

■ Revues générales

Les cotations en ophtalmologie : rappels et évolutions de la CCAM

RÉSUMÉ : Après avoir traité des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP, *Réalités Ophtalmologiques* n° 273), nous abordons les cotations de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Certaines notions qui sont communes à la NGAP et à la CCAM seront parfois répétées dans cet article. Seules les situations de cotation les plus fréquentes seront détaillées.

→ C. NOVEL

Élue au CA

et membre de la commission SS du SNOF, Ophtalmologiste, SAINT-VALLIER.

■ Comprendre la CCAM

Créée il y a 15 ans, la classification commune des actes médicaux (CCAM) est une liste de libellés codés décrivant les actes médicaux, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle est commune au secteur privé et public. Elle décrit les actes techniques médicaux validés, qu'ils soient tarifés ou non. À chaque code correspond un seul libellé et réciproquement [1, 2]. Actuellement, elle regroupe plus de 8 000 actes techniques. Ces actes concernent l'activité des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. La CCAM se veut exhaustive et évolutive. Cette classification permet donc la description (et la surveillance...) de l'activité médicale en France.

Le fichier CCAM indique aussi le tarif opposable (TO), base de remboursement de l'acte par l'Assurance Maladie (AM). Ce TO peut varier en fonction de la situation conventionnelle du médecin : secteur 1 (S1), adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou secteur 2 (S2). En ophtalmologie, près de 140 actes ont un tarif opposable différent selon le secteur d'exercice.

1. Classement

La CCAM est structurée en chapitres, classés par "grands appareils". Le chapitre 2 concerne l'œil et ses annexes.

Les codes principaux de la CCAM sont des codes alphanumériques à sept caractères. Ils comportent une partie initiale, de quatre caractères alphabétiques en capitales, et une partie terminale, de trois caractères numériques en chiffres arabes. Les caractères numériques n'ont pas de signification particulière. Les caractères alphabétiques :

- la première lettre indique la localisation anatomique globale de l'acte, le code est B pour l'œil et ses annexes ;
- la deuxième lettre indique la fonction ou la localisation précise, par exemple : L pour vision, F pour cristallin ;
- la troisième lettre indique l'action réalisée, par exemple : Q pour examiner, G pour extraire ;
- la quatrième lettre indique le mode d'accès ou la technique utilisée, par exemple : P pour accès non précisé, A pour abord ouvert.

La lecture du code permet donc, dans une certaine mesure, d'identifier la modalité de réalisation de l'acte, par exemple : BLQP = examiner la vision,

Revue générale

BFGA = extraire le cristallin en ouvrant l'œil.

2. Codes de regroupement

Ces codes sont définis par la nature des actes. Ils permettent une classification alternative. Ils sont normalement les seules informations transmises par l'Assurance Maladie aux organismes complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), en vue du remboursement du ticket modérateur. Ces codes sont principalement :

- ADC : actes de chirurgie ;
- ADI : actes d'imagerie (hors échographie) ;
- ADE : actes d'échographie ;
- ADA : actes d'anesthésie ;
- ATM : actes techniques médicaux.

Sur une note d'honoraires adressée aux complémentaires santé (pour un acte non remboursable par l'Assurance Maladie), il ne faut pas faire figurer le code CCAM de l'acte. Il faut uniquement indiquer le code de regroupement, pour préserver le secret médical.

3. Notions complémentaires (hors exceptions)

>>> Notion d'acte global : si un acte complémentaire doit systématiquement être réalisé en sus de l'acte principal, alors il fait partie intégrante de l'acte principal sans honoraires supplémentaires.

>>> Notion d'acte "diagnostique" : l'acte diagnostique est coté une seule fois à plein tarif, qu'il soit fait sur un œil sur les deux yeux (acte uni- ou bilatéral).

>>> Notion d'acte "thérapeutique" : réalisé sur les 2 yeux, l'acte thérapeutique peut être coté à plein tarif pour un œil et à demi-tarif pour le deuxième œil (sauf si le libellé comprend les deux yeux).

Où trouver la CCAM ?

La CCAM est en ligne sur le site de l'Assurance Maladie [1-3]. Elle est régulièrement mise à jour. On peut consulter ou

télécharger toute la nomenclature. C'est la dernière version complète de la CCAM téléchargeable qui est la référence et qui est opposable. Au 1^{er} octobre 2020, la version applicable porte le n° 64.

On peut aussi faire une recherche ciblée par mot-clé, par code CCAM ou par chapitre, mais les informations ne sont alors pas toujours réactualisées en temps réel (fig. 1 et 2). Par code, on accède à la fiche abrégée de l'acte, qui donne accès

Fiche d'acte détaillée > Voir la fiche abrégée

Imprimer | Exporter | Mémoiser

CODE : BZQK001
LIBELLE : Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'oeil par scanographie à cohérence optique
Libellé court : TOMOGRAPHIE UNI / BILAT DE L'OEIL PAR SCANOGRAPHIE À COHÉRENCE OPTIQUE

Code regroupement : ATM - Acte technique medical

Date d'effet :

Activité : **Phase :**

Convention PS :

Notes et description	Prise en charge	Tarification	Associations	Historique	Actes voisins
Tarification					
Prix de l'acte : 56,54 euros					
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros					
Modificateurs					
Code	Libellé	Montant			
F	Actes en urgence dimanche ou jour ferie	40.0 euros			
S	Urgence nuit 00h-08h pediatres, SF et med. gen. ou autres med. pr acte thérapeutique sous anesthésie	80.0 euros			
U	Urgence hors pediatres, SF et omnipraticiens nuit 20 h - 8 h	50.0 euros			

Fig. 2 : Extrait de la fiche détaillée de la CCAM, tarif S1 et OPTAM pour OCT, onglet tarification [1].

CNAMTS - CCAM version 61 applicable au 01.01.2020									
Code	Texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Rembl. ss Cotisations	Accord Prélabile	Exo. TM	Regroupement
02.01.05 Autres actes d'imagerie de l'œil									
BZQK001 [F, P, S, U]	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'œil par scanographie à cohérence optique	1	0	56,54	47,88			2	ATM

Fig. 1 : Extrait de la CCAM en ligne téléchargée pour l'OCT [1].

I Revues générales

à la fiche détaillée. Sur cette fiche, pour obtenir le tarif opposable, il faut renseigner dans le menu déroulant le secteur conventionnel du médecin. Les associations impossibles sont, en général, indiquées sur la fiche de l'acte.

Parfois, l'uni- ou la bilatéralité de la cotation n'est pas évidente. Il faut chercher l'information à côté du titre des sous-chapitres, elle y figure *in extenso* ou apparaît en cliquant sur l'icône .

Acte médical technique et principes de cotation-facturation

On entend par acte médical technique tout "acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence".

1. Cotation-facturation

En pratique quotidienne, pour pouvoir coter un acte technique, celui-ci doit figurer dans la CCAM. **On rappelle que pour coter et facturer sur une feuille de soins, l'acte doit être médicalement justifié, réalisé par le médecin en personne et selon les termes du libellé de la CCAM. La cotation-facturation est effectuée par le médecin, sur la feuille de soins au nom du patient et datée du jour de la réalisation de l'acte.** Chaque acte doit faire l'objet d'un compte rendu inscrit dans le dossier médical. Ce compte rendu, qui peut figurer en abrégé dans le dossier, doit pouvoir être formalisé avec les informations précises réclamées par l'AM (*fig. 3*).

En l'absence de libellé correspondant à l'acte effectué ou à son mode de réalisation, on ne peut en aucun cas procéder à une cotation par assimilation : l'acte est alors dit "hors nomenclature". Pour l'acte hors nomenclature (HN), le patient doit être informé du montant des

- Renseignements administratifs (identité du patient, date de l'acte...)
- Renseignements d'ordre médical
- Indication de l'acte
- Modalités techniques précises quand cela est nécessaire
- Résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents
- Conclusions motivées
- Iconographie appropriée : CV, OCT, angiographie...
- Ce compte rendu est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte.

Fig. 3 : Compte rendu type.

honoraires (fixés avec tact et mesure) et de l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie. L'acte ne doit pas être facturé sur une feuille de soins, mais doit faire l'objet d'une note d'honoraires que le patient pourra faire valoir auprès de sa complémentaire santé.

2. Les associations

Elles correspondent à la réalisation de plusieurs actes dans la même séance pour un même patient. Pour la facturation, il existe des impossibilités d'associations de cotation :

- on ne peut pas associer une cotation NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) à une cotation CCAM (exception CS + biopsie de paupière) ;
- on ne peut pas associer certains actes considérés comme redondants. Par exemple BGQP002 (fond d'œil au verre de contact en biomicroscopie) et BHQP002 (gonioscopie) ne peuvent pas être associés sur la feuille de soins. Ces précisions figurent sur la fiche détaillée de l'acte principal dans la CCAM. Pour BGQP002, on peut lire : "Avec ou sans gonioscopie oculaire".

En règle générale, en CCAM, on peut facturer au maximum 2 actes dans la même séance de soins. Même si 4 actes CCAM sont réalisés lors d'un rendez-vous, l'Assurance Maladie n'accepte la facturation que de 2 actes. Les 2 autres actes sont donc réalisés gracieusement [2]. Les actes doivent être associés grâce à des codes spécifiques dits "codes d'association". Le premier acte, celui qui a le tarif

le plus élevé, est inscrit avec le code 1 et est facturé à taux plein. Le deuxième acte est inscrit avec le code 2 et est facturé à 50 % de sa valeur.

Des exceptions sont possibles avec un code 5 qui permet d'associer plus d'actes, sous réserve de raison médicale particulière justifiée et de réalisation à des moments différents et discontinus de la même journée. Attention : cette facturation particulière fait régulièrement l'objet de contrôles et de redressements de la part des caisses.

Évolutions de la CCAM

1. Décotations patentes

La CCAM n'est pas figée. Dans le cadre de l'évolutivité de la CCAM, l'Assurance Maladie a annoncé une refonte prochaine de la classification pour l'ophtalmologie, ce qui fait craindre des décotations à venir.

Unilatéralement, l'Assurance Maladie peut changer des libellés, des codes et des tarifs sans concertation avec les ophtalmologistes. Ces décotations peuvent même se faire contre l'avis des représentants des ophtalmologistes (Académie française d'ophtalmologie [AFO], Syndicat national des ophtalmologistes de France [SNOF]). En pratique, la CHAP (commission de hiérarchisation des actes professionnels), composée à parité de représentants des caisses et des syndicats médicaux représentatifs, ne peut

POINTS FORTS

- Toute cotation doit être médicalement justifiée.
- L'acte doit être réalisé par le médecin et selon le libellé de la CCAM.
- C'est le médecin qui effectue la cotation et signe la feuille de soin.
- L'acte doit être coté et facturé en date du jour de sa réalisation et en respectant les règles d'association.
- Pour chaque acte, un compte rendu doit figurer dans le dossier.

pas toujours s'opposer aux décisions des caisses. En effet, il manque souvent des voix syndicales (absence à la réunion ou désaccord) alors que les caisses sont toujours unanimes dans leur choix de vote. C'est un système peu satisfaisant. Il conduit parfois à décider de changements contre l'avis des syndicats médicaux concernés, ce qui pose question sur la pertinence des décisions prises. Ce système devrait changer prochainement, mais sera-t-il meilleur ?

Voici des exemples récents de décotation :

>>> OCT (BZQK001) : suppression de la cotation pour l'examen du deuxième œil en juillet 2018 [4]

Cette suppression a été décidée unilatéralement par l'Assurance Maladie. En janvier 2019, en "compensation" de cette suppression, la cotation BZQK001 a atteint son "tarif cible" (tarif prévu lors de la mise en place de la CCAM) pour les S1 et OPTAM. Le TO est donc de 56,54 € pour les S1 et OPTAM et de 47,88 € pour les S2.

>>> Injection de céfuroxime en chambre antérieure (BELB001) : suppression en août 2018 [5]

Elle ne peut plus être codée en association avec l'extraction du cristallin et avec quelques autres actes. Néanmoins cette antibioprofylaxie est efficace et reste indispensable. Médico-légalement, elle

doit être réalisée systématiquement en fin de chirurgie de cataracte, même si l'acte n'est plus rémunéré.

>>> Fluoroscopie (BZQP002) : suppression en août 2020

Cette cotation, qui était utilisée très fréquemment depuis des décennies pour l'examen de la surface oculaire, a été rayée de la CCAM par l'Assurance Maladie, sous prétexte d'obsolescence. Malgré l'intervention du Conseil national professionnel de l'ophtalmologie, la caisse s'est entêtée à interpréter cette cotation comme la fluoroscopie du fond d'œil !

2. Décotations latentes ?

En 2019, l'Assurance Maladie a modifié des codes et libellés pour l'extraction du cristallin [6]. L'AFO et le SNOF s'y sont opposés en vain. Le code BFGA004 (PKE phacoémulsification + ICP implant de chambre postérieure) a disparu, laissant place à BFGA427 = PKE + ICP + sans drain. Le tarif est inchangé à 271,70 €. D'autre part, le code BFGA368 = PKE + ICP + dispositif de drainage trabéculaire *ab interno* a été créé avec un tarif de 252,96 €, soit environ 20 € de moins que pour PKE + ICP ! Au passage, le code anesthésique est devenu facultatif pour BFGA368...

Cette disparité de rémunération, sans fondement sur la charge de travail, fait craindre une baisse de tarification pour la chirurgie de cataracte, car la situation

est ubuesque... Pourtant, la cataracte fait partie des actes les plus efficaces.

■ Revalorisations

1. Tarif cible

En janvier 2019, après 7 ans de blocage, 114 actes techniques ont pu atteindre leur tarif cible (tarif prévu lors de l'introduction de la CCAM en 2014). Cela concerne les ophtalmologistes S1 et OPTAM. Par exemple, le tarif de BLQP004 (champ visuel avec mesure seuil) est passé de 33,36 à 39,43 €.

2. Les modificateurs [7]

Ils ont été récemment revalorisés, ce qui explique leur position dans ce paragraphe. Ce sont des codes qui, appliqués à une cotation, augmentent le tarif de l'acte. Ils sont liés à des circonstances (urgence) ou réservés à certains actes (sur liste). Ils sont indiqués sous le code de l'acte dans le fichier téléchargé de la CCAM ou dans l'onglet tarification sur la fiche détaillée de l'acte.

>>> Les modificateurs d'urgence vraie

L'urgence est définie, pour l'Assurance Maladie, comme la réalisation d'un acte non prévu 8 h auparavant. **La notion d'urgence doit être justifiée et les actes réalisés en situation d'urgence médicale vraie doivent être facturés au tarif opposable.** Les majorations d'urgence sont utilisables par les médecins des différents secteurs de la convention. Mais seuls certains actes CCAM sont éligibles aux majorations d'urgence. Les codes des majorations possibles figurent sur la fiche de l'acte, dans la CCAM en ligne.

Pour les actes éligibles aux majorations d'urgence :

- entre 20 h et minuit, le code de majoration est U = 50 € ;
- entre minuit et 8 h, le code est S = 80 € ;
- entre 8 h et 20 h le dimanche ou un jour férié, le code est F = 40 € ;

I Revues générales

– urgence d'organe de jour, de 8 h à 20 h, le code est O = 80 € pour un acte chirurgical réalisé en urgence dans un délai maximum de 6 h après l'admission et pratiqué dans un établissement privé disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS (agence régionale de santé) ou en cas de patient non transférable.

Un seul acte était éligible au code O : suture de plaies multiples de paupières BACA007. Le SNOF a obtenu de l'Assurance Maladie que 17 actes supplémentaires (notamment les plaies du globe et les plaies des muscles oculomoteurs) soient bénéficiaires de ce coefficient O. Cela est effectif depuis le 21 février 2020.

Les codes O, U, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une fois par intervenant et par patient, quel que soit le nombre d'actes réalisés.

En dehors de ces créneaux horaires ou situations, il n'existe pas de majoration pour les demandes de prise en charge en urgence appelées "soins non programmés". Comme pour la NGAP, le SNOF demande que ces urgences vues en accès direct bénéficient de majorations spécifiques.

>>> Modificateurs pour des actes de chirurgie strabologique

Toujours à l'initiative du SNOF, une quinzaine d'actes de strabologie ont été revalorisés au 21 février 2020. Cette revalorisation se fait *via* des coefficients multiplicateurs :

- le coefficient J : +6,5 % utilisable par tous les secteurs ;
- le coefficient K : +20 % utilisable par les médecins S1 ou OPTAM-CO et utilisable par tous les médecins pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- le coefficient T : +11,5 % pour le secteur OPTAM.

Cotation CCAM et cotation AMY

>>> Ophtalmologiste en "travail aidé" avec un orthoptiste

Les règles tarifaires ont été clarifiées [8] et, dans le cadre du travail aidé, on ne peut pas facturer le même jour :

- AMY 8,5 et BLQP010 (vision binoculaire) ;
- AMY 8,5 et BLQP010 (vision binoculaire) + BJQP002 (motricité oculaire) ;
- bilan orthoptique et CS ou APC (moratoire pour l'application) ;
- bilan orthoptique et BLQP010 (vision binoculaire) ;
- bilan orthoptique et BLQP010 + BJQP002 (vision binoculaire + motricité oculaire).

Ces règles s'appliquent quel que soit le mode d'exercice de l'orthoptiste, salarié ou libéral, et quel que soit le lieu d'exercice de l'ophtalmologiste, en libéral ou en établissement.

On rappelle que, sur une même séance, les cotations de l'orthoptiste et de l'ophtalmologiste ne doivent jamais être redondantes.

>>> Dépistage à distance de la rétinopathie diabétique

Ce dépistage par télémedecine associe l'acte de rétinographies par l'orthoptiste, coté AMY 6,1 ou AMY 6,7 avec BGQP140, acte de lecture différée des clichés par l'ophtalmologiste. Cette association a été traitée dans l'article sur la NGAP.

Conclusion

Les cotations se complexifient à outrance. L'Assurance Maladie, plutôt que de revaloriser les actes, ajoute des modificateurs et des majorations dont

l'usage est lié à des critères précis. Cette évolution de la nomenclature la rend de plus en plus difficile à appliquer.

En fait, le but de l'AM est de diminuer la part du paiement à l'acte dans la rémunération du médecin pour aller progressivement vers un "paiement combiné". Les médecins, en majorité, y sont opposés. Pour l'AM, il s'agit de mettre en place une rémunération toujours plus forfaitisée : forfait structure, forfait patientèle, forfait sur objectif, forfait pour suivi des pathologies chroniques, paiement forfaitaire groupé pour plusieurs acteurs d'une séquence de soins, par exemple pour une intervention chirurgicale. Néanmoins, pour les prochaines années, la part du paiement à l'acte devrait rester prédominante en médecine de ville.

SITOGRAFIE

1. www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php
2. www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1678/guide_lecture_complet_01082008.pdf
3. www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ccam-manuel.pdf
4. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037058024&categorieLien=id
5. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037285168&categorieLien=id
6. www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000038359055&cidTexte=JORFTEXT000038359053&categorieLien=id
7. www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/LISTE_DES_ACTES_ET_DES_PRESTATIONS_-_29_aout_2020.pdf
8. www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2019/CIR-39-2019.PDF

L'auteure a déclaré être élue au CA et membre de la commission SS du SNOF.