Exercice professionnel

Comment optimiser son codage CCAM ?

RÉSUMÉ : Un constat s'impose : le budget alloué par les tutelles pour l'exercice médical est à la baisse. L'optimisation de la cotation devient vitale pour le praticien, l'établissement et le patient. Ces optimisations sont applicables aux secteurs 1 et 2 ainsi qu'aux établissements publics et privés. L'optimisation passe aussi par la compréhension des méandres de la protection sociale française car certains droits supposés ne sont pas absolus et soumis à conditions que chaque praticien se doit de connaître afin de résister aux demandes parfois abusives.

B. POTIER
Chirurgien Plasticien,
Polyclinique du Parc, CHOLET.

Un constat s'impose : le budget alloué par les tutelles pour l'exercice médical est à la baisse : -2/-3 % pour les établissements et non révision des tarifs opposables (TO). L'optimisation de la cotation devient vitale tant pour le chirurgien que pour l'établissement. Je suis jeune chirurgien libéral exerçant en solitaire dans un établissement dont je suis actionnaire. Il m'a fallu comprendre et trouver des voies d'optimisation légales tant pour ma comptabilité que pour celle de mon établissement.

Ces optimisations sont applicables aux secteurs 1 et 2 ainsi qu'aux établissements publics et privés.

L'une des conséquences de l'optimisation a été la compréhension des méandres de la protection sociale française et de pondérer les droits "supposés" envers certains patients. Si chaque patient a indiscutablement le droit de voir ses soins pris en charge par l'Assurance Maladie à laquelle il cotise, les nouvelles obligations de tiers-payant (TP) et d'interdiction de dépassement (DP) pour certains bénéficiaires (CMUC, ACS) ne sont pas absolues et soumises à conditions que chaque praticien se doit de connaître afin de résister aux demandes parfois abusives.

La protection sociale française de base

Un régime de base est la couverture minimale obligatoire, les garanties variant d'un régime à l'autre. Ces régimes de base sont pour les salariés la CNAMTS et les CPAM, les agriculteurs la MSA et les professions libérales le RSI (en sursis). S'y ajoute une multitude de régimes spéciaux.

La protection universelle maladie (PUMA) constitue depuis le 1er janvier 2016 le 4e régime de base pour toute personne résidant en France de manière stable et régulière. La PUMA remplace la CMU créée en 1999 dont elle en reprend les principales caractéristiques. Sur son site, l'Assurance Maladie incite fortement les bénéficiaires de la PUMA à consulter les praticiens de secteur 1 [1, 2].

Aucun régime de base n'est conditionné à un niveau de ressources. La facturation en HL est possible dans tous les régimes de base. Le praticien n'a pas l'obligation de pratiquer le TP (sauf accident du travail et maladie professionnelle). L'Assurance Maladie couvre les soins à 100 % du TO sans ticket modérateur pour les ALD ou les soins en rapport avec un accident du travail ; mais rien n'empêche le praticien de facturer au-delà du TO, en HL ou dépassements exceptionnels (DE).

Exercice professionnel

Les dispositifs sociaux particuliers

1. CMU-C [3]

La CMU-C est une protection complémentaire soumise à conditions de ressources et concerne 5 400 000 patients. Elle permet à son bénéficiaire d'accéder, sous certaines conditions (apporter la preuve du bénéfice et consulter dans le parcours de soins coordonnés), de soins au TO, sans DP sauf DE pour exigences particulières et du TP. Le barème de conditions de ressources implique que le bénéficiaire de la CMU-C est également bénéficiaire de l'assistance juridique gratuite. Aujourd'hui, 50 % des procédures à l'encontre des plasticiens sont le fait des patients CMU-C.

2. ACS [4]

L'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire est un dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé, soumise à conditions de ressources. Elle garantit au patient une absence de DP, sauf DE. L'ACS concerne 1 400 000 patients et constitue une extension du plafond de ressources de la CMU-C. Elle permet le bénéfice du TP total à la condition que le patient ait souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé (informations figurant sur la carte Vitale) ou seulement partielle le cas contraire. Tout comme pour la CMUC, le bénéfice de ces mesures est conditionné à la preuve du patient de ses droits et qu'il consulte en respectant le parcours de soins coordonnés. Le bénéfice de l'assistance juridique est partiellement gratuit.

3. AME [5]

L'aide médicale d'État est une protection sociale pour les immigrés en situation irrégulière en France. Son but est humanitaire. Elle concerne 400 000 patients, n'empêche pas le praticien de travailler en HL et n'oblige pas le patient à respecter le parcours de soins coordonnés, sauf en cas d'admission à l'AME pour la part complémentaire (dans le cadre du maintien des droits l'année suivant l'affiliation à un régime de l'Assurance Maladie). Elle permet le bénéficie du TP.

>>> La question du TP pour les patients hors du parcours de soins coordonnés

Pour les ACS, le bénéfice du TP est conditionné au respect du parcours de soins coordonnés et dispense de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifiques. Idem pour les patients CMUC [6, 7].

En pratique, sans respect du parcours de soins, le TP pourra ne pas être consenti, mais il est interdit de refuser de recevoir le patient, ce qui constituerait une discrimination dans l'accès aux soins ou à la prévention [8]. Le patient pourra être reçu aux conditions tarifaires habituelles du praticien. En l'absence d'urgence ou de soins vitaux, si le patient refuse d'avancer les frais car il ne peut justifier de sa situation particulière, le praticien conserve le droit de ne pas recevoir le patient.

>>> La question du TP pour les patients n'apportant pas la preuve de leurs droits

Un praticien peut refuser le bénéfice du TP à un patient n'apportant pas la preuve de ses droits [9]. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de droit délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'Assurance Maladie. La règle est identique pour les patients relevant de l'AME, CMU-C et de l'ACS (***fig. 1***).

>>> La question des DE pour exigences particulières du patient

Le praticien peut facturer des DE en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicale injustifiée. La notion d'exigence particulière est vague : de temps, de lieu ou toute autre exigence non nécessaire à la réalisation de l'acte. Le DE n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie et doit conserver un caractère exceptionnel pour rester crédible et ce, au regard de la conception très restrictive du Conseil national de l'Ordre des médecins du DE. Le DE est reconnu par l'Assurance Maladie dans tous les régimes d'assurance, CMU-C et ACS compris. La jurisprudence semble même faire du caractère esthétique de l'intervention la conséquence d'une exigence particulière du patient [10].

>>> La question des DP pour des patients hors parcours de soins

Certains praticiens estiment qu'un patient CMUC ou ACS consultant hors

Tiers Payant

- TP pour AME, CMU, ACS
- **OUI**, si justification droits et parcours de soins
- Sinon, tarification normale
- Si patient refuse, pas de défaut de soins

Fig. 1 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017- TP *vs* droits des usagers.

Facturation

- DP aux PUMA : **OUI**
- DP aux AME : **OUI**
- DE aux CMU-C, ACS : **OUI**, exceptionnel
- DP aux CMU-C, ACS : **OUI** risqué, limité 17,5 %
- DP aux ALD, AW : **OUI**

Fig. 2 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017 – DP *vs* DE.

parcours de soins coordonnés lui ferait perdre le bénéfice des avantages procurés. Qu'il s'agisse de patients CMUC ou ACS, la réglementation est extrêmement complexe, voire contradictoire. Elle nécessite une interrogation officielle de l'Assurance Maladie sur ces textes et leur compatibilité avec sa position actuelle consistant à exclure tout DP pour un patient CMU ou ACS, sauf DE. S'agissant des patients ACS consultant hors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, le DP reste autorisé dans la limite du plafond de 17,5 % du TO [11] (***fig. 2***).

>>> La question des actes HN

Concernant les actes HN, les honoraires facturés à l'occasion d'un acte de chirurgie non remboursable doivent respecter les notions de tact et de mesure qui s'appréciera notamment au regard de la condition de fortune du patient. Dans ce dernier cas, il ne s'agira pas d'un refus de soins mais davantage d'une absence d'accord du patient sur le tarif de l'intervention qui lui est proposé dans le devis, ce qui n'est *a priori* pas condamnable. Cette attitude est valable quel que soit le régime de protection de base, complémentaire ou dispositions particulières (ACS, ALD, accident travail, AME) [12].

L'optimisation de la cotation

1. La question de la rémunération du praticien

Le catalogue commun des actes médicaux contient les actes, leurs conditions de remboursement et leur TO. Les versions évoluent vite, 2-3 fois par an ; actuellement à la V.50. Il est important d'être à jour sous peine de méconnaître les évolutions de remboursement ou de tarif. Certains de nos actes ont récemment subi une baisse (QEEA002 QEEA003) alors que d'autres viennent d'obtenir un remboursement (QEEB172 QEEB317).

Le TO peut être modulé par des lettres clés : J (+ 6,5 %) majoration transitoire de chirurgie, K (+20 %) pour les S1/OPTAM ou pour les S2 avec les CMU-C et ACS, R (+50 %) téguments de la face et des extrémités. Si ces modulateurs sont applicables, ils apparaissent directement sous le code CCAM. Elles sont parfois additionnables : +J + R + K = +76,5 %, ce qui n'est pas négligeable.

En cas d'actes multiples au cours d'une seule intervention, l'acte le plus onéreux est facturé à 100 % (code 1) ; celui qui lui est associé à 50 % (code 2), par exemple l'ablation d'une lésion et sa reconstruction. Si un troisième acte "ORL" est effectué en même temps, il peut être rajouté à 50 % (code 2). S'il est effectué sur une anatomie distincte ; il est facturé à 75 % (code 3), par exemple 1 jambe et 1 bras. Les autres codes 4 et 5 ne sont en pratique pas utilisables par les plasticiens. Dans tous les cas, au-delà du troisième acte, le praticien et l'établissement travaillent gratuitement… Plus le TO est élevé, plus le remboursement de la "mutuelle" sera élevé car proportionnel et le reste à charge pour le patient plus faible.

Limiter à 2 codes par geste pour multiplier les actes à 100 % + 50 % augmente la rémunération du praticien et de l'établissement mais aussi le remboursement du patient. La seule condition est que le médecin est tenu dans tous ses actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins [13] (***fig. 3***). La multiplication d'actes dans le seul intérêt financier et au détriment de la santé du patient est interdite. Tout comme la rentabilité au détriment de l'indication ; par exemple choisir par défaut une greffe de peau totale à la face en lieu et place d'un lambeau plus indiqué (QZEA024 + J + R > QAMA002 + rien).

La lecture du CCAM doit se faire au sens strict pour éviter les pièges. Les codes par approximation sont interdits. Un acte qui ne figure pas dans le CCAM n'est pas remboursable, quel que soit le motif, l'indication ou la spécialité. Les codes anatomiques l'emportent sur les codes génériques. Par exemple, l'ablation d'une lésion de l'oreille (CAFA) est à différencier de l'ablation d'une lésion de lèvre (HAFA) ou du nez (GAFA) par rapport au reste du corps (QZFA). L'avantage est la prise en charge automatique car seul le QZFA est soumis à remboursement exceptionnel alors que les autres n'ont aucune condition.

D'ailleurs, le praticien ne peut interpréter le CCAM en sa faveur ni refuser une prise en charge existante. Si certains actes sont conditionnels, comme les dermolipectomies (QBFA avec DEP)

Exercice professionnel

Les optimisations

- Codes Associations

Les codes Associations (ANP)

1. Acte principal le plus onéreux qui doit être facturé à **100 %**.
2. Acte associé facturé à **50 %** de sa valeur.
3. Acte associé facturé à **75 %** de sa valeur.
4. Permet de facturer à **100 % de leur tarif** les actes d'une même séance (ex. : ACP, la plupart des actes bucco-dentaires).
5. Acte facturé à **100 %** de son tarif, pour des actes réalisés à des moments non continus de la même journée, pour des raisons médicales justifiées.

Fig. 3 : Diapositive présentée au Congrès SOFCPRE 2017 – les codes associations.

ou les otoplasties (CAMA sans DEP) ; d'autres sont systématiques. Il n'y a aucune raison administrative de refuser le remboursement d'une nymphoplastie (JMMA), s'il existe une indication médicale. D'ailleurs, le raisonnement vaut également pour le remboursement de la déchirure du lobule auriculaire. Techniquement, la réparation que l'on m'a apprise se fait par amputation transfixiante des cicatrices (CAFA) et plastie en Z (CAMA). Aucun de ces deux codes n'est soumis à condition de remboursement. Ne boudons pas notre plaisir lorsque la rédaction du CCAM nous est favorable.

Aucun praticien ne peut refuser une DEP dans le but de facturer en HN un patient CMU-C ou ACS si les critères sont remplis. Le DE est plus efficace. En revanche, il ne doit pas la demander si les critères ne sont atteints car, même en cas de réponse favorable, le praticien reste responsable de ses prescriptions et un refus *a posteriori* reste possible. La DEP ne sert pas à tester l'Assurance Maladie. Lors de la rédaction de la DEP, le praticien doit reprendre au mot l'intitulé et les critères de remboursement marqués dans le CCAM, laissant au médecin conseil le rôle de vérificateur. Attention, le code demandé doit être celui utilisé. Si l'indication change, le code aussi et la DEP doit être refaite. La durée de validité de la DEP est de 6 mois, spécifique à la CPRE. L'absence de réponse sous quinzaine vaut acceptation, à condition de prouver la date d'envoi. Ainsi, en dehors de l'absence de réponse à une DEP notifiée par RAR, il est conseillé d'obtenir réponse. Attention encore, si une DEP n'a pas été demandée alors que le patient pouvait y prétendre, l'intervention risque de ne pas être remboursée ; problématique récurrente pour la reconstruction mammaire par prothèse quand le patient navigue entre hôpital public et praticien libéral.

2. La question de la rémunération de l'établissement

Pour chaque acte, l'Assurance Maladie détermine si l'acte doit être fait au cabinet (pas de rémunération), au cabinet mais dans un environnement spécifique (forfait de sécurité dermatologique) ou en établissement. En fonction de l'acte et du patient (notion de groupement homogène de malade ou de groupement homogène de séjour), l'acte devra être réalisé en soins externes (SE2), en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle. Il faudra alors particulièrement argumenter votre cas si vous décidez qu'un geste habituellement lié à un SE2 sous anesthésie locale soit réalisé en hospitalisation. Généralement, le recours à un anesthésiste ou à une surveillance postopératoire sont des éléments en votre faveur. À défaut, l'Assurance Maladie peut rétrograder le séjour avec remboursement des trop-perçus. Si un acte génère un FSD, il peut être intéressant de le réaliser dans votre cabinet, vous permettant de facturer à votre avantage les frais d'établissement. Le pendant est que votre établissement peut vous refuser ou vous facturer les actes non couverts par aucune rémunération de structure.

La durée moyenne de séjour est un autre facteur de rentabilité pour l'établissement. Si pour les actes non remboursables, chaque nuit passée dans l'établissement est directement facturée au patient ; ce n'est pas le cas pour les actes remboursables. En fonction du GHM et des comorbidités du patient, l'Assurance Maladie verse un forfait fixe pour toute la durée du séjour. Parce que nos patients sont souvent en bonne santé, à quelques exceptions près, la DMS moyenne en CPRE est de zéro jour et nous avons intérêt pour l'établissement à raccourcir au minimum la durée d'hospitalisation. D'ailleurs, la volonté de l'Assurance Maladie est d'augmenter progressivement le taux d'ambulatoire à 70 % en 2022 avec des sanctions financières pour les établissements en dessous de l'objectif.

3. La question du prix du marché

Notre spécialité a souvent un taux de DP élevé en pourcentage au regard du TO particulièrement bas et éloigné des contraintes économiques réelles. L'avenant 8 a défini un pourcentage au-delà duquel les DP deviendraient abusifs et il devient difficile pour le jeune plasticien d'estimer le prix du marché de sa pratique. Le site de l'ATIH (http://www.scansante.fr/applications/

Exercice professionnel

depassements-honoraires), organe de l'Assurance Maladie, permet de connaître par zone géographique et par année le prix moyen et médian des actes remboursables et donc les prix du marché. Aucune baisse n'a été enregistrée depuis la mise en application de l'avenant 8. On peut en déduire le prix du marché pour les actes non remboursables à partir des actes remboursables techniquement proches.

4. L'optimisation 2.0

Aujourd'hui, grâce aux outils informatiques, il devient plus facile de s'y retrouver. Certaines cliniques se sont équipées d'aide à la cotation en temps réel avec thésaurus CCAM/PMSI. Ces logiciels proposent l'acte principal voire l'acte associé le plus fréquent ainsi que le PMSI associé et jusqu'à la DMS préconisée. Ces données sont ensuite incrémentées pour optimiser le temps d'occupation de salle opératoire. À conditions que les tables de facturation soient à jour et sous la dépendance des éditeurs de logiciel… Pour ceux qui exercent dans des établissements ne disposant pas ces outils informatiques, des alternatives en ligne sont disponibles : site de l'Assurance Maladie avec le CCAM à jour, règles de prise en charge et taux de remboursement. https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php ; site https://www.aideaucodage.fr/qui est une base de données gigantesque CCAM/CIM/PMSI/GHM/GHS.

Conclusion

Dans un contexte économique défavorable, l'optimisation de la cotation est nécessaire pour le praticien, vitale pour l'établissement et économique pour le patient. Les règles de calcul sont compliquées et non enseignées en faculté, ni par l'Assurance Maladie alors qu'elles constituent la base de rémunération du praticien, de l'établissement et de remboursement du patient. La parfaite connaissance des régimes d'assurance de base, des particularités des régimes PUMA/CMUC/ACS est indispensable pour éviter de se faire imposer des "droits" abusifs. Aujourd'hui, les outils informatiques sont suffisamment puissants pour aider le praticien. Ces outils d'optimisation trouveront malheureusement leur limite dans la course au "toujours moins" de nos tutelles. Car chaque augmentation d'activité ou chaque optimisation de cotation doit se faire à enveloppe, au mieux constante, mais plus généralement déflationniste. Une rémunération au forfait serait même à l'étude, remplaçant la rémunération à l'acte.

POINTS **FORTS**

- La facturation en honoraires libres est possible dans tous les régimes de base, PUMA comprise.
- Le bénéfice des régimes particuliers est souvent conditionné au parcours de soins coordonnés.
- La facturation de dépassements exceptionnels pour exigence particulière est possible, PUMA, CMU-C, ACS compris.
- Au-delà du troisième acte, le praticien et l'établissement travaillent gratuitement.
- Aucun praticien ne peut refuser une DEP si les critères sont remplis.
- Les outils informatiques sont une aide indispensable à la cotation, PMSI, DMS et prix du marché.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.
2. http://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php.
3. Articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
4. Articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale.
5. Articles L. 251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.
6. Articles L. 162-5-3 avant dernier alinéa et L. 863-7-1 du code de la sécurité sociale.
7. Article 5 de la convention nationale des médecins.
8. Articles L. 162-5-3 avant dernier alinéa et L. 861-3 7e alinéa du code de sécurité.
9. Article L. 1110-3 du code de la santé publique.
10. Article D. 861-2 du code de la sécurité sociale
11. Article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.
12. Article 35-1 de la convention nationale des médecins.
13. Articles L 162-5-13, L861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale.
14. Article L.162-2-1 du code de la Sécurité Sociale.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.