une durée de 15 jours.

- Deux types d'actes globaux

Acte isolé (AI) Acte qui peut être réalisé de manière indépendante

L'acte NGAP « extraction d'une dent permanente DC 16 » et l'autre acte NGAP « extraction de chacune des suivantes au cours de la même séance DC8 » se regroupent en un seul acte CCAM « HBGD043 Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie »

Procédure (P) regroupement usuel d'actes isolés

L'acte CCAM « HBBD003 Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification » décrit deux étapes cliniques L'obturation radiculaire dentaire après apexification inclut la mise en forme canalaire

RÈGLE 1: un utilisateur doit coder l'acte réalisé dans le respect du principe d'acte global, en choisissant la modalité la plus simple, la plus complète et la plus synthétique de description.

RÈGLE 2: le code recueilli est celui du libellé dont l'intitulé correspond le plus exactement possible à la description de l'acte effectué. le codage « par assimilation » d'un acte non inscrit à la CCAM est interdit.

Dérogation à l'acte global

Acte ou geste complémentaire (AC) : geste facultatif qui ne peut être facturé de manière indépendante sans un acte principal, les gestes complémentaires possibles sont décrits entre parenthèses après le libellé de l'acte principal

Acte principal

HBGD035 Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade (ZZLP025, HBQK061)

Geste complémentaire

HBQK061 Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

ZZLP025 Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1
À l'exclusion de : anesthésie rachidienne au cours d'un accouchement par voie basse (AFLB010)

Facturation : doit être facturé lors de la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale pour un acte diagnostique ou thérapeutique qui, dans la classification, ne comporte ni tarif propre à l'anesthésie ni indication d'un autre code d'anesthésie complémentaire au-dessous du libellé de l'acte

Association d'actes

Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes dans le même temps, pour le même patient, par le même chirurgien-dentiste.

Il existe des incompatibilités d'association entre les différents actes.

Exemples

- HBBD005 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent et HBBD006 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents sont incompatibles car il faut sélectionner le bon code et libellé suivant HBBD007 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
- Il n'est pas possible d'associer un acte technique avec une consultation et une visite.
 - HBBD005 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent et C Consultation sont incompatibles.

Facturation

L'acte doit être inscrit à la CCAM pour être facturable à l'assurance maladie obligatoire et doit être effectué personnellement par le professionnel de santé.

Certains actes sont pris en charge sous conditions inscrites dans des indications équivalentes aux conditions d'attribution NGAP ou des conditions particulières de réalisation et dans des conditions de facturation description de la présentation au remboursement.

Exemple 1 :

Avulsion de plus de deux dents

Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire

Avec ou sans : régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire

Exemple 2 :

HBJD003 Détartrage et polissage des dents sur 2 arcades

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

Certains actes inscrits à la CCAM ne sont pas pris en charge et n'ont pas de tarif de référence.

5 codes sont obligatoires à renseigner lors de la facturation

- Code de l'acte
- Code activité
- Code phase de traitement
- Codes Modificateurs
- Code Association

Code de l'acte

Sous la forme de « **AAAA NNN** » 7 caractères composé de 4 lettres suivies d'un compteur aléatoire de 3 chiffres. Un chiffre compris entre 900 et 999 indique toujours un acte en cours d'évaluation.

Code activité

Il identifie les actions des différents intervenants pour un même acte.

Le nombre d'intervenants nécessaires pour un acte est défini en référence aux règles de l'art. **Il est constant et obligatoire.**

- 1 caractère de 1 à 5
 - **1** pour un seul intervenant
 - **2** ou **3** pour les autres opérateurs
 - **4** pour l'anesthésiste dans les anesthésies générale ou locorégionale
 - **5** pour la CEC (surveillance circulation extracorporelle)

LE CHIRURGIEN DENTISTE AURA TOUJOURS UN CODE ACTIVITÉ 1

Code Phase de traitement

- 1 caractère
 - **PAR DÉFAUT, LORSQU'IL N'Y A QU'UNE SEULE PHASE DE TRAITEMENT, LE CODE EST «0»**
 - Le code «1» identifie la première phase de traitement,
 - Le code «2» la deuxième phase,
 - Le code «3» la troisième phase.

Par dérogation, il n'est pas nécessaire d'inscrire le code « 0 » lors de l'exécution d'actes en cabinet de ville.

Code modificateur

C'est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation, précisent les circonstances de l'acte qui sont valorisées. Les modificateurs sont inscrits regard de chacun des actes concernés [E, F, N, U].

Ils sont quantifiés en pourcentage de la valeur de l'acte ou en forfait . 4 modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Chaque modificateur s'applique au tarif de l'acte, indépendamment de la présence d'autres modificateurs.

- **Modificateur âge (E)**
 - Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans +49%.
- **Modificateur urgence (F)**
 - Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié, Forfait 19.06 €
- **Modificateur -13 ans (N)**
 - Majoration pour traitement des dents permanentes des enfants de moins de 13 ans +15,70%
- **Modificateur Urgence (U)**
 - Urgence chirurgiens dentistes nuit 20h - 8h, Forfait 25,15 €

Code Association

Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes dans le même temps, pour le même patient, par le même praticien. A condition qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre ces différents actes. Le code association peut avoir une valeur de 1 à 5, le code association module la valeur de l'acte en fonction des autres effectués dans la séance.

- 1 SIGNIFIE QUE L'ACTE EST TARIFÉ À 100 %.
- 2 SIGNIFIE QUE L'ACTE EST TARIFÉ À 50 %.
- **3** signifie que l'acte est tarifé à 75 %.
- 4 EST UTILISÉ POUR DES LES ACTES DE RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS À TAUX PLEIN ENTRE EUX OU À UN AUTRE ACTE, TOUS LES ACTES DE L'ASSOCIATION SONT TARIFÉS À 100 %.
- **5** signifie que les actes sont tarifés à 100 % pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée,

Pour les médecins

- l'association de 2 actes au plus, selon la règle générale y compris un geste complémentaire, est ainsi tarifée :
 - 1er acte à 100% de sa valeur (code 1)
 - 2ème acte celui ayant un tarif le moins élevé que le premier, 50 % de sa valeur (code 2)
 - 3^{ème} acte et + = 0% de sa valeur
 -

Pour les chirurgiens dentistes, après la CNSD ait âprement négocié

Dans le Livre III, une dérogation permet pour la plupart des actes dentaires une association de 2 actes et plus, y compris un geste complémentaire, peut être tarifée

- 1^o acte 100% de sa valeur (code association 1)
- 2^{ème} acte 100% de sa valeur (code association 1)
- 3^{ème} acte 100% de sa valeur (code association 1)

sans limitation de nombre dans une séance.

HBGD057 Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade = 1code et un libellé

Le nombre de dents

En NGAP, la facturation d'un acte ne permet que la possibilité de décrire aucune ou une seule dent. En CCAM, un acte peut décrire jusqu'à 16 dents, qui sont portées sur la feuille de soins lors de la facturation à l'assurance maladie obligatoire.

HBGD284 Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade 12 13 15 26

Les codes de regroupement

Des "codes regroupements", sont des codes agrégés signifiants, qui sont transmis à la place du code CCAM aux organismes complémentaires par l'UNCAM. Ils correspondent à des familles d'actes de même nature et sont inscrits après chaque libellé dans la base CCAM. Les codes regroupement en CCAM vont se substituer aux lettres clés NGAP.

ADC Actes de chirurgie
ADI Actes d'imagerie
ATM Actes techniques médicaux (hors imagerie)
AXI Actes de Prophylaxie et Prévention
END Actes d'endodontie
IMP Pose d'implants ou de matériel pour implantologie
INO Actes Inlay-Onlay
PAM Prothèses amovibles définitives métallique
PAR Prothèses amovibles définitives résine
PDT Prothèses dentaires provisoires
PFC Prothèses Fixes Céramiques
PFM Prothèses Fixes Métalliques
RPN Réparations sur prothèse
SDE Soins Dentaires
TDS Parodontologie ADP Actes divers de prothèses dentaires
AXI Prophylaxie bucco-dentaire
ICO Actes inlay core

Ils sont générés automatiquement par les logiciels de télétransmission ou lors de la liquidation. Ces codes figurent sur le décompte adressé à l'assuré.

Résumé

NGAP

Sans codage

Libellé non standardisé

Fréquence des actes approximative

Lettre clé + coefficient

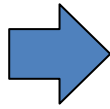
SC 17 = 40,97 €

Montant des lettres clés paramétrable

Un seul numéro de dent par acte

Informatique conseillée

Sesam vitale 1.31



CCAM

Codage

Libellé standardisé

Liste médicale des actes

Description globale de l'activité dentaire

Actes complémentaires

Coefficient majoration

HBMD038 = 40,97 €

Montant calculé par un module Sésam Vitale

Plusieurs numéros de dents possibles par acte

Informatique indispensable

Sesam Vitale 1.40