

# **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)**

## **PRINCIPES GENERAUX**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>.....2</b>
<b>MISE EN OEUVRE DE LA CCAM</b>	<b>.....2</b>
<b>PRISE EN CHARGE DES ACTES DE LA CCAM</b>	<b>.....3</b>
<b>EXONERATION DU TICKET MODERATEUR &amp; APPLICATION DU FORFAIT 18€</b>	<b>.....3</b>

## Introduction

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est la liste des actes médicaux techniques, codée, commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale. La liste établie par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (mise en œuvre au Livre II de la décision du 11 mars 2005) est la liste des actes de la CCAM pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. Elle remplace la NGAP pour tous les actes relevant de son champ d'application, affectés d'un tarif. Les dispositions générales qui s'y appliquent sont décrites dans les livres I et III de la décision de l'UNCAM correspondant respectivement aux Dispositions générales et Dispositions diverses. Par commodité, on les appellera DGDD dans le reste du document.

Continuent à relever des dispositions de la NGAP :

- les actes des anatomo-cytopathologistes,
- les actes de prélèvement des médecins biologistes,
- les actes de pratique thermale,
- les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse,
- les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux,
- les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes,
- les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux,
- les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités tels que les radiographies dentaires, lorsqu'ils sont réalisés par des médecins stomatologistes.

Seuls les textes réglementaires reprenant les DGDD de la CCAM publiés au Journal officiel s'imposent au médecin. Il appartient donc au médecin de vérifier la conformité de la tarification qu'il pratique avec la réglementation.

## Mise en oeuvre de la CCAM

Après validation de ces travaux par un comité de pilotage (de fin 2003 à fin 2004), la négociation a abouti à un protocole d'accord entre les partenaires conventionnels signé le 25 février 2005. Les tarifs « cibles » de la CCAM, issus de la hiérarchisation et de la fixation de la valeur du point travail ont été validés.

L'objectif est un rééquilibrage équitable des honoraires entre spécialités pour répartir au mieux les ressources allouées avec une convergence progressive sur une période de 5 à 8 ans en partant des tarifs de référence NGAP vers ces tarifs cibles. Une première étape de convergence vers les tarifs cibles de la CCAM a été réalisée en mars 2005, suivie d'une 2ème étape en 2 phases (septembre 2007 et janvier 2008).

Parallèlement, la CCAM a remplacé progressivement le CdAM pour le PMSI dans les établissements publics et privés depuis 2004.

La facturation des actes techniques médicaux en CCAM est possible depuis le 31 mars 2005. Pour permettre aux médecins de mettre à jour leurs logiciels de facturation, une période de tolérance a été aménagée, durant laquelle la NGAP restait autorisée : jusqu'au 15 septembre 2005 pour les cliniques privées, 31 décembre 2005 pour les cliniques psychiatriques, SSR et hôpitaux publics, 31 mars 2006 pour les médecins en cabinet, 1er juillet 2006 pour les centres de santé. Depuis le 31 décembre 2006, l'ensemble des médecins facture leurs actes techniques en CCAM sauf exceptions précisées.

## Prise en charge des actes de la CCAM

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 4 familles<sup>1</sup> :

- pris en charge et remboursables,
- pris en charge mais non affectés d'un honoraire, par exemple actes pris en charge sous forme de forfaits ou pris en charge uniquement en secteur public,
- pris en charge et remboursables sous conditions, par exemple actes remboursables s'il s'agit de réparation d'un traumatisme, mais non remboursables s'il s'agit d'esthétique,
- non pris en charge,

La rubrique « *admission au remboursement* » permet de distinguer parmi les actes affectés d'un tarif, les actes :

- pris en charge et remboursables : « *admission au remboursement* » est 1,
- pris en charge et remboursables sous conditions : « *admission au remboursement* » est 3.

Tous les actes sans tarif, qu'ils soient pris en charge mais non affectés d'un honoraire ou non pris en charge, ont « *admission au remboursement* » égal à 2.

Dans les décisions de l'UNCAM, seuls figurent les actes pris en charge.

## Exonération du ticket modérateur et application du forfait 18€

Pour chaque acte de la CCAM remboursable, la rubrique « *exonération du ticket modérateur* » permet de différencier les règles à appliquer aux actes pour la comparaison au seuil d'exonération du ticket modérateur (120 euros), qui remplace la référence au coefficient 50 utilisée pour la NGAP.

Au-delà de ce seuil, un forfait de 18€ reste à la charge de l'assuré sauf si tous les actes sont des actes d'imagerie.

Les tarifs des actes et le seuil d'exonération peuvent varier dans le temps, en revanche, le code est affecté aux actes en fonction des critères suivants :

- *les actes thérapeutiques ou les actes diagnostiques "invasifs" : code 1*

Leurs bases de remboursement<sup>2</sup> sont cumulables pour la comparaison au seuil ; ainsi si le premier acte a une base de remboursement inférieure au seuil et le second également, et si la somme des 2 est égale ou supérieure au seuil, les 2 actes sont exonérés<sup>3</sup>.

Quand ces actes sont réalisés en établissement et que leur base de remboursement (y compris celle du geste d'anesthésie) est supérieure au seuil, ils exonèrent<sup>3</sup> les frais de séjour et les autres actes du séjour.

En cabinet, si ces actes ou leur cumul sont supérieurs au seuil, ils exonèrent<sup>3</sup> les autres actes de code "1" de la facture.

---

<sup>1</sup> Ces 4 familles d'actes sont repérées dans la rubrique « conditions générales » de la CCAM.

<sup>2</sup> Tenant compte de l'application des modificateurs en pourcentage et de l'abattement pour association.

<sup>3</sup> Hors application du forfait 18€.

- *les actes diagnostiques non "invasifs" : code 2*

Ils ne sont pas cumulables pour la comparaison au seuil. Pour l'exonération<sup>1</sup>, la comparaison de la base de remboursement au seuil est effectuée pour chacun des actes : ne sont exonérés que ceux dont la base de remboursement est supérieure au seuil.

Si 2 ou plusieurs actes diagnostiques sont inférieurs au seuil, ils ne sont donc exonérés ni l'un ni l'autre, même si la somme de leurs bases de remboursement est égale ou supérieure au seuil.

Ces actes même s'ils sont réalisés en établissement au cours d'une hospitalisation n'exonèrent ni les autres actes, ni les frais de séjour.

**Attention** : Les codes 1 et 2 ne signifient donc pas que l'acte est exonéré<sup>1</sup> ou non. Un acte de code 1 peut être inférieur au seuil et un acte de code 2 peut être supérieur au seuil.

---

<sup>1</sup> Hors application du forfait 18€.